

راهنمای نویسندگان مقالات
این فصلنامه از مقالات پژوهشی و تألیفی همکاران استقبال می‌کند.
از علاقمندان به ارسال مقاله، تقاضا می‌شود، نکات زیر را مورد توجه قرار دهند.

Word ()

()

()

منبع نویسی کتاب به ترتیب زیر است:

()

()

(Bold)

()

Fourth edition. London, Pitman . **Management and Organisational Behaviour** Mullins LJ ()
Publishing.

منبع نویسی مجلات به ترتیب زیر است:

()

()

Nursing Standard. () . Meek J, Gopee N () Quality assurance in a nursing home

منابع فارسی همانند منابع انگلیسی

نوشته شود.

() وضعیت کودکان در جهان.

دکتر هومان منوچهری^۱

شماره حاضر در ایامی به شما می‌رسد که روز گرامیداشت مقام ارزشمند و شامخ پرستار سپری شده است. سالهای زیادی این چنین گذشته‌اند و روزهای پرستار بسیاری بر ما رفته‌اند. در نگاهی به گذشته، پرسش آن است که آیا از وجود چنین مناسبتی‌های خوبی استفاده کرده‌ایم؟ آیا این گونه مناسبتها را به منزله فرصت و نقاط عطف تاریخی در ایجاد تحول و تغییر یافته‌ایم؟ تقویم سالیانه ما حکایتگر آن است که در مناسبت سازی طولانی داریم، اما تکریم یا یادآوری رویدادی در تاریخ به چه کار می‌آید؟ آیا جز این نیست که هر مناسبتی باید مایه جوشش، جنبش، حرکت یا اثر مثبتی در زمان حال شود و بستر مناسبتی را جهت حرکت به سمت آینده فراهم سازد؟

اگر در مناسبتها به نوعی جمع بندی و تشخیص دقیق شرایط فعلی نائل نیائیم و مسیر حرکت خود را باز نشناسیم و جایگاه خود را در این مسیر معین نسازیم و اهداف مشخصی را به شکلی میثاق گونه تا سالگرد بعدی پیش رو تبیین ننمائیم و راهکارهای مناسب جهت نیل به آن اهداف را مشخص نکنیم، عملاً نتیجه مفیدی از این همه بزرگداشتها، سالگردها و سالروزها نمی‌گیریم. بنابراین، پاسداشت مناسبتها نیز همانند هر موضوع دیگری نیاز به مدیریت و هدایتی آگاهانه و خردمدارانه دارد تا در مسیر زمان دچار نوعی بی‌محتوایی، شعارزدگی، تشریفات مداری و کلیشه گرایی نگردد.

بدین ترتیب، هر مناسبتی باید به منزله سکوی محکمی جهت شتابدهی و جهش به سمت اهداف عالی تلقی گردد و بهترین بهره‌ها و فرصتها از آن حاصل شود. امید است که با شکل‌گیری سازمان نظام پرستاری و هدایت و مدیریت این سازمان، همه ساله شاهد برگزاری حساب شده تر مناسبتهای پرستاری همچون روز پرستار باشیم و از این راه بر غنا، و آثار مثبت و ملموس بزرگداشت چنین روزهایی بیفزائیم.

^۱ - دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی

فاطمه ناهیدی^۱
مژگان منتظربان^۲
دکتر سعید صدر^۳
دکتر حمید علوی مجد^۴

چکیده

مقدمه: در قرن حاضر پدیده تنیدگی در صف اول دانش پزشکی و حرفه های مربوط به آن قرار گرفته است. بنابراین دانشمندان تمام بیماریهای موجود در انسان از جهاتی با تنیدگی ارتباط دارند. هدف: این مطالعه به منظور تعیین میزان تنیدگی شغلی در ماماهاى شاغل در زایشگاههای استان کرمانشاه در سالهای ۸۱ - ۱۳۸۰ انجام گرفته است.

مواد و روشها: این پژوهش به روش توصیفی با نمونه های در دسترس شامل ۱۰۵ نفر از ماماهاى شاغل در زایشگاههای استان کرمانشاه انجام گرفت. کلیه ماماهاى که دارای سابقه حداقل یک سال کار بوده و در هنگام نمونه گیری در یکی از شیفتهای صبح و عصر و شب اشتغال داشتند دارای مدرک باردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد بودند با نداشتن بیماری آشکار، عدم وجود وضعیت بحرانی روحی انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه ۴ قسمتی بود. در پایان با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل آماری صورت گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان داد که بین میزان تنیدگی شغلی در اتاق زایمان، اتاق معاینه و بخش بعداز زایمان تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($P < 0/001$). در ضمن (۳۶/۲٪) ماماهاى زایشگاهها در ارتباط با کل عوامل تنش زای شغلی دارای تنش «خیلی زیاد»، (۵۶/۲٪) دارای تنش «زیاد» و (۷/۶٪) دارای تنش «متوسط» بودند. در این پژوهش بین متغیرهای وضعیت تأهل ($P < 0/073$) و تعداد فرزندان ($P < 0/018$) با میزان تنیدگی شغلی ارتباط معنادار آماری وجود داشت. بین متغیرهای سن، نوع شیفت، وضعیت شغلی، مدرک تحصیلی، وضعیت مسکن، اضافه کاری و میزان درآمد خانواده با میزان تنیدگی شغلی ارتباط معنادار آماری وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که بیشترین میزان تنیدگی شغلی در زایشگاهها مربوط به اتاق زایمان با میانگین $5/6 \pm 16$ بود با توجه به میزان تنیدگی شغلی می توان راههایی جهت کاهش آن به ماماها پیشنهاد کرد.

واژه های کلیدی: تنیدگی، تنیدگی شغلی، ماماى

^۱ - کارشناس ارشد ماماى و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و ماماى شهید بهشتی

^۲ - کارشناس ارشد ماماى دانشکده پرستاری و ماماى شهید بهشتی

^۳ - استادیار گروه روانپزشکی امام حسین

^۴ - دکترای آمار و استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی

مقدمه

تنیدگی بخش تفکیک ناپذیر زندگی است و بسته به سطح فشار روانی و کیفیت انطباق فرد با آن ممکن است منجر به بیماری گردد یا برعکس به تجربه ای مثبت تبدیل و باعث رشد فرد شود (بحرینیان، ۱۳۷۸). تنیدگی سبب ایجاد تعداد وسیعی از بیماریها و رفتارهای مضر یا ناسالم نظیر سیگار کشیدن، رژیم غذایی بد، مصرف زیاد الکل و یک دسته بیماریهای خفیف از راشهای پوستی تا آسم می شود (کوئین^۱، ۱۹۹۸).

تنیدگی یک روند نادرست در زندگی و کار است. ضعف و فقدان علاقه و ناتوانی در انجام کار، سعی و تلاش برای ایجاد زندگی راحت، فشار از طرف مسئولین و افراد خانواده و محیط کار باعث می شود که فرد با تنیدگی شغلی روبرو گردد (اتریج^۲، ۱۹۸۹). تقریباً هیچیک از رشته های علوم پزشکی را نمی توان یافت که به نحوی با مسئله فراگیر تنیدگی سروکار نداشته باشد (سجادی، ۱۳۶۸). از جمله محرکهای تنش زای مهمی که می تواند فشار روانی مزمنی را پدید آورد نوع شغلی است که شخص به آن اشتغال دارد (لطفی نیا، ۱۳۷۴). در میان مشاغل دنیا یکی از قدیمی ترین حرفه ها شغل مامایی است. زیرا از زمان خلقت بشر زنان در زایمان زنان دیگر کمک می کردند. مامایی یک شغل اختصاصی برای زنانی که کار آنها انجام زایمان بود به شمار می رفت (شریعت، ۱۳۷۴).

ماماها در تیم بهداشتی بخش مهمی هستند و علیرغم محدودیتهای قانونی مراقبتهای اولیه را بطور جامع و مداوم و در دسترس برای افراد محروم و قشر متوسط جامعه فراهم می آورند (کوئل بل^۳، ۱۹۹۱).

مامایی نیز مانند سایر حرفه های پزشکی شغلی تنش زا است. مادری که جهت انجام زایمان به بیمارستان مراجعه می نماید یک فوریت پزشکی محسوب می شود و یک ماما در آن واحد مسئولیت سلامتی و جان دو انسان را به عهده دارد و عواملی که سلامت و حیات مادر و نوزاد را تهدید می کند موجب بروز تنیدگی شغلی در ماماها می شود. با توجه به اینکه فشارهای وارده بر شخص که ناشی از محیط کار یا زندگی می باشد می تواند عامل بروز بیماریهای

جسمی و روانی گردد و از طرفی چون مامایی حرفه بسیار حساس و تنش زایی است برای اینکه بتوان خدمات بهتری را به مددجویان ارائه داد، نیاز است که ماماها از آرامش روحی و سلامت جسمی برخوردار باشند. لذا با شناخت عوامل تنش زا می توان برای رفع مشکلات ماماها راهکارهایی ارائه داد. این امر سبب ارتقاء ارائه خدمات به مددجویان می شود.

مروری بر مطالعات:

تحقیقی در سال ۱۹۹۸ در ایرلند توسط مک کین^۴ تحت عنوان «ادراک ماماهاى بخش زایمان از تنیدگی» انجام شد. اهداف این مطالعه شناسایی منابع تنیدگی حرفه ای و شخصی در ماماها و اثرات آن و شناسایی روشهای تخفیف دهنده تنیدگی بود. این مطالعه یک مطالعه توصیفی، با روش نمونه گیری آسان بود که در آن از یک پرسشنامه استفاده شد. جمعیت مورد مطالعه ۴۳ نفر از ماماهاى بخش زایمان یک بیمارستان شهری بودند. مطالعه نشان داد که بیش از $\frac{3}{4}$ ماماها داشتن زمان ناکافی برای انجام وظایف را تنش زا معرفی کردند. منبع اصلی تنیدگی در زندگی شخصی آنها مشکلات مالی بود که توسط ۱۲٪ از آنها ذکر شد. در این مطالعه هیچ ارتباط معنی داری بین سن، وضعیت تأهل، سابقه کار و درجه شغلی با تنیدگی شغلی یافت نشد. روشهای تخفیف دهنده تنیدگی توسط ماماها شامل ورزش، قدم زدن، کتاب خواندن و مسافرت بود.

پژوهشی در سال ۱۹۹۶ در فنلاند تحت عنوان «انعطاف پذیری شخصی: یک شرط ضروری در ترتیب دادن برنامه کاری ماماها» توسط کاندولین و همکاران^۵ انجام شد. اهداف این مطالعه ۱ - بررسی ماماها در سه شیفت نامنظم کاری ۲ - بررسی تأثیر مداخله در برنامه شیفت ها و برقراری زمان استراحت منظم بود. این مطالعه بر روی ۳۶۶ ماما در ۶ بخش مادران انجام شد که در آن ماماها بصورت شیفت های نامنظم کار می کردند که چرخش های مداوم با برگشت های سریع و دوره های استراحت خیلی کوتاه در بین شیفت ها سبب تنیدگی و خستگی ماماها می شد. اطلاعات لازم در دو نوبت از طریق مصاحبه قبل و بعد از مداخله در برنامه شیفت ها بدست آمد. در طی ۶ ماه پس از مداخله مشاهده شد

^۴ - Mackin

^۵ - Kandolin et al

^۱ - Quine

^۲ - Etheridge

^۳ - Koelbel

که فشار ناشی از کار کاهش یافته و سطوح تنیدگی پایین آمده است. اثرات مثبت این مداخله بویژه در میان ماماهاى مسن‌تر بدیهی بود. با وجود این در نظر سنجی انجام شده، علیرغم اثرات مثبت، ۵۵ درصد از ماماها روش قبلی همراه با زمانهای استراحت طولانی‌تر را ترجیح می‌دادند که شاید علت آن سازگاری با برنامه قبلی بود.

مواد و روشها

این تحقیق به روش توصیفی با نمونه‌گیری در دسترس بر روی ۱۰۵ نفر از ماماهاى شاغل زایشگاههای استان کرمانشاه با سابقه حداقل یک سال کار و دارا بودن مدرک کاردانی، کارشناسی و عدم وجود وضعیت بحرانی که در یکی از شیفتهای ثابت صبح عصر و شب مشغول به کار بودند انجام گرفت.

جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه‌ای که دارای ۴ بخش بود انجام گرفت. بخش اول مشخصات فردی شامل ۱۴ سؤال، بخش دوم واکنش تنیدگی شامل ۳۹ سؤال، بخش سوم عوامل تنش‌زای شغلی شامل ۵۷ سؤال و بخش چهارم رضایت شغلی شامل ۱۴ سؤال بود. برای اندازه‌گیری اعتبار ابزار بعداز بازنگری منابع و کسب نظرات اساتید در انتها از نظرات تعدادی از ماماهاى شاغل در زایشگاه استفاده شد و پایایی آن از طریق آزمون مجدد سنجیده شد. در انتها برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید.

یافته‌ها

از مجموع ۱۰۵ پرسشنامه بدست آمده، ۳۲ نفر در اتاق زایمان، ۱۶ نفر در اتاق معاینه، ۱۶ نفر در بخش بعداز زایمان و ۴۱ نفر توأمأ در هر سه بخش کار می‌کردند.

میانگین سن نمونه‌ها $7 \pm 34/8$ بود. اکثریت آنها ($69/4\%$) متأهل و دارای مدرک کارشناسی ($74/3\%$) بودند. میانگین سابقه کار بالینی آنها $7/7 \pm 11/4$ بود 19% آنها شیفت ثابت صبح و 81% شیفت در گردش بودند (جدول شماره ۱).

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که $36/2\%$ ماماهاى زایشگاهها در ارتباط با کل عوامل تنش‌زای شغلی دارای تنش «خیلی زیاد»، $56/2\%$ دارای تنش «زیاد» و $7/6\%$ دارای تنش «متوسط» بودند.

نتایج همچنین نشان داد که بیشترین میزان تنیدگی شغلی در زایشگاهها مربوط به اتاق زایمان با میانگین $5/6 \pm 16$ بود. میانگین تنیدگی شغلی در اتاق زایمان، معاینه و بخش بعداز زایمان بصورت توأم $12/7 \pm 14$ و میانگین تنیدگی شغلی در اتاق معاینه $2/6 \pm 5$ و در بخش بعداز زایمان $5/2 \pm 5$ بود. بعلاوه عامل محیطی بعنوان مهمترین عامل تنش توسط ماماها ذکر گردید.

جدول شماره (۱):

				تعداد فرزندان
(۱۲/۵)	(۵/۱)	(۲۸/۱)	۰	
(۲۵)	(۲۵/۵)	(۲۵/۵)	۱	
(۵۰)	(۲۱/۳)	(۳۳/۳)	۲	
(۱۲/۵)	(۲/۲)	(۱۳/۱)	۳ و بیشتر	
۶/۵ ± ۷/۸	۶/۶ ± ۵/۱	۱۱/۴ ± ۷/۷	سابقه کار بالینی (سال)	
۱۰/۶ ± ۷/۳	۰/۴۶ ± ۱/۵	۰/۵۲ ± ۱/۶	سابقه کار آموزشی	
۲۹۱/۳ ± ۸۹/۹	۲۳۴/۷ ± ۸۹/۴	۲۴۷ ± ۱۱۴/۹	میزان درآمد خانواده	

در این پژوهش بین متغیرهای سن، مدرک تحصیلی، وضعیت شغلی، اضافه کاری، سابقه کار بالینی، نیاز خانواده به درآمد، وضعیت مسکن، و میزان درآمد خانواده با تنیدگی شغلی ارتباط معنادار آماری یافت نشد. اما بین متغیرهای وضعیت تأهل ($P < ۰/۰۷۳$) و تعداد فرزندان ($P < ۰/۰۱۸$) با میزان تنیدگی شغلی ارتباط معنادار آماری وجود داشت. بطوریکه ماماهاى متأهل تنیدگی شغلی بیشتری نسبت به ماماهاى مجرد داشتند. در ضمن با افزایش تعداد فرزندان بر میزان تنیدگی شغلی افزوده می‌گشت. در نهایت عواملی مانند دوری از خانواده در کارکنان غیربومی، تغذیه نامناسب در شیفت‌ها، نبودن مهدکودک در محل کار از نظر واحدهای پژوهش به عنوان عامل تنش‌زا معرفی گردید (جدول شماره ۲).

جدول شماره (۲):

سن	معنا دار نبود
وضعیت تأهل	$P > ۰/۰۷۳$
مدرک تحصیلی	معنا دار نبود
تعداد فرزندان	$P > ۰/۰۱۸$
وضعیت شغلی	معنادار نبود
اضافه کاری	معنادار نبود
سابقه کار بالینی	معنادار نبود
نیاز خانواده به درآمد	معنادار نبود
وضعیت مسکن	معنادار نبود
میزان درآمد خانواده	معنادار نبود

بحث و نتیجه‌گیری

نامناسب هوا... بود که علت این امر احتمالاً بدلیل نامناسب بودن شرایط محیط کار در زایشگاههای استان کرمانشاه می‌باشد. یافته های پژوهش حاضر مشابه یافته های

در مورد تنیدگی شغلی در ماماها در تحقیق حاضر تنش‌زاترین عامل ذکر شده توسط اکثریت ماماها، عوامل محیطی (در معرض بیماریهای خطرناک قرارگرفتن، مشکلات رفت و آمد، نامناسب بودن محل استراحت در بخش، تهویه

مک گریت و همکاران و همچنین هانتر و هاگتون بوده است (کوئین ۱۹۹۸).

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری خانم فاطمه افشارمقدم که در انجام پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می شود.

در این تحقیق بین سن، مدرک تحصیلی، نوع شیفت، وضعیت شغلی، سابقه کار بالینی، اضافه کاری، وضعیت مسکن و نیاز خانواده به درآمد با میزان تنیدگی شغلی ارتباط معنادار آماری وجود نداشت.

منابع

- بحرینیان، س (۱۳۷۸). میزان استرس در گروهی از متخصصان و دستیاران رشته‌های مختلف پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. *مجله پژوهش در پزشکی*. سال ۲۳، شماره ۴، ۲۴۴ - ۲۳۹.
- سجادی، س ج (۱۳۶۸). خلاصه مقالات سمپوزیوم استرس. تهران. بخش علمی شرکت فردوس.
- شریعت، ف (۱۳۷۴). بررسی ارتباط بین افسردگی و میزان تنیدگی شغلی در ماماهاى بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد مامایی. دانشکده پرستاری مامایی علوم پزشکی ایران.
- لطفی‌نیا، ح (۱۳۷۴). فشار روانی زمینه‌ساز انواع بیماریها. روزنامه اطلاعات ۶ آذر.
- Etheridge R (۱۹۸۹) Reflection on stress. *Hospital Topics*. ۶۷ (۱), ۲۱ - ۲۲.
- Koelbel P (۱۹۹۱). Job satisfaction of nurse practitioner. *Nurse Practitioner*. ۱۶ (۴), ۴۳ - ۵۶.
- Kandolin et al (۱۹۹۶) Individual flexibility: an essential prerequisite in arranging shift schedules for midwives. *Nursing Management* ۴(۴), ۲۱۳ - ۲۱۷.
- Mackin P (۱۹۹۸) Labour ward midwife's perception of stress. *Journal of Advanced Nursing*. ۲۷, ۹۸۶ - ۹۹۱.
- Quine L (۱۹۹۸) Effect of stress in an NHS trust. *Nursing Standard* ۱۳ (۳), ۳۶ - ۴۱.

ماهرخ دولتیان^۱
دکتر سیده افسر شرفی^۲
نسرین شادمان^۳
مهندس ناصر ولایی^۴

مقدمه:

هدف:

مواد و روشها:

یافته‌ها:

/ ± /

(P < /) . / ± /

بحث و نتیجه‌گیری:

واژه های کلیدی:

-
- ^۱ - کارشناس ارشد مامایی و مربی عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی
^۲ - پزشک متخصص زنان و زایمان و استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
^۳ - کارشناس ارشد مامایی و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد کازرون
^۴ - عضو هیئت علمی دانشکده تغذیه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی

مقدمه

مرحله سوم زایمان که از خروج کامل نوزاد تا پایان خروج جفت و پرده‌های جنینی می‌باشد از خطرناکترین مراحل زایمان بشمار می‌آید (بنت و براون^۱، ۲۰۰۰) طول این مرحله از زایمان از یک تا پنج دقیقه و گاهی اوقات تا ۳۰ دقیقه متفاوت می‌باشد که با نزدیک شدن این مرحله به ۳۰ دقیقه میزان خونریزی چندین برابر افزایش می‌یابد (کانینگهام و همکاران^۲، ۱۹۹۷). طولانی شدن مرحله سوم زایمان منجر به عوارضی مانند خونریزی پس از زایمان، برگشت حاد رحم و شوک می‌شود (بنت و براون، ۲۰۰۰). برای کوتاه‌شدن مرحله سوم زایمان پیشنهادات بسیاری شده است و تحقیقاتی نیز در دست اقدام است تا بتوان روشهای مؤثری را در این جهت شناسایی نمود. اکثر این روشها به منظور جداشدن به موقع جفت و پیشگیری از احتباس آن انجام می‌گیرند زیرا پیشگیری از احتباس جفت موجب کاهش کاربرد روشهای خشن و تهاجمی از جمله خروج جفت با دست می‌گردد و از پیامدها و عوارض ناشی از آن پیشگیری می‌کند (وینگر و گریکس^۳، ۱۹۹۱). متداولترین روش برای کاهش طول مدت مرحله سوم زایمان سنتوسینون بوده (لیدر و همکاران^۴، ۱۹۹۷) و روش فیزیولوژیک نیز یک روش غیردارویی بمنظور پیشگیری از عوارض دارویی مطرح شده است (هندرسون و جونز^۵، ۱۹۹۷). جهت مقایسه این دو روش پژوهش حاضر بر روی زنان زائوی مراجعه کننده به زایشگاه بیمارستان مهدیه تهران از دی ماه ۱۳۸۰ لغایت فروردین ماه ۱۳۸۱ انجام گرفت.

مروری بر مطالعات

پژوهشی در سال ۱۹۹۸ توسط راجرز و همکاران^۶ در بیمارستان کمبریجشیر^۷ انگلستان تحت عنوان اداره فعال در مقایسه با اداره فیزیولوژیک مرحله سوم زایمان انجام شد.

۱۵۱۲ زن کم‌خطر از نظر خونریزی پس از زایمان بصورت تصادفی به دو گروه اداره فعال (۳۸۱ نفر) و اداره انتظاری (۳۲۴ نفر) تقسیم شدند در اداره فعال اکسی‌توسین در عرض ۲ دقیقه پس از تولد نوزاد بکار برده شد، بندناف کلمپ و قطع گردید و جفت بوسیله کشش کنترل شده خارج گردید. در اداره انتظاری از هیچ دارویی استفاده نشد بندناف تا قطع کامل نبض آن کلمپ و قطع نشد و جفت تنها با کوشش مادر خارج گردید. نتایج پژوهش نشان داد که میزان خونریزی پس از زایمان در اداره فعال بطور قابل توجهی کمتر از اداره انتظاری بود. میانگین طول مرحله سوم در اداره فعال (۸ دقیقه) کمتر از اداره فیزیولوژیک (۱۵ دقیقه) بود.

پژوهش دیگری نیز در سال ۱۹۹۷ توسط نوردستروم و همکاران^۸ بمنظور مقایسه اداره فعال و فیزیولوژیک مرحله سوم زایمان انجام گرفت. این پژوهش با هدف پی بردن به اثراکسی‌توسین در مرحله سوم زایمان بر کاهش خونریزی پس از زایمان و نیاز به تزریق خون و یا درمان اکسی‌توسین انجام شد. هدف دیگر مطالعه پاسخ به این سوال بود که استفاده از اکسی‌توسین برای گروههای پرخطر (دفعات زایمان، تولد نوزاد ماکروزوم، خونریزی در حاملگی های قبلی) مفیدتر از درمان روتین با اکسی‌توسین است یا خیر؟ افراد بطور تصادفی بدو گروه اکسی‌توسین (۵۱۳ نفر) و محلول سالین (۴۸۷ نفر) تقسیم شدند. به هر خانمی با حاملگی تک‌قلو یک آمپول بصورت وریدی (اکسی‌توسین یا محلول سالین) تزریق شد هیچگونه کشش بندناف صورت نگرفت و جفت توسط زورزدن مادر خارج شد. نتایج پژوهش نشان داد که در مقایسه با نرمال‌سالین درمان با اکسی‌توسین موجب کاهش متوسط میزان خونریزی پس از زایمان شد (۰/۰۰۱ = P). طول مدت مرحله سوم زایمان بین دو گروه یکسان بود نتیجه اینکه تزریق داخل وریدی اکسی‌توسین در مرحله سوم زایمان موجب کاهش حدود ۲۲٪ شیوع در خونریزی پس از زایمان می‌شود برای گروههای پرخطر درمان با اکسی‌توسین ارزشمند نمی‌باشد. اکسی‌توسین داروی ارزانی است و بطور روتین باید داده شود.

مواد و روشها

^۸- Nordstrom et al

^۱- Bennett and Brown

^۲- Cunningham et al

^۳- Wingeir and Griggs

^۴- Leader et al

^۵- Henderson and Jones

^۶- Rogers et al

^۷- Combridgeshire

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی می‌باشد که با هدف مقایسه دو روش فیزیولوژیک و سنتوسینون بر طول مدت مرحله سوم زایمان و پی‌آمدهای آن انجام شده است. عدم استفاده از داروهای بیحسی و بیهوشی، عدم سابقه سزارین، کورتاژ، احتباس جفت و خونریزی پس از زایمان بعنوان معیارهای ورود به مطالعه در نظر گرفته شد.

وضعیت دکلمان جفت، اختلال در پیشرفت زایمان، نیاز به داروی اکسی‌توسین برای تقویت دردهای زایمانی، نیاز به فورسپس یا واکيوم، معیارهای خروج افراد در حین مطالعه بود. طرح برای نمونه‌های واجد شرایط توجیه و در صورت موافقت کتبی وارد مطالعه شدند. یک نمونه از خون آنها جهت اندازه‌گیری هموگلوبین و هماتوکریت اخذ گردید. قد و وزن مادر نیز اندازه‌گیری شد. خانمهای باردار تا هنگام زایمان تحت نظر قرار گرفتند و موارد در یک فرم اطلاعاتی ثبت گردید تعداد ۶۰ خانم باردار در این مطالعه شرکت داشتند. نمونه‌ها بطور تصادفی بدو گروه تقسیم شدند در گروه آزمایش همزمان با خروج شانه قدامی جنین یک آمپول محتوی ۱۰ واحد اکسی‌توسین بصورت عضلانی تزریق گردید. بندناف سریع کلمپ و بریده شد و جفت توسط کشش کنترل شده بندناف خارج شد. در گروه فیزیولوژیک هیچ دارویی تزریق نشد، بندناف تا قطع کامل نبض آن کلامپ و قطع نگردید و پس از اطمینان از جداشدن با کشش ملایم بندناف همراه با سعی و تلاش مادر جفت خارج گردید. طول مرحله سوم زایمان توسط ساعت ثانیه شماردار ثبت شد. در دو گروه مورد مطالعه بلافاصله پس از خروج جنین شیردهی از پستان انجام گردید. وزن نوزاد توسط وزنه سنجیده شد. خونریزی مرحله چهارم (۲ ساعت پس از خروج جفت) توسط توزین شانها و پدها اندازه‌گیری شد، شانها و پدها قبل از استفاده و بعد از آن وزن شدند تفاضل این دو از هم مقدار خونریزی را نشان داد (۱ گرم = ۱ میلی‌لیتر). یک نمونه خون جهت اندازه‌گیری میزان هموگلوبین و هماتوکریت ۱۲ ساعت بعد از زایمان اخذ گردید.

یافته‌ها

زنان دو گروه به لحاظ سن، سن حاملگی، تعداد زایمانها، نسبت وزن به قد، میزان هموگلوبین و هماتوکریت قبل از زایمان مشابه بودند و اختلاف ناچیز آنها با آزمون آماری تی معنادار نبود. همچنین طول مرحله اول و دوم زایمان، میزان

سرم دریافتی، وزن هنگام تولد و مکانیسم جدا شدن جفت با هم مشابه بوده و اختلاف ناچیز آنها به لحاظ آماری معنادار نبود. طول مرحله سوم زایمان در گروه سنتوسینون کوتاهتر از گروه فیزیولوژیک بود ($P < 0.05$) (نمودار شماره ۱) و خونریزی ۲ ساعت اول پس از زایمان و میزان هموگلوبین و هماتوکریت ۱۲ ساعت بعد از زایمان با آزمون تی اختلاف معناداری را نشان نداد (جدول شماره ۱).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که طول مرحله سوم زایمان در گروه سنتوسینون کوتاهتر از گروه فیزیولوژیک بود بنظر میرسد علت این تفاوت روش انجام زایمان جفت باشد نه اثر دارو. در مطالعه نوردستروم و همکاران (۱۹۹۷) ملاحظه گردید علیرغم کاربرد دارو در یک گروه و عدم استفاده از آن در گروه دیگر طول مرحله سوم زایمان در دو گروه تقریباً یکسان بود چون روش خروج جفت در هر دو گروه یکسان و تنها با زور زدن مادر صورت می‌گرفت. از طرفی در مطالعه کهان و همکاران^۱ (۱۹۹۷) علیرغم کاربرد دارو در تمام واحدهای پژوهش در یک گروه جفت با استفاده از مانور برآندت اندروز و در گروه دیگر جفت بدون دخالت عامل زایمان و تنها با زور زدن مادر خارج شد. طول مرحله سوم زایمان در گروهی که جفتشان با استفاده از مانور برآندت اندروز خارج شده بود بطور قابل ملاحظه‌ای کمتر بود. تنها نمی‌توان به دو پژوهش کهان و همکاران (۱۹۹۷) و نوردستروم و همکاران (۱۹۹۷) استناد کرد و تأثیر داروی اکسی‌توسین را نادیده گرفت. هنگامیکه داروی اکسی‌توسین بصورت عضلانی تزریق می‌شود شروع اثرش ۲/۵ دقیقه می‌باشد به مدت ۱۵ دقیقه تأثیر فوق‌العاده‌ای دارد و طول اثرش ۳۰ دقیقه می‌باشد (یان و همکاران^۲، ۱۹۹۵). در نهایت می‌توان به این نتیجه رسید که کشش کنترل شده بندناف تکمیل کننده عمل داروی اکسی‌توسیک بوده و کمک به خروج جفت کرده است. مطالعات بیشتری باید در این زمینه انجام شود تا به نتایج دقیق‌تری رسید.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میزان خونریزی ۲ ساعت اول بعد از زایمان و افت هموگلوبین و

^۱ - Khan et al

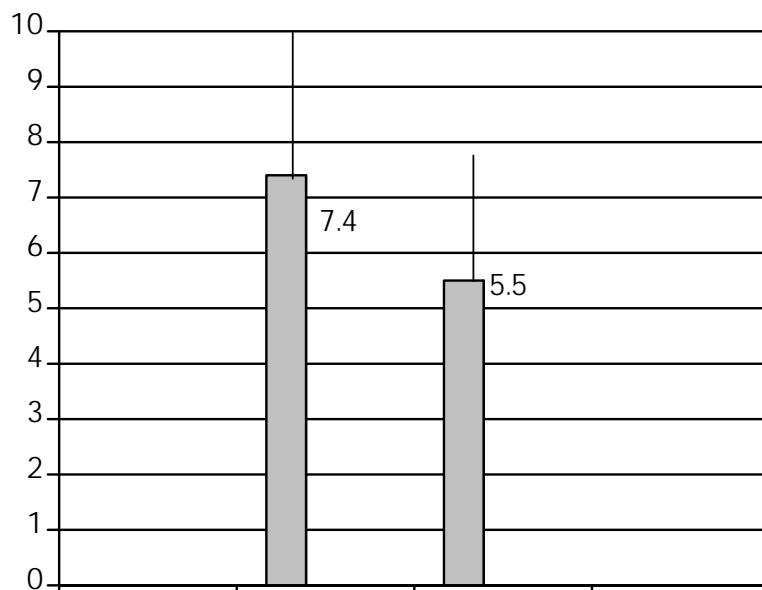
^۲ - Yuen et al

هماتوکریت در دو گروه اختلاف معنادار آماری نداشت. در پژوهشی که توسط نوردستروم و همکاران (۱۹۹۷) انجام شد، مشخص گردید که اداره فعال (اکسی‌توسین) موجب کاهش میزان خونریزی پس از زایمان گردید میزان خونریزی در این پژوهش بوسیله ظرف مدرج اندازه‌گیری گردید برخلاف نتایج فوق، تیلاگاناتان و همکاران^۱ (۱۹۹۳) معتقدند: استفاده از داروی اکسی‌توسیک میزان خون از دست رفته را در زنان کم‌خطر کاهش نمی‌دهد در این پژوهش میزان خونریزی پس از زایمان بوسیله اندازه‌گیری تخمینی و سنجش هموگلوبین ارزیابی گردید بگلی و سیسیلی^۲ (۱۹۹۰) می‌نویسند: استفاده از داروهای اکسی‌توسیک در اداره مرحله سوم زایمان کاری بیفایده است. در اکثر موارد زایمان واژینال بدون عارضه را می‌توان بدون استفاده از مواد اکسی‌توسیک اداره نمود (کانینگهام و همکاران، ۱۹۹۷). در پژوهش حاضر زنان شرکت کننده در مطالعه از نظر خونریزی پس از زایمان در معرض خطر کمی قرار داشتند، تعدادی از عوامل مؤثر بر طول مرحله سوم زایمان و خونریزی پس از زایمان حذف و تعدادی نیز همگون شده بود. بنظر پژوهشگر علت اختلاف بین پژوهش‌های ذکر شده، تفاوت در نحوه انجام کار، روش سنجش خونریزی پس از زایمان و حذف عواملی که فرد را مستعد خونریزی پس از زایمان کرده می‌باشد. انجام پژوهش‌های بیشتری در این زمینه توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری تمامی همکاران بیمارستان مهدیه که در انجام پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

^۱ - Thilaganathan et al
^۲ - Begley and Cecily



() :

جدول شماره (۱):

نتیجه آزمون	سنتوسینون	فیزیولوژیک	روشهای درمانی
			عوارض بعد از زایمان
NS	۲۱۷ ± ۱۱۳	۲۳۰ ± ۹۵/۲	خونریزی ۲ ساعت اول بعد از زایمان (میلی لیتر)
NS	۱۱ ± ۱/۳	۱۰/۷ ± ۱/۵	هموگلوبین گرم / دسی لیتر
NS	۳۴/۷ ± ۴	۳۳/۳ ± ۱/۴	هماتوکریت (درصد)

REFERENCES:

- Begley C, Cecily M (۱۹۹۰) Post partum hemorrhage who is at risk? *Midwifery Chornicle and Nursing Notes*. ۱۰۴, ۱۰۲ - ۱۰۶.
- Bennett VR, Brown L (۲۰۰۰) *Myles Textbook for Midwives* . ۱۳ed. London, Churchill Livingstone Co.
- Cunnigham F.Gary, Macdonald, G, Leveno, G, Hankins C (۱۹۹۷) *Williams Obstetrics* . Twentieth edition. USA. Appleton and Lang Co.
- Henderson C, Jones K (۱۹۹۷) *Essential Midwifery*. London, Mosby.
- Khan Qa, John S, Wani S, Doherty T, Sibai BM (۱۹۹۷) Controlled cord traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: A randomized controlled trial. *American Journal Obstetrics Gynaecology*. ۱۷۷ (۴) ۷۷۰ - ۷۷۴.
- Leader L, Bennett M, Wong F (۱۹۹۷) *Hand Book of Obsertices & Gynaecology*. ۴th ed. London. Chapman and Hall Medical.
- Nordestrom L, Fogelstam K, Fridman G, Larsson A, Bydhtstroem H (۱۹۹۷) Routine oxytocin in the third stage of labour: A placebo controlled randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* . ۱۰۴, ۷۸۱ - ۷۸۶.
- Rogers J. Wood J, Mccandlish R, Ayers S, Truesdale A, Elbourne D. (۱۹۹۸) Active versus expectant management of third stage of labour: The Hinchin Brook randomised controlled trial. *The Lancet*. ۳۵۱, ۶۹۳ - ۶۹۹.
- Thilaganathan B, Cuter A, Latimer J, Beard R (۱۹۹۳) Management of the third stage of labour in women at low risk of postpartum hemorrhage. *European Journal Obstet Gynaecology Reprouctive Biology*. ۴۸, ۱۹ - ۲۲.
- Wingeir R, Griggs R (۱۹۹۱) Management of retained placenta using intraumbilical oxytocin injection. *International Journal of Nurse Midwifery* . ۳۶(۴) ۲۴ - ۴۰.
- Yuen PM, Chan N, Yim F, Chang A (۱۹۹۵) A randomised double blind comparison of syntometrine and syntocinon in the management of the third stage of labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. ۱۰۲, ۳۷۷ - ۳۸۰.

زهرا جازاری^۱
دکترژیلا عابد سعیدی^۲
دکترژاسمن شاهنظری^۲
ابراهیم ابراهیمی^۳
چکیده
مقدمه:

هدف:

مواد و روشها:

یافته ها:

\pm / ()
 $(p = \pm /)$
 \pm / ()
 $()$
 $()$

$(P = /)$

^۱ - کارشناس ارشد پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی تهران

^۲ - دکترای مدیریت و خدمات بهداشتی و درمانی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی

^۳ - کارشناس ارشد آمار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران

هزینه هر بار همودیالیز در مراکز دیالیز تهران را ۱۵۰۰۰۰ ریال برآورد کرد.

دیالیز مداوم صفاقی سرپائی نیز روش دیگری است که روزانه ۳-۵ بار و هر بار ۳-۱/۵ لیتر محلول دیالیز وارد حفره صفاق شده و بعد از مدتی این محلول تخلیه می شود. به این ترتیب مواد زائد از ورای پرده صفاق وارد محلول دیالیز شده و از بدن خارج می شود. این روش درمانی توسط بیمار و در منزل انجام می شود و گرچه نیاز به مراجعه به مراکز درمانی ندارد ولی با عوارض جسمانی و محدودیت هائی همراه است (وین ست و هاتاوی^۱، ۱۹۹۹). این روش اخیراً در ایران شروع شده و در چند مرکز درمانی بیماران به این شیوه تحت درمان قرار گرفته اند.

از آنجا که هدف از درمان بیماران نارسائی کلیه نه تنها حفظ زندگی، بلکه بهبود کیفیت زندگی بیماران است، در ارزیابی روش های مختلف درمان علاوه بر شاخص های فیزیولوژیکی و نتایج آزمایش های آزمایشگاهی، رضایت بیمار و احساس او در مورد سلامت و عملکرد خود نیز باید مورد توجه قرار گیرد. به همین دلیل کیفیت زندگی بیماران به عنوان یکی از شاخص های سنجش نتایج درمان مورد توجه بسیاری از متخصصین قرار گرفته است (کوئتر و همکاران^۲، ۲۰۰۰). کیفیت زندگی مفهومی است که برای بیان برداشت و احساس بیمار در مورد سلامتی و زندگی خود به کار می رود و گرچه هنوز توافق عمومی در مورد تعریف کیفیت زندگی وجود ندارد ولی اکثر صاحب نظران آن را یک مفهوم چند بعدی شامل جنبه های جسمانی، علایم بیماری و اثرات بیماری و درمان بر زندگی، وضعیت روانی اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی می دانند.

با توجه به اینکه دیالیز صفاقی سرپائی در ایران نسبتاً جدید است و پژوهش های مربوط به کیفیت زندگی این بیماران در کشورهای خارجی انجام شده است این پژوهش به منظور مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیا لیز و دیالیز صفاقی سرپائی در مراکز همودیالیز تهران انجام شد.

مروری بر مطالعات

کیفیت زندگی به عنوان یکی از معیار های اثربخشی خدمات درمانی در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته

بیماری نارسائی مزمن کلیوی، یک بیماری پیشرونده و غیر قابل برگشت است که عملکرد کلیه مختل شده و بدن دیگر قادر به برقراری اعمال متابولیکی و حفظ تعادل مایعات و آب و الکترولیت ها نمی باشد. انباشت مواد زائد حاصل از متابولیسم در خون موجب بروز مجموعه علایمی می شود که تحت نام اورمی معروف است (فیپس و همکاران^۱، ۱۹۹۹-بوچر و ملاندر^۲، ۱۹۹۹). نارسائی مزمن کلیه، تمام اندام های بدن از جمله گوارش، اعصاب، پوست، قلب و عروق، تولید مثل و... را درگیر کرده و تمام جنبه های زندگی بیمار را تحت تاثیر قرار می دهد (لیندکوسیت^۳، ۱۹۹۸، فیپس و همکاران^۱، ۱۹۹۹). در ایالات متحده آمریکا ۲۵۸ هزار بیمار مبتلا به نارسائی مزمن کلیه وجود دارد و در پنج سال گذشته افزایشی به میزان هشت درصد در تعداد این بیماران گزارش شده است (اسملتزر و بیر^۴، ۲۰۰۰). در ایران تا دی ماه ۱۳۸۰ تعداد ۸۴۲۲ نفر بیمار مبتلا به نارسائی مزمن کلیه بوده اند که سالانه ۱۱ درصد بر تعداد این بیماران افزوده می شود (مرکز دیالیز ایران و پیوند اعضای ۱۳۸۰).

افراد مبتلا به بیماری نارسائی مزمن کلیه در مراحل اولیه بیماری تحت درمان محافظتی قرار می گیرند ولی سرانجام برای حفظ زندگی به دیالیز و پیوند کلیه نیاز پیدا می کنند. در حال حاضر سه روش درمانی برای بیماران مبتلا به نارسائی مزمن کلیه وجود دارد که شامل همودیالیز، دیالیز صفاقی سرپائی و پیوند کلیه است. همودیالیز فرآیندی است که طی آن خون بیمار خارج از بدن و در دستگاه همودیالیز که نقشی مشابه گلوومرول دارد جریان می یابد. در طی این فرایند مواد نیتروژنی سمی، آب و الکترولیت های اضافی با کمک دستگاه همودیالیز پالایش می شود. همودیالیز مستلزم دستگاه و مراکز مخصوص است و بیمار ۲ تا ۳ بار در هفته تحت درمان قرار می گیرد (توتونچیان^۵، ۱۳۷۵، اسملتزر و بیر^۴، ۲۰۰۰).

همودیالیز درمان پر هزینه ای است و همراه با عوارضی نیز می باشد. در آمریکا سالانه ۵۹۹ میلیارد دلار خرج همودیالیز می شود. (وین ست و هاتاوی^۵، ۱۹۹۹). استاد جعفر (۱۳۷۷)

^۱ - Phipps et al

^۲ - Bucher and Melander

^۳ - Lindqvist

^۴ - Smeltzer and Bare

^۵ - Winset and Hathaway

^۱ - Kutner et al

است. آندرسون وهمکاران^۱ (۱۹۸۴) کیفیت زندگی بیماران تحت دیالیز صفاقی، همودیالیز و پیوند کلیه را مورد بررسی قرار دادند. نتیجه مطالعه نشان داد کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه بهتر از بیماران همودیالیزی و دیالیز صفاقی بود. در پژوهش دیگری ریموند و همکاران^۲ (۱۹۹۷) کیفیت زندگی ۱۲۰ بیمار همودیالیزی، ۱۰۶ بیمار تحت درمان با دیالیز صفاقی و ۱۰۶۳ نفر نمونه از جمعیت عادی را مورد مقایسه قرار دادند. کیفیت زندگی به وسیله فرم خلاصه ۳۶ موردی بررسی گردید. علاوه بر این شاخص های بالینی شامل میزان اریتروپویتین، هموگلوبین، آلبومین سرم، کلیرانس اوره و کاتابولیسم پروتئین در بیماران نیز بررسی شد. نتایج نشان داد کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز و دیالیز صفاقی مداوم در مقایسه با جمعیت مرجع از نقصان قابل توجهی برخوردار بود. مقایسه کیفیت زندگی دو گروه بیماران نشان داد که بیماران تحت درمان با دیالیز صفاقی مداوم در حیطه های عملکرد جسمانی، ایفای نقش، بهداشت روانی و درد نسبت به بیماران تحت درمان با همودیالیز از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. بای هل^۳ (۱۹۹۸) نیز کیفیت زندگی و تنش زها را در ۱۸ بیمار همودیالیزی و ۱۸ بیمار تحت دیالیز صفاقی مداوم سرپائی بررسی کردند. کیفیت زندگی و وضعیت سلامت این دو گروه تفاوت معنی داری نداشت. ماجکوویک و همکاران^۴ (۲۰۰۰) نیز کیفیت زندگی تحت همودیالیز و دیالیز صفاقی را با یک گروه داوطلب سالم مقایسه کردند. کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز در این مطالعه در ابعاد جسمی، اجتماعی و عملکرد شناختی و احساسی در مقایسه با گروه سالم و بیماران دیالیز صفاقی پائین تر بود در حالیکه امتیاز کیفیت زندگی بیماران دیالیز صفاقی با گروه سالم جز در حیطه های زندگی اجتماعی و شغلی تفاوت معنی داری نداشت.

مواد و روشها

در این پژوهش توصیفی مقایسه ای کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز و دیالیز صفاقی مداوم

سرپائی از دیدگاه خود آنان بررسی ومورد مقایسه قرار گرفت. این مطالعه در بخش های دیالیز بیمارستان های امام خمینی و دکتر شریعتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و مرکز همودیالیز سوده وابسته به بنیاد امور بیماری های خاص انجام شد. نمونه پژوهش شامل ۱۵۰ نفر بیمار همودیالیزی که به صورت تصادفی ساده از بین بیماران تحت پوشش مراکز نامبرده انتخاب شدند و ۵۰ بیمار تحت درمان با دیالیز صفاقی مداوم سرپائی بودند. لازم به ذکر است که چون کل بیماران تحت درمان با دیالیز صفاقی تحت پوشش این مراکز ۵۰ نفر بودند لذا کلیه این افراد در پژوهش شرکت داده شدند و نمونه گیری انجام نشد.

اطلاعات پژوهش به وسیله پرسشنامه ای که شامل دویبخش اطلاعات دموگرافی و کیفیت زندگی بود جمع آوری شد. بخش کیفیت زندگی شامل ۴۰ سوال بود که ابعاد مختلف کیفیت زندگی شامل: وضعیت جسمانی، علایم بیماری، وضعیت روحی روانی و اجتماعی اقتصادی را در بر می گرفت. از پاسخ دهندگان درخواست شده بود که وضعیت خود را با انتخاب یکی از گزینه های «به هیچ وجه» تا «خیلی زیاد» درمقابل هر پرسش مشخص کنند. این پرسشنامه پس از مرور جامع منابع مربوط به سنجش کیفیت زندگی در بیماران نارسائی مزمن کلیه تهیه شد. اعتبار پرسشنامه به روش اعتبار محتوا تعیین گردید. جهت تعیین پایائی ابزار، پرسشنامه میان ۱۵ بیمار دیالیزی توزیع و ضریب آلفای کرونباخ تعیین گردید. ضریب پایائی ۰/۹۶۴ به دست آمد. پس از کسب مجوز های لازم و ارائه توضیحات لازم در مورد هدف پژوهش و جلب رضایت بیماران پرسشنامه میان آنها توزیع گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها، به پاسخ های سوالات بخش کیفیت زندگی امتیازی از ۱ الی ۵ داده شد، امتیاز بالاتر نشان دهنده وضعیت بهتر بود. پس از محاسبه امتیازها، کیفیت زندگی بیماران در سه دسته ضعیف (۵۰-۰)، متوسط (۷۵-۵۰) و خوب (۱۰۰-۷۵) دسته بندی شد. جهت مقایسه میانگین امتیاز کیفیت زندگی در دو گروه از آزمون آماری تی استفاده شد.

یافته ها

میانگین سن بیماران در گروه همودیالیز ۴۳/۲۹ سال با انحراف معیار ۱۴/۴۳ و میانگین سن بیماران گروه

^۱ - Anderson et al

^۲ - Raymond et al

^۳ - Bihl

^۴ - Majkowsics et al

دیالیز صفاقی ۰۶/۵۰ با انحراف معیار ۱۶ بود. آزمون آماری t نشان دهنده اختلاف معنی دار آماری بین میانگین سن دو گروه بود ($P = ۰/۰۰۶$ $t = ۲/۸۰$ $df = ۱۹۶$). در گروه همودیالیز ۸۳ نفر (۵۵/۳٪) مرد و ۶۷ نفر (۴۴/۷٪) زن بودند. در گروه دیالیز صفاقی ۲۲ نفر (۴۴٪) مرد و ۲۸ نفر (۵۶٪) زن بودند. آزمون آماری کای دو تفاوت معنی داری از نظر جنس بین دو گروه نشان نداد. میانگین طول مدت درمان در گروه همودیالیز ۶/۰۳ سال با انحراف معیار ۴/۷۸ و در گروه دیالیز صفاقی ۲/۱۶ سال با انحراف معیار ۱/۸۳ بود.

کیفیت زندگی بیماران دو گروه در حیطه جسمانی در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. همانطور که در جدول مشاهده می شود اکثریت افراد تحت بررسی در هر دو گروه وضعیت جسمانی خود را سطح متوسط اعلام کرده اند. ۴۰ درصد از افراد تحت درمان با همودیالیز در حیطه جسمانی وضعیت نا مطلوب داشتند. میانگین امتیاز کیفیت زندگی در گروه دیالیز صفاقی بالا تر از گروه همودیالیز بود که این تفاوت از نظر آماری معنی دار است ($P = ۰/۰۰۱$ $t = ۳/۵۳$ $df = ۱۹۸$). امتیاز کیفیت زندگی گروه دیالیز صفاقی در حیطه روانی نیز بالا تر از گروه همودیالیز بود (جدول شماره ۲) و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P = ۰/۰۰۱$ $t = ۶/۴۷$ $df = ۱۹۸$). امتیاز کیفیت زندگی بیماران دیالیز صفاقی در حیطه اجتماعی اقتصادی نیز از گروه همودیالیز بالا تر بود ($P = ۰/۰۰۱$ $t = ۶/۴۷$ $df = ۱۹۸$) (جدول شماره ۳). در مجموع امتیاز کلی کیفیت زندگی در گروه همودیالیز در ۱۰ نفر (۶/۷ درصد) مناسب و در ۶۰ نفر (۴۰ درصد) در حد متوسط بود در حالیکه در گروه دیالیز صفاقی ۵۴ درصد (۲۷ نفر) از کیفیت زندگی متوسط و ۱۳ نفر (۲۶ درصد) از کیفیت زندگی مناسب برخوردار بودند. به طور کلی کیفیت زندگی بیماران در گروه دیالیز صفاقی بالاتر از گروه همودیالیز بود ($P = ۰/۰۰۱$) (جدول شماره ۴).

بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با دیالیز صفاقی در حیطه جسمانی بهتر از بیماران همودیالیزی بود. این یافته با نتایج مطالعه ماجوویک و همکاران (۲۰۰۰) و ریموند و همکاران (۱۹۹۹) مشابه است و

با نتایج مطالعه دایاز بوکسو و همکاران^۱ (۲۰۰۰) که وضعیت جسمانی بیماران همودیالیز و دیالیز صفاقی را مشابه نشان داد متفاوت است. به نظر میرسد که عوارض فرآیند همودیالیز از قبیل آنمی، خستگی و اختلال خواب موجب کاهش سلامت جسمانی و عملکرد در این دسته از بیماران می شود. کیفیت زندگی بیماران دیالیز صفاقی در حیطه های روحی روانی و اجتماعی اقتصادی نیز از بیماران تحت درمان با همودیالیز بالاتر بود. یافته های پژوهش ریموند و همکاران (۱۹۹۷)، بای هل و همکاران (۱۹۹۸) نیز نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر بیماران دیالیز صفاقی در مقایسه با بیماران همودیالیز بود. این امر می تواند ناشی از سهولت انجام دیالیز صفاقی، عدم نیاز به رفت و آمد به مرکز دیالیز و اتلاف وقت و در نتیجه، داشتن فرصت بیشتر برای فعالیت های اجتماعی، حفظ استقلال و فعالیت های شغلی باشد (بریگز و همکاران^۲ ۱۹۹۴). در مجموع امتیاز کسب شده کیفیت زندگی در تمام حیطه ها در بیماران دیالیز صفاقی بالاتر از بیماران همودیالیزی بود. این امر احتمالاً می تواند نشان دهنده این نکته باشد که دیالیز صفاقی مشکلات کمتری برای بیماران ایجاد کرده و بیماران کنترل بیشتری بر روی برنامه های زندگی خود دارند. البته با در نظر گرفتن طول مدت بیماری در دو گروه که نشان میدهد که سابقه ابتلا به نارسائی کلیه در بیماران گروه همودیالیز بیشتر از گروه دیالیز صفاقی است (میانگین مدت بیماری در گروه همودیالیز $۸/۷۸ \pm ۹/۲۹$ و در گروه دیالیز صفاقی $۶/۵۳ \pm ۶/۶۸$ است). ممکن است کیفیت زندگی بهتر در گروه دیالیز صفاقی ناشی از کمتر بودن سابقه بیماری و در نتیجه کمتر بودن عوارض بیماری و درمان باشد. از طرف دیگر میانگین سن بیماران گروه دیالیز صفاقی بیشتر از بیماران همودیالیزی بود. اگرچه مطالعات مختلفی نشان داده اند که کیفیت زندگی در سنین بالاتر تنزل می یابد ولی در پژوهش حاضر کیفیت زندگی گروه بیماران دیالیز صفاقی که میانگین سن آنها بیشتر بود بهتر از گروه همودیالیز بود.

در نهایت با توجه به یافته های این پژوهش انجام مطالعات مشابه برای روشن کردن نقش سن و طول مدت بیماری در کیفیت زندگی بیماران نارسائی مزمن کلیه پیشنهاد می شود.

^۱ - Diaz - Buxo et al

^۲ - Briggs et al

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری مسئولان مراکز دیالیز امام خمینی، دکتر شریعتی و سوده که در انجام پژوهش مساعدت کردند تشکر و قدردانی می شود.

امتیاز کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز و دیالیز صفاقی مداوم سرپائی مراجعه کننده به مراکز

همودیالیز شهر تهران ۱۳۸۰

دیالیز صفاقی		همودیالیز		گروه کیفیت زندگی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۲	۱۱	۴۰	۶۰	نامناسب (۰ - ۵۰)
۵۴	۲۷	۴۷/۳	۷۱	متوسط (۵۰ - ۷۵)
۲۴	۱۲	۱۲/۷	۱۹	مناسب (۷۵ - ۱۰۰)
۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۵۰	جمع

نمره بر مآخذ ۱۰۰ - ۰

میانگین ۶۳/۲۵	} دیالیز صفاقی	میانگین ۵۴/۷۴	} همودیالیز
انحراف معیار ۱۵/۰		انحراف معیار ۱۴/۶۸	

جدول شماره ۲: امتیاز کسب شده از کیفیت زندگی در حیطه روحی روانی در بیماران همودیالیز و دیالیز صفاقی مداوم سرپائی مراجعه کننده به مراکز همودیالیز شهر تهران ۱۳۸۰

دیالیز صفاقی		همودیالیز		گروه کیفیت زندگی در حیطه روحی روانی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۴	۷	۳۵/۵	۵۳	نامناسب (۰ - ۵۰)
۵۲	۲۶	۴۹/۴	۷۴	متوسط (۵۰ - ۷۵)
۳۴	۱۷	۱۵/۳	۲۳	مناسب (۷۵ - ۱۰۰)
۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۵۰	جمع

میانگین ۶۸/۵۷	} دیالیز صفاقی	میانگین ۵۸/۱۵	} همودیالیز
انحراف معیار ۱۶/۱		انحراف معیار ۱۶	

جدول شماره ۳: امتیاز کسب شده از کیفیت زندگی در حیطه اجتماعی - اقتصادی در بیماران همودیالیز و دیالیز صفاقی مداوم سرپائی مراجعه کننده به مراکز همودیالیز شهر تهران ۱۳۸۰

دیالیز صفاقی		همودیالیز		گروه کیفیت زندگی در حیطه اجتماعی اقتصادی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۴۰	۲۰	۸۰	۱۲۰	نامناسب (۰ - ۵۰)
۳۸	۱۹	۱۷/۳	۲۶	متوسط (۵۰ - ۷۵)
۲۲	۱۱	۲/۷	۴	مناسب (۷۵ - ۱۰۰)
۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۵۰	جمع

همودیالیز { میانگین ۴۰/۹۶
انحراف معیار ۱۵/۴۳ }
دیالیز صفاقی { میانگین ۵۸/۹۶
انحراف معیار ۱۷/۹۷ }

جدول شماره ۴: امتیاز کسب شده از کیفیت زندگی در بیماران همودیالیز و دیالیز صفاقی مراجعه کننده به مراکز همودیالیز شهر تهران ۱۳۸۰

دیالیز صفاقی		همودیالیز		گروه کیفیت زندگی در کل حیطه ها
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۰	۱۰	۵۳/۳	۸۰	نامناسب (۰ - ۵۰)
۵۴	۲۷	۴۰	۶۰	متوسط (۵۰ - ۷۵)
۲۶	۱۳	۶/۷	۱۰	مناسب (۷۵ - ۱۰۰)
۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۵۰	جمع

همودیالیز { میانگین ۵۱/۲۸
انحراف معیار ۱۳/۰۷ }
دیالیز صفاقی { میانگین ۶۳/۲۶
انحراف معیار ۱۴/۷۸ }

منابع

- استاد جعفر، (۱۳۷۷). متوسط قیمت تمام شده یک جلسه همودیالیز در بخش های همودیالیز بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی تهران. پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشکده پرستاری و ما مائی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.
- توتونچیان، پ. (۱۳۷۵). گزارش عوارض حاد حین کاتتر گذاری در ورید های اصلی جهت انجام همودیالیز در بیمارستان امام خمینی تهران. پایان نامه جهت دریافت دکترای پزشکی. دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران. مرکز دیالیز و پیوند اعضای ایران. (۱۳۸۰) آمار بیماران تحت پوشش تهران.
- Anderson, C. et al. (۱۹۸۴). Comparison of quality of life of patients on continous ambulatory peritoneal dialysis, hemodialysis and after transplantation. *American Journal of Kidney Diseases*. ۴(۳), ۲۵۳-۵۵.
- Bihl, M A. (۱۹۹۸). Comparing stressors and quality of life of dialysis patients. *American Nephrology Nurses Association ANNA Journal*. Vol, ۱۵, ۲۷ – ۳۶.
- Bucher L., and Melander S. (۱۹۹۹). **Critical Care Nursing**. Philadelphia. W.B Saunders Co.
- Briggs Y. et al. (۱۹۹۴). **Renal Dialysis**. London. Chapman and Hall.
- Diaz- Buxo J A et al (۲۰۰۰) Quality of life evaluation using short form ۳۶: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. **American Journal of Kidney Diseases**. ۳۶ (۲) ۲۹۳ – ۳۰۰.
- Kutner N G. et al. (۲۰۰۰). Patient-reported quality of life early in dialysis treatment effects associated with usual exercise activity. *Nephrology Nursing*. ۲۷(۴). ۳۵۷-۳۶۷.
- Lindqvist R. (۱۹۹۸). Coping strategies and quality of life among patients on continous ambulatory dialysis (CAPD). *Journal of Advanced Nursing*. ۲۷, ۳۱۲-۳۱۹.
- Majkowics M, et al (۲۰۰۰) Comparison of quality of life in hemodialysed and peritoneally dialysed (CAPD) patients using the EORTCQLQ –C۳۰ questionnaire. *International Journal of Artificial Organs*. ۲۳ (۷). ۴۲۳ – ۸.
- Phipps W. et al. (۱۹۹۹). **Medical-Surgical Nursing Concepts and Practice**. ۶th ed. St.Louis, Mosby Co.
- Raymond k. et al. (۱۹۹۷). Quality of life in patients on chronic dialysis : Self assessment ۳ months after the start of treatment. *American Journal of Kidney Diseases*. ۲۹(۴). ۵۸۵-
- Smeltzer S., Bare B.G (۲۰۰۰). **Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing**. Philadelphia, Lippincott Co.
- Winsett R., Hathaway D. (۱۹۹۹). Predictors of QOL in renal transplant recipients: Bridging the gap between research and practice. *ANNA Journal*. ۲۶(۲). ۲۳۵-۳۹.

:

فاطمه افشارمقدم^۱

^۱ کارشناس ارشد روانپرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی

^۲ – Townsend

^۳ – Kaplan & Sadock

داروهای ضد جنون که آرامبخش قوی یا نورولپتیک نیز نامیده می شوند در درمان سایکوزهای حاد و مزمن به کار می روند. داروهای آنتی سایکوتیک (ضدجنون) دارای گروه های متفاوتی نظیر فنوتیازین ها، تیوزانتنها و بویترفونونها، می باشند. یکی از عوارض این داروها عوارض خارج هرمی است که حالاتی نظیر پارکینسونیسم، دیستونی های عضلانی، دیسکینزی دیررس ... و آکاتیازیا را در بردارد (تاونسند^۲ ۲۰۰۰). آکاتیازیا از واژه یونانی آکاتیازین گرفته شده که مفهوم عدم توانایی در نشستن را داراست. این حالت شایع ترین عارضه خارج هرمی و غالباً ناراحت کننده ترین آنها می باشد. در یک مطالعه که اخیراً صورت گرفته ۴۱ درصد بیماران تحت درمان با داروهای آنتی سایکوتیک آکاتیازیای متوسط و شدید را نشان داده اند. شایعترین تظاهرات بالینی در آکاتیازیا عبارت از تغییر وزن از یک پا به پای دیگر، قدم زدن، عدم توانایی در نگهداشتن پاها در یک حالت، احساس بیقراری درونی و تغییر حالت بدن هنگام نشستن روی صندلی است (کاپلان و سادوک^۳ ۱۹۹۹).

این عارضه بسیار ناراحت کننده اغلب با علائم بیماری اشتباه می شود و چه بسا برای درمان آن داروی آنتی سایکوتیک بیشتری به کار رود و وضعیت را وخیم تر نماید. کاپلان و سادوک (۱۹۹۹) آکاتیازیا را سندرمی از بیقراری حرکتی معرفی کرده اند که غالباً در مصرف داروهای آنتی سایکوتیک و گاهی داروهای ضدافسردگی دیده می شود. این سندرم دارای اجزای حرکتی و ذهنی می باشد. بیماران به طور ذهنی احساس تنش عضلانی، مشکل در یافتن وضعیت راحت و عدم توانایی در بی حرکت ماندن می نمایند. فکر خودکشی، گاهی با این بیقراری همراه می شود. علائم عینی آکاتیازیا شامل جابجا شدن هنگام ایستادن و جلو و عقب دادن پاها، تغییر مکرر وضعیت پاها هنگام نشستن و قدم زدن (قدم رو کردن) می تواند باشد. ممکن است خواب بیمار مختل شود. اجزا ذهنی ممکن است به سختی از اضطراب ناشی از بعضی

اختلالات (بطور معمول اسکیزوفرنی) تمیز داده شود. بندرت بیقراری درونی به حدی می رسد که رفتار تهاجمی در بیمار ظاهر شود. شیوع گزارش شده آکاتیازیا ۲۰ تا ۷۵ درصد می باشد. در مطالعه ون هارتن و همکاران^۱ (۱۹۹۶) شیوع آکاتیازیا ۹/۳ درصد گزارش شده است. این مطالعه بر روی ۱۹۴ بیمار با متوسط سنی ۵۳/۱ سال در بیماران بستری ندرلندز آنتی لز^۲ انجام شد. شروع آکاتیازیا بین چند روز اول مصرف دارو صورت گرفت. ولی به هنگام درمان با نورولپتیک یا آنتی لپتیک یا آنتی سایکوتیکها می تواند دیرتر روی دهد. آکاتیازیا بیشتر در بیمارانی که به تازگی بیماری آنها شروع شده دیده می شود و با احساس ذهنی دیسفوریا، اضطراب یا بیقراری همراه است. بیمار نمی تواند آرام بگیرد. بسیاری از افراد بخصوص بیمارانی که سایکوز مزمن دارند ممکن است شکایت ذهنی نداشته باشند. ولی جزء عینی در این افراد مهم تر است. بیماران مبتلا به آکاتیازیای شدید ممکن است علاوه بر بیقراری شدید، سماجت، حالت طلبکارانه یا تقریباً حالت هیستریونیک (نمایشی) نشان دهند. آکاتیازیا ممکن است به عدم همکاری بیمار در درمان دارویی منجر شود اخیراً گزارش شده که آکاتیازیا می تواند در هر زمان دیده شود و با نتایج ضعیف درمانی همراه گردد. شیوع گزارش شده آکاتیازیا با درمان با داروهای ضدجنون آتیپیک نظیر ریسپریدون و اولان زاپین بطور قابل ملاحظه ای پائین تر است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۹). لامبرت، و همکاران^۳ (۱۹۹۸) عوارض خارج هرمی را که آکاتیازیا قسمتی از آن می باشد در مصرف کنندگان SSRI^۴ بخصوص فلئوگزانتین و پاروکستین گزارش نموده اند. اخیراً SSRI دیگری به نام سرتالین نیز دارای این عوارض معرفی شده است. در پژوهش دی مارتین و همکاران^۵ (۱۹۹۶) مشخص شد که FK۵۰۶ (یک داروی

^۱ - Van Harten et al

^۲ - Netherlands Antilles

^۳ - Lambert et al

^۴ - Selective Serotonin Receptor Inhibitor

^۵ - Dimartini et al

ماکرولیدایمونوساپرسانت که در پیوند اعضا و مغز استخوان بکار می رود) دارای چند عارضه نورو سایکیاتریک مانند اضطراب و لرزش و آکاتیزیا می باشد. در یک گزارش موردی متوکلوپروماید (یک داروی ضد استفراغ بنزامیدی) در مردی سالخورده پس از مصرف طولانی مدت آکاتیزیا ایجاد کرد و پس از ۲۴ ساعت از قطع دارو اکاتیزیا رفع گردید (تسای^۱، ۱۹۹۶).

درمان

استراتژی های درمان همانند پارکینسونیسم ناشی از نورولپتیک ها می باشد. بتابلوکرها و بنزودیازپینها ممکن است مفید و مؤثر باشند. اخیراً مسدودکننده ۵-HT₂ یا سیپروهیتادین (پریاکتین) در درمان اکاتیزیای مقاوم به درمان استاندارد مؤثر شناخته شده است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۹). هولومان و ماردرد^۲ (۱۹۹۷) درمان آکاتیزیا را مشکل می دانند و نوشته اند اگر کاهش آنتی سایکوتیک ها یا تغییر آنها به آنتی سایکوتیک های با اثر ضعیف عملی نیست، یک داروی آنتی کلینرژیک، بتابلوکرها یا بنزودیازپین ممکن است به داروی بیمار اضافه شود. پروپرانولول و متوپرولول به نظر می رسد که بیشترین اثر را داشته باشند. برای درمان علائم خفیف آکاتیزیا در بیمارانی که وضعیت نسبتاً ثابتی دارند آنتی کلینرژیک ها می توانند مصرف شوند و گاهی کاملاً مؤثر هستند. تجربه با آمانتادین محدود است. مصرف کلوزاپین هم نشان دهنده تأثیر خوب آنتاگونیست های دوپامین - سروتونین در درمان آکاتیزیا است. نیشیماتسو و همکاران^۳ (۱۹۹۷) در چهار بیمار اسکیزوفرنیک در تمام طول شب پلی سونوگرافی تهیه کردند. این بیماران قبل و بعد از درمان با کلونازپام مبتلا به آکاتیزیای

ناشی از نورولپتیک ها بودند. برای یک گروه کنترل غیر مبتلا به آکاتیزیا هم پلی سونوگرافی تهیه شد. درمان روزانه با ۱/۵ تا ۳ میلی گرم کلونازپام شکایت ذهنی بیماران آکاتیتیک را بهبود بخشید. سه نفر از بیماران آکاتیتیک دچار حرکات پرپودیک در اندامها شدند (هر دو پا) ولی هیچ یک از افراد گروه کنترل این حرکات را نشان ندادند. تعداد کلی حرکات در اندام ها و نیز تعداد حرکات اندام ها در ساعت در طی درمان با کلونازپام کاهش یافت. از این پژوهش نتیجه گرفته شد که آکاتیزیا ممکن است شکل خود را در طول خواب شبانه به حرکات اندامها تغییر دهد. اینامی و همکاران^۴ (۱۹۹۷) نیز در پژوهشی بر روی هیجده بیمار مبتلا به سندرم پای بیقرار و چهار بیمار مبتلا به آکاتیزیای ناشی از نورولپتیک پلی سونوگرافی قبل و پس از درمان با کلونازپام انجام دادند. ده مورد نرمال و چهار مورد بیمار روانی غیرمبتلا به آکاتیزیای تحت درمان با نورولپتیک نیز پلی سونوگرافی شدند که جهت سندرم پای بیقرار و آکاتیزیا با هم مقایسه شوند. درمان روزانه با ۰/۵ تا ۳ میلی گرم کلونازپام شکایت ذهنی ۱۷ نفر از ۱۸ بیمار مبتلا به سندرم پای بیقرار و همه بیماران مبتلا به آکاتیزیا را بهبود بخشید. کلونازپام تعداد کلی حرکات اندام ها را در بیماران دو گروه مبتلا به سندرم پای بیقرار و آکاتیزیا کاهش داد.

^۱ - Tsai

^۲ - Holloman & Marder

^۳ - Nishimatsu et al

^۴ - Inami et al

REFERENCES:

- Dimartini – A.F; Trzepacz – PT; Daviss – SR (). Prospective study of FK side effects: anxiety or Akathisia? *Biol – Psychiatry*. (): – . (abstract)
- Holloman – LC, Marder – SR () Management of acute extrapyramidal effects induced by antipsychotic drugs. *Am – J – Health – Syst – Pharm*. (): – . (abstract)
- Inami Y et al () A polysomnographic study on periodic limb movement in patients with restless legs syndrome and neuroleptic – induced akathisia (NIA). *Hiroshima – J – Med – Sci*. (): – . (abstract)
- Kaplan H. Sadock B () *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. th ed Vol land . Philadelphia, Lippincott William Co.
- Lambert MT, Trutia C, Petty E (). Extrapyramidal adverse effects associated with sertrasline. *Prog – Neuropsychopharmacol – Biol – Psychiatry*. (): – . (abstract).
- Nishimatsu- O et al () oct. Periodic limb movement disorder in neurologic induced akathisia. *Kobe – Med – Sci*. (): – . (abstract).
- Townsend MC () *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care*. rd ed Philadelphia. F.A.Davis Co.
- Tsai SJ () Metoclopramide – induced impotence and akathisia: a case report. *Chung Hua I Hsueh T Chih T*. (): – . (abstract).
- Van Harten PN, Matroos G E, Hoek H W, Kahan RS (). The Prevalence of tardive dystonia, tardive dyskinesia, parkinsonism and akathisia the Curacao extrapyramidal syndromes study. *I. Schizophr – Res*.

صدیقه جعفری^۱
شهین حیدری^۲
فاطمه افشارمقدم^۳
دکتر یداً... محرابی^۴
دکتر فریده یغمایی^۵

مقدمه:

هدف:

مواد و روشها:

SPSS

یافته ها:

« »

« »

(P < /)

بحث و نتیجه گیری:

« »

« »

واژه های کلیدی:

-
- ۱- کارشناس ارشد آموزش داخلی جراحی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی
 - ۲- کارشناس ارشد پرستاری و مربی دانشکده پرستاری و مامایی رفسنجان
 - ۳- کارشناس ارشد روانپرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی
 - ۴- دکترای آمار و استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
 - ۵- دکترای بهداشت و استادیار دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی

(ادواردز^۴ ۱۹۹۸). اغلب موارد در تعامل بین پرستار و مددجو، عدم رعایت قلمرو انسانی و فضای شخصی به وقوع می پیوندد (ساوادا و همکاران^۵ ۱۹۹۶). از طرفی ماهیت مراقبتهای پرستاری و طبی به گونه ای است که ورود به قلمرو و فضای شخصی در اغلب موارد اجتناب ناپذیر است و بستری شدن موجب اختلال در حفظ قلمرو انسانی و فضای شخصی مددجو می گردد (دیویس^۶ ۱۹۸۴) می نویسد این امر می تواند عکس عملهایی به صورت رفتارهای کلامی و قابل مشاهده یا واکنشهای غیرکلامی ایجاد کند. واکنشها، شامل اجتناب از تماس چشمی، فراموش کردن آموزشها، مقاومت در برابر مراقبتها و عصبانیت می شود (روان^۷ ۱۹۹۳). پژوهشگران بر این عقیده اند که ورود به قلمرو انسانی و فضای شخصی باعث افزایش سطح تنش و اضطراب و باعث بروز احساسات منفی، کاهش همکاری و تغییر در الگوی خواب می شود (ساوادا و همکاران ۱۹۹۶). همچنین، می تواند موجب واکنش پرخاشگرانه، ایجاد مرز و انزواطلبی گردد (اروین و داوکنیز ۱۹۹۶). آثار مخرب رفتارهای عدم رعایت قلمرو انسانی و فضای شخصی مددجویان می تواند موجب آشفتگی روحی و اختلال در روند بهبودی آنان گردد. با توجه به نگرش سیستمیک به انسان و ارتباط و پیوستگی سلامت جسم و روان، تأمین امنیت، رعایت قلمرو انسانی و حفظ حریم شخصی، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. انجام این پژوهش می تواند راهگشای ایجاد یک ارتباط مطلوب بین کارکنان تیم درمانی و مددجو باشد، که در نهایت موجب آرامش مددجو، تسریع در روند بهبودی، کاهش طول بستری و هزینه های درمانی شده و رضایت مددجو نیز از خدمات ارائه شده، فراهم گردد.

انسان دارای یک سلسله نیاز است که همواره جهت ارضای این نیازها تلاش می کند. یکی از این نیازها، نیاز به محدوده «قلمرو» است. قلمرو انسانی از سالهای ۱۹۲۰ برای دانشمندان و صاحبانظران مطرح و طی دهه ۶۰ در فرهنگ نژاد انسانی عنوان گردید. مفهوم قلمروگرایی در حیوانات به عنوان یک رفتار ژنتیکی و غریزی مورد پذیرش قرار گرفته است ولی این خصیصه در انسان محدود به فضا و زمین نبوده و دفاع از اهداف، عقاید و امتیازات و حقوق را در برمیگیرد (اروین و داوکنیز^۱ ۱۹۹۶).

نیاز به قلمرو شدیداً در رفتار انسان اثر می گذارد، این نیاز به درجات مختلف، دستیابی به خلوت، تنهایی، امنیت و ایمنی در فرد را امکان پذیر می سازد. بین تأمین قلمرو و نیازهای اساسی انسان، ارتباط نزدیکی وجود دارد. بخصوص نیاز به ایمنی و امنیت که در هرم مازلو در اولویت دوم قرار دارد که هنگام عدم رعایت، ایمنی بیشتر مورد تهدید واقع می شود. (یورا و والش^۲ ۱۹۸۲). در این حالت شخص واکنش عاطفی از خود بروز می دهد (پوتر و پری ۲۰۰۱).

در رابطه با تداوم ساختار انسانی، عملکرد و تکامل اورم^۳ می گوید، انسانها در طول زندگی دارای نیازهای مراقبت از خود می باشند که این نیازها در ارتباط با یکدیگر بوده و هرکدام بر دیگری اثر می گذارد. یکی از این نیازها، ایجاد تعادل بین خلوت و تعامل اجتماعی در فرد می باشد که هنگام انحراف از سلامتی و با بستری شدن فرد به دلیل ورود به محیطی ناآشنا و محدود شدن فضا، دستخوش تغییر می گردد (اورم ۲۰۰۱). بطوریکه محدود شدن فضا سبب آسیب پذیری و صدمه به برداشت انسان از خود می شود

^۴ - Edwards

^۵ - Sawada et al

^۶ - Davis

^۷ - Rowan

^۱ - Ervin and Dawkins

^۲ - Yura and Walsh

^۳ - Orem

مروری بر مطالعات

رعایت قلمرو انسانی و فضای شخصی در پژوهش های مختلفی مورد توجه قرار گرفته است. پژوهش توصیفی توسط لین^۱ (۱۹۸۹) با هدف بررسی وجود تفاوت در درک پرستاران و مددجویان از عدم رعایت قلمرو انسانی و فضای شخصی در بیماران انجام شد. در این پژوهش ۸۰ پرستار زن و ۸۰ مددجو (۵۰ مرد و ۳۰ زن) شرکت داشتند. یافته های این بررسی نشان داد که مددجویان زن به آن اندازه ای که پرستاران فکر می کردند هنگام لمس شدن توسط پرستار احساس مطلوبی نداشتند و مددجویان مرد هنگام لمس شدن توسط پرستار، راحت تر از حد مورد انتظار بودند نتایج پژوهش نشان داد که در رابطه با عدم رعایت قلمرو انسانی درک پرستاران با مددجویان متفاوت است. نتایج این پژوهش نشان داد که درک پرستاران در رابطه با عدم رعایت، با مددجویان تفاوت عمده دارد.

مطالعه دیگری به وسیله رایدن و همکاران^۲ (۱۹۹۱) با هدف تعیین ماهیت، تعداد وقوع و زمینه بروز رفتار پرخاشگرانه در سالمندان دارای اختلال شناختی مقیم خانه های پرستاری انجام گردید. در این مطالعه ۱۲۴ مددجوی مرد و زن در سنین ۹۸ - ۵۷ ساله شرکت داشتند. یافته ها نشان داد که طی ۷ روز مشاهده ۸۶/۴ درصد سالمندان شرکت کننده نوعی رفتار پرخاشگرانه از خود بروز دادند. در ۷۲/۳ درصد موارد علت رفتار پرخاشگرانه، پاسخ به لمس یا ورود به فضای شخصی بود.

اسمیت و کانترل^۳ (۱۹۹۸) پژوهشی تجربی با عنوان بررسی تأثیر عدم رعایت دو جنبه مختلف فضای شخصی

(جنبه فیزیکی و جنبه کلامی) بر میزان اضطراب مددجو، انجام دادند. در این پژوهش ۴۰ مددجوی مرد شرکت داشتند. پرستار با قرارگرفتن در فضای خصوصی یا اجتماعی مددجو پرسیدن سئوالات خصوصی و غیرشخصی، چهار موقعیت برای مددجویان ایجاد می کرد. تجزیه تحلیل میزان اضطراب گزارش شده توسط مددجویان نشان داد که بین گروهها تفاوت معنی داری وجود ندارد. اما از نظر تعداد نبض، بعداز انجام مصاحبه، بین گروهها تفاوتهای معنی داری وجود داشت و مشخص گردید که پرسیدن سئوالات خصوصی و محرمانه توسط پژوهشگر، صرفنظر از فاصله فیزیکی، در مددجو ایجاد اضطراب می نماید.

مواد و روشها

این مطالعه، یک پژوهش توصیفی است. نمونه های پژوهش ۸۴ بیمار بودند که مبتنی بر هدف و از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند که حداقل سه روز از بستری شدن آنها گذشته بود. بیماران دارای سواد خواندن و نوشتن بودند، در اطاق خصوصی یا ایزوله بستری نبودند و سن آنها بین ۴۰ - ۱۴ سال بود. نسبت به زمان، مکان و شخص آگاهی داشتند و داروهای مؤثر بر اعصاب و روان مصرف نمی کردند و قادر به تکلم و درک زبان فارسی بودند. این افراد فاقد سابقه اختلال روحی و روانی بودند که با مراجعه به پرونده مددجویان مورد بررسی قرار گرفتند. همگی مسلمان بودند و در یکی از بخشهای جراحی عمومی بیمارستانهای امام خمینی یا طالقانی کرمانشاه بستری و تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند.

ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه ای مشتمل بر سه بخش مشخصات فردی، چگونگی رعایت قلمرو انسانی و چگونگی فضای شخصی بود. احساسات مددجویان در رابطه با بخش دوم و سوم پرسشنامه بصورت مصاحبه از آنان سؤال و پرسشنامه تکمیل گردید. از مددجو درخواست شد در صورتی

^۱ - Lane

^۲ - Ryden et al

^۳ - Smith and Cantrell

که در طول مدت بستری، موارد دیگری دال بر نادیده گرفتن حریم و محدوده یا حقوق وی اتفاق افتاده بیان نماید. سئوالات به دو صورت، با جنبه مثبت و منفی طراحی شد و پاسخهای آنها در سئوالات با پاسخ های به صورت تمام موارد، اغلب موارد، گاهی، هیچوقت یا موردی نداشته مطرح گردید.

پاسخها هرکدام از نمره ۳ تا صفر امتیاز داشته است. و سئوالاتی که جنبه منفی داشتند، امتیاز پاسخها برعکس از صفر تا ۳ امتیاز محاسبه شد. احساسات بیان شده توسط بیمار در مقابل هر سؤال ثبت گردید. به هنگام تجزیه و تحلیل، به هر احساس یک کد اختصاص داده شد. سئوالات با استفاده از مقیاس T.P.S^۱، مقالات و پژوهشهای موجود در این زمینه و کتب مرجع انتخاب شد. جهت تعیین اعتبار از روش، اعتبار محتوا، و به منظور کسب پایایی از روش، دو نیمه کردن استفاده شد. ضمن انجام مطالعه مقدماتی با شرکت ۲۰ تن از واحدهای مورد پژوهش، ضریب همبستگی بین دو نیمه آزمون معادل $R = 0/8$ و ضریب پایایی کل آزمون با استفاده از فرمول اسپیرمن براون معادل $0/88$ به دست آمد. جهت تعیین همسانی درونی آزمون از روش ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد. که معادل $0/78$ بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از برنامه SPSS و روشهای آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد

یافته ها

یافته های پژوهش در رابطه با چگونگی رعایت قلمرو انسانی، نشان داد که اکثر مددجویان رعایت قلمرو انسانی را در گروه متوسط ذکر نموده اند و میانگین امتیاز پاسخ ها $54/16$ درصد بود (جدول شماره ۱). در بررسی احساسات مددجویان در رابطه با چگونگی رعایت قلمرو انسانی،

یافته ها نشان داد که احساس «بی تفاوتی» بیشترین فراوانی را دارد بطوریکه در گروه با امتیاز ضعیف فراوانی احساسات منفی بیش از احساسات مثبت بوده و در گروه با امتیاز متوسط و خوب، فراوانی احساسات مثبت بیشتر از احساسات منفی بود (جدول شماره ۲). آزمون آماری «کای دو» نشان داد که بین چگونگی رعایت قلمرو انسانی و بروز احساسات منفی، خنثی و مثبت، ارتباط معنی دار آماری وجود دارد ($P < 0/001$). گروه با امتیاز متوسط، احساس ترس و اضطراب بیشترین فراوانی را داشت و در بین احساسات مثبت «احساس رضایت» بیشترین فراوانی را داشت. در رابطه با چگونگی فضای شخصی یافته ها نشان داد که میانگین امتیاز سئوالات پرسشنامه $74/9$ درصد و در گروه خوب قرار داشتند (جدول شماره ۳). در رابطه با بررسی احساسات مددجویان در مورد چگونگی رعایت فضای شخصی طبق جدول شماره ۴ «احساس بی تفاوتی» بیشترین فراوانی را در بین احساسات بیان شده دارد. آزمون آماری کای دو بین چگونگی رعایت فضای شخصی و بروز احساسات خنثی، منفی، ارتباط معنی دار را نشان داد ($P < 0/001$) (جدول شماره ۴). ضمناً بین مشخصات فردی واحدهای پژوهش با رعایت قلمرو انسانی و فضای شخصی آنها، ارتباطی نشان داده نشد. از طرفی بین دفعات بستری قبلی و چگونگی رعایت قلمرو انسانی، ارتباط معنی دار وجود داشت ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که چگونگی رعایت قلمرو انسانی توسط کارکنان «متوسط» می باشد. ایجاد محیط خصوصی هنگام معاینه و پانسمان بطور «ضعیف» رعایت شده است در حالیکه احترام به قلمرو انسانی جزء اعمال مراقبتی و درمانی می باشد که مورد غفلت و بی توجهی است. همچنین در انجام مراقبتها و اقدامات درمانی «توضیحات به مددجو» ضعیف بوده

^۱ - T.P.S (Territory Invasion Personal Space scale)

است. در حالیکه لزوم توضیح کافی به مددجو قبل از انجام هرگونه اقدامی، تاکید شده است و این حق هر فردی است که بداند، چرا اطلاعات جمع آوری می شود و چگونه استفاده می شود (اسملتزر و بیر^۱ ۲۰۰۰). در مورد تعیین احساسات مددجویان در رابطه با رعایت قلمرو انسانی آنان، مطالعه نشان داد که فراوانی احساسات منفی بیشتر از احساسات مثبت است. نتایج پژوهش ساوادا و همکاران (۱۹۹۶) نیز نشان داد که عدم رعایت قلمرو انسانی و فضای شخصی مددجویان سبب احساسات منفی در آنها می شود و در بین احساسات منفی «احساس ترس و اضطراب» بیشترین فراوانی را داشت. افراد در طی بیماری در مقابل ورود دیگران به قلمرو آنها از دو مکانیسم «اجازه ورود به قلمرو» و یا «عقیده ورود قانونی» و «انزوا و کناره گیری» استفاده می کنند و ورود به قلمرو را برای خود توجیه می کنند. بنابراین، در مقابل وقوع آن احساسی ندارند (ادواردز ۱۹۹۸). قابل ذکر است که مددجویان به علت عدم آگاهی از حقوق خود، رفتارهای عدم رعایت قلمرو را رفتارهای عادی در محیط بیمارستان می پندارند و نسبت به آنها عکس العملی نشان نمی دهند و در طی مصاحبه جملاتی مانند «ما حقی نداریم» و در صلاحیت ما نیست که سؤال کنیم را بیان می کردند که بیانگر عدم آگاهی آنان از حقوق خود بوده است. مطالعه حاضر نشان داد که رعایت فضای شخصی مددجویان در گروه «امتیاز خوب» قرار داشت ولی در خصوص «حفظ پوشش مددجو در حد امکان» و «نادیده گرفتن خلوت و آرامش مددجو» کمتر از ۵۰ درصد رعایت شده است که می توان گفت با توجه به مختلط بودن بخش و انجام مراقبت و درمان توسط پزشک و پرستار غیر هم جنس این مسئله جای تامل دارد. بک و ویکبلاد^۲ (۱۹۹۷) می نویسند: حتی اگر مددجویان پذیرفته

باشند که هنگام بستری شدن خلوت کمتری داشته باشند، این بدان معنی نیست که آنها در این موقعیت احساس راحتی می کنند. همچنین مطالعه نشان داد که احساسات مددجویان در رابطه با چگونگی رعایت فضای شخصی در دو گروه «متوسط» و «خوب» قرار دارد و «احساس بی تفاوتی» بیشترین فراوانی را دارد که با جملاتی نظیر «احساس خاصی ندارم» «برایم فرقی نمی کند» بیان کردند. نتایج پژوهش ادواردز (۱۹۹۸) نشان داد که مددجویان نسبت به ورود کارکنان به فضای شخصی آنان اعتراضی نداشتند و میانگین درصد احساسات منفی در رابطه با کل سئوالات برابر $14/3 \pm 13$ و میانگین احساسات مثبت معادل $13/95 \pm 26$ می باشد. محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن بین درصد سئوالات مربوط به رعایت فضای شخصی با درصد «احساس منفی و مثبت» اظهار شده در رابطه با هریک از آنها نشان داد که با افزایش درصد رعایت، از درصد احساسات منفی کاسته می شود که این رابطه از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/01$). همچنین افزایش درصد رعایت فضای شخصی با افزایش درصد احساسات مثبت همراه بود، با ضریب همبستگی $ps = 0/81$ معنی دار بود ($P < 0/05$).

یافته های این پژوهش می تواند در آموزش بالینی و در دوره های بازآموزی جهت تغییر نگرش و عملکرد کارکنان به هنگام ارتباط با مددجو مفید واقع شود. مدیران می توانند به ریشه یابی علل احتمالی عدم رعایت قلمرو انسان و فضای شخصی مددجویان پرداخته و در جهت رفع این عوامل بکوشند و در ساختار بخشها و تجهیزات تدارک لازم را دیده و جهت تعیین حدود رعایت قلمرو انسانی و فضای شخصی مددجویان و حفظ حریم آنان طرح قانونی ارائه نمایند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری کارکنان بیمارستان های مورد پژوهش و بیماران تشکر و قدردانی می شود.

^۱ - Smeltzer and Bare
^۲ - Back and Wikblad

جدول شماره (۱): چگونگی رعایت قلمرو انسانی واحدهای مورد پژوهش به تفکیک

چگونگی رعایت	درصد رعایت	مجموع امتیاز	سؤالات مربوط به چگونگی رعایت قلمرو انسانی به ترتیب امتیاز
ضعیف	۱۴/۳	۳۶	۱ - راهنمایی مددجو در بخش و آشنا نمود او با قسمتهای مختلف
ضعیف	۲۱/۸	۵۵	۲ - معرفی خود به مددجو قبل از انجام روشهای مراقبتی یا درمانی
ضعیف	۲۳/۸	۶۰	۳ - توضیح به مددجو قبل از انجام مراقبتها و اقدامات تشخیصی
متوسط	۵۵/۷	۱۰۷	۴ - پاسخ صحیح و مناسب به سؤالات مددجو
متوسط	۵۴/۷	۱۳۸	۵ - توضیح راجع به عمل جراحی انجام شده
ضعیف	۸/۳۳	۲۱	۶ - ورود به اتاق بدون در زدن
ضعیف	۲۳/۸	۶۰	۷ - ایجاد محیط خصوصی هنگام معاینه تعویض پانسمان و ...
متوسط	۴۷/۶	۱۲۰	۸ - بازگذاشتن در اتاق برخلاف نظر مددجو جهت بازبودن درب اتاق
خوب	۹۳/۶	۲۳۶	۹ - باز و بسته نمودن پرده و کرکرده یا پرده اطراف تخت بدون نظر مددجو
خوب	۸۱/۷۴	۲۰۶	۱۰ - روشن بودن چراغها در شب و ممانعت از خواب طبیعی مددجو
خوب	۷۱	۱۷۹	۱۱ - وجود سروصدا در شب و ممانعت از خواب طبیعی مددجو
خوب	۹۱/۲	۲۳۰	۱۲ - جابجانی نمودن صندلی و سایر وسایل اتاق بدون اجازه مددجو
خوب	۹۲/۸	۲۳۴	۱۳ - جابجا نمودن تخت در زمانی که مددجو روی آن دراز کشیده است.
خوب	۹۰/۸	۲۲۹	۱۴ - انتقال مددجو به اتاق، بخش یا تخت دیگر بدون رضایت او
= چگونگی رعایت متوسط	= میانگین درصد = ۵۴/۱۶	= میانگین امتیاز = ۱۳۶/۵	

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی احساسات واحدهای مورد پژوهش در رابطه با چگونگی رعایت قلمرو انسانی

چگونگی رعایت قلمرو انسانی احساسات	منفی		خنثی		مثبت		مجموع احساسات	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ضعیف (۰ - ۱۴)	۳۵	۴۶	۳۸	۵۰	۳	۴	۷۶	۱۰۰
متوسط (۱۵ - ۲۸)	۱۳۳	۱۵/۱	۵۵۴	۶۳/۲	۱۹۲	۲۱/۷	۸۷۹	۱۰۰
خوب (۲۹ - ۴۲)	۳	۱/۹	۹۰	۵۸/۸	۶۰	۳۹/۳	۱۵۳	۱۰۰

جدول شماره (۳): چگونگی رعایت فضای شخصی واحدهای مورد پژوهش بتفکیک سؤال

سؤالات به ترتیب درصد رعایت چگونگی رعایت	مجموع امتیاز	درصد رعایت	چگونگی رعایت
۱- پرسیدن سؤالات بسیار خصوصی	۲۴۹	۹۸/۸	خوب
۲- بی احترامی به متعلقات (دسته گل و ...)	۲۳۵	۹۳	خوب
۳- نشستن کارکنان روی تخت مددجو	۲۵۲	۱۰۰	خوب
۴- بیدار کردن ناگهانی از خواب	۱۶۶	۶۵/۸	متوسط
۵- نادیده گرفتن خلوت و آرامش مددجو	۱۱۸	۴۶/۸	متوسط
۶- مراقبت با عجله و بدون دقت	۲۲۳	۸۸/۴	خوب
۷- درمان به شیوه خشن و غیره مودبانه	۲۱۴	۸۴/۹	خوب
۸- نزدیک شدن بیش از حد به مددجو	۲۴۶	۹۷/۲	خوب
۹- حفظ پوشش مددجو در حد امکان	۱۲۰	۴۷/۶	متوسط
۱۰- نگاه کردن مستقیم به چشمهای مددجو	۲۳۳	۹۲	خوب
۱۱- صداکردن مددجو با شماره تخت	۱۹۴	۷۶/۹	خوب
۱۲- مطرح نمودن اطلاعات خصوصی و محرمانه	۱۷۶	۶۹/۸	خوب
۱۳- قراردادن پرونده مددجو در اختیار	۲۴۳	۹۶	خوب
۱۴- توجه به اصول مذهبی و اعتقادی	۱۳۹	۵۵	متوسط
۱۵- گم شدن وسایل در داخل بخش	۲۴۰	۹۵	خوب
۱۶- توجه به علایق تغذیه ای	۰	۰	ضعیف
۱۷- رعایت خلوت هنگام عمل دفع	۱۴۸	۵۸/۷	متوسط
۱۸- دسترسی به تلفن در هنگام ضرورت	۲۰۱	۸۲/۷	خوب
	میانگین امتیاز =	میانگین درصد =	میانگین چگونگی رعایت =
	۱۸۷	۷۴/۹	رعایت = خوب

جدول شماره (۴): توزیع فراوانی احساسات واحدهای مورد پژوهش در رابطه با چگونگی رعایت فضای شخصی

سؤالات بترتیب درصد رعایت چگونگی رعایت		منفی		خنثی		مثبت		جمع
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
متوسط (۱۹-۳۶)	۱۳۵	۲۵/۲	۲۷۹	۵۲	۱۲۲	۲۲/۸	۵۲۶	۱۰۰
خوب (۳۷-۵۴)	۴۲	۴/۴	۵۵۳	۵۸	۳۵۷	۳۷/۶	۹۵۲	۱۰۰

REFERENCES:

- Back, E. Wikblad, K (۱۹۹۸). Privacy in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. ۲۷ (۶) ۹۴۰ – ۹۴۵.
- Davis, J. (۱۹۸۴). Don't fence me in. *American Journal of Nursing*. ۸۴ (۹) ۱۱۴۱ – ۱۱۴۳.
- Edwards, S. (۱۹۹۸) An anthropological interpretation of nurses and patients perception of the use of space and touch. *Journal of Advanced Nursing*. ۲۸ (۴) ۸۰۹ – ۸۱۶.
- Ervin, N. Dawkins C. (۱۹۹۶) Agency and research cooperation: an exploration of human territoriality. *Journal of Advanced Nursing*. ۲۳ (۳) ۷۲۸ – ۷۳۲.
- Lane, P. (۱۹۸۹) Nurse client perceptions: The double standard of touch. *Issus in Mental Health Nursing*. ۱۰: ۱ – ۱۳.
- Orem D, E. (۲۰۰۱) *Nursing Concepts of Practice*. ۶th Ed, St louis. Mosby Co.
- Rowan K. (۱۹۹۳). Hospital patients have a right to privacy. *RN*. ۵۲ (۲) ۲۶۱ – ۲۷۰.
- Ryden, M et al (۱۹۹۱). Aggressive behaviors in cognitively impaired nursing home residents. *Research in Nursing and Health*. ۱۴, ۸۷ – ۹۵.
- Sawada, N et al. (۱۹۹۶). Personal and territorial space of the patients: A nursing ethics question. *Med law*. (۵) ۲۶۱ – ۲۷۰.
- Smeltzer, S. Bare, B G. (۲۰۰۰) *Text Book of Medical – Surgical Nursing*. ۹th Ed. Philadelphia. Lippincott Co.
- Smith, J cantrell, J. (۱۹۸۹) Distance in nurse patient in counters *Journal of psychosocial Nursing*. ۲۶ (۲) ۲ – ۲۶.
- Yura H, and Walsh. M. (۱۹۸۲) *Human Needs and Nursing Process*. New York. Appleton Century, Crofts.

CCU

محمدزاهد رخزادی^۱

چکیده

مقدمه:

هدف:

مواد و روشها:

SPSS-win

یافته ها:

۱ -

اولیه اتفاق می‌افتد. به نظر مالمبرگ و همکاران^۴ (۲۰۰۰) آنژین ناپایدار یک علت عمده بستری بیماران در بخشهای ویژه است و پیش‌آگهی این بیماران نیز دقیقاً مشخص نیست. ابتلا به بیماریهای عروقی قلب از نظر ایجاد ناتوانی در فرد و خارج کردن تعدادی از آنان از چرخه تولید و اقتصاد و از طرف دیگر بالا بودن هزینه‌های درمانی مخصوصاً در بخشهای ویژه فشار مالی فراوانی را به فرد مبتلا، خانواده، جامعه و سیستم‌های حمایتی وارد می‌آورد.

به عقیده استورو و گیبلر^۵ (۲۰۰۰) هزینه بیماران مبتلا به اختلالات ایسکمیک قلب که در بیمارستان بستری می‌شوند در ایالات متحده سالانه به تنهایی حدود ۶ میلیون دلار است بنظر رودس و موریسیریم^۶ (۱۹۹۴) اکثر بیماران مبتلا نیز بعد از ترخیص بدلیل عود بیماری مجدداً بستری می‌شوند. افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی محرکی برای ایجاد مراکز درمانی مختص به بیماریهای قلبی عروقی شده تا بوسیله آن هزینه‌ها کاهش یافته، طول مدت زمان بستری بیماران، درمانها و پروسیجرهای غیرضروری به حداقل برسد. پرسنل درمانی و پزشکان سعی دارند این اهداف را با ضرورت کیفیت مراقبت از بیمار متعادل سازند (استورو و گیبلر ۲۰۰۰). اما حتی با وجود این کوششها، بیماریهای عروقی کرونر موجب تحمیل هزینه‌های مالی قابل توجهی به جامعه می‌شود (هانل^۷ ۱۹۸۸). حال با توجه به موارد فوق‌الذکر مشخص می‌شود که هر چه تعداد روزهای بستری بیماران در بخشهای ویژه زیاد می‌شود و یا بدلیل عود مجدد تعداد دفعات بستری بیماران افزایش یابد بار مالی فراوانی را به فرد و سیستم‌های حمایتی اجتماعی وارد می‌آورد. برای اجتناب از این تبعات، بهترین راه در مورد افزایش هزینه‌ها آموزش پیشگیری از عوامل خطر و عوامل مستعدکننده بیماریهای عروقی کرونر و یا درمان آنها بطور مؤثر می‌باشد.

هدف از این مطالعه بررسی ارتباط طول زمان بستری بیماران با برخی عوامل فردی و عوامل خطزای قلبی عروقی می‌باشد.

مروری بر مطالعات

آترواسکلروز همچنان بعنوان علت اصلی مرگ و از کارافتادگی زودرس در جوامع پیشرفته مطرح است. تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ میلادی بیماریهای قلبی عروقی در سراسر جهان سردسته بیماریهایی خواهند بود که کارایی مفید افراد را بدلیل از کارافتادگی و مرگ زودرس کاهش می‌دهند (فتح الهی ۱۳۸۰). بنظر می‌رسد که آترواسکلروز در ایران نیز یکی از مهمترین علل شایع مرگ و میر بیماریهای ایسکمیک قلب است اما با این حال از میزان ابتلاء و مرگ و میر با منشأ قلبی عروقی آمارهای دقیقی در دسترس نیست. بر طبق آمارهای مؤسسه قلب آمریکا هر ۳۳ ثانیه یک نفر، هر روز ۳۰۰۰ نفر و سالانه یک میلیون نفر به دلیل بیماریهای قلبی عروقی فوت می‌کنند و هر ۲۰ ثانیه نیز یک نفر دچار حمله قلبی می‌شود (نلسون^۱ ۲۰۰۰). فتح الهی (۱۳۸۰) می‌نویسد مطالعات اپیدمیولوژیک رابطه فشارخون بالا و آترواسکلروز را تأیید می‌کند. اکثریت بیماران مبتلا به دیابت به دلیل آترواسکلروز و عوارض آن فوت می‌کنند. مطالعات دیگر نشان داده‌اند که خطر بیماریهای عروقی کرونر در مردان در مقایسه با زنان (پیش از یائسگی) بالاتر است و پس از یائسگی میزان خطر در زنان با سرعت بیشتری افزایش می‌یابد. همچنین مطالعات رابطه فشارخون بالا و خطر آترواسکلروز را تأیید می‌کنند و افراد با هیپرلیپیدمیای خانوادگی استعداد زیادی برای ابتلا به بیماری قلب و عروق دارند. مصرف سیگار، سابقه خانوادگی و ژنتیکی، افزایش سن از دیگر عوامل خطر ابتلا به بیماریهای قلبی و عروقی می‌باشند. بعقیده صلصالی (۱۳۷۲) بیماریهای عروقی کرونر باید قبل از ظهور علائم بالینی آن پیشگیری شود. بطوریکه بنظر ماسری و همکاران^۲ (۱۹۹۷) بیش از حوادث کشنده قلبی عروقی قابل پیشگیری است. اما زمانیکه پیشگیری اولیه انجام نگردد پیشگیری ثانویه با ارزش است (صلصالی ۱۳۷۲). به عقیده وینتن و فلتنر^۳ (۱۹۹۹) هدف از بستری کردن بیمار درمان حالات عدم تعادل و بیماری برای پیشگیری از تخریب بیشتر و بستری مجدد است که معمولاً در ۷٪ از بیماران در ۲ هفته بعد از بستری

^۴ - Malmberg et al

^۵ - Storrow & Gilber

^۶ - Rhodes & Morrisserym

^۷ -Hannele

^۱ - Nelson

^۲ - Maseri et al

^۳ Winten & Flettner

جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-win و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

نتایج نشان داد که از میان متغیرهای مورد بررسی قرار گرفته، جنس نمونه‌ها، وجود بیماری دیابت، هیپرلیپیدمی و اعتیاد به سیگار با تعداد روزهای بستری ارتباط معنی‌دار آماری نداشتند. اما بین متغیرهای سابقه خانوادگی، سن، سابقه قبلی بستری شدن، هیپرتانسیون و میزان برون ده قلب بیماران با تعداد روزهای بستری در دو گروه ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت (جدول شماره ۱).

در مطالعه‌ای که توسط آسیف و عدنان^۱ (۱۹۹۶) در پاکستان روی ۱۷۰ مورد بیمار مبتلا به آنژین ناپایدار که نیاز به عمل جراحی پیوند عروق کرونر داشتند بعمل آمد عواملی که می‌توانست روی افزایش طول زمان بستری بیماران بعد از انجام عمل جراحی میانبر عروق کرونر^۲ اثر بگذارد مورد بررسی قرار گرفت. بیماران را به دو گروه ۱۰-۱ روز بستری و ۱۱ روز به بالا تقسیم کردند و در نهایت مشخص شد که بین افزایش تعداد روزهای بستری بعد از عمل با سن، فشارخون، استفاده از βبلاکرها قبل از عمل و تعداد شریانهای مورد عمل جراحی قرار گرفته ارتباط معنی‌دار وجود داشته است.

مطالعه دیگری توسط چی و همکاران^۳ (۲۰۰۰) در تایوان روی ۱۸۰ مورد نوزادان پره‌ماچور و ترم بمدت ۱۰ سال بعمل آمد. در این مطالعه گذشته‌نگر نمونه‌ها بدو گروه ۵-۱ روز بستری و ۶ روز به بالا بعد از تولد تقسیم شدند. نتایج نشان داد که بهترین راه کاهش زمان بستری شدن بعد از تولد پیشگیری از زایمانهای زود هنگام است و مشخص گردید

که طول زمان بستری با هیپوترمی، هیپوگلیسمی، پلی‌سیستمی و نتایج مثبت عکس قفسه سینه ارتباط معنی‌دار وجود داشته است.

مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی است. ۱۰۷ بیمار با تشخیص آنژین صدری ناپایدار در دو گروه ۵-۱ روز و ۶ روز به بالا بترتیب ۶۲ و ۴۵ نفر که در طی ۴ ماه در بخش‌های ویژه قلب و قلب مرکز پزشکی توحید سنندج بستری بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه‌ها بصورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه و چک لیست مشاهده بوده که از بدو پذیرش بیمار تا روز ترخیص پیگیری شدند. نمونه‌ها از نظر سن، جنس، سابقه قبلی بستری، هیپرلیپیدمی، هیپرتانسیون، دیابت، سابقه خانوادگی، مصرف سیگار و میزان برون ده قلب با تعداد روزهای بستری مورد بررسی قرار گرفتند و اطلاعات

^۱ - Asif and Adnan

^۲ - CABG

^۳ - Chih et al

جدول شماره (۱):

جمع کل		۶ روز به بالا		۱-۵ روز		تعداد روزهای بستری	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	متغیرهای مورد بررسی	
۴۷	۵۰	۳۲	۳۴	۱۵	۱۶	دارد	سابقه خانوادگی
۵۳	۵۷	۱۰	۱۱	۴۳	۴۶	ندارد	
۱۰۰	۱۰۷	۴۲	۴۵	۵۸	۶۲	جمع کل	
۲۱	۲۲	۵	۵	۱۶	۱۷	۲۰-۴۹	سن (سال)
۷۹	۸۵	۳۷	۴۰	۴۲	۴۵	۵۰ به بالا	
۱۰۰	۱۰۶	۴۲	۴۵	۵۸	۶۲	جمع کل	
۵۵	۵۹	۴۰	۴۳	۱۵	۱۶	دارد	سابقه قبلی بستری
۴۵	۴۸	۲	۲	۴۳	۴۶	ندارد	
۱۰۰	۱۰۷	۴۲	۴۵	۵۸	۶۲	جمع کل	
۴۸	۵۲	۳۴	۳۶	۱۵	۱۶	دارد	هیپرتانسیون
۵۲	۵۵	۲۴	۲۶	۲۷	۲۹	ندارد	
۱۰۰	۱۰۷	۵۸	۶۲	۴۲	۴۵	جمع کل	
۲۵	۲۷	۲	۲	۲۳	۲۵	نرمال ۶۰٪ به بالا	EF ^۱ قدرت پمپاژ قلب
۳۳	۳۵	۱۴	۱۵	۱۹	۲۰	متوسط ۴۰٪ الی ۵۹٪	
۲۷	۲۹	۲۰	۲۱	۷	۸	ضعیف زیر ۳۹٪	
۱۵	۱۶	۷	۷	۸	۹	نامشخص	
۱۰۰	۱۰۷	۴۲	۴۵	۵۸	۶۲	جمع کل	

در دو گروه مورد بررسی از نظر سابقه خانوادگی - سن (سال) - سابقه قبلی بستری - هیپرتانسیون میزان برون ده قلب با تعداد روزهای بستری آزمون آماری کای دو اختلاف معنی دار به ترتیب $P < 0.005$ ، $P < 0.005$ ، $P < 0.005$ ، $P < 0.005$ ، $P < 0.005$ نشان داد.

نتایج جدول فوق نمایانگر این موضوع است که عوامل فردی نظیر سابقه خانوادگی، سن، سابقه قبلی بیماری هیپرتانسیون و قدرت پمپاژ قلب با طول درمان و تعداد روزهای بستری نسبت معکوس دارد.

^۱ - Ejection Fraction

بحث و نتیجه گیری

غیرقابل اصلاح را به حداقل رساند. در نهایت می توان با کاهش عوارض بیماری، تعداد روزهای بستری را در بخش های ویژه به حداقل رسانده، هزینه های درمانی و مالی سیستم های حمایتی اجتماعی را تقلیل داد.

شیوع بیماریهای عروق کرونر با بالا رفتن سن افزایش می یابد و تقریباً ۲۰٪ از جمعیت بالاتر از ۶۰ سال را شامل می شود. پیش آگهی بیماریهای عروق کرونر نه تنها در مقایسه با افراد جوان وخیم تر می باشد بلکه ممکن است مشکلات و بیماریهای بیشتری نظیر ضعف برون ده قلب و کاهش حجم ضربه ای، نارسایی احتقانی قلب، هیپرتانسیون، دیابت را به همراه داشته باشند که در مجموع نیاز به طول درمان بیشتری در بیمارستان و منزل دارند. ادت و همکاران^۱ (۱۹۹۵) در مطالعه خود نشان دادند که با افزایش سن، ضعف عضله میوکارد و بیماری هیپرتانسیون طول درمان و تعداد روزهای بستری بیماران افزایش می یابد.

نتایج پژوهش انجام شده توسط آسیف و عدنان (۱۹۹۶) که ارتباط طول زمان بستری با فاکتورهای سن و فشارخون، در بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر را مورد مطالعه قرار داده بود نشان داد که تأثیر این عوامل در افزایش طول مدت بستری با پژوهش حاضر همسو می باشد. در پژوهش دیگری توسط کیانفر (۱۳۷۹) تحت عنوان عوامل مؤثر بر طول مدت اقامت در واحد مراقبت های ویژه در بیماران تحت بای پس کرونری در بیمارستان شهید مدنی تبریز بعمل آمد. نتایج نشان داد بیمارانی که کمتر از ۵۳ سال داشتند اقامتی کمتر از ۳ روز داشتند. اما در مقابل دچار بیماریهای نظیر هیپرتانسیون و مصرف سیگار بودند. همچنین بیمارانی که بیش از ۳ روز بستری بودند دچار اختلالاتی نظیر دیابت و اختلال در کارکرد بطن بوده اند. نتایج این پژوهش (بجز متغیرهای مصرف سیگار و دیابت که در پژوهش حاضر دارای رابطه معنی دار نبود) در رابطه با سایر متغیرها نظیر هیپرتانسیون اختلال عملکرد بطن و سن با نتایج پژوهش حاضر همسو می باشد.

اطلاع از عوامل مؤثر در طولانی شدن تعداد روزهای بستری در بخش های مراقبت ویژه قلبی و قلب، کادر درمانی از جمله پرستار و پزشک را قادر می سازد تا مددجویان را از فاکتورهای مؤثر در اختلالات قلبی عروقی از جمله بالارفتن چربیهای خون، دیابت، مصرف سیگار، چاقی، اثر جنس و غیره، آگاه نمایند و با پیشگیری از این عوامل در افراد پرخطر و دارای سابقه مثبت خانوادگی و هیپرتانسیون تأثیر عوامل

^۱ - Edout et al

منابع

- براون والد. ی، (۱۳۸۰). *اصول طب داخلی هاریسون*. ترجمه فتح الهی ع. چاپ اول. تهران، انتشارات ارجمند
- صلصالی. م، (۱۳۷۲). *اختلالات عروق کرونر و اصول مراقبتهای ویژه قلبی (پرستاری CCU)*. چاپ اول تهران، انتشارات بشری - آزاده
- کیانفر ا.ع (۱۳۸۰) مقالات اولین کنگره بین المللی مراقبت های ویژه پزشکی. چاپ اول. تهران، انتشارات گروه گرافیک تشخیص.
- Asif A, S Adnan R. (). Predictors of prolonged hospitalization after CABG surgery. *Br j Anaesth.* ()
- Chih C, et al () Unexpected delivery before arrival at hospital. *Chang Gung Med j.* , (abstract)
- Edout Y, et al () Managing of anginal in older people. *Heart Foundation.* ()
- Hannele L, () Quality of life in coronary artery disease. *Nursing Research.* ()
- Malmberg K et al () Impact of diabetes on long term prognosis in patient with unstable angina and non - q- wave myocardial infarction. *Circulation.* ()
- Maseri A et al () The risk and cost effective individual patient management: The challenge of a new generation of clinical trials. *Cardiovascular Drug Therapy.* ()
- Nelson DJ (). A way to help Heart's. *Am. J. Health.* ()
- Rhodes R, Morrisserym G () Self motivation driving force for elder geriatric. *Cardiac Rehabilitation Nursing.*
- Storrow A Gibler W () Diagnosis of acute coronary syndrome. Chest pain. ():
- Winten G, Flettner R. (). Hospitalisation criteria. *Am.J. Standards.* ()

مهناز میریان^۱

و خداوند به زنبور عسل وحی کرد، آنگاه از درون آنها شربت شیرین
به رنگهای مختلف بیرون آید که در آن شفا است.

/

چکیده

()

()

واژه های کلیدی: عسل ، زخم، عفونت

^۱ عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... الاعظم
Honey - ۲

عسل یکی از بهترین و ارزشمندترین مواد غذایی است که از دیرباز مورد استفاده بشر بوده و در کتب معتبر و مدارک تاریخی بسیار ذکر شده است. عسل کلمه ای عربی است که در فارسی به آن «شهد» و در انگلیسی به آن «هانی»^۲ گویند. زنبور ابتدا شهد گلها یا گیاهان را مکیده و در چینه دان خود با بزاق مخلوط می کند و با چندین بار فروردن و بیرون آوردن، آن را در کندو و به زنبورهای جوان تحویل می دهد. زنبورهای جوان نیز که غدد آنزیم ساز آنها به حداکثر رشد رسیده، شهد را دهان به دهان می چرخانند و پس از مخلوط کردن با بزاق دهان و فروردن و بیرون آوردن از چینه دان عسل ساز خود و گرفتن قسمتی از آب، آن را تبدیل به عسل می کنند. این عسل در حجرات موم مانند برگردانده می شود. سپس زنبورها با بال زدنهای مکرر آب آن را تبخیر کرده و در نتیجه عسل پخته شده و روی آن را با یک ورقه موم سفید می پوشانند. کیفیت عسل در نقاط مختلف بسته به شرایط اقلیمی و گیاه مورد استفاده زنبور می تواند متفاوت باشد. با این حال ترکیب اصلی شناخته شده آن در تمام دنیا یکسان است. (فرامرزی و صدیقی، ۱۳۷۷).

با توجه به عواملی که بر شکل ظاهری عسل از جمله رنگ، بو، طعم و غلظت آن اثر می گذارد، کارشناسان بر این عقیده اند که با مشاهده وضع ظاهری نمی توان بر کیفیت عسل نظر قطعی داد و لازم است با انجام آزمایش های مختلف و استفاده از معیار معتبر به این مهم دست یافت. سازمان بهداشت جهانی معیارهای زیر را برای عسل به عنوان استاندارد در نظر گرفته است:

آب = بالای ۲۱٪ نباشد.

قندهای احیا کننده = کمتر از ۶۵٪ نباشد.

سوکروز = بالای ۵٪ نباشد.

خاکستر = بالای ۱٪ نباشد.

اسید آزاد = بالای ۴۰ میلی گرم در کیلوگرم نباشد.

آمیلاز (دیاستاز) = کمتر از ۳ در مقیاس نباشد.

هیدروکسی متیل فورفوزال = بالای ۸۰ میلی گرم در کیلو نباشد.

بدین ترتیب ترکیبات اصلی عسل را می توان آب، قندهای احیا کننده، سوکروز، اسید آزاد و آمیلاز نام برد ویتامینهایی چون C, E, K, B, A و املاحی چون آهن، مس، منگنز از دیگر موادی هستند که به نسبت متفاوت در عسل وجود دارند (فرامرزی و صدیقی، ۱۳۷۷).

محتوی

مصرف عسل شاید قدمتی به درازای حیات انسان داشته باشد. لوحه های گلین کشف شده در سالهای ششم قبل از میلاد نشان می دهد که بابلیها، آشوریان و مصریان عسل مصرف می کرده اند (صادق حداد، ۱۳۶۶). مصرف دارویی عسل نیز از زمانهای بسیار دور بین ملل دنیا رواج داشته است (فورست^۱، ۱۹۸۲). قدیمی ترین اسناد پزشکی با قدمت حدود ۳۵۰۰ سال قبل از میلاد که در مصر کشف شده نشان می دهند که عسل برای درمان زخمها، بیماریهای گوارشی، کلیه، چشم و دیگر اندامها استفاده می شده است. دانشمندیونانی به نام دیوید سکورید^۲ در دو هزار سال پیش عسل را برای درمان بیماریهای روده، زخمهای چرکین و ناسورپها مؤثر دانسته است. (صادق حداد ۱۳۶۶، افشار^۳ ۱۳۷۰).

بقراط (فیلسوف و حکیم یونانی قرن ۴ قبل از میلاد) در کتاب خود به نام «ملاحظاتی راجع به درمان زخمها»، مراقبت به وسیله عسل را توصیه می کند (صادق حداد ۱۳۶۶). وی برای درمان سوختگی عسل و روغن را به صورت موضعی به کار می برد (زوملا و لولات^۳ ۱۹۸۹).

خداوند در سوره «نحل» از تأثیرشفا دهندگی عسل سخن می گوید. از حضرت رسول (ص) نیز روایت شده که می فرمایند: اگر در چیزی شفا باشد در حجامت و عسل است و در جای دیگری نقل شده است که مردم به چیزی همانند عسل شفا نیافته اند که آن شفای همه دردهاست (مجلسی ۶۲). احادیث فراوان دیگری از پیامبر و ائمه اطهار نقل شده و با تأکید بر تأثیر شفا دهندگی عسل، مردم را تشویق به استفاده از آن نموده اند (مجلسی ۶۲). در جنگهای صدر اسلام نیز مجروحین را با عسل پانسمان می کردند (واقعی ۱۳۶۳).

ابوعلی سینا بزرگترین پزشک مسلمان قرن چهارم در کتاب «قانون در طب» می نویسد: عسل اندرون را تقویت، نیرو را زیاد و اشتها را باز می کند. همچنین در جای دیگری کاربرد آن را به صورت نان عسلی و آرد گندم بر روی زخم توصیه می کند و می گوید عسل در بهم آوردن زخم های چرکین کمک می کند (سینا ۱۳۷۰).

مقایسه ای بین تأثیر عسل با آنتی سبتیک های رایج موضعی مثل اتانول ۷۰٪ و بتادین انجام شد. نتایج نشان داد

^۱ - Forrest

^۲ - David Scord

^۳ - Zumla & Lulat

که در بین دو گروه، گروه اول که از عسل استفاده کرده بودند، سیر بهبودی سریع تر، مدت مصرف آنتی بیوتیک خوراکی کوتاه تر و رشد میکروبی و اسکار کمتری در مقایسه با گروه دوم داشته است (الولی و سلوم^۱ ۱۹۹۹). بیشتر بیمارانی که عمل سزارین روی آنها انجام می گیرد به علت عفونت محل عمل، عوارضی چون از هم گسیختگی محل بخیه ها آنها را گرفتار می کند. برای پیشگیری از این عارضه فاپرادیات و سارپولا^۲ (۱۹۹۲) نتایج بسیار خوبی از پانسمان محل عمل با عسل گرفتند.

عمل های جراحی که بر روی نوزادان انجام می شود مشکلات خاص خود را دارد. ضعف سیستم ایمنی نوزادان و پایین بودن قوای جسمی، دو فاکتور بسیار مهم در پیش آگهی عمل جراحی آنهاست. واردی و همکاران^۳ (۱۹۹۸) برای درمان عفونت زخم جراحی نوزادان از عسل استفاده کردند. این تحقیق به روی ۹ نوزادی که دچار عفونت زخم جراحی شده بودند و آنتی بیوتیک های رایج برای کنترل عفونت آنها مؤثر نبوده است انجام شد؛ ۲۱ روز بعد از شروع پانسمان با عسل زخم ها تمیز، استریل و بدون عارضه جانبی کاملاً بهبودی یافته است.

بلوم فیلد^۴ (۱۹۸۳) نیز از عسل طبیعی برای درمان و پانسمان زخم های سوختگی بیماران بستری شده، استفاده کرد. او عنوان می کند که بعد از ۳ - ۲ روز بهبودی قابل ملاحظه ای مشاهده کرده است. در سال ۱۹۹۱ نیز مقایسه ای بین روش های رایج مراقبت از زخم سوختگی مثل استفاده از پماد موضعی سیلور سولفادیازین با عسل انجام شده است. نتایج آن نشان داد که در همه موارد، عسل با فروکش کردن سریع تر تغییرات التهابی حاد، بهبودی را تسریع کرده است. از طرفی با کنترل بهتر عفونت، تسکین درد و اسکار کمتر در محل سوختگی موجب شده که محققین تأکید بیشتری نسبت به استفاده از این ماده طبیعی به جای داروهای شیمیایی داشته باشند (سوبرامنیام^۵ ۱۹۹۱). در ایران نیز حضرتی (۱۳۷۸) مقایسه ای بین تأثیر استفاده موضعی از عسل و نیتروفورازن بر طول درمان زخم های سوختگی درجه ۲ و کمتر از ۵٪ انجام داده است. او نتیجه گرفت که طول مدت

درمان در هر دو روش تفاوت چندانی با هم ندارد ولی از آنجا که عسل تورم و التهاب زخم را زودتر از بین می برد و از طرفی میزان آلودگی میکروبی محیط زخم در مقایسه با گروه مقابل، بسیار کمتر بوده است استفاده از آن ترجیح دارد.

تأثیر ضد میکروبی عسل از سالها پیش شناخته شده بود ولی علت آن چندان مشخص نبود. برگمن و همکاران^۶ (۱۹۸۳) اسیدیته پایین ($PH = 3/8$) عسل را مهمترین مانع رشد میکروبی می دانند و می نویسند وجود آنزیم های انورتاز، گلوکز اکسیداز و سطح ۸۰ درصد قند، منبع عالی انرژی برای کاتابولیسم سلولی است و به علت خاصیت آب پذیری، تورم را کمتر کرده و سبب اکسیژن رسانی بهتر سلول می شود در نتیجه حالت چسبندگی عسل مانع از تهاجم باکتریها به درون بافت می گردد. به غیر از خاصیت اسیدی عسل که هنوز برای مقابله میکروبی روی آن بحث می شود غلظت بالای قند آن چندان تئوری پذیرفته شده ای نیست. به طوری که افم و همکاران^۷ (۱۹۹۲) با تکیه بر تحقیق خود چنین ادعایی کردند. آنان در آزمایشگاه خود میکروب هایی که باعث عفونت زخم می شدند را کشت دادند و با غلظت های ۱۰۰ و ۵۰ و ۲۰ درصد عسل آغشته کردند. پس از مدتی دریافتند که در غلظت ۱۰۰ درصد رشد میکروبی کاملاً مهار شد، در صورتی که در غلظت ۵۰ درصد به طور نسبی و در غلظت ۲۰ درصد بدون تأثیر مهاری بوده است. آنان همین آزمایش را در شرایط فیزیکی مشابه با قند تغلیظ شده تکرار کردند. عدم مهار رشد میکروبی آنان را به بررسی بیشتر وادار کرد. آنان تأثیر ضد میکروبی عسل را به وجود عواملی چون پراکسید هیدروژن نسبت دادند.

تحقیقاتی که امروزه بر روی عسل انجام شده بر یافته های گذشتگان صحت گذاشته است. این تحقیقات نه تنها عسل بلکه بره بوم، ژله رویال و زهر زنبور را نیز شامل می شود و تأثیرات درمانی آنها را به بحث می کشاند. اما آنچه که مورد بحث ما است مطالعاتی است که بر روی خود عسل انجام شده است. امروزه در محافل علمی جهان عسل به عنوان دارویی کارآمد برای انواع زخم ها مطرح شده است و پژوهشگران نتایج ارزشمندی از آن به دست آورده اند که به تعدادی از آنها اشاره خواهد شد. به طور کلی می توان گفت که این مطالعات بر روی تأثیر ترمیمی و ضد میکروبی عسل بر روی زخم های عمده و غیر عمده که شامل زخم جراحی،

^۱ - Al-Waili & Saloom

^۲ - Phuapradit & Saropala

^۳ - Vardi et al

^۴ - Blumfield

^۵ - Subrahmanyam

^۶ - Bergman et al

^۷ - Efem et al

سوختگی و زخم هایی که به دنبال بیماری ایجاد می شود انجام گرفته است.

در سال ۱۹۷۰ کاونگ و همکاران^۱، عسل را در زخم های باز حاصل از ولوکتومی^۲ به کار بردند آنها متوجه بهبودی سریع تر و کندی رشد باکتری در محل زخم شدند. از سالهای ۱۹۸۰ به بعد پژوهش های بیشتری در مورد تأثیر عسل در بهبودی و کنترل عفونت در زخم انجام گرفت. افم و همکاران (۱۹۹۲) بیشترین تحقیقات را در این زمینه داشته اند و مقالات متعددی در این رابطه ارائه کرده اند. افم طی سالهای ۱۹۸۴ تا ۱۹۸۶ پژوهشی در دانشگاه کالابار نیجریه انجام داد. در این پژوهش ۵۹ بیمار بین ۲۰ تا ۷۸ سال را که زخم های وسیع داشته که با درمان های رایج بهبود نیافته بودند انتخاب کرد. علل زخم ها شامل زخم بستر، کانکارم^۳، کارسینوما^۴، گانگرن فورنیر^۵ بود. پس از نمونه برداری و کشت از زخم، به طور روزانه با سالیین نرمال شستشو داده شد. سپس عسل تازه روی زخم قرار داده و پانسمان انجام داد. رشد میکروب هایی چون پseudomona، استفیلوکوک، کلبسیلا و ایبی کلای، یک هفته پس از درمان مهار شده و سیر بهبودی در ظاهر زخم کاملاً مشخص بود. زخم های خوش خیم به درمان با عسل پاسخ دادند. نکته قابل توجه در نتایج این پژوهش خاصیت ضد میکروبی عسل و قدرت شیمیایی آن است که پس از دو تا چهار روز باعث جدا شدن بافت نکروزه از محل شده است و بیمار دیگر نیاز به دبریدمان تحت عمل جراحی نداشته است (حضرتی و همکاران ۱۳۷۸).

افم (۱۹۹۳) در مقاله دیگری به تأثیرات مثبت استفاده از عسل در کانگرن فورنیر اشاره کرد. این بیماری که گانگرن عفونی ناحیه ژنتیال ناشی از میکروب استرپتوکوک است بسیار خطرناک بوده و می تواند منجر به مرگ شود. او به این نتیجه رسید که استفاده از عسل به طور موضعی به همراه آنتی بیوتیک های رایج سیستمیک نتایج درمانی بهتری به دنبال داشته و از میزان مرگ و میر ناشی از آن می کاهد. در یک مطالعه، زخم ها و اولسره های جلدی غیرجراحی ۴۰ بیمار با عسل پانسمان شد. که در نهایت ۸۸٪ موارد بهبودی کامل یافته بودند. در انتهای فرآیند بهبودی کشت میکروبی

نیز از محل زخم به عمل آمد. که در نتیجه کمترین میکروب از محیط زخم جدا شد (اندیسابا و همکاران^۶ ۱۹۹۳). نادری فر (۱۳۷۲) نیز بیماران خود را که زخم های باز ناشی از حوادث داشتند با عسل پانسمان نمود. او در یافته های خود عنوان کرد که عسل علاوه بر آن که محیط زخم را عاری از عفونت می کند، بافت ناحیه را برای عمل جراحی، بخصوص پیوند آماده ساخت.

تأثیر عسل در روی زخم های جراحی مانند هیستریکتومی و سزارین توسط ویلیکس و همکاران^۷ (۱۹۹۲) مورد بررسی قرار گرفت. پژوهشگر دیگری علاوه بر پورکسید هیدروژن مواد دیگری از جمله فلاونید و اسیدهای فنولیک شامل اسیدکافئیک و اسید فروویک را مؤثر دانسته است (وحدان^۸ ۱۹۹۸).

عسل به طور طبیعی استریل نیست و مثل هر ماده غذایی در محیط می تواند حاوی میکروب بوده و یا بعد از مدتی غیرقابل مصرف گردد. شایعترین میکروب هایی که در عسل یافت می شوند مخمرها و باکتری های اسپور شکل (بوتیلیسم^۹) هستند. عواملی را که باعث آلودگی میکروبی عسل می شوند در دو دسته قرار داده اند. یک دسته میکروب هایی که توسط خود زنبور به کندو آورده می شد. این دسته را **منابع اولیه** آلوده کننده عسل نامیده اند. دسته دوم یا **منابع ثانویه** میکروب هایی که بعد از برداشته شدن محصول از کندو منتقل می گردند. به طور کلی می توان گفت منابع اولیه آلوده کننده غالباً غیرقابل کنترل هستند ولی منابع ثانویه

می توان با استفاده از وسایل و روش های تمیز کنترل کرد (اسنودن و کلیور^{۱۰} ۱۹۹۶).

میکروب بوتیلیسم که به صورت بی هوازی در زخم رشد می کند خطرناک ترین میکروب آلوده کننده زخم است. اما از آنجا که این دارو در زخم های باز استفاده می شود در هیچ یک از مقالات مورد بررسی که پانسمان با عسل را برای زخم و یا سوختگی مطرح کرده اند اثری از آلودگی با بوتیلیسم مطرح نشده است.

^۶ - Ndaysaba et al

^۷ - Willix et al

^۸ - Wahdan

^۹ - Botulism

^{۱۰} - Snowden & Cliver

^۱ - Cavenge et al

^۲ - Vulvectomy

^۳ - Cancarum

^۴ - Carcinoma

^۵ - Furnier

در این راستا روش استریل سازی عسل مطرح می باشد. از آنجا که حرارت موجب از بین رفتن خواص عسل می شود استفاده از اتوکلاو و یا جوشانیدن برای استریل سازی رد شده است. در سال ۱۹۹۵ روش استریل سازی عسل با کبالت ۶۰ مورد تحقیق قرار گرفت. در این پژوهش با هدف حداقل دوز اشعه برای استریل سازی عسل با حفظ خواص ضد میکروبی انجام شد. پژوهشگران آنها چنین یافتند که با ۱۸ KGY آلودگی های طبیعی و با ۲۵ KGY میکروب ها از جمله اسپورکلیستریدم پاک می شوند. (پست مس و همکاران^۱ ۱۹۹۵).

نتیجه

به کارگیری مواد طبیعی و گیاهی جزء سنتهای دیرینه در درمان و بهبود بیماران بوده است اگرچه پیشرفتهای قرون اخیر مواد شیمیایی را جایگزین مواد طبیعی نموده ولی عوارض زیاد این مواد منجر شده که محققین نگرشی دوباره به داروها و روشهای سنتی داشته باشد و آن را مکمل شیوه های جدید نماید. انبوه مقالات نگارش شده پیرامون خواص درمانی عسل حکایت از آن دارد که پزشکی عصر حاضر با رویکردی به گذشته می کوشد تا ارتباط خود را با علم قدیم حفظ کند. این موضوع می تواند چشم انداز مثبتی برای آینده داشته باشد و منجر به تحولاتی در علم پزشکی گردد. امید است که مواد طبیعی و این گونه تحقیقات جای خود را در سیستم پژوهشی و درمانی باز یابند.

^۱ - Postmes et al

منابع

- افشار ا (۱۳۷۰) *پزشکی سنتی مردم ایران*. چاپ اول. تهران: انتشارات مؤلف.
- سینا اع (۱۳۷۰) *قانون در طب*. ترجمه عبدالرحمن شرفکندی. تهران: سروش (۱۳۷۰) ص ۲۶۹.
- حضرتی م و همکاران (۱۳۷۸) بررسی مقایسه ای تأثیر استفاده موضعی از عسل و آنتی بیوتیکهای رایج بر زخم سوختگی درجه دو کمتر از ۵ درصد در مراجعه کنندگان به بیمارستان قطب الدین شیراز. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشجو و پژوهش*. (۱۵)، ۷، ۵۱ - ۴۴.
- فرامرزی ط؛ صدیقی م (۱۳۷۷) عسل، تعاریف، ترکیبات و خصوصیات. *استاندارد و کالاهای ایرانی*. شماره ۸۰، ص ۳ - ۴۱.
- نادری فرغ (۱۳۷۲) *درمان ضایعات نسج نرم با پانسمان با عسل*. پایان نامه مقطع دکتری دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- مجلسی م. *بحار الانوار* ج ۶۲ و ۶۶.
- واقدی م (۱۳۶۳) *شرح جنگ های پیامبر اسلام (ص)* ترجمه محمود مهدوی دامغانی، تهران، نشر دانشگاهی.
- برویج ن (۱۳۶۶) *داروسازان بالدار*. ترجمه صادق حداد ک، تهران: سازمان انتشارات و آموزش و انقلاب اسلامی.
- Al – Waili, NS; Saloom, K Y. (۱۹۹۹). Effects of topical honey on post-operative wound infections due to gram positive and gram negative bacteria following sections and hysterectomies. *Eur – J- Med _ Res*. ۴(۳), ۱۲۶ – ۳۰.
- Bergman, A; et al (۱۹۸۳) Acceleration of wound healing by topical application of honey. *Ame – J – Sur*. ۱۰۵, ۳۷۴ – ۹.
- Blumfield, R (۱۹۸۳) Honey for decubitus ulcers. *JAMA*, ۲۲۴ – ۳۰۵.
- Cavenge, D; et al (۱۹۷۰). Radial operation for carcinoma of vulva. *The J – Obe – Gyn. Of the British Common Health*. ۷۷, p: ۱۰۷۳ – ۴۰.
- Efem, SE (۱۹۹۳) “Recent advances in the management of fornier gangrane” *Surgery*. ۱۱۳, P: ۲۰۰ – ۲۰۴.
- Efem SE; et al (۱۹۹۲) The antimicrobial spectrum of honey and its clinical significance. *Infection*. ۲۰(۴), ۲۲۷ – ۹.
- Forrest R.D (۱۹۸۲) Early history of wound treatment. *Journal of the Royal Society Medicin*. ۷۵ P: ۱۹۸ – ۲۰۵.
- Ndayisaba G; et al (۱۹۹۳) Clinical and bactriological outcome of wound treated with honey. An analysis of a series of ۴۰ cases. *Rev-Chir-Orthop-Reparatrice-Appar-Mot*. ۷۹(۲), ۱۱۱-۳.
- Phuapradit, W; Saropala, N (۱۹۹۲) Topical application of honey in treatment of abdominal wound disruption. *Aust – N-Z-J-Obstet-Gynaecolo*. ۳۲(۴), ۳۸۱ – ۴.
- Postmes, T et al (۱۹۹۵) The sterization of Honey with cobalt ۶۰ gamma radiation: a study of honey spiked with spores of clostridium botulinum and vacillus subtilis. *Experientia*. ۵۱ (۹ – ۱۰), ۹۸۶ – ۹.

- Snowden, J A; Cliver D O (۱۹۹۱) Microorganism in honey. *Int – J – Food – Microbiol.* ۳۱ (۱ – ۳), ۱ – ۲۶.
- Subrahmanyam, M (۱۹۹۱) Topical application of honey in treatment of burns. *Br-J-S.* ۷۸(۴), ۴۹۷ – ۸.
- Vardi, A; et al (۱۹۹۸) Local application of honey for treatment of neonatal postoperative wound infection. *cta – paeditr.* ۸۷(۴). ۴۲۹ – ۳۲.
- Wahdan, H A (۱۹۹۸). Causes of the antimicrobial activity of honey. *Infection.* ۲۶(۱), ۲۶ – ۳۱.
- Willix, D J; et al (۱۹۹۲). A comparison of the sensitivity of wound – infecting species of bacteria to the antibacterial activity of manuka honey and other honey. *J – Appl – Bacteriol.* ۷۳ (۵), ۳۸۸ – ۹۴.
- Zumla, A; Lulat, A (۱۹۸۹) Honey a remedy rediscovered. *Journal of Royal Society Medicine.* ۸۲, ۳۸۴ – ۵.

۱ - دومین کنگره پیشگیری از بیماریهای غیرواگیر

تهران - مرکز همایش های رازی

تاریخ: ۲۷ - ۲۵ آذر ۱۳۸۲

آدرس دبیرخانه: تهران، اوین، بیمارستان طالقانی، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم

صندوق پستی: ۴۷۶۳ - ۱۹۳۹۵

پست الکترونیک:

Pncd@erc-iran.com

<http://www.erc-iran.com/pncd>

۲ - چهارمین همایش سراسری انگل شناسی و بیماریهای انگلی

تاریخ: ۲۴ - ۲۱ مهر ۱۳۸۲ دانشگاه علوم پزشکی مشهد

آدرس دبیرخانه: مشهد، خیابان دانشگاه، سازمان مرکز دانشگاه علوم پزشکی (ساختمان قریشی) - طبقه سوم -

دفتر همایش بیماری انگلی

تلفن: ۰۵۱۱ - ۸۵۴۷۲۵۵ - ۸۴۰۳۵۵۵

E mail: nicopa4@mums.ac.ir پست الکترونیک:

۳ - اولین همایش بین المللی اصلاحات و مدیریت تغییر در آموزش پزشکی و ششمین همایش کشوری آموزش

پزشکی

تاریخ: ۱۱ - ۹ آذر ۱۳۸۲

فرصت ارسال خلاصه مقالات: ۱۵ مرداد ۸۲

آدرس دبیرخانه: تهران، بزرگراه چمران، اوین، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی -
درمانی - ساختمان ستاد - طبقه هفتم - مرکز مطالعه و توسعه آموزش پزشکی

۴ - سمپوزیوم بین المللی: پژوهش در پرستاری جامعه: دیدگاه بین المللی

تاریخ: ۳ - ۴ سپتامبر ۲۰۰۳

مکان: انگلستان - ردینگ

آدرس دبیرخانه:

ICCHNR Bookings

۲۸ Rushington Avenue

MAIDENHEAD

Berks

UK SL۶ ۱BZ

C.Goodman@PCPS.ucl.ac.uk

پست الکترونیک:

<http://www.city.ac.uk/barts/icchnr/>

۵ - کنفرانس بین المللی: پرستاری: حرفه گرایی در پرستاری

International Nursing Conference: Enhancing Nursing Professionalism Through Globalization

تاریخ: ۱۴ - ۱۱ سپتامبر ۲۰۰۳

مکان: صباح (مالزی)

آدرس دبیرخانه:

Department of Health, Sabah

۳rd floor, Federal Building

Jalan Mat Salleh

۸۸۵۹۰ Kota Kinabalu Sabah

E mail: Latifah-noor@hotmail.com

پست الکترونیک:

or: fah۳۰@yahoo.com

۶ - سومین کنفرانس بین المللی: پرستاری پیشرفته - شورای بین المللی پرستاری

۳rd ICN International Nurse

Practitioner/ Advanced Practice Nursing Network

Critical Pathways in Global Context

تاریخ: ۲۹ ژوئن - ۲ جولای ۲۰۰۴

مکان: هلند Groningen

آدرس:

Annelies Muurman, Conference Secretary
NP ۳۰۰۴, Gronningen University Hospital, P.O box ۳۰.۰۰۱
۹۷۰۰ RB Groningen The Netherlands

۷ - سومین کنفرانس بین المللی: مراقبت های بهداشتی چند حرفه ای

۳rd International Multidisciplinary Health Care Conference

تاریخ: ۳ - ۵ مارس ۲۰۰۴

مکان: ژوهانسبورگ آفریقای جنوبی

آدرس دبیرخانه:

Kistas@unisa.ac.za

Email: np۳۰۰۴@oplei.azg.n۱

Occupational stress in midwives at hospitals of Kermanshah

Nahidi F.

Montazerian M.

Dr. Sadr S.

Dr. Alavi Majd H.

Background: Determining stress rate and occupational stressors in midwives working at hospitals is important.

Purpose: This descriptive study was conducted to determine occupational stressors in midwives working at teaching hospitals in Kermanshah.

Method: A convenience sample including 100 qualified midwives was selected and a questionnaire in four parts (the first part was about demographic information, the second part about stress signs, the third part about occupational stressors, and the fourth part about job satisfaction) was used for data collection.

Results: Findings showed that midwives who were working in labor wards had higher level of stress. There were no significant relations between stress and age, occupational status, and job experience. However, there was a significant relation between occupational stress and marital status ($P < 0.003$) as well as children number ($P < 0.018$).

Keywords: Occupational stress, Midwives.

Comparing the effects of active and physiologic methods on third-stage duration of labor in women referring To Mahdiah Hospital in Tehran

Dolatian M.

Dr. Sharafi A.S.

Shademan N.

Valaie N.

Purpose: This clinical trial was conducted to compare the effects of active and physiologic methods on the third stage of labor in women referring to the delivery room of Mahdiah Hospital between ۲۰۰۱ and ۲۰۰۲.

Method: ۶۰ pregnant women accepted to participate in the study. The women were randomly divided into two active and physiologic groups. ۱۰ units of syntocinon was injected intramuscularly to all subjects in active group at the delivery of anterior shoulder of the fetus. The umbilical cord was immediately clamped and cut and the placenta was taken out by using Brandtt – Andrews maneuver. No drug was injected in the physiologic group and the umbilical cord was not clamped and cut until the full stop of its pulse and after placental separation. The umbilical cord was taken out with a mild tension and mothers' effort. The duration of third stage, amount of bleeding in the first two hours, and homoglobin as well as hematocrit levels were compared between the groups.

Results: Findings showed no significant difference between the two groups in terms of any effective factors influencing the duration. Average durations of the third stage in physiologic and syntocinon groups were $۷,۴ \pm ۲,۴$ and $۵,۵ \pm ۲,۵$ minutes respectively. There was no significant difference between the groups in terms of other criteria.

Conclusion: It seems that syntocinon can decrease the duration of the third stage of labor, but has no effect on other complications. It may not be necessary to use it in low-risk women with respect to hemorrhage.

Keywords: Physiologic method, Third stage of labor, Syntocinon, Post-delivery hemorrhage

Comparing quality of life (QOL) in patients on hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis(CAPD)

Jazari Z.

Dr.Abed Saiedi ZH.

Dr.Shah Nazari ZH.

Abrahimi A.

Background: Having a chronic condition such as end stage renal diseases has an impact on patients' every day life. Quality of life is an acceptable criteria for evaluating the impact of diseases and effectiveness of treatments.

Purpose: The purpose of this descriptive –comparative study was to compare the quality of life between peritoneal dialysis and hemodialysis patients referring to hemodialysis centers in Tehran, Iran.

Method: The sample of the study consisted of 100 hemodialysis patients and 50 peritoneal dialysis patients in Imam Khomayni, Shariati, and Soudeh centers. Hemodialysis patients were randomly selected from the list of patients in these centers. All patients on peritoneal dialysis were included in the study. The quality of life was assessed by a questionnaire composed of physical functioning, emotional, and socioeconomic dimensions. The questionnaire was validated by content validity. The reliability of the instrument was obtained by assessing internal consistency. The reliability coefficient was 0.946.

Results: Findings of the study showed that the average ages for hemodialysis and CAPD patients were 43.29 ± 14.43 and 50.6 ± 16 respectively. 44.7% of hemodialysis and 56% of CAPD groups were female. The history of dialysis was 6.03 ± 4.78 years in hemodialysis and 2.16 ± 1.83 years in CAPD patients. QOL mean score was 51.28 ± 13.7 for hemodialysis and 63.26 ± 14.78 in CAPD patients. There was a significant difference between the two groups in all subscales and total scores of quality of life. Quality of life scores in CAPD patients were higher than hemodialysis patients.

Keywords: Quality of life, Hemodialysis, Continuous ambulatory peritoneal dialysis.

Akathisia

Afsharmoghadam F.

Akathisia is the most common acute extrapyramidal adverse effect and often the most distressing one. The most common clinical manifestations consist of weight shifting from foot to foot, walking in place, inability to keep the legs still, feeling of inner restlessness, and shifting body position in a chair. Patients with akathisia may describe a compelling urge to walk or initiate movement.

Differentiating akathisia from behaviors related to psychotic illness may be difficult. Among antipsychotics, dopaminergic blockers are essential for development of akathisia, with an increased incidence noted when potent antipsychotics are used and near the end of clozapine administration. For milder symptoms in relatively stable patients, anticholinergics alone can be used and are sometimes quite effective. Benzodiazepines and B – adrenergic receptor antagonists have been documented with efficacy. The experience by elozapine also points out favorable outcomes with serotonin – dopamine antagonists.

Keywords: Akathisia.

Clients' Feelings at Hospitals regarding Personal Space and Territoriality in Kermanshah

Jafari S.

Heidari SH.

Afsharmoghadam F.

Mehrabi Y.

Yaghmaii F.

Background: One of the human needs is to have personal space and territory which is often disturbed by hospitalization.

Purpose: The aim of this study was to determine clients' feelings about respecting territoriality and personal space in surgical wards of teaching hospitals in Kermanshah.

Method: This descriptive study with 45 clients from two surgical wards was accomplished by purposive sampling. Data collection tool was a questionnaire in three parts and a semiconstructive interview.

Results: Most of the clients felt a moderate respect for their territory and good respect for their personal space. There was a significant relation between the quality of feelings and the way territoriality and personal space was respected.

Conclusion: More research to find reasons of violating territoriality and personal space in some cases is suggested.

Keywords: Territory , Territoriality, Personal space, Privacy

Relation Between Individual Factors and Prolonged Hospitalization for Unstable Angina in CCU and Heart Ward of Tohid Hospital in Sanandaj

Rokhzadi M.

Background: Although coronary artery disease risk factors have been identified, there has been no study to determine the effects of individual factors on the length of hospitalization due to unstable angina.

Purpose: This study was conducted to find out any relation between individual factors and hospital stay of these patients.

Method: A cross-sectional study with ۱۰۷ patients hospitalized for the treatment of unstable angina was conducted. The subjects were divided in two group: ۱-۵ days and over ۶ days of hospitalization. Research tool was an observation checklist and a questionnaire.

Results: Findings showed that there was no relation between being diabetic, gender, smoking, and hyperlipidemia and length of stay. On the other hand, there was a significant relation between hypertension, history of unstable angina, age, family history, and ejection fraction and length of stay.

Conclusion: According to these findings, educational programs are suggested with regard to preventing risk factors influencing CHD, which can reduce hospitalization and treatment costs.

Keywords: Individual factors, prolonged hospitalization, Unstable angina

Infection Control and Wound Healing by Honey Dressing

Mirrian M.

Honey is a sweet unfermented substance which is produced by honey bee. Honey has been used as a dressing for wound since thousands years ago and its use has been described in the detected papyruses of Egypt in ۳۵۰۰ B.C as well as ancient documents of the medical history in Iran and in the world. There are many narrations from the Prophet and the Imams about utilization of honey in the disease remedy. In addition, it has been used as a dressing for wounds of the injured in the early Islam Wars.

This paper reviewed the research conducted in Iran and other countries related to honey as a dressing for surgical and nonsurgical wounds as well as superficial burns.

Many studies showed that honey controlled infection, healed wounds quicker, and left less scar in comparison with current compounds for dressing. Since wound infection is one of the most common complications particularly in burns, controlling it by reconsidering the application of honey could be very beneficial.

Keywords: Honey, Control of infection, Wound, Burn.