

## مقالات این شماره

صفحه	نویسنده	مقاله
۲		• راهنمای نویسندگان مقالات
۳	صدیقه امیرعلی اکبری، کتایون ارفعی، محبوبه احمدی، حمید علوی مجد	• بررسی دلایل اجتماعی انتخاب رشته مامایی در دانشجویان دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران
۱۰	نایله عزتی، دکتر ژیلآ عابدسعیدی دکتر حجت زراعتی	• بررسی رعایت رژیم غذایی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری در بیمارستان های منتخب تبریز
۲۲	گیتی ازگلی، منصوره عارف مهر، دکتر اسماعیل بیابانگرد، مهندس پرویز کمالی	• بررسی میزان تنش در حاملگی و شیوه های مقابله نخست حامله های مراجعه کننده به بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳۵	نیره براهیمی، محمدحسین علیجانزاده، ناهید خزائی، دکتر طاهره اشک تراب، دکتر حمید علوی مجد	• بررسی تأثیر غسل در بهبود استوماتیت بیماران تحت شیمی درمانی بستری در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۴۲	زلیخا سعادت	• بررسی میزان رضایت بیماران مراجعه کننده به اورژانس های یکی از بیمارستانهای آموزشی شهر مشهد
۴۹	صدیقه فاطمیان، ناهید ممدوح، کاملیا روحانی، دکتر اکبرزاده، دکتر طاهره اشک تراب	• بررسی رابطه درد ناشی از خونگیری با ضربان قلب در نوزادان بستری در بیمارستان فاطمیه همدان سال ۱۳۸۲
۵۷	منصوره زاغری تفرشی، دکتر مهرنوش بازارگادی	• چالش ها در تعیین شاخص های کیفی در پرستاری
۶۶	دکتر فریده یغمایی	• بررسی و نقد روانسنجی پرسشنامه ها در پژوهش های پرستاری
۷۶		• سمینارها و کنفرانسها

## راهنمای نویسندگان مقالات

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

۱ - مقاله ارسالی قبلاً در هیچیک از نشریات ایران منتشر نشده باشد و نویسنده مقاله طی یک نامه تعهد نماید تا زمانیکه پذیرش یا رد مقاله در فصلنامه مشخص نشده از فرستادن آن برای سایر نشریات خودداری کند.

۲ - مقالات بر روی یک صفحه با رعایت حاشیه‌های جانبی، حداکثر ۲۰۰۰ لغت (بدون احتساب جداول) فقط در برنامه Word 97 تایپ شود.

۳ - عنوان مقاله و مشخصات نویسنده، نام و نام خانوادگی، درجه علمی و سمت دانشگاهی با ذکر نشانی و شماره تلفن محل کار در یک صفحه جداگانه (صفحه عنوان) تایپ شود.

۴ - مقالات پژوهشی به ترتیب زیر تنظیم شوند:

چکیده (حداکثر ۲۰۰ لغت شامل مقدمه، هدف، مواد و روشها، یافته‌ها، بحث و نتیجه‌گیری و ۱۰ - ۳ کلید واژه)، مقدمه، مروری بر مطالعات، مواد و روشها، یافته‌ها، بحث و نتیجه‌گیری، منابع.

۵ - در صورتی که مقاله ارسالی مروری باشد شامل: عنوان، چکیده، مقدمه، محتوا، نتیجه‌گیری باشد.

۶ - جداول، منحنی‌ها، نمودارها و تصاویر در صفحات جداگانه با ذکر شماره، عنوان و زیرنویس، ضمیمه مقاله بوده و محل آنها در مقاله اصلی مشخص گردد. داده‌ها و جداول در متن تکرار نشوند تعداد جداول می‌بایست براساس ۴ صفحه یک عدد باشد.

۷ - در صورت استفاده از عکس یا طرح، اصل آن ارسال شود.

۸ - استناد به نویسندگان به روش هاروارد (ذکر نام نویسندگان و سال) باشد.

۹ - کلمات انگلیسی زیرنویس شود.

۱۰ - جهت ذکر واژه اختصاری در مقاله می‌بایست در ابتدای ظهور این واژه‌ها، عبارت کامل آنها ذکر گردد.

۱۱ - تشکر و قدردانی در مقالات پژوهشی مطرح شود.

۱۲ - منابع استفاده شده همانند مثال در روی صفحه جدا تایپ شود. منبع نویسی کتاب به ترتیب زیر است:

نام فامیل، نام (فقط حرف اول با بزرگ)، سال انتشار در داخل پرانتز، عنوان کتاب، حروف اول کلمات اصلی در عنوان با بزرگ تایپ شود و نام کتاب با حروف ایتالیک و قلم پرننگ (**Bold**) مشخص گردد، چاپ چندم (اگر کتاب بیش از یکبار چاپ شده است)، جلد چندم (اگر بیش از یک جلد چاپ شده است)، نام شهری که کتاب چاپ شده، اگر تعداد شهرها زیاد است فقط اسم اولین شهر درج گردد، نام ناشر. مثال:

Mullins LJ (1996) **Management and Organizational Behavior**. Fourth edition. London, Pitman Publishing.

منبع نویسی مجلات به ترتیب زیر است:

نام فامیل، (حرف اول با بزرگ)، سال انتشار در داخل پرانتز، عنوان مقاله (فقط اولین حرف اولین کلمه عنوان با حروف بزرگ باشد)، نام مجله صورت کامل نه به اختصار. حرف اول کلمات اصلی نام مجله با بزرگ تایپ شود. نام مجله با حروف ایتالیک یا قلم پرننگ و یا بصورت کشیدن یک خط در زیر اسم مجله مشخص گردد، جلد چندم و سپس شماره در داخل پرانتز، شماره صفحه شروع و پایان مقاله. مثال:

Meek J, Gopee N (1995) Quality assurance in a nursing home. **Nursing Standard**. 10(1)37-39.

در مواردی که تعداد مؤلفین بیش از یک نفر است اسامی تمامی آنان ذکر گردد. منابع فارسی همانند منابع انگلیسی نوشته شود.

گرانت ج (۱۳۶۲) وضعیت کودکان در جهان. ترجمه غفاری ع. چاپ اول. تهران. انتشارات آموزش بهداشت

۱۳ - در انتهای مقاله فهرست منابع بدون شماره و به ترتیب الفبای نام نویسندگان تنظیم شود.

۱۴ - خلاصه انگلیسی مقالات در ۲۰۰ لغت و معادل فارسی و همراه ۱۰ - ۳ کلید واژه در برگه جداگانه تایپ و ارسال شود.

۱۵ - ۲ نسخه تایپ شده از مقاله همراه دیسکت به دفتر فصلنامه ارسال گردد.

۱۶ - اولویت چاپ با مقالات پژوهشی است و در شرایطی که مقالات مروری ایده نو و جدیدی را مطرح کنند و با مرور جامع بر منابع کافی تنظیم شده باشد، قابل چاپ می‌باشد.

۱۷ - مقالات دریافتی توسط داوران مورد بررسی قرار گرفته و هیئت تحریریه در پذیرش یا رد مقاله، مختار است.

مقالات در صورت نیاز مورد اصلاح قرار خواهند گرفت.

۱۸ - مسئولیت علمی مطالب به عهده نویسندگان مقاله است.

۱۹ - مقالات دریافتی به هیچ عنوان مسترد نخواهد شد.

# بررسی دلایل اجتماعی انتخاب رشته مامایی در دانشجویان

## دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران

صدیقه امیرعلی اکبری<sup>۱</sup>

کتایون ارفعی<sup>۲</sup>

محبوبه احمدی<sup>۳</sup>

دکتر حمید علوی مجد<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** انگیزه حالت یا وضعیتی درونی است که رفتار را فعال می کند، نیرو می دهد و در نهایت هدایت می کند برای انجام امور مختلف از جمله یادگیری انگیزه های متفاوتی وجود دارد که انگیزه های اجتماعی از جمله آنهاست.

**هدف:** در این تحقیق دلایل اجتماعی انتخاب رشته مامایی در دانشجویان دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۸۴ مورد بررسی قرار گرفت.

**مواد و روشها:** در این مطالعه توصیفی ۲۶۰ نفر از دانشجویان مامایی دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران که در ترمهای دوم تا هشتم مشغول به تحصیل بودند از طریق روش سرشماری انتخاب گردیدند. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش اطلاعات دموگرافیک، و گزینه های مرتبط با انگیزه های اجتماعی استفاده شد برای تعیین اعتبار ابزار از روش اعتبار محتوی و برای تعیین پایایی آن از آزمون مجدد<sup>۵</sup> استفاده شد که ( $r = 0/90$ ) تعیین گردید.

**یافته ها:** یافته های این پژوهش نشان داد که اکثریت دانشجویان (۶۵ درصد) در گروه سنی ۲۱ - ۱۸ سال، مجرد (۸۴/۲۵ درصد) ساکن شهرهای بزرگ (۴۴/۵ درصد) بوده و رشته مامایی (۳۱/۹ درصد) را در اولویت ۲۰ - ۱ انتخاب نموده اند. مامایی حرفه ای است که دارای روابط انسانی است با میانگین (۶۳/۷۳)

<sup>۱</sup> - کارشناس ارشد مامایی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۲</sup> - کارشناس ارشد مامایی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان

<sup>۳</sup> - کارشناس ارشد مامایی و مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۴</sup> - دکترای آمار زیستی و عضو هیئت علمی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۵</sup> - Test-re test

درصد) و تشویق و راهنمایی والدین با میانگین (۵۰/۴۹ درصد) از جمله مهمترین انگیزه‌ها و نقش رسانه‌های گروهی با میانگین (۱۶/۲۷ درصد) کم‌اهمیت‌ترین انگیزه در انتخاب رشته این گروه محسوب گردیدند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که دانشجویان مامایی روابط انسانی موجود در این حرفه را مهمترین وجه اجتماعی آن پنداشته و برای آن اهمیت ویژه‌ای در انتخاب رشته خود قائل بوده‌اند. لذا پیشنهاد می‌گردد که کلیه مسئولین این حرفه نهایت تلاش و کوشش خود در جهت حفظ این وجه اجتماعی مبذول دارند.

**کلید واژه‌ها:** انگیزه اجتماعی، انتخاب رشته، مامایی

دریافت مقاله: ۸۴/۴/۲۷      تایید مقاله: ۸۴/۱۲/۷

## مقدمه

(۱۳۷۵) و منشاء آن حس نیاز برای تعلق داشتن به جمع و مورد توجه دیگران واقع شدن است. با این اوصاف بدیهی است که چنانچه فرد در رشته‌ای تحصیل نماید که منجر به احراز مشاغلی شود که از نظر اجتماع مقبولیت لازم را ندارند، مسلماً نمی‌تواند این نیاز خود را ارضاء نماید و در نتیجه عوارضی چون سرخوردگی، عدم رغبت به آموزش، شکست و افت تحصیلی بوجود خواهد آمد. لذا، با توجه به محوریت یادگیرندگان در امر آموزش عالی توجه به نیازها، معضلات و انگیزه‌های دانشجویان می‌تواند نقشی اساسی و تعیین کننده ای را داشته باشد بدین جهت مطالعه فوق با هدف بررسی دلایل اجتماعی انتخاب رشته مامایی در دانشجویان دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۸۴ انجام شد.

انگیزه حالت یا وضعیتی درونی است که رفتار را فعال می‌کند، نیرو می‌دهد و در نهایت در مسیر هدف یا هدفها هدایت می‌کند (کریتر<sup>۱</sup> ۱۹۹۹) انسانها همواره برای انجام امور مختلف از جمله یادگیری انگیزه‌های متفاوتی داشته‌اند (هرگنهان و آلسون<sup>۲</sup> ۲۰۰۱). لذا گانیه معتقد است انتخاب شغل و رشته تحصیلی با توجه به انگیزه‌هایی صورت می‌گیرد که ترتیب و تقدم آن در همه یکسان نیست (نجفی زند ۱۳۸۱). در عصر حاضر به دلیل تقاضاهای اجتماعی گسترده برای کسب تحصیلات عالی و وجود رقابت شدید بین دیپلمه‌ها افراد از طبقات گوناگون جامعه و با انگیزه‌های متفاوت و بعضاً متضاد اقدام به انتخاب رشته می‌نمایند (مؤسسه برنامه ریزی آموزش عالی ۱۳۷۱). از مهمترین انگیزه‌های افراد انگیزه‌های اجتماعی هستند. انگیزه‌های اجتماعی به انگیزه‌هایی اطلاق می‌شوند که در گروه‌های اجتماعی خصوصاً خانواده آموخته می‌شوند (بناب

<sup>1</sup> - Kreitner

<sup>2</sup> - Heregenhahn and Alson

## مروری بر مطالعات

مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۴ توسط رایت و همکاران<sup>۱</sup> به منظور بررسی علل انتخاب گرایشهای تحصیلی در دانشجویان پزشکی جدیدالورود در سه دانشکده پزشکی کانادا بر روی ۵۸۳ نفر از دانشجویان ترم اول پزشکی انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه بود. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که مهمترین دلایل انتخاب گرایش تحصیلی از نظر دانشجویان طرز تفکر جامعه و انتظارات آنان از مسئولین یک حرفه، وجهه اجتماعی یک حرفه و کسب منزلت و موقعیت اجتماعی در بین افراد جامعه بوده است.

پژوهش دیگری در سال ۲۰۰۴ توسط سورز و شانکلین<sup>۲</sup> به منظور بررسی ارزشهای انتخاب شغل و رشته تحصیلی در دانشجویان رشته تغذیه در آمریکا صورت گرفت. در این پژوهش ۵۱۴ نفر از دانشجویان شرکت داشتند، ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که حس نوع دوستی و کمک به مردم و روابط اجتماعی موجود در حرفه (منزلت اجتماعی) آن از جمله مهمترین دلایل انتخاب رشته تغذیه از دیدگاه دانشجویان این گروه آموزشی بود.

پژوهشی توسط طهماسبی در سال ۱۳۷۱ بر روی ۳۶۰ نفر از دانشجویان پرستاری دختر و پسر دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران به منظور بررسی انگیزه‌های انتخاب رشته در این گروه آموزشی انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش اطلاعات دموگرافیک و گزینه‌های مرتبط با انگیزه بود که یافته‌های پژوهش نشان داد که انگیزه‌های اجتماعی کم‌اهمیت‌ترین معیار در انتخاب رشته این گروه محسوب گردیدند و به عبارت دیگر وجه اجتماعی رشته پرستاری از

نظر دانشجویان در حد مطلوب آن جهت انتخاب رشته ارزیابی نگردید.

## مواد و روشها

این مطالعه توصیفی بر روی ۲۶۰ نفر از دانشجویان مامایی که در ترمهای دوم تا هشتم مشغول به تحصیل بوده و در یکی از دانشگاههای علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی پذیرفته شده بوند انجام شد. روش نمونه‌گیری سرشماری بود جهت جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای شامل دو بخش: مشخصات دموگرافیک بالغ بر ۱۳ سوال و گزینه‌های مرتبط با انگیزه مبتنی بر ۸ سوال طراحی شده در سنجش پاسخها از مقیاس لیکرت استفاده شد که پاسخ هیچ نمره صفر و پاسخ بسیار زیاد نمره پنج را به خود اختصاص می‌داد و در نهایت یک سوال باز برای آن در نظر گرفته شد. برای اندازه‌گیری اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوی و جهت پایایی آن از روش آزمون مجدد ( $r = 0/90$ ) استفاده شد. پرسشنامه به صورت تک‌مرحله‌ای در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت و بعد از اخذ پاسخ جمع‌آوری گردید. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمونهای آماری آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون و نرم‌افزار SPSS استفاده گردید.

## یافته‌ها

با توجه به یافته‌های این پژوهش اکثریت دانشجویان (۶۵ درصد) در گروه سنی ۲۱ - ۱۸ سال قرار داشتند ۸۴/۲ درصد مجرد و ساکن شهرهای بزرگ ۴۴/۵ درصد بودند. بیشترین فراوانی معدل دیپلم دانشجویان ۴۵/۷۷ درصد مربوط به معدل ۱۹/۸۶ - ۱۸ بود و اکثراً رشته مامایی را در اولویت اول تا بیستم (۳۱/۹ درصد) انتخاب کرده بودند. مقطع تحصیلی اکثریت پدران (۴/۸۱ درصد) و ۵۶/۹ درصد از مادران راهنمایی تا متوسط بود.

<sup>1</sup> - Wright et al

<sup>2</sup> - Suarez & Shanklin

جدول شماره (۱): میانگین درصد امتیازدهی به انگیزه‌های اجتماعی در انتخاب رشته مامایی در دانشجویان دانشگاه‌های علوم

پزشکی شهر تهران به ترتیب اولویت

ردیف	موارد	انحراف معیار $\pm$ میانگین
۱	مامایی حرفه‌ای است که دارای روابط انسانی است	$63/735 \pm 42/5$
۲	تشویق و راهنمایی والدین	$50/49 \pm 32/5$
۳	کسب منزلت اجتماعی	$46/96 \pm 31/75$
۴	تشویق و راهنمایی دوستان و آشنایان	$37/725 \pm 29/5$
۵	تشویق و راهنمایی معلمان و مشاورین مدارس	$25/195 \pm 28$
۶	رقابت با افراد موردنظر	$21/275 \pm 41/75$
۷	تحصیل یکی از اعضاء فامیل در این رشته	$17/8425 \pm 29/75$
۸	تشویق و راهنمایی رسانه‌های گروهی	$16/275 \pm 21/5$

نهایت تلاش و کوشش خود را مبذول داشته و با رعایت اخلاق فردی و حرفه‌ای در تقویت هرچه بیشتر آن بکوشند تا این انگیزه مثبت زمینه‌های جذب بیشتر جوانان به این حرفه را فراهم آورد. مسئله دیگر قابل بحث در این پژوهش منزلت اجتماعی این حرفه است که متأسفانه میانگین امتیازدهی دانشجویان در انتخاب رشته به این بعد چندان مطلوب نمی‌باشد و این برخلاف یافته‌های اکثر مطالعات خصوصاً پژوهش سورز و شانکلین (۲۰۰۴)، رایت و همکاران (۲۰۰۴) می‌باشد و با توجه به اهمیت رشته مامایی در حفظ سلامت افراد جامعه خصوصاً قشر آسیب‌پذیر (زنان و کودکان) مسئولین امر و ماماها باید نهایت تلاش و کوشش خود را جهت ارتقاء وجه اجتماعی این حرفه مبذول داشته و آنرا به جایگاه اصلی اش بازگردانند و با اطلاع‌رسانی مناسب اهمیت گروه مامایی را در بین مشاغل

پژوهش نشان داد بعد انسانی حرفه مامایی بالاترین درصد امتیاز را در حیطه انگیزه‌های اجتماعی جهت انتخاب این رشته داشته است.

همچنین با توجه به یافته‌های این پژوهش بین تحصیلات و شغل والدین، سهمیه مناطق و انگیزه‌های اجتماعی انتخاب رشته مامایی ارتباطی دیده نشد که نشان از عدم تأثیر این عوامل بر روی انتخاب رشته مامایی بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که دانشجویان مامایی اهمیت ویژه‌ای را برای بعد انسانی این حرفه قائل بوده‌اند. لذا صاحبان این رشته باید با اهمیت دادن به این معیار در حفظ وجه انسانی این حرفه

کاهش یابد. نهایتاً با توجه به اهمیت نقش والدین در جهت‌دهی به انگیزه‌های انتخاب شغل و رشته تحصیلی روشن است که دادن اطلاعات و آگاهی‌های لازم به این قشر به معنای هدایت شغلی و تحصیلی بهتر دانش‌آموزان و استفاده بهینه از توانمندی‌های موجود می‌باشد.

## تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه مسئولین دانشکده‌های پرستاری و مامایی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و دانشجویان مامایی که در این پژوهش شرکت فعال داشتند تشکر و قدردانی می‌نمایم.

پزشکی روشن سازند و مسئولین این حرفه را در برآورده ساختن نیازهای اجتماعی‌شان یاری نمایند. بررسی نتایج این پژوهش در عین حال مبین نقش نه چندان مطلوب بعضی گروه‌های اجتماعی خصوصاً معلمان و مشاورین مدارس و رسانه‌های گروهی در جهت‌دهی به انگیزه‌های انتخاب رشته جوانان می‌باشد که کاملاً برخلاف انتظاری است از این نهادها وجود دارد. در پژوهش طهماسبی (۱۳۷۱) نیز یافته‌هایی مشابه وجود داشت بدین جهت باید مسئولین خصوصاً مجریان آموزش و پرورش برنامه‌ریزی‌های مناسب را در جهت درگیر نمودن بیشتر این نهادهای اجتماعی نموده تا انتخاب رشته دانشجویان با بینش و آینده‌نگری لازم صورت گیرد تا عوارض ناشی از عدم اطلاع‌رسانی به موقع و به هدر رفتن سرمایه‌های مادی و معنوی افراد و جامعه

## منابع

- بناب م ا (۱۳۷۵) *روانشناسی انگیزش و هیجان*. تهران. انتشارات دانا.
- طهماسبی س (۱۳۷۱) *بررسی مقایسه‌ای انگیزه انتخاب رشته پرستاری در دانشجویان دختر و پسر*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شهید بهشتی.
- گانیه ر. م (۱۳۸۱) *شرایط یادگیری*. ترجمه نجفی زند م، تهران، انتشارات رشد.
- *موسسه برنامه ریزی آموزش عالی* (۱۳۷۱) بررسی عوامل موثر در انتخاب رشته کنکور سراسری.
- Heregenhahn, B,R & Alson, M,H. (2001) *An Introduction to Theories of Learning*. Engle Wood Cliffs, N.J, Prentice Hall.
- Kreitner, R (1999) *Management*. 7<sup>th</sup> ed. Boston Houghton Mifflin Co.
- Suarez V. Shanklin C (2004) Evaluating Career Values of Dietetic Student. *Journal of Allied Health*. 33 (1): 51 – 54.
- Wright B. Woloschuk S,I et al (2004) Career regular of new medical students at three Canadian Universities: family medicine versus regular medicine. *Canadian Medical Association Journal*; 170; (13) 1920 – 1924.

# Social factors in choosing midwifery as a career in Medical University students of Tehran

*Amir Ali Akbari, S.*

*Arfaie, K.*

*Ahmady, M.*

*Alavi Majd, H., Dr.*

## **Abstract**

**Background:** Motivation is an internal feeling provoking, strengthening and, finally, leading behaviors. In order to do different activities such as learning, various incentives including social drives exist.

**Purpose:** This descriptive study was conducted to identify social drives of students in choosing midwifery as their career at Medical Universities of Tehran in 2005.

**Methods:** All 260 midwifery students at different years of their study except the first year were selected. A questionnaire in two parts (demographic data and social incentives) was used for data collection. Content and test-retest methods were applied for validity and reliability ( $r=0.90$ ) of the questionnaire respectively.

**Results:** Finding showed that most students (65%) were between 18 and 21, single (84.25%), resident of cities (44.5%), and selected midwifery as their first choice of study. Human relationships (63.73%) and encouragement as well as guidance of parents (50.49%) were considered as the most important social drives in choosing midwifery while mass media played the least significant role in this regard.

**Conclusion:** It can be concluded that midwifery students consider human relationships in the discipline as the most significant social motivation. Thus, maintaining the prestige of midwifery in society by the best effort of its authorities is suggested

**Key words:** Social motivation, Choosing career, Midwifery.

# بررسی رعایت رژیم غذایی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونی در بیمارستان های منتخب تبریز

<sup>۱</sup> نایله عزتی

<sup>۲</sup> دکتر ژیلا عابد سعیدی

<sup>۳</sup> دکتر حجت زراعتی

## چکیده

**مقدمه:** بیماری عروق کرونی در اثر تنگی یا انسداد کامل شریان کرونی ایجاد می شود. افزایش چربی خون عامل بالقوه در بروز آترواسکلروز پیشرفته و بیماری عروق کرونی می باشد. رژیم غذایی مناسب نقش مهمی در پیشگیری از بیماری و کنترل آن دارد. این پژوهش به منظور بررسی رعایت رژیم غذایی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونی در بیمارستان های منتخب تبریز در سال ۱۳۸۳ انجام گرفته است.

**هدف:** هدف این پژوهش بررسی رعایت رژیم غذایی در بیماران مبتلا به بیماری های عروق کرونی در بیمارستانهای منتخب شهر تبریز بود.

**مواد و روش:** در این پژوهش توصیفی، ۱۶۵ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونی که به علت همین بیماری حداقل یک بار سابقه بستری در بیمارستان را داشته و به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. محیط پژوهش بخش های داخلی و جراحی قلب مردان و زنان در بیمارستان های مربوطه بود. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه مشتمل بر ۳۰ سؤال در رابطه با مشخصات دموگرافیک و سؤالات مربوط به رعایت رژیم غذایی تنظیم گردید.

جهت دستیابی به چگونگی عملکرد واحدهای مورد پژوهش در مورد رژیم غذایی و رابطه بین متغیرهای فوق از آمار توصیفی و استنباطی از جمله آزمون های من ویتنی، کروسکال وایس و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شده است.

<sup>۱</sup> - کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تبریز

<sup>۲</sup> - دکترای مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۳</sup> - دکترای آمارزیستی، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

**یافته ها:** بیشترین درصد افراد مورد پژوهش از نظر رعایت رژیم غذایی در سطح متوسط (۶۰ درصد) بود. یافته های پژوهش رابطه معنی دار آماری بین بعضی مشخصات دموگرافیک و عملکرد بیماران مبتلا به بیماری های عروق کرونری در مورد رژیم غذایی نشان داد.

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، درصد کمی از بیماران (حدود ۷/۲۷ درصد) از عملکرد مناسب برخوردار بودند. بنابراین، با توجه به نیاز شدید این بیماران به امر آموزش رژیم غذایی، پرستاران باید نیازهای آموزشی تغذیه ای بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری را بررسی و روش های خودمراقبتی مناسب را در جهت کنترل رژیم غذایی آموزش دهند.

**کلید واژه ها:** بیماری عروق کرونری، رژیم غذایی، عملکرد

تایید مقاله: ۸۴/۱۲/۱۷

دریافت مقاله: ۸۴/۱۰/۷

## مقدمه:

استامپ - اسکوت<sup>۲</sup> (۲۰۰۴). بطورکلی ۲۵ درصد از موارد مرگ و میر در دنیا و ۳۲ درصد از مرگ و میرهای کشورهای در حال توسعه به علت بیماری های قلبی عروقی می باشد (ذاکری مقدم و علی اصغرپور ۱۳۸۲). براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، بیماری های قلبی و عروقی سالانه سبب مرگ ۱۲ میلیون نفر در سراسر دنیا می شود (عزیزی و همکاران ۱۳۷۹). هدف سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۱۰ کاهش میزان مرگ و میر ناشی از بیماری عروق کرونری به ۲۰ درصد می باشد (رانکین<sup>۳</sup> ۲۰۰۳). بیماری های دستگاه گردش خون در ایران در سال های ۱۳۵۸ تا ۱۳۸۰ در رده اول قرار داشته و افزایش مرگ و میر در این گروه از رقم ۲۷/۵۴ درصد در سال های ۶۰ - ۱۳۵۸ به رقم ۳۶/۲۳ درصد در سال های ۸۰ - ۱۳۷۶ بسیار قابل توجه می باشد. ۱/۶ برابر شدن درصد مرگ های ناشی از بیماری های قلبی عروقی در فواصل سال های ۷۵

در بیماری عروق کرونر شریان های کرونری توسط پلاک آترواسکلروز دچار تنگی یا انسداد کامل می شوند که حاصل آن قطع جریان خون قلب است. اختلال گردش خون کرونر در اثر آترواسکلروز مهمترین علت بیماری قلبی عروقی است (براهیمی و همکاران ۱۳۸۱). آترواسکلروز بیماری مزمن شریانی می باشد که با آسیب آندوتلیال تجمع لیپید و تشکیل بافت فیبروزی به صورت پلاک های آتروما و تنگ و باریک شدن دیواره عروق مشخص می شود (الکساندر و همکاران<sup>۱</sup> ۲۰۰۰).

رعایت رژیم درمانی به عنوان پیشگیری اولیه و ثانویه در بروز بیماری عروق کرونری حائز اهمیت می باشد. یکی از مهم ترین اقدامات در تغییر روش زندگی بیماران قلبی، تعدیل رژیم غذایی، همچون مصرف خیلی کم چربی و استفاده از رژیم غذایی گیاهخواری می باشد (ماهان و

<sup>2</sup> - Mahan & Stump-Escott

<sup>3</sup> - Rankin

<sup>1</sup> - Alexander et al

۱۳۵۸ - نشانگر افزایش عوامل خطرزای این بیماری از قبیل بالا رفتن کالری مصرفی روزانه، مصرف چربی های اشباع شده، عدم تحرک، افزایش استعمال سیگار همراه با دگرگونی های اقتصادی، اجتماعی در جامعه است که با اقدام وسیع پیشگیری اولیه و ثانویه می توان به میزان قابل ملاحظه ای از مرگ و میر به علت بیماری های مذکور کاست (یاوری و همکاران<sup>۱</sup> ۱۳۸۲). در ایران افزایش مصرف اسیدهای چرب اشباع شده و کاهش مصرف اسیدهای چرب غیر اشباع، خطر بروز بیماری عروق کرونری را افزایش داده است. بطوریکه بیش از ۲۲ درصد انرژی بدن از مصرف چربی ها تأمین می شود، در صورتی که اگر بیش از ۱۰ درصد انرژی بدن از چربی ها تأمین شود، خطر بروز بیماری عروق کرونری و مرگ و میر ناشی از آن قابل ملاحظه خواهد بود (کیمیآگر و همکاران<sup>۱</sup> ۱۹۹۸). با توجه به نقش رژیم غذایی مناسب در پیشگیری و کنترل بیماری عروق کرونری این تحقیق به منظور بررسی رعایت رژیم غذایی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری در بیمارستان های منتخب شهر تبریز انجام شد.

## مروری بر مطالعات:

مطالعات متعددی در رابطه با رژیم غذایی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری انجام گردیده است، که برخی از نتایج بدین شرح می باشند: عزیزی (۱۳۸۱) میزان آگاهی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری را در مورد رژیم غذایی بررسی کرد که آگاهی ۵۱ درصد افرادمورد مطالعه

متوسط، ۲۹ درصد ضعیف و ۲۰ درصد خوب بود. در جریان پژوهش دیگری مشخص شد که افزایش آگاهی و شناخت، رفتارهای ارتقای سلامتی و رعایت رژیم درمانی را در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری افزایش می دهد (پلاچ و همکاران<sup>۲</sup> ۱۹۹۶). پژوهشی در سال ۲۰۰۴ توسط آلم - روجر و همکاران<sup>۳</sup> تحت عنوان "دانش بهتر تبعیت از تغییرات سبک زندگی و دارو درمانی در بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی را اصلاح می کند" در بیمارستان دانشگاهی مالمو<sup>۴</sup> سوئد انجام گرفت. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که کمترین میزان آگاهی در زمینه عوامل خطرزای بیماری ایسکمیک قلبی در مورد افزایش قندخون و چاقی و در زمینه تغییرات لازم در شیوه زندگی درباره ترک سیگار و کاهش وزن بود. بیشترین میزان آگاهی در مورد افزایش سطح چربی خون، تنش و سیگار در عناوین عوامل خطرزای بیماری ایسکمیک قلبی و در مورد کاهش سطح چربی خون و افزایش فعالیت و ورزش در عناوین تغییر روش زندگی بیان گردید. در پژوهش دیگری نیازهای آموزشی مربوط به رژیم غذایی در اولویت اول بیماران قرار داشت. طی یک بررسی ملی در ایران مشخص شد که منبع اصلی تأمین انرژی از کربوهیدرات ۶۶ درصد (نان و برنج) و ۲۲ درصد انرژی از مصرف چربی های اشباع شده می باشد، با این حال استفاده از انواع سبزیجات در رژیم غذایی بیشتر است. در کشور ما در طی ۲۰ سال اخیر میزان مصرف چربی افزایش یافته است، با توجه به این که در

<sup>2</sup> - Plach et al

<sup>3</sup> - Alm-Roijer et al

<sup>4</sup> - Malmö University Hospital

<sup>1</sup> - Kimiagar et al

گذشته فقط ۱۳ درصد انرژی بدن از چربی ها تأمین می شد، میزان بروز و شیوع بیماری های عروق کرونری و عوامل خطرزا در حال افزایش می باشد (خامی و همکاران<sup>۱</sup> ۲۰۰۳).

یافته های بررسی ملی در ایران، بالا بودن سطوح عوامل خطرزا مانند سطح کلسترول، تری گلیسرید و لیپوپروتئین با دانسیته پایین را نشان می دهد که از عوامل مهم خطرزای بیماری عروق کرونری و مرگ و میر ناشی از آن محسوب می شود (مراجعی و همکاران ۲۰۰۰).

## مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که جامعه آماری آن شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری بوده اند که به دنبال ابتلا به بیماری های عروق کرونری و ترخیص، بیش از یک بار، در بیمارستان بستری شده بودند و در هنگام اجرای پژوهش در بخش های داخلی و جراحی قلب بیمارستان های شهید مدنی و استاد عالی نسب تبریز بستری بوده اند.

نمونه های این پژوهش که با نمونه گیری غیر تصادفی و در دسترس انتخاب شدند، شامل ۱۶۵ نفر از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری بودند که با توجه به برآورد اولیه برای نسبت افراد دارای عملکرد نامناسب برابر ۷۰ درصد، تعداد نمونه لازم با اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۰/۰۷ از فرمول تعیین اندازه نمونه به دست آمد. ابزار گردآوری داده های این پژوهش، پرسشنامه بود. جهت تعیین اعتبار

ابزار از روش سنجش اعتبار محتوا استفاده شد و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی آن مورد سنجش قرار گرفت و میزان پایایی بالاتر از ۰/۹۵ بود. پرسشنامه مشتمل بر ۳۰ سؤال بود که اطلاعات مورد نظر شامل ویژگی های دموگرافیک، سابقه بستری شدن، دفعات بستری به علت بیماری قلبی، سابقه بیماری های زمینه ای، نوع بیماری قلبی بود. سؤالات رعایت رژیم غذایی براساس جدول بررسی سریع رژیم غذایی بیماران قلبی که توسط برنامه آموزش ملی کلسترول<sup>۲</sup> طرح ریزی گردیده است، تنظیم شد. در این جدول، بیماران در مورد نحوه استفاده از انواع گوشتها، لبنیات، روغنها، نانها و غلات، میوهها و سبزیجات و تخم مرغ مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین در مورد طبقه بندی چاقی بر اساس شاخص توده بدن، کاهش دادن وزن از زمان ابتلا به بیماری قلبی و رعایت رژیم غذایی بررسی های لازم به عمل آمد. بر اساس جدول استاندارد رژیم غذایی بیماران قلبی، مصرف بین ۱ تا ۷ بار از هر ماده غذایی در هفته به عنوان مصرف کم، مصرف بین ۸ تا ۱۴ بار در هفته به عنوان مصرف متوسط، مصرف بین ۱۵ تا ۲۱ بار در هفته به عنوان مصرف زیاد تقسیم بندی گردیده است.

داده ها با استفاده از ابزار آمار توصیفی و استنباطی و نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آزمون های آماری من ویتنی، کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد نظر قرار گرفت.

<sup>2</sup> - National Cholesterol Education Program (NCEP)

<sup>1</sup> - Khami et al

## یافته ها

یافته های پژوهش نشان داد که میانگین سن افراد  $11 \pm 61$  سال بود اکثریت این افراد در گروه سنی ۶۹ - ۶۰ سال (۳۰/۹۱ درصد)، گروه زنان ۵۳/۹۴ درصد، ساکنین تبریز ۶۹/۰۹ درصد، بیسواد ۶۴/۲۴ درصد، خانه دار ۴۵/۴۵ درصد، با سابقه ۵ تا ۱۰ سال ۲۶/۰۶ درصد، با دومین بار بستری ۴۰/۶۱ درصد و با تشخیص آنژین صدری ۴۵/۴۵ درصد بودند.

جدول شماره (۱) در پاسخ به سؤالات چگونگی عملکرد واحدهای مورد پژوهش در مورد رژیم غذایی می باشد. در رابطه با سؤال آزمایش چربی خون را به چه فواصلی انجام می دهید؟ ۹۵/۱۵ درصد بیماران طبق دستور پزشک و ۴/۸۵ درصد بیماران هر دو ماه یک بار انجام می دادند. در رابطه با سؤال آیا به عناوین مختلف (مهمانی یا مسافرت) رژیم غذایی خود را ترک کرده اید؟ ۶۶/۶۷ درصد بیماران پاسخ مثبت دادند. در طبقه بندی چاقی براساس شاخص توده بدن اکثر بیماران (۵۰/۹۱ درصد) اضافه وزن داشتند و ۱۵/۷۶ درصد بیماران چاق، ۲۹/۷۰ درصد بیماران دارای وزن طبیعی و ۳/۶۴ درصد بیماران لاغر بودند.

جدول شماره (۲) در پاسخ به سؤالات چگونگی عملکرد واحدهای مورد پژوهش در مورد جدول رژیم غذایی می باشد. یافته های پژوهش نشان می دهد که در مورد مصرف انواع گوشت قرمز، مرغ و ماهی: ۹۱/۵۲ درصد از بیماران در مورد مرغ با پوست مصرف کم، ۷۵/۷۶ درصد از بیماران در مورد گوشت قرمز کم چربی

مصرف کم، ۸۶/۶۷ درصد از بیماران در مورد گوشت قرمز پر چربی مصرف کم و ۷۴/۵۵ درصد از بیماران در مورد مرغ بدون پوست و ماهی مصرف کم داشتند. در مورد روغن های گیاهی، ۶۱/۸۲ درصد از بیماران مصرف کم و در مورد روغن های نباتی و حیوانی، ۴۳/۶۴ درصد از بیماران مصرف کم داشتند. در مورد مصرف میوه ها: ۳۶/۹۷ درصد از بیماران مصرف کم، ۴۴/۲۴ درصد از بیماران مصرف متوسط و ۱۸/۷۹ درصد از بیماران مصرف زیاد داشتند. در مورد سبزیجات تازه: ۵۱/۵۲ درصد از بیماران مصرف کم، ۳۶/۳۶ درصد از بیماران مصرف متوسط و ۱۲/۱۲ درصد از بیماران مصرف زیاد داشتند.

براساس یافته های پژوهش رابطه معنی دار آماری بین بعضی مشخصات دموگرافیک و رعایت رژیم غذایی بیماران مبتلا به بیماری های عروق کرونری، وجود داشت. جهت دستیابی به تعیین چگونگی عملکرد در مورد رژیم غذایی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری نتایج بیانگر آن است که: عملکرد اکثریت (۶۰ درصد) واحدهای مورد پژوهش در مورد رعایت رژیم غذایی در سطح متوسط می باشد.

## بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش مشخص می شود که، اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۶۰ درصد) در مورد رعایت رژیم غذایی خود در سطح متوسط بودند. این نشان می دهد که واقعیت زندگی و دنیای واقعی با آنچه توصیه می شود، متفاوت است و آموزش باید با توجه به شرایط،

جهت ارتقای عملکرد رعایت رژیم غذایی انجام گیرد. پژوهشها نشان می دهد که رعایت رژیم غذایی کم چربی و پر کربوهیدرات باضافه کاهش عوامل خطرزا (هیپرتانسیون و سیگار) پیشرفت بیماری عروق کرونری و بستری مجدد به علت همین بیماری را کاهش می دهد (بارینگر<sup>۱</sup> ۲۰۰۱). کاهش سطح کلسترول خون موجب کاهش ۲۶ درصد عود مجدد بیماری های ایسکمیک قلبی و ۹ درصد مرگ و میر می شود (درستین و هارگ روو<sup>۲</sup> ۲۰۰۰). هر ۱ درصد کاهش کلسترول، می تواند ۲ درصد تا ۵ درصد از خطر بروز بیماری های قلبی عروقی بکاهد (عزیزی و همکاران ۱۳۷۹).

در این مطالعه مشخص شد که ۷۴/۵۵ درصد از افراد تحت بررسی به میزان کم از ماهی و گوشت مرغ بدون پوست استفاده می کردند. در حالیکه یافته های اپیدمیولوژیک، مصرف ماهی بیشتری را، هفته ای سه وعده یا به میزان ۸۰۰ میلی گرم روزانه اسید چرب n-3 را توصیه می نماید (کرافورد و همکاران ۲۰۰۴). زیرا با مصرف منظم ماهی احتمال حملات قلبی مجدد به میزان ۳۰٪ کاهش می یابد (پرکار ۱۳۷۹). پژوهشها نشان می دهد مصرف ماهی و سبزیجات توسط بیماران بعد از سکته قلبی موجب کاهش عود انفارکتوس و مرگ ومیر شده است (بارینگر ۲۰۰۱).

جهت کاهش سطح لیپوپروتئین با دانسیته پایین، رعایت رژیم غذایی کاملا ضروری می باشد. تغییر روش زندگی، به استفاده از رژیم غذایی کم چربی و استفاده بیشتر از

میوه ها و سبزیجات تازه، شیر بدون چربی و سفیده تخم مرغ، انجام ورزش های منظم، کاهش وزن، ترک سیگار و کاهش عوامل تنش زا اطلاق می شود. اگر بیمار اقدامات فوق را انجام دهد، پس از یک سال ۳۷ درصد از میزان کلسترول وی کاهش می یابد و ۸۲ درصد اثرات همه جانبه بهبودی آترواسکلروز بروز می کند (ماهان و استامپ، اسکوت ۲۰۰۴).

آموزش در مورد مصرف روغن های گیاهی و نباتی، در این بیماران ضروری به نظر می رسد. زیرا، افزایش لیپوپروتئین با دانسیته پایین اصلی ترین عامل بروز آترواسکلروز می باشد. همچنین کاهش سطح کلسترول خون موجب کاهش ۲۶ درصد عود مجدد بیماری های ایسکمیک قلبی و ۹ درصد میزان مرگ و میر می شود (درستین و هارگ روو ۲۰۰۰). به ازای کاهش ۱ درصد کلسترول میزان بروز بیماری عروق کرونری ۲ درصد کاهش می یابد (تیلور ۲۰۰۰).

اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۸۱/۲۱ درصد) در مورد میوه ها و سبزیجات تازه (۸۷/۸۸ درصد)، مصرف کم و متوسط داشتند. به نظر می رسد جهت بهبود عملکرد این بیماران، در مورد استفاده از میوه ها و سبزیجات تازه، برنامه های آموزشی تدوین گردد. برای این که در جریان پژوهشی، بیمارانی که در برنامه غذایی شان میوه و سبزی گنجانیده شده بود، ۴۰ درصد کمتر از دیگران به ناراحتی های قلبی مبتلا شدند و تعداد مرگ و میر آنها ۴۵ درصد کمتر از بیمارانی بود که از برنامه غذایی کم چرب استفاده می کردند. قرار دادن بیمار قلبی در برنامه غذایی گیاه

<sup>1</sup> - Barringer

<sup>2</sup> - Derstine et al

خواری، کم چربی و کم کلسترول به مدت دو سال هم از آسیب به عروق جلوگیری می کند و هم آنها را ترمیم می کند. زیرا کاروتین های گیاهی و آنتی اکسیدان های دیگر موجود در میوه و سبزی از تشکیل لخته در عروق جلوگیری می کند (پرکار ۱۳۷۹). آنتی اکسیدان های متفاوتی از اکسیده شدن لیوپروتئین با دانسیته پایین در دیواره عروق جلوگیری نموده، در نتیجه آسیب عروقی کاهش می یابد. ویتامین های آنتی اکسیدان مخصوصاً ویتامین E و C با متابلیزه کردن رادیکال های آزاد پراکسیدان های چربی از پیشرفت آترواسکلروز جلوگیری می کنند. بنابراین، با افزایش دریافت ویتامین E و C عوامل خطر ساز بیماری های عروق کرونری کاهش می یابد.

با توجه به یافته های پژوهش، اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۶۶/۶۷ درصد) اضافه وزن داشته یا چاق بودند. بدین جهت، آموزش به این بیماران در راستای کاهش وزن، ضروری به نظر می رسد. زیرا چاقی بروز بیماری های قلبی عروقی را سه برابر بیشتر می کند. در افراد چاق افزایش فشار خون، عدم تحمل به گلوکز، افزایش تری گلیسرید و پایین بودن سطح لیوپروتئین با دانسیته پایین بیشتر مشاهده می شود (فیبس و همکاران<sup>۱</sup> ۲۰۰۳). در زنان چاق علاوه بر بروز بیماری عروق کرونری، احتمال مرگ به دنبال بیماری عروق کرونری و نارسایی احتقانی قلب نیز بیشتر است (وودز و همکاران<sup>۲</sup> ۲۰۰۰). چاقی احتمال بروز بیماری های قلبی عروقی را در مردان تا دو برابر و در زنان نزدیک به ۲/۵ برابر افزایش می دهد (عزیزی و همکاران ۱۳۷۹). در

حالت کلی کاهش وزن با توجه به اثرات سودبخش آن از قبیل کنترل کلسترول خون، فشار خون، مقاومت انسولین و قند خون توصیه می شود (وودز و همکاران ۲۰۰۰).

نتایج مطالعه نشان داد که بیش نیمی از افراد مورد مطالعه اضافه وزن داشتند واکثر آنان میوه و سبزیجات تازه به مقدار، ماهی و گوشت مرغ بدون پوست کم مصرف می کردند و در مجموع از نظر رعایت رژیم غذایی در سطح متوسط قرار داشتند. از آنجا که عدم رعایت رژیم غذایی و بالابودن چربی های خون از علل اصلی بیماری عروق کرونری محسوب می شود (زرویگ و همکاران<sup>۳</sup> ۱۹۹۷)، لذا آموزش به این افراد ضرورت دارد.

با ارائه آموزش به بیمار، تغییرات مثبت در رفتار، مخصوصاً در رعایت رژیم غذایی، دارویی و ورزش بیماران پس از انفارکتوس میوکارد مشاهده می شود (کارنر و همکاران<sup>۴</sup> ۲۰۰۰).

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و سازمان تامین اجتماعی تبریز، همچنین از تمام مسئولین، کارکنان و بیماران عزیز بستری بیمارستان های شهید مدنی و استاد عالی نسب و نیز از همکاری اساتید محترم واحد علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران که در انجام این طرح ما را یاری نموده اند، تشکر و قدردانی می شود.

<sup>3</sup> - Zerwic et al

<sup>4</sup> - Karner et al

<sup>1</sup> - Phipps et al

<sup>2</sup> - Woods et al

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش برحسب پاسخ به سؤالات عملکرد درمورد رژیم

غذایی

درصد	تعداد	نحوه پاسخ گویی به سؤالات	سؤالات
۳/۶۴	۶	الف- لاغر ( $BMI < 20$ )	۱) طبقه بندی چاقی بر اساس شاخص توده بدن ( $BMI \text{ (kg/m}^2\text{)}$ )
۲۹/۷۰	۴۹	ب- طبیعی ( $20 \leq BMI < 25$ )	
۵۰/۹۱	۸۴	ج- اضافه وزن ( $25 \leq BMI < 30$ )	
۱۵/۷۶	۲۶	د- چاق ( $BMI \geq 30$ )	
۱۰۰	۱۶۵		جمع:
۴۸/۴۸	۸۰	الف- بلی	۲) آیا پزشک کاهش وزن را در زمان ابتلا به بیماری قلبی، برای شما توصیه کرده بود؟
۵۱/۵۲	۸۵	ب- خیر	
۱۰۰	۱۶۵		جمع:
۶۱/۲۱	۱۰۱	الف- عدم کاهش وزن	۳) در صورت مثبت بودن پاسخ، چند کیلو گرم وزن خود را کاهش داشته اید؟
۲۲/۴۲	۳۷	ب- کمتر از ۱۰ کیلوگرم	
۱۶/۳۷	۲۷	ج- بیش از ۱۰ کیلوگرم	
۱۰۰	۱۶۵		جمع:
۶۶/۶۷	۱۱۰	الف- بلی	۴) آیا به عناوین مختلف، رژیم غذایی خود را ترک کرده اید؟
۳۳/۳۳	۵۵	ب- خیر	
۱۰۰	۱۶۵		جمع:
۴/۸۵	۸	الف- هر دو ماه یک بار	۵) آزمایش چربی خون را به چه فواصلی انجام می دهید؟
۹۵/۱۵	۱۵۷	ب- طبق دستور پزشک	
۱۰۰	۱۶۵		جمع:
۲۴/۲۴	۴۰	الف- هر هفته	۶) فشار خون خود را به چه فواصلی کنترل می کنید؟
۴/۸۵	۸	ب- هر ماه	
۷۰/۹۱	۱۱۷	ج- در صورت مراجعه به پزشک	
۱۰۰	۱۶۵		جمع:

بیشترین عملکرد (۹۵/۱۵ درصد)، درمورد: آزمایش چربی خون طبق دستور پزشک می باشد.

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش درخصوص رعایت جدول رژیم غذایی

سؤالات	گروه غذایی	مصرف کم (۱-۷)		مصرف متوسط (۸-۱۴)		مصرف زیاد (۱۵-۲۱)	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱) گوشت قرمز و ماهی و مرغ	الف - گوشت قرمز کم چربی	۱۲۵	۷۵/۷۶	۳۱	۱۸/۷۹	۹	۵/۴۵
	ب- گوشت قرمز پر چربی	۱۴۳	۸۶/۶۷	۱۷	۱۰/۳۰	۵	۳/۰۳
	ج- مرغ بدون پوست و ماهی	۱۲۳	۷۴/۵۵	۳۲	۱۹/۳۹	۱۰	۶/۰۶
	د- مرغ با پوست	۱۵۱	۹۱/۵۲	۱۰	۶/۰۶	۴	۲/۴۲
۲) روغن ها و چربی ها	الف- روغن های گیاهی	۱۰۲	۶۱/۸۲	۵۴	۳۲/۷۳	۹	۵/۴۵
	ب- روغن های نباتی و حیوانی	۷۲	۴۳/۶۴	۵۹	۳۵/۷۶	۳۴	۲۰/۶۱
۳) تخم مرغ	الف- سفیده تخم مرغ	۱۵۷	۹۵/۱۵	۶	۳/۶۴	۲	۱/۲۱
	ب- تخم مرغ کامل	۱۴۱	۸۵/۴۵	۱۷	۱۰/۳۰	۷	۴/۲۴
۴) لبنیات	الف- بدون چربی یا کم چرب	۷۲	۴۳/۶۴	۷۰	۴۲/۴۲	۲۳	۱۳/۹۴
	ب - چربی ها	۱۱۷	۷۰/۹۱	۳۶	۲۱/۸۲	۱۲	۷/۲۷
۵) میوه ها و سبزیجات تازه	الف- میوه ها	۶۱	۳۶/۹۷	۷۳	۴۴/۲۴	۳۱	۱۸/۷۹
	ب- سبزیجات	۸۵	۵۱/۵۲	۶۰	۳۶/۳۶	۲۰	۱۲/۱۲
۶) نان ها و غلات	الف- انواع نان ها	۴۱	۲۴/۸۵	۸۷	۵۲/۷۳	۳۷	۲۲/۴۲
	ب- برنج و سیب زمینی	۷۰	۴۲/۴۲	۷۱	۴۳/۰۳	۲۴	۱۴/۵۵
	ج- انواع حبوبات	۱۱۶	۷۰/۳۰	۳۷	۲۲/۴۲	۱۲	۷/۲۷
	د- شیرینی ها	۱۴۷	۸۹/۰۹	۱۱	۶/۶۷	۷	۴/۲۴

همانطور که از جدول مشخص می باشد، کمترین مصرف (۹۵/۱۵ درصد) درمورد سفیده تخم مرغ، بیشترین مصرف

(۲۲/۴۲ درصد) و مصرف متوسط (۵۲/۷۳ درصد) درمورد انواع نان ها می باشد.

جدول شماره (۳): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش برحسب پاسخ به سؤالات رعایت رژیم غذایی

فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	رعایت رژیم غذایی
۳۲/۷۳	۵۴	ضعیف
۶۰/۰۰	۹۹	متوسط
۷/۲۷	۱۲	خوب
۱۰۰	۱۶۵	جمع
۹/۵۳		میانگین
۲/۵۸		انحراف معیار

عملکرد اکثر واحدهای مورد پژوهش در رابطه با رعایت رژیم غذایی، متوسط می باشد.

## منابع فارسی:

- پرکار ح (۱۳۷۹) رژیم غذایی در بیماری های قلبی. ترجمه فرخ پی م. تهران. انتشارات چهر.
- ذاکری مقدم م. علی اصغر پور م. (۱۳۸۲). مراقبت های پرستاری ویژه در بخش های *CCU, ICU* و دیالیز. تهران. انتشارات اندیشه رفیع.
- لاکمن ج. (۱۳۸۱). *درسنامه پرستاری بیماری های داخلی جراحی III* ترجمه براهیمی ن و دیگران. ویراستار: عبدالهی ع. تهران. انتشارات آبیژ.
- عزیزی س. (۱۳۸۱). بررسی میزان آگاهی بیماران مبتلا به بیماری های عروق کرونری از نظر رژیم درمانی در بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز. طرح پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز.
- عزیزی ف. حاتمی ح. جانقربانی م (۱۳۷۹) *اپیدمیولوژی و کنترل بیماری های شایع در ایران*. چاپ دوم. تهران. نشر اشتیاق.
- یآوری پ. ابدی ع. محرابی ی. (۱۳۸۲). اپیدمیولوژی علل مرگ و میر و روند تغییرات آن در سال های ۱۳۵۸ تا ۱۳۸۰ در ایران. *مجله پژوهشی حکیم*. دوره ۶. شماره ۳.
- Alexander F.M. Fawcett N.J. Runciman J.P. (2000). *Nursing Practice: Home and Hospital*. 2nd edition. Edinburgh. Charchill Livingston.

- Alm-Roijer C. Stagmo M. Erhardt L. (2004). Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. [Online]. <<http://www.elsevier.com/locate/ejcnurse>> [4 November 2004].
- Barringer D.T. (2001). Dietary fats in the prevention of coronary heart disease: The need for more clinical trials. *European Heart Journal Supplements*.39. Supplement D. D79-D84. [Online]. <<http://www.Elsevier Science.com>>. [26 January 2004].
- Crawford H.M. Dimarco P.J. Paulus J.W. (2004). *Cardiology*. vol 1. 2nd ed. Philadelphia. Mosby Co.
- Derstine B.J. Hargrove D.S. (2000). *Comprehensive Rehabilitation Nursing*. Philadelphia. Saunders Co.
- Karner A. Goransson A. Bergdaha B. (2000) Conceptions on treatment and lifestyle in patients with coronary heart disease - a phenomenographic analysis. *Patient Education and Counseling*. 47. 137-143. [Online]. <<http://www.elsevier.com/locate/patducou>> [4 November 2004].
- Khami M.A. Sarraf- Zadegan N. Boshtam M. Bashardoost N. Malekafzali H. Rafie M. Tafazoli F. (2003). Cardiovascular disease in Iran: Mortality, prevalence and risk factors over 15 years, *International Symposium on Atherosclerosis*. September 28-October 2. P:112. Isfahan. Iran. [Online]. <<http://www.Elsevier Science.com>>. [4 January 2004].
- Kimiagar S.M. Ghaffarpour M. Houshiar-Rad A. Hormozdyari H. Zellipour L. (1998). Food consumption pattern in the Islamic Republic of Iran and its relation to coronary heart disease. *Public Health*. 4 (3). 539-547. [Online]. <<http://www.Elsevier Science.com>>. [4 January 2004].
- Mahan L.K. Stump-Escott S. (2004). *Krause's Food, Nutrition and Diet Therapy*. 1th ed. Philadelphia. Saunders Co.
- Meraji S. Abuja P.M. Hayn M. Kostner G.M. Morris R. Oraili S. Tatzber F. Wonisch W. Zechner R. Gey K.F. (2000). Relationship between classic risk factors, plasma antioxidants and indicators of oxidant stress in angina pectoris in Tehran.

- Atherosclerosis*. 150: 403- 412. [Online]. <<http://www.Elsevier Science .com> >. [4 January 2004].
- Phipps J.W. Monahan D.F. Sands K.J. Marek F.J. Neighbors M. (2003). *Medical – Surgical Nursing*. 7th ed. Philadelphia. Mosby Co.
  - Plach S. Wierenga E.M. Heidrich M.S. (1996). Effect of a postdischarge education class on coronary artery disease knowledge and self-reported health –promoting behaviors. *Heart and Lung*. 25 (5). 367-72.
  - Rankin S. (2003). Women recovering from acute myocardial infarction: psychosocial and physical functioning outcomes for 12 months after acute myocardial infarction. *Heart and Lung*. 31 (6). 399-410.
  - Taylor J.G. (2000). *Primary Care Management of Heart Disease*. New York. Mosby Co.
  - Woods L.S. Froelicher S.E. Motzer U.S. and Bridges J.E. (2000). *Cardiac Nursing*. 4th ed. Philadelphia. Lippincott Co.
  - Zerwic J.J. King B.K. Wlasowicz S.J. Rochester N.Y. (1997). Perceptions of patients with cardiovascular disease about the causes of coronary artery disease. *Heart and Lung*. 26 (2). 92-8.

# Observance of dietary regimen in patients with coronary artery disease at hospitals of Tabriz city

*Ezati, N.*

*Abed Saeedi, Zh., Dr.*

*Zeraati, H., Dr.*

## **Abstract**

**Background:** Coronary artery disease (CAD) is caused by narrowing or complete blockage in coronary arteries. Hyperlipidemia is an underlying factor in the development of atherosclerosis and CAD.

**Purpose:** This descriptive research was conducted to evaluate the observance of diet in patients with CAD at hospitals of Tabriz city in 2004.

**Methods:** 165 patients with CAD and history of hospitalization at least one time because of their condition were selected by convenience sampling at medical and surgical cardiology wards. The study settings were medical and surgical heart wards of hospitals. A questionnaire with 30 questions about demographic data and observance of diet was used for data collection. Different statistical tests such as Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Spearman coefficient were used for data analysis.

**Results:** Findings showed that most patients (60%) observed their dietary regimen moderately. A significant relation was found between some demographic characteristics of patients and their observance.

**Conclusion:** Since a few patients (7.27%) observed their dietary regimen appropriately, it seems that clients have an urgent need for education in this regard. Nurses, therefore, are responsible to identify educational needs of CAD patients regarding diet and instruct proper self-care techniques in this connection.

**Key words:** Coronary artery disease (CAD), Dietary regimen, Observance.

# بررسی میزان تنش در حاملگی و شیوه های مقابله نخست حامله های

## مراجعه کننده به بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی

### شهید بهشتی

گیتی ازگلی<sup>۱</sup>

منصوره عارف مهر<sup>۲</sup>

دکتر اسماعیل بیابانگرد<sup>۳</sup>

مهندس پرویز کمالی<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** تنش خصیصه مبهمی است که با توجه به شرایط زندگی امروز و افزایش روزافزون آن و اثرات مختلف بدنی و روانی و رفتاری و تأثیر آن بر مادران باردار و جنین از موضوعات مهمی است که شناخت میزان و روشهای مقابله ای بکار رفته در مادران باردار لازم و اساسی است.

**هدف:** تعیین میزان تنش در حاملگی و شیوه های مقابله ای نخست حامله های مراجعه کننده به بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد.

**مواد و روشها:** نوع مطالعه توصیفی بود که بر روی ۱۵۰ نفر زن نخست حامله مراجعه کننده به بیمارستانهای آموزشی صورت پذیرفت. یافته ها با استفاده از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه تنش اختصاصی در حاملگی تهیه شده توسط پژوهشگر و تنش عمومی هولمز و راهه و مهارتهای مقابله ای بیلینگز و موس<sup>۵</sup>، سنجیده شد افراد مورد مطالعه زنان حامله بیشتر از ۲۰ هفته حاملگی با حاملگی طبیعی بدون مواد شناخته شده بیماری جسمی یا روانی بودند.

**یافته ها:** نشان داد میانگین نمرات مقیاس عوامل تنش زای عمومی  $۳۹/۳۲ \pm ۳۶$  و عوامل تنش زای اختصاصی  $۱۸/۵۹ \pm ۵۹/۶$  و نمرات میزان تنش کل  $۱۵/۷۵ \pm ۵۱/۹۷$  بوده است. از انواع روشهای مقابله ای به ترتیب روش ارزیابی شناختی و مهارتی، جلب حمایت اجتماعی، حل مسئله و روش

<sup>۱</sup> - کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۲</sup> - کارشناس ارشد مامایی

<sup>۳</sup> - عضو هیئت علمی دانشکده روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی

<sup>۴</sup> - کارشناس ارشد آمار - عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۵</sup> - Bilings & moss

جسمانی کردن مشکلات استفاده شده است. بین تنش کلی با تمام روشهای مقابله ای همبستگی مستقیم وجود داشت ( $p < 0.05$ ) و بین تنش عمومی و مهار هیجانی و جلب حمایت اجتماعی و جسمانی کردن همبستگی مستقیم وجود داشت ( $p < 0.05$ )، بین تنش عمومی و روش ارزیابی شناختی و تنش اختصاصی و حل مسئله همبستگی معنی دار نبود.

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به افزون بودن نمرات عوامل تنش زای اختصاصی از عوامل تنش زای عمومی به نظر می رسد عوامل تنش زای اختصاصی در حاملگی نقش بسزایی در میزان تنش نخست حامله ها دارند. اما عامل مؤثر در کاهش تنش در حاملگی شناخت و استفاده صحیح از روشهای مقابله ای مؤثر به جای روشهای مقابله ای ناکارآمد است تا بتواند منجر به تعدیل و کاهش تنش شود.

**کلید واژه ها:** حاملگی، تنش، روشهای مقابله نخست حامله

تایید مقاله: ۸۴/۱۲/۱۷

دریافت مقاله: ۸۴/۱۱/۱۸

## مقدمه

بیولوژیک در زن حامله، در طی این دوره بسیار پرتنش، لازم و اساسی است (پرنول و بنسون<sup>۲</sup> ۲۰۰۴).

تنش عوارض و اثرات مختلف بدنی مانند افزایش فشارخون و ضربان قلب، سردرد، اسهال و ضعف سیستم ایمنی (لودرمیک و همکاران<sup>۳</sup> ۲۰۰۳) و اثرات روانی مانند اضطراب، افسردگی، عصبانیت (گاپتن و همکاران<sup>۴</sup> ۱۹۹۷)، اثرات رفتاری مانند انزوا، بی خوابی، پرخاشگری دارد (نصراصفهانی و باقری<sup>۶</sup> ۱۳۷۶).

جنین ممکن است نسبت به تنشها و هیجانات مادر، از طریق انتقال بعضی از هورمونهای آدرنال مثل اپی نفرین و کورتیزول توسط جفت، واکنش نشان داده و این هورمونها می توانند بر دستگاه قلبی- عروقی جنین (لاک وود<sup>۵</sup> ۱۹۹۸) و بر رفتار فرزندان در آینده اثر بگذارند (کاپلان و سادوک<sup>۶</sup> ۲۰۰۲). از اثرات سوء دیگر تنش در

تنش خصیصه مبهمی است و زمانی که فرد با واقعه ای که سلامت جسمی و روانی وی را به خطر می اندازد مواجه شود، اتفاق می افتد. در واقع زمانی که در مواجهه با عوامل تنش زای، نیازهای فرد از توانایی اش در رفع آنها بیشتر باشد تنش ایجاد می شود و در نتیجه، پاسخهای تنش، که به عنوان مقابله با موقعیتی ناخوشایند مطرح می شوند، ایجاد می شود (کورتیس<sup>۱</sup> ۲۰۰۰).

بارداری گرچه شادی بخش ترین مرحله زندگی است ولی دوره ای سرشار از تنش می باشد (سلیمانی ۱۳۶۸) طبق رتبه بندی و نمره گذاری رویدادهای تنش زای زندگی توسط هولمز و راهه بین ۴۳ رویداد تنش زای زندگی، حاملگی رتبه ۱۲ و نمره ۴۰ (بالاترین نمره=۱۰۰) را به خود اختصاص داده است (بلورچی ۱۳۷۶). شناخت و درک اثر متقابل عوامل روانی، اجتماعی و

<sup>2</sup>- Pernoll & Benson

<sup>3</sup>- Lowdermilk et al

<sup>4</sup>- Gupton et al

<sup>5</sup>- Lock Wood

<sup>6</sup>- Kaplan & Sadock

<sup>1</sup>- Curtis

حاملگی بر مادر و جنین می توان: استفراغهای شدید حاملگی (پرنول و همکاران ۲۰۰۴)، اثر بر تکامل مغز جنین (هانسن و همکاران<sup>۱</sup> ۱۹۹۶)، افزایش اضطراب (پوند و کمپ<sup>۲</sup> ۱۹۹۲)، زایمانهای زودرس (لوک وود ۱۹۹۸)، تأخیر در رشد جنین و کاهش وزن موقع تولد (روتنبرگ و لیتز<sup>۳</sup> ۱۹۹۱)، از دست دادن حاملگی، افزایش میزان ناهنجاریهای مادرزادی و کاهش قدرت تصمیم گیری در زن حامله، طولانی شدن زایمان، اختلال در کار رحم و ایجاد تیندگی (کمتی ۱۳۷۴) و بعضی از ترسها و نگرانیها (کلاسی ۱۳۷۴) را نام برد.

تنش و مقابله همواره بدنبال هم بوجود می آیند. تطابق نادرست باعث اختلالات روانی وابسته به تنش می شود، امروزه لازم است به وسیله آموزش دادن مهارتهای مقابله ای، کوششهایی در زمینه پیشگیری اولیه انجام شود (اسکیرالدی و همکاران<sup>۴</sup> ۱۹۹۸).

مقابله در واقع تلاشها و پاسخیهای شناختی و رفتاری شخص در برابر موقعیتهای مشکل زا (حسینی قدمگاهی ۱۳۷۶) برای غلبه بر تنش، تحمل نمودن و کاهش دادن یا به حداقل رساندن اثرات آن می باشد. حتی تحت دلپذیرترین حالتها حاملگی و زایمان نیز ممکن است بر توانایی مقابله ای فرد و خانواده اش فشار آورد (اوهارا و همکاران<sup>۵</sup> ۱۹۹۹). و ناتوانی در مقابله با تنشها در حاملگی، سبب عوارض عاطفی (هیجانی) می شود. همچنین درجه تنش روانی همراه با حاملگی، بسته به تجارب تکاملی زن، موقعیت زندگی فعلی وی، توانایی او در تطابق متفاوت خواهد بود (پرنول و همکاران ۲۰۰۴).

از آنجا که وجود انسان بصورت واحد تجزیه ناپذیر جسم و روان آفریده شده، وزن حامله در معرض تغییرات جسمی، بیولوژیک و روانشناختی قابل ملاحظه ای قرار می گیرد (کاپلان و سادوک ۲۰۰۲)، بنابراین بهداشت روانی با بهداشت جسمانی در حاملگی نیز رابطه تنگاتنگ دارند. طبق پژوهشها، بسیاری از مسائل بهداشتی جسمی و روانی افراد جامعه، از شرایط نامناسب دوران جنینی و کودکی منشأ می گیرد. لذا لازم است در مراقبتهای بارداری، در کنار مسائل جسمی، به نیازها و مشکلات روانی زنان باردار نیز رسیدگی شده و توجه خاص به بهداشت مادر و کودک مبذول گردد (پرنول و بنسون ۲۰۰۴).

بر اساس بررسی های انجام شده بنظر می رسد پژوهشی در زمینه میزان تنش و روشهای مقابله ای در زنان حامله در کشور ما انجام نشده یا در دسترس پژوهشگر قرار نگرفته است لذا پژوهشگران علاقمند شدند تا به بررسی توصیفی میزان تنش و روشهای مقابله ای بر روی تعدادی از مادران این جامعه بپردازد.

## مروری بر مطالعات

نظر به اهمیت بهداشت و سلامت روانی و کاربرد شیوه های مقابله ای موثر در برابر تنش، تحقیقاتی در این زمینه صورت گرفته است. پارک و همکاران<sup>۶</sup> (۱۹۹۷) پژوهشی از نوع مقطعی به منظور بررسی نقش فکر مثبت و خوش بینی در سازگاری روانی رفتاری در طول حاملگی در مراجعین به ۸ مرکز درمانی در سانفرانسیسکو انجام دادند. بعد از توضیح اهداف پژوهش و جلب رضایت نمونه ها، تعداد ۲۲۱ زن باردار، اکثرا سیاهپوست و دانشجو

<sup>1</sup>- Hansen et al

<sup>2</sup>- Pond and Kemp

<sup>3</sup>- Rothenberg & Litz

<sup>4</sup>- Sciraldi et al

<sup>5</sup>- Uehara et al

<sup>6</sup>- Park et al

در سنین ۱۶ تا ۴۳ سال (متوسط ۲۹ سال) در این پژوهش شرکت کردند.

گردآوری داده‌ها یکبار قبل از ماه دوم حاملگی، برای ارزیابی عوامل پیش‌بینی‌کننده سازگاری، با پرسشنامه‌ها و مقیاس‌های مقابله، خوش‌بینی و محبوبیت اجتماعی، انجام شد. بار دیگر در سه ماهه سوم حاملگی، با استفاده از پرسشنامه‌ها و مقیاس‌های تنش و اضطراب، حالات مثبت فکر و استفاده از مواد مخدر، جهت ارزیابی پیامدهای سازگاری، نمونه‌های پژوهش مورد مصاحبه قرار گرفتند.

معیارهای سازگاری روانی شامل: اضطراب و حالات مثبت فکر و خوش‌بینی می‌شد و سازگاری رفتاری به وسیله استفاده از مواد مخدر در طول حاملگی شامل: الکل، کافئین و استفاده تفریحی از مواد مخدر اندازه‌گیری شد. از کل ۳۴۲ نفر مورد بررسی، ۱۲۱ نفر به دلایلی مانند: سقط، عدم تمایل به ادامه، جابجایی منزل، زایمان زودرس، ناقص تکمیل کردن پرسشنامه‌ها از پژوهش حذف شدند.

نتایج این پژوهش نشان داد که سن و تحصیلات بطور معنی‌داری ( $P=0/004$ ) با فکر مثبت در ارتباط بودند، همچنین فکر مثبت رابطه مستقیم با خوش‌بینی و محبوبیت اجتماعی و رابطه معکوس با تنش و اضطراب و اعتیاد به مواد مخدر دارد. به عبارتی فکر مثبت ارتباط مستقیم با سازگاری روانی و رفتاری دارد.

در پژوهش دیگری، رایدینگ و همکارانش<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) به منظور ارزیابی همراهی بین ترس از زایمان و میزان سزارین اورژانس در سه ماهه سوم، پژوهشی در مدت دو سال از نوع مورد - شاهدی، بر روی خانمهای حامله ۳۲

هفته که قصد زایمان در بیمارستان مرکزی هلسینبورگ<sup>۲</sup> را داشتند انجام دادند.

واحدهای مورد پژوهش، از ۹ کلینیک مراقبتهای قبل از زایمان (در محدوده بیمارستان) و ۳ مطب خصوصی، و کلینیک بیمارستان به تعداد ۲۷۰۰ نفر انتخاب شدند. خانمهایی که در این بیمارستان زایمان نکردند، به علل عوارض طبی سزارین شدند، قادر به خواندن و نوشتن سوئدی نبودند، از نمونه‌ها حذف شدند. لذا در نهایت ۲۳۶۱ نفر باقی ماند، که از این تعداد ۱۹۸۱ نفر پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. تعدادی از آنها نیز علاقه‌ای به ادامه پژوهش نداشتند، یا مشکلات جسمی داشتند، لذا از پژوهش خارج شدند و در انتها ۹۷ نفر در گروه مورد و ۱۹۴ نفر در گروه کنترل باقی ماند. که هردو گروه از نظر سن (میانگین ۲۹ در گروه مورد و ۲۸ مورد در گروه کنترل) و تعداد زایمان همسان شدند.

جهت گردآوری داده‌ها ۳ پرسشنامه اندازه‌گیری ترس از زایمان، اضطراب، مقابله با تنش، در مکانی خلوت و آرام جهت تکمیل کردن به نمونه‌های مورد پژوهش که حدود ۳۲ هفته حاملگی بودند، داده می‌شد.

نتایج پژوهش نشان داد که ترس از زایمان در دو گروه بطور معنی‌داری ( $P=0/05$ ) متفاوت می‌باشد، بطوریکه هرچه نمره ترس از زایمان بیشتر باشد اضطراب عمومی بیشتر، و تحمل به تنش کمتری دارند.

علل سزارین اورژانس در گروه باترس جدی از زایمان با ۶۹ درصد در مقایسه با ۳۹ درصد در گروه با ترس کمتر، به علت آسپکسی جنینی، و در ۱۳ درصد گروه با ترس جدی در مقایسه با ۲۱ درصد در گروه مقابل، به علت لیبر طولانی بود.

<sup>2</sup> - Holsinburg

<sup>1</sup> - Ryding et al

## مواد و روشها

این مطالعه به روش توصیفی بر روی ۱۵۰ مادر انجام گرفت، نمونه گیری به روش سهمیه ای صورت گرفت. بدین ترتیب که براساس تعداد مراجعین به بیمارستانها سهم هر بیمارستان از تعداد کل نمونه مشخص شد. محیط پژوهش شامل درمانگاههای مامایی بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود معیارهای ورود به مطالعه ایرانی بودن، سن ۳۵-۱۸ سالگی، حاملگی اول و عدم سابقه نازایی و عدم سابقه عوارض همراه حاملگی و عدم سابقه ابتلا به بیماریهای جسمی و روانی شناخته شده و سن حاملگی بیشتر از ۲۰ هفته بود. سپس با توضیح هدف از مطالعه و جلب رضایت نمونه ها پژوهش آغاز گردید.

گردآوری اطلاعات با پرسشنامه بود که شامل بخش مشخصات دموگرافیک، مقیاس تنش عمومی اختصاصی و شیوه های مقابله ای بود. فرم مشخصات دموگرافیک شامل متغیرهایی مانند: سن زن حامله، مدت ازدواج، سطح تحصیلات، شغل، نسبت فامیلی با همسر، نوع و سن حاملگی، نوع مسکن، متراژ سرانه و سن و میزان تحصیلات و شغل همسر بود.

جهت تعیین عوامل تنش زای عمومی از مقیاس استاندارد هولمز و راهه استفاده گردید و برای تهیه مقیاس عوامل تنش زای اختصاصی در حاملگی، از آنجایی که هیچگونه مقیاس استاندارد اختصاصی در حاملگی در دسترس نبود. بنابراین براساس منابع اطلاعاتی موجود و کسب نظر از صاحب نظران عوامل تنش زای در حاملگی تعیین شد. بعد از تهیه این عوامل پرسشنامه در مطالعه آزمایشی بر روی ۱۵ مادر باردار در جامعه بررسی شد و از نمونه های مطالعه آزمایشی خواسته شد چنانچه موارد

دیگری غیر از آنچه در پرسشنامه می باشد و مد نظر ایشان است راقید نماید و بدین ترتیب ۲۵ سوال جهت تهیه پرسشنامه مذکور تعیین شد.

برای تعیین اعتبار پرسشنامه دموگرافیک و تنش اختصاصی از اعتبار محتوا استفاده شد. پرسشنامه تنش عمومی همان مقیاس تنش عمومی هولمز و راهه می باشد که ضریب پایایی مقیاس تنش عمومی در ایران ۸۸ درصد (پهلوانی ۱۳۷۵) تعیین شده است و پایایی پرسشنامه تنش اختصاصی در حاملگی به وسیله آزمون مجدد بررسی شد که با همبستگی پیرسون ضریب  $r = 0/88$  بدست آمد. برای تعیین میزان تنش کلی در واحدهای مورد پژوهش، نمره میانگین تنش عمومی و اختصاصی در نظر گرفته شد.

در پژوهش حاضر از پرسشنامه ۳۲ ماده ای شیوه های مقابله ای بیلینگر و موس<sup>۱</sup> (۱۹۸۴) با افزایش سئوالات ساخته شده توسط براهنی و موسوی (۱۳۷۱) به نقل از حسینی قدمگاهی (۱۳۷۶) با ضریب پایایی ۰/۷۹ استفاده شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی نظیر آزمون کای دو، آزمون دقیق فیشر و آزمون تی و آنالیز واریانس و ضریب همبستگی استفاده شد.

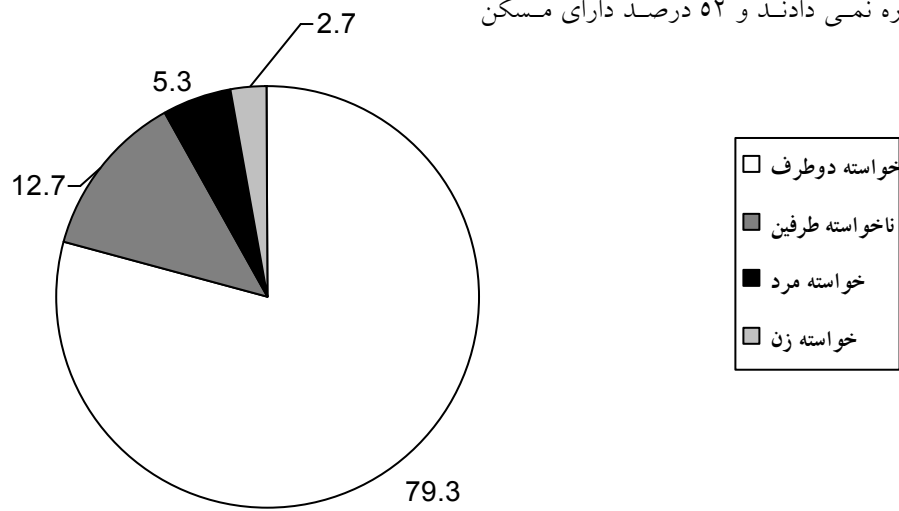
## یافته ها

تحقیق روی ۱۵۰ نفر انجام گرفت که سن آنها  $37 \pm 22/2$  و حداقل ۱۹ و حداکثر ۳۵ سال بود. مدت ازدواج آنها  $10/7 \pm 20/4$  ماه بود. بیشتر آنها مدت ازدواج ۱-۲ سال داشتند.

<sup>1</sup> - Bilihnger & Mouse

تحصیلات ۴۰/۷ درصد راهنمایی و کمتر و ۵۹/۳ درصد تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند. ۹۳/۱۰ درصد خانه دار، ۸/۷ درصد شاغل بودند، ۱۸/۶ درصد نسبت فامیلی با همسر داشتند. سن همسر آنها  $3/6 \pm 27/5$  سال و ۵۷ درصد نمونه ها سطح سواد همسر کمتر از دیپلم بوده است. نحوه تصرف واحد مسکونی در ۱۱/۳ درصد شخصی و ۳۶/۷ درصد اجاره نمی دادند و ۵۲ درصد دارای مسکن

رهنی یا اجاره ای بودند. سطح زیر بنای سرانه  $17/6 \pm 31/5$  متر مربع و توزیع نمونه ها بر حسب وضعیت خواست حاملگی در نمودار شماره ۱ ارائه گردید. نشان می دهد در ۷۹/۳ درصد حاملگی خواسته هر دو طرف بوده است و ۱۲/۷ درصد حاملگی ناخواسته زوجین بوده است.

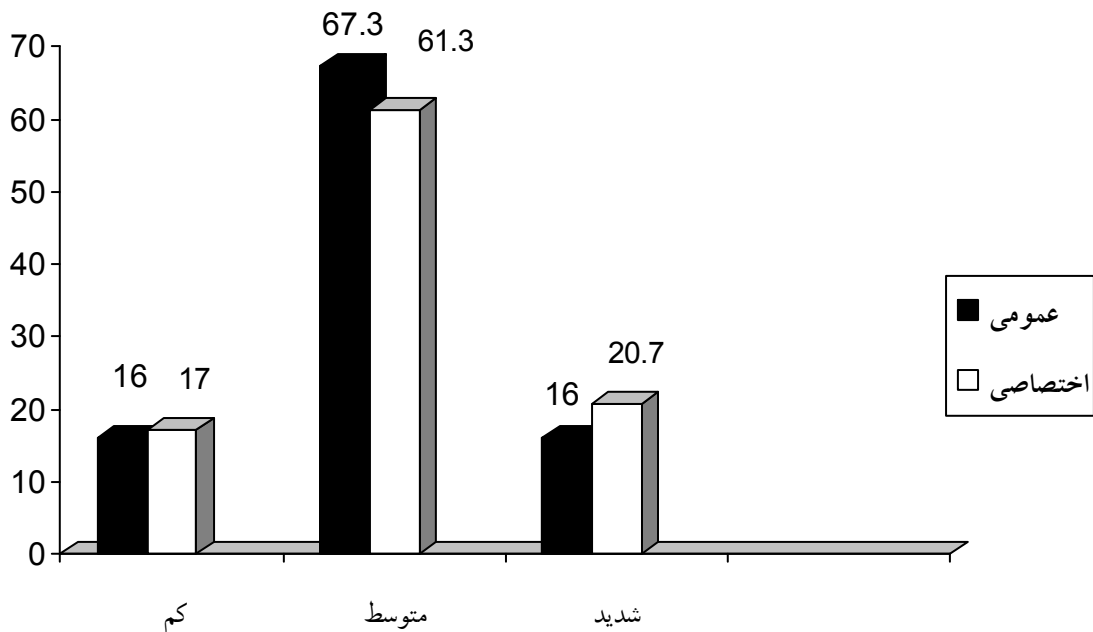


نمودار شماره (۱): توزیع خانم نخست حامله مراجعه کننده بر حسب وضعیت خواسته حاملگی

میانگین سن حاملگی مادران  $24/7 \pm 0/7$  به هفته بود و ۶۰ درصد نمونه بیشتر از ۳۶ هفته سن حاملگی شان بود.

زیاد داشتند. باتوجه به وجود تنش عمومی در ۸۳/۳ درصد نمونه ها، میزان واقعی تنش عمومی در جامعه با احتمال ۹۵ درصد حداقل ۷۷ درصد تا ۸۹ درصد برآورد می گردد. ( $CT = 77-89$ ) و میزان تنش اختصاصی به ترتیب ۱۸، ۶۱/۳، ۲۰/۷ درصد بود میزان تنش اختصاصی کمی بیشتر از تنش عمومی بود و اما اختلاف آنها به لحاظ آماری معنی دار نبود.

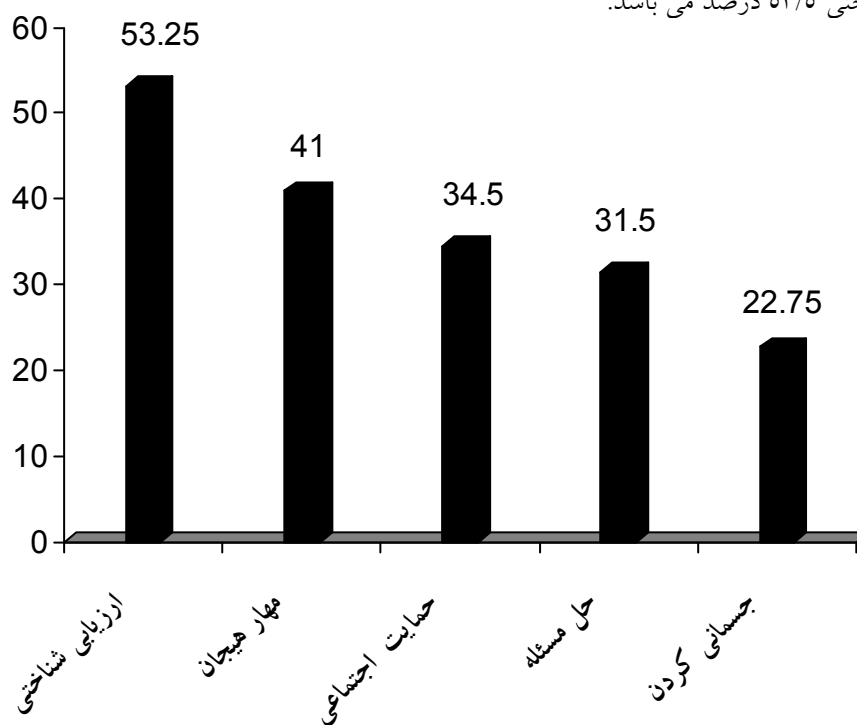
توزیع نمونه ها بر حسب میزان تنش عمومی و اختصاصی در نمودار شماره ۲ ارائه گردیده و نشان می دهد در ۲۵ نفر (۱۶/۷ درصد) تنش عمومی نداشته و یا کم داشته اند. ۶۷/۳ درصد در وضعیت متوسط و ۱۶ درصد تنش



نمودار شماره ۲: توزیع نخست حامله های مراجعه کننده به بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برحسب وضعیت استرس عمومی و اختصاصی

ضمناً بین تنش عمومی و اختصاصی همبستگی مثبت وجود داشته است. همانطور که نمودار نشان می دهد اکثریت مادران تنش متوسط داشتند.

میزان استفاده از روشهای مقابله ای در نمودار شماره ۳ ارائه گردید و نشان می دهد بیشترین روش مقابله ای استفاده شده ارزیابی شناختی ۵۳/۵ درصد می باشد.



نمودار شماره ۳: توزیع نخست حامله های مراجعه کننده به بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برحسب روش های مقابله ای

بین روشهای مقابله با تنش عمومی و اختصاصی همبستگی وجود ندارد

یافته های پژوهش نشان داد هیچیک از مشخصات دموگرافیک مثل شغل و تحصیلات ارتباط معنی دار آماری با تنش عمومی ندارد و فقط سن و سن همسر با تنش اختصاصی رابطه آماری معنی دار دارد ( $P < 0/05$ ) بین سن، تحصیلات و سن حاملگی با میزان استفاده از روشهای کار آمد حل مسئله و حمایت اجتماعی همبستگی و ارتباط معنی دار آماری وجود داشت. به معنی این که هرچه سن و میزان تحصیلات و سن حاملگی بیشتر می شود، میزان استفاده از روشهای کارآمد حل مسئله و حمایت اجتماعی آنان نیز بطور معنی دار بیشتر می گردد. همچنین بین شغل واحدهای مورد پژوهش با میزان استفاده از روشهای کارآمد حل مسئله و حمایت اجتماعی ارتباط معنی دار آماری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). به این معنا که واحدهای پژوهش شاغل بطور معنی داری بیشتر از روشهای کارآمد حل مسئله و حمایت اجتماعی استفاده می کنند. بین سن همسر و استفاده از روش کارآمد حل مسئله نیز همبستگی مستقیم و معنی داری وجود دارد ( $P = 0/05$ ). بین متغیرهای دموگرافیک و سایر روشهای مقابله ای رابطه آماری معنی دار وجود نداشت.

همچنین یافته های پژوهش نشان داد که ۱۰۰ درصد حامله هایی که با همسرشان نسبت فامیلی داشته اند از ناسالم بودن بچه نگرانی داشتند و ۸۸/۵ درصد حامله های که نسبت فامیلی نداشتند از ناسالم بودن بچه نگرانی داشتند که با آزمون آماری مشخص شد بین رابطه فامیلی و

نگرانی از ناسالم بودن بچه رابطه آماری معنی دار وجود دارد ( $X^2 = 3/5, P = 0/05$ ).

## بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش نشان داد عوامل تنش زای اختصاصی در حاملگی، نقش بسزایی در میزان تنش نخست حامله ها دارند بطوری که این نقش حتی از عوامل تنش زای عمومی مهمتر می باشد. زنان نخست حامله روش کارآمد مثل روش حل مسئله را با افزایش تنش به مقدار زیاد بکار می برند. یعنی آنان به دنبال راه حلهای برای تغییر موقعیت و رفع مشکل ناشی از عوامل تنش زا در بارداری خود هستند (دایمر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷، هانسن و همکاران ۱۹۹۶) اما با توجه به افزایش تنش به جای کاهش آن در این زمینه احتمالاً موفق نبوده اند.

همچنین همبستگی مستقیم و معنی دار بین میزان تنش و استفاده از روش ناکارآمد مثل مهار هیجانی نشان می دهد استفاده از این روشهای ناکارآمد واحدهای مورد پژوهش را دچار آشفتگی هیجانی بیشتری کرده در نتیجه نه تنها بر موقعیت فشارهای ناشی از آن غلبه نکرده اند بلکه با شیوه هیجان مدار خود در مقابله با تنش، بر میزان تنش خود افزوده اند.

بعلاوه، یافته ها نشان داد روش کارآمد حمایت اجتماعی کافی استفاده شده است اما میزان تنش در آنها با افزایش میزان استفاده از روش جلب حمایت اجتماعی به جای کاهش، افزایش داشته است که با نتیجه پارک و

<sup>۱</sup> - Dimer

همکاران (۱۹۹۷) متفاوت است. شاید به علت اینکه حمایت اجتماعی پدیده ای پویا و ناپایدار است نه تنها میزان استفاده از آن مهم است بلکه احتمالاً کیفیت روابط نیز مهم است و این پدیده ها همیشه اثرات مثبت ندارد.

در نهایت باتوجه به اینکه در این پژوهش زنان نخست حامله بین مقابله کارآمد حل مسئله و مقابله ناکارآمد مهار هیجانی، روش دوم که ناکارآمد و نامناسب است را بیشتر استفاده کرده اند. بنابراین، استفاده از روش های مقابله ای در کاهش تنش در حاملگی مؤثر نبوده و با افزایش میزان استفاده از روشهای مقابله ای میزان تنش در حاملگی همچنان به جای کاهش، افزایش می یابد.

می توان گفت تمایل مؤثر بر کاهش تنش در حاملگی، مهمتر از استفاده از روشهای مقابله ای است چنانچه دایمر (۱۹۹۷) معتقد است یادگیری مهارتهای مقابله ای و آموزش استفاده صحیح از آنها می تواند در کاهش تنش مؤثر باشد. به نظر می رسد روشهای مقابله ای حتی به عنوان منابع تنش آور عمل کرده و بر شدت آن افزوده است. این امر در مورد روشهای ناکارآمد صادق است (کاپلان و سادوک ۲۰۰۲) و در مورد روشهای کارآمد نیز به علت استفاده نادرست، احتمالاً باعث این امر شده است. امری که می توان در درازمدت با مشاوره و آموزش به اصلاح آن پرداخت امری که سایر پژوهشگران اذعان دارند.

با توجه به اینکه میانگین نمرات در مقیاس عوامل تنش زای اختصاصی ظاهراً بیشتر از میانگین نمرات در مقیاس عوامل تنش زای عمومی می باشد (۵۹/۶۰ در مقابل ۳۶/۳۲) و نیز میانگین تعداد تنش زاهای اختصاصی بیشتر از عوامل تنش زای عمومی است (۱۱/۰۱ از ۲۰ عامل تنش زای

در مقابل ۶/۷ از ۴۳ عامل تنش زا)، بنابراین، بنظر می رسد عوامل تنش زای اختصاصی در حاملگی، نقش بسزایی در میزان تنش نخست حامله ها دارند.

از بین روشهای مقابله ای بکار گرفته شده توسط واحدهای پژوهش، بیشترین روش ارزیابی شناختی بوده است از بین ۲ روش ناکارآمد مهار هیجانی و جسمانی کردن مشکلات، روش مهار هیجانی بیشترین روش بوده و درمقام دوم از نظر میزان استفاده از روشهای مقابله ای مختلف قرار گرفته است.

به نظر می رسد عامل مؤثر در کاهش تنش در حاملگی، مهمتر از استفاده از روشهای مقابله ای، همانا یادگیری، شناخت و استفاده صحیح از روشهای کارآمد مانند حل مساله و عدم استفاده از روشهای ناکارآمد مانند مهار هیجانی می باشد، تا بدین طریق در تعدیل و تخفیف تنش در حاملگی مؤثر و مثمر ثمر باشد.

## تشکر و قدردانی

از سرکارخانم فاطمه افشارمقدم، مسئولین بیمارستانها و مادرانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر می شود.

## منابع

- پهلوانی، ه (۱۳۷۵). *بررسی عوامل استرس زا، راهبردهای مقابله و رابطه آن با ناباروری*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران.
- حسینی قدمگاهی ج (۱۳۷۶) کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله ای با آن در بیماران کرونری قلب. *پایان نامه کارشناسی ارشد. انستیتو روانپزشکی تهران. ۱۳۷۶.*
- شفر م (۱۳۷۶) *فشار روانی. ماهیت پیشگیری و سازگاری*. ترجمه بلورچی پ. چاپ اول. انتشارات پاژنگ.
- کلاسی ن (۱۳۷۴) بررسی مقایسه ای میزان اضطراب و اعتماد مادر به خود در مورد مراقبت از کودک زیر یکسال در زنان نخست حامله نوجوان و جوان مراجعه کننده به درمانگاههای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۷۳. *پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده پرستاری و مامایی. دانشگاه علوم پزشکی ایران.*
- کمتی ن. (۱۳۷۴) بررسی ارتباط نگرش زنان حامله نسبت به نقش مادری با ترس در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. *پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.*
- نصر اصفهانی م، باقری ع (۱۳۷۶) بررسی فشارهای روانی یک محیط کار صنعتی. *مجله اندیشه و رفتار*. سال سوم. شماره ۳.
- Curtis AJ (2000) *Health Psychology*. USA. Routledge Co.
- Dimer GN (1997) Expectant fathers: Influence of perinatal education stress coping, and spousal relations. *Res Nurs Health*. 20 (4). 281 – 93.
- Gupton A et al (1997) Bed rest from the perspective of the high risk pregnant woman. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 26 (4). 423 – 30.
- Hansen D et al (1996) The significance of Psychosocial stress for pregnancy course & fetal development. *Ugcski-Laeger*. 158 (17). (abstract)
- Kaplan HL & Sadock BJ (2002) *Synopsis of Psychiatry*. vol 1, Williams & Wilkins.
- Lock Wood CJ (1998) Stress associated preterm delivery: The role of corticotropin releasing hormones. *AM J Obstet Gynecol*. 180 (1) 10-13.
- Lowdermilk et al (2003) *Maternity Nursing*. 6<sup>th</sup> ed. USA. Mosby Co.

- Park CL et al (1997) The roles of constructive thinking and optimism in psychological and behavioral adjustment during pregnancy. *J Pers Soc psychol.* 73 (3). 584 – 92.
- Pernoll ML & Benson RC (2004) *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment.* USA. 10<sup>th</sup> ed. Appleon & Lange Co.
- Pond EF & Kemp VH (1992) A comparison between & self – confidence. *Maternal – Child Nursing.* 20 (1) 11-19.
- Rothenberg MB Lits AM (1991) Psychosocial support for maternal stress during pregnancy: Effect on birth weight. *Am J Ob Gy.* 165(2) 403-407.
- Ryding EL et al (1998) Fear of child birth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 77 (5). 542 – 547.
- Sciraldi GR et al (1998) Expanding health educators roles to meet critical needs in stress management and mental health. *J Health Educ.* 29(2) 68-72.
- Uehara T et al (1999) Relationship between stress coping and personality in patients with major depressive disorder. *Psychotherapy – Psychosom.* 68(1) 126-131

# Stress and its management in primigravidas referring to educational hospitals of Shaheed Beheshti Medical University

*Ozgoli, G.*

*Arefmehr, M.*

*Biabangard, I., Dr.*

*Kamali, P.*

## **Abstract:**

**Background:** In today's world, stress seems to be increasing all the time. Pregnant women are vulnerable to stress and its effects on health. Therefore, they should learn how to manage it efficiently.

**Purpose:** The purpose of this descriptive study was to assess stress and its management strategies in primigravidas referring to educational hospitals of Shaheed Beheshti Medical University in 2002.

**Methods:** 150 primigravidas between 18 and 35 were selected. They were at least at 20<sup>th</sup> week of a normal pregnancy with no complication. Different tools were used for data collection including a demographic questionnaire, general stressor scale by Holmes & Rahe, specific stressor scales in pregnancy designed by researchers, and coping strategies inventory for stress management by Billing and Moss.

**Results:** Findings showed that mean scores of general, specific and mean stressors were 36.32 (SD=20.39), 59.60 (SD=18.59) and 51.79 (SD=15.75) respectively. The most common coping strategies were positive cognitive appraisal and emotional control, focused social support, problem solving method and somaticizing. There was a positive correlation between the total stress score and all coping strategies ( $P<0.05$ ). A positive correlation was also found between the total score and emotional control, focused social support as well as somaticizing ( $P<0.05$ ). There was no correlation between general stress and cognitive appraisal method, and also between specific stress score and problem solving method.

**Conclusion:** With respect to higher scores of specific stressors than general stressors, they can have great influences on primigravidas. These can be effectively managed by applying appropriate techniques.

**Key words:** Pregnancy, Stress, Primigravida coping strategies.

# بررسی تأثیر عسل در بهبود استوماتیت بیماران تحت شیمی‌درمانی

## بستری در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۱</sup> نیره براهیمی

<sup>۲</sup> محمدحسین علیجانزاده کاشی

<sup>۳</sup> ناهید خزایی

<sup>۴</sup> دکتر طاهره اشک تراب

<sup>۵</sup> دکتر حمید علوی مجد

### چکیده

**مقدمه:** استوماتیت شایعترین عارضه شیمی‌درمانی است که در ۴۰ درصد بیماران تحت شیمی‌درمانی ایجاد می‌شود و در بدخیمی‌های خونی و بیماران تحت درمان با پیوند مغز استخوان ۲-۳ برابر بیشتر است. روشهای مختلفی برای پیشگیری و درمان استوماتیت مورد استفاده هستند ولی اثربخشی و ایمنی اکثر آنان ثابت نشده است.

**هدف:** هدف از این پژوهش تعیین تأثیر عسل در بهبود استوماتیت بیماران تحت شیمی‌درمانی بستری در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۴ بود.

**مواد و روشها:** پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی شاهد دار و تصادفی می‌باشد که در آن ۷۰ بیمار مبتلا به لوسمی لمفوئید و میلوئید حاد تحت شیمی‌درمانی از طریق نمونه‌گیری تدریجی انتخاب شدند. در این پژوهش بیمارانی که بدنال شیمی‌درمانی به استوماتیت درجه یک و دو مبتلا شدند، بطور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم گردیدند. گروه کنترل به مدت سه هفته، روزی چهار بار محلول روتین بخش را غرغره کردند و گروه آزمایش علاوه بر محلول روتین بخش، روزی سه بار بیست سی سی عسل را ابتدا ۶۰-۳۰ ثانیه در دهان نگه‌داشته و بعد قورت می‌دادند. روند علائم استوماتیت سه بار در هفته بررسی شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل یک پرسشنامه دو قسمتی (بخش اول حاوی اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم اطلاعات استخراج شده از پرونده) و چک لیست تعیین شدت استوماتیت بود که اعتبار آن توسط اعتبار

<sup>۱</sup> - کارشناس ارشد آموزش پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۲</sup> - کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۳</sup> - کارشناس ارشد آموزش پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۴</sup> - دکترای آموزش پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۵</sup> - دکترای آمار زیستی و عضو هیئت علمی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

محتوی و پایایی آن از طریق سنجش بین مشاهده گران و ضریب همبستگی ( $r = 0.81$ ) تعیین گردید. سپس با نرم افزار SPSS بر روی داده‌های جمع‌آوری شده تجزیه و تحلیل آماری صورت گرفت. یافته‌ها: استوماتیت ۳۱ درصد از بیماران گروه آزمایش پس از استفاده از عسل بهبودی یافت و در گروه شاهد که محلول روتین بخش استفاده کردند ۲۰ درصد بیماران بهبود یافتند تفاوت میزان بهبودی در دو گروه از نظر آماری معنی دار بود ( $P < 0.05$ )

**بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که عسل در مقایسه با محلول روتین بخش باعث بهبود بیشتر استوماتیت می‌گردد.

**کلید واژه‌ها:** شیمی‌درمانی، استوماتیت و عسل

دریافت مقاله: ۸۴/۶/۲۰      تایید مقاله: ۸۴/۱۲/۷

## مقدمه

در حال حاضر در اغلب بخش‌های هماتولوژی قبل از شروع علائم استوماتیت از محلولهای نرمال سالین یا جوش شیرین و بعد از بروز علائم استوماتیت از محلول‌های کوکتل نظیر شربت دیفن هیدرامین، قطره نیستاتین، شربت AL.mg.s. و محلول لیدوکائین استفاده می‌شود که از طعم و مزه خوبی برخوردار نیستند و ممکن است بیماران با رضایت کامل آنرا استفاده نکنند. لذا بررسی ماده‌ای مثل عسل که بتواند علاوه بر بهبود استوماتیت از طعم و مزه خوبی برخوردار باشد ضروری به نظر می‌رسد. در پژوهش حاضر اثربخشی عسل در درمان استوماتیت ناشی از شیمی‌درمانی مورد بررسی قرار گرفت.

## مروری بر مطالعات

شانون و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) پژوهشی با عنوان بررسی عسل در درمان زخم سطحی انجام دادند. این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی بود که بر روی ۱۰۴ بیمار دچار سوختگی سطحی انجام شد و در آن عسل، با گاز آغشته به

پیشرفت‌های علمی، اثربخشی درمان‌های سرطان را افزایش داده‌اند ولی این درمانها همراه با عوارض متعددی هستند (ورتینگتون و همکاران<sup>۱</sup> ۲۰۰۶). حدود ۶۰ درصد بیماران مبتلا به استوماتیت از شیمی‌درمانی به عنوان بخشی از درمان خود استفاده می‌کنند. شایع‌ترین عارضه حاد شیمی‌درمانی استوماتیت می‌باشد (اندرسون<sup>۲</sup> ۲۰۰۲). که ۴۰ درصد بیماران تحت شیمی‌درمانی ایجاد می‌شود و در بدخیمی‌های خونی و بیماران تحت درمان با پیوند مغز استخوان ۳-۲ برابر بیشتر است. با بروز استوماتیت مشکلاتی نظیر عفونت، خونریزی از سطوح مخاط آسیب دیده، اختلال در وضعیت تغذیه و درد ایجاد می‌شود (اسملتزر و بار<sup>۳</sup> ۲۰۰۴). برای پیشگیری و بهبود استوماتیت ناشی از شیمی‌درمانی و پرتودرمانی اقدامات متفاوتی صورت می‌گیرد، اما اثر بخشی و ایمنی اکثر این دستورات ثابت نشده است (وجتازک<sup>۴</sup> ۲۰۰۳).

<sup>1</sup> - Worthington et al

<sup>2</sup> - Anderson

<sup>3</sup> - Smeltzer & Bare

<sup>4</sup> - Wojtazek

<sup>5</sup> - Shanonn et al

سیلور سولفادیازین مقایسه شد. در ۵۲ بیماری که تحت درمان با عسل بودند، ۹۱ درصد زخمها و در گروه دیگر، کنترل عفونت در ۷ روز ۷ درصد بوده است. همچنین در گروه تحت درمان با عسل تسکین بهتر درد، آگزودای کمتر، تحریک کمتر زخم، شیوع کمتر انقباض هیپرتروفیک و شیوع کمتر انقباض پس از سوختگی گزارش شده است.

بیسوال و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) پژوهشی با عنوان «استعمال موضعی عسل در درمان استوماتیت ناشی از رادیوتراپی» انجام دادند. در این پژوهش ۴۰ بیمار مبتلا به سرطان سر و گردن که رادیوتراپی ناحیه حلق-دهانی دریافت می‌کردند به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول فقط تحت درمان با رادیوتراپی بودند و گروه دوم همراه با رادیوتراپی ۲۰ سی‌سی عسل را بصورت خوراکی سه بار در روز استفاده کردند. کاهش عمده استوماتیت درجه سه و چهار در گروه آزمایش مشاهده شد.

## مواد و روشها

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی و شاهد دار بود که به منظور تعیین تاثیر عسل در بهبود استوماتیت بیماران تحت شیمی‌درمانی بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد. در این مطالعه ۷۰ نفر از بیماران مبتلا لوسمی میلوئید و لمفوئید حاد بستری در بخش هماتولوژی بیمارستانهای طالقانی و مدرس که به دنبال شیمی‌درمانی به استوماتیت درجه یک و دو مبتلا شده بودند با روش نمونه‌گیری تدریجی انتخاب شدند.

نمونه‌ها یک نوبت از نظر عدم ابتلا به ضایعات مخاطی دهان و عفونت در شروع پژوهش مورد بررسی و

معاینه قرار گرفتند و سپس بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. دو گروه از نظر سن، جنس، نمایه توده بدنی، سابقه عوارض دهانی، سابقه عوارض دندان‌ها، سابقه مصرف سیگار، تست های آزمایشگاهی، نوع لوسمی، شدت استوماتیت قبل از استفاده از عسل و محلول روتین بخش، استفاده از عوامل محرک خون‌سازی و استفاده از آنتی‌بیوتیک همسان شده بودند. فرم کنترل و راهنمای استفاده از محلول روتین بخش و خوردن عسل در اختیار گروه آزمایش و فرم کنترل و راهنمای استفاده از محلول روتین بخش در اختیار گروه کنترل قرار گرفت. سپس به مدت سه هفته گروه کنترل روزی چهار بار محلول روتین بخش (شربت دیفن‌هیدرامین، قطره نیستاتین، محلول لیدوکائین و شربت Al.mg.s) را غرغره کردند و گروه آزمایش علاوه بر محلول روتین بخش روزی سه بار بیست سی‌سی عسل را ۶۰-۳۰ ثانیه در دهان نگهداشته و بعد قورت می‌دادند. سپس با استفاده از چک لیست تعیین شدت استوماتیت کاپیزی و همکاران<sup>۲</sup> (اتو و همکاران<sup>۳</sup> ۲۰۰۱) هفته‌ای سه بار، روند علایم استوماتیت مورد بررسی و معاینه قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه دو قسمتی (قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک و قسمت دوم اطلاعات استخراج شده از پرونده) و چک لیست تعیین شدت استوماتیت بود. جهت تعیین اعتبار ابزار از روش سنجش اعتبار محتوی و برای تعیین پایایی ابزار از روش سنجش بین مشاهده‌گران استفاده گردید و ضریب هم‌بستگی با میزان  $r = 0/81$  بدست آمد. یافته‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون های  $Z$ ،  $t$  و  $\chi^2$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

<sup>2</sup> - Capizi et al

<sup>3</sup> - Otto et al

<sup>1</sup> - Biswal et al

## یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین سنی در گروه آزمایش ۳۷/۴۱ سال و در گروه کنترل ۳۵/۲۶ سال بود و اکثر نمونه‌ها مرد بودند (۵۴/۲ درصد در گروه آزمایش و ۵۱/۵ درصد در گروه کنترل). اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمایش ۶۲/۹ درصد و در گروه کنترل ۵۷/۲ درصد متاهل بودند. اکثریت نمونه‌ها در گروه آزمایش (۴۵/۷ درصد) و در گروه کنترل (۴۸/۶ درصد) شاغل بودند. همچنین در هر دو گروه آزمایش و کنترل ۷۷/۲ درصد نمونه‌ها تحصیلات زیر دیپلم و بالای دیپلم داشتند.

نتایج این پژوهش نشان داد قبل از استفاده از عسل و محلول روتین بخش در گروه آزمایش ۵۴/۳ درصد نمونه‌ها استوماتیت درجه یک و ۴۵/۷ درصد نمونه‌ها استوماتیت درجه دو داشته‌اند و قبل از استفاده از محلول روتین بخش در گروه کنترل ۵۱/۴ درصد نمونه‌ها استوماتیت درجه یک و ۴۸/۶ درصد نمونه‌ها مبتلا به استوماتیت درجه دو بودند (جدول شماره یک). در گروه آزمایش پس از استفاده از عسل و محلول روتین بخش ۳۱٪ نمونه‌ها و در گروه کنترل پس از استفاده از محلول روتین بخش ۲۰٪ نمونه‌ها علائم استوماتیت نداشتند و بهبود یافته بودند که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ( $p=0/03$ ).

نمونه‌ها استوماتیت درجه یک و ۴۸/۹ درصد نمونه‌ها مبتلا به استوماتیت درجه دو بودند. در گروه آزمایش پس از استفاده از عسل و محلول روتین بخش ۳۱ درصد نمونه‌ها بهبود یافتند، ۲۶ درصد نمونه‌ها به استوماتیت درجه یک، ۲۰ درصد نمونه‌ها به استوماتیت درجه دو و سه و سه درصد نمونه‌ها به استوماتیت درجه چهار مبتلا شدند و در گروه کنترل پس از استفاده از محلول روتین بخش ۲۰ درصد نمونه‌ها بهبود یافتند، ۳۷ درصد نمونه‌ها به استوماتیت درجه یک، ۲۳ درصد نمونه‌ها به استوماتیت درجه دو، ۱۴ درصد نمونه‌ها به استوماتیت درجه سه و شش درصد به استوماتیت درجه چهار مبتلا شدند. میزان بهبودی در گروه آزمایش، بیشتر از گروه کنترل بود که این امر می‌تواند ناشی از اثرات ضد میکروبی و التیام دهنده بافت‌های نکروتیک عسل باشد (ورتینگتون و همکاران ۲۰۰۶). شانون و همکاران (۲۰۰۲) پژوهشی با عنوان «استفاده از عسل در درمان سوختگی سطحی» انجام دادند. نتایج پژوهش آنها نشان داد عسل سبب تشکیل بافت گرانوله و بافت اپیتلیال در زخم می‌شود و همین امر سبب التیام سریع زخم می‌گردد. همچنین بیسوال و همکاران (۲۰۰۳) پژوهشی به عنوان مصرف موضعی عسل در درمان موکوزیت ناشی از رادیوتراپی انجام دادند که مشخص شد، عسل سبب بهبود استوماتیت درجه سه و چهار می‌شود.

## تشکر و قدردانی

از کلیه مسئولان، کارکنان و بخش‌های هماتولوژی بیمارستان‌های طالقانی و مدرس و کسانی که ما را در این پژوهش یاری نمودند قدردانی می‌شود.

## بحث و نتیجه گیری

نتایج به دست آمده نشان داد، قبل از استفاده از عسل و محلول روتین بخش در گروه آزمایش ۵۴/۳ درصد نمونه‌ها استوماتیت درجه یک و ۴۵/۷ درصد نمونه‌ها استوماتیت درجه دو داشتند و در گروه کنترل ۵۱/۴ درصد

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش برحسب درجه استوماتیت قبل از دریافت غسل و

محلول روتین بخش در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نتیجه آزمون	جمع کل		کنترل		آزمایش		گروه شدت استوماتیت
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
P = ۰/۱ Z = ۱/۶۲	۵۲/۹	۳۷	۵۴/۴	۱۸	۵۴/۳	۱۹	درجه یک
	۴۷/۱	۳۳	۴۸/۶	۱۷	۴۵/۷	۱۶	درجه دو
	۱۰۰	۷۰	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۳۵	جمع کل

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش برحسب درجه استوماتیت بعد از دریافت غسل و

محلول روتین بخش در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نتیجه آزمون	جمع کل		کنترل		آزمایش		گروه شدت استوماتیت
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
P = ۰/۸۹ Z = ۰/۰۳	۲۵/۷	۱۸	۲۰	۷	۳۱	۱۱	درجه صفر
	۳۱/۴	۲۲	۳۷	۱۳	۲۶	۹	درجه یک
	۲۱/۶	۱۵	۲۳	۸	۲۰	۷	درجه دو
	۱۷/۱	۱۲	۱۴	۵	۲۰	۷	درجه سه
	۴/۲	۳	۶	۲	۳	۱	درجه چهار
	۱۰۰	۷۰	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۳۵	جمع کل

## منابع

- Anderson B (2002) Pathogenesis and prophylaxis of mucositis. *Cancer*. 120( ) 2026-2035
- Biswal B et al (2003) Topical application of honey in the management of radiation mucositis: a preliminary study. *Support Care Cancer*. 11(4) 242-246.
- Otto S.E et al (2001) *Oncology Nursing*. 4<sup>th</sup> ed. London. Mosby Co.
- Shannon B et al (2002) Use of honey in superficial burn management. *Journal of Wound Care*. 8(4) 161 – 164.
- Smeltzer S, Bare B.L (2004) *Brunner & Suddarth' Text Book of Medical Surgical Nursing*. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia. Lippincott Co.
- Wojtazek C (2000) Management of chemotherapy- induced stomatitis. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 4(6) 22 – 25.
- Worthington HV, Clarkson JE, Eden OS (2006) Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatments Cochrane Database syst Rev Issue 2 art no: Cd 000978. Doi:10.1002/ 14651858. CD000978 Pub 2.

# The effect of honey on stomatitis recovery of patients undergoing chemotherapy in hospitals affiliated to Shaheed Beheshti Medical university

*Barahimi, N.*

*AlijanZadeh Kashi, M.*

*Khazaie, N.*

*Ashek Torab, T. Dr*

*Alavi Majed H, Dr*

## **Abstract:**

**Background:** Stomatitis is a common side effect of chemotherapy, which is manifested by increased sensitivity and redness. It is seen in up applies to 40% of patients undergoing chemotherapy. The rate may be increased by two to three folds in patients treated with bone marrow transplants or due to & blood cancer.

**Purpose:** The clinical trial was conducted to assess the effects of honey on stomatitis in patients undergoing chemotherapy at hospitals affiliated to the Shaheed Beheshti Medical university in 2005.

**Methods:** 70 patients with acute myeloid leukemia and lymphoid leukemia were selected by sequential sampling method.

The chemotherapy patients affected by stomatitis (degrees I & II) were randomly divided into two case and control groups. The control group gargled routine solution administered at the ward (diphenhydramine syrup, Al.mg.s syrup, nystatin drop and lidocain solution) four times for a period of three weeks. In the case group, 20cc honey was additienatly administered three times a day. They hold it in their mouth for 30 – 60 seconds and then gulped it down. Data collection instruments were 2-part questionnaire (the first part included demographic information and the second part contained outputs of medical interventions) and a checklist to assess stomatitis severity, which was validated by content validity and made reliable by interrater reliability ( $r=0.81$ ).

**Results:** Findings showed that the recovery rate in the control group was lower (20%) than the case group (30%), ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** According to the results, honey caused virtually better recovery of stomatitis among patients compared with routing solution administered at the ward.

**Keywords:** Chemotherapy, Honey, Stomatitis

# بررسی میزان رضایت بیماران مراجعه کننده به اورژانس های یکی از بیمارستانهای آموزشی شهر مشهد

زلیخا سعادت<sup>۱</sup>

## چکیده

**مقدمه:** رضایت بیمار در فرایند مراقبت بهداشتی درمانی نقش مهمی را ایفا می کند. تردیدی نیست که میزان رضایت بیمار منعکس کننده قابلیت و توانایی پزشک و کارکنان درمان یا کیفیت درمان است. ارزیابی رضایت بیمار به دریافت موارد نارسا و یافتن تدابیر لازم و انجام اقدامات ضروری برای حل مشکلات موجود می انجامد که ارتقاء سطح مراقبت را بطور دائم امکان پذیر می سازد.

**هدف:** این مطالعه با هدف ارزیابی میزان رضایتمندی بیماران بستری در بخش های اورژانس یکی از بیمارستانهای آموزشی شهر مشهد در سال ۸۴ - ۱۳۸۳ انجام شده است.

**مواد و روشها:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی است این تعداد ۷۳۲ نمونه از بین بیماران مراجعه کننده به بخشهای اورژانس (قلب، داخلی، جراحی، اعصاب) بصورت تصادفی انتخاب شدند. سهمیه هر بخش بر اساس تعداد بیماران ترخیصی بود. ابزار پژوهش برای افراد باسواد پرسشنامه و برای افراد بی سواد فرم مصاحبه بود. پرسشنامه شامل دو بخش: بخش اول شامل مشخصات بیمار و بخش دوم سوالات برای سنجش میزان رضایتمندی بود. جهت تعیین اعتبار از روش سنجش محتوی و برای تعیین پایایی پرسشنامه که براساس مقیاس سنجش لیکرت تنظیم شده بود، از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. تکمیل پرسشنامه در هنگام ترخیص بیمار انجام می شد.

در قسمت آمار توصیفی از شاخص های میانگین، فراوانی مطلق و نسبی استفاده شد. در بخش آمار استنباطی، جهت بررسی رابطه بین متغیرها مثل سن و میزان رضایت بیماران از آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. برای مقایسه زیر گروههایی مثل جنس و محل سکونت از لحاظ میزان رضایت از آزمون من ویتنی استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که بیشترین درصد رضایت (۸۴/۲ درصد) مربوط به خدمات پرستاری و بیشتر مربوط به مهارتهای درمانی پرستاران بود و برای خدمات پزشکی میزان رضایت ۶۸/۸ درصد و میزان رضایت از محیط فیزیکی و ساختار بخش ۳۴/۱ درصد بود. ۶۶/۶ درصد از واحد های پژوهش، از وسایل و تجهیزات رضایت داشتند. ۷۷/۸ درصد از واحدها از وضعیت لباس و ملافه رضایت داشته و ۵۵ درصد واحدها از میزان هزینه ها رضایت داشتند و فقط ۴۶/۴ درصد نمونه ها از نگرهبانی رضایت داشتند. نتایج بدست آمده از این

<sup>۱</sup> - کارشناس ارشد مدیریت پرستاری - بیمارستان قائم مشهد

مطالعه نشان می دهد که میزان رضایت بیماران در مجموع ۶۱/۷ درصد بود. بیشترین میزان رضایت از کارکنان پرستاری و کمترین میزان رضایت از نگهبانی و محیط فیزیکی بخش بوده است.

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به نتایج مطالعه و سایر مطالعات انجام شده در ایران، بنظر می رسد که میزان رضایت بیماران از سطح قابل قبول کمتر است. توجه و برنامه ریزی جدی در زمینه ایجاد و رعایت استانداردهای ساختار فرایند و برآیند در بخش های اورژانس ضروری بنظر می رسد.

**کلید واژه ها:** رضایت بیماران، بخش اورژانس

تایید مقاله: ۸۴/۱۲/۷

دریافت مقاله: ۸۴/۵/۱

## مقدمه

صنعت مورد توجه قرار گرفت. در سال ۱۹۵۱ فیگنباوم کیفیت را، توانایی یک محصول در به انجام رساندن تمام اهداف مورد انتظار با صرف کمترین هزینه ممکن تعریف کرد. کروزبی اهمیت رابطه کیفیت و هزینه را مورد تأکید قرار داد اما، تعریف کیفیت را گسترده تر ساخت و تناسب یک کالا با نیازها را نیز جزئی از کیفیت دانست. ژوران رویکردی سه گانه به کیفیت داشت که شامل: برنامه ریزی کیفیت، کنترل کیفیت و ارتقاء کیفیت است (جعفری و همکاران ۱۳۷۹).

از اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوایل دهه ۱۹۷۰ رضایتمندی مورد توجه قرار گرفت. موسسات آمریکائی تصمیم گرفتند که تئوریهای ژوران و دمینگ را در سازمان های خود اجرا کنند. نکته کلیدی این تئوریها که عامل موفقیت صنایع ژاپن بعد از جنگ جهانی محسوب می شود آنست که هر سازمانی که ارائه دهنده یک محصول یا یک خدمت به مردم است، می بایست بطور دائم نظرات مشتریان خود را به صورت بازخورد داشته باشد تا نقایص

بیش از ۷۸ درصد از مراجعین به بیمارستانها را بیماران اورژانسی مراجعه کننده به بخش های اورژانس تشکیل می دهند که در این مراجعه دقایق حتی ثانیه ها دارای اهمیت است و لذا باید در جهت افزایش کیفیت خدمات درمانی گام برداشت (گیوی ۱۳۷۹). کنترل کیفیت خدمات ارائه شده در سیستم بهداشتی درمانی مسئولیت کارکنان سازمان است. نقش کیفیت در موفقیت و شکست سازمانها به حدی است که گفته می شود تنها سازمانها و حرفه هایی که محور اصلی فعالیت مؤسسه خود را تأمین خواستههای مشتریان و ارضای نیازهای آنان با حداقل قیمت و حداکثر کیفیت قرار داده اند، قادر خواهند بود به حیات خود ادامه دهند (اردکانی ۱۳۸۱).

مفهوم کیفیت ریشه در مطالعات متخصصین صنعتی، نظیر فیگنباوم<sup>۱</sup>، کروزبی<sup>۲</sup>، ژوران و دمینگ<sup>۳</sup> دارد. برای اولین بار در دهه های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ اهمیت کیفیت در

<sup>۱</sup> - Fiegenbaum

<sup>۲</sup> - Crosby

<sup>۳</sup> - Zhoran & Deming

آنها مشخص شده و برنامه ریزی های لازم برای اصلاحات، براساس این نظریات تدوین گردد.

مفهوم مصرف کننده محوری بتدریج وارد سیستم ارائه خدمات بهداشتی آمریکا گردید. براساس این مفهوم، رضایتمندی بعنوان وسیله ای جهت افزایش تعهد بیمار در احرای دستورات پزشکی مطرح نمی باشد، بلکه بخودی خود بعنوان یکی از نتایج محسوب می گردد که تلاش سیستم در جهت رسیدن به آنها می باشد.

پژوهشگران توانستند بین رضایتمندی بیمار و سه عامل زیر ارتباط مستقیمی پیدا کنند.

۱ - تعهد بیمار در مصرف داروهای تجویز شده.

۲ - ادامه مراجعه بیمار در زمان های منظور شده.

۳ - توافقی بیمار برای انجام اعمال درمانی لازم.

تردیدی نیست که میزان رضایت بیمار به قابلیت و توانایی پزشک و کارکنان درمان و نیز کیفیت درمان بستگی دارد. مهمتر از همه آنکه وقتی بیماران ناراضی باشند مراقبت بهداشتی و درمانی در واقع به مقاصد یا اهداف دراز مدت خود دست نیافته است (صدقیانی ۱۳۷۹).

هرچقدر میزان رضایت بالاتر باشد، بهبودی جسمی و روانی بیمار بهتر و سریعتر صورت می گیرد. مسلم است این موارد از طریق بیمار به خانواده و آشنایان او منتقل شده و در نتیجه باعث بدبینی جامعه نسبت به مراقبت ارائه شده خواهد شد. این نارضایتی باعث می شود که فرد بطور دائم تحریک پذیر و مضطرب شود و باعث تأخیر در بهبودی، بستری طولانی در بیمارستان و افزایش هزینه درمان و اشغال تختهای بیمارستان می شود. نتایج پژوهشها نشان داده است که عواملی مثل اطلاع دهی به بیمار، مهارت

و دانش کارکنان، زمان انتظار بیمار و برقراری ارتباط مناسب از عوامل موثر بر رضایتمندی بیماران می باشد (مک<sup>۱</sup> ۱۹۹۹).

ارزیابی رضایت بیماران و دریافت موارد نارسا به یافتن تدابیر لازم و انجام اقدامات ضروری برای حل مشکلات موجود می انجامد که ارتقاء سطح مراقبت را بطور دائم امکان پذیر می سازد. بر این اساس پژوهشگر تصمیم گرفت تا میزان رضایت بیماران مراجعه کننده به اورژانسهای یکی از بیمارستانهای آموزشی شهر مشهد را از ارائه خدمات براساس مهمترین استانداردهای آن تعیین کند.

## مروری بر مطالعات

رضایتمندی یک واکنش شناختی و عاطفی است که طی آن فرد ارضاء نیازهایش را اعلام میدارد.

مووینسکی<sup>۲</sup> (۱۹۹۹) در یک مطالعه توصیفی که به صورت نظر خواهی تلفنی از مراقبت های پرستاری دریافتی ۴۵۶ بیمار ۱۸ تا ۶۵ سال یکی از بیمارستانهای ویرجینیا انجام داد، میزان رضایت بیماران از خدمات دریافت شده را ۸۷/۹ درصد ذکر نموده و همچنین عوامل جنس، محل زندگی، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، سن و وضعیت درآمدی را از عوامل مؤثر بر رضایت بیماران عنوان می کند.

نوکلبی و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) نیز در یک مطالعه توصیفی که در ایالت کنتاکی آمریکا بر روی سطح رضایت

<sup>1</sup> - Mack

<sup>2</sup> - Mowinsky

<sup>3</sup> - Nokelby et al

۱۰۵۶ بیمار از توجهات پرستاری انجام داد. میزان رضایت از خدمات پرستاری را ۸۴ درصد و عوامل جنس، برداشت شخصی بیمار از مراقبت، سطح تحصیلات و محل زندگی خود از نظر شهری یا روستایی بودن را از عوامل مؤثر بر رضایت بیماران از مراقبت های پرستاری می داند.

در ایران نیز مطالعات زیادی در این زمینه انجام شده است که بعضاً نتایج کاملاً متفاوت دارند.

گل افروز شهری و همکاران (۱۳۸۲) یک مطالعه مقطعی با هدف میزان رضایت بیماران مراجعه کننده به بیمارستانهای شهر سبزوار انجام دادند. در این مطالعه ۹۱۴ نفر از بیماران بخشهای مختلف بیمارستانهای شهر سبزوار در مورد رضایت از نحوه ارائه خدمات مورد پرسش قرار گرفتند. نتایج بدست آمده از این پژوهش نشان داد که در مجموع ۹۲/۴ درصد بیماران از خدماتی که در این مراکز ارائه می شد راضی بودند، این در حالی است که مسعود و همکاران (۱۳۸۲) میزان رضایت از خدمات دریافت شده در بیمارستان شهید بهشتی کاشان را ۶۹ درصد راضی و ۲۷ درصد نسبتاً راضی و ۴ درصد ناراضی ذکر می کند. براساس مطالعات انجام شده به نظر می رسد رضایت بیماران تحت تأثیر نوع بیمارستان، نوع بخش، طرز تفکر، فرهنگ و زمینه اجتماعی و شخصیتی آنان می باشد.

## مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که با هدف تعیین میزان رضایتمندی بیماران بستری در بخش های اورژانس یکی از بیمارستانهای آموزشی شهر

مشهد در سال ۱۳۸۴ انجام شده است. کلیه بیماران مراجعه کننده به اورژانسهای بیمارستانهای آموزشی شهر مشهد جامعه پژوهش را تشکیل می دهند.

محیط پژوهش شامل کلیه بخشهای اورژانس بیمارستان قائم (عج) شامل اورژانس قلب، اعصاب، داخلی و جراحی بود. در این مطالعه تعداد ۷۳۲ نفر از مراجعین به بخش های اورژانس با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی در مورد رضایت از نحوه ارائه خدمات مورد پرسش قرار گرفتند. مشخصات نمونه ها شامل: ۱ - در بخش اورژانس بستری باشند. ۲ - حداقل ۲۴ ساعت بستری یا تحت نظر باشند.

برای سنجش میزان رضایتمندی از یک پرسشنامه شامل سوالات باز و بسته در دو بخش استفاده شد، (بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، سطح تحصیلات، محل سکونت، بخش بستری) و بخش دوم سوالات در ارتباط با میزان رضایت از خدمات ارائه شده در رده های مختلف پزشکی (پزشک، کارکنان پرستاری، نگرهبانی) و جنبه های مختلف (رضایت از محیط فیزیکی، غذا، تجهیزات، لباس، هزینه) بود.

پرسشنامه در افراد باسواد توسط خود بیمار و در مورد افراد بی سواد توسط مصاحبه تکمیل شد. در مواردیکه خود بیماران به علت حال عمومی نامناسب قادر به پاسخگویی نبوده اند از همراهان بیمار سوال شد.

جهت تعیین اعتبار از روش سنجش محتوی و برای تعیین پایایی پرسشنامه که بر اساس مقیاس سنجش ۵ گزینه ای لیکرت تنظیم شده و از صفر تا چهار امتیاز داده شده بود از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. که

ضریب ۰/۷۸ بدست آمد. تکمیل پرسشنامه در هنگام ترخیص بیمار انجام شد.

جهت تجزیه و تحلیل نتایج از آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین، فراوانی مطلق و نسبی استفاده شد. در بخش آمار استنباطی، جهت بررسی رابطه بین متغیرها مثل سن و میزان رضایت بیماران از آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. برای مقایسه زیر گروهایی مثل جنس و محل سکونت از لحاظ میزان رضایت از آزمون من ویتنی استفاده شد.

## یافته ها

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۳۹/۶ درصد) سن بین ۵۹ - ۴۵ سال داشتند. همچنین بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش از نظر جنس (۵۵/۴ درصد) را افراد مذکر و از نظر وضعیت تاهل بیشترین درصد (۵۲/۲ درصد) متأهل بودند. از نظر محل سکونت بیشترین درصد ۵۸/۶ درصد در شهر سکونت داشتند و از نظر میزان تحصیلات بیشترین درصد ۳۲/۸ درصد بیسواد بودند و بیشترین مراجعه (۴۲/۳۴ درصد) مربوط به بخش اورژانس قلب بود.

در این پژوهش ۳۷۲ نفر بیمار مورد بررسی قرار گرفتند نسبت افراد شرکت کننده در بخش های اورژانس در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

نتایج نشان داد که بیشترین درصد رضایت (۸۴/۲ درصد) مربوط به خدمات پرستاری و بیشترین درصد

مربوط به مهارت‌های درمانی پرستاران بود. برای خدمات پزشکی میزان رضایت ۶۸/۸ درصد، میزان رضایت از محیط فیزیکی و ساختار بخش ۳۴/۱ درصد و ۶۶/۶ درصد از بیماران از وسایل و تجهیزات رضایت داشتند. ۷۷/۸ درصد از بیماران از وضعیت لباس و ملافه رضایت داشته و ۵۵ درصد از میزان هزینه ها رضایت داشتند و فقط ۴۶/۴ درصد بیماران از نگهداری رضایت داشتند.

آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن بین متغیرهای رضایت از کارکنان پرستاری با سن، رضایت از کارکنان پرستاری با تحصیلات همبستگی معنی دار نشان داد. آزمون من ویتنی نیز نشان داد که رضایت زنان از خدمات پرستاری و وسایل و تجهیزات نسبت به مردان بیشتر بود. در حالیکه رضایت مردان از محیط فیزیکی بخش بیشتر از زنان بود.

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش

بر حسب بخش

بخش	فراوانی	تعداد	درصد
اورژانس قلب		۳۰۶	۴۱/۸
اورژانس جراحی		۱۱۰	۱۵/۴
اورژانس داخلی		۱۱۶	۱۵/۴۸
اورژانس اعصاب		۲۰۰	۲۷/۳۲
جمع		۷۳۲	۱۰۰

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی میزان رضایت نمونه های مورد پژوهش از قسمت های مختلف

نظری ندارم	کاملاً راضی		راضی		ناراضی		کاملاً راضی		گویه	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۹/۲	۶۷	۳۲/۸	۲۴۰	۱۵/۶۴	۳۷۵	۴/۳	۳۰	۰	رضایت از پرسنل پرستاری	
۶/۵	۱۴۸	۱۵/۵	۱۱۴	۵۳/۲۷	۳۹۰	۱۶/۳۰	۱۲۰	۵/۱۹	۶۰	رضایت از پرشکان
۱۸/۶	۱۳۶	۰	۰	۳۴	۲۵۰	۴۷/۳	۳۴۱	۰	۰	رضایت از محیط فیزیکی بخش
۲۲/۴	۱۶۴	۱/۲	۸	۶۵/۶	۴۸۰	۱۱	۸۰	۰	۰	رضایت از غذا وسایل و تجهیزات
۳/۳	۲۲	۹/۱	۷۰	۶۱/۲	۴۵۰	۲۱/۸	۱۶۰	۵	۳۰	رضایت از غذای بیمارستان
۷	۵۱	۱۲/۳	۹۰	۶۵/۶	۴۸۰	۸/۲	۶۰	۰	۰	رضایت از وضعیت لباس و ملافه
۵	۳۰	۵	۳۶	۵۰	۳۶۶	۱/۷	۱۸۰	۱۵/۴	۱۲۰	رضایت از هزینه ها
۸/۴	۶۲	۰	۰	۴۶/۴	۳۴۰	۲۸	۲۰۴	۱۷/۳	۱۲۶	رضایت از نگهداری

## بحث و نتیجه گیری

گل افروز شهری و همکاران در سال (۱۳۸۲) و مطالعه مسعود و همکاران (۱۳۸۲) انجام شد همخوانی دارد. همچنین نتایج این مطالعه نشان می دهد که زنان رضایت بیشتری نسبت به مردان از کارکنان پرستاری، وسایل و تجهیزات داشتند که یک دلیل احتمالی این یافته می تواند به خصوصیات احساسی عاطفی آنان برگردد ولی مردان در رابطه با هزینه ها رضایت بیشتری دارند، ولی از نظر آماری این مسئله معنی دار نبود.

همچنین روستائیان میزان رضایت بیشتری نسبت به شهری ها داشتند که احتمالاً دلیل آن می تواند بدلیل توقع کم و یا اینکه قبلاً در مراکز اولیه بهداشتی درمانی تحت درمان بوده اند باشد.

همچنین نتایج مطالعه بیانگر این است که فضای فیزیکی بخش های اورژانس مناسب نبوده و یکی از عمده عوامل تأثیرگذار بر ناراضیاتی بیمارانی بوده است.

رضایت بیمارانی می تواند دستخوش مواردی از قبیل وضعیت حرفه ای و روش کار پرستاران از جمله

نتایج بدست آمده از این مطالعه نشان می دهد که میزان رضایت بیمارانی در مجموع ۶۱/۷ درصد بود. بیشترین میزان رضایت از کارکنان پرستاری و کمترین میزان رضایت از نگهداری و محیط فیزیکی بخش بوده است.

در بررسی عوامل مؤثر بر رضایتمندی بیمارانی، نتایج نشان داد که هرچه سن بیمارانی افزایش می یابد میزان رضایت آنان کمتر می شود که احتمالاً به دلیل نیازهای بیشتر این قشر و بالاتر بودن سطح انتظارات این قشر می باشد.

همچنین یافته ها نشان داد که هرچه میزان تحصیلات بیمارانی بیشتر می شود رضایت آنان از کارکنان پرستاری بیشتر می شود، که احتمالاً به دلیل درک بیشتر آنان از مسائل و مشکلات و شرح وظایف پرستاران می باشد. در حالی که میزان رضایت آنان از محیط فیزیکی و امکانات و پرشکان کمتر شده است. نتایج بدست آمده با نتایج سایر پژوهش های انجام شده از جمله در مطالعه ای که توسط

دانش، حمایت های آموزشی، ارتباطی، درک و توجه آنها در پیدا کردن مشکلات سلامتی بیمار و رفع آنها باشد.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر و سایر مطالعات انجام شده در کشور ایران بنظر می رسد که میزان رضایت بیماران از سطح قابل قبول بسیار کمتر بوده و توجه و برنامه ریزی جدی در زمینه ایجاد و رعایت استانداردهای ساختار

فرایند و برآیند در بخش های اورژانس ضروری بنظر می رسد.

### تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه مسئولین اورژانس ها، مدیریت و حراست بیمارستان قائم مشهد و جناب آقای ملک صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

### منابع

- اردکانی م (۱۳۸۱) کیفیت و نظام استانداردها. *ماهنامه استاندارد*. سال سیزدهم، شماره ۱۳۲.
- جعفری م و همکاران (۱۳۷۹) *ابزارهای استراتژیک و فرهنگی مدیریت کیفیت فراگیر*. چاپ اول. تهران، مؤسسه فرهنگی رسا.
- صدقیانی ا (۱۳۷۹) *ارزیابی مراقبتهای بهداشتی و درمانی و استانداردهای بیمارستانی*. انتشارات علم و هنر.
- گیوی م (۱۳۷۹) بررسی نیازهای بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستانهای منتخب شهر اصفهان از دیدگاه بیماران و پرسنل شاغل در آن بخشها، *خلاصه مقالات همایش سراسری پرستاری در اورژانس تهران*.
- گل افروز شهری م و همکاران (۱۳۸۲) بررسی میزان رضایت بیماران بستری در بیمارستانهای شهرستان سبزوار در سالهای ۸۱-۱۳۸۰. *اسرار. مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*. سال دهم، شماره ۱.
- مسعود س و همکاران (۱۳۸۲) بررسی میزان رضایتمندی بیماران ترخیص شده از بیمارستان شهید بهشتی کاشان از نحوه خدمات پزشکان در زمستان ۱۳۷۷. *فصلنامه طب و تزکیه*، شماره ۴۸.
- Mack JK (1999) The effect of urgency on patient satisfaction and future emergency department choice. *Health Care Manage Rew.* 20 (2) 7 – 15.
- Mowinsky B (1999) Patient satisfaction & loyalty among millitaly health care beneficiaries enrolled in a managed care program. *Journal of Advanced Nursing.* 29 (11) 55 - 47.
- Nokelby K et al (2003) Managed care, the value you bring. *Nursing Management.* 25 (3) 44 - 46.

# Satisfaction of clients referring to emergency wards of a teaching hospital in Mashhad city

Saadati, Z.

## Abstract

**Background:** Patient satisfaction has an important role in healthcare process and certainly reflects the quality of care. Evaluation of patients' satisfaction helps discover problems and perform necessary measures to improve this quality.

**Purpose:** This cross-sectional descriptive study was conducted to determine satisfaction of patients referring to emergency wards of a teaching hospital in Mashhad city in 2005.

**Methods:** 732 clients in the emergency wards (cardiac, medical, surgical, neurological) were selected by stratified random sampling method. Data collection tool was a questionnaire in two parts: demographic information and satisfaction questions. Validity of the tool was determined by content validity and reliability was assessed by alpha Cronbach coefficient. Clients completed the questionnaire on discharge.

**Results:** Finding showed that the highest percentage of satisfaction (84.2%) was related to nursing care particularly therapeutic nursing skills. Satisfaction with medical management and physical environment were 68.8% and 34.1% respectively. 66.6% of the subjects was satisfied with equipment and 77.8% with clothing and laundry. Only 55% was satisfied with expenses and 46.4% with security. In general, satisfaction rate was 61.7%.

**Conclusion:** According to the results, it seems that patients' satisfaction in emergency wards is lower than the standard level, which warrants better planning for these wards.

**Key words:** Patient satisfaction, Emergency wards.

# بررسی رابطه درد ناشی از خونگیری با ضربان قلب در نوزادان بستری در بیمارستان فاطمیه همدان سال ۱۳۸۲

صدیقه فاطمیان<sup>۱</sup>

ناهید ممدوح<sup>۲</sup>

کاملیا روحانی<sup>۳</sup>

دکتر اکبرزاده<sup>۴</sup>

دکتر طاهره اشک تراب<sup>۵</sup>

## چکیده

**مقدمه:** درد یک تجربه مخرب و آسیب رسان است و در خاطر نوزادی که درد را تجربه کرده باقی می ماند. یکی از شایع ترین عوامل ایجادکننده درد، روشهای تشخیصی و درمانی می باشد.

**هدف:** هدف از این پژوهش بررسی رابطه درد ناشی از خونگیری بر تعداد ضربان قلب نوزادان بستری در بیمارستان فاطمیه همدان می باشد.

**مواد و روشها:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی - همبستگی است که نمونه ها شامل ۴۰ نوزاد بستری در بخش نوزادان بیمارستان فاطمیه همدان بودند. نمونه ها به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل چهار بخش بود: بخش اول، اطلاعات دموگرافیک که با استفاده از پرونده و اطلاعات مادر تکمیل شد. بخش دوم، چک لیست ارزیابی تغییرات فیزیولوژیک ناشی از درد که به روش مشاهده تغییرات تعداد ضربانات بر روی صفحه مانیتور بررسی شد. بخش سوم حساسگر انتقال ضربانات نبض به دستگاه مانیتور بود که به مچ پای نوزاد بسته می شد و بخش چهارم دستگاه مانیتور برای تعیین تعداد ضربانات قلب نوزادان بود. جهت تعیین اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوی و جهت پایایی ابزار مشاهده از روش مشاهده همزمان دو مشاهده گر استفاده شد و ضریب همبستگی  $r = 0/92$  بدست آمد. همچنین از ضریب آلفا کرونباخ نیز که یکی از روشهای تعیین پایایی آزمون می باشد استفاده شد که معادل  $r = 0/78$  بود. پس از جمع آوری داده، اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** یافته ها نشان داد، درد باعث افزایش تعداد ضربان قلب نوزادان شده است ( $P < 0/0001$ ).

۱- کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳- کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشجوی دکتری پرستاری و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۴- دکترای آمار زیستی، عضو هیأت علمی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۵- دکترای آموزش پرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به اینکه افزایش تعداد ضربان قلب بدنبال درد، یکی از علائم تنش زا می باشد و بروز تنش نیز برای نوزادان خطرناک است، لذا تسکین درد در نوزادان حیاتی می باشد.

**کلید واژه ها:** نوزادان، درد، تعداد ضربان قلب

دریافت مقاله: ۸۴/۹/۱۰      تایید مقاله: ۸۵/۴/۱۵

## مقدمه

درد بعنوان یک عامل اخطاردهنده در جهت حفظ بقاء فرد عمل می کند. حس درد باعث می شود تا یک موجود زنده از صدمه بافتی قریب الوقوع اطلاع یابد (وصال و فربود ۱۳۷۶). درد باعث بروز تغییرات فیزیولوژیک (تعریق، برافروختگی صورت، افزایش ضربان قلب، تنفس، فشارخون، کاهش میزان اکسیژن بافتی و تغییر در حرکات دستگاه گوارش) و تغییرات رفتاری (تغییرات چهره، حرکات بدنی و نوع گریه) می شود (نواک و بروم<sup>۱</sup> ۱۹۹۹). سامی (۱۳۷۹) اشاره نمود که در نوزادان نارس درد بیشتر سبب بروز علائم فیزیولوژیک بخصوص افزایش ضربان قلب، تنفس و فشارخون می شود.

شایعترین دردی که توسط کودکان تجربه می شود، درد ناشی از انجام روشهای تشخیصی می باشد (آکادمی کودکان آمریکا<sup>۲</sup> ۲۰۰۱). در این میان خونگیری بعنوان یک عامل تنش زا برای کودکان و نوزادان شناخته شده است (کوتی و همکاران<sup>۳</sup> ۱۹۹۷).

در گذشته این نظریه وجود داشت که نوزادان درد را حس نمی کنند. در حالی که طبق پژوهشها، پاسخ های فیزیولوژیک در برابر محرکات تنش زا در نوزادان دیده شده است (جانستون<sup>۴</sup> ۱۹۹۸). به اعتقاد وانگ و

همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) شواهدی از افزایش حساسیت در خونگیری متعدد از پاشنه پای نوزاد نارس گزارش شده است. که در صورت ایجاد بیحسی این حساسیت از بین می رود.

بهرمن و همکاران<sup>۶</sup> (۲۰۰۴) بیان کرده اند، در صورتیکه درد نوزادان نارس کنترل نشود، تأخیر در بهبودی، اسیدوز متابولیک و افزایش فشارخون ایجاد می شود.

پژوهشها نشان داده است که نوزادان در مقایسه با بزرگسالان نسبت به درد حساسترند. بنابراین، درمان درد خصوصاً در هنگام روشهای دردناک مهم و حیاتی است (گرین برگ<sup>۷</sup> ۲۰۰۲). لذا بدلیل اینکه پاسخ های فیزیولوژیک به درد می تواند تهدیدکننده زندگی کودک باشد و باعث افزایش بار سیستم قلب و عروق و نیز افزایش سوخت و ساز بدن گردد، تحقیق حاضر با هدف تعیین رابطه درد ناشی از خونگیری با ضربان قلب نوزادان بستری در بیمارستان فاطمیه همدان سال ۱۳۸۳ انجام گردید.

## مروری بر مطالعات

چراغی و شمسایی در سال (۱۳۸۱) مطالعه ای تحت عنوان «بررسی نشانه های درد در نوزادان بستری در بخش های بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی همدان» انجام دادند، هدف از این مطالعه تعیین نشانه های رفتاری و

<sup>5</sup> - Wong et al

<sup>6</sup> - Behrman et al

<sup>7</sup> - Greenberg

<sup>1</sup> - Novak & Broom

<sup>2</sup> - American Pain Society

<sup>3</sup> - Caty et al

<sup>4</sup> - Johnston

فیزیولوژیکی درد در نوزادان بستری در بخش های نوزادان بود. نمونه ها ۱۵۰ نوزاد بودند که توسط دو مشاهده گر، از نظر نشانه های درد در طول انجام روشهای دردناک از جمله خونگیری، تزریق عضلانی، گذاردن سوند معده و بزل مایع کمری مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده ها، چک لیست بود که براساس تئوری سیناکتیوتکاملی آلس<sup>۱</sup> و ابزار بررسی درد نوزاد ساخته لاورنس<sup>۲</sup> تدوین شده بود. اعتبار محتوی ابزار براساس نظرات جمعی از اعضاء هیأت علمی تایید شده، و جهت تایید پایایی ابزار، از روش مشاهده همزمان دو مشاهده گر استفاده شد ( $T = 0/89$ ).

نتایج نشان داد که ۷۳/۳ درصد نمونه ها از بین نشانه های فیزیولوژیک، نشانه برافروختگی چهره را نشان دادند. لذا بیشترین نشانه فیزیولوژیک مشاهده شده در طول پروسیجرها، برافروختگی چهره بوده است. همچنین میانگین ضربان قلب در طول پروسیجرها نسبت به قبل از آن ( $P < 0/01$ ) و نیز میانگین تعداد تنفس در طول روش نسبت به قبل از آن ( $P < 0/25$ ) افزایش محسوس داشته است. در این پژوهش در مورد عوامل مداخله گر صحبتی نشده بود.

ون کلیو و همکاران<sup>۳</sup> در ۱۹۹۶ پژوهشی توصیفی تحت عنوان پاسخ های کودکان و شیرخواران بستری نسبت به درد ناشی از رگ گیری و خونگیری در کالیفرنیا جنوبی انجام دادند، هدف آنها توصیف تجربه درد در کودکان و شیرخواران بستری در پاسخ به رگ گیری و خونگیری بود، تعداد نمونه شامل ۹۰ کودک یک ماهه تا دوازده ساله بود، که در بخش اطفال بستری و رگ گیری و خونگیری، جزئی از برنامه درمانی آنها بود، و به چهار گروه (۱۲ - ۱ ماهه)،

(۳ - ۱ ساله)، (۶ - ۴ ساله) و (۱۲ - ۷ ساله) تقسیم شدند. اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، نژاد، تجربه قبلی و ... بود. که با استفاده از پرسشنامه، قبل از انجام تزریق جمع آوری شد. تغییرات فیزیولوژیک نیز شامل تعداد نبض، تنفس و فشارخون قبل از انجام تزریق و ۵ - ۳ دقیقه بعد از انجام تزریق اندازه گیری شد و اطلاعات ذهنی نیز با معیارهای خودگزارشی اوشر<sup>۴</sup>، معیار چهره ای ۹ تایی و معیار اندازه گیری در نوجوانان ۵ - ۳ دقیقه بعد از اتمام اقدامات جهت کودکان ۱۲ - ۴ ساله جمع آوری شد. و برای گردآوری اطلاعات مربوط به رفتارهای ناشی از درد کودکان از معیار چنوپس<sup>۵</sup>، حین اجرای اقدامات و ۵ - ۳ دقیقه بعد از اتمام اقدامات استفاده شد. نتایج نشان داد که در مورد پاسخ های فیزیولوژیک نسبت به درد در تمام گروههای سنی اختلاف معنی داری بین مقادیر قبل و بعد از تزریق بدست نیامد. و فقط در گروه سنی ۳ - ۱ سال، افزایش معنی داری در تعداد نبض بعد از انجام تکنیک مشاهده شد ( $P < 0/03$ ). در حالی که در تمام گروههای سنی پاسخ های رفتاری حین انجام اقدامات و ۵ - ۳ دقیقه بعد از انجام تزریق تفاوت معنی داری نشان داد ( $P < 0/05$ ).

در سال ۲۰۰۵ آندرا و همکاران<sup>۶</sup>، مطالعه ای با هدف تعیین ارتباط بین علائم فیزیولوژیک و رفتاری ناشی از درد در نوزادان انجام دادند. نمونه ها ۷۰ نوزاد سالم و رسیده بود و نشانه های رفتاری (تغییرات چهره، حرکات بدنی و نوع گریه) و فیزیولوژیک (افزایش ضربان قلب، تنفس، فشارخون و کاهش میزان اکسیژن بافتی)، قبل، حین و بعد از خونگیری بررسی شد. نتایج نشان داد که بین علائم رفتاری و فیزیولوژیک ارتباط معنی دار آماری وجود دارد. ( $P < 0/0001$ ) و تعداد ضربان قلب در حین انجام روشهای

4 - Oucher

5 - Children Hospital of Estern Ontario Pain Scale (CHOPS)

6 - Andrea et al

1 - Als Synactive Theory of Development

2 - Lawrens

3 - Vanclave et al

درمانی افزایش و میزان اکسیژن خون شریانی کاهش می یابد. پژوهشگران بر این ادعا بودند که برای تعیین میزان درد نوزادان بهتر است، از علائم فیزیولوژیک و رفتاری بطور همزمان استفاده شود.

## مواد و روشها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - همبستگی است، که به منظور تعیین رابطه درد با تعداد ضربان قلب نوزادان انجام شده. نمونه ها شامل ۴۰ نوزاد بستری در بخش نوزادان بیمارستان فاطمیه همدان بود و روش کار چنین بود که پژوهشگر و همکار او در ساعت ۱۱ - ۹ صبح (بدلیل متغیر بودن علائم فیزیولوژیک در ساعات مختلف روز، این ساعت برای همه نمونه ها ثابت بود) با مراجعه مستقیم به محیط پژوهش و ارائه توضیحات به مادر و کسب رضایت وی با استفاده از چک لیست، که براساس اهداف پژوهش تدوین شده بود به جمع آوری اطلاعات پرداخته است. اطلاعات حین خونگیری از نوزادان جمع آوری شد. خونگیری توسط فردی باتجربه و سابقه ۱۰ سال کار در بخش آی سی یو نوزادان انجام شد و برای کلیه نمونه ها فردی ثابت بود. نمونه خون به طور مستقیم از شریان میچ دست و بوسیله اسکالپ وین شماره بیست و دو (آبی رنگ)، شرکت سوپا انجام شد. مقدار خون گرفته شده ۱/۵ CC بود و نوزادان مشخصات ذیل را دارا بودند:

۱ - نوزادان در دامنه سنی ۴۲ - ۳۸ هفته و وزن ۴۰۰۰ - ۲۵۰۰ گرم قرار داشتند.

۲ - نیازهای فیزیولوژیک آنها از قبیل خشک بودن پوشک و گرسنه نبودن، برطرف شده بود.

۳ - داروی ضد تشنج با ضد درد دریافت نکرده بودند.

۴ - مادر در زمان بارداری و زایمان، داروی مخدر استفاده نکرده بود.

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش مشتمل بر چهار بخش بود:

۱ - برگه مشخصات دموگرافیک (سن جنینی، سن نوزاد، جنس، رتبه تولد، مدت بستری، شغل و تحصیلات مادر، نوع زایمان و دفعات خونگیری) که منبع اطلاعات پرونده و مصاحبه با مادر نوزاد بود.

۲ - چک لیست مشاهده ارزیابی تغییرات فیزیولوژیک (ضربان قلب) ناشی از درد (فرم تعدیل و ترجمه شده بررسی درد نوزادان ساخته گیونیزبل<sup>۱</sup>) (۱۹۹۳) که در صورت افزایش ضربان قلب در دقیقه بیش از بیست درصد، امتیاز (۱) و افزایش ضربان قلب در دقیقه بین ده تا بیست درصد، امتیاز (۰/۵) و در صورتیکه ضربان قلب در دقیقه ثابت و برای نوزاد در محدوده طبیعی باشد، امتیاز (صفر) می گیرد.

۳ - حساسگر انتقال ضربان نبض به دستگاه مانیتور که به میچ پای نوزاد بسته می شد.

۴ - دستگاه مانیتور کالیبره شده جهت سنجش تعداد ضربان قلب بود.

جهت تعیین اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوی و جهت پایایی ابزار مشاهده از روش مشاهده همزمان دو مشاهده گر استفاده شد و ضریب همبستگی  $r = 0.92$  بدست آمد. همچنین از ضریب آلفا کرونباخ نیز که یکی از روشهای تعیین پایایی آزمون می باشد استفاده شد که معادل  $r = 0.78$  بود. پس از جمع آوری داده، اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نمونه گیری بصورت غیر تصادفی و از طریق نمونه های در دسترس انجام شد. در این پژوهش، پژوهشگر در ساعت ۱۱ - ۹ صبح (به دلیل متغیر بودن علائم فیزیولوژیک در ساعات مختلف روز) با مراجعه مستقیم به

<sup>1</sup> - Givens Bell

محیط پژوهش به بررسی اطلاعات پرداخته است. به این ترتیب که یکبار قبل از خونگیری و سپس یکبار بعد از آن تعداد ضربان قلب را بررسی می نمود. برای بررسی تعداد ضربان قلب از یک حساسگر که به میچ پای نوزاد بسته می شد، استفاده گردید. محل انجام پژوهش، اتاق دارای مانیتور که دمای بین ۲۴ - ۲۳ درجه سانتیگراد داشت، بود. یافته های این پژوهش از طریق تجزیه و تحلیل داده ها و با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل شد.

## یافته ها

مشخصات دموگرافی نوزادان مورد بررسی در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. جدول شماره (۲) تغییرات ضربان قلب رادر جریان خونگیری نشان می دهد، برای بررسی رابطه ضربان قلب و درد، از آزمون آماری ویلکاکسون استفاده شد. با توجه به  $P = /0.001$ ، می توان نتیجه گیری کرد که درد باعث افزایش ضربان قلب در نوزادان می گردد.

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات

### دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

مشخصات فردی		تعداد	درصد
جنس	دختر	۲۲	۵۵
	پسر	۱۸	۴۵
وزن هنگام تولد	۲۵۰۰ - ۳۰۰۰	۱۹	۴۷/۵
	۳۰۰۰ - ۳۵۰۰	۱۳	۳۲/۵
نوع تولد	طبیعی	۱۹	۴۷/۵
	سزارین	۲۱	۵۲/۵
سن جنینی	۳۸ هفته	۱۵	۳۷/۵
	۳۹ هفته	۹	۲۲/۵
	< ۴۰ هفته	۱۶	۴۰
جمع کل		۴۰	۱۰۰

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی تغییرات

### ضربان قلب واحدهای مورد پژوهش حین خونگیری

تغییرات ضربان قلب	تعداد	درصد
بدون تغییر	۱۳	۳۲/۵
افزایش کمتر از ۲۰ درصد	۱۹	۴۷/۵
افزایش بیشتر از ۲۰ درصد	۸	۲۰

## بحث و نتیجه گیری

براساس یافته های این پژوهش، درد یکی از مشکلات است که افراد با آن روبرو هستند و نوزادان به دلیل شرایط خاص فیزیولوژیک نسبت به آن حساستر می باشند و با تغییرات علائم فیزیولوژیک، تظاهرات نشان می دهند. یکی از رایج ترین علل درد در نوزادان بستری، خونگیری می باشند، و با توجه به اثرات سوء درد بر علائم فیزیولوژیک، بویژه ضربان قلب (درد باعث افزایش ضربان قلب در نوزادان می گردد)، تسکین درد یک ضرورت اجتناب ناپذیر محسوب می شود.

گری و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) در مطالعه خود معتقد بودند که درد ناشی از سوزن زدن به پاشنه پا نوزاد به طور طبیعی باعث افزایش ناگهانی ضربان قلب می گردد. وانگ و همکاران (۲۰۰۳) از جمله عوارض ناشی از درد را تغییرات فیزیولوژیک می دانند و معتقدند که: پاسخ های هورمونی، متابولیکی به درد نوزادان در مقایسه با بزرگسالان اهمیت بیشتری دارد. و پیشگیری از عوارض ناشی از درد در آنان حاضر اهمیت بوده و توجه سریع و به موقع به درد، علاوه بر اینکه باعث آرامش در نوزادان می شود، عملکرد فیزیولوژیک را نیز تثبیت می کند (مرتضوی و طباطبایی، ۱۳۸۲).

<sup>1</sup> - Gray et al

گرجی (۱۳۸۱) بیان می دارد که هیچ نوزادی در بخش نوزادان نباید از ناراحتی یا درد گریه کند و برخورد موثر با درد در نوزادان کمک می کند که نوزاد به شکل صحیح رفتار کند و سبب پیشرفت و تکامل بهتر رفتارهای نورولوژیک طبیعی در نوزاد در پاسخ به برآورده شدن نیازهایش می گردد. بنابراین پرستاران شاغل در بخشهای

نوزادان بهنگام مراقبت باید فرصتی را جهت ایجاد آرامش و تسکین درد فراهم آورند.

### تشکر و قدردانی

از کارکنان و مسئولین بیمارستان فاطمیه همدان و کلیه کسانی که ما را در این پژوهش یاری نمودند، قدردانی و تشکر می شود.

### منابع

- اسملتزر س ب و بیر (۱۳۷۹) *درسنامه پرستاری داخلی-جراحی*. برونر، سودارث. ترجمه: سامی پ. تهران، انتشارات بشری.
- چراغی ف، شمسایی ف (۱۳۸۱) بررسی نشانه های درد در نوزادان بستری در بخش نوزادان بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی همدان. *مجله علمی، پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. سال دوازدهم. شماره ۳۷. ص ۶۱ - ۵۵.
- گرجی الف (۱۳۸۱) *پرستاری نوزادان*. چاپ اول، تهران، موسسه انتشاراتی نور دانش.
- مرتضوی ح، طباطبایی چهارم (۱۳۸۲) *درسنامه پرستاری کودکان (کودک بیمار)*، چاپ اول، تهران، نشر سالمی.
- وصال ن، فربودع (۱۳۷۶) درد، فیزیولوژی درد، واکنش در برابر درد، پاسخ به دارونما، *مجله آنستزیولوژی و مراقبتهای ویژه*. سال هفدهم، (شماره چهارم)، ص ۱۴-۵.
- American Academy of Pediatrics, American Pain Society (2001), Prevention and management of pain and stress in neonate. *Pediatrics*, 105 (2) 254 – 460.
- Anderea L et al (2005) Validity and physiologic parameters for acute pain assessment of term newborn infant, *Sao Paulo Medical Journal*. 117 (2) 110 – 122.
- Behrman R.S et al (2004) *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17<sup>th</sup> ed, Philadelphia, WB.Saunders Co.
- Caty S.Ellerton ML., and Ritchie JA (1997) Use of a projective technique to assess young children's, appraisal and coping responses to a venipuncture. *J Soc Pediatr Nurs*. 2(2) 83 - 92.
- Gray L et al (2000) Skin to skin contact is analgesic in healthy newborn, *Pediatrics*, 105 (1); 105 – 110.
- Greenberg C S (2002) A sugar-coated pacifier reduces procedural pain in newborns, *Pediatric Nursing*, 22 (3); 271 - 277.

- Givens Bell S (1993) Neonatal pain assessment scale *Dispatches Neonatal Pain*, 2(12) 892 – 893.
- Johnston P G B (1998) *The Newborn Child*, 8<sup>th</sup> Edition, New York, Churcill Livingston Co.
- Novak J.C., Broom B.I.,(1999) *Maternal and Child Health Nursing*, 9<sup>th</sup> ed, Philadelphia, Mosby Co.
- Vancleve L et al (1996) Pain responses of hospitalized infant and children to venipuncture and intravenous cannulation, *Journal of Pediatric Nursing*, 11(3) 161-168.
- Wong D I et al (2003) *Nursing Care of Infant and Children*, 7<sup>th</sup> ed, Oklahoma, W.B.Saunders Co.

# Relation between blood sampling pain and heart rate of newborns at Fatemieh Hospital in Hamedan

*Fatemian, S.*

*Mamdooh, N.*

*Rohany, K.*

*Akbar Zadeh, Dr.*

*Ashktorab, T., Dr.*

## **Abstract**

**Background:** Pain is a devastating experience for anybody particularly newborns. Diagnostic and medical procedures are one of the most common sources of pain at health settings.

**Purpose:** This correlational-descriptive study was conducted to determine the relation between heart rate and blood sampling pain in hospitalized newborns at Fatemieh Hospital in Hamedan, 2005.

**Methods:** 40 newborns were chosen by convenience sampling method. Data collection tools included a demographic questionnaire, a checklist for assessing pulse rate, a pulse rate sensor fastened on the ankle of the newborns and a monitor to observe measurements. Content validity and interrater reliability methods were used to validate the tools and make them reliable. Data were analyzed by different statistical methods.

**Findings:** Findings showed that the heart rate increased in most newborn (47.5%) during blood sampling by 10 – 20%.

**Conclusion:** As increased heart rate resulted from pain is one of the signs of distress which threatens the condition of newborns, nurses should be alert in alleviating and controlling this pain.

**Key Words:** Newborns, Pain, Blood sampling, Heart rate.

# چالش‌ها در تعیین شاخص‌های کیفی در پرستاری

منصوره زاغری تفرشی<sup>۱</sup>

دکتر مهنوش بازارگادی<sup>۲</sup>

## چکیده

**مقدمه:** پرستاران در نظام مراقبت سلامتی، بزرگترین گروه را تشکیل می‌دهند و بسیاری از برآیندهای مراقبتی نتیجه فعالیتهای آنان است و اطمینان از کیفیت خدمات ارائه شده توسط این گروه مورد توجه مسئولین نظام سلامت است. گرچه تلاشهای بسیاری به منظور تعیین شاخص‌های عملکردی برای اطمینان از کیفیت مراقبتهای پرستاری انجام گرفته، اما هنوز این مسئله با چالش‌های زیادی مواجه است. تنوع در تعاریف، راههای تعیین و طبقه بندی شاخص‌ها موجب شده تا توافق و اجماع کلی در تعیین شاخص‌های مراقبتهای پرستاری وجود نداشته باشد.

**مواد و روشها:** این مقاله ضمن مرور مطالعات و پژوهشهای انجام شده در مورد شاخص‌های کیفیت سلامت که بیشترین و مستقیم‌ترین ارتباط را با مراقبت‌های پرستاری دارند، به بحث در مورد چالشهایی که در این حیطه وجود دارد پرداخته و راهکارهایی را برای تعیین این شاخص‌ها در کشور پیشنهاد می‌نماید.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به تنوع بسیاری که در تعاریف، طبقه بندی و تعیین شاخص‌های کیفیت مراقبت پرستاری وجود دارد، نویسندگان این مقاله معتقدند انجام پژوهشهای وسیع در مورد شاخص‌های کیفیت مراقبت پرستاری مبتنی بر وضعیت نظام سلامت کشور با همکاری صاحبان نظران و پرستاران بالین ضروری است، زیرا با استفاده از این شاخص‌ها و تعیین استانداردهای مراقبتی مبتنی بر آنها، می‌توان گامی اساسی برای اطمینان از کیفیت خدمات پرستاری برداشت.

**واژه‌های کلیدی:** نظام مراقبت سلامتی، مراقبت پرستاری، کیفیت مراقبت، شاخص‌های کیفی

تایید مقاله: تیر ۸۴

دریافت مقاله: ۸۵/۱/۲۰

<sup>۱</sup> - دانشجوی دکترای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۲</sup> - دکترای مدیریت آموزش دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## مقدمه

پرستاری هنر یاری رساندن به افراد برای دستیابی به نیازهای خاص آنها در موقعیتهای خاص است (مک کان و همکاران<sup>۱</sup> ۲۰۰۳). از آنجا که پرستاری بزرگترین گروه مراقبتهای سلامتی است و بیماران نسبت به سایر کارکنان مراقبتی تماس بیشتری با پرستاران دارند، لذا اندازه گیری کیفیت مراقبتهای پرستاری و تأثیر آن بر نظام سلامتی مورد توجه مسئولین، صاحبان نظران و مدیران نظام سلامتی است. چالش های موجود در مورد کمبود تعداد پرستاران، تعدد و تنوع رده های پرستاری، افزایش خطاهای مراقبتی و افزایش هزینه ها سوالات مهمی را در مورد آینده نظام مراقبتهای سلامتی برانگیخته است (کاناویکتیکول و همکاران<sup>۲</sup> ۲۰۰۱). مطالعات نشان داده اند که کیفیت مراقبتهای پرستاری در پیشگیری از مرگ و میرهای غیر ضروری مهم است (چانگ و همکاران<sup>۳</sup> ۲۰۰۲) و نظام مراقبت سلامتی و خصوصاً پرستاری باید در موقعیتی قرار گیرد که از کیفیت بالای مراقبت اطمینان حاصل کند، بنابراین لازم است به سوالات زیر پاسخ داد:

۱ - معنای کیفیت در نظام سلامت چیست؟

۲ - کیفیت مراقبتهای پرستاری را چگونه می توان سنجید؟

۳ - شاخص های سنجش کیفیت مراقبتهای پرستاری کدامند؟

۴ - چه کسانی می توانند شاخص های کیفیت را در خدمات پرستاری تعیین نمایند؟

۵ - معیارهای در تعیین شاخص های مراقبتهای پرستاری کدامند؟

این مقاله درصدد است با توجه به پژوهشهای انجام شده در این رابطه، شاخص های مهم پرستاری را مطرح و چالش های موجود در تعیین این شاخص ها را مورد بحث و بررسی قرار دهد.

## کیفیت در پرستاری:

کیفیت را متناسب بودن با اهداف و یا دستیابی به استانداردها تعریف می کنند (پوند<sup>۴</sup> ۲۰۰۲) و نه تنها یک متغیر مجزا نیست، بلکه ساختار پیچیده ای از ارزشها، عقاید و نگرشهای افرادی است که در نظام مراقبتهای سلامتی در تعامل با یکدیگر می باشند (گانتز و الیگود<sup>۵</sup> ۲۰۰۲).

امروزه از دیدگاه پرستاری کیفیت دیگر حداقل استانداردها نیست، بلکه دستیابی به انتظارات مددجویان در ارائه خدمات اثربخش، کافی و قابل ارائه توسط مراکز سلامتی می باشد، بطوریکه تأکید گسترده جهانی بر اندازه گیری و ارزشیابی کیفیت مراقبت سلامتی وجود دارد. این تقاضا چالش های بسیاری را برای کسانی که بدنبال شناسایی معیارهای کیفی مفید و معنادار هستند، بوجود آورده است. در واقع فراهم نمودن مراقبت های سلامتی مبتنی بر برآیندها و هزینه- اثربخش دیگر یک هدف نیست بلکه یک الزام است (گالاجر و راول<sup>۶</sup> ۲۰۰۳).

<sup>4</sup> - Pond

<sup>5</sup> - Gunther & Alligood

<sup>6</sup> - Gallagher & Rowell

<sup>1</sup> - Mc Cann et al

<sup>2</sup> - Kunaviktikul et al

<sup>3</sup> - Chang et al

## شاخص های مراقبت پرستاری:

پژوهشهای بیشتری در زمینه برآیند مراقبت از بیمار و شاخص های کیفی تأکید می نماید (کاناویکتیکول و همکاران، ۲۰۰۱) اما از سوی دیگر، رهبران پرستاری به منظور ایجاد یک الگوی کیفی معنا دار، قابل درک و کنترل، شاخص ها را به دو دسته عمده تقسیم نموده اند: شاخص های عمومی<sup>۹</sup> (همگانی) و شاخص های تخصصی<sup>۱۰</sup> (ویژه). شاخص های عمومی در واقع همان شاخص هایی است که انجمن پرستاران امریکا معین نموده است اما شاخص های ویژه معمولاً برای بخش های خاص مورد استفاده قرار می گیرند (گران و همکاران<sup>۱۱</sup> ۲۰۰۴). اُورتویت<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۱) نیز می نویسد شاخص ها را بر اساس سه سطح طبقه بندی نمود:

۱ - شاخص های درونداد/ ساختار؛ شاخص های فرآیند و شاخص های برآیند. بطور کلی ابتدا شاخص های برآیند، سپس فرآیند و پس از آن ساختار ارتباط مستقیم تری با کیفیت دارند.

۲ - براساس سطح مراقبت؛ و

۳- براساس موضوع شاخص.

از طرف دیگر در بعضی مطالعات شاخص ها به دو دسته عمده «مبتنی بر حادثه خاص<sup>۱۳</sup>»، و «مبتنی بر میزان وقوع»<sup>۱۴</sup> تقسیم شده اند. شاخص های مبتنی بر حادثه خاص، اندازه گیری اتفاقات نامطلوب و قابل اجتناب است که بندرت رخ می دهند و ماهیتاً نامطلوب می باشند مانند

گرچه تعاریف بسیاری از شاخص ارائه شده است ولی بطور کلی می توان گفت "شاخصها، معیارهایی هستند که خصوصیات کیفی را در قالب کمیتهای بیان کرده و آنها را قابل بررسی و ارزشیابی می کنند" (پازارگادی ۱۳۷۸). برای تعیین شاخص ها از رویکردهای مختلفی استفاده می شود بطوریکه در بعضی مطالعات، این رویکردها در چهار گروه بر اساس «تشخیص های پزشکی، تشخیص های پرستاری و مراقبتی، شرایط و محیط بالینی، و مراقبت های کلی» طبقه بندی شده است که برای تعیین محتوای هر یک از این شاخص ها می توان به نظریه ها، پژوهشها، مددجویان و کارکنان سلامتی مراجعه نمود (ایدوال و همکاران<sup>۱</sup> ۱۹۹۷). دونابدین<sup>۲</sup> در سال ۱۹۶۶ در مدل پنداشتی خود برای کیفیت مراقبت سلامت، شاخص ها در سه گروه ساختار<sup>۳</sup>، فرآیند<sup>۴</sup> و برآیند<sup>۵</sup> طبقه بندی نمود (هال<sup>۶</sup> ۲۰۰۵). انجمن پرستاران امریکا<sup>۷</sup> نیز پیشنهاد کرده است که ارزیابی کیفیت مراقبت ها بر اساس تعیین معیارها و شاخص های عملکردی در ابعاد درونداد، فرآیند، و برآیند نظام مراقبت سلامتی انجام گردد. این انجمن در طی یک برنامه وسیع، ده شاخص را برای مراقبتهای پرستاری در بخش های حاد در سه گروه مذکور (جدول شماره ۱) ارائه نمود (گالاجر و راول، ۲۰۰۳، بروتن و همکاران<sup>۸</sup> ۲۰۰۴). گرچه این انجمن بر ضرورت انجام

1 - Idvall et al

2 - Donabedian

3 - Structure Indicators

4 - Process Indicators

5 - Outcome Indicators

6 - Hall

7 - American Nurses Association (ANA)

8 - Brooten et al

9 - Universal Indicators

10 - Specialty Indicators

11 - Grant, et al.

12 - Øvretveit

13 - Sentinel Event

14 - Rate-Based Indicators

فوت بیمار ناشی از تجویز خون ناسازگار. برای این گونه شاخص ها آستانه خطایی وجود ندارد و سطح این آستانه باید صفر باشد. شاخص های مبتنی بر میزان وقوع، شامل اندازه گیری وقایعی هستند که میزان معینی از آن قابل قبول است، مانند تعداد بیمارانی که دچار فلجیت محل تزریق وریدی شده اند. معمولاً آستانه خطا در این شاخص ها تعیین می گردد (ایدوال و همکاران، ۱۹۹۷).

هدف عمده تعیین شاخص ها- به هر طریق که طبقه بندی و شناسایی شوند- دستیابی به نظام ارزشیابی مناسبی است که بتواند کیفیت مراقبتهای پرستاری را اندازه گیری نماید (بروتن و همکاران، ۲۰۰۴). حال باید دید چه چالشهایی در راه تعیین این شاخص ها وجود دارد و در نهایت بهترین راه برای تعیین شاخص های کیفیت مراقبت پرستاری با توجه به نظام سلامت کشور چه می تواند باشد.

## چالش ها در تعیین شاخص های کیفیت پرستاری:

همانگونه که گفته شد گرچه راههای مختلفی برای تعیین و دسته بندی شاخص های مراقبت پرستاری وجود دارد اما چالشهایی نیز در رسیدن به اتفاق نظر بین صاحب نظران وجود دارد که در این بخش بطور مختصر به آن می پردازیم.

۱ - نقش گروههای ذینفع<sup>۱</sup>: مطالعات نشان می دهند که برای تعیین شاخص های مراقبتهای سلامتی، توجه به معیارها و مولفه های جهانی گرچه مناسب است اما کافی

نیست. بدیهی است هر گونه تلاش برای تعریف کیفیت باید با شناسایی دیدگاههای مختلف گروههای ذینفع در مراقبت سلامتی صورت گیرد که شامل بیماران، ارائه دهندگان مراقبت، پرداخت کنندگان هزینه ها و جامعه است (هویکی و آل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). البته مرز مشخصی بین این رویکردها وجود ندارد بعضی صاحب نظران معتقدند برای تعیین شاخص ها باید نظرات بیماران و خانواده ها در اولویت باشد، چرا که ممکن است پرستاران شاخص ها را بر اساس ارزش های مورد نظر خود تعیین کنند نه نیاز واقعی بیماران (کاناویکتیکول، ۲۰۰۱). بر این اساس بنظر می رسد یکی از مسائل مهم در تعیین شاخص ها توجه به گروههای ذینفع و انتظارات آنها از مراقبت های ارائه شده می باشد.

## ۲- برایندهای خاص پرستاری: افزایش سطح

خدمات فوریتی، حجم کاری زیاد و کمبود تعداد پرستاران، تأثیر بسزایی بر کیفیت مراقبتهای پرستاری گذاشته است. اندازه گیری جنبه های مراقبت پرستاری با کیفیت مناسب، درگرو شناسایی شاخص های عملکردی کلیدی و نیز تعیین برایندهایی است که بطور مستقیم یا غیر مستقیم تحت تأثیر عملکرد پرستاری قرار دارند. اگرچه تلاشهای بسیاری به این منظور انجام گرفته است اما هنوز این مسئله با چالش های زیادی مواجه است، چرا که مراقبتهای پرستاری ماهیتاً مجزا از سایر اقدامات تیم درمان نیست و در بسیاری از موارد، نتایج یا برایندهای مراقبتهای ناشی از عوامل متعددی است که به کل تیم مراقبت و یا حتی به نظام مراقبت سلامتی مربوط می شود (لانگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳).

<sup>2</sup> - Huycke & All

<sup>3</sup> - Long

<sup>1</sup> - Stakeholders

### ۳- موارد استفاده از شاخص‌ها: برای انتخاب اینکه

کدام شاخصها را باید استفاده نمود، ابتدا باید به سوالات کلیدی نظیر اینکه چه کسانی از این داده‌ها استفاده می‌کنند و چه استفاده‌ای از آنها خواهد شد، پاسخ داد. در واقع شاخص‌ها ممکن است در جهت اهدافی چون پژوهش، بهبود بالینی، حمایت از نظام ارجاع، مدیریت منابع، و بالاخره اطلاعات و اعتماد سیاستگذاران و عموم مردم استفاده شوند (اُورتویت ۲۰۰۱). بازارگادی (۱۳۸۱) معتقد است «برای برداشتن گامهایی محکم و استوار در پرستاری، به برنامه‌هایی جهت ارزیابی، ارزشیابی و تضمین کیفیت نیاز می‌باشد. تحقق این امر از یکسو منوط به طراحی الگو و نظامی جامع جهت تعیین استانداردها و شاخص‌ها در ابعاد درون‌داد، فرآیند و برون‌داد نظام مراقبتی و از سوی دیگر وجود رهبران اثربخش در مراکز سلامتی است». در واقع اگر استفاده از شاخص‌ها و داده‌های حاصل از آنها در جهت ارزشیابی و تضمین کیفیت مراقبت‌های ارائه شده می‌باشد، لذا باید بر اساس اهداف مورد نظر، شاخص‌هایی را در نظر داشت که حساس در پرستاری بوده و تا جایی که ممکن است کیفیت مراقبت‌های پرستاری را مورد ارزیابی قرار دهد.

### ۴- چگونگی طبقه‌بندی شاخص‌ها: پژوهشگران از

دیدگاه‌های متفاوت شاخص‌ها را طبقه‌بندی می‌کنند (جدول شماره دو). بنظر می‌رسد علت آن تفاوت در دیدگاهها و برنامه‌های نظام مراقبت سلامتی باشد. این تفاوتها مشکلاتی را در تعیین «شاخص‌های حساس در پرستاری»<sup>۱</sup> یا بعبارت دیگر شاخص‌هایی که بیشترین و

مستقیم‌ترین ارتباط را با مراقبت‌های پرستاری دارند، ایجاد نموده است. بطوریکه بروتین و همکاران (۲۰۰۴) می‌نویسند «در واقع توافق و اجماع کلی در تعیین شاخص‌های مراقبت‌های پرستاری علی‌رغم توجه روز افزون به آن وجود ندارد و علت این مسئله تنوع در راه‌های تعیین شاخص‌ها می‌باشد». بدلیل همین تفاوتها، بعضی کشورها به تعیین این شاخص‌ها با توجه به شرایط خاص کشور خود پرداخته‌اند (کاناویکتیکول و همکاران ۲۰۰۱)

### راهکارها برای تعیین شاخص‌های کیفی

#### پرستاری:

در واقع رویکردها برای طراحی شاخص‌ها و کاربرد آنها، نیازمند تلاش فراوان در سطح محلی است (کازانجیان و همکاران<sup>۲</sup> ۲۰۰۳). به این معنا که هر کشور با توجه به نیازهای جامعه و توانمندیهای بالقوه و بالفعل خود، لازم است به تعیین شاخص‌های کیفی در این حیطه همت گمارد. حقیقت این است که بسیاری از مشکلات موجود در جامعه پرستاری کشور ما، علی‌رغم بعضی تشابهات، با کشورهای توسعه یافته و یا در حال توسعه دیگر متفاوت است. بطوریکه بازارگادی (۱۳۸۱) نیز می‌نویسد «در کشور ما خدمات پرستاری از ارزیابی کیفیت، ارزشیابی عملکرد و نهایتاً اثربخشی و کارآیی فاصله زیادی گرفته است». بنابراین گامهای زیر برای ارزشیابی کیفیت مراقبت پرستاری در کشورمان ضروری است:

۱- شناسایی نیازهای بیماران/مددجویان با رویکردی جامع

گرا<sup>۳</sup>

<sup>2</sup> - Kazandjian, et al

<sup>3</sup> - Holistic approach

<sup>1</sup> - Nursing Sensitive Quality Indicators (NSQI)

- ۲ - بررسی نیروی پرستاری از نظر تعداد، تنوع رده ها، سطح علمی و مهارتهای آنان
  - ۳ - تعیین شاخص های مراقبتی تحت تأثیر نظام ارائه مراقبت در کشور.
  - ۴ - تعیین شاخص های حساس پرستاری با انجام پژوهش های وسیع
  - ۵ - تهیه ابزار مناسب جهت ارزشیابی کیفیت مراقبتها از طریق بررسی و مقایسه شاخص ها
  - ۶ - ارزشیابی دوره ای و منظم کیفیت مراقبتهای پرستاری ارائه شده در مراکز سلامتی کشور
  - ۷ - به روز نمودن و بازنگری شاخص ها و ابزار مورد نظر با توجه به نتایج ارزشیابی های دوره ای و بازخوردهای آن.
- برای تحقق گامهای مذکور پیشنهاد می شود کمیته ای متشکل از صاحبان نظران و مدیران پرستاری، با توجه به نظام ارزشی جامعه و اهداف نظام سلامت کشور، تشکیل گردیده و برنامه ای منسجم در این خصوص تدوین گردد.

## نتیجه گیری

نظام سلامت با توجه به رسالت خود، زمانی می تواند پاسخگوی عملکرد کارکنان خود در برابر جامعه باشد که ابزاری مناسب برای تعیین و تضمین کیفیت خدمات ارائه شده، طراحی نماید. همانگونه که اشاره شد در تعیین شاخص های کیفیت مراقبت های پرستاری، بعنوان ابزاری برای ارزیابی کیفیت مراقبتهای ارائه شده، اجماع کلی وجود ندارد و عواملی چون نقش گروههای ذینفع، برایندهای خاص پرستاری، موارد استفاده از شاخص ها، و

روشهای طبقه بندی شاخص ها، در چگونگی تعیین آنها تأثیرگذار می باشند.

در کشور ما، اگرچه بعضی از محققان در جهت تبیین شاخص های کیفی در بخش سلامت تلاشهایی نموده اند، اما از آنجا که اغلب این تلاشها توسط افراد و یا صاحبان نظران غیر پرستاری در نظام مراقبت سلامت صورت گرفته، لذا در تعیین شاخصهای پرستاری عمدتاً بر شاخص های ساختار نظیر تعداد و ترکیب کارکنان تأکید شده و شاخص های فرآیند و برآیند مورد توجه کافی قرار نگرفته اند. بدیهی است تعیین شاخصهایی که با ویژگیها و اهداف نظام سلامت و پرستاری در کشور همخوانی داشته باشد ضروری است تا بتواند نظام ارزشیابی و تضمین کیفیت را در مراقبت های پرستاری منسجم و هدفمند نماید. در غیر اینصورت تلاشهای انجام شده برای اطمینان از کیفیت خدمات پرستاری عقیم خواهد ماند. نویسندگان این مقاله معتقدند در راستای سیاستهای توسعه کشور و با افزایش تعداد صاحبان نظران در حرفه پرستاری و نیز رشد فزاینده دانش آموختگان در مقاطع کارشناسی ارشد و دکتری پرستاری، زمان آن رسیده که کیفیت مراقبتهای پرستاری با تعیین مولفه ها و شاخص های عملکردی در تمام ابعاد و مبتنی بر شرایط کنونی مراکز سلامتی کشور مورد توجه جدی قرار گیرد.

جدول ۱- شاخص های تعیین شده پرستاری در بخشهای حاد توسط انجمن پرستاران امریکا ( گالاجر و راول، ۲۰۰۳ و بروتن و همکاران، ۲۰۰۴)

شاخص	زیر گروهها
ساختار	- نسبت تعداد پرستاران حرفه ای ، بهیاران، و کمک پرستاران (بدون احتساب پرستاران متخصص) - میزان کل ساعات مراقبت پرستاری به ازای هر بیمار
فرایند	- حفظ سلامت پوست بیمار - رضایتمندی پرستاران
برآیند	- میزان صدمه به بیمار (مانند سقوط از تخت) - میزان عفونتهای بیمارستانی - میزان رضایتمندی کلی بیماران - میزان رضایتمندی بیماران از مراقبتهای پرستاری - میزان رضایتمندی بیماران از مدیریت درد - میزان رضایتمندی بیماران از آموزش های دریافت شده

جدول شماره ۲- انواع شاخص های پرستاری ارائه شده در منابع مختلف

منابع	انواع شاخص های پرستاری
ایدوال و همکاران (۱۹۹۷) به نقل از کمیسیون اعتباربخشی مراکز مراقبت سلامتی <sup>۱</sup>	- شاخص های مبتنی بر حادثه خاص: مانند فوت بیمار ناشی از تجویز خون ناسازگار - شاخص های مبتنی بر میزان وقوع: مانند تعداد بیمارانی که دچار فلجیت محل تزریق وریدی شده اند
کاناویکتیکول و همکاران (۲۰۰۱)	- شاخص های ساختار: مدیریت، محیط، منابع، پرسنل - شاخص های فرآیند: عملکرد پرستاران، فعالیت پرستاران بر اساس استانداردها، مدیریت مراقبت از بیمار، رضایتمندی پرستاران - شاخص های برآیند: میزان وقوع عوارض، رضایتمندی مددجو، رضایتمندی مددجو از آموزش ارائه شده، زمان، رضایتمندی از مدیریت درد، رضایتمندی از مدیریت علائم و نشانه های بیماری
اُورتویت (۲۰۰۱)	- براساس شاخص های سه گانه: شاخص های درونداد/ ساختار: نسبت کارکنان به بیماران، صلاحیت و مهارت کارکنان؛ شاخص های فرایند: میزان خطاهای دارویی، زمانهای انتظار و شاخص های برآیند: میزان مرگ و میر، و کیفیت زندگی - بر اساس سطح مراقبت: شاخص های بیمارستانی (نظیر میزان عفونتهای بیمارستانی)، بخشی، گروهی، برنامه ای، گروه درمانی / بیماری، و یا شاخص های انفرادی برای بیمار - بر اساس موضوع شاخص: شکایت بیمار، خطای دارویی، زمان انتظار، میزان بستری های مجدد برنامه ریزی نشده و....

<sup>۱</sup> - JCAHO

منابع	انواع شاخص های پرستاری
ANA (گالاجر و راول، ۲۰۰۳ و بروتن و همکاران، ۲۰۰۴)	<p>- شاخص های ساختار: میزان کل ساعات مراقبت پرستاری به ازای هر بیمار، نسبت تعداد پرستاران دارای مجوز، بهیاران و پرسنل کمکی (بدون احتساب پرستاران متخصص)</p> <p>- شاخص های فرایند: میزان رضایتمندی پرستار از شغل خود، حفظ سلامت پوست بیمار</p> <p>- شاخص های برآیند: میزان وقوع صدمات به بیمار مانند سقوط از تخت، میزان وقوع عفونت های بیمارستانی، میزان رضایتمندی کلی بیمار از مراقبت های ارائه شده، میزان رضایت بیمار از مدیریت درد، میزان رضایت بیمار از آموزش ارائه شده، میزان رضایت بیمار از مراقبت های پرستاری</p>
گران و همکاران (۲۰۰۴)	<p>- شاخص های عمومی: شیوع زخم فشاری، سقوط بیمار از تخت، رضایتمندی بیمار، مدیریت درد، ساعات کار پرستاری به ازای روز بستری بیمار، رضایتمندی پرستار، تعداد پست های بلاتصدی</p> <p>- شاخص های تخصصی: میزان عفونت ناشی از ویروس خاص، ساعات استفاده از دستگاه تهویه مصنوعی، واکنش های ناشی از انتقال خون، عفونت های محل جراحی</p>
صدقیانی (۱۳۷۷)	<p>- کمیت مراقبتهای پرستاری: ساعات کار پرستاری به ازای هر بیمار در روز، ساعات مراقبت در بخش های ویژه، نسبت پرستاران حرفه ای به غیر حرفه ای، تعداد سوپروایزرها به پرستاران، متوسط هزینه های خدمات پرستاری به ازای هر روز بستری بیمار</p> <p>- کیفیت مراقبتهای پرستاری: نگرش حرفه ای پرستاران، چگونگی اقدامات پرستاری، گزارشات پرستاری، آسایش روانی بیمار، رفاه بیمار، کنترل شرایط بیمار</p>

## منابع

- بازارگادی، م (۱۳۷۸). *اعتبار بخشی در آموزش عالی*. چاپ اول، تهران، انتشارات صباح.
- بازارگادی، م (۱۳۸۱). تضمین کیفیت: تلاشی جهت افزایش اثربخشی خدمات پرستاری. *فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی. سال دوازدهم، شماره ۳۶*.
- صدقیانی، ا (۱۳۷۷). *سازمان و مدیریت بیمارستان*. جلد اول، انتشارات جهان رایانه، چاپ اول.
- Brooten, D. et al. (2004) Quality and the nursing workforce: APNs, patient outcomes and health care costs. *Nursing Outlook*, 52 (1): 45-52.
- Chang, B.L. et al (2002) Evaluating quality of nursing care: The gap between theory and practice. *Journal of Nursing Administration (JONA)*, 32 (7/8): 405-418.
- Gallagher, R. M. and Rowell, P.A. (2003) Claiming the future of nursing through nursing-sensitive quality indicators, *Nursing Administration Quarterly*, 27(4): 273

- Grant, S. M., Wild, L. and Vincent, J. (2004) Process and outcome measures using nursing sensitive indicators, *Nurse Leader*, 2 (2):46-49.
- Gunther, M. and Alligood, M. R. (2002) A discipline-specific determination of high quality nursing care, *Journal of Advanced Nursing*, 38 (4): 353-359.
- Hall, L. M. G. (2005) *Quality Work Environments for Nurses and Patient Safety*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Huycke, L. and All, A. C. (2000) Quality in health care and ethical principles, *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3): 562-571.
- Idvall, E et al (1997) Quality indicators in clinical nursing: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 25(1): 6-17.
- Kazandjian, V. A. et al. (2003) Are performance indicators generic? The international experience of the quality indicator project, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 9(2): 265-276.
- Kunaviktikul, W. et al. (2001) Development of quality of nursing care in Thailand, *Journal of Advanced Nursing*, 36 (6): 776-784.
- Long, L. E. (2003) Imbedding quality improvement into all aspects of nursing practice. *International Journal of Nursing Practice*, 9 (5), 280- 284.
- Mc Cann, J. A. S. et al. (2003) *Five Keys to Successful Nursing Management*, Lippincott Williams & Wilkins.
- Øvretveit, J. (2001) Quality evaluation and indicator comparison in health care, *International Journal of Health Planning and Management*. 16 (3), 229-241.
- Pond, W. K. (2002) Twenty- first century education and training, implications for quality assurance, *Internet and Higher Education*. 4 (3-4), 185-192.

# Challenges in identifying nursing quality indicators

Zagheri Tafreshi, M.

Pazargadi, M, Dr.

## **Abstract:**

**Introduction:** Nurses comprise the largest group of health professionals in the health delivery and in assisting patients to achieve desired health outcomes. Thus, the quality assurance of nursing care is considered as an increasing concern for stakeholders. Although many efforts have been made to determine quality indicators of nursing care, there are challenges for achieving a consensus.

**Methods:** This article reviews literature to discuss about these challenges and suggests some solutions for them.

**Results:** Findings showed that different definitions and categorizations exist in quality indicators of nursing care.

**Conclusion:** As there are many differences in defining and categorizing nursing quality indicators, the authors believe that it is necessary for nurse researchers and scholars to find sensitive nursing indicators according to the healthcare system of their own country.

**Key words:** Healthcare system, Quality of nursing care, Quality indicators, Nursing quality indicators.

# بررسی و نقد روانسنجی پرسشنامه ها در پژوهش های پرستاری

دکتر فریده یغمایی<sup>۱</sup>

## چکیده

**مقدمه:** بسیاری از مراقبت های پرستاری بر اساس نتایج مطالعات انجام شده، صورت می گیرد. پژوهش های پرستاری همانند سایر علوم، با روش ها و ابزار های متفاوت انجام می شود. هر یک از ابزار های پژوهش ویژگی خاص خود را دارا می باشند که پژوهشگران باید به آن توجه کنند. در این مقاله، روانسنجی پرسشنامه های چاپ شده در یکی از مجلات معتبر پرستاری مورد بررسی و نقد قرار می گیرد.

**هدف:** هدف این مطالعه بررسی و نقد روانسنجی پرسشنامه های طراحی شده در مقالات چاپ شده پرستاری می باشد.

**مواد و روشها:** در این مطالعه ۳۳۹ مقاله پرستاری سال ۲۰۰۱ یکی از مجلات علمی-پژوهشی پرستاری که در دسترس نویسنده بود، مورد بررسی قرار گرفت. در ابتدا تعداد کل مقالات تعیین و سپس مقالاتی که روانسنجی پرسشنامه را گزارش کرده بودند مورد بررسی و نقد قرار گرفت.

**یافته ها:** نتایج این مطالعه نشان داد که از ۳۳۹ مقاله، فقط ۱۲ مقاله مربوط به روانسنجی پرسشنامه ها بوده است. بررسی نحوه روانسنجی مقالات فوق نشان داد که پژوهشگران از اصول علمی و صحیح استفاده نکرده اند.

**بحث و نتیجه گیری:** روانسنجی پرسشنامه ها در پژوهش نیاز به توجه در بکارگیری روش علمی دارد. با افزایش تعداد پژوهشگران در این زمینه، استفاده از روش علمی و صحیح جهت روانسنجی پرسشنامه ها و اختصاص دادن فضای بیشتر در مجلات علمی-پژوهشی پرستاری جهت بهبود امر پژوهش پیشنهاد و تاکید می شود.

**واژه های کلیدی:** روانسنجی پرسشنامه ها، پژوهش های پرستاری، مقالات پرستاری.

تایید مقاله: ۸۵/۷/۵

دریافت مقاله: ۸۵/۱/۱۷

<sup>۱</sup> - دکترای تخصصی بهداشت عمومی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## مقدمه

پژوهش نقش بسیاری مهمی در افزایش مهارت پرستاران و در نهایت بهبود کیفیت خدمات به مددجویان دارد. به همین دلیل، بر اهمیت آن در دروس تئوری تاکید شده است. پژوهش روندی منظم دارد و جمع آوری اطلاعات قسمتی از روند پژوهش است که براساس اهداف، امکانات و ... طرح ریزی و اجرا می شود. در هر شرایط آنچه که در جمع آوری اطلاعات اهمیت دارد، انتخاب ابزار پژوهش می باشد. انتخاب ابزار صحیح و مناسب سبب اندازه گیری دقیق متغیرهای موردنظر می شود. از طرفی ابزار نامناسب سبب جمع آوری اطلاعات غیر مربوط و در نهایت تفسیر غیر علمی یافته های پژوهش می شود (نانالی و برنستین<sup>۱</sup> ۱۹۹۴).

## انتخاب پرسشنامه پژوهش

پژوهشگران به هنگام استفاده از پرسشنامه می بایست به سوالات زیر توجه و به آنها پاسخ دهند.

- پرسشنامه توسط چه کسی و در چه سالی ساخته شده است؟
- روند طراحی پرسشنامه چگونه بوده است؟
- آیا روش روانسنجی<sup>۲</sup> قابل قبول بوده است؟
- چه نوع اعتبار و پایایی برای پرسشنامه اندازه گیری شده است؟
- چرا این نوع اعتبار و پایایی اندازه گیری شده است؟
- چگونه اعتبار و پایایی اندازه گیری شده است؟
- آیا نحوه اندازه گیری اعتبار و پایایی و اعداد آن قابل قبول است؟

- پرسشنامه برای چه کسانی از افراد جامعه (جنس، سن، سطح سلامت و بیماری، تحصیلات و کشور محل زندگی و ...) کاربرد دارد؟

- تعداد سوالات و نحوه نمره دادن چگونه است؟

- چه تعداد پژوهش از این پرسشنامه استفاده کرده اند؟

- پرسشنامه دیگری که جهت تعیین انواع اعتبار و پایایی بکار رفته دارای چه ویژگی های است عبارت دیگر دارای چه مشخصات روانسنجی می باشد؟

- پرسشنامه چند بار، توسط چه کسی و یا چه کسانی و در چه زمان هایی باز نگری شده است؟

- نتایج بازنگری ها چگونه بوده است؟

- جهت دریافت اجازه استفاده و یا خرید پرسشنامه، چگونه می توان با پژوهشگر طراح تماس گرفت؟

کسب اجازه جهت بکار گیری پرسشنامه، از اصول مهم رعایت اخلاق در پژوهش است (فرومن و همکاران ۲۰۰۳).

پاسخ به سوالات فوق سبب می شود تا پژوهشگران اطلاعات کاملی را از پرسشنامه مورد استفاده داشته و گزارش کنند. پژوهش های زیادی گزارش و چاپ شده است که پژوهشگران توجه به اندازه گیری صحیح اعتبار و پایایی پرسشنامه نداشته اند (یغمایی ۱۳۷۹). گزارش های غیر علمی و ناقص در مورد پرسشنامه سبب می شود تا خواننده به یافته های پژوهش با دیده شک بنگرد.

نظرات درباره تعداد و نوع اعتبار و پایایی در پرسشنامه ها متفاوت است. بطور مثال نوربک<sup>۳</sup> (۱۹۸۵) می نویسد در طراحی یک ابزار پژوهش حداقل باید از اعتبار محتوا یا اعتبار صوری، یک نوع از اعتبار پیش بینی

<sup>1</sup> - Nunnally & Bernstein

<sup>2</sup> - Psychometric properties

<sup>3</sup> - Norbeck

کننده، اعتبار ساختاری، آزمون مجدد و ثبات درونی جهت آزمون آن بهره گرفت.

بکارگیری ابزار مناسب در پژوهش نشان دهنده اهمیت موضوع مورد بررسی می باشد. بنابراین، طراحی پرسشنامه باید با روانسنجی همراه باشد (نانالی و برنستین ۱۹۹۴).

پرسشنامه هایی نیز طراحی و روانسنجی شده است که بطور کامل اصول مورد نظر نوربک (۱۹۸۵) مد نظر بوده است. بطور مثال، پرسشنامه ایی جهت اندازه گیری تجربه ذهنی کامپیوتر کاربران کامپیوتر طراحی و روانسنجی شده است (یغمایی ۱۹۹۷)، که در اندازه گیری اعتبار و پایایی نکات علمی کاملاً بکار رفته است (جدول شماره ۱).

جهت اندازه گیری اعتبار محتوا، از اندکس اعتبار محتوا استفاده شده است و بر اساس اعداد بدست آمده از نظر خواهی ۱۰ نفر افراد متخصص در زمینه مورد نظر، اعتبار محتوا تایید گردید. اعتبار صوری نیز با توجه به نظرات و پیشنهادات افراد با تجربه در زمینه فوق انجام و اصلاحات ضروری صورت گرفت. اعتبار ساختاری براساس تحلیل عاملی و اعتبار همزمان با ابزاری معتبر و پایا اندازه گیری شده است (یغمایی و جایاسوریا<sup>۱</sup> ۱۹۹۷، یغمایی ۱۹۹۷).

بنابراین، پرسشنامه هایی که سطح قابل قبول اعتبار و پایایی را ندارند بایستی اصلاح شده و مجدداً آزمون شوند تا سطح قابل قبول را بدست آورند و بتوان در مقالات گزارش و چاپ شوند. به همین دلیل داشتن راهنما جهت مشخصات پرسشنامه های مورد استفاده در پژوهش ها و یا

چاپ مقالات در این زمینه، ضروری می باشد (دیگز ۲۰۰۳، یغمایی ۲۰۰۴).

هدف این مطالعه بررسی و نقد روانسنجی پرسشنامه های مقالات چاپ شده پرستاری می باشد.

## مواد و روشها

ابتدا تعداد مقالات چاپ شده در نشریه Journal of Advanced Nursing، مورد بررسی قرار گرفت. علت انتخاب این ژورنال کامل بودن تمام شماره های سال ۲۰۰۱، در دسترس بودن ژورنال و نیز معتبر بودن آن در پرستاری بود. تعداد مقالات در یکسال، ۳۳۹ عدد بود که از این میان ۱۲ مقاله مربوط به طراحی و روانسنجی پرسشنامه ها بود. سپس مقالات مورد نظر از لحاظ روانسنجی (نحوه چگونگی اندازه گیری اعتبار و پایایی) مورد بررسی و نقد قرار گرفت.

## یافته ها

جدول شماره (۲) بررسی و نقد ۱۲ مقاله مربوط به روانسنجی پرسشنامه ها را نشان می دهد. با مروری به روانسنجی پرسشنامه های فوق، می توان به این نتیجه رسید که در بسیاری از این پرسشنامه ها اصول صحیح و علمی بکار گرفته نشده است و اعتبار و پایایی پرسشنامه در سطح قابل قبول جهت چاپ و استفاده نمی باشند.

بطور مثال، اندازه گیری اعتبار محتوا در اکثر موارد بدون بکارگیری اصول صحیح و علمی بوده و فقط ۲ مقاله از ۱۲ مقاله، از اندکس اعتبار محتوا استفاده کرده بودند که هر دو مقاله از دو شیوه متفاوت در این رابطه بهره گرفته بودند. در یک مقاله اعتبار محتوای عبارات فقط در رابطه با

<sup>1</sup> - Yaghmaie & Jayasuria

"مربوط بودن" و در مقاله دیگر میزان "پراکندگی" عبارات در قسمت های مختلف ابزار مورد بررسی قرار گرفته است. بعلاوه، تعداد افراد متخصص جهت تعیین اعتبار محتوا متفاوت بوده است. بکار گرفتن "اندکس اعتبار محتوا" جهت بررسی "مربوط بودن"، روشن بودن" و "واضح بودن" عبارات پرسشنامه بسیار ضروری و با ارزش است (والترس و باسل<sup>۱</sup> ۱۹۸۳).

بعلاوه، از بین ۱۲ مطالعه، ۱۰ مورد به اعتبار ساختاری پرسشنامه توجه داشته اند و ۲ مطالعه فقط به اعتبار محتوا توجه داشته و هیچ گونه اندازه گیری اعتبار ساختاری صورت نگرفته است. اعتبار ساختار میزان درجه ای است که یک پرسشنامه، ساختار یا ویژگی نظری یک مطالعه (مانند هوش، غم) را اندازه می گیرد. بررسی این نوع اعتبار بسیار مهم، مشکل و مستلزم صرف زمان زیادی است. اعتبار ساختار به روشهای مختلف از جمله روش گروههای متقابل، اعتبار همگرایی، اعتبار واگرایی، تحلیل ممیزی و تحلیل عاملی قابل بررسی است (برنز و گرو<sup>۲</sup> ۱۹۹۹).

بعلاوه، در ۲ مطالعه در مورد پرسشنامه ها، هیچ نوع اعتباری اندازه گیری نشده است و یا از انجام آن مطلبی مطرح نشده است اما از طرف دیگر پایایی پرسشنامه ها اندازه گیری شده است.

پرسشنامه باید حداقل میزان اعتبار و پایایی قابل قبول را داشته باشد. اگر ابزاری فاقد اعتبار باشد اندازه گیری پایایی آن بدون معنا است. به همین صورت ابزار نا پایا ضرورت برای اندازه گیری اعتبار ندارد. بعبارت دیگر، اندازه گیری پایایی بدون اندازه گیری اعتبار ارزشی ندارد.

ابزار می تواند معتبر باشد اما پایا نباشد و بالعکس (ماریام<sup>۳</sup> ۱۹۸۸).

همچنین، از ۱۲ مطالعه، ۵ مورد، جهت اندازه گیری پایایی، فقط از همبستگی درونی بهره گرفته شده است و از سایر روشهای اندازه گیری پایایی استفاده نشده است. اطمینان داشتن از درجه پایایی ابزار مهم است و پژوهشگران باید به هنگام استفاده از ابزارها بطور کامل از مشخصات پایایی آن آگاه باشند (نوریک ۱۹۸۵).

## بحث و نتیجه گیری

یافته ها نشان داد که روانسجی پرسشنامه ها در ژورنال مورد بررسی، دارای روند کامل و صحیح نمی باشند. به نظر می رسد که پژوهشگران نیاز به دقت بیشتر به روند روانسجی پرسشنامه های پژوهش دارند. روانسجی پرسشنامه نیاز به تبحر، دقت و زمان کافی دارد که می بایست به آن توجه شود. اینکار سبب می شود تا گزارش یکسان و صحیحی از پرسشنامه های بکار گرفته در مقالات گزارش شود (فرامن و همکاران<sup>۴</sup> ۲۰۰۳، کاشیوانوز<sup>۵</sup> ۱۹۹۶). بعلاوه می توان نتایج پژوهشها را در کشور های مختلف با هم مقایسه کرد. لذا بهره گیری از متخصصین در این زمینه، مفید و ضروری می باشد. با توجه به اهمیت موضوع روانسجی پرسشنامه ها، تعداد کمی از مقالات پرستاری به گزارش و چاپ این نوع مقالات در مجلات پرداخته است که باید به این امر مهم توجه شود.

<sup>3</sup> - Marrian

<sup>4</sup> - Forman et al

<sup>5</sup> - Kachoyeanos

<sup>1</sup> - Waltz & Bausell

<sup>2</sup> - Burns & Grove







## منابع

- یغمایی ف (۱۳۷۹) اعتبار محتوا و اندازه گیری آن *فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی* سال ۱۰ شماره ۳۳ صفحات ۳۹-۳۵.
- Burns N and Grove S K (1999) *Understanding Nursing Research*. 2<sup>nd</sup> ed, Philadelphia, W.B. Saunders Co.
  - Chalmers K I et al (2001) Information and support needs of women with primary relative with breast cancer: development the informational and support needs. *Journal of Advanced Nursing*. 35(4) 497- 507.
  - Cole F L et al (2001) A measure of critical care nurses' post-code stress. *Journal of Advanced Nursing*. 34(3): 281- 288.
  - Corley M C et al (2001) Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*. 33(2): 250-256.
  - Dykes P C (2003) Practice guidelines and measurement: State of the science. *Nursing Outlook*. 51(2): 65-69.
  - Faulkner M A (2001) Measure of patient empowerment in hospital environments catering for older people. *Journal of Advanced Nursing*. 34 (5): 676- 686.
  - Froman R D et al (2003) A methodology for supporting research and scholarship *Nursing Outlook*. 51(2): 84-86.
  - Gallegos C F et al (2001). Validation of a questionnaire to evaluate the quality of life of nonprofessional caregivers of dependent persons. *Journal of Advanced Nursing*. 33 (4): 548- 554.
  - Hiidenhovi H et al (2001) Development of a patient-oriented instrument to measure service quality in outpatient departments *Journal of Advanced Nursing*. 34(5): 696- 705.
  - Kachoyanos M K (1996) Methods for assessing the accuracy of measuring instruments, Part 1, *MCN*, 21 (6): 31.
  - Leinonen T et al (2001) The quality of preoperative care: Development of a tool for the Perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing*. 35 (2): 294- 306.
  - Lin L C et al (2001) Psychometrics of Chinese translation of the swallowing questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*. 34 (3): 296-303.

- Marriam S B (1988) *Case Study Research in Education: A Qualitative Approach*. San Francisco Jossey-Bass publishers.
- Millward L and Jeffries N (2001) The team survey: A tool for health care team development. *Journal of Advanced Nursing*. 35 (2): 276- 287.
- Norbeck J S (1985) What constitutes a publishable report of instrument development? *Nursing Research*. 34 (6): 380-382.
- Nunnally J C and Bernstein I H (1994) *Psychometric Theory* 3<sup>rd</sup> ed New York McGraw-Hill Book Co.
- Templeton H R M. and Coates V E (2001) Adaptation of an instrument to measure the informational needs of men with prostate. *Journal of Advanced Nursing*. 35(3): 357- 364.
- Waltz C F and Bausell R B (1983) *Nursing Research: Designs, Statistics and Computer Analysis* 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia F.A Davis Co
- Wood G I. Haber J. (1998) *Nursing Research, Methods, Critical Appraisal, and Utilization*. 4th ed. St Louis, 207-210.
- Yaghmaie F (2004) Subjective computer training scale: Development an assessment scale. *Journal of Medical Education*. 4 (1): 33- 37.
- Yaghmaie F Factors Affecting Use of Computerized *Systems in Community of Health*. Published PhD thesis, Wollongong, University of Wollongong. 1997
- Yaghmaie F Jayasuria R Development of a scale for measuring computer experience. *Pacific Asia Conference on Information System* (PACIS) Brisbane, 1997.
- Yeh C H (2001) Development and testing of the parental coping strategy inventory (OSI) with children with cancer in Taiwan, Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*. 36 (1): 78- 88.
- Yip Y B A (2001) Study of work stress, patient handling activities and the risk of back pain among nurses in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*. 36(6): 794-804.

# Critical review of psychometric properties in research questionnaires

*Yaghmaie F, Dr.*

## **Abstract**

**Background:** Research is the basis of decision-making in nursing care. Research in nursing as other sciences is conducted with different designs and instruments. Each research tool has its specific characteristics.

**Purpose:** The aim of this study was to assess psychometric properties of questionnaires in published nursing articles.

**Methods:** In this study, the articles published in Journal of Advanced Nursing in 2001 were analyzed.

**Results:** Findings showed that in only 12 of 339 articles, questionnaires were designed according to instrument development process and psychometric properties. Authors of most articles did not provide any guidance or comment regarding the process.

**Conclusion:** Testing validity and reliability of questionnaires requires experience. Nurses should involve experts to include the process of psychometric properties in devising their questionnaires. In addition, more space is needed to publish newly developed instruments.

**Key words:** Psychometric properties of questionnaires, Nursing Research, Nursing articles.

# سمینارها و کنفرانسها

۱- اولین کنگره نارسایی قلب  
First Iranian Heart Failure Summit 28 Feb- 2 Mar 2007

مکان: تهران  
زمان: ۱۱ - ۹ اسفند ۱۳۸۵  
۸۵/۹/۳۰  
آدرس: تهران - انتهای سعادت آباد - بیمارستان شهید مدرس - مرکز تحقیقات قلب و عروق  
جهت اطلاع از شرایط ارسال مقاله به سایت زیر مراجعه شود.  
www.IHFSummit.com

۲- دومین همایش سراسری پرستاری در بحران  
مکان: تهران

زمان: ۲۷ - ۲۵ دی ۱۳۸۵  
آدرس دبیرخانه: تهران - خیابان دکتر شریعتی - روبروی حسینه ارشاد - کوچه هدیه - پلاک ۹ - دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی.  
تلفن: ۲۲۲۲۹۶۴۸

۳- کنگره بین المللی سرطان کودکان اولین کنگره پرستاری انکولوژی  
کودکان

مکان: تهران  
زمان: ۳۱ - ۲۹ اکتبر، ۲۰۰۶ - ۹ - ۷ آبان ۱۳۸۵  
E-mail: M-ilkhani@yahoo.com

آدرس دبیرخانه: تهران - دارآباد - جاده لشکرگ - بلوار اوشان - مجتمع پزشکی توانبخشی محک - مرکز تحقیقات سرطان  
صندوق پستی: ۵۶۶ - ۱۹۳۹۵

۴- کنفرانس انجمن بین المللی پرستاران: رویارویی با غیرمنتظره ها

Nurses at the forefront: Dealing with the unexpected

مکان: بوکوهاما - ژاپن  
زمان: ۲۷ مه لغایت ۱ ژوئن ۲۰۰۷  
آدرس دبیرخانه:

Congrex Holland Bu

P.O Box 302, 1000 AH  
Amsterdam, The Netherlands  
Icn2007@congrex.nl

۵- چهارمین سمپوزیوم بین المللی دیابت و بارداری  
مکان: ترکیه

زمان: ۲۹ مارس ۲۰۰۷  
آدرس الکترونیکی:

www.kenes.com/dipo7

۶- دومین کنفرانس بین المللی پرستاری بهداشت حرفه ای  
The second international conference on occupational health nursing

مکان: تایلند - بانکوک  
زمان: ۲۷ - ۲۳ اوت سال ۲۰۰۷  
آدرس دبیرخانه:

www.ph.mahidol.ac.th