

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 نشریه کلیدواژه‌های اختصاری بکاررفته در نشریه با 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 پررنگ (**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 Organisational Behaviour**. 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 پررنگ 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**. 37-39(1)10.

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 میزان درپوش‌گذاری مجدد سرسوزنهای آلوده توسط پرستاران شاغل

در بخشهای اورژانس بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی سال ۱۳۸۲

زهرا صفوی بیات^۱

دکتر سعاد محفوظ‌پور^۲

مریم باقری^۳

دکتر حمید علوی مجد^۴

دکتر طاهره اشک‌تراب^۵

چکیده:

مقدمه: یکی از مهمترین خطرات شغلی در مراکز بهداشتی درمانی، تماس با عوامل بیماری‌زای منتقله از راه خون نظیر هپاتیت ب، سی و ایدز می‌باشد که به طور عمده از طریق فرورفتن سر سوزن آلوده به داخل دست پرستاران منتقل می‌شود. رفتارهای خطرناک متعددی، پرستاران را در معرض فرورفتن سوزن در دست قرار می‌دهد که شایع‌ترین علت آن، درپوش‌گذاری مجدد سرسوزنهای آلوده است.

هدف: هدف از این پژوهش تعیین میزان درپوش‌گذاری مجدد سرسوزنهای آلوده توسط پرستاران می‌باشد.

مواد و روشها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است و نمونه‌های پژوهش را ۶۵ نفر از پرستاران شاغل در بخشهای اورژانس بیمارستانهای لقمان، شهدا، امام حسین(ع)، طالقانی و بوعلی تشکیل داد. نمونه‌گیری به شیوه چند مرحله‌ای انجام گرفت. ابزار گردآوری برگه مشاهده و فرم اطلاعات مشخصات

۱ - کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
۲ - دکتری مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
۳ - کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
۴ - دکتری آمار زیستی و عضو هیئت علمی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
۵ - دکتری آموزش پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی

فردی، شغلی بود. اعتبار ابزار به شیوه اعتبار محتوی و پایایی برگه مشاهده به شیوه سنجش بین مشاهده‌گران با $r = 0/89$ تأیید شد. داده‌ها پس از گردآوری با نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که ۷۲/۳ درصد نمونه‌ها را زنان با میانگین سنی ۳۰/۵۲ سال تشکیل می‌داد.

اکثریت

(۸۰ درصد) کارشناس پرستاری بودند. از ۱۹۵ مشاهده ثبت شده ۳۷ درصد درپوش‌گذاری مجدد سرسوزنهای آلوده را انجام می‌دادند که ۱۰۰ درصد افراد از روش خطرناک دو دستی استفاده می‌کردند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه شایع‌ترین علت فرورفتن سرسوزن‌ها به دست پرستاران،

درپوش‌گذاری مجدد سرسوزن^۱ها می‌باشد، ولی حدود از پرستاران مورد مطالعه این روش خطرناک را انجام می‌دادند و در معرض این مشکل هستند. لذا، آموزش دادن پرستاران، استفاده از نکات یادآوری کننده و هشدار دهنده، در دسترس قرار دادن ظرف مخصوص سرسوزن‌ها به تعداد کافی و ... جهت اصلاح و کاهش انجام این رفتار خطرناک ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: بیماریهای منتقله از راه خون، فرورفتن سوزن به دستها، درپوش‌گذاری مجدد

سرسوزن‌ها، پرستاران

مقدمه

تماس پوست و غشای مخاطی کارکنان با خون و مایعات

بدن فرد آلوده اشاره نمود (پیرویتز و همکاران^۳ ۱۹۹۷).

در میان کارکنان بهداشتی درمانی ایالات متحده،

سالانه ۵۰۰۰۰ خراش پوستی در معرض خون قرار

می‌گیرد که از این میان، حدود ۵۰۰۰ مورد، تماس با

خون آلوده به عفونت شناخته شده، ایدز می‌باشد.

ریچارد و همکاران^۴ (۲۰۰۱) بیان می‌کنند که

رایج‌ترین علت انتقال این عفونت‌ها به پرستاران، از طریق

جراحات پوستی است که به دنبال فرورفتن سر سوزن

ایجاد می‌گردد. به طوری که میزان ابتلا به هپاتیت ب به

یکی از مهمترین خطرات شغلی در مراکز

بهداشتی، درمانی برای کارکنان بهداشتی و به ویژه

پرستاران، بیماریهای منتقله از راه خون نظیر هپاتیت ب،

سی و ایدز می‌باشد (طلعت و همکاران^۱ ۲۰۰۳) که

امروزه به علت افزایش بیماران بستری مبتلا به این

ویروسها، توجه به آن حائز اهمیت است (شیائو و

همکاران^۲ ۲۰۰۲). علل مختلفی باعث انتقال این ویروسها

به کارکنان می‌شود که می‌توان به جراحات پوستی و

^۳ - Pirwitz et al
^۴ - Richard et al

^۱ - Talaat et al
^۲ - Shiao et al

دنبال فرورفتن سرسوزن آلوده در میان کارکنان
غیرواکسیینه ۴۰ - ۲ درصد، هپاتیت سی ۱۰ - ۳ درصد
و ایدز بیش از ۰/۳ درصد گزارش شده است (دامانی و
امرسون^۱ ۲۰۰۳).

بیشترین علت فرورفتن سرسوزن (۸۰ - ۴۰
درصد) ناشی از درپوش گذاری مجدد سرسوزنهای گزارش
شده است، این در حالی است که مرکز کنترل و
پیشگیری از بیماریها، درپوش گذاری را به عنوان یک
رفتار خطرناک تلقی نموده و اجتناب از آن را توصیه می کند
(توراوال و همکاران^۲ ۱۹۹۹).

از آنجاییکه ماهیت شغل پرستاری به گونه ای
است که نسبت به سایر مشاغل در معرض خطرات شغلی
بیشتری قرار دارد و نیز با توجه به محدودیت اثرات
درمانی و پیشگیری بعد از تماس، پژوهشی با هدف تعیین
میزان درپوش گذاری مجدد سرسوزنهای آلوده توسط
پرستاران شاغل در بخشهای اورژانس بیمارستانهای
وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی -
درمانی شهید بهشتی انجام گردید تا ضمن دستیابی به
میزان درپوش گذاری مجدد سرسوزنهای توسط پرستاران،
گامی جهت ارتقاء سلامتی پرستاران در محیط کاری
برداشته شود.

مروری بر مطالعات

در مطالعه ای که طلعت و همکاران (۲۰۰۳) به
منظور بررسی میزان در معرض قرارگرفتن صدمات ناشی
از فرورفتن سرسوزنهای و میزان واکسیینه شدن علیه هپاتیت
ب در میان ۱۴۸۵ نفر از کارکنان بهداشتی درمانی انجام
دادند، مشخص گردید که ۳۵/۶ درصد از افراد، حداقل
یکبار، فرورفتن سرسوزن را به دست خود در طی ۳ ماه
گذشته تجربه کرده اند. به عبارتی میزان فرورفتن
سرسوزن ۴/۹ درصد به ازای هریک از کارکنان تخمین
زده شده است که شایع ترین علت آن به دنبال
درپوش گذاری مجدد سرسوزنهای با استفاده از روش
خطرناک دو دستی بود. بیش از ۱۵/۸ درصد از نمونه های
این پژوهش به طور کامل علیه هپاتیت ب واکسیینه شده
بودند.

ردی و امری^۳ (۲۰۰۱) نیز مطالعه ای با هدف
تعیین تأثیر در دسترس قرار دادن وسایل و تجهیزات
پزشکی بر روی میزان صدمات ناشی از فرورفتن سرسوزن
در میان کارکنان بهداشتی درمانی انجام دادند. این مطالعه
توصیفی مقایسه ای میزان بروز صدمات ناشی از فرورفتن
را سه سال قبل و سه سال بعد از فراهم کردن وسایل
مهندسی تعیین و مقایسه کرد. اطلاعات حاصله از ۵۵۰
مورد صدمات شغلی از سال ۱۹۹۴ در طی ۶ سال نشان
داد که میزان صدمات به ازای هر ۱۰۰ ساعت کاری در
سال ۱۹۹۴ تقریباً ۱۰/۶ درصد بوده که در سال ۱۹۹۹ به
۴/۲ درصد کاهش یافته بود.

^۱ - Damani & Emmerson

^۲ - Thoraval et al

^۳ - Reddy & Emery

در سال ۱۹۹۴ پژوهش دیگری توسط هنری و همکاران^۱ به منظور بررسی احتیاطات عمومی در میان کارکنان بخش اورژانس سوانح دو بیمارستان خصوصی در شهر مینسوتا و سنت پول انجام شد. نمونه‌ها، ۱۹۶ نفر از پزشکان، دستیاران پزشکی، پرستاران و کمک پرستاران شاغل در بخش اورژانس بودند، یکی از موارد مورد مشاهده، انجام درپوش‌گذاری مجدد سرسوزن‌ها و تکرار آن و نوع روش درپوش‌گذاری بود. از ۱۸۲۲ روش مشاهده شده، میزان درپوش‌گذاری مجدد ۲۴/۴ درصد بوده که ۷۸/۱ درصد از روش خطرناک دو دستی استفاده می‌کردند.

مواد و روشها

این روش، یک مطالعه توصیفی است که به منظور بررسی میزان درپوش‌گذاری مجدد سرسوزنهای آلوده توسط پرستاران در بخشهای اورژانس بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی انجام گردید.

نمونه پژوهش را ۶۵ نفر از پرستاران شاغل در بخشهای اورژانسهای بیمارستانهای لقمان حکیم، شهدای تجریش، امام حسین (ع)، طالقانی و بوعلی تشکیل دادند و نمونه‌گیری به شیوه چند مرحله‌ای انجام گرفت.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از برگه مشاهده و فرم اطلاعات فردی، شغلی استفاده گردید که برگه مشاهده شامل انجام درپوش‌گذاری، نوع درپوش‌گذاری، نوبت

کاری مورد مشاهده بود. اعتبار ابزار به شیوه اعتبار محتوی تعیین گردید. پایایی برگه مشاهده با استفاده از روش سنجش بین مشاهده‌گران با $r = ۰/۸۹$ تأیید شد. هر نمونه در یکی از شیفتهای صبح، عصر، شب در چهار نوبت مورد مشاهده قرار گرفت که سه نوبت آن ثبت شد و پس از مشاهده همه پرستاران یک بیمارستان، فرم اطلاعات فردی، شغلی جهت تکمیل در اختیار پرستاران قرار می‌گرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری با نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که اکثریت واحدهای پژوهش در گروه سنی ۲۹ - ۲۰ سال (۵۵/۴ درصد)، مونث (۷۲/۳ درصد)، دارای مدرک کارشناسی پرستاری (۸۰ درصد)، دارای نوبت کاری چرخشی (۷۷ درصد) می‌باشند. میانگین ساعت کاری در ماه واحدهای پژوهش ۲۳۹/۲۹ ساعت با انحراف معیار ۹۱/۵۸ بوده و ۷۳/۸ درصد از پرستاران دوره‌های آموزشی در زمینه اصول پیشگیری بیماریهای منتقله از راه خون را نگذرانده بودند. همچنین ۹۲/۳ درصد از پرستاران علیه هپاتیت ب واکسینه شده‌اند که متأسفانه ۷۶/۶ درصد آنان دوره واکسیناسیون را به طور کامل انجام ندادند. (جدول شماره ۱)

در این پژوهش میزان درپوش‌گذاری مجدد سرسوزن‌ها در ۳۷ درصد ($n = ۵۴$) موارد مشاهده شد که

^۱ - Henry et al

۱۰۰ درصد این افراد از روش خطرناک دو دستی استفاده
می‌کردند.

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات فردی، شغلی پرستاران شاغل در بخشهای اورژانس

بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی سال ۱۳۸۲

جمع		درصد	تعداد	مشخصات فردی، شغلی	
درصد	تعداد				
۱۰۰	۶۵	۵۵/۴	۳۶	۲۰ - ۲۹	گروه سنی
۱۰۰	۶۵	۳۲/۳	۲۱	۳۰ - ۳۹	
۱۰۰	۶۵	۱۲/۳	۸	> ۴۰	
۱۰۰	۶۵	۲۷/۳	۴۷	مرد	جنس
۱۰۰	۶۵	۷۲/۳	۱۸	زن	
۱۰۰	۶۵	۱۵/۴	۱۰	کاردانی	تحصیلات
۱۰۰	۶۵	۸۰	۵۲	کارشناسی	
۱۰۰	۶۵	۴/۶	۳	کارشناسی ارشد	
۱۰۰	۶۵	۷/۷	۵	صبح	نوبت کاری
		۱/۵	۱	عصر	
		۱۳/۸	۹	شب	
		۷۷	۵۰	چرخشی	
۱۰۰	۶۵	۲۴/۶	۱۶	۱۲۰ - ۱۷۵	ساعات کاری
		۳۸/۵	۲۵	۱۷۶ - ۲۲۰	
		۱۵/۴	۱۰	۲۲۱ - ۳۰۰	
		۱۲/۲	۸	۳۰۱ - ۳۸۰	
		۹/۳	۶	> ۳۸۱	
۱۰۰	۶۵	۲۶	۱۷	بلی	گذراندن دوره آموزش جهت اصول پیشگیری
		۷۳/۸	۴۸	خیر	
۱۰۰	۶۵	۹۲/۳	۶۰	بلی	واکسینه شدن علیه هپاتیت ب
		۷/۷	۵	خیر	

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که اکثریت واحدهای پژوهش دارای نوبت کاری چرخشی‌اند، با توجه به گزارش لاندوستروم و همکاران^۱ (۲۰۰۲) که نوبت کاری چرخشی را عاملی جهت کاهش رضایت و عملکرد کارکنان و در نتیجه افزایش بروز حوادث شغلی در مقایسه با کارکنان سایر نوبتهای کاری مطرح می‌نماید، می‌توان مستعد بودن واحدهای مورد پژوهش در برابر حوادث شغلی را بیان نمود. همچنین واحدهای مورد پژوهش بیش از ۵۰ ساعت در هفته کار می‌کنند که براساس مطالعه جرسون و همکاران^۲ (۱۹۹۵)، این افراد نسبت به افرادی که زیر ۵۰ ساعت در هفته کار می‌کنند، احتمالاً اصول ایمنی را کمتر رعایت می‌کنند.

در این پژوهش، تقریباً $\frac{1}{3}$ پرستاران، درپوش‌گذاری مجدد سرسوزنها را انجام داده و همه آنان از روش خطرناک دو دستی جهت درپوش‌گذاری استفاده می‌کردند. تحقیقات نشان می‌دهد که درپوش‌گذاری مجدد سرسوزنها می‌تواند باعث فرورفتن سرسوزن داخل دست پرستاران شود. طبق پژوهش بریور^۳ (۲۰۰۳) تعداد دفعات فرورفتن سرسوزن در مدت شش ماه در بین کارکنان بهداشتی درمانی ۱۴۴۵ مورد گزارش شده که حدود ۴۱ درصد مربوط به پرستاران و بیش از $\frac{3}{4}$ درصد مربوط به دانشجویان پرستاری بوده است.

به عبارتی گذاشتن درپوش مجدد سرسوزنهای مجدد مصرف شده مسئول $\frac{1}{3}$ از کل موارد آسیبهای ناشی از فرورفتن سرسوزنهاست (حکیم‌زاده ۱۳۸۰)، می‌توان بیان نمود که $\frac{1}{3}$ پرستاران مورد مطالعه در معرض این آسیبهای می‌باشند. متأسفانه با توجه به اهمیت آموزش مسائل ایمنی، اکثریت واحدهای پژوهش نیز هیچ دوره آموزشی را در زمینه اصول پیشگیری در شش ماه اخیر نگذرانده‌اند، در حالی که مطالعات نشان می‌دهد که حداقل یک دوره یک ساعته آموزش اصول پیشگیری در طی یک سال، تأثیر به‌سزایی در میزان رعایت این اصول دارد (جرسون و همکاران ۱۹۹۵).

لذا با توجه به یافته‌های این پژوهش، نیاز به آموزش در این زمینه آشکار شده و می‌توان با ایجاد دوره‌های آموزشی نکات هشداردهنده و یادآوری‌کننده، نظارت مداوم سرپرستاران بر رفتارهای حرفه‌ای کارکنان، در دسترس قرار دادن ظرف مخصوص سرسوزنها، باعث اصلاح و کاهش این رفتار خطرزا شد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه همکارانی که در این پژوهش یاری نمودند صمیمانه تشکر می‌گردد.

^۱ - Lundstrom et al

^۲ - Gershon et al

^۳ - Brewer

– حکیم‌زاده ک (۱۳۸۰) *راهنمای پیشگیری از هپاتیت و ایدز*. چاپ اول. تهران، نشر صدا.

- Brewer S (2003) Risks and effects of sharps injuries *Nursing Times*. 99 (37) 40.
- Damani NN, Emmerson A M (2003) *Manual of Infection Control Procedures*. 2nd edition, Gmm Co.
- Gershen R M et al (1995) Compliance with universal precautions among health care workers at three regional hospital *American Journal Infection Control*. 23 (4) 255 – 236.
- Henry K et al (1994) Compliance with universal precautions and needle handling and disposal practices among emergency department staff at two community hospitals . *American Journal of Infection Control*. 22 (3) 129 - 137.
- Lundstrom T et al (2002) Organizational and enviromental factors that affect worker health and safety worker health and safety and patient outcomes *American Journal Infection Control*. 30 (2) 93 – 106.
- Pirwitz S et al (1998) APIC position paper: prevention of device – mediated blood borne infections to health care worker. *American Journal Infection Control*. 26 (6) 578 – 580.
- Reddy SG, Emery RJ (2001) Assessing the effect of long-term availability of engineering control on needlestick injuries among health care worker: A 3-year preimplementation and postimplementation comparison *American Journal Infection Control*. 29(6) 425 - 427.
- Richard V S etal (2001) Impact of introduction of sharps containers and of education programs on the pattern of needlestick injuries in a tertiary care center in India. *Journal of Hospital Infection*. 47 (2) 163 – 165.
- Shiao J et al (2002) Estimation of the risk of blood borne pathogens to health care workers after a needlestick injury in Taiwan. *American Journal Infection Control*. 30 (1) 15 – 20.
- Talaat M et al (2003) Occupational exposure to needlestick injuries and hepatitis B vaccination coverage among health care workers in Egypt *American Journal Infection Control*. 31 (8) 469 – 474.
- Thoraval F R et al (1999) Costs and benefits of measures to prevent needlestick injuries in a university hospital. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 20 (9) 614 - 617.

بررسی نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی در بیماران بستری در بخشهای جراحی مراکز آموزشی درمانی شهر رشت

ماریا مریم کلهر^۱

فهیمة رحیمی‌ها^۲

چکیده

مقدمه: یکی از مشکلات بیماران بستری در بیمارستان، ترومبوز ورید عمقی است که سلامت فرد را به خطر انداخته و بدلیل ایجاد عوارض ناشی از آن از جمله آمبولی ریه منجر به مرگ می‌گردد.

هدف: هدف از مطالعه حاضر، تعیین نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی در بیماران بستری در بخشهای جراحی مراکز آموزشی درمانی شهر رشت است.

مواد و روشها: این بررسی، یک مطالعه توصیفی است. ۲۷۰ نفر بیمار بستری در بخشهای جراحی که به روش نمونه‌گیری تصادفی تدریجی انتخاب شدند در پژوهش شرکت کردند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات این پژوهش شامل دو بخش اول پرسشنامه در زمینه مشخصات فردی و بخش دوم فرم فهرست که مشتمل بر دو قسمت بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی و غیردارویی بود. جهت تعیین اعتبار از اعتبار محتوا استفاده گردید. بدین جهت پرسشنامه به ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی قرار داده شد پس از بررسی نظرات تغییرات اصلاحی پایایی ابزار از روش مشاهده همزمان استفاده شد که ضریب همبستگی بیش از ۰/۷۵ بود.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری غیردارویی در بیماران بستری در مراکز آموزشی درمانی شهر رشت در اکثریت موارد (۸۳/۳ درصد) در حد نامطلوب بوده است و پیشگیری دارویی بیشترین درصد (۵۵/۲) در حد مطلوب بوده است. همچنین یافته‌ها بین روشهای پیشگیری دارویی با

^۱ - کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان
^۲ - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

متغیرهای جنس ($P < 0/01$)، محل عمل جراحی ($P < 0/001$)، مدت بیهوشی ($P < 0/001$) و بدخیمی‌ها ($P < 0/001$) ارتباط معنی‌دار را تأیید نمود. ولی بین نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری غیردارویی با برخی مشخصات فردی ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه نحوه بکارگیری روشهای غیر دارویی اکثریت واحدهای مورد پژوهش در حد نامطلوب بوده است که این امر احتمالاً ناشی از کمبود اطلاعات یا عدم باور و اهمیت ندادن به عوامل خطر پیشگیری از ترومبوزورید عمقی و می‌باشد که در این زمینه باید برنامه ریزیهای لازم انجام گیرد.

واژه های کلیدی: ترومبوز ورید عمقی، پیشگیری، بخش جراحی

مقدمه

ترومبوز از ۲۰۰۰ سال قبل از میلاد حضرت مسیح بعنوان یک بیماری مطرح گردید اما لفظ ترومبوز برای اولین بار توسط کلودیوس گالنوس^۱ بکار گرفته شد و بعداً این بیماری جزو بیماریهای شایع شناخته شد (دیانتی، ۱۳۷۴). ترومبوز ورید عمقی تحت تأثیر عوامل سه گانه رکورد خون وریدی، افزایش قابلیت انعقاد پذیری و صدمه به دیواره رگها ایجاد می‌گردد و حداقل دو مورد از سه مورد فوق برای تشکیل ترومبوز لازم است (بلاک و جاکوبس^۲، ۱۹۹۷) شیوع ترومبوزورید عمقی در بیش از ۵۰ درصد بیمارانی که تحت عمل جراحی ارتوپدی به ویژه ناحیه لگن و زانو قرار گرفته‌اند، ۱۰ تا ۴۰ درصد جراحی‌های شکمی و سینه‌ای (هاریسون و همکاران^۳، ۱۹۹۸) ۴۰ درصد جراحی زنان

(طولابی ۱۳۷۴) ۱۳ تا ۲۹ درصد جراحی اعصاب و ۸۰ درصد صدمات نخاعی (فولر^۴، ۱۹۹۵) و ۸ تا ۸۰ درصد در جراحیهای ادراری گزارش شده است (کو و همکاران^۵، ۱۹۸۷).

ترومبوزورید عمقی در حدود ۳۵ درصد از کل بیماران بستری رخ می‌دهد (اندرهیل و همکاران^۶، ۱۹۸۹) و سلامت فرد را به خطر انداخته و بدلیل ایجاد عوارض ناشی از آن، از جمله آمبولی ریه منجر به مرگ می‌گردد (اوتار^۷، ۱۹۹۶).

بنابراین پیشگیری از ترومبوزورید عمقی از اهمیت زیادی برخوردار است و شواهد متعددی نشان داده که اقدامات پیشگیری کننده شیوع ترومبوزورید را در بیماران جراحی با خطر بالا تا حدود ۲/۳ کاهش داده و

^۴ - Fowler

^۵ - Co etal

^۶ - Under hill etal

^۷ - Autar

^۱ - Claudius Galenos

^۲ - Black and Jacobs

^۳ - Harrison et al

همچنین مرگ و میر ناشی از آمبولی ریه را کم نموده است (آندرسون و اودت^۱ ۱۹۹۶).

روشهای پیشگیری به دو دسته دارویی (که با استفاده از داروهای ضد لخته شرایط انعقادپذیری را در بیماران در معرض خطر کاهش می دهد) و مکانیکی (که با استفاده از ابزارهای فشاری ساق رکود خون وریدی را کاهش می دهد) تقسیم گردیده است (کیلوویچ و همکاران^۲ ۱۹۹۵).

در زمینه ارزشمند بودن پیشگیری از ترومبوزورید عمقی اسملتزر و بار^۳ (۲۰۰۴) می نویسند: بروز ترومبوزورید عمقی در بیماران جراحی بدون هیچگونه درمانی ۲۷ درصد است و در صورت استفاده از هپارین زیرجلدی ۷ درصد، جوراب کشی ۱۱/۱ درصد و فشار متناوب هوا ۱۷/۷ درصد، استفاده از هپارین و جوراب کشی ۶/۳ درصد و همزمان جوراب و فشار متناوب هوا ۴/۵ درصد رخ می دهد.

بنابراین پیشگیری از عوارض پس از جراحی و ارتقاء بیمار به سطح ممکن سلامتی یکی از نقشهای بارز پرستاری است و پرستاران با استفاده از برنامه ریزی و اجرای تدابیر صحیح و بموقع و کسب اطلاعات و درک اهمیت پیشگیری از ترومبوزورید عمقی می توانند نقش خود را به بهترین وجه ایفا نمایند (دیانتی، ۱۳۷۴).

مروری بر مطالعات

مرلی و همکارانش^۴ (۱۹۹۲) پژوهشی تحت عنوان پیشگیری مکانیکی و دارویی برای ترومبوز ورید عمقی انجام دادند که از فشار هوای خارجی^۵، جورابهای کشی و تزریق زیر جلدی هپارین به مقدار کم به عنوان پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی استفاده شد. این مطالعه بر روی ۲۱ بیمار با اختلال نسبی یا کامل در حرکت که در مدت ۷۲ ساعت گذشته ایجاد شده بود، انجام گرفت.

در این بیماران از فشار هوای خارجی و جوراب کشی ۲۳ ساعت در روز استفاده شد. هپارین به مقدار ۵۰۰۰ واحد زیر جلدی در ناحیه شکم هر ۱۲ ساعت تزریق شد. بطور روزانه از بیماران بوسیله فیبرینوژن ید ۱۲۵ به مدت ۲ هفته اسکن گرفته شد که موارد مثبت بوسیله ونوگرافی^۶ تأیید شد. برای مقایسه میزان بروز ترومبوز ورید عمقی در گروههای مداوا (۲۱ بیمار) و شاهد (۱۷ بیمار) از آزمون دقیق فیشر^۷ استفاده شد. در بیمارانی که جهت پیشگیری از فشار هوای خارجی، جورابهای کشی و هپارین به مقدار کم استفاده شده بود ترومبوز در ۱/۱۹ درصد بیماران ظاهر گردید، در حالیکه در گروه شاهد (که از این روشها استفاده نشد) ۶/۸۷ درصد بیماران ترومبوز مشاهده شد.

^۴ - Merli et al

^۵ - External pneumatic compression

^۶ - Venography

^۷ - Fisher's exact test

^۱ - Anderson & Audet

^۲ - Killwich et al

^۳ - Smeltzer & Bare

نتایج حاصل از پژوهش دیانتی (۱۳۷۴) تحت عنوان بررسی میزان تأثیر روشهای غیردارویی در پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی در بیماران جراحی اعصاب نشان داد بکارگیری روشهای غیردارویی (ورزش و جورابه‌های الاستیکی) در بیماران جراحی اعصاب بویژه در بیماران در معرض خطر بیشتر (چاق، بیحرکت، سن بالا و جراحی بزرگ و طولانی اعصاب) در پیشگیری از ترومبوز مؤثر می‌باشد. با توجه به نتایج میزان بروز ترومبوز ورید عمقی در گروه آزمون ۲/۲ درصد و در گروه شاهد ۱۶/۳ درصد بود که آزمون کای دو اختلاف معنی داری بین دو گروه نشان داد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی می باشد که در آن نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی و غیر دارویی ترومبوز ورید عمقی در بیماران بستری در بخشهای جراحی عمومی، ارتوپدی، اعصاب، زنان و اورولوژی مورد بررسی قرار گرفت نمونه های پژوهش دارای مشخصات زیر بودند:

بیشتر از ۲۴ ساعت در بیمارستان اقامت داشتند و از ساعت انتقال از اتاق عمل به بخشهای مربوطه تا ۷۲ ساعت پس از جراحی جزو نمونه های این پژوهش بودند.

کلیه بیمارانی که اختلال انعقادی داشتند و در پرونده به آنها اشاره شده بود از نمونه های پژوهش حذف شدند.

تعداد نمونه در این پژوهش بر اساس بر آورد آماری ۲۷۰ بیمار در نظر گرفته شد که به روش نمونه گیری تصادفی تدریجی وارد مطالعه شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات این پژوهش شامل دو بخش بود: بخش اول، پرسشنامه ای در زمینه مشخصات فردی شامل ۱۶ سؤال از نوع بسته و بخش دوم فرم فهرست مشتمل بر دو قسمت بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی (۳ سؤال) و روشهای پیشگیری غیر دارویی (۶ سؤال) بود. اعتبار ابزار گردآوری داده‌ها به روش اعتبار محتوا و پایایی آن با روش مشاهده همزمان تعیین گردید. ضریب پایایی با استفاده از فرمول ضریب توافق کاپا بیش از ۰/۷۵ بود. پژوهشگر جهت گردآوری داده‌ها پس از ارائه معرفینامه به بیمارستانهای مربوطه اقدام به جمع آوری داده‌ها نمود. در مدت یک ماه هر روز در سه شیفت صبح، عصر و شب یعنی در فاصله زمانی ۷ صبح الی ۱۰ شب به بخشهای مورد نظر مراجعه نمود و هر واحد پژوهش در این سه شیفت سه بار و هر بار بمدت ۲ ساعت متناوباً مورد مشاهده قرار گرفت و کلیه اقدامات مورد نظر در زمینه پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی با توجه به عبارات موجود در فرم اطلاعاتی مشاهده و ثبت شد در صورتیکه در سه نوبت مشاهده حداقل یکبار اقدام مورد نظر جهت پیشگیری انجام شده بود ستون بله و اگر

در سه نوبت مشاهده متناوب اقدام مورد نظر اگر مشاهده نشد ستون خیر علامت زده شد. با توجه به شرایطی که هر کدام از بیماران با جراحیهای متفاوت داشتند. در صورتیکه براساس منابع نیاز به انجام اقدامی که در چک لیست به آن اشاره شد، نبود ستون موردی نداشت علامت زده شد و فرم پرسشنامه مربوط به هر واحد پژوهش توسط پژوهشگر با توجه به اطلاعات موجود در پرونده، سؤال از بیمار و یا کارکنان بخش تکمیل گردید. در نهایت جهت طبقه بندی تعیین نحوه بکارگیری پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی از مقیاس سنجش رتبه‌ای استفاده شد. به این صورت امتیاز کسب شده بالای ۵۰ در صد بعنوان اقدامات مطلوب و در صورت امتیاز پایین تر از ۵۰ درصد بعنوان اقدامات نامطلوب ثبت شد. جهت آنالیز اطلاعات از نرم افزار SPSS و از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۷۰ نفر بیمار از بخشهای جراحی سه مرکز آموزشی درمانی شهر رشت مورد بررسی قرار گرفتند که بیشترین نمونه‌ها (۳۲/۶ درصد) در گروه سنی ۲۵-۳۹ سال و اکثریت (۵۴/۴ درصد) زن بوده‌اند و بیشترین درصد (۴۷ درصد) در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل مورد بررسی قرار گرفته‌اند. بیشترین درصد (۵۸/۹ درصد) عمل جراحی در ناحیه شکم و اکثریت نمونه‌ها (۸۰/۷ درصد) تحت بیهوشی

عمومی قرار گرفته‌اند که بیشترین درصد آن (۵۸/۹ درصد) بمدت ۲ ساعت و بیشتر تحت بیهوشی بوده‌اند. در زمینه برخی عوامل مستعد کننده ترومبوز بیشترین واحدهای مورد پژوهش (۱۰/۷ درصد) واریس داشته‌اند. مجموع استراحت مطلق (قبل و بعد از عمل) اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۸۴/۲ درصد) کمتر از پنج روز بوده است (جدول ۱).

نتایج همچنین حاکی از آن بود که نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری غیر دارویی اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۸۳/۳ درصد) در حد نامطلوب بوده است و نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی بیشترین درصد (۵۵/۲ درصد) در حد مطلوب بوده است.

همچنین در این مطالعه آزمون کای دو ارتباط معنی داری بین نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی با متغیرهای جنس ($P < ۰/۰۱$)، محل عمل جراحی ($P < ۰/۰۰۱$)، مدت بیهوشی ($P < ۰/۰۱$) و بدخیمی‌ها ($P < ۰/۰۰۱$) را تأیید نمود (جدول ۲). ولی رابطه معنی داری بین روشهای پیشگیری غیر دارویی با برخی مشخصات فردی وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

این بررسی نشان داد که نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری غیردارویی اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۸۳/۰۳) در حد نامطلوب بوده است در مطالعه‌ای که توسط آندرسون و اودت (۱۹۹۶) در ۱۶ مرکز درمانی انجام

شد، به این نتیجه رسیدند که فقط در ۳۹٪ از بیماران جراحی با خطر بالا پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی انجام می شد. اسمیت^۱ نیز (۱۹۹۲) با بررسی که از بیماران بخش جراحی جهت کاربرد پیشگیری کننده‌ها بر ضد آمبولی انجام داد به این نتیجه رسید که عملکرد جهت پیشگیری در این بخش نامناسب بوده است.

همچنین این بررسی نشان داد که نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی در بیشترین واحدهای پژوهش (۵۵/۲ درصد) مطلوب بوده است. مطالعات متعددی نشان داده است که پیشگیری از طریق دارو درمانی در جلوگیری از بروز بیماری ترومبوآمبولی مؤثرتر می باشد (سی ویتیا و همکاران^۲، ۱۹۹۷). در صورت کاربرد ۵۰۰۰ واحد هپارین غیر تجزیه شده ۲-۳ بار در روز در مقایسه با زمانی که هیچ پیشگیری انجام نمی شود هم میزان ترومبوز ورید عمقی بعد از جراحی و هم میزان مرگ و میر ناشی از جراحی را کاهش داد (لسن و بوریس^۳، ۱۹۹۷).

نتایج این پژوهش نشان داد که بین متغیرهای جنس، مدت بیهوشی، ناحیه عمل جراحی و بدخیمی‌ها با نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی ارتباط معنی دار آماری وجود دارد. در تحقیقی که توسط فولر (۱۹۹۷) انجام شد مواردی چون سن بالا، بدخیمی، ناحیه عمل جراحی و جراحیهای وسیع را بعنوان عوامل خطر ترومبوز ورید عمقی نام برده است. که این عوامل به

نحوی موجب رکود خون وریدی می شوند. (هرزوغ^۴، ۱۹۹۳). دیانتی (۱۳۷۴) طبق تحقیقی که انجام داد به این نتیجه رسید که میزان بروز ترومبوز ورید عمقی در میان خانمها ۱۳ درصد و در آقایان ۶ درصد بوده است و همچنین گزارش نمود که بین طول مدت بیهوشی و بروز ترومبوز ورید عمقی ارتباط معنی دار وجود دارد و در تحقیقی که توسط طولابی (۱۳۷۳) انجام شد، نشان داد که بین ترومبوز و جنس ارتباط معنی داری وجود دارد.

ولی بین نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی از ترومبوز ورید عمقی با متغیرهای سن، نوع بیهوشی، طول مدت استراحت مطلق، واریس، مصرف قرص ضدبارداری، بیماریهای قلبی و حوادث مغزی عروقی ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که بین نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری غیردارویی از ترومبوز ورید عمقی با متغیرهای سن، جنس، ناحیه عمل جراحی، انواع بیهوشی، مدت بیهوشی، عوامل مستعد کننده ترومبوز و طول مدت استراحت مطلق ارتباط معنی دار آماری وجود ندارد.

بنابراین عدم وجود ارتباط بین تعدادی از این متغیرها و نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی و غیردارویی احتمالاً ناشی از کمبود اطلاعات کادر پزشکی یا عدم باور و بی اهمیت دانستن عوامل خطر ترومبوز ورید عمقی، پیشگیری از آن و ... است و یا شاید تفاوت بین آموخته‌ها در سیستم اجرایی درمان وجود داشته

^۱ - Smith

^۲ - Civeta et al

^۳ - Lassen & Borris

^۴ - Herzog

باشد. که در این زمینه، دیانتی نیز در تحقیق خود در سال ۱۳۷۴ می‌نویسد: طی حضور ۴ ماه در محیط پژوهشی در مشاهدات خود پرستاران و حتی جراحان از اهمیت ترومبوز ورید عمقی و روشهای پیشگیری از آن آگاهی کافی نداشتند و یا اقدامی جهت پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی در بیماران مستعد بعمل نمی‌آوردند.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی و اکثریت واحدهای مورد پژوهش بر حسب مشخصات فردی

مشخصات	اکثریت	تعداد	درصد
سن	۲۵ - ۳۹	۸۸	۳۲/۶
جنس	زن	۱۴۷	۵۴/۴
زمان بررسی بعداز عمل	۲۴ ساعت اول	۱۲۷	۴۷
محل عمل جراحی	شکم	۱۵۹	۵۸/۹
نوع بیهوشی	عمومی	۲۱۸	۸۰/۷
مدت بیهوشی	دو ساعت بیشتر	۱۵۹	۵۸/۹
عوامل مستعدکننده ترومبوز	واریس	۲۹	۱۰/۷
مدت استراحت مطلق (قبل و بعداز عمل)	کمتر از ۵ روز	۲۲۷	۸۴/۲

جدول شماره ۲: تعیین ارتباط بین نحوه بکارگیری روشهای پیشگیری دارویی با متغیرهایی چون سن و جنس و ...

متغیرهای موردنظر	نوع آزمون	نتیجه آزمون	قضاوت
سن	آزمون کای دو	$\chi^2 = 1/89$	معنی دار نیست
جنس	آزمون کای دو	$\chi^2 = 8/15$	معنی دار است ($P < 0/001$)
محل عمل جراحی	آزمون کای دو	$\chi^2 = 87/6$	معنی دار است ($P < 0/001$)
نوع بیهوشی	آزمون کای دو	$\chi^2 = 0$	معنی دار نیست
مدت بیهوشی	آزمون کای دو	$\chi^2 = 24/34$	معنی دار است ($P < 0/001$)
عوامل مستعدکننده ترومبوز: الف - واریس	آزمون کای دو	$\chi^2 = 0/33$	معنی دار نیست
ب - مصرف قرص ضدبارداری	آزمون کای دو	$\chi^2 = 0$	معنی دار نیست
پ - بیماریهای قلبی	آزمون کای دو	$\chi^2 = 0/92$	معنی دار نیست

معنی دار است ($P < 0.001$)	$\chi^2 = 12.57$	آزمون کای دو	ت - بدخیمی‌ها
معنی دار نیست	$P = 0.09$	آزمون دقیق فیشر	ث - حوادث مغزی عروقی
معنی دار نیست	$\chi^2 = 2.49$	آزمون کای دو	طول مدت استراحت مطلق

- دیانتی م (۱۳۷۴). بررسی میزان تأثیر روش های غیر دارویی در پیشگیری از ترومبوزورید عمقی در بیماران جراحی اعصاب . *پایان*

نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس: صفحه ۱۴-۲.

- طولابی ط (۱۳۷۴). بررسی مقایسه ای میزان تأثیر فشار هوای خارجی (EPC)، هپارین و توأم (هپارین، EPC) بر پیشگیری از

ترومبوزورید عمقی بیماران تحت عمل جراحی بزرگ شکمی . *پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده علوم*

پزشکی. دانشگاه تربیت مدرس: صفحه ۲.

- Anderson FA Audet A M (1996). Physician practices in the prevention of deep vein thrombosis . The Mass PRODVT study . *Orthopedics*, suppl 9-11.
- Autar R(1996). Nursing assessment of clients at risk of clients at risk of deep vein thrombosis (DVT) The Autar DVT scale . *Journal of Advanced Nursing*,23 (60) 763- 769.
- Black JM, Jacobs EM (1997) *Medical –Surgical Nursing Clinical Management for Continuitg of Care*. Philadelphia Saunders Co .
- Civeta JM, et al (1997) *Critical Care*. Philadelphia: Lippincott. Co.
- Co NP , et al (1987). Prevention of deep vein thrombosis in urological patients: A controlled, randomized trail of low dose heparin and external pneumatic compression boots. *Surgery*. 83 (2) 230.
- Fowler SB (1995) Deep vein thrombosis and pulmonary emboli in neuroscience patients. *Journal of Neuroscience Nursing* . 22 (4) 224 – 228 .
- Harrison T R,et al (1998) *Principles of Internal Medicine*. 13 th ed NewYork : McGraw – Hill .Co
- Herzog JA(1992) Deep vein thrombosis in the rehabilitation client. *Rehabilitation Nursing*. 17(4) 196-198 .
- Killwich AL, et al (1995) Venous hemodynamics during impulse foot pumping. *Journal of Vascular Surgery*. 22(5) 598-604.

- Lassen MR, Borris IC (1997) Managing the risk of thrombosis in the perioperative period in patients undergoing orthopedic and trauma surgery with low-molecular-weight Heparin : Enoxaparin . *Orthopidics*. suppl 14-17 .
- Merli J. et al (1992) Mechanical plus pharmacological prophylaxis for deep vein thrombosis. *Paraplegia*. 30(8)558 – 562.
- Smeltzer Sc. Bare G (2004) *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical- Surgical Nursing*. 10th ed. Philadelphia J.B. Lippincott.
- Smith P (1992). Compression hosiery in a surgical unit. *Nursing Standard*. 49(6) 25- 28.
- Underhill SL , et al (1989) *Cardiac Nursing*. 2rd ed Philadelphia: J.B Lippincott Co .

مروری بر ابزارهای اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت

علی درویشپور کاخکی^۱

چکیده

در عصر حاضر به علت افزایش بروز و شیوع بیماری‌های مزمن، توجه پژوهشگران پرستاری و علوم بهداشتی بیش از گذشته به بررسی کیفیت زندگی افراد جلب شده است. بررسی کیفیت زندگی، مستلزم وجود ابزارهای اندازه‌گیری معتبر و پایا است. در این مطالعه تعدادی از ابزارهای اندازه‌گیری کیفیت زندگی خاص بیماری دیابت مرور گردیده است. این ابزارها شامل ابزار کیفیت زندگی دیابت^۲، ابزار اندازه‌گیری اثر دیابت^۳، ابزار دیابت^۴، ابزار کیفیت زندگی خاص دیابت^۵ و ابزار وضعیت سلامت زنان آفریقایی آمریکایی می‌باشد. در طراحی ابزارهای مذکور به طور عمده از مروری بر مطالعات، مصاحبه گروه‌مدار و مصاحبه با بیماران مبتلا به دیابت، پرستاران و پزشکان استفاده شده است. ویژگی‌های روان‌سنجی - اعتبار همگرا و واگرا، تحلیل عاملی، مولتی ترییت سه مرحله‌ای^۶، اعتبار محتوی، پایایی آزمون مجدد و آلفای کرونباخ این ابزارها مورد بررسی و اندازه‌گیری قرار گرفته است. جهت کاربرد این ابزارها در ایران تهیه نسخه فارسی معتبر و پایای این ابزارها ضروری است.

واژه های کلیدی : کیفیت زندگی، اندازه گیری، دیابت

^۱ - کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات سل و بیماریهای ریوی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی

^۲ - Diabetes Quality of life (DQOL)

^۳ - Diabetes Impact Measurement Scales (DIMS)

^۴ - Diabetes - 39

^۵ - Diabetes Specific Quality of Life Scales (DSQOLS)

^۶ - Three-Step Multitrait

از نظر تاریخی مفهوم کیفیت زندگی را می‌توان در آثار فیلسوف عصر باستان، ارسطو پیدا کرد. ارسطو مسرت را نوعی فعالیت شریف جان توصیف نموده است (زان^۱ ۱۹۹۲). در عصر حاضر مفهوم کیفیت زندگی تا جایی اهمیت پیدا کرده است که برخی صاحب‌نظران چون جیویایلا^۲ (۱۹۹۵) تمرکز مراقبت‌های بهداشتی قرن اخیر را ارتقاء کیفیت زندگی بیان می‌کنند.

اندازه‌گیری کیفیت زندگی از دهه ۱۹۷۰ به دلایل مختلفی فزونی یافته است. افزایش روزافزون هزینه‌های مراقبت بهداشتی، تأکید بیشتر بر کیفیت زندگی در برابر کمیت زندگی مطرح نیست، از دلایل افزایش توجه به مفهوم کیفیت زندگی در سال‌های اخیر بوده است (گاگنموس - هولازمن^۳ ۱۹۹۵).

در بررسی متون مربوط به کیفیت زندگی تعاریف متعددی از این مفهوم وجود دارد که این نکته، اندازه‌گیری کیفیت زندگی را با مشکل مواجه می‌سازد. عده‌ای از پژوهشگران کیفیت زندگی را به عنوان رضایت از حیطه‌های متفاوت زندگی (زان ۱۹۹۲، هورنکوئیست^۴ ۱۹۸۹، آندرسون و بورخاردت^۵ ۱۹۹۹) و تعدادی کیفیت زندگی را به عنوان نوعی انرژی درونی (آندرسون و

آندرسون^۶ ۱۹۹۸) و درک از زندگی (گیل و فینستین^۷ ۱۹۹۴) تعریف کرده‌اند.

تعدادی از پژوهشگران مانند لنین اینگر^۸ (۱۹۹۴) و گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۹ (۱۹۹۵) نقش فرهنگ را بر کیفیت زندگی بسیار مؤثر دانسته‌اند.

ابزارهای گوناگونی در طی دهه‌های اخیر برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی طراحی شده و مورد استفاده قرار گرفته‌اند. برخی از این ابزارها عمومی بوده و برخی دیگر در رابطه با سنجش کیفیت زندگی افراد با بیماری‌های خاص کاربرد دارند. ابزارهای کیفیت زندگی خاص، برای بیماری خاص یا یک جزیی از بیماری طراحی می‌شوند. از آنجا که این ابزارها به تغییرات کوچک و مهم درمان‌ها و مراقبت‌ها حساس هستند، می‌توان برای بررسی اثر یک بیماری یا روش درمانی خاص از آنها استفاده کرد. ابزارهای عمومی کیفیت زندگی دامنه وسیعی از مشکلات سلامتی را مورد بررسی قرار می‌دهند. از این ابزارها می‌توان جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی افراد سالم و بیمار، مقایسه کیفیت زندگی بیماران مختلف و پیگیری بیماران استفاده کرد (پاتریک و دیو^{۱۰} ۱۹۸۹، فایر کلاچ^{۱۱} ۲۰۰۲).

6 - Anderson & Anderson

7 - Gill & Feinstein

8 - Leininger

9 - The WHOQOL Group

10 - Patrick & Deyo

11 - Fairclough

1 - Zhan

2 - Gioiella

3 - Guggenmoos – Holzmann et al

4 - Hornquist

5 - Anderson & Burckhardt

در عصر حاضر با افزایش بروز و شیوع بیماری‌های مزمن توجه پژوهشگران بیش از گذشته به بررسی و اندازه‌گیری کیفیت زندگی جلب گردیده است. در میان بیماری‌های مزمن دیابت شایعترین اختلال غدد درون‌ریز در انسان است (ونگ^۱، ۱۹۹۷، فایوسی و همکاران^۲، ۱۹۹۸). بروز و شیوع این بیماری در دنیا در حال افزایش است که علت عمده آنرا افزایش شیوع چاقی و زندگی کم‌تحرک در بالغین و کودکان بیان می‌دارند (مرندی و همکاران^۳، ۱۳۷۷، آندرولی و همکاران^۴، ۲۰۰۱). دیابت نیز مشابه هر بیماری مزمن و ناتوان‌کننده دیگر، فرد مبتلا را با مشکلاتی روبرو می‌سازد که تمام جنبه‌های زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بران والد و همکاران^۵، ۲۰۰۱).

جهت بررسی اثرات بیماری دیابت بر زندگی فرد مبتلا علاوه بر شاخص‌های بیولوژیک و علایم دیابت، اندازه‌گیری کیفیت زندگی این بیماران نیز مورد توجه قرار می‌گیرد. بنابراین وجود ابزارهای اندازه‌گیری کیفیت زندگی خاص بیماری دیابت با اعتبار و پایایی مناسب جهت بررسی و مطالعه اثرات بیماری دیابت بر زندگی فرد مبتلا ضروری می‌باشد.

ابزارهای اختصاصی اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران

مبتلا به دیابت

گروه پژوهشی کارآزمایی کنترل و عوارض دیابت^۶ (۱۹۸۸) ابزار کیفیت زندگی دیابت را در کشور آمریکا طراحی کردند. این ابزار دارای ۴۶ عبارت در چهار خرده مقیاس رضایت، اثر دیابت، نگرانی‌های مربوط به دیابت و نگرانی‌های اجتماعی و شغلی است که برای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ طراحی شده است. عبارات این ابزار با استفاده از مروری بر مطالعات و تجارب بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ و کارکنان خدمات بهداشتی درباره درمان دیابت ساخته شده است. سپس ابزار دیابت به منظور تعیین اعتبار محتوی در اختیار بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱، پرستاران و متخصصین دیابت قرار داده شده است. همچنین از اعتبار همگرا برای تعیین اعتبار و از محاسبه آلفای کرونباخ و آزمون مجدد برای تعیین پایایی این ابزار استفاده شده است.

اعتبار همگرا ابزار با استفاده از همبستگی نمره هر خرده مقیاس و نمره کل ابزار با ابزارهای رفاه^۶، نشانه‌های روانی^۷ و تطبیق با بیماری^۸ بررسی شده است. نمرات خرده مقیاس‌ها و نمره کل ابزار بطور معنی‌داری با نمرات ابزارهای رفاه و نشانه‌های روانی و تطبیق با بیماری همبستگی داشته‌اند. آلفای کرونباخ محاسبه شده از ۰/۶۶ تا ۰/۹۲ و پایایی آزمون مجدد به فاصله یک هفته از ۰/۷۸ تا ۰/۹۲ متغیر بوده است. بنابراین ابزار کیفیت

5 - The DCCT Group Research

6 - Bradbrun Affect Balance Scale (ABS)

7 - Symptom Checklist 90-R (SCL)

8 - Psychosocial Adjustment of Illnes Scale (PAIS)

1 - Wong

2 - Fauci et al

3 - Andreoli et al

4 - Braunwald et al

زندگی دیابت برای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ در چهار خرده مقیاس رضایت، اثر دیابت، نگرانی‌های مربوط به دیابت و نگرانی‌های اجتماعی و شغلی در کشور آمریکا طراحی شده است.

در پژوهشی دیگر، هاموند و آئوکی^۱ (۱۹۹۲) ابزار اندازه‌گیری اثر دیابت^۲ را در کشور آمریکا طراحی کردند. این ابزار دارای ۴۰ عبارت در چهار خرده مقیاس نشانه‌ها، شرایط روحی - روانی، ایفای نقش اجتماعی و سلامتی است که برای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲ طراحی شده است. این پژوهشگران ۴۴ عبارت ابزار را از طریق مصاحبه گروه‌مدار متخصصین بالینی (پزشک، پرستار و ...) و مرور بر ابزارهای موجود طراحی کردند.

سپس ابزار را به همراه دو مقیاس کلی در مورد کنترل دیابت و وضعیت سلامتی، به فاصله یک ماه در اختیار پزشکان معالج و بیماران قرار دارند.

اعتبار ابزار با استفاده از اعتبار سازه با بهره‌گیری از تحلیل عاملی و همگرا مورد بررسی قرار گرفته است. از همبستگی نمرات ابزار طراحی شده با دو مقیاس کلی کنترل دیابت و وضعیت سلامت برای تعیین اعتبار همگرای ابزار استفاده شده است.

تحلیل عاملی نشان داده است که همه خرده مقیاس‌های ابزار با مقیاس کلی کنترل دیابت از دیدگاه بیمار از ۰/۲۳ تا ۰/۵۵ و از دیدگاه پزشک از ۰/۲۴ تا ۰/۳۷ متغیر بوده است. ضریب همبستگی خرده

مقیاس‌های ابزار با مقیاس کلی وضعیت سلامت از دیدگاه بیمار از ۰/۲۷ تا ۰/۴۷ و از دیدگاه پزشک از ۰/۳۲ تا ۰/۴۵ متغیر بوده است. ضریب همبستگی خرده مقیاس‌های ابزار با نمره کل مقیاس از ۰/۴۶ تا ۰/۹۷ متغیر بوده است. بدلیل همبستگی پایین چهار عبارت با نمره کل ابزار این چهار عبارت حذف گردیده و ابزار نهایی با ۴۰ عبارت تدوین شده است.

پایایی ابزار با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ و آزمون مجدد، مورد بررسی قرار گرفته است. آلفای کرونباخ محاسبه شده ابزار جهت خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۰ تا ۰/۹۴ متغیر بوده است. ضریب همبستگی آزمون مجدد جهت خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۱ تا ۰/۷۷ متغیر بوده است. بنابراین ابزار اندازه‌گیری اثر دیابت برای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲ در چهار خرده مقیاس نشانه‌ها، شرایط روحی - روانی، ایفای نقش اجتماعی و سلامتی در کشور آمریکا طراحی شده است.

گرگوری بویر و ایرپ^۳ (۱۹۹۷) ابزار دیگری را در کشور انگلستان طراحی کردند که به دیابت-۳۹ شهرت یافت. در مرحله اول طراحی این ابزار، ۹۳ عبارت ابزار از طریق مروری بر مطالعات و مصاحبه‌های ساختار نیافته با پزشکان، متخصصین آموزش بیماران مبتلا به دیابت، داروسازان و بیماران مبتلا به دیابت طراحی شده است. عبارات ابزار در ۱۰ گروه درمان دیابت (۹ عبارت)، کنترل دیابت (۲۳ عبارت)، نگرانی‌ها (۱۳ عبارت)، انرژی و تحرک (۱۱ عبارت)، خواب (۳

^۱ - Hammond and Aoki

^۲ - Diabetes Impact Measurement Scales (DIMS)

^۳ - Gregory Boyer & Earp

عبارت)، محدودیت غذایی (۶ عبارت)، پذیرش خود (۴ عبارت)، فشارهای اجتماعی (۱۴ عبارت)، عملکرد جنسی (۳ عبارت) و سایر ناخوشی‌ها (۸ عبارت) طبقه‌بندی گردید.

این ابزار برای ۱۰۰۰ بیمار مبتلا به دیابت که بصورت تصادفی انتخاب شده بودند، از طریق پست ارسال شد. از پرسشنامه‌های بازگشتی، ۵۱۶ پرسشنامه برای تجزیه و تحلیل اطلاعات و تحلیل عاملی، مناسب تشخیص داده شده است. نتایج حاصل از تحلیل عاملی ابزار، ۴۲ عبارت شامل شش خرده مقیاس انرژی و تحرک (۱۴ عبارت)، کنترل دیابت (۱۲ عبارت)، نگرانی‌ها (۶ عبارت)، فشارهای اجتماعی (۵ عبارت)، عملکرد جنسی (۳ عبارت) و درمان دیابت (۲ عبارت) را فراهم آورده است.

به منظور بررسی اعتبار افتراقی و همگرایی این ابزار از روش سه مرحله‌ای مولتی‌تریت، استفاده شده است. نتایج نشان داده است که انحراف معیارهای هر عبارت درون هر خرده مقیاس تقریباً مساوی است. همبستگی بین هر عبارت و ابزار اصلاح شده از ۰/۵۰ تا ۰/۸۴ متغیر بوده است. در این مرحله پایایی ابزار با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ و ضریب همسانی درونی تعیین شده است. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ و ضریب همسانی درونی ۰/۴۶ تا ۰/۷۲ متغیر بوده است.

در مرحله دوم این پژوهش برای بررسی بیشتر اعتبار و پایایی ابزار، آنرا در اختیار دو گروه مختلف بیمار مبتلا به دیابت قرار دادند. از ۲۳۶ پرسشنامه فرستاده شده برای بیماران گروه اول، ۱۶۵ و از گروه دوم، ۲۶۲ پرسشنامه جهت تجزیه و تحلیل مناسب تشخیص داده شد. در این مرحله نیز، به منظور تعیین اعتبار افتراقی و همگرایی از روش سه مرحله‌ای مولتی‌تریت استفاده شده است. بررسی یافته‌ها مشخص کرد که انحراف معیارهای هر عبارت درون هر خرده مقیاس به طور تقریبی مساوی است. همبستگی بین عبارات ابزار از ۰/۴۵ تا ۰/۸۴ متغیر بوده است. نتایج حاصل از تحلیل عاملی پرسشنامه‌های دو گروه نشان داده است که شش خرده مقیاس مطالعه اول را می‌توان در پنج خرده مقیاس انرژی و تحرک (۵ عبارت)، کنترل دیابت (۱۲ عبارت)، نگرانی‌ها (۴ عبارت)، فشارهای اجتماعی (۵ عبارت) و عملکرد جنسی (۳ عبارت) قرار داد. در این مرحله سه عبارت ابزار حذف گردیده و ابزار نهایی با ۳۹ عبارت طراحی گردید. پایایی ابزار با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ و ضریب همسانی درونی تعیین شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای بیماران مبتلا به دیابت گروه اول از ۰/۸۳ تا ۰/۹۳ و برای بیماران مبتلا به دیابت گروه دو از ۰/۸۱ تا ۰/۹۳ متغیر بوده است.

علاوه بر تحلیل عاملی برای بررسی اعتبار سازه ابزار در این مرحله پژوهش، از همبستگی بین ابزار با فرم کوتاه ۳۶ که بطور همزمان پاسخ داده شده بود، استفاده

گردیده است. همبستگی قوی بین خرده مقیاس انرژی و تحرک و خرده مقیاس عملکرد جسمی فرم کوتاه ۳۶، خرده مقیاس نگرانی و خرده مقیاس سلامتی روحی - روانی فرم کوتاه ۳۶، خرده مقیاس فشار اجتماعی و خرده مقیاس عملکرد اجتماعی فرم کوتاه ۳۶، وجود داشته است. خرده مقیاس‌های عملکرد جسمی و کنترل دیابت در این ابزار به طور ضعیفی با همه خرده مقیاس‌های فرم کوتاه ۳۶ همبستگی داشته‌اند. بنابراین ابزار دیابت - ۳۹ برای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲ در خرده مقیاس‌های انرژی و تحرک، کنترل دیابت، نگرانی‌ها، فشارهای اجتماعی و عملکرد جنسی در کشور انگلستان طراحی شده است.

در پژوهشی دیگر بات و همکاران^۱ (۱۹۹۸) ابزار کیفیت زندگی خاص دیابت را در کشور آلمان طراحی کردند. این ابزار دارای ۴۶ عبارت در بخش‌های اهداف کلی درمان، رضایت از درمان و مشکلات مربوط به دیابت است که برای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ طراحی شده است.

عبارات این ابزار از طریق مصاحبه گروه‌مدار و مروری بر ابزارهای موجود طراحی شده است. برای بررسی اعتبار این ابزار از اعتبار سازه با بهره‌گیری از تحلیل عاملی، اعتبار همگرا، اعتبار افتراقی و برای بررسی پایایی آن از محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شده است. در تحلیل عاملی بخش مشکلات مربوط به دیابت، شش

خرده مقیاس روابط اجتماعی، انعطاف‌پذیری در اوقات فراغت، مشکلات جسمی، نگرانی‌ها درباره آینده، محدودیت‌های رژیم غذایی و مشکلات روزانه بدست آمده است. چهار عبارت به علت نرسیدن به بار معنی‌دار بر هرکدام از عامل و یک عبارت بدلیل همبستگی ناکافی عبارت، ابزار حذف شده است.

در ارتباط با اعتبار همگرا، همه خرده مقیاس‌ها به طور معنی‌داری با مقیاس عمومی سلامتی و رضایت از درمان همبستگی داشتند. آلفای کرونباخ محاسبه شده خرده مقیاس‌های ابزار از ۰/۷۰ تا ۰/۸۸ متغیر بوده است. بنابراین ابزار کیفیت زندگی خاص دیابت برای بیماران مبتلا به دیابت نوع در بخش‌های اهداف کلی درمان، رضایت از درمان و مشکلات مربوط به دیابت در کشور آلمان طراحی شده است.

الیسی و سوموئل^۲ (۲۰۰۰) ابزار وضعیت سلامت زنان آفریقایی مبتلا به دیابت را در کشور آمریکا طراحی کردند. این ابزار دارای ۲۴ عبارت در دو خرده مقیاس رفاه جسمی و رفاه روحی - روانی و اجتماعی است که برای بیماران زن آفریقایی مبتلا به دیابت نوع ۲ طراحی شده است.

طراحی این ابزار در سه مرحله صورت گرفته است. در مرحله اول طی هفته مصاحبه گروه مدار بر روی ۴۴ زن آفریقایی، عبارت‌ها و حیطه‌های احتمالی ابزار وضعیت سلامت مشخص شده است. در این مرحله از

^۱ - Bott et al

^۲ - Elasy and Samuel

نظرات دو متخصص علوم بهداشتی آفریقایی برای بررسی اعتبار محتوی ابزار استفاده شده است.

در مرحله دوم ۱۰ مصاحبه با بیماران مبتلا به دیابت آفریقایی به منظور اطمینان از وضوح و تناسب فرهنگی عبارات صورت گرفته است. در این مرحله مشخص شد که بین معنی درک شده و معنی مفهوم تعریف شده وضعیت سلامت تفاوتی وجود ندارد.

ابزار بدست آمده شامل سه حیطه رفاه جسمی، رفاه روحی - روانی و رفاه اجتماعی و متشکل از ۲۷ عبارت بوده است. در مرحله سوم برای تعیین اعتبار و پایایی ابزار، ابزار وضعیت سلامت توسط ۲۱۷ بیمار مبتلا به دیابت زن آفریقایی از طریق تلفن پاسخ داده شده است.

برای تعیین اعتبار علاوه بر اعتبار محتوی از اعتبار سازه با بهره‌گیری از تحلیل عاملی استفاده شده است. نتایج نشان داده است که سه خرده‌مقیاس رفاه جسمی، و رفاه روحی - روانی و رفاه اجتماعی در واقع دو خرده‌مقیاس رفاه جسمی و رفاه روحی - روانی و اجتماعی را تشکیل می‌دهند. در این مرحله سه عبارت شامل دو عبارت از خرده‌مقیاس رفاه اجتماعی و یک عبارت از خرده‌مقیاس رفاه روحی - روانی حذف شده است. برای بررسی پایایی ابزار از محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شده است که از ۰/۷۶ تا ۰/۸۳ متغیر بوده است. بنابراین این ابزار برای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در

خرده‌مقیاس‌های رفاه جسمی و رفاه روحی - روانی و اجتماعی در کشور آمریکا طراحی شده است.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه مروری به تعدادی ابزارهای اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت شده است. در مطالعات صورت گرفته جهت طراحی این ابزارها، تعریفی از مفهوم اصلی که اساس هر مطالعه طراحی ابزار است بیان نشده است (برنز و گرو^۱، ۲۰۰۱، لوبیندو و وود و هابر^۲، ۲۰۰۲). در نظر گرفتن این نکته به ویژه در مورد کیفیت زندگی که مفهومی متأثر از فرهنگ است دارای اهمیت ویژه‌ای می‌باشد (لنین اینگر ۱۹۹۴، گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۱۹۹۵).

به منظور استخراج عبارات ابزارهای روانسنجی از منابع مختلفی می‌توان استفاده کرد، لکن در مورد مفاهیمی از قبیل کیفیت زندگی، بهترین منبع جهت استخراج عبارات ابزار، خود فرد می‌باشد (هانت و همکاران ۱۹۸۶). این امر در مورد ابزارهای طراحی شده توسط بات و همکاران (۱۹۹۸) و الیسی و همکاران (۲۰۰۰) نسبت به سایر ابزارهای طراحی شده در این مطالعه بیشتر مورد توجه قرار گرفته است.

ویژگی‌های اعتبار و پایایی، ویژگی اصلی در بررسی روانسنجی، ابزارها می‌باشد. در بین انواع اعتبار

¹ - Burns & Grove

² - Lobiondo - Wood, Haber

مهمترین روش اندازه‌گیری اعتبار، اعتبار سازه است که با روش‌های مختلفی مورد بررسی قرار می‌گیرند (نانالی و برنستین ۱۹۹۴). در تمام مطالعات مرور شده بجز مطالعه گروه پژوهشی عوارض و کنترل دیابت (۱۹۸۸)، از روش اعتبار سازه استفاده شده بودند. در این مطالعات از روش تحلیل عاملی جهت تعیین اعتبار سازه استفاده شده است. دو روش اعتبار همگرا و افتراقی روش‌های دیگر مورد استفاده جهت تعیین اعتبار ابزارهای مرور شده در این مطالعه بوده است. اما در هیچکدام از مطالعات مرور شده از دو ویژگی اعتبار و پایایی ابزارهای ملاک مورد استفاده ذکر صورت نگرفته است.

روش ارجح به منظور تعیین پایایی ابزارهایی که مفهومی متأثر از زمان از قبیل کیفیت زندگی را می‌سنجد، روش محاسبه همسانی درونی است (پولیت و همکاران ۲۰۰۱). از روش مذکور برای تعیین پایایی تمام ابزارهای مرور شده در این مطالعه استفاده شده است. استفاده از روش آزمون مجدد جهت تعیین پایایی مفاهیمی از قبیل کیفیت زندگی که در طی زمان تغییر می‌کنند کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. استفاده از این شیوه مستلزم دقت در فاصله در نظر گرفته شده جهت آزمون مجدد می‌باشد (فاکس^۱ ۱۹۸۲). این نکته در مورد مطالعات گروه پژوهشی عوارض و کنترل دیابت (۱۹۸۸) و هاموند و آئوکی (۱۹۹۲) که فاصله در نظر گرفته شده جهت آزمون مجدد را به ترتیب یک هفته و یک ماه در نظر گرفته‌اند،

کمتر مورد توجه قرار گرفته است. به نظر می‌رسد در نظر گرفتن فاصله زمانی بین یک هفته و یک ماه می‌تواند تا حدودی از تورش‌های یادآوری عبارات و تغییر مفهوم کیفیت زندگی در طی زمان جلوگیری نماید.

بنابراین در میان ابزارهای اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت مورد مرور در این مطالعه، به نظر می‌سد که ابزار کیفیت زندگی خاص دیابت که در سال ۱۹۹۸ توسط بات و همکاران برای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ در کشور آلمان طراحی شده است، بیش از سایر ابزارهای مرور شده در این مطالعه بر تجربیات بیماران مبتلا به دیابت و ابعاد مختلف کیفیت زندگی تأکید دارد. همچنین در مطالعه صورت گرفته در طراحی این ابزار و بررسی ویژگی‌های روانسنجی آن، اعتبار و پایایی ابزار مورد تأیید قرار گرفته است.

به منظور استفاده از این ابزار و سایر ابزارهای مرور شده در این مطالعه، لازم است با توجه به عامل اساسی تأثیرگذار بر مفهوم کیفیت زندگی یعنی «فرهنگ»، نسخه فارسی این ابزارها در ایران تهیه گردد و مجدداً اعتبار و پایایی این ابزارها در زبان فارسی مورد بررسی قرار گیرد.

^۱ - Fox

- مرندی س ع و همکاران (۱۳۷۷) *سلامت در جمهوری اسلامی ایران*. چاپ اول. تهران، تهیه شده در مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

- Anderson KN, Anderson LE. (1998) *Mosby's Pocket Dictionary of Medicine, Nursing & Allied Health*. 3th edition. USA, Mosby, Inc.
- Anderson KL, Burckhardt CS (1999) Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *Journal of Advanced Nursing*. 29 (2): 298 – 306.
- Andreoli TE et al (2001) *Cecil Essentials of Medicine*. 5th edition. USA, W.B.Saunders Co.
- Blomm A et al (1992) *Colour Atlas of Diabetes*. 2nd edition. UK, Wolfe Publishing Ltd.
- Bott U et al (1998) Validation of a diabetes – specific quality of life scale for patients with type 1. *Diabetes Care*. 21 (5): 757 – 796.
- Braunwald E et al (2001) *Harrison's Principles of Internal Medicine*, Volume 2. USA, 15th edition. Mc Grow – Hill Co.
- Burns N, Grove S.K (2001) *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique & Utilization*. 4th edition. USA, W.B.Saunders Co.
- Elasy TA, Samuel TC. (2000) Development of a health status measure for older African – American women with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 23(3): 325 – 329.
- Fairclough DL (2002) *Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials: Interdisciplinary Statistics*. USA, Chapman & Hally/CRC Co.
- Fauci AS et al (1998) *Harrisons Principles of Internal Medicine: Companion Hand Book*. 14th edition. USA, Mc Grow – Hill Co.
- Fox D.J (1982) *Fundamentals of Research in Nursing*. 4th edition. USA, Appleton-Century – Crofts.
- Gill TM, Feinstein AR. (1994) A critical appraisal of the quality of quality of life measurement. *JAMA*. 272 (8): 619-626.
- Gioiella EG. (1995) Quality of life revisited. *Nursing Science Quarterly*. 8(3): 97.
- Gregory Boyer J, Earp JAL. (1997) The development of an instrument for assessing quality of life of people with diabetes: Diabetes 39. *Medical Care*. 35 (5): 440 – 453.
- Guggenmoos-Holzmann I et al (1995) *Quality of Life and Health: Concepts, Methods and Applications*. Black well Wissenschafts: Germany.

- Hammond GS, Aoki T (1992) Measurement of health status in diabetic patients: Diabetes impact measurement scales. *Diabetes Care*. 15(4): 469 – 477.
- Hornquist JO (1989) Quality of life: Concept and assessment. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 18:69-79.
- Hunt S M et al (1986) *Measuring Health Status*. UK, Croom Helm Ltd.
- Leininger M (1994) Quality of life transcultural nursing perspective. *Nursing Science Quarterly*. 7(2): 22-28.
- LoBiondo-Wood G, Haber J (2002) *Nursing Research: Methods, Critical-Appraisal and Utilization*. 5th edition. USA, Mosby, Inc.
- Nunnally J.C, Bernstein I.H (1994) *Psychometric Theory*. 3th edition. USA, Mc Graw-Hill Inc.
- Patrick DL, Deyo RA (1989) Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care*. 27(3), Supplement: S217-S231.
- Polit D.F et al (2001) *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. 5th edition. USA, Lippincott Co.
- The DCCT Research Group (1988) Reliability and validity of a diabetes quality of measure for the diabetes control and complications trial (DCCT) *Diabetes Care*. 11(9): 725 – 732.
- The WHOQOL Group (1995) The world health organization quality of life assessment: Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicin*. 41 (10): 1403 – 1409.
- Wong DL (1997) *Whaley & Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. 5th edition. USA, Mosby, Inc.
- Zhan L (1992) Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*. 17:795-800.

نقشه مفهومی: راهبردی بدیع برای آموزش پرستاری

آزاد رحمانی^۱

دکتر اسکندر فتحی آذر^۲

چکیده

دانشجویان پرستاری برای تجزیه و تحلیل مشکلات بیماران و ایجاد طرح مراقبتی مناسب برای آنان نیازمند سطوحی از یادگیری شناختی می‌باشند که فراتر از یادگیری حفظی و طوطی‌وار باشد. آنان، همچنین، برای ادامه زندگی حرفه‌ای خود به سطوح بالایی از مهارت‌های تفکر انتقادی و حل مسئله نیاز دارند. بنابراین، این امر نیازمند آن است که در آموزش پرستاری از روش‌های آموزشی استفاده گردد که توانایی ایجاد و ارتقاء این مهارت‌ها را داشته باشند.

راهبرد آموزشی نقشه مفهومی یک روش نوین آموزشی می‌باشد که طی دو دهه اخیر ابداع شده و با فراهم نمودن یک تصویر از فرایندهای تفکر، می‌تواند موجب تسهیل یادگیری گردد. امروزه، نتایج تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند که این راهبرد دارای اثرات مثبتی بر روی یادگیری شناختی و ارتقاء مهارت‌های حل مسئله و تفکر انتقادی فراگیران می‌باشد. بنابراین، همگام با تغییرات ایجاد شده در آموزش عمومی، باید تغییراتی در آموزش پرستاری نیز ایجاد گردد تا با استفاده از چنین راهبردهای آموزشی مناسب و نوینی آموزش دانشجویان پرستاری به نحو احسن صورت گیرد تا اینکه این دانشجویان بتوانند به نحو مناسب و ایمنی مراقبت از بیماران را در مراکز بهداشتی و درمانی برعهده گیرند.

واژه‌های کلیدی: آموزش پرستاری، راهبردهای آموزشی، یادگیری معنی‌دار، نقشه مفهومی

^۱ - دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه

علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز

^۲ - دکتری علوم تربیتی دانشگاه تبریز

رشته‌های علمی مورد استفاده قرار گرفته است و به نتایج بسیار خوبی منجر شده است (بیتز ۱۹۹۸).

هدف مقاله حاضر معرفی پایه نظری این راهبرد نوین آموزشی، روش ایجاد آن و مروری بر کاربردهای آن در آموزش پرستاری می‌باشد.

یادگیری معنی‌دار چیست؟

دیوید آزوبل^۴ (۱۹۷۸) فرایند مرتبط ساختن دانش جدید به مفاهیم موجود در ساخت‌شناختی را یادگیری معنی‌دار^۵ دانست. وی در نظریه جذب یادگیری خود بیان داشت که مفاهیم جدید به وسیله ارتباطی که با سایر مفاهیم موجود در ساخت‌شناختی فرد پیدا می‌کنند، به هم مرتبط شده و یاد گرفته می‌شوند (باوخ و ملوت^۶ ۱۹۹۸).

ایده یادگیری معنی‌دار نقطه مقابل یادگیری طوطی‌وار^۷ می‌باشد. یادگیری طوطی‌وار تنها یک نوع حفظ کردن مطالب بدون درک ارتباط آنها با مطالب قبلی می‌باشد، اما در یادگیری معنی‌دار، فرد باید بتواند مطالب جدید را به وسیله گزاره‌ها و جملات ارتباطی به سایر مطالب موجود در ساخت‌شناختی خود مرتبط کند (لیوبای و برازینیا^۸ ۱۹۹۸). نکته‌ای که باید به آن توجه داشت این است که برای ایجاد یادگیری معنی‌دار، در

انفجار اخیر دانش تمام جامعه، منجمله مراقبت‌کنندگان بهداشتی، را متأثر ساخته و موقعیتی دشوار و پیچیده برای یادگیری دانشجویان پرستاری ایجاد نموده است (بیتز^۱ ۱۹۹۸). از طرفی، در سالهای اخیر عملکرد دانشجویان پرستاری نشان‌دهنده یادگیری سطحی و فاقد ایده‌های پایه یادگیری بوده است و این مسأله باعث شده است که در دو دهه گذشته تغییرات عمده‌ای در آموزش پرستاری ایجاد شود. امروزه مدرسین پرستاری در سرتاسر جهان علاقمند به استفاده از راهبردهای آموزشی هستند که یادگیری معنی‌داری را در فراگیران تقویت نماید و چگونگی یادگرفتن را به آنها بیاموزند (ایروین^۱ ۱۹۹۵).

اکثر راهبردهای تدریس، که تاکنون برای آموزش دانشجویان پرستاری مورد استفاده قرار گرفته‌اند، باعث افزایش چالش‌های در آنها شده است. نقشه مفهومی^۲ یک راهبرد آموزشی نوین می‌باشد که بر مبنای اصول روانشناسی تربیتی ایجاد شده است و می‌تواند به عنوان راهنمای مطالعه و یادگیری در دانشجویان به کار رود و به آنها در افزودن یادگیری کمک نماید (آل و هاونز^۳ ۱۹۹۷). این راهبرد از زمان ابداع تا کنون، جهت ارتقاء دانش و تسهیل تکامل مفهومی، در طیف وسیعی از

4 - David Ausubel

5 - Meaningful Learning

6 - Baugh & Mellott

7 - Rote Learning

8 - Leaby & Brazina

1 - Irvin

2 - Concept mapping

3 - All & Havens

فراگیران، باید مطالب به شکلی معنی‌دار به آنها ارائه شود.
نقشه مفهومی یکی از مناسبترین راهبردهای آموزشی
برای ارائه معنی‌دار مطالب به فراگیران می‌باشد (ایروین
۱۹۹۵).

نقشه مفهومی چیست؟

افزایش درک در دانش‌آموزان ضعیف‌تر می‌شود
(آل و هاونز ۱۹۹۷).

نقشه مفهومی چگونه ساخته می‌شود؟

یکی از نکات اصلی در رسم نقشه مفهومی تعیین سطح دانش یادگیرندگان قبل از شروع با این راهبرد می‌باشد. به اعتقاد آزوبل و نوواک (۱۹۷۸)، تنها عامل مهم که متأثر کننده یادگیری گیرندگان می‌باشد آن چیزهایی است که در حال حاضر می‌دانند. پس، مدرس باید سطح دانش خود را قبل از شروع فرایند یادگیری تدریس مشخص نماید (لیوبای و ملوت ۱۹۹۸).

فرایند رسم نقشه مفهومی نسبتاً ساده است. نقشه مفهومی از مفاهیم و جملات ارتباطی مرتبط با یک موضوع خاص تشکیل شده است. مفاهیم در یک چهارچوب هرمی قرار داده می‌شوند و ارتباطات آنها به شکل بالا به پایین و یا پایین به بالا رسم می‌شود (بیتز ۱۹۹۸).

مک‌کگ و دانسر^۴ اعتقاد دارند که هر نقشه مفهومی باید دارای سه ویژگی زیر باشد:
۱ - ساختار سلسله مراتبی داشته باشد. این امر معرف آن است که هر مفهوم باید جزئی از مفاهیم دیگر باشد.

نواک و گووین^۱، محققین آموزشی، براساس نظریه‌های یادگیری معنی‌دار و نظریه جذب یادگیری آزوبل (۱۹۷۶)، راهبرد نقشه مفهومی را ابداع نمودند. آنها این روش نوین آموزشی را به عنوان ابزاری ارزشمند برای ارتقاء یادگیری معنی‌دار پیشنهاد کردند (دیلی و همکاران^۲ ۱۹۹۹).

نقشه مفهومی یک نمایش تصویری از نحوه ارتباط یک مفهوم با مفهوم دیگر و همچنین ارتباط این مفاهیم با دیگر مفاهیم مرتبط با یک موضوع خاص می‌باشد. امروزه، ثابت شده است که ارائه تصویری اطلاعات و حقایق به افراد باعث ارتقاء یادگیری در آنها می‌شود. براین اساس، نقشه مفهومی یک نوع تجزیه و تحلیل سازمان‌دهی شده فرد از ایده‌ها و مفاهیم مرتبط با یک موضوع است که به صورت تصویری نشان داده شده است (ویلکز و همکاران^۳ ۱۹۹۹).

این راهبرد آموزشی ابتدا در رشته‌های مرتبط با روانشناسی پرورشی مورد سنجش قرار گرفت. مطالعات انجام شده بر روی این راهبرد، استفاده از آن را مثبت قلمداد کرده‌اند و نشان داده‌اند که این راهبرد باعث افزایش یادآوری دانش در یادگیرندگان ممتاز و

¹ - Novak and Gowin

² - Daley et al

³ - Wilkes et al

⁴ - Mccagg & Dansereau

۲ - ساختار زنجیره‌ای داشته باشد. این امر معرف آن است که مفاهیم باید با هم ارتباط داشته باشند.

۳ - ساختار خوشه‌ای داشته باشد. این امر نشان‌دهنده یکسان بودن اولویت برخی از مفاهیم با هم است (اسمیت^۱ ۱۹۹۲).

برای رسم نقشه مفهومی روش‌های متعدد و تقریباً مشابهی پیشنهاد شده است. یکی از روش‌های ساده ولی اساسی در رسم نقشه مفهومی به شرح زیر است. با رعایت این مراحل می‌توان یک نقشه مفهومی مناسب را رسم نمود.

۱ - مفهوم و یا مفاهیم اصلی نقشه را انتخاب و در بالای یک صفحه فهرست شود.

۲ - مفاهیم از کلی به جزئی رتبه‌بندی شود.

۳ - براساس دو معیار زیر مفاهیم خوشه‌بندی شود:

• مشابه بودن سطح انتزاعی مفاهیم (افقی)

• ارتباط بین مفاهیم (عمودی)

۴ - مفاهیم به شکلی مرتبط با هم مرتب شده و ارتباطات بین مفاهیم را رسم شود.

۵ - مفاهیم مرتبط با هم به وسیله فلش‌های ارتباطی (بدون جهت، با جهت یک طرفه و یا دوطرفه) به هم وصل شده و در روی هر فلش جملات ارتباطی، که شرحی از ارتباط دو مفهوم هستند، نوشته می‌شود.

نمونه‌هایی از این جملات عبارتند از: «مربوط است به»، «تشکیل شده است از» و جملاتی مشابه اینها.

۶ - نقشه رسم شده مرور و در صورت لزوم در آن تغییرات مناسب و لازم اعمال شود.

پس از رسم نقشه مفهومی باید از درست رسم شدن آن اطمینان حاصل شود. وجود معیارهای زیر در یک نقشه مفهومی می‌تواند بر رسم درست آن حکایت داشته باشد:

• در انتهای هر شاخه یک مثال از مفهوم انتهایی وجود داشته باشد.

• دور مفاهیم، دایره، یا بیضی و یا اشکال دیگری کشیده شده باشد.

• برای ارتباط مفاهیم از خطوط استفاده شده باشد. برای ارتباطات قوی از خطوط پررنگ و برای ارتباطات ضعیف از نقطه‌چین استفاده شده باشد.

• از فلش‌ها برای نشان‌دادن جهت ارتباط استفاده شده باشد.

• بر روی تمام خطوط ارتباطی، جملات ارتباطی نشان‌دهنده نوع ارتباط نوشته شده باشند (کینگ و شل ۲۰۰۲، لیوبای و برازنی ۱۹۹۸).

در شکل ۱ براساس قواعد بالا یک نقشه مفهومی در مورد مفهوم نقشه مفهومی رسم شده است.

¹ - Smith

انواع نقشه مفهومی

باید توجه داشت که به اشکال مختلفی می‌توان نقشه‌های مفهومی را رسم نمود. چند مورد از مهمترین این اشکال شامل موارد زیر است:

۱ - نقشه‌های عنکبوتی^۱: در این نوع از نقشه‌های مفهومی مفهوم اصلی در وسط و مفاهیم دیگر در اطراف آن قرار داده می‌شوند. یک نما از نوع نقشه‌ها در شکل ۲ نشان داده شده است.

۲ - نقشه‌های هرمی^۲: در این نوع از نقشه‌های مفهومی، مفهوم اصلی در بالای صفحه و مفاهیم زیر دسته این مفهوم در پایین آن قرار داده می‌شوند. یک نما از این نوع نقشه‌ها در شکل ۲ نشان داده است.

۳ - چارت‌های پویا: در این روش نقشه‌های مفهومی به شکل خطی و در حال جریان رسم می‌شوند. در شکل ۲ یک مثال از این نوع نقشه‌ها نشان داده شده است.

۴ - نقشه‌های سیستمی: تفاوت این نوع از نقشه‌های مفهومی با انواع دیگر در این است که این نوع از نقشه‌های مفهومی دارای درون‌داد و برون‌داد هستند. یک نما از این نوع نقشه‌ها در شکل ۲ نشان داده شده است (آل و هاونز ۱۹۹۷).

نواک معتقد است که بهتر است نقشه مفهومی را به صورت هرمی رسم نمود، زیرا، براساس نظر شناخت‌گرایان، از جمله آزوبل، مغز انسان اطلاعات را به صورت هرمی سازمان می‌دهد. بنابراین، وقتی که نقشه به صورت هرم رسم می‌شود با راحتی بیشتری می‌تواند به ساختار شناختی یادگیرندگان جذب شوند (لیوبای و برازینیا ۱۹۹۸).

موارد کاربرد نقشه مفهومی در آموزش پرستاری

۱ - نقشه مفهومی برای آموزش نظری دانشجویان آموزش فرایندی پویا و مستمر می‌باشد که جهت نیل به اهداف مورد نظر آن باید به نکاتی توجه شود. آموزش پرستاری به این لحاظ که در دو محیط بالینی و نظری قرار دارد دارای ویژگی‌ها و مشکلات خاص خود می‌باشد. یکی از مهمترین این مشکلات مسئله پیوند و همگرایی بین آموزش نظری و بالینی می‌باشد (شهریاری ۱۳۷۵). نقشه مفهومی راهبردی مؤثر برای برقراری پیوند بین دانش و عمل در پرستاری است و می‌توان، از آن برای آموزش دانش پایه عمل برای دانشجویان پرستاری استفاده نمود (ویلکز و همکاران ۱۹۹۹).

دانشجویان و مربیانی که از روش نقشه مفهومی برای آموزش استفاده نموده‌اند آن را روشی مؤثر می‌دانند. این روش، به یادگیرندگان کمک می‌کند که در یادگیری

1 - Spider Maps

2 - Hierarchy Maps

خود مستقل باشند، اطمینان بیشتری در مورد دانش خود داشته باشند و دارای گنجینه‌ای از دانش معنی‌دار باشند. از طرف دیگر، این روش به مدرسین پرستاری کمک می‌کند که بیشتر بر روی دانشجویان ضعیف کار کنند و نیروی بیشتری را برای ارتقاء یادگیری در آنها صرف نمایند (ویلکز و همکاران ۱۹۹۹، دالی ۱۹۹۶، روبرتز و همکاران ۱۹۹۵).

برای مثال، پارسا یکتا و همکاران در پژوهشی شبه تجربی که در سال ۱۳۸۱ در تهران انجام دادند به بررسی تأثیرات روش نقشه مفهومی بر روی یادگیری نظری ۳۰۵ دانشجوی کارشناسی پرستاری دانشکده‌های پرستاری تهران در مبحث بیماری‌های قلب و عروقی پرداختند. این دانشجویان، با روش تصادفی، به دو گروه شاهد و تجربی تقسیم شدند. آموزش دانشجویان گروه شاهد با روش سنتی و آموزش دانشجویان گروه تجربی با روش نقشه مفهومی انجام شد. پس از اتمام ۵۵ هفته دوره آموزش، یک پس‌آزمون انجام شد و نتایج مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که میزان یادگیری دانشجویان گروه تجربی به صورت معنی‌داری ($p = 0/001$) بالاتر از دانشجویان گروه شاهد بود.

۲ - نقشه مفهومی برای ارتقاء تفکر انتقادی

امروزه، حفظ حرفه پرستاری نیازمند این است که فارغ‌التحصیلان پرستاری دارای مهارت‌های تفکر انتقادی باشند. سوالی که مطرح می‌شود این است که چگونه می‌توان این مهارت‌ها را در دانشجویان ارتقاء داد (لاکوسکی^۱ ۲۰۰۳). مشکلی که مدرسین پرستاری، در این زمینه، گزارش می‌کنند روش آموزش و ارزشیابی تفکر انتقادی می‌باشد. ارتقاء تفکر انتقادی در یادگیرندگان نیازمند راهبردهای آموزشی است که بتوانند آنان را در فرایند یادگیری کمک نمایند (ویلکز ۱۹۹۹).

نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روش نقشه مفهومی یک روش مؤثر آموزشی برای آموزش و ارتقاء مهارت‌های تفکر انتقادی می‌باشد. همچنین، یک راه عالی برای ارزشیابی مهارت‌های تفکر انتقادی نیز می‌باشد، زیرا که نقشه مفهومی یک ارائه تصویری از فرایند تفکر یادگیرندگان را منعکس می‌نماید (لاکوسکی ۲۰۰۳، کاتول و همکاران^۲ ۱۹۹۸).

در مطالعه‌ای که توسط دیلی و همکاران، گلاسپ و پیاستین (۱۹۹۹) انجام شد از روش نقشه مفهومی برای آموزش و ارزشیابی تفکر انتقادی در دانشجویان پرستاری استفاده گردید. آنها ۵۴ دانشجوی پرستاری را به ۶ گروه بالینی تقسیم کردند و به آنها در مورد روش ساخت نقشه آموزش دادند. پژوهشگران در طول دوره

¹ - Luckoski

² - Kathol et al

کارآموزی بالینی با روش نقشه مفهومی به دانشجویان خود آموزش دادند. از آنها خواستند که در طول دوره هر کدام چندین نقشه مفهومی در مورد مباحث ارائه شده را رسم نمایند و سپس، در پایان دوره به طور تصادفی نقشه‌های ۳ دانشجو از هر گروه را مورد ارزشیابی قرار دادند. پژوهشگران براساس تعداد خطوط ارتباطی و همچنین براساس گزاره‌ها و مفاهیم انتخاب شده توسط دانشجویان برای رسم نقشه، به نقشه‌های رسم شده توسط دانشجویان نمره دادند و مشاهده کردند که تفاوت نمره کسب شده توسط نقشه‌های اولیه دانشجویان با نقشه‌های نهایی آنها ۹۸/۱۶ بود که این تفاوت توانست معنی داری آماری را کسب نماید ($p = ۰/۰۰۱$). پژوهشگران، در نهایت، اینگونه نتیجه گرفتند که رشد نقشه‌ها نشان‌دهنده رشد تفکر دانشجویان درباره موضوع مورد بحث بوده است و می‌تواند نشانه‌ای از رشد مهارت‌های تفکر انتقادی در آنها باشد.

۳ - نقشه مفهومی برای آموزش بالینی

استفاده از نقشه مفهومی در محیط بالینی باعث ارتقاء مهارت‌های تفکر انتقادی در یادگیرندگان شده و آنان را برای محیط‌های بالینی آینده آماده می‌نماید. به علاوه، با این روش، دانشجویان درمی‌یابند که چه چیزهایی را درک کرده‌اند و در مورد چه چیزهایی نیاز

به یادگیری دارند (مکنایت و همکاران^۱، ۱۹۸۷، کاستلینو و شواستر^۲ ۲۰۰۲). مدرسین و دانشجویان پرستاری معتقدند که این روش باعث کاهش زمان لازم برای انجام کارها شده و میزان ثبت را کاهش می‌دهد و در نهایت، نقشه طرح شده ویژه بیمار می‌باشد (مکنایت و همکاران ۱۹۸۷).

نقشه مفهومی بالینی ابزاری است که می‌توان از آن در موارد بالینی متعددی استفاده کرد که مهمترین‌های آن عبارتند از کنفرانس‌های بالینی، امتحانات بالینی و بررسی جنبه‌های روانی - اجتماعی مددجویان (باوخ و ملوت ۱۹۹۸).

۴ - نقشه مفهومی برای آموزش، طرح و ثبت برنامه مراقبتی

استفاده از نقشه مفهومی برای آموزش، طرح و ثبت برنامه مراقبتی سبب می‌شود که دانشجویان بتوانند به راحتی ارتباطات درونی بین مشکلات بیماران را پیدا کنند و مهارت‌های تفکر انتقادی و تفکر خلاق را در خود ارتقاء دهند (مولر و جانستون^۳ ۲۰۰۱) مهمترین مزیت روش نقشه مفهومی به روش سنتی طرح و ثبت برنامه مراقبتی این است که این روش باعث تمرکز بیشتر دانشجویان بر روی بیماران خود شده و در واقع مدل

¹ - Mcknight et al

² - Castellino & Schuster

³ - Muller and Johnstone

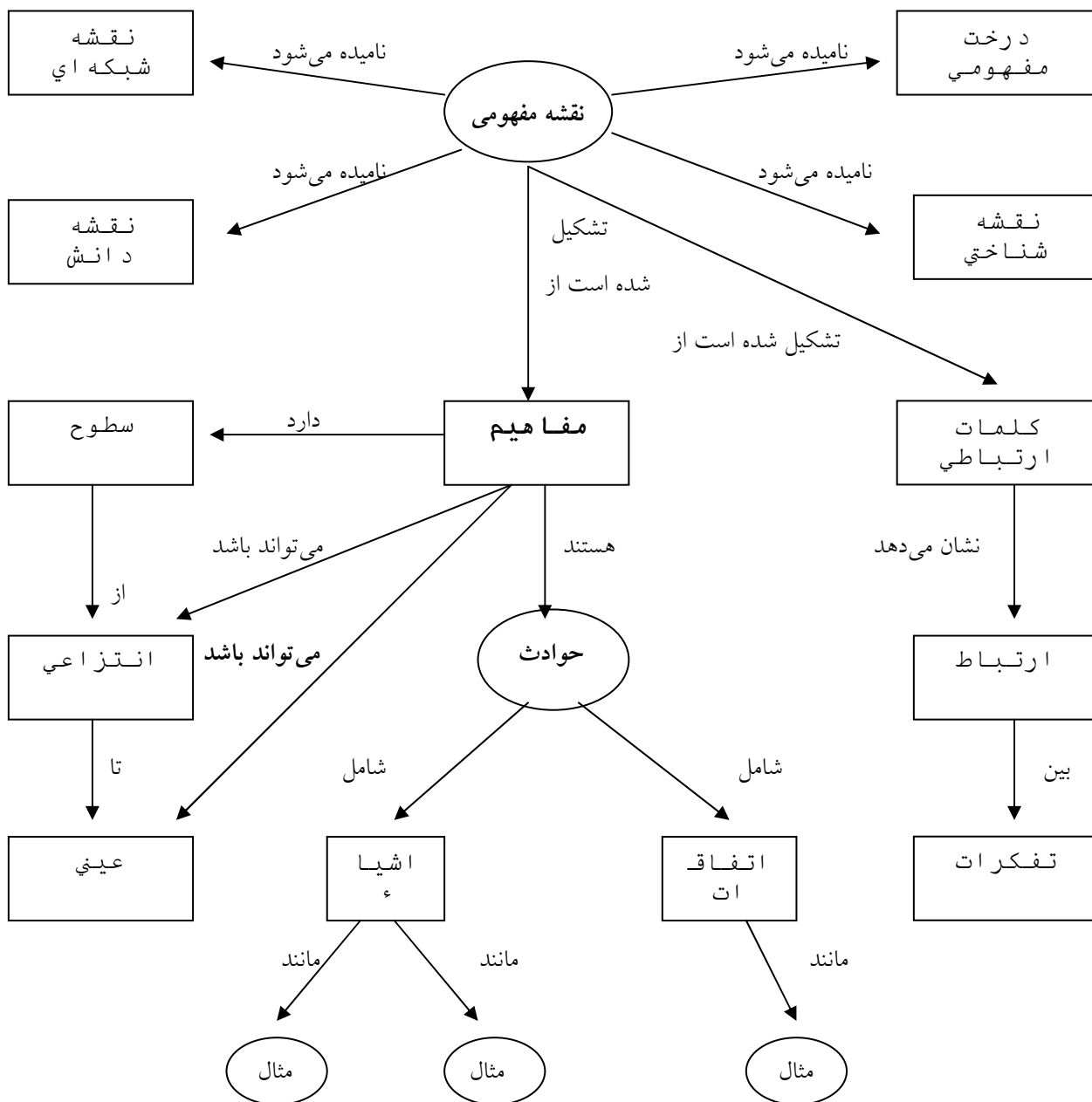
مراقبتی بیماری مدار را به مدل بیمار مدار تغییر می‌دهد (مولر و جانستون ۲۰۰۱). از دیگر مزایای این روش این است که دانشجویان و مدرسین آن را روشی مناسب در سازمان‌دهی طرح مراقبتی، انجام مراقبت‌های همه جانبه و تکامل مهارت‌های تفکر انتقادی می‌دانند و نگرش مثبتی به آن دارند. همچنین، این روش کاربرد دانش عملی در بالین را راحتتر می‌نماید و باعث کاهش شکاف تئوری و عمل در پرستاری می‌شود. (مولر و جانستون ۲۰۰۱).

مطالعه‌ای توسط مولر و جانستون در سال ۲۰۰۱ انجام شد آنان به دانشجویان پرستاری آموزش دادند که به جای رسم روش چهار ستونی و مرسوم برنامه مراقبتی از نقشه مفهومی برای رسم برنامه مراقبتی استفاده کنند. آنها در نهایت از این دانشجویان در مورد دیدگاهشان درباره تأثیرات این روش ثبت پرداختند. دانشجویانی که با این روش کار کرده بودند این روش را بسیار ساده دانسته بودند و بیان داشته بودند که این روش زمان نوشتن طرح مراقبتی را نیز کاهش می‌دهد و باعث تمرکز

هرچه بیشتر آنها بر روی بیمار می‌شود (مولر و جانستون ۲۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

همانگونه که مطرح شد، امروزه اغلب مربیان پرستاری درصدد ارتقاء یادگیری واقعی و معنی‌دار در یادگیرندگان خود می‌باشند. باید توجه داشت که این حرکت به سمت یادگیری معنی‌دار زمانی سودمند خواهد بود که توسط راهبردهای آموزشی مناسبی حمایت شود. نقشه مفهومی ابزاری فراشناختی است که در سالهای اخیر ابداع شده و تأثیر بسیار عالی آن در ارتقاء یادگیری معنی‌دار به خوبی ثابت شده است. با این حال، هنوز تعداد پژوهش‌های پرستاری که به صورت تجربی تأثیر این رویه را سنجیده باشند کم است. اما همین تحقیقات اندک نیز تأثیر این رویه در آموزش پرستاری را نشان داده‌اند. سوالی که مطرح می‌شود این است که چرا این راهبرد آموزشی با این تأثیرات مناسبی که دارد هنوز مورد غفلت مدرسین پرستاری قرار می‌گیرند؟



شکل (۱): نقشه مفهومی در مورد نقشه مفهومی

الف) چارت پویا

ب) چارت هرمی

ج) چارت عنکبوتی

د) چارت سیستمی

شکل (۲): انواع روشهای رسم نقشه مفهومی با استفاده از اشکال

- شهریاری م (۱۳۷۵) نقش مربیان پرستاری در پیوند بین آموزش تئوری و بالینی دانشجویان پرستاری. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان*. شماره ۵: ص ۴۹ - ۴۴.
- پارسا یکتا ز، و همکاران (۱۳۸۲) تأثیر تدریس به روش نقشه‌کشی مفاهیم بر یادگیری دانشجویان کارشناسی پرستاری. *خلاصه مقالات اولین همایش بین‌المللی اصلاحات و مدیریت تغییر در آموزش پزشکی*. تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۱ - ۹ آذر ۱۳۸۲، ص ۱۹۹.
- All Ac, Havens RL (1997) Cognitive/ concept mapping: a teaching strategy for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 25, 1210 – 19.
- Baugh NG, Nellott KG (1998) Clinical concept mappings as preparation for student nurses' clinical experiences. *Journal of Nursing Education*. 37 (6) 253 – 56.
- Beitz JM (1998) Concept mapping: navigating learning process. *Nurse Educator*. 23(5), 35 – 41.
- Castellino AR, Schuster PM (2002) Evaluation of outcomes in nursing students using clinical concept map care plans. *Nurse Educator*. 27(4), 149 – 50.
- Daley B (1996) Concept maps: linking nursing theory to clinical nursing practice. *The Journal of Continuing Education in nursing*. 27(1), 17 – 27.
- Daley BJ et al (1999) Concept maps: a strategy to teach and evaluating crtical thinking. *Journal of Nursing Education*. 38 (1), 42 – 47.
- Irvin LM (1995) Can concept mapping be used to promote meaningful learning in nursing education? *Journal of Advanced Nursing* .21, 1175 – 79.
- Johonson G, Lehman BB (1988) Clinical exam: a summative evaluation tool. *Journal of Nursing Education*.27(8), 373 – 74.
- Kathol D et al (1998) Clinical correlation maps are a tool for linking theory and practice. *Nurse Educator*. 23(4), 31 – 34.
- King M, Shell R (2002) Concept maps: teaching and evaluating critical thinking with concept mapping. *Nurse Educator*: 27 (5) 2002.
- Leaby BA, Brazina P (1998) Concept mapping: potential uses in accounting education. *Journal of Accounting Education*. 16(1). 123 – 38.
- Luckowski A (2003) Concept mapping as a critical tool for nursing education. *Journal of Nursing Staff Development*. 19(5), 225 – 30.

- Marjorie K, Renee Sheel (2002) Teaching and evaluating critical thinking with concept maps. *Nurse Educator*. 27(5), 2002.
- Mccagg Ec, Dansereau DF (1991) A convergent paradigm for examining knowledge mapping as a learning strategy. *Journal of Educational Research*. 84(6), 317 – 324.
- Mcknight J et al (1987) The objective structured clinical examination: an alternative approach to assessing student clinical performance. *Journal of Nursing Education*. 26 (1), 39 – 41.
- Muller A, Johnston M (2001) Mind – mapped care plans: a remarkable alternative to traditional nursing care plans. *Nurse Educator*. 26(2), 75 – 80.
- Muller A, Johnson M, Bligh D (2002) Joining mind mapping and care planning to enhance student critical thinking and achieve holistic nursing care. *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*. 13(1), 24 – 27.
- Nancy GB, Karen Gm (1998) Clinical concept mapping as preparation for student nurses' clinical experiences. *Journal of Nursing Education*. 37(6). 253 – 56.
- Rafferty CD, Fleschner LK (1993) Concept mapping: a viable alternative to objective and essay exam. *Reading Research and Instruction*. 32(3), 25 – 34.
- Roberts CM, Sucher K, Perrin DG, Rodriguez S (1995) Concept mapping: an effective instructional strategy for diet therapy. *Journal of the American Diet Association*. 95(8), 908 – 13.
- Smith BE (1992) Linking theory and practice in teaching basic nursing skills. *Journal of Nursing Education*. 31(1), 16 – 23.
- Wilkes L et al (1999) Concept mapping: promoting science learning in BN learners in Australia. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 30(1), 37 – 43.

بررسی اثر موسیقی بر میزان افسردگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران

شهر تهران در سال ۱۳۸۲

شیرین حجازی^۱

شیدا امیدی^۲

دکتر حسن عشایری^۳

دکتر محمود محمودی^۴

چکیده

مقدمه: افسردگی یک اختلال خلقی است که بر فکر، احساس، رفتار و عملکرد جسمانی فرد تأثیر می‌گذارد. درمان افسردگی شامل دارودرمانی، شوک درمانی و روان‌درمانی می‌باشد که برای تعدادی از مبتلایان، درمان‌ها غیرقابل دسترس بوده یا از توان اقتصادی آنها خارج می‌باشد و عده بسیاری از آنان قادر به تحمل عوارض جانبی داروها نمی‌باشند. امروزه از موسیقی درمانی برای درمان بسیاری از بیماریهای جسمی و روانی از جمله افسردگی استفاده می‌شود. موسیقی درمانی یک درمان کم هزینه، بدون خطر و قابل دسترس برای همگان می‌باشد.

هدف: این پژوهش با هدف کلی بررسی تأثیر موسیقی بر میزان افسردگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۸۲ انجام شده است.

مواد و روش: این پژوهش یک تحقیق نیمه تجربی است به این منظور از بین دانشجویان دختر ساکن در خوابگاههای دانشگاه علوم پزشکی ایران در شهر تهران ۴۸ نفر از دانشجویان داوطلب مبتلا به افسردگی که جهت شرکت در مطالعه، رضایت کامل داشتند به روش نمونه‌گیری داوطلبی انتخاب شدند و از این تعداد، ۲۴ نفر از آنان که تمایل به شرکت در جلسات موسیقی درمانی داشتند در گروه تجربه و بقیه در گروه شاهد قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها یک فرم پرسشنامه دموگرافیک و یک فرم سنجش افسردگی بک بود.

۱ - کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی
۲ - کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی
۳ - دکترای مغز و اعصاب و روانپزشک و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی - درمانی ایران
۴ - دکترای آمار حیاتی و عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم
پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران

اعتبار پرسشنامه از طریق اعتبار محتوا و پایایی آن توسط آزمون مجدد اندازه‌گیری شد. گروه تجربه به مدت ۸ جلسه یک روز در میان و هر جلسه ۲۰ دقیقه بصورت گروهی به موسیقی انتخابی گوش می‌دادند.

یافته‌ها: نشان داد که اختلاف میانگین نمرات افسردگی دو گروه شاهد و تجربه با استفاده از آزمون t مستقل قبل از پخش موسیقی تفاوت معنی‌داری نداشته ولی بعد از پخش موسیقی این تفاوت معنی‌دار شده است و افسردگی در گروه موسیقی درمانی کاهش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های مطالعه حاضر این‌گونه نتیجه‌گیری می‌شود که موسیقی باعث کاهش علائم افسردگی می‌شود و پیشنهاد می‌شود که در درمان افسردگی از موسیقی استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی : افسردگی، موسیقی

مقدمه

افسردگی نوعی اختلال خلق یا اختلال عاطفی می‌باشد که فرد مبتلا از خلق ناشاد، احساس دلتنگی و غمگینی و فرورفتن در خیالات واهی شکایت می‌کند که این علائم بمدت دو هفته یا غالباً بیشتر تداوم دارند (شمس ۱۳۸۰). افسردگی یکی از شایعترین اختلالات عاطفی، روانی می‌باشد (منبر^۱ ۲۰۰۲).

سالانه حدود ۱۹ میلیون آمریکایی دچار افسردگی می‌شوند (کلیفورد و همکاران^۲ ۱۹۹۹) و میلیونها دلار هزینه صرف این بیماری می‌گردد (نوناس و کوهن^۳ ۱۹۹۸).

پژوهش‌ها نشان داده که کادر بهداشتی درمانی بیشتر از سایر مردم به این بیماری دچار می‌شوند

(معروفی ۱۳۸۰). طبق بررسی که مولوی در سال ۱۳۷۹ انجام داد میزان شیوع افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی اردبیل ۵۷/۶ درصد بوده و همچنین میزان شیوع افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی گناباد ۶۲/۵ درصد تخمین زده شده (توکلی‌زاده و محمدپور ۱۳۸۰). روشهای درمانی افسردگی شامل دارودرمانی، شوک درمانی و روان درمانی می‌باشد (شمس ۱۳۸۰). در بررسی‌های انجام شده ۳۰ تا ۳۵ درصد افرادی که از داروهای ضدافسردگی استفاده می‌کنند به درمان پاسخ نمی‌دهند و بسیاری از بیماران بصورت ناقص درمان می‌شوند زیرا عملاً در هنگام مصرف دارو با عوارض جانبی یا عدم تحمل دارو روبرو می‌شوند (کلر و همکاران^۴ ۲۰۰۰). همچنین بعلاوه سایر درمانها برای

¹ - Manber

² - Clifford et al

³ - Nonace and Cohen

⁴ - Keller et al

بیماران غیرقابل دسترس و گران قیمت و ناراحت کننده می باشد (کیتا و همکاران^۱ ۲۰۰۲).

امروزه از موسیقی درمانی برای درمان بسیاری از بیماریها استفاده می شود (هندریکز^۲ ۲۰۰۱).

تحقیقات نشان می دهد که موسیقی با تحریک مراکز عواطف در مغز (سیستم لیمبیک) بر اعصاب مرکزی و خودکار، واکنش های بیوشیمیایی و عضلانی اثر گذاشته و همچنین با تأثیر بر حافظه و یادآوری خاطرات و احساسات گذشته تغییراتی را در شرایط فیزیکی و پزشکی بر جای می گذارد (زاده محمدی ۱۳۸۱).

موسیقی درمانی و بکارگیری موسیقی برای بهبود، پیشرفت و ارتقاء عملکرد روحی - روانی عموم مردم ضروری است (عشایری و همکاران ۱۳۸۱).

مطالعات علمی تأثیر مثبت موسیقی درمانی را روی جسم، مغز و روح کودکان و بزرگسالان نشان داده است (انجمن سرطان آمریکا ۲۰۰۲). امروزه از موسیقی درمانی در طیف وسیعی استفاده می شود بطوریکه در بیمارستانهای روانی، مراکز توانبخشی، کلینیک های سرپایی، مراکز ترک اعتیاد و الکل و آسایشگاهها، خانه های بهداشت، خانه های سالمندان و مدارس از این روش استفاده می شود.

بررسی ها نشان داده اند که موسیقی روی تعداد نبض، تعداد تنفس، میزان فشارخون، بد خوابی، بی خوابی، افسردگی و اضطراب اثر درمانی دارد. (ازون و همکاران^۳ ۲۰۰۲).

به واسطه شیوع بالای افسردگی در میان دانشجویان گروه علوم پزشکی و پرهزینه و طولانی مدت بودن درمان های دارویی و غیردارویی مرسوم، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر موسیقی بر افسردگی دانشجویان انجام شد. با انجام این پژوهش می توان راه حل مناسب، بدون خطر، کم هزینه و آسان جهت پیشگیری و درمان این بیماری ارائه و زمینه را برای مطالعه و استفاده وسیعتر در زمینه موسیقی درمانی فراهم کرد.

مروری بر مطالعات

در پژوهش تجربی که والس و هامل^۴ در سال ۲۰۰۱ انجام دادند تأثیر موسیقی را بر اضطراب، ضربان قلب و فشارخون بیمارانی که در انتظار کاتتریزاسیون قلبی بودند بررسی نمودند. این پژوهش بر روی ۱۰۱ بیمار انجام شد و مشاهده گردید که گوش دادن به موسیقی باعث کاهش ضربان قلب، فشارخون سیستولیک و اضطراب این بیماران شده است. پژوهش دیگری توسط هندریکز در سال ۲۰۰۱ تحت عنوان تأثیر موسیقی

³ - Ezzon et al

⁴ - Wallace and Hamel

¹ - Keita et al

² - Hendricks

بر نوجوانان افسرده انجام شد. روش پژوهش تجربی بوده و بر روی ۶۲ دانش‌آموز که در دو مدرسه آمریکا مشغول به تحصیل بودند انجام گرفت. نتایج نشان داد که موسیقی باعث کاهش علائم افسردگی و افزایش خود پنداره در این دانش‌آموزان شد.

همچنین به روش در سال ۱۳۸۰ پژوهشی با هدف تعیین تأثیر موسیقی بر میزان اضطراب بیماران تحت تهویه مکانیکی بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستانهای منتخب شهر ساری انجام داد. این پژوهش یک تحقیق نیمه تجربی بود که بر روی ۳۳ بیمار انجام شد. نتایج بدست آمده نشان داد که موسیقی تأثیر معنی‌داری در کاهش میزان اضطراب و کاهش تعداد ضربان قلب داشته ولی در میزان تنفس و فشارخون تأثیر معنی‌داری نداشته است.

مواد و روش

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی می‌باشد. داده‌ها از یک طرح دو گروهی (گروه دریافت‌کننده موسیقی یا گروه تجربه و گروه شاهد یا گروهی که موسیقی دریافت نکردند) با دو بار اندازه‌گیری بدست آمده است. جامعه پژوهش این مطالعه را دانشجویان دختر ساکن در خوابگاههای دانشگاه علوم پزشکی ایران و نمونه‌های پژوهش را دانشجویان دختر ساکن در یکی از خوابگاههای دانشگاه علوم پزشکی ایران که واجد کلیه

مشخصات واحدهای مورد پژوهش در این مطالعه بودند، تشکیل دادند. در این پژوهش ابتدا از بین دانشجویان ساکن در خوابگاههای دختران دانشگاه علوم پزشکی ایران ۴۸ نفر از دانشجویان که واجد شرایط نمونه‌های پژوهش بودند و جهت شرکت در مطالعه رضایت کامل داشتند به روش نمونه‌گیری داوطلبی انتخاب شدند. از این تعداد ۲۴ نفر که تمایل به شرکت در جلسات موسیقی درمانی داشتند در گروه تجربه و ۲۴ نفر بقیه در گروه شاهد قرار گرفتند.

دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش حائز شرایط زیر بودند:

۱- علاقه به همکاری داشتند. ۲- براساس آزمون افسردگی بک، نمره آنان بین ۱۰ تا ۶۳ بود. ۳- از هیچ داروئی استفاده نمی‌کردند. ۴- از هیچ روش غیرداروئی درمان افسردگی استفاده نمی‌کردند. ۵- از موادمخدر و الکل استفاده نمی‌کردند. ۶- دچار مشکل شنوایی، آسیب مغزی و جراحتهای مغزی نبودند. ۷- در طول دو هفته قبل از انجام پژوهش مشکل خاصی روبرو نشده بود. ۸- به موسیقی علاقه داشتند.

ابزار گردآوری داده‌ها دو پرسشنامه بود. پرسشنامه اول شامل اطلاعات دموگرافیک و جهت بررسی متغیرهای زمینه‌ای و مداخله‌گر بود و پرسشنامه دوم فرم سنجش افسردگی بک مشتمل بر ۲۱ گروه سوال بود که در مقابل هر گروه سوال چهار جواب داده شده بود که

به ترتیب بیانگر خفیف‌ترین تا شدیدترین وجه آن
خصیصه موردنظر به حساب می‌آید.

ارزش کمی هر پاسخ از صفر تا سه به ترتیب زیر
تعیین شده بود. پاسخ اول نمره صفر را به خود اختصاص
می‌داد که بیانگر سلامت روانی فرد بود و پاسخ دوم نمره
۱ و پاسخ سوم و چهارم به ترتیب نمرات ۲ و ۳ را به
خود اختصاص می‌دادند که نشان‌دهنده شدیدترین علائم
مورد سوال بودند.

افرادی که امتیاز ۰ تا ۱۰ می‌گرفتند از سلامت کامل
برخوردار بودند. امتیاز ۱۱ تا ۲۰ نشانه افسردگی خفیف
و امتیاز ۲۱ تا ۳۰ نشانه افسردگی متوسط و امتیاز ۳۱ تا
۴۰ نشانه افسردگی نسبتاً شدید و امتیاز ۴۰ به بالا نشانه
افسردگی شدید و بسیار شدید بوده است.

در این پژوهش اعتبار پرسشنامه دموگرافیک از
روش اعتبار محتوی و پایایی آن به روش آزمون مجدد
سنجیده شد. اعتبار پرسشنامه بک نیز توسط افراد بسیاری
چون وارد، مندلسون، ماک، می و همکاران سنجیده شده
است. این آزمون در سال ۱۳۵۲ در ایران توسط
واهب‌زاده روانسنجی شده است. وی به منظور بررسی
چگونگی ارزش تشخیصی این آزمون در مورد بیماران
افسرده و غیرافسرده سالم در ایران، ارزش تشخیصی آن
را مورد تأیید قرار داد. همچنین پرتو (۱۳۵۲) در یک
تحقیق تجربی در مورد پراکنندگی افسردگی در میان
دانشجویان دانشکده‌های مختلف دانشگاه تهران نشان داد

که این آزمون از اعتبار و پایایی کافی برخوردار است.
وی این آزمون را در سال ۱۳۷۰ بر روی جمعیت ایران
مورد بررسی قرار داد (ازخوش ۱۳۷۹). پایایی پرسشنامه
بک نیز توسط تری، کاپلان و هونگ، وینهلد و افراد
بسیاری دیگری سنجیده شده است. اسپونس و فوست^۱
(۱۹۹۰) می‌نویسند: پرسشنامه افسردگی بک در تشخیص
میزان افسردگی از درجه بالایی از اعتبار و ثبات داخلی
برخوردار است.

سپس پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و
پرسشنامه سنجش افسردگی بک توسط واحدهای مورد
پژوهش تکمیل گردید.

پس از بررسی پرسشنامه‌ها، افراد واجد شرایط
انتخاب و به دو گروه شاهد و تجربه تقسیم شدند و
سپس برای گروه تجربه به مدت ۸ جلسه یک روز در
میان و هر جلسه ۲۰ دقیقه قطعه‌ای منتخب از موسیقی
کلاسیک اثر ویوالدی بصورت گروهی با کاست و ضبط
صوت پخش شد. گروه شاهد طی این مدت موسیقی ذکر
شده را دریافت نکردند. پس از پایان جلسات موسیقی
درمانی مجدداً فرم سنجش افسردگی بک توسط تمام
نمونه‌های مورد پژوهش دو گروه شاهد و تجربه تکمیل
گردید. در این پژوهش جهت مقایسه دو گروه از نظر
مشخصات دموگرافیک قبل از آزمون از تست کای دو و
فیشر استفاده شده و به منظور مشخص نمودن توزیع

^۱ - Stivens and Fost

فراوانی مطلق و نسبی پاسخ سوالات افسردگی و مقایسه آن بین دو گروه شاهد و تجربه قبل و بعد از پخش موسیقی از آزمون من ویتنی و برای مشخص شدن توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ سوالات افسردگی و مقایسه آن در هریک از گروههای شاهد و تجربه قبل و بعد از پخش موسیقی از آزمون ویل کاکسون استفاده گردید. همچنین به منظور مقایسه افسردگی قبل و بعد از پخش موسیقی در هریک از گروههای شاهد و تجربه از آزمون t زوج و برای مقایسه میزان افسردگی بین دو گروه شاهد و تجربه قبل و بعد از پخش موسیقی از آزمون t مستقل استفاده شده است.

معیار ۱/۲۹ و میانگین سن گروه آزمایش ۲۱/۹۲ و انحراف معیار ۱/۳۸ بود که از نظر آماری اختلاف معنی داری نداشتند.

یافته‌ها و نتایج آماری این پژوهش نشان داد که براساس آزمون t مستقل میزان افسردگی دانشجویان در گروه شاهد قبل و بعد از پخش موسیقی تغییرات معنی داری نداشته ولی این میزان پس از پخش موسیقی تفاوت معنی داری نشان داده است.

همچنین میانگین نمرات افسردگی گروه شاهد قبل و بعد از پخش موسیقی با آزمون t زوج تفاوت معنی داری نشان نداده ولی این تفاوت در گروه تجربه با $P = ۰/۰۰۰$ معنی دار شده است (جدول شماره ۱).

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش ۴۸ دانشجوی مورد بررسی قرار گرفتند میانگین سن گروه شاهد ۲۱/۰۲ سال و انحراف

جدول شماره (۱): توزیع میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی و مقایسه آن در دو گروه شاهد و تجربه قبل و

بعد از پخش موسیقی در دانشگاه علوم پزشکی ایران شهر تهران سال ۱۳۸۲

تأثیر موسیقی		بعد از آزمون		قبل از آزمون		مرحله گروه
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۳/۵۴۲۴						تجربه
زوج $t = ۶/۷۴۲$	۴/۸۷۵۰	۴/۶۷۰۱	۹/۳۷۵۰	۳/۹۲۵۹	۱۴/۲۵۰۰	
$p = ۰/۰۰۰$						شاهد
۱/۲۵۰۴						
زوج $t = ۰/۸۱۶$	۰/۲۰۸۳	۳/۸۲۱۹	۱۴/۷۹۱۷	۳/۶۹۴۹	۱۵/۰۰۰۰	
$p = ۰/۴۲۳$						

$t = 5/299$ $p = 0/000$	$t = -4/057$ $p = 0/000$	$t = -0/682$ $p = 0/499$	نتیجه آزمون
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که موسیقی بر روی کاهش علائم افسردگی مؤثر بوده و فرضیه این پژوهش مورد تأیید قرار گرفت در این رابطه تحقیقی که راب و ابرترز^۱ در سال ۲۰۰۳ روی شش کودک افسرده که تحت پیوند مغز استخوان قرار گرفته بودند انجام دادند به این نتیجه رسیدند که موسیقی باعث کاهش افسردگی در آنان شده است. همچنین پار^۲ (۱۹۹۸) در بررسی که روی دانش آموزان افسرده انجام داد مشاهده نمود که موسیقی تأثیر مثبتی روی کاهش علائم افسردگی در دانش آموزان داشته است. لذا از آنجائیکه افسردگی می تواند در ایفای نقش فرد و هماهنگی وی با جامعه ایجاد اختلال نماید و همانطور که ذکر شد شیوع آن در دانشجویان علوم پزشکی بیش از مردم عادی است و این دانشجویان در تماس مداوم با بیماران می باشند در نتیجه اختلالات خلقی آنان می تواند یک عامل تهدیدکننده در انجام وظایفشان باشد. به همین دلیل پیشنهاد می شود با فعال سازی مراکز مشاوره و راهنمایی در دانشگاهها و برگزاری جلسات موسیقی درمانی در این مراکز از ایجاد تشدید علائم افسردگی در دانشجویان جلوگیری بعمل آید. همچنین یافته های این پژوهش می تواند توجه

پزشکان، روانپرستاران و روانشناسان و مراکز خدمات بهداشتی درمانی را به اهمیت موسیقی درمانی در درمان افراد افسرده معطوف دارد. آنها می توانند از این روش که هم آسان و هم از نظر اقتصادی مقرون به صرفه می باشد و هم برای اغلب مردم قابل دسترس است برای کنترل و درمان این بیماری استفاده نمایند.

از آنجائیکه تعداد افراد افسرده در جامعه و عصر کنونی بسیار زیاد می باشد حتی این روش را می توان در مدارس، دانشگاهها، ادارات، بیمارستانها و اماکن عمومی نیز بکار برد. در زمینه آموزش پرستاری و سایر رشته های روانپزشکی و توانبخشی، مدیران و مسئولین آموزشی می توانند دروسی را در ارتباط با نحوه آموزش موسیقی درمانی و فواید آن در مطالب درسی دانشجویان بگنجانند تا پس از فارغ التحصیلی در امر مراقبت از بیماران بکار گرفته شود.

نتایج این پژوهش می تواند راهگشای برنامه ریزیهای کارکنان بهداشت و درمان جهت کاربرد روشهای غیردارویی برای درمان بسیاری از بیماریها باشد.

¹ - Robb and Ebberts

² - Parr

- ازخوش م (۱۳۷۹) کاربرد آزمونهای روانی و تشخیص بالینی. تهران: نشر روان
- بلکبرن ای (۱۳۸۰) *مقابله با افسردگی و شیوه‌های درمان آن*. ترجمه: شمس گ. تهران: انتشارات رشد.
- بهروش ا (۱۳۸۰) بررسی تأثیر موسیقی بر میزان اضطراب بیماران تحت تهویه مکانیکی بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستانهای منتخب شهرستان ساری سال ۱۳۸۰. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری*. دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی.
- توکلی‌زاده ج، محمدپورغ (۱۳۸۰) بررسی میزان افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد. *مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد*. بهار و تابستان شماره ۱: ۴۰ - ۲۶.
- زاده محمدی ع (۱۳۸۱) *کاربردهای موسیقی درمانی در روانپزشکی و روانشناسی*. تهران، انتشارات اسرار دانش.
- عشایری ح و همکاران (۱۳۸۱) موسیقی درمانی، *ماهنامه هنر موسیقی*، سال پنجم شماره ۳۵: ۲۶.
- معروفی م (۱۳۸۰) بررسی فراوانی نسبی علائم افسردگی در پرستاران بیمارستان دکتر شریعتی اصفهان سال ۱۳۷۶. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان*. شماره ۱۶: ۲۴.
- مولوی پ و همکاران (۱۳۷۹) بررسی میزان شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*. سال سوم، بهار و تابستان، شماره ۵ و ۶: ۳۵ - ۳۱.
- American Cancer Society. [Home page]. 2001. [On line]. <http://www.google.com> [12/5/2002]
- Clifford G, et al (1999) A cross cultural analysis use of the Edinburg postnatal depression scale in health visting practice. *Journal of Advanced Nursing*. 30 (3): 655 - 664.
- Ezzon S et al. *Music Therapy*. 2/03/2002: [On line]. <http://www.google.com>. [12/5/2002].
- Hendricks B. "A study of the use of music therapy techniques in a group for the treatment of adolescent depression". *Music Therapy Depression*. 7/04/2001 [On line]. <http://www.google.com>. [24/12/1381].
- Keita, G.P et al. *Summit on Women and Depression*. 2002. [On line]. <http://www.google.com>. [20/10/1381].
- Keller, MB et al (2000) A comparison of Nagazodone. *New England Journal of Medicin*. 12 (342): 150.

- Manber R “Summit on women & depression”. *Depression Women*. 18/02/2002. [On line]. <http://www.google.com>. [20/10/1381].
- *National Institute of Mental Health*. “Depression research” 2002. [On line]. <http://www.Nimh.nih.gov>. [2/5/1382].
- *National Institute of Mental Health*. [Home page].2001 [On line]. <http://www.google.com>. [17/12/2002].
- Nonace R, Cohen LS (1998). Post partum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *Journal Clinical Psychiatry*. 59: 29.
- Parr J. “Depressed Youths trough music therapy”. *American Counseling Association*. (1998). [On line]. <http://www.Couseling.org>. [07/12/1381].
- Robb SL. Ebberts Ag (2003) “Songwriting and digital video production intervention pediatric patients undergoing bone marrow transplantation”. *Journal of Pediatric Oncological Nursing*. Jan<Feb, 20 (1): 2-15.
- Stivence & Pfof (1990) The relationship of demographic variables ante partum depression. *Journal Clinical Psychology*. 46 (5): 24.
- Wallace J Hamel (2001) The effect of music intervention on anxiety in the patient waiting for cardiac catheterization. *Intensive and Critical Care Nursing*. 17 (2): 280 – 284.

هنگام گزارش عوارض دارویی، نام شرکت سازنده و شماره سری ساخت فرآورده را نیز گزارش نمایید.

ضمن قدردانی از جامعه محترم پزشکی در ارسال گزارشهای عوارض دارویی به این مرکز، از آنجایی که یکی از نکات مهم در بررسی عوارض دریافت شده، اطلاع از نام شرکت سازنده و شماره سری ساخت می‌باشد، از همکاران محترم تقاضا می‌گردد در صورت مشاهده هرگونه عارضه دارویی حتماً نام شرکت سازنده داروی مصرفی و شماره سری ساخت آن را ثبت فرمایند. همچنین در صورتی که عارضه دارویی مربوط به مصرف فرآورده‌های تزریقی است از به دور انداختن پوکه یا ویال فرآورده اجتناب نموده، در محلی مجزا و دور از سایر داروهای مصرفی نگاهداری نمایید و ضمن تماس با شماره تلفن ۶۴۰۴۲۲۳ نمونه مصرفی را به این مرکز تحویل فرمایید. لازم به ذکر است که برای درج نام شرکت سازنده و شماره سری ساخت (Batch No.) در فرم زرد رنگ ADR محل مخصوصی در نظر گرفته شده است که در زیر مشخص گردیده است.

توجه: هرگز به دلیل عدم آگاهی از نام شرکت سازنده یا شماره سری ساخت از گزارش‌دهی عارضه اجتناب نفرمایید.

بسمه تعالی
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - معاونت غذایی و دارویی - دفتر تحقیق و توسعه

مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته (ADR)

۱ - مشخصات بیمار:
نام: _____
نام خانوادگی: _____
سن: _____
جنس: مذکر مونث
باردار
محل سکونت: _____

۲ - نوع عارضه دارویی مشاهده شده و اقدامات انجام شده

۳ - تاریخ شروع عارضه دارویی: _____
تاریخ مشاهده: _____

۴ - سابقه حساسیت و عارضه دارویی بیمار

۵ - سابقه بیمار (آلرژی، بیماری ارثی، نقص آنزیمی، بیماریهای فعلی و ...)

۶ - آیا عارضه مشاهده شده بعد از قطع مصرف دارو، کاهش یافته است؟ بلی خیر
دارو قطع نشده است.

۸ - سرانجام عارضه دارویی؟ بهبودی عدم بهبود نقص عضو مرگ
سایر موارد: _____

۱۰ - یافته‌های آزمایشگاهی مرتبط با عارضه مشاهده شده: _____

۱۱ - داروهای مشکوک به عارضه

نام دارو	مشکل دارویی	مقدار مصرف روزانه	طریقه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت

۱۲ - سایر داروهای مورد مصرف بیمار در زمان ایجاد عارضه

نام دارو	مشکل دارویی	مقدار مصرف روزانه	طریقه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت

مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها دفتر تحقیق و توسعه -

معاونت غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سمینارها



و

کنفرانسها

Improving Care for older people

۱ - بهبود مراقبت از سالمندان

مکان: لندن - انگلستان

زمان: ۸ - ۷ ژوئن ۲۰۰۵

E-mail: www.healthcare-events.co.uk

آدرس:

Prevention and Management of Chronic Conditions

۲ - پیشگیری و درمان بیماریهای مزمن

مکان: بانکوک - تایلند

زمان: ۲۷ - ۲۵ ژانویه ۲۰۰۶

E-mail: www.ra.mahidol.ac.th/nurse/thai/main/org

آدرس:

۳ - چهاردهمین کنفرانس بین‌المللی پرستاری سرطان

مکان: تورنتو - کانادا

زمان: ۲۷ اکتبر تا اول نوامبر ۲۰۰۶

E-mail: Conference@isncc.org

آدرس:

۴ - دومین کنفرانس بین‌المللی پرستاری بهداشت حرفه‌ای

The Second International Conference on Occupational Health Nursing

مکان: تایلند

تاریخ: ۲۷ - ۲۳ اوت ۲۰۰۷

E-mail: phpsl@mahidol.ac.th

آدرس:

۵ - دومین کنفرانس تحقیق کیفی در بهداشت آمریکای لاتین

2nd Latin American conference on qualitative health research

مکان: مادرید - اسپانیا

تاریخ: ۲۵ - ۲۲ ژوئن ۲۰۰۵

E-mail: mmoreno@isciii.es

آدرس:

Breast Cancer: from Gene to Cure

۶ - سرطان پستان: از ژن تا درمان

مکان: آمستردام هلند

تاریخ: ۴-۲ فوریه ۲۰۰۶

E-mail: gtco6@ikca.nl

آدرس:

۷ - کنگره جهانی استئوپروز

World Congress on Osteoporosis

مکان: کانادا

تاریخ: ۶ - ۲ ژوئن ۲۰۰۶

E-mail: info@Osteofund.org

آدرس:

Pernatal Medicine - ۸

مکان: آمریکا

تاریخ: ۱۷ - ۱۱ فوریه ۲۰۰۶

E-mail: elestem@usc.edu

آدرس:

۹ - بیست و دومین کنفرانس بین‌المللی کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی

22nd International Conference - International Society for Quality in Health Care

مکان:

تاریخ: ۲۸ - ۲۵ اکتبر ۲۰۰۵

E-mail: www.isqua.org

آدرس:

۱۰ - کنفرانس بین‌المللی پژوهش پرستاری بهداشت جامعه: چالش‌ها - نوآوری‌ها

مکان: توکیو - ژاپن

تاریخ: ۳۰ سپتامبر تا ۲ اکتبر ۲۰۰۵

E-mail: www.isc-inc.co.JP/icchnr 2005/

آدرس:

Recapping contaminated needles by nurses in emergency departments of hospitals affiliated to Shaheed Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, 2004

Safavi Bayat, Z.

MahfoozPoor, S.Dr.

Bagheri, M.

Alavi Majd, H.

Ashk Torab, T. Dr.

Abstract:

Background: Bloodborne diseases (HBV,HCV,AIDs) are one of the most important occupational hazards in hospitals, which are transmitted by needle sticks. Different hazardous behaviours expose nurses to needle stick which is common in recapping.

Purpose: The purpose of this descriptive study was to assess recapping by nurses.

Method: Subjects were 65 nurses, working at emergency departments in Shohada, Loghman, Imam Hossein, and Taleghani hospitals. Data were collected through an observational ckecklist and an information form. Content validity and interrater reliability were used, and the data were analyzed by SPSS package.

Results: Results showed that %72.3 of nurses were woman with an average age of 30.52 years old and %80 had BS degree. %37 of nurses did recapping and %100 with two hands.

Conclusion: With regard to the common cause of needle stick which is recapping, one third of the subjects did it and, therefore, was exposed to needle stick. Thus, training, reminders, providing safety boxes for needles, and ... can decrease this occupational hazard.

Key words: Recapping, Needle stick, Nurses, Bloodborne diseases.

Quality of life (QOL) instruments for Diabetic Clients

Darvishpour, A.

Abstract:

Background: Diabetes mellitus is a major and complex disease affecting various areas of patient's life.

Purpose: The purpose of this study was to review some of the existing QOL instruments for diabetic clients.

Method: Diabetes quality of life measure for the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT), Diabetes Impact Measurement Scales (DIMS), Diabetes-39, Diabetes Specific Quality of Life Scale (DSQOLS) and health status measure of older African-American women were instruments reviewed in this study. Convergent and divergent validity, factor analysis, three-step multitrait, content validity, test-retest reliability, Cronbach's alpha were methods used for the evaluation.

Findings: Results showed that valid and reliable Iranian versions for QOL measurement should be used in studies.

Key words: Quality of Life, Measurement, Diabetes

Preventive measures for deep vein thrombosis (DVT) in surgical patients at teaching hospitals of Rasht city

Kalhor, M.

Rahimiha, F.

Abstract:

Background: One of the conditions in hospitalized patients with fatal complications including palmonary emboli is deep vein thrombosis (DVT).

Purpose: This descriptive study was conducted to determine how preventive measures for DVT were applied in patients hospitalized at surgical wards of teaching hospitals in Rasht city.

Method: 270 patients were randomly selected over time. Data collection tool was a questionnaire in two parts. In the first part, demographic questions were asked and in the second part, both medicinal and non-medicinal preventive measures were checked. Content validity and interrater reliability were used to make the tool valid and reliable with coefficient correlation more than 75%.

Results: Findings showed that non – medicinal measures were not appropriately applied in most cases (%83.3) while medicinal prevention was common (%55.2). A significant relation was found between medicinal prevention and such variables as sex ($P<0.01$), surgery site ($P<0.001$), anesthesia duration ($P<0.001$), and malignancies ($P<0.001$), but no significant relation was found between non-medicinal methods and demographic variables.

Conclusion: According to the results, non-medicinal measures were not appropriately used which can be attributed to lack of information or concern about risk factors of DVT. Thus, necessary plans should be performed in this regard.

Key words: Deep vein thrombosis (DVT), Prevention, Surgical unit.

Mind mapping: An innovative method in nursing education

Azad, R.

Fathi Azar, A.Dr.

Abstract:

Nursing students need higher levels of cognitive learning for analyzing clients' problems and developing appropriate care plan. They also need high levels of critical thinking skills and problem solving to survive in their professional career. Therefore, learning methods in nursing education should enable students to develop and apply these skills.

Mind mapping as an educational technique is a new method developed in the past two decades and provides an image of thought processes to facilitate learning. Studies have shown that it has positive effects on cognitive learning and improvement of problem solving and critical thinking skills of learners. Thus, in accordance with changes made in general education, nursing education should change as well to apply new and appropriate methods to enable students to fulfill their roles in patient care.

Effects of music on depression in students of Iran University of Medical Sciences, Tehran 2004

Hejazi, Sh.

Ashayeri, H.

Mahmoodi, M.

Omidi, Sh.

Abstract:

Background: Depression is a mood disorder that effects on person's thinking, emotion, behavior and physical functioning. Its treatment includes medication, electroconvulsive therapy (ECT) that are not available or are expensive for some patients and many of them cannot tolerate drugs' side effects. Today, music therapy is used for the treatment of many physical and mental disorders including depression. Music therapy is a low-cost, riskless treatment available for all.

Purpose: This quasi-experimental study was conducted to determine the effects of music on depression in students of Iran University of Medical Sciences in 2004.

Mehod: Of resident girl students at dormitories of the university, 48 subjects with depression voluntarily participated in the study. Of these subjects, 24 students who wanted to take part in music therapy sessions formed experimental group and the rest were placed in control group. Data collection tools included a demographic questionnaire and Beck's depression scale. Content validity and test-retest methods were used to make the questionnaire valid and reliable respectively. The experimental group was listening to its desired music over 8 sesssions every other day. Each session lasted 20 minutes.

Results: Findings showed that mean scores of depression in experimental and control groups were not significantly different before the sessions but after listening to music, they became significantly different. Accordingly, depression decreased in the experimental group.

Conclusion: It can be concluded that music may decrease signs of depression and its use in the treatment of depression is suggested.

Key words: Depression, Music

