

فهرست مندرجات

- * تاثیر روغن ماهی بر افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی ۴
دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ریحانه ایوان بقا، لیلا نوروزی پناهی، دکتر مرتضی قوجازاده، دکتر فاطمه رنجبر کوچکسرای، دکتر مهرانگیز ابراهیمی ممقانی

- * مقایسه تأثیر شیاف واژینال لاکتوباسیلوس اسیدوفیلوس با قرص واژینال مترونیدازول در تنظیم PH ۱۲
واژن مبتلایان به واژینوز باکتریال
حمیده جعفرزاده، ریحانه ایوان بقا، دکتر داود حسن زاده، محمد حسین سروش برحقی، دکترمنیژه سیاح ملی، اصغر محمدپوراصل

- * ارتباط شدت درد با پاسخ‌های عاطفی - روانی و رفتاری بیماران بستری در بخش‌های سوختگی ۲۰
اکرم جهانیان اسفهلان، مزگان لطفی، دکتر وحید زمان زاده، دکتر جلیل باباپور

- * مقایسه رضایت‌مندی مادران از مراقبین زایمانی در مرحله لیبر و زایمان در بیمارستان‌های آموزشی و ۲۹
غیرآموزشی تبریز
فهیمة صحتی، سمیه نقی زاده، شیرین عطری برزنجه، دکتر حسین ابراهیمی

- * تاثیر ورزش بر میزان خستگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ۳۷
مهناز عطاپور، مرضیه اسدی‌ذاکر

- * رضایت دانشجویان پرستاری از مدل همکار آموزش بالینی ۴۴
سیما لک دیزجی، دکتر شهرزاد غیاثوندیان، دکتر مرتضی قوجازاده، سمانه پارچه بافیه

- * تغییر روش‌های پیشگیری از بارداری در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر تبریز ۵۱
ناهید سبزی، محمد حسن صاحبی‌حق، اصغر محمدپور اصل

فہرست مندرجات

تأثیر روغن ماهی بر افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -

درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

ریحانه ایوان بقا: کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشکده پرستاری مامایی تبریز
لیلا نوروزی پناهی: کارشناس ارشد مامایی (نویسنده رابط)

Email: panahyL@yahoo.com

دکتر مرتضی قوجازاده: دکترای فیزیولوژی، استادیار دانشکده پزشکی تبریز
دکتر فاطمه رنجبر کوچکسرایبی: دکترای روانپزشکی، استادیار دانشکده پزشکی تبریز
دکتر مهرانگیز ابراهیمی ممقانی: دکترای تغذیه، استادیار دانشکده بهداشت و تغذیه تبریز

چکیده

مقدمه: افسردگی پس از زایمان از شایعترین مشکلات زنان در سنین باروری می‌باشد. در سالیان گذشته درمان‌های دارویی جدید برای درمان اختلال افسردگی معرفی شده‌اند ولی با توجه به عوارض جانبی داروهای ضد افسردگی و پذیرش بیشتر مادر در دوران شیردهی برای مصرف مکمل‌های تغذیه‌ای نسبت به داروهای شیمیایی، این تحقیق با هدف بررسی تأثیر روغن ماهی بر افسردگی پس از زایمان انجام گرفت.

مواد و روشها: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده دو سوکور بود که بر روی ۱۲۰ زن مبتلا به افسردگی پس از زایمان که شرایط لازم جهت ورود به مطالعه را داشتند انجام گرفت. این مطالعه در سال ۱۳۸۶ و در مراکز بهداشتی - درمانی و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام گرفت. در ابتدا افسردگی با استفاده از مقیاس تشخیص افسردگی پس از زایمان ادینبرگ، در زنان زایمان کرده‌ای که ۲ هفته تا ۳ ماه از زمان زایمان آن‌ها گذشته، تشخیص داده شد. جهت تعیین شدت افسردگی، پرسشنامه تشخیص افسردگی بک مورد استفاده قرار گرفت. زنان با افسردگی خفیف و متوسط که امتیاز ۴۶ یا کمتر را کسب کرده بودند وارد مطالعه شد و بصورت تصادفی ۱ گرم کپسول روغن ماهی یا دارونما به مدت ۸ هفته دریافت نمودند. شدت افسردگی قبل از درمان و هر هفته در طی درمان با مقیاس بک اندازه‌گیری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های t، تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه‌گیری مکرر و رابطه آزمون مجذور کای در نرم افزار SPSS/ver14 استفاده شد.

یافته‌ها: دو گروه روغن ماهی و دارونما از نظر مشخصات دموگرافیک اختلاف معنی‌داری نداشتند. نتایج نشان داد که میانگین شدت افسردگی قبل از درمان در گروه روغن ماهی، $35/4 \pm 9/2$ که پس از درمان به $17/6 \pm 7/0$ کاهش یافت که از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0/005$). میانگین شدت افسردگی قبل از درمان در گروه دارونما $34/2 \pm 8/4$ و پس از درمان به $33/6 \pm 9/3$ تغییر یافت که از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P = 0/57$). کاهش امتیاز شدت افسردگی پس از درمان در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری را نشان داد ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: مصرف کپسول روغن ماهی با دوز ۱ گرم در روز به مدت ۸ هفته سبب کاهش شدت افسردگی پس از زایمان می‌گردد.

کلمات کلیدی: افسردگی پس از زایمان / افسردگی / روغن ماهی

مقدمه

دوران بعد از زایمان مشاهده می‌شوند (۲). افسردگی پس از زایمان^۱ یک مشکل مهم بهداشتی عمومی است که برخی از زنان آن را تجربه می‌نمایند (۳). مطالعات

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های خلقی دومین عامل ناتوانی را در سراسر دنیا تشکیل خواهند داد (۱). اختلالات خلقی بطور شایع در

آوری شدید بعضی از داروها و کاهش ظرفیت مادر در پاسخ به گریه‌های نوزاد در ضمن خواب، تغییر در وضعیت عملکرد جنسی با ایجاد خستگی و تغییر در نقش‌ها (۹)، گیجی، کاهش فشار خون، افزایش تعداد ضربان قلب و ... و اعمال اثر آرامبخشی بر شیر خوار از طریق شیر مادر می‌باشد، لذا مصرف این داروها در طی دوران شیردهی غالباً با محدودیت‌هایی روبرو می‌گردد (۱۴) لذا جستجو به منظور یافتن راه حل جدید و ساده‌تر که با ایجاد تأثیرات مفید، عوارض جانبی کمتری بر مادر و شیرخوار داشته باشند ضروری به نظر می‌رسد.

برخی تحقیقات اخیر ارتباط بین مصرف مکمل تغذیه‌ای روغن ماهی و افسردگی ماژور را نشان داده‌اند (۱۵،۱۶) ولی در مطالعات دیگری تفاوت معنی‌داری در تأثیر امگا-۳ بر افسردگی ماژور و افسردگی پس از زایمان مشاهده نشده است (۱۷،۱۸،۱۹). مکمل تغذیه‌ای امگا-۳ یک اسید چرب اشباع شده شامل دو اسید چرب ضروری بدن (ایکوزاپنتانویک اسید و دوکوزاهگزانوئیک اسید) می‌باشد. اسید چرب امگا-۳ (دوکوزاهگزانوئیک اسید) در رشد طبیعی بچه‌ها نقش مهمی دارد و شیر مادر (در صورتیکه مادر از تغذیه خوبی برخوردار باشد) حاوی دوکوزاهگزانوئیک اسید زیادی است که برای رشد سالم و طبیعی کل سیستم مغز و اعصاب و خصوصاً شبکه چشم شیرخوار لازم و ضروری است (۲۰). این مکمل تغذیه‌ای توسط سازمان بهداشت و غذا تصویب شده و در کشور ما نیز این دارو با مجوز رسمی از وزارت بهداشت به صورت کپسول‌های یک گرمی مصرف می‌شود (۲۱). این کپسول حاوی ۳۰۰mg اسیدهای چرب امگا-۳، ایکوزاپنتانویک اسید و دوکوزاهگزانوئیک اسید (DHA, EPA) می‌باشد. با توجه به شیوع بالای افسردگی پس از زایمان در ایران، عدم تحقیقات کافی در مورد قطعیت اثر این مکمل غذایی بر افسردگی و نیز اقدام در جهت درمان این اختلال با استفاده از روشی بی‌خطر یا کم‌خطر در دوران شیردهی، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر روغن ماهی بر افسردگی پس از زایمان، بر روی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-

کنترل شده، شیوع افسردگی پس از زایمان را حدود ۲۸-۱۰ درصد بر آورد کرده‌اند (۴). شواهدی وجود دارد که زنان آسیایی در معرض خطر بیشتری هستند (۵). شیوع این عارضه در تبریز ۳۰/۵ درصد گزارش شده است (۶). افسردگی پس از زایمان با تغییرات خلق و غمگینی مشخص می‌شود که می‌تواند ۲ تا ۸ هفته پس از زایمان آغاز شده و به مدت ۲ هفته تا چندین ماه پا برجا بماند (۷). بر اساس گزارش کوکس^۱ و همکاران وقوع افسردگی پس از زایمان در ۳ ماه اول بعد از زایمان بیشتر و شدیدتر است (۸). علایم عمده آن شامل خلق پایین، احساس غمگینی و عدم لذت بردن از زندگی، از دست دادن اشتها، اضطراب و اختلال در خواب بوده و مادران از ناتوانی در مراقبت از نوزاد و اشکال در برقراری ارتباط با او، احساس گناه، کاهش اعتماد به نفس و اشکال در تمرکز شکایت دارند (۷). این اختلال می‌تواند با مشکلات جسمی مانند بی‌اشتهایی، درد اندامها، کمر درد، درد مفاصل و مشکلات گوارشی و سر درد همراه باشد، که در نتیجه باعث کاهش توان مادر در مراقبت از کودک گردد (۹). ۱/۰ تا ۲/۰ درصد از زنان به نوع شدید افسردگی به صورت سایکوز پس از زایمان مبتلا می‌شوند (۱۰). عوارض افسردگی پس از زایمان شامل غفلت از کودک، جدایی خانواده، آسیب به خود و حتی اقدام به خودکشی می‌تواند باشد. از دیگر عوارض شایع و مهم این بیماری ایجاد مشکلات هیجانی، رفتاری و تأخیر شناختی در کودکان مادران افسرده می‌باشد (۱۱،۱۲). بایستی توجه داشت که نیمی از زنان با افسردگی پس از زایمان تشخیص داده نمی‌شوند و کمک و درمانی نیز صورت نمی‌گیرد (۳). افسردگی تشخیص داده نشده در این دوران ممکن است منجر به پیشرفت افسردگی مزمن و همچنین در موارد شدید منجر به خودکشی شود (۱۳). در برخورد با این مشکل روش‌های گوناگونی وجود دارد، درمان‌های دارویی جدید نیز برای درمان اختلال افسردگی معرفی شده‌اند ولی از آنجایی که استفاده از داروهای روانگردان در درمان مادران شیرده دارای مشکلاتی از جمله خواب-

درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت.

مواد و روشها

این تحقیق یک کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده دو سوکور بود و از مرداد ۱۳۸۶ تا بهمن ۱۳۸۶ در ۱۰ مرکز بهداشتی - در مانی شهر تبریز که بصورت خوشه‌ای انتخاب شده بودند انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه مادرانی بود که ۲ هفته تا ۳ ماه از زمان زایمان آنها گذشته و مشخصات نمونه‌های پژوهش را دارا بودند. افرادی وارد مطالعه شدند که باسواد، در رده سنی ۴۰-۱۸ سال، زایمان نوزاد ترم تک قلو، زنده و سالم، عدم سابقه ابتلا به بیماری مزمن شناخته شده و یا سیستماتیک، نداشتن مشکلات طبی نظیر پره اکلامپسی و دیابت در طی بارداری، نداشتن سابقه مشکلات روانی با تشخیص افسردگی از نوع خفیف و متوسط، عدم مصرف ماهی بیش از یک وعده در هفته، عدم سابقه آلرژی به ماهی، عدم مصرف سیگار و مواد مخدر و داشتن نمره بک بالاتر از ۴۶ بودند. عدم مصرف دارو طبق آموزش داده شده در طی نمونه‌گیری و وقوع هرگونه حادثه ناگوار سبب خروج نمونه از مطالعه گردید. در این مطالعه برای تعیین حجم نمونه از فرمول تفاوت دو میانگین استفاده شد. با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ و توان آزمون ۸۰ درصد برای هر گروه تعداد ۶۰ نفر در نظر گرفته شد. مقادیر μ_1, μ_2, S_1, S_2 و از مطالعه پایلوت برآورد شد. در مطالعه پایلوت تغییرات این میانگین برای گروه بیماران روغن ماهی $4/5 \pm 18/24$ و برای گروه بیماران دارونما $1/19 \pm 18/2$ بود. روش گردآوری داده‌ها در این مطالعه، پرسشنامه ادینبرگ (EPDS)، پرسشنامه بک (BDI) و چک لیست مشخصات فردی - اجتماعی بود. تست ادینبرگ تست استاندارد جهت سنجش افسردگی پس از زایمان است. روایی پرسشنامه ادینبرگ، در مطالعه انجام شده توسط ابری در شهر تبریز تایید شده است. در این مطالعه

آزمون EPDS با نقطه برش ۱۱، پایایی ۰/۸۳ و ضریب روایی ۰/۶۶ آزمون معتبر جهت تشخیص به هنگام افسردگی در زنان پس از زایمان تعیین شد که از حساسیت ۰/۶۳ و ویژگی ۰/۸۵ برخوردار است (۲۲).

آزمون بک جنبه‌های شناختی افسردگی را مشخص می‌کند که این پرسشنامه در ایران توسط ساردویی و منصور مورد تایید و استفاده قرار گرفته است (۲۳، ۲۴).

ابتدا پژوهشگر اسامی مادرانی را که ۲ هفته تا ۳ ماه از زمان زایمان آنها گذشته بود از دفاتر بهداشت خانواده استخراج نموده و به روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) از میان آنها تعدادی را انتخاب کرد. توسط شماره تلفن‌های موجود خانوارها در واحد بهداشت خانواده، با این مادران تماس گرفته شد و از آنها دعوت شد که به مرکز بهداشتی مورد نظر مراجعه کنند. پژوهشگر ضمن معرفی خود به مادر، هدف از انجام پژوهش را توضیح داده و چنانچه مشخصات واحدهای مطالعه را دارا بودند پرسشنامه ادینبرگ توسط مادر تکمیل گردید. چنانچه نمره EPDS ۱۱ و بالاتر از آن بود (۲۲)، شدت افسردگی توسط BDI سنجیده شد. به تمام زنان افسرده توصیه شد که به روانپزشک مراجعه نمایند. زنانی که از BDI امتیاز ۴۷ و بالاتر را گرفتند (افسردگی شدید) از تحقیق حذف و افرادی که امتیاز ۳۱ تا ۴۶ داشتند (افسردگی متوسط) و افرادی که امتیاز ۱۶ تا ۳۰ داشتند (افسردگی خفیف) در نظر گرفته شدند (۲۵). برای این افراد چک لیست مشخصات فردی - اجتماعی تکمیل گردید و یک هفته پس از ارجاع به روانپزشک پیگیری شدند و چنانچه تمایل به مصرف داروی اعصاب نداشتند و مایل به شرکت در مطالعه بودند با کسب رضایتنامه کتبی از ایشان وارد مطالعه شدند. مادران بصورت تصادفی یک در میان به دو گروه دریافت‌کننده روغن ماهی و دریافت‌کننده دارونما تقسیم شدند و به هر یک از نمونه‌ها هر هفته یک پاکت با کد مشخص داده شد. مکمل غذایی روغن ماهی تولید شرکت داروسازی زهراوی (۱ گرم ۱ بار در روز) و دارونما ساخت

1- Edinburgh Postnatal Depression Scale

2- Beck Depression Inventory

جدول ۲: توزیع فراوانی شدت افسردگی پس از زایمان قبل و پس از درمان در دو گروه روغن ماهی و دارونما را نشان می‌دهد. بیانگر آن است که در گروه روغن ماهی ۶۵ درصد از افراد قبل از پس درمان دارای افسردگی متوسط بودند در حالی که از درمان این میزان به ۶/۹ درصد کاهش یافته است. همچنین، ۳۵ درصد دارای افسردگی خفیف که به ۳۷/۹ درصد تغییر یافته است.

جدول ۲: توزیع فراوانی شدت افسردگی پس از زایمان افراد مورد پژوهش (قبل و پس از مداخله) در دو گروه روغن ماهی و دارونما

شدت افسردگی	گروه مداخله		روغن ماهی		دارونما	
	قبل از مداخله	هفته هشتم مداخله	قبل از مداخله	هفته هشتم مداخله	قبل از مداخله	هفته هشتم مداخله
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد
غیر افسرده	۰ (۰)	۳۲ (۵۵/۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	۵ (۸/۹)	۰ (۰)
خفیف	۲۱ (۳۵)	۲۲ (۳۷/۹)	۲۰ (۳۳/۳)	۱۵ (۲۶/۷)	۲۰ (۳۳/۳)	۱۵ (۲۶/۷)
متوسط	۳۹ (۶۵)	۴ (۶/۸)	۴۰ (۶۶/۶)	۳۲ (۵۷/۱)	۴۰ (۶۶/۶)	۳۲ (۵۷/۱)
شدید	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۴ (۷/۱)	۰ (۰)	۴ (۷/۱)

جدول ۳: مقایسه میانگین شدت افسردگی پس از زایمان افراد مورد پژوهش (قبل و پس از درمان) در دو گروه روغن ماهی و دارونما ارایه شده است. بین دو گروه از نظر شدت افسردگی پس از زایمان در هفته‌های ۴ تا ۸ پس از آغاز درمان اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده شد. به عبارتی تأثیر روغن ماهی در کاهش شدت افسردگی از هفته چهارم پس از آغاز درمان مشاهده شده است. همچنین روند کاهش شدت افسردگی در مدت مطالعه گروه روغن ماهی کاملاً معنی‌دار است ($P < 0/001$). لیکن در گروه دارونما بررسی‌ها نشان داد که هیچ تغییر معنی‌داری در کاهش شدت افسردگی نمونه‌های مورد پژوهش مشاهده نشده است ($P = 0/74$).

جدول ۳: مقایسه میانگین شدت افسردگی پس از زایمان افراد مورد پژوهش (قبل و پس از مداخله) در دو گروه روغن ماهی و دارونما

جدول ۳: مقایسه میانگین شدت افسردگی پس از زایمان افراد مورد پژوهش (قبل و پس از مداخله) در دو گروه روغن ماهی و دارونما

گروه شاخص	دوره مداخله	قبل از مداخله	هفته هشتم مداخله	آزمون مقایسه روند افسردگی درون هر گروه
	انحراف معیار + میانگین	انحراف معیار + میانگین	انحراف معیار + میانگین	
روغن ماهی	۳۵/۴ ± ۹/۲	۱۷/۶ ± ۷/۰۴	$p < 0/001$	
دارونما	۳۴/۲ ± ۸/۴	۳۳/۶ ± ۹/۳	$P = 0/74$	
آزمون بین دو گروه		$p < 0/001$		

در یافته‌های جانبی این مطالعه ارتباط میان شدت افسردگی پس از زایمان با مشخصات فردی و سوابق مامایی بررسی شد. بین میانگین شدت افسردگی پس از زایمان و تحصیلات ($P < 0/001, r = -0/44$) و وزن نوزاد ($P < 0/001, r = -0/37$)، دلخواه بودن جنس نوزاد ($P = 0/004, r = -0/58$) و حمایت اجتماعی پس از زایمان ($P < 0/001, r = -0/42$) ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد.

نوزاد ($P < 0/001, r = -0/37$)، دلخواه بودن جنس نوزاد ($P = 0/004, r = -0/58$) و حمایت اجتماعی پس از زایمان ($P < 0/001, r = -0/42$) ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد.

بحث و نتیجه گیری

نتیجه کلی تحقیق حاضر نشان داد که کپسول روغن ماهی موجب کاهش شدت افسردگی متوسط و خفیف می‌گردد. در این زمینه تحقیقات متعددی در کشورهای پیشرفته انجام شده است. در مطالعه پیت^۱ که با عنوان تأثیر ایکوزا پنتانویئیک اسید در بیماران افسرده انجام شد، مصرف ۱ گرم در روز آن نسبت به گروه دارونما ۵۰ درصد کاهش شدت افسردگی را بطور معنی-داری مشخص نمود (۱۶). در مطالعه کوان پین^۲ که به منظور بررسی تأثیر روغن ماهی بر افسردگی ماژور انجام شد، در گروه روغن ماهی تفاوت آماری معنی‌داری در کاهش نمرات نمونه‌ها در هفته‌های ۴، ۶، ۸ پس از آغاز درمان مشاهده شد که این کاهش بسیار چشمگیرتر از دارونما بود (۱۸) که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. پژوهش نم‌تس^۳، که در بیماران افسرده تک‌قطبی همزمان با مصرف داروهای ضد افسردگی انجام شد، کاهش میانگین شدت افسردگی ۱۲/۴ امتیاز در گروه روغن ماهی و ۱/۶ امتیاز در گروه دارونما بود. به عبارت دیگر با مصرف ۲ گرم در روز مکمل به مدت ۴ هفته، کاهش شدت افسردگی در ۶ نفر از ۱۰ بیمار گروه روغن ماهی و ۱ نفر از ۱۰ بیمار گروه دارونما گزارش شد. در این تحقیق بنظر می‌رسد مصرف همزمان داروهای ضد افسردگی و مکمل روغن ماهی سبب کاهش بیشتری در شدت افسردگی بیماران شده است. در پژوهش او تأثیر مکمل بطور معنی‌داری از هفته ۲، ۳، ۴ آشکار شد (۲۶). در مطالعه هانگ^۴ (۲۰۰۸) که جهت بررسی تأثیر روغن ماهی بر افسردگی ماژور دوران بارداری انجام شد مصرف ۳/۵ گرم روغن ماهی به مدت ۸ هفته نسبت به گروه دارونما سبب کاهش معنی‌دار نمره افسردگی در زنان باردار شد (۱۵). مطالعه لیورنت^۵ (۲۰۰۳) که به منظور بررسی تأثیر دکوزا پنتانویئیک اسید بر افسردگی پس از زایمان انجام شد نتوانست تفاوت آماری معنی

داری در کاهش نمرات تستهای خود سنجش بک و ادین برگ را گزارش کند (۱۷)، بنظر می‌رسد محدود بودن تعداد نمونه‌ها در این پژوهش و استفاده از DHA بجای EPA و DHA دلیل این امر باشد (۲۷).

اسیدهای چرب امگا-۳ بویژه دکوزاهگزانویئیک اسید از ترکیبات اصلی غشا سلول‌های عصبی هستند و نقش مهمی در فعالیت ناقل‌های عصبی شامل سروتونین دارند. کمبود این ماده مشخصاً بر انتقال عصبی، آنزیم متصل به غشاء و فعالیت‌های کانال یونی، بیان ژن، انعطاف و شکل‌پذیری سیناپسی و ایمنی اثر داشته و نیز کمبود آن باعث تشدید التهاب می‌شود. مکمل غذایی روغن ماهی بیان ژن‌ها را به حالت اولیه برگردانده و انتقال عصبی را تعدیل و باعث بهبود روند انتقال سیگنال‌ها می‌شود (۲۸).

بطور کلی می‌توان چنین بیان کرد که استفاده از مکمل غذایی روغن ماهی (بصورت تک درمانی یا همراه با داروهای استاندارد ضد افسردگی طبق نتایج سایر مطالعات) روشی مناسب و بدون عارضه جانبی بر مادر و شیرخوار در درمان افسردگی پس از زایمان باشد. بنا به پیشنهاد سازمان‌های صاحب‌نظر در امر تغذیه، پیشنهاد می‌شود که در صورت عدم تمایل مصرف کپسول روغن ماهی می‌توان، ۲ تا ۳ وعده ماهی در برنامه غذایی هفتگی افراد گنجانند. پژوهشگر در طی مطالعه با محدودیت خاصی مواجه نشد. امید است با شناسایی و غربالگری موارد افسردگی پس از زایمان یافته‌های پژوهش در زمینه‌های آموزشی و خدماتی و پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد.

مقایسه تأثیر روغن ماهی بر افسردگی پس از زایمان با روش‌ها و داروهای مرسوم دیگر و همچنین تأثیر مصرف پیشگیرانه آن بر غم و اندوه و افسردگی پس از زایمان جهت پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود.

- 1- Peet
- 2- Kuan-Pin
- 3- Nemets
- 4- Huang
- 5- Liorent

تقدیر و تشکر

مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر تبریز، شرکت داروسازی زکریا و نیز مادرانی که در به ثمر رسیدن تحقیق حاضر، کمک‌های شایانی نموده‌اند بی‌نهایت تشکر و قدردانی می‌نماید.

این مقاله حاصل پایان نامه نقش اسیدهای چرب امگا-۳ بر افسردگی پس از زایمان دانشجو لیلا نوروزی پناهی در مقطع کارشناسی ارشد مامایی و به استاد راهنمایی خانم ریحانه ایوان بقاء می‌باشد. از مسؤولین

References

- Murry CJL, Lopez AD. (1997). *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study*. *Lancet*, 349, 1498-1504.
- Nonacs R, Cohen LS. (1998). *Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines*. *Clin J Psychiatry*, 59(2), 34.
- Varney H, Jan M, Carolyn L (2004). *Varneys Midwifery, 5th ed. Jones and Bartlett, Sadburg-Massachusetts*, 1098-1102.
- Ryan D, Kostaras X. (2005). *Psychiatric disorders in the postpartum period*. *BCMJ*, 47, 100-103.
- Werret J, Clifford C. (2006). *Validation of Punjabi version of Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)*. *International J of Nursing studies*, 43(2), 227-236.
- Roohi M. (2001). *[Assessment of maternal morbidity, 6 weeks after delivery in Tabriz]*. Unpublished master's thesis, Tabriz nursing midwifery faculty, Iran. (Persian)
- Ryan K (1999). *Kistner Gynecology and Women Health*, 7th ed. Mosby, London, 524-528.
- Cox JL, Murray D, Chapman G. (1993). *A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression*. *British J of Psychiatry*, 163, 27-31.
- Mosalla Nejad L, Ashkany H (2005). *[Motherhood and mental health]*. 1st ed, Tehran, Roshan publisher, 21. (Persian)
- Charekhani P, Sadatian S.A (2002). *[Obstetrics]*. 1st ed, Tehran, Noore danesh publisher, 341. (Persian)
- Evans J, Heron J, Fraocomb H, Oke S, Goldberg J. (2001). *Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth*. *British Medical J*, 323, 257-260.
- Dennis L. (2003). *The Effect of peer supports on postpartum Depression*. *Can J Psychiatry*, 48, 115-124.
- Bergas L, Parry BL, Cyranowski JM (2005). *Special area of Interest*. In: *Sadock V.A. Caplan & Sadocks, Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed. Williams & Willkines, Philadelphia*, 2293-2315.
- Lowdermilk D (2004). *Maternity and women's Health care, 8th ed. Mosby, United state*, 977-982.
- Su KP, Huang SY, Chiu TH, Huang KC, Huang CL, Chang HC, Pariante CM. (2008). *Omega-3 fatty acids for major depressive disorder during pregnancy: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial*. *Clin J Psychiatry*, 69(4), 633-4.
- Peet M, Horrobin DF. (2002). *A Dose ranging study of the effect of Ethyl Eicosapentaenoate in patients with ongoing depression despite apparently adequate treatment with standard drugs*. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 913-919.
- Liorente AM, Jensen CL, Voigt RG. (2003). *Effect of maternal docosahexaenoic acid supplementation*

- on postpartum depression and information processing. *Am J obstetric Gynecology*, 188,1348-53.
18. Kuan-pin SU, Huang SY, Chiu CC, Shen WW. (2003). Omega-3 fatty acid in major depressive disorders a preliminary double blind, placebo-controlled trial. *Ear Neuro Psychiatric*, 13, 267-71.
19. Lauren B.(2003). A Double-Blind Placebo Controlled Study of the Omega-3 Fatty Acid Docosahexaenoic Acid in the Treatment of Major Depression. *Am J Psychiatry*, 160,996-998.
20. Sangiovanni J.(2000). Meta-analysis of dietary essential fatty acids and long-chain PUFA as they relate to visual resolution acuity in healthy preterm Infant. *Pediatrics*, 105,1292-98.
21. Shahraz S, Ghaziani T(2003).[A comprehensive text book of drug information]. Tehran, Tabib publisher, 512.(Persian)
22. Abry agdam N. (2006). [Study of situation of Edinburg postnatal depression scale in Tabriz]. Un published M.D thesis, Islamic Azad niversity, Tabriz Faculty of Medicine, Iran.(Persian)
23. Sardoei G. (1995). [An introduction to standardization of revised Beck questionnaire]. Un published master's thesis, Allame Tabatabaei psychology faculty, Iran. .(Persian)
24. Mansoor M, Dadsetan P (2002). [Mental disease].3th ed, Tehran, Nashr Jarf publisher, 157. (Persian)
25. Kaviani H, Moosavi A, Mohit A (2001). [Interview and mental tests]. 1 St ed, Tehran, Sana publisher, 179-184.(Persian)
26. Nemets B, Stahl Z, Belmaker RH.(2002). Addition of Omega-3 Fatty acid to maintenance medication treatment for recurrent unipolar depressive disorder. *Am J Psychiatry*, 159, 477-479.
27. Hung SY. (2004). To the editors.Omega-3 polyunsaturated Fatty Acids for Postpartum Depression . *Am J obstet gynecol*,3(190),582-583.
28. Horrocks LA, Farrougui AA. (2004). Docosahexaenoic In the Diet: Its importance in maintenance and restoration of neural membrane function, *Prostaglandins Leukot Essent fatty Acids*. Elsevier,70(4),361-72.

مقایسه تأثیر شیاف واژینال لاکتوباسیلوس اسیدوفیلوس با قرص واژینال مترونیدازول در تنظیم PH واژن مبتلایان به واژینوز باکتریال

حمیده جعفرزاده: کارشناسی ارشد مامایی (نویسنده رابط)

Email: ghazal4481@yahoo.com

ریحانه ایوان بقاء: کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
دکتر داود حسن زاده: دکترای فارماسیوتیکس، استاد دانشکده داروسازی تبریز
محمد حسین سروش برحق: کارشناس ارشد میکروب شناسی، دانشکده پزشکی تبریز
دکتر منیژه سیاح ملی: متخصص زنان و زایمان، استاد دانشکده پزشکی تبریز
اصغر محمد پوراصل: کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مربی دانشکده بهداشت و تغذیه تبریز

چکیده

مقدمه: واژینوز باکتریال با افزایش PH واژن از وضعیت سالم اسیدی به بیشتر از ۴/۵ مشخص می‌شود. تغییر به علت رشد بیش از حد باکتری‌های غیرهوازی و کاهش لاکتوباسیل‌های مولد اسیدلاکتیک بوجود می‌آید. بنابراین، نوعی ازهم گسیختگی اکوسیستم طبیعی واژن ایجاد می‌شود. مقاومت به آنتی‌بیوتیک‌ها سبب افزایش علاقه به درمان‌های غیردارویی شده است. دو روش غیرآنتی‌بیوتیکی درمان واژینوز باکتریال عبارتند از درمان‌های پروبیوتیکی و اصلاح با درمان‌های اسیدی مانند ژل بافر. هدف این مطالعه مقایسه تأثیر شیاف واژینال لاکتوباسیلوس اسیدوفیلوس با قرص واژینال مترونیدازول در تنظیم PH واژن مبتلایان به واژینوز باکتریال می‌باشد.

مواد و روشها: این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی و دوسوکور بود که در مراکز درمانی سرپایی عمومی و خصوصی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۷ انجام شد. از تعداد ۳۰۰ بیمار، ۴۰ بیمار مبتلا به واژینوز باکتریال طبق معیارهای Amseil تشخیص داده شدند و بصورت تصادفی ۲۰ بیمار در گروه شیاف لاکتوباسیل و ۲۰ بیمار در گروه قرص واژینال مترونیدازول قرار گرفتند. مدت مصرف داروها، ۷ شب تعیین شد.

یافته‌ها: نتایج قابل توجهی بین گروه قرص واژینال مترونیدازول و گروه شیاف لاکتوباسیل در کاهش PH واژن وجود نداشت (۰/۱۱۸). با وجود این میانگین اختلاف PH واژن در گروه مترونیدازول قبل و بعد از مداخله $1/17 \pm 1/12$ ($P \leq 0/001$) و در گروه لاکتوباسیل $1/76 \pm 1/62$ ($P \leq 0/001$) بود.

بحث و نتیجه گیری: مطالعه نشان داد که آزمایش روتین PH می‌تواند تشخیص مبتلایان به واژینوز باکتریال را افزایش دهد و متعاقب آن توسط روش‌های آزمایشگاهی نیز تأیید گردد و شیاف واژینال لاکتوباسیل در مقایسه با قرص واژینال مترونیدازول در کاهش PH واژن موثرتر است.

کلمات کلیدی: واژینوز باکتریال / اسیدیته واژن / لاکتوباسیل / مترونیدازول

مقدمه

می‌کند بطوری که لاکتوباسیل کاهش یافته، PH واژن افزایش می‌یابد ($PH > 4/5$) و تعداد باکتری‌های بی‌هوازی (استرپتوکوک، اوره آپلازما، پره وتلا، گاردنرلا واژینالیس، موبیلونکوس، استرپتوکوک گروه B و مایکوپلازما هومینیس) به میزان زیادی افزایش می‌یابد (۶). واژینوز باکتریال با مشکلات متعدد زنان

واژینوز باکتریال، شایع‌ترین علت واژینیت در سنین باروری است (۱،۴). طبق مطالعات جدید شیوع تریکوموناس ۱۰ درصد، کاندیدا ۲۰-۲۵ درصد و واژینوز باکتریال ۳۰-۳۵ درصد در اروپا و آمریکا می‌باشد (۵). در عفونت واژینوز باکتریال، فلور باکتریایی واژن که به طور معمول لاکتوباسیل غالب است تغییر

باکتریوسین‌ها می‌شوند که از بین برنده باکتری‌های دیگر هستند. این باکتری‌ها نامزدهای مناسبی برای نظارت دقیق و مراقبت شدید از سلامت واژن هستند. گونه‌های متفاوتی از لاکتوباسیل در واژن حضور دارند. فراوان‌ترین آنها عبارتند از: *L. jensenii*, *L. gasseri*, *L. iners*, *L. acidophilus* و *L. crispatus* (۲).

عمدتاً در جایی که لاکتوباسیل غالب و برتر باشد باکتری‌ها وانگل‌هایی مانند تریکوموناس فراوان نیستند. از طرف دیگر در وضعیت کمبود لاکتوباسیل، عفونت‌هایی مانند واژینوز باکتریال و واژینیت و همچنین بیماری‌های منتقل شونده از طریق جنسی مانند گنوره‌آ، کلامیدیا، سیفلیس، تریکوموناس، HIV و ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) به طور چشمگیری افزایش می‌یابند (۲۴).

در واقع، گونه‌های غالب لاکتوباسیل رشد باکتری‌های پاتوژن دیگر را در واژن از طریق تولید اسید لاکتیک، پراکسید هیدروژن و مواد ضد میکروبی مانند لاکتوسین و باسیتراسین مهار می‌کنند (۲۵).

اسید لاکتیک تولید شده، PH واژن را در محدوده ۴/۵ یا کمتر از آن حفظ می‌کند و به عنوان عملکرد اصلی لاکتوباسیل در مقابل عفونت‌های واژینال در نظر گرفته می‌شود (۲۶). علاوه بر اسید لاکتیک، پراکسید هیدروژن نیز رشد پاتوژن‌های واژینال را مهار می‌کند به ویژه آنهایی را که فاقد یا دارای سطح کمی از آنزیم‌های کاتالاز یا پراکسیداز هستند (۲۸، ۲۷).

باسیتراسین و لاکتوسین نیز پروتئین‌هایی هستند که دارای فعالیت باکتریسیدهال (باکتری‌کش) هستند و در مقابل پاتوژن‌هایی مانند واژینوز باکتریال (گاردنرلا واژینالیس) و پاتوژن‌های مجاری ادراری مانند اشیرشیاکولی فعال هستند (۳۲، ۳۱، ۳۰، ۲۹).

PH ترشحات واژن بین ۳/۵ تا ۴/۵ متغیر است (۳۳) و در زنان سالم در طی سیکل قاعدگی در این محدوده قرار دارد (۳۴).

با توجه به شیوع واژینوز باکتریال که از علل عمده مراجعات به مطب‌های مامایی و کلینیک‌های زنان - مامایی هستند و عوارض دارو و یا عود مکرر عفونت،

و مامایی همراه است و میزان عود آن نیز بسیار بالاست (۷). واژینوز باکتریال با عوارضی مانند تب و سقط زودرس (۸، ۹)، زایمان زودرس باخطر نسبی ۴ تا ۲ برابر (۸، ۹، ۱۰)، عفونت مایع آمنیوتیک باخطر نسبی ۳ تا ۳ برابر (۱، ۸، ۱۱)، پارگی زودرس پرده‌های جنینی (۹، ۱۲)، آندومتريت پس از زایمان و PID همراه است (۱، ۸، ۱۰، ۱۳). همچنین در واژینوز باکتریال خطر ابتلا به بیماری‌های منتقل شونده از طریق جنسی از جمله HIV افزایش می‌یابد (۱۴). درمان روتین واژینوز باکتریال، مترونیدازول یا کلیندامایسین بصورت خوراکی یا واژینال می‌باشند (۱۵). میزان بهبودی کلی در رژیم درمانی مترونیدازول ۷۰ تا ۸۰ درصد مورد انتظار است ولی طبق مقالات جدید، ۶۰ درصد گزارش شده است (۱۶). استفاده از مترونیدازول با مشکلاتی چون ایجاد مزه بد فیزی در دهان، خواب‌آلودگی، سرگیجه، اختلالات گوارشی و واکنش دی سولفیرام با الکل همراه است (۱۷). مقاومت نسبت به داروی مترونیدازول در اروپا بطور وسیعی دیده شده است که نیاز به یک درمان قویتری را نشان می‌دهد (۱۸) و عوارض دارو و یا عود مکرر عفونت، درمان واژینوز باکتریال را در مواردی با شکست مواجه ساخته است. بنابراین استفاده از پروبیوتیک‌ها به عنوان روش پیشگیری طبیعی به جای درمان دارویی مد نظر قرار گرفته است (۱۴). اخیراً پیشنهاد شده است زمانی که تعادل فلور طبیعی به هم خورده است می‌توان از پروبیوتیک‌ها برای برقراری مجدد شرایط واژن سالم استفاده نمود. در واقع پروبیوتیک‌ها میکروارگانیسم‌های زنده‌ای هستند که اگر به میزان کافی موجود باشند به حفظ سلامتی میزبان کمک می‌کنند (۱۹). واژن دارای یک اکوسیستم دینامیک و فعال است که عمدتاً گونه‌های لاکتوباسیل در آن غالب هستند و تأثیر قابل توجهی بر میکروبیولوژی آن اعمال می‌کنند (۲۱، ۲۰).

لاکتوباسیل‌ها شناخته‌ترین فلور طبیعی واژن هستند و توانایی آنها در تولید PH و حفظ محیط اسیدی در واژن است. (عمدتاً به علت خاصیت اسیدی آنزیم پراکسید هیدروژن) و همچنین سبب تولید

که درمان را در مواردی با شکست مواجه ساخته است و با توجه به نقش ماماها در ارتقاء بهداشت و سلامت زنان و نهایتاً با در نظر گرفتن نتایج متناقض تحقیقات، انجام مطالعه موجود با هدف مقایسه تأثیر شیاف واژینال لاکتوباسیوس اسیدوفیلوس با قرص واژینال مترونیدازول با هدف تنظیم PH واژن در مبتلایان به واژینوز باکتریال انجام گرفت.

مواد و روشها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی و دو سوکور بود که در مراکز درمانی سرپایی عمومی و خصوصی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۷ انجام شد. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول برآورد دو نسبت استفاده شد که تعداد نمونه، ۴۰ نفر برآورد شد و این تعداد بصورت تصادفی در یکی از گروه‌های درمانی (۲۰ نمونه برای شیاف لاکتوباسیل و ۲۰ نمونه برای گروه مترونیدازول) در نظر گرفته شدند. برای تعیین اعتبار علمی ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده شد. بنابراین، برای ارزیابی روایی چک لیست تنظیم شده توسط ده نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی و متخصصین زنان شاغل در بیمارستان الزهرا (س) مورد تایید قرار گرفت. جهت تعیین پایایی PH سنج نیز، از ده نفر از افراد دو نمونه جداگانه تهیه شد و با دو نام مختلف در اختیار آزمایشگر قرار گرفت و نتایج حاصله برای PH سنج، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون تعیین شد که با $P \leq 0/001$ معنی دار شد. در ضمن نمونه‌گیری و مشاهده، توسط دو نفر (محقق و متخصص زنان) بطور همزمان انجام گردید.

جمعیت مراجعه کننده تعداد ۵۵۰ زن متأهل با شکایت از ترشحات خاکستری رنگ بودند که از نظر کلینیکی نیز مشکوک به واژینوز باکتریال بودند. تشخیص واژینوز باکتریال طبق معیارهای Amsel با حضور ۳ معیار از ۴ معیار زیر تعریف شد: (۱) ترشحات خاکستری رنگ هموزن، (۲) تست مثبت ویف، (۳) حضور کلوسل‌ها $PH > 4/5$. بیماران پس از

معاینه واژینال با اسپکلوم، در صورت مثبت بودن معیارهای واژینوز باکتریال مورد مطالعه قرار می‌گرفتند. از کل بیماران ۲۵۰ نفر پس از معاینه بالینی با اسپکلوم، به علت طبیعی بودن ترشحات از مطالعه خارج شدند. ۳۰۰ نفر باقیمانده، با توجه به وجود یکی از معیارهای واژینوز باکتریال و همچنین معیارهای ورود به مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند مشخصات افراد مورد پژوهش عبارت بود از: (۱) زنان غیر باردار، غیر شیرده، غیر سیگاری و در سنین ۱۵-۴۹ سال، (۲) متأهل، (۳) مایل به شرکت در پژوهش، (۴) با شکایت اصلی از ترشحات خاکستری رنگ و همراه با بوی بد، بویژه پس از تماس جنسی، (۵) عدم شروع عادت ماهیانه طی یک هفته آینده، (۶) نداشتن خونریزی غیر طبیعی واژینال در زمان نمونه برداری، (۷) نداشتن مقاربت و عدم شستشوی واژن طی ۴۸ ساعت گذشته، (۸) عدم استفاده از داروهای واژینال مثل کرم، شیاف و مواد ضدعفونی کننده واژن طی ۴۸ ساعت گذشته، (۹) عدم وجود سابقه پیوند کلیه یا اعضای دیگر، (۱۰) عدم ابتلا به بیماری قلبی، کلیوی، دیابت و آرتروزهای پیشرفته (۱۱) عدم استفاده از آنتی بیوتیک‌های وسیع الطیف، آنتی پروستاگلندین‌ها، داروهای هورمونی و ایمونوسپرسیوها و داروهای ضد انعقادی طی ماه اخیر (۱۲) عدم ابتلا به بیماریهای منتقله از راه جنسی، (۱۳) عدم وجود سابقه حساسیت دارویی به مترونیدازول، به منظور جمع‌آوری داده‌ها پژوهشگر به محیط پژوهش مراجعه و پس از کسب رضایت از افراد حایز شرایط پژوهش و توضیح در مورد هدف انجام مطالعه و محرمانه ماندن مشخصات آنها، چک لیست از پیش تنظیم شده را تکمیل نمود که شامل شکایت اصلی مددجو و نیز سوالاتی بود که از طریق مشاهده مستقیم حین معاینه و اندازه‌گیری PH واژن، نمونه‌برداری و تهیه لام جهت رنگ‌آمیزی گرم و مشاهده میکروسکوپی آن، بررسی ترشحات واژینال و تست ویف تکمیل می‌شد. جهت معاینه، فرد در حالت لیتوتومی قرار گرفت و با گذاشتن اسپکلوم یکبار مصرف بدون استفاده از لوبریکانت، در ابتدا

سپس پژوهشگر لام‌های مثبت را با چک لیست (فرم مشاهده قبل از درمان که در حین معاینه بالینی تکمیل شده بود) مطابقت داده و بیمارانی که ۳ تا از معیارهای Amsel آنها مثبت بود، توسط تلفن جهت دریافت درمان و مراجعه به درمانگاه مطلع می‌شدند. پس از مراجعه بیماران دارو (جعبه محتوی ۴۰ کارت مشابه را که بر روی آنها به تعداد مساوی حروف A و B نوشته شده بود را در اختیار بیمار قرار داده و او یکی از کارت‌ها را بصورت تصادفی انتخاب نموده و بسته به حروف نوشته شده در کارت که A یا B بود فرم دارویی واژینال مورد نظر که آن هم در کاغذ های لفافه دار مشابه پیچیده شده و با حروف A یا B مشخص گردیده بود) در اختیار بیمار قرار داده می‌شد و از آنان درخواست می‌شد که مجدداً یک هفته بعد جهت بررسی بهبود مراجعه نمایند. پس از مراجعه بیماران جهت پیگیری، چک لیست پس از درمان و همان روند نمونه‌گیری طی می‌شد به بیماران بهبود یافته تلفنی اطلاع داده می‌شد و اگر پاسخ به درمان نیز منفی بود، درمان روتین با قرص واژینال مترونیدازول برای آنان تجویز می‌شد.

داده‌های بدست آمده از مطالعه بوسیله روش‌های آماری توصیفی (میانگین \pm انحراف معیار) و آزمون تفاوت میانگین برای گروه‌های وابسته (t زوج) و آزمون t-test مستقل و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS/Ver 15 مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در این مطالعه مقدار p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار تلقی شد.

یافته ها

یافته‌های پژوهش پس از تجزیه و تحلیل آماری شامل موارد زیر است.
دو گروه مورد مطالعه دارای میانگین سنی $30/27 \pm 7/66$ سال بودند و حداکثر سن افراد مورد مطالعه ۴۶ سال و حداقل سن ۲۰ سال بود و شغل بیشتر افراد خانه‌دار بود. لازم به ذکر است که

چگونگی ترشحات و علائم با دید مستقیم مورد بررسی قرار گرفت، سپس با استفاده از سواب پنبه‌ای استریل یک نمونه از ترشحات واژن، دهانه رحم و فورنیکس خلفی برداشته شد. نمونه ترشحات با فشار مختصر قسمت پنبه‌ای سواب و با حرکت چرخشی و غلطکی از یک سمت به سمت دیگر لام گسترده شد. پس از خشک‌شدن نمونه روی لام در حرارت اتاق و فیکس شدن روی حرارت چراغ الکلی و یا با فیکساتور، ۶ لام داخل پاکت‌هایی گذاشته می‌شد که مشخصات بیمار روی آن نوشته شده بود. لام‌های تهیه شده از بیماران در طی روز (صبح، مرکز بهداشتی درمانی و بعد از ظهر، مطب خصوصی)، در غروب همان روز به آزمایشگاه کلینیک‌های تخصصی و فوق تخصصی دانشگاه علوم پزشکی تبریز منتقل شدند و در آنجا به روش گرم رنگ آمیزی شده و با قرار دادن قطره‌ای روغن ایمرسیون در وسط سطح گسترش، نمونه در زیر میکروسکوپ با بزرگنمایی ۱۰۰۰ بررسی شد. لام از نظر وجود سلول‌های پوششی واژن، لکوسیت‌ها، لاکتوباسیل‌ها و حضور کلوسل‌ها توسط متخصص مربوطه مورد بررسی قرار گرفت.

اندازه‌گیری PH واژن با استفاده از کاغذ PH-سنج انجام شد. نوار کاغذی مزبور با قرار گرفتن در محیط اسیدی یا قلیایی تغییر رنگ می‌دهد که در مقایسه با رنگ ایجاد شده با صفحه رنگی مدرج روی جعبه نوارها میزان PH مشخص می‌شود. در هنگام معاینه واژینال با اسپکلوم، نوار کاغذی بوسیله یک پنس در داخل واژن قرار داده می‌شد که پس از مرطوب شدن، نوار مربوطه تغییر رنگ داده و قابل مقایسه و اندازه‌گیری با رنگ های مورد نظر در PH سنج بود.

پس از خارج کردن اسپکلوم، با چکاندن یک قطره از محلول پتاس ۱۰ درصد به ترشحات باقیمانده در اسپکلوم، تست ویف^۱ انجام گرفت.
که در صورت استنشام بوی ماهی، تست مثبت و در غیر این صورت تست منفی تلقی می‌شد.

که در این مطالعه نیز PH قبل از مداخله در گروه لاکتوباسیل ۵۳±۰/۸۷ بود که بعد از مداخله به ۴۴±۰/۲۵ کاهش یافت بطوری که آزمون t زوج نشان داد که PH در گروه لاکتوباسیل کاهش معنی-داری داشته است (P=۰/۰۰۱) (جدول ۱). همچنین میانگین اختلاف PH قبل و بعد از مداخله در گروه مترونیدازول ۱/۱۲+۱/۱۷ بود و میانگین اختلاف PH قبل و بعد از مداخله در گروه لاکتوباسیل ۱/۶۲+۰/۷۶ بود که آزمون t مستقل اختلاف معنی-دار نشان نداد (df=۳۸، t=۱/۶، P=۰/۱۱).

ترشحات فراوان همراه با بوی بد شایعترین شکایت بیماران بوده است. همچنین مقایسه PH واژن قبل و بعد از مصرف قرص واژینال مترونیدازول انجام شد که در این مطالعه نیز PH قبل از مداخله در گروه مترونیدازول ۷۶±۰/۰۷ بود که بعد از مداخله به ۷۹±۰/۹۵ کاهش یافت. بطوری که آزمون t زوج نشان داد که PH در گروه مترونیدازول کاهش معنی-داری داشته است. (P=۰/۰۰۱)، همچنین مقایسه PH واژن قبل و بعد از مصرف شیاف واژینال لاکتوباسیل انجام شد

جدول ۱: مقایسه PH در دو گروه قبل و بعد از درمان گروه A (مترونیدازول) و گروه B (لاکتوباسیل)

P-value	بعد انحراف معیار ± میانگین	قبل انحراف معیار ± میانگین	زمان گروه
<۰/۰۰۱	۴/۹۵ ± ۰/۷۹	۶/۰۷ ± ۰/۷۶	گروه A
<۰/۰۰۱	۴/۲۵ ± ۰/۴۴	۵/۸۷ ± ۰/۵۳	گروه B

است (۳۶). با توجه به نتیجه مطالعه، PH در گروه لاکتوباسیل نسبت به گروه مترونیدازول کاهش بیشتری داشته است ولی اختلاف از نظر آماری معنی-دار نبوده است. لاکتوباسیل بکار برده شده در این مطالعه لاکتوباسیلوس اسیدوفیلوس بود که ممکن است ترکیب لاکتوباسیل، تکنیک استفاده دستی شیاف‌ها، مدت و تعداد شیاف‌های بکار برده شده، ویژگی شیاف‌ها و دوزاژ لاکتوباسیل و یا احتمالاً عدم استفاده صحیح از شیاف‌ها توسط برخی بیماران، نتوانست در همه بیماران PH را کاهش داده و میزان بهبود را افزایش بخشد. در مطالعه‌ای اریکسون^۱ و همکاران دریافتند که با تجویز لاکتوباسیل اسیدوفیلوس به واژن ۱۴ زن مبتلا به واژینوز باکتریال بهبودی فقط در یک مورد مشاهده شد (۷/۱٪) ولی قرص واژینال مترونیدازول ۹۲/۹ درصد بهبود داشت (۳۷). در مطالعه دیگری میزان درمان یک هفته بعد از مترونیدازول خوراکی یا کرم واژینال کلیندامایسین بالاتر از ۹۰ درصد گزارش شد اما میزان بهبودی در ۴

باتوجه به نتیجه مطالعه، PH در گروه لاکتوباسیل (یعنی در ۷۵٪ افراد PH نرمال شد) نسبت به گروه مترونیدازول (در ۳۵٪ افراد PH نرمال شد) کاهش بیشتری داشته است ولی اختلاف از نظر آماری معنی-دار نبوده است. در این مطالعه PH > ۴/۵ نقطه برش از نظر ابتلا به واژینوز باکتریال در نظر گرفته شده است. همچنین شیوع ترشحات سفیدرنگ در زنان بدون ابتلا به واژینوز باکتریال بالا بود. عوارض جانبی گزارش شده در این مطالعه کم بودند و کاربرد شیاف حاوی لاکتوباسیل ایمن بود.

بحث

واژینوز باکتریال وضعیتی است که با حذف لاکتوباسیل واژینال و رشد بیش از حد باکتری‌های غیر هوازی مشخص می‌شود (۷). شیوع واژینوز باکتریال در زنان حامله در مطالعه‌ای ۱۶/۶ درصد گزارش شده بود (۳۵). در کشور ما و در شهر تبریز طی تحقیقی در سال ۸۴، ۹/۲ درصد گزارش گردیده

اسیدوفیلوس با قرص واژینال مترونیدازول در درمان بررسی تأثیر شیاف واژینال لاکتوباسیلوس مبتلایان به تریکومونا واژینالیس انجام شود. ما در این مطالعه به دلیل محدودیت زمانی نتوانستیم بیماران را برای دو ماه و شش ماه بعد پی گیری کنیم تا میزان عود را در دو گروه مقایسه کنیم و بتوانیم اثربخشی و کارایی درمان ها را با هم مقایسه کنیم. طول مدت پیگیری احتمالاً مهمترین متغیر در تعیین سودمندی هرگونه رژیم درمانی است. همچنین نتایج این مطالعه قابل تعمیم به زنان حامله، زنان شیرده و زنان مبتلا به سایر عفونت های واژینال نمی باشد.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که استفاده از PH واژن برای تشخیص مبتلایان به واژینوز باکتریال و تأیید آن توسط روش های میکروسکوپی در بیماران بدون علامت کمک کننده است و شیاف های واژینال لاکتوباسیل در مقایسه با قرص های واژینال مترونیدازول در کاهش PH واژن برای درمان واژینوز باکتریال موثرتر بوده اند.

تقدیر و تشکر

در پایان از زحمات اساتید محترم و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، همکاران آزمایشگاه تخصصی دانشگاه، همکاران مراکز بهداشتی و درمانی، مسؤولین اتاق رایانه و کتابخانه دانشکده پرستاری و مامایی تبریز و همچنین از اساتید محترم راهنما سرکار خانم ریحانه ایوان بقا و جناب آقای دکتر داود حسن زاده که در تمامی مراحل این پایان نامه تحت عنوان (مقایسه تأثیر شیاف واژینال لاکتوباسیل با قرص واژینال مترونیدازول بر PH واژن، علایم و نشانه های واژینوز باکتریال) با اینجانب (حمیده جعفرزاده) در طول مطالعه صمیمانه همکاری نموده اند، تشکر و قدردانی می نمایم.

هفته بیش از ۶۰-۷۰ درصد نبود و این نتیجه چندان رضایت بخش نبود (۳۸). در مطالعه بالینی دوسوکور با گروه شاهد پلاسبو نشان داده شد که زنان دریافت کننده شیاف های اسیدوفیلوس در ابتدا درمان شدند اما بعد از قاعدگی بعدی واژینوز باکتریال عود کرد و میزان درمان شدگان بعد از ۴ هفته، ۱۸ درصد بود.

میزان درمان بین مراکز مختلف، متفاوت است بطوری که در یک مرکز میزان درمان ۸۵/۷ درصد در گروه لاکتوباسیل بود (۳۸). در مطالعه دیگری از ۴۰ بیمار تحت درمان با دوش واژینال لاکتوباسیل، در ۳۴ بیمار PH به کمتر از ۴/۵ کاهش یافت (۳۹). همچنین در مطالعه دیگری از ۳۰ بیمار تحت درمان با مترونیدازول فقط در ۴ بیمار PH طبیعی شد (۴۰). در مطالعه دیگری از ۲۲ زن حامله شرکت کننده در مطالعه (سه ماهه اول حاملگی و تحت درمان با دوش واژینال لاکتوباسیل) در ۲۰ زن PH به کمتر از ۴/۵ کاهش یافت (۴۱).

در این مطالعه مشاهده $PH > 4/5$ به تنهایی به عنوان معیاری برای ابتلا به واژینوز نیاز به درمان بود. همچنین، روز^۱ به نقل از گوتمن می نویسد، اولین الگوی تست تشخیصی برای واژینوز باکتریال می توان از اندازه گیری PH استفاده نمود و به دنبال آن تست هایی برای سه معیار دیگر (وجود کلوسل، تست ویف، ترشحات خاکستری رنگ) نیز انجام شود. بطوری که این تست از نظر منطقی دارای ویژگی بالایی است (۳۵). همچنین در زنان حامله ای که دارای انقباض های رحمی و کرامپ هستند می توان تست PH را انجام داد و در زنان با $PH > 4/5$ تست کلوسل و رنگ آمیزی گرم انجام شود (۳۵). با وجود این پیشنهاد می شود کارآزمایی های بالینی دیگری با تعداد نمونه های بیشتر در زنان مبتلا به واژینوز باکتریال انجام شود، همچنین گونه های دیگری از لاکتوباسیل نیز تهیه شده و با پلاسبو یا مترونیدازول در درمان زنان مبتلا به واژینوز باکتریال مقایسه شوند و در نهایت

References

1. Danfors D , Dskat GR (1381). [Danfors Obstetric And Gynechology]. 2 nd ed, Rashid Kordestany T, Ahady HR Trans).Tehran, Baraye Farda (Publisher, 51-137.(Persian)
2. Ahmady K (1380).[Obstetric And Gynechology]. 2 nd ed, Tehran, Tebnovin Publisher, 376-390. (Persian)
3. Salahi M (1381). [Obstetric And Gynechology]. Ketab Arshad Tehran, Pوران Pazhuhesh Publisher,30-33.(Persian)
4. Garehkhany P, Sadatian SA (1381) .[Gynechology Disease]. 3th ed, Tehran, Nour danesh Publisher ,38-42.(Persian)
5. Bronstein J , Zarfati D.(2007). A universal combination treatment for vaginitis.Gynecologic And obsterric investigation , 65 , 195-20
6. Mahon c ,Manuselies g (2001). Textbook of Diagnostic Microbiology ,2 nd ed .2.W.B.Saunders Company. USA,1038-1039.
7. Mclean NW ,Rosentein J . (2000) .characterisation and selection of a lactobacillus species to re-colonise the vagina of women with recurrent bacterial vaginosis .medical microbiology ,49(6),543-552.
8. Sebastian F (2001). Vaginitis differential diagnosis and management. Parthenon publishing ,25-43.
9. Mimiclarke RS .(2001). Bacterial vaginosis :common ,subtle and more serious than over.Clinician reviews,1-9.
10. Mariane M ,Angus N ,Ian S ,Janet W ,Mike C.(2002). Bacterial vaginosis ,A public health review .British Journal of obstetrics & gynecology , 180 ,439-450.
11. Monif G ,Baxer D(2004).Infectious Disease in Obstetrics & Gynecology .Nisseria gonorrhoea ,5th ed .parthenon publishing ,222-235.
12. Gilory Sa.(2001). Bacterial vaginosis and non- gonococcal urethritis ,Does an association exit ? Clinical Microbiology Newsletter,23,10.
- 13.woodward C,Pharm D.(1999).Drug treatment of common STD:part 2 .vaginal infectis, pelvic inflammatory disease and genital warts .An Fam Physician , 1(60),1387-94.
14. Reid G ,Bocking A.(2003).The potential for probiotics prevent bacterial vaginosis and preterm labor .AM J Obstet Gynecol ,189(4) ,1202-80.
15. Falagas ME. (2006).Probiotics for the treatment of women with bacterial vaginosis .Clinical microbiology and infection,13 (7) ,657-664.
16. Goran larson P, Pedersn B.(2008).Human lactobacilli as supplementation of clindamycin to patients with bacterial vaginosis reduce the recurrence rate .Biomed central journals ,1-24. from <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/8/3>
17. Mitchell H.(2004).vaginal discharge, causes , diagnosis and treatment. Clinical review .Bmj,328, 1306-1308
18. Taru M.(2000).resistance of trichomonas vaginalis to metronidazol .J Clin Microbiol ,38(2),763-767
19. Othman M, Neilson JP, Alfirevic Z.(2007).Probiotics for preventing preterm labor. from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253567>
20. Angeles -lopez M.E, Romas G.C,Santagoc A.(2001).Hydrogen peroxide production and resistance to nanoxinol-9 in lactobacillus sp.isolated from the reproductive age women .Microbiologia, 43,171-176.
21. Mardh PA.(1991).The vaginal ecosystem .AM J Obstet Gynecol ,165,1163-1168.
22. Pavlova SI, Kilik Ao, Kilik SS (2002).Genetic diversity of vaginal lactobacilli from women hn different countries based on 16s rRNA gene

- sequences .*J App Microbiol* ,92,451-459.
- 23.Tarnberg M .(2002).Identification of randomly selected colonies of lactobacilli from normal vaginal fluid by pyrosequencing of the 16s rDNA variable V1 and V3 regions.*AP-MIS*,110,802-810.
- 24.Donders G.(2007).Definition and classification of abnormal vaginal flora .*Best practice &Research clinical obstetrics and gynecology* ,21(3),355-373.
25. Arontcheva A . (2001) . Defence factor of vaginal lactobacilli . *AM J Obstet Gynecol*,185,357-379.
- 26.Boskey E.R. (1999).Acid production by vaginal flora of the vaginal by H₂O₂ generating lactobacilli .*J Infect Dis* 165,19-25
- 27.Klebanoff S.J.(1991).Control of the microbial flora of the vagina by H₂O₂ generating lactobacilli.*J Infect Dis*, 165,19-25.
- 28.Eschabach D A.(1989).Prevalence of hydrogen peroxide producing lactobacillus species in normal women and women with bacterial vaginosis .*J clin Microbiol* , 27,251-256.
- 29.Kaehammer T.R.(1988).Bacitracin of lactic acid bacteria.*Biochimie*, 70, 337-349.
- 30.Reid G,Bruce A. (2001).Oral probiotics can resolve urogenital infections.*Fems immunology and medical microbiology* ,30,49-52.
- 31.McGroarty J.A, Reid G .(1988). Detection of lactobacillus substance that inhibits *Escherichia Coli*,*J Microbiol* ,34,974-978.
- 32.Reid G,Bocking A.(2003). The potential for probiotics to prevent bacterial vaginosis and preterm labor .*AM J Obstet Gynecol* ,189(4),1202-1208.
- 33.Brabin I,Roberts S ,Fairbrother E ,Mandal D,Higgins S,chandiok S ,et al.(2005). Factors affecting vaginal PH levels among female adolescents attending genitourinary medicine clinics .*Sex transm Infect* ,81,483-487.
- 34.Larsson PG .(1991).The vaginal PH and leukocyte epithelial cell ratio vary during normal menstrual cycles .*Eur J obstet gynecol reprod biol* ,38,39-41.
- 35.Rouse A. Gil K, Davis K.(2008) .Diagnosis of bacterial vaginosis in the pregnant patient in an acute care setting .*Arch Gynecol Obstet* ,Accessed 19 August 2008.
36. Fathy S .(2007).[Prevalence of *Gardnerella vaginalis* and its risk factors and clinical findings in women covered by Tabriz health centers, 2004.]. *Nursing & Midwifery Journal of Tabriz*,1(4)41-51.(Persian)
- 37.Eriksson K,Carlsson B ,Forsum U ,Larson PG.(2005).A Double –blind treatment study of bacterial vaginosis with normal vaginal lactobacilli after an open treatment with vaginal clindamycin ovules.*Acta Derm Venereol*, 85 ,42-46.
38. Drago L, Vecchi D, Nicola L, Zucchetti E, Gismondo M, Vicariotto F.(2007). Activity of a lactobacillus acidophilus –based douch for the treatment of bacterial vaginosis. *J Altern complement Med* ,13(4), 435-8.
39. Mousavy Z, Behroozy R .(1382). [Compare Safty Of Oral Clindamicin And Oral Metronidazol in Vaginosis Bacterial Patients]. *Journal of kashan university of medical sciences*,(26),8-14.(Persian)
- 40.Tasdemir M, Tasdemir I, Tasdemir S, Tavukcuoglu S.(1996). Alternative treatment of bacterial vaginosis in pregnant patients; restoration of vaginal acidity and flora. *Arch Aids Res* ,10 (4) , 239-41.

ارتباط شدت درد با پاسخ های عاطفی - روانی و رفتاری بیماران بستری در بخش های

سوختگی

اکرم جهانبان اسفهلان: کارشناسی ارشد پرستاری (نویسنده رابط)

Email: akram-jahanban@yahoo.com

مژگان لطفی: کارشناسی ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

دکتر وحید زمان زاده: دکترای پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

دکتر جلیل باباپور: دکترای روانشناسی، استادیار دانشکده علوم تربیتی دانشگاه تبریز

چکیده

مقدمه: درد سوختگی یکی از شدیدترین و مداومترین انواع درد بوده و تنوع آن در بیماران سوخته، تصمیم گیری برای کنترل درد و تسکین آن را با مشکل مواجه می کند. از طرفی، بر اساس مطالعات انجام یافته، شدت درد به تنهایی شاخص خوب تخمین درد در بالغین سوخته نیست. لذا برای برنامه ریزی یک رژیم درمانی مناسب بایستی علاوه بر شدت درد به پاسخ های عاطفی - روانی و رفتاری بیماران سوخته نیز توجه کرد. در این پژوهش ارتباط شدت درد و پاسخ های عاطفی-روانی و رفتاری در ۱۰۰ بیمار سوخته بستری در بخش های سوختگی مرکز آموزشی درمانی سینا تبریز در سال ۱۳۸۷ مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روشها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی همبستگی از شدت درد و پاسخ های عاطفی-روانی و رفتاری بیماران بستری در بخش های سوختگی مرکز آموزشی درمانی سینا تبریز است. روش جمع آوری داده ها، پرسشنامه بود و از آمار توصیفی و تحلیلی جهت توصیف و تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته ها: یافته های حاصل از پژوهش نشان داد که میانگین شدت درد بیماران در زمان رویه های درمانی ۸/۴۰ و در زمان استراحت ۵/۶۵ می باشد. در خصوص پاسخ های رفتاری در زمان پانسمن ارتباط آماری معنی داری بین شدت درد و دور شدن از محرک دردناک، ناله، گریه، شکلک درآوردن، بیقراری و سکوت کردن ($P < 0/001$)، محافظت از ناحیه دردناک ($P = 0/08$) و اعتراض به دیگران ($P = 0/001$) وجود داشت. در خصوص پاسخ های رفتاری و ارتباط آن با شدت درد در زمان استراحت، ارتباط آماری معنی داری بین شدت درد و دور شدن از محرک دردناک ($P = 0/07$) و خودداری از حرکت ($P = 0/04$) مشاهده شد. همچنین، در مورد پاسخ های عاطفی - روانی و ارتباط آن با شدت درد یافته ها نشان داد ارتباط آماری معنی داری بین شدت درد و اضطراب ($P = 0/02$)، خستگی ($P = 0/04$)، ناتوانی ($P = 0/001$)، بی اشتها ($P = 0/003$)، بدشکلی بدنی ($P = 0/03$) و اختلال استرس حاد ($P = 0/006$) وجود داشت.

بحث و نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که بیماران سوخته در زمان پانسمن درد زیاد و در زمان استراحت درد متوسطی را تجربه می کنند، در حالی که پاسخ های عاطفی - روانی و رفتاری منعکس کننده این واقعیت نیست. بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه در تسکین درد و رنج بیماران لازم است علاوه بر شدت درد به پاسخ های عاطفی - روانی و رفتاری بیماران نیز توجه نمود.

کلمات کلیدی: درد / سوختگی / پاسخ های عاطفی - روانی و رفتاری

مقدمه

داراست. مجمع بین المللی پرستاران نیز تسکین درد و رنج بیماران را یکی از پنج مرحله مهم مسؤولیت های پرستاری ذکر می کند (۲). انجمن درد آمریکا در این خصوص به ارایه دهندگان مراقبت توصیه نموده که

درد مهمترین عاملی است که بیماران را وادار به درخواست کمک از سیستم های مراقبت بهداشتی درمانی می کند (۱). مازلو معتقد است که درمان درد اولین اولویت را در ارضای نیازهای فیزیولوژیک بشر

تصمیم‌گیری برای کنترل درد و تسکین آن را با مشکل مواجه می‌سازد (۴). بررسی تجارب متفاوت درد بیماران در هنگام درمان‌های فیزیکی و استراحت، شناسایی و تمایز این دو نوع درد، برای برنامه ریزی یک رژیم درمانی مناسب را ضروری می‌سازد (۸). بررسی تجارب درد یکی از راه‌های افزایش درک پرستاران از درد بیماران تلقی می‌شود. صاحب نظران معتقدند مددجویان همه اطلاعات مورد نیاز جهت بررسی درد را دارند. لذا پیشنهاد می‌کنند به بیماران گوش دهید؛ مددجویان را باور کنید؛ مشکلات بالقوه مربوط به انحرافات و اشتباهات را شناسایی کنید و اطلاعات به دست آمده را بدون هرگونه قضاوت و پیش‌داوری در مورد مددجو تحلیل نمایید. پس توجه به تجارب درد در یافتن این اطلاعات کمک کننده خواهد بود (۹). از طرف دیگر، بعضی از محققین بر این باورند که شدت درد بیماران شاخص خوب تخمین مقدار درد تجربه شده نبوده (۴) و ارتباطی بین علایم حیاتی و نمره درد وجود ندارد (۱۰). برخلاف سوختگی در کودکان که شدت درد با مقدار سوختگی رابطه دارد در بالغین ارتباط معنی‌داری بین تجربه درد و شدت آن با اندازه و عمق یا محل سوختگی وجود ندارد. بر اساس مطالعات انجام شده درجه درد و شیوع رفتارهای درد در بالغین سوخته را نمی‌توان بر اساس سن، جنس، قومیت، تحصیلات، شغل یا شرایط اقتصادی - اجتماعی پیش بینی کرد. همچنین، تاثیر متغیرهای دیگر مانند سابقه سوء مصرف مواد، الکلیسم یا رفتارهای روانی بر درجه درد سوختگی و بروز رفتارهای درد در بالغین یافت نشده است. با این حال اضطراب، افسردگی، ترس و انتظار وجود درد نیز موجب افزایش مقدار درد می‌شود (۴). لذا در بررسی و کنترل درد بیمار باید به این گونه تجارب نیز توجه نمود. یافته‌های مطالعات مختلف در مورد تجربه درد بیماران نشان می‌دهد که جنسیت (۱۱)، وسعت سوختگی (۵)، وضعیت روحی بیماران، تجارب فردی و عوامل فرهنگی (۱۲) و پاسخ‌های فردی (۱۳) روی

بررسی و شناخت درد را به عنوان پنجمین علایم حیاتی مد نظر قرار دهند (۳).

سالانه حدود دو میلیون سانحه سوختگی در ایالات متحده اتفاق می‌افتد که ۳ تا ۵ درصد این سوختگی‌ها بقدری شدید هستند که نیازمند بستری بیمارستانی می‌باشند (۴). تال و همکاران در مطالعه خود به نقل از پری^۱ و همکاران اظهار می‌کنند که از ۵۲ نفر بیمار سوخته در ایالات متحده ۸۴ درصد آنها، درد ناشی از سوختگی را علی‌رغم تجویز ۸/۹ میلی‌گرم مورفین داخل عضلانی، غیر قابل تحمل توصیف کرده و اغلب این مددجویان در حین استراحت نیز درد خفیف تا متوسطی را تجربه می‌کنند (۵). از جمله حوادث و سوانحی که سالانه خسارات فراوان جانی و مالی ایجاد می‌کند؛ سوختگی‌ها هستند (۶). در رابطه با آمار سوختگی در کشورهای جهان سوم، کلاتری می‌نویسد: "شیوع سوختگی در ممالک جهان سوم در همان حدی است که در کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی دیده می‌شود، ولی شدت ضایعات در بیماران سوخته کشورهای در حال توسعه زیاد است". همچنین، اغلب سوختگیها با فقر اقتصادی و فرهنگی رابطه مستقیم داشته و گروه سنی ۱۵ تا ۳۰ آسیب پذیرتر هستند (۷).

بسیاری از بیماران سوخته، درد ناشی از سوختگی را یکی از بدترین تجارب احساسی در طول زندگی ذکر می‌کنند. درد سوختگی ماهیتی منفرد نبوده و به دلایل زیر باعث می‌شود که بیمار یکی از شدیدترین و مداوم ترین انواع درد را تجربه کند؛ اولاً "تحمل درد ناشی از سوختگی در محل زخم و اطراف آن که باعث ایجاد درد مداوم شده و با هرگونه حرکت در محل مبتلا و یا حتی با یک حرکت ساده مثل تنفس شدت می‌یابد. ثانیاً "درد ناشی از رویه‌های مختلف که در طول درمان انجام می‌گیرد و بالاخره درد مداوم ناشی از فرایند بازسازی و التیام بافت‌ها که برای مدت طولانی توسط بیمار تجربه می‌شود. این تنوع درد در بیماران سوخته،

جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای مشتمل بر مشخصات فردی - اجتماعی (۸ مورد)، مشخصات مربوط به سوختگی (۷ مورد) و اقدامات درمانی (۴ مورد)، سوابق سلامت جسمی - روانی - اجتماعی (۹ مورد)، پاسخ‌های عاطفی - روانی و رفتاری بیمار به درد در حال استراحت و رویه دردناک (۳۶ مورد) و نمره مربوط به شدت درد با استفاده از ابزار مقیاس ده نمره‌ای^۱ بود.

برای بدست آوردن روایی ابزار ابتدا بر اساس مروری بر متون و مطالعات مشابه پیش نویس ابزار تهیه و تکمیل گردید. سپس روایی محتوا با همکاری ۱۵ نفر از اعضای هیات علمی و اساتید دانشگاه علوم پزشکی تبریز و گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی دانشگاه تبریز صورت گرفت. به منظور اندازه‌گیری پایایی ابزار، پژوهشگر به همراه فرد دیگر همزمان و مستقل از هم به پر کردن پرسشنامه فوق در ۱۰مددجوی بستری در بخش و در دو مرحله صبح هنگام پانسمان و عصر موقع استراحت پرداخته، سپس داده‌های پرسشنامه در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و ضریب پایایی مشاهده‌گران $\alpha = 0.82$ بدست آمد.

پرسشنامه به روش مشاهده پاسخ‌های رفتاری بیماران به درد در زمان پروسیجر دردناک و مصاحبه با بیمار در حین استراحت صورت گرفت. از مقیاس ده نمره‌ای NRS برای بررسی و ارزیابی شدت درد زمان پانسمان، صبح (در زمان پانسمان) و درد زمینه‌ای، عصر (در زمان استراحت) صورت گرفت. پاسخ‌های عاطفی - روانی بیمار در زمان استراحت به روش مصاحبه با بیماران تکمیل شد.

به منظور اخذ نتایج پژوهش، ابتدا پرسشنامه‌های تکمیل شده کدگذاری شد و سپس داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS / ver 13.5 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آمار توصیفی (فراوانی مطلق و درصدی، میانگین) برای توصیف شدت درد و پاسخ‌های عاطفی - روانی و رفتاری و از آمار استنباطی (آزمون

درک بیمار از درد تاثیر دارد. این یافته‌ها محققان را به بررسی تجارب درد بیماران علاقمند کرده است (۱۴). متاسفانه نه تنها این مساله در برنامه مراقبت‌های پرستاری در بیماران سوختگی کشور لحاظ نشده است؛ بلکه هنوز از هیچ ابزاری در این خصوص استفاده نمی‌شود (۱۵). با توجه به مطالعات کتابخانه‌ای و مروری بر متون همچنین جستجوی اینترنتی انجام شده توسط پژوهشگران، تحقیقات کمی در این خصوص صورت گرفته و متاسفانه در ایران نیز کمتر به این موضوع توجه شده است (۱۶). لذا با توجه به عدم وجود شواهد کافی برای پاسخ به این سؤال که در بررسی درد سوختگی علاوه بر شدت درد چه عوامل دیگری باید توسط پرستاران در نظر گرفته شود؛ محققین بر آن شدند، مطالعه‌ای در خصوص تعیین ارتباط بین شدت درد و پاسخ‌های عاطفی - روانی و رفتاری بیماران سوخته در مرکز آموزشی درمانی سینا که تنها مرکز درمان سوختگی شمال غرب کشور می‌باشد، انجام دهند.

مواد و روشها

این مطالعه از نوع مطالعه توصیفی همبستگی می‌باشد که در آن ارتباط شدت درد با پاسخ‌های عاطفی - روانی و رفتاری بیماران زن و مرد بستری در بخش‌های سوختگی مرکز آموزشی درمانی سینا در طول سه ماهه اول سال ۱۳۸۷ که فاقد درد یا بیماری مزمن و بیماری خاص یا بیماری روانی بوده، سابقه بستری در بیمارستان نداشتند، دارای سوختگی درجه II و III با درصد سوختگی زیر ۶۰ درصد بوده و نیز بین ۱۵ تا ۶۰ سال سن داشتند، مورد بررسی قرار گرفت.

حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی (pilot) انجام شده روی ۲۰ نفر بیمار (۱۰ نفر مرد و ۱۰ نفر زن) بستری در بخش‌های سوختگی و با استفاده از فرمول حجم نمونه حداقل ۷۰ نفر برآورد گردید که در این پژوهش ۱۰۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه گیری به روش نمونه گیری آسان انجام گرفت. ابزار

درصد (۱٪) مطلقه بودند. از نظر وضعیت اقتصادی اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۶۰٪) متوسط و کمترین درصد (۱۹٪) خوب بودند و همچنین، بررسی مشخصات مربوط به متغیرهای وضعیت سوختگی نشان داد که در رابطه با درجه سوختگی بیشترین درصد (۷۴٪) از نوع درجه II,III و کمترین درصد (۱۲٪) از نوع درجه III بود. میانگین و انحراف معیار درصد سوختگی $14/76 \pm 18/01$ بود. در رابطه با محل سوختگی بیشترین درصد (۴۸٪) مربوط به سوختگی نواحی مختلف بدن (پراکنده) و سوختگی تنه اصلاً مشاهده نشد. از نظر عامل سوختگی بیشترین درصد (۳۹٪) شعله آتش (نفت و بنزین) و کمترین درصد (۲٪) شیمیایی بود. از نظر شدت سوختگی بیشترین درصد (۹۵٪) شدید و مورد خفیف موجود نبود. از نظر علت سوختگی ۱۰۰ درصد موارد از نوع حادثه‌ای بود. میانگین و انحراف معیار مدتی که از زمان سوختگی گذشته $5/34 \pm 3/09$ روز بود. مشخصات بیماران از جمله ارتباط شدت درد با پاسخ‌های عاطفی-روانی و رفتاری بیماران سوخته در زمان استراحت و رویه دردناک در جداول ۱ تا ۳ آورده شده است.

من ویتنی) برای بررسی ارتباط شدت درد و پاسخ‌های عاطفی-روانی و رفتاری استفاده شد.

یافته‌ها

بررسی مشخصات فردی-اجتماعی واحدهای مورد پژوهش نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن واحدهای مورد پژوهش $32/21 \pm 13/51$ سال می‌باشد که بیشترین درصد (۳۲٪) افراد مورد پژوهش در رده سنی ۱۵ تا ۲۳ سال و کمترین درصد (۱٪) در رده سنی ۶۰ تا ۶۸ سال قرار داشتند. اکثریت افراد مورد پژوهش مذکر (۵۳٪) بودند. از نظر سطح سواد اکثر افراد مورد پژوهش (۳۲٪) سواد خواندن و نوشتن (ابتدایی) و کمترین درصد دارای سواد بالاتر از دیپلم (۸٪) بودند. در مورد محل سکونت اکثریت افراد (۴۲٪) ساکن تبریز و کمترین درصد (۲۹٪) شهری و روستایی بودند. در رابطه با نوع زندگی اکثریت افراد (۹۲٪) زندگی هسته‌ای و کمترین درصد (۸٪) زندگی گسترده داشتند. از نظر شغل اکثر افراد (۴۷٪) شغل آزاد داشتند و کمترین درصد (۲٪) کارگر بودند. از نظر وضعیت تاهل اکثریت افراد (۵۶٪) متاهل و کمترین

جدول ۱: ارتباط بین شدت درد و پاسخ‌های رفتاری بیماران سوخته در زمان پانسمان

P-value	آماره	ندارد	دارد	ندارد	دارد	پاسخ‌های رفتاری (ارادی)
	من ویتنی	میانگین رتبه‌ای	میانگین رتبه‌ای	میانگین شدت درد \pm انحراف معیار	میانگین شدت درد \pm انحراف معیار	
<۰/۰۰۱	۵۷۳/۵۰۰	۶۶/۵۰	۴۱/۱۰	۷/۹۳ \pm ۱/۹۹	۹/۵۱ \pm ۰/۹۳	دور شدن از محرک
<۰/۰۰۱	۲۹۱/۵۰۰	۵۹/۵۶	۲۴/۷۱	۶/۶۵ \pm ۲/۰۷	۹/۱۷ \pm ۱/۱۹	نالہ
<۰/۰۰۱	۴۰۶/۵۰۰	۶۹/۲۶	۳۵/۷۶	۷/۵۸ \pm ۱/۹۵	۹/۷۰ \pm ۰/۵۹	گریه
۰/۰۸۷	۳۷۶/۰۰	۶۳/۱۷	۴۸/۷۷	۸/۴۴ \pm ۱/۷۷	۹/۰۸ \pm ۲/۲۷	محافظت از ناحیه دردناک
<۰/۰۰۱	۳۶/۰۰۰	۵۳/۱۲	۹/۵۰	۴/۶۶ \pm ۲/۱۶	۸/۷۶ \pm ۱/۵۲	شکلک درآوردن
<۰/۰۰۱	۴۱۶/۵۰۰	۶۵/۴۳	۳۲/۲۶	۷/۳۵ \pm ۱/۹۳	۹/۴۷ \pm ۱/۰۵	بیقراری
۰/۸۳	۷۱۶/۵۰۰	۴۹/۳۱	۵۰/۷۶	۸/۵۰ \pm ۱/۹۰	۸/۶۱ \pm ۱/۵۳	خودداری از حرکت
=۰/۰۰۱	۲۹۱/۰۰۰	۷۲/۷۱	۴۶/۸۸	۸/۳۰ \pm ۱/۸۹	۹/۸۵ \pm ۰/۳۶	اعتراض به دیگران
۰/۱۱	۶۶/۰۰۰	۷۷/۰۰	۴۹/۶۸	۸/۴۷ \pm ۱/۸۴	۱۰/۰۰ \pm ۰/۰۰	درگیری فیزیکی
-	-	۰/۰۰	۵۰/۵۰	۸/۵۲ \pm ۱/۸۳	۸/۵۲ \pm ۱/۸۳	بهت روانی (stupor)
<۰/۰۰۱	۳۸۶/۵۰۰	۲۸/۳۸	۵۹/۹۸	۹/۲۰ \pm ۱/۱۸	۶/۹۳ \pm ۲/۱۱	سکوت کردن

جدول ۲: ارتباط بین شدت درد و پاسخ های رفتاری بیماران سوخته نسبت به درد در وضعیت استراحت

P-value	آمار من ویتنی	ندارد میانگین رتبه‌ای	دارد میانگین رتبه‌ای	ندارد میانگین شدت درد ± انحراف معیار	دارد میانگین شدت درد ± انحراف معیار	پاسخ‌های رفتاری (ارادی)
۰/۰۷	۹۰/۵۰۰	۴۹/۴۴	۷۵/۸۸	۵/۵۵±۲/۰۷	۷/۵۰±۱/۷۳	دور شدن از محرک دردناک
۰/۴۳	۱۰۷/۰۰	۵۰/۱۰	۶۳/۳۳	۵/۶۰±۲/۱۱	۶/۳۳±۰/۵۷	نالہ
۰/۴۳	۱۰۷/۰۰	۵۰/۱۰	۶۳/۳۳	۵/۶۰±۲/۱۱	۶/۳۳±۰/۵۷	گریه
۰/۱۴	۷۵۴/۰۰	۴۳/۱۶	۵۲/۹۵	۵/۰۴±۲/۳۳	۵/۸۲±۱/۹۸	محافظت از ناحیه دردناک
۰/۱۳	۲۸۷/۵۰۰	۴۹/۱۶	۶۴/۰۶	۵/۵۲±۲/۰۴	۶/۶۶±۲/۴۴	شکلک درآوردن
۰/۱۴	۱۸۲/۵۰۰	۴۹/۴۴	۶۷/۰۸	۵/۵۴±۲/۰۰	۷/۰۰±۳/۰۳	بیقراری
۰/۰۴	۴۹۳/۵۰۰	۳۸/۰۳	۵۳/۰۵	۴/۵۸±۲/۶۹	۵/۸۴±۱/۸۹	خودداری از حرکت
-	-	۵۰/۵۰	۰/۰۰	۵/۶۳±۲/۰۹	۵/۶۳±۲/۰۹	اقدام به خودکشی
-	-	۵۰/۵۰	۰/۰۰	۵/۶۳±۲/۰۹	۵/۶۳±۲/۰۹	اقدام به مصرف مواد
-	-	۵۰/۵۰	۰/۰۰	۵/۶۳±۲/۰۹	۵/۶۳±۲/۰۹	رفتارهای پرخاشگرانه
۰/۹۲	۱۴۱/۰۰	۵۲/۰۰	۵۰/۴۵	۵/۶۶±۱/۵۲	۵/۶۲±۲/۱۱	سکوت کردن

جدول ۳: ارتباط بین شدت درد و پاسخ های عاطفی-روانی بیماران سوخته نسبت به درد در وضعیت استراحت

P-value	آماره من ویتنی	ندارد میانگین رتبه‌ای	دارد میانگین رتبه‌ای	ندارد میانگین شدت درد ± انحراف معیار	دارد میانگین شدت درد ± انحراف معیار	احساسات عاطفی-روانی
P<۰/۰۰۱	۸۷۲/۰۰	۵۵/۷۰	۴۲/۳۶	۵/۰۲±۱/۹۵	۶/۰۱±۲/۱۰	اضطراب
۰/۱۳	۱۰۱۰/۵۰۰	۵۴/۲۷	۴۵/۵۰	۵/۲۳±۱/۸۸	۵/۹۲±۲/۲۰	ترس
<۰/۰۰۱	۸۴۴/۰۰	۵۴/۷۱	۴۲/۳۲	۵/۰۲±۲/۰۳	۵/۹۳±۲/۰۶	خستگی
<۰/۰۰۱	۷۰۵/۰۰	۶۲/۹۵	۴۳/۱۹	۵/۰۷±۱/۹۹	۶/۵۶±۱/۹۳	ناتوانی
۰/۳۴	۸۲۰/۰۰	۵۵/۲۰	۴۸/۹۳	۵/۵۰±۲/۰۸	۶/۰۰±۲/۱۲	افسردگی
۰/۳۱	۵۹۷/۰۰	۵۶/۸۸	۴۹/۱۹	۵/۵۵±۲/۱۲	۶/۰۰±۲/۱۲	ناامیدی
<۰/۰۰۱	۳۹۵/۵۰۰	۵۴/۲۲	۳۰/۹۷	۴/۲۵±۲/۱۷	۵/۸۹±۱/۹۸	بی‌اشتهایی
۰/۴۸	۵۶۶/۵۰۰	۴۵/۷۷	۵۱/۳۴	۵/۷۰±۲/۱۲	۵/۲۰±۱/۸۹	انزوای طلبی
۰/۲۳	۱۲۵/۰۰	۶۷/۲۵	۴۹/۸۰	۵/۵۷±۲/۰۸	۷/۰۰±۲/۱۶	حقارت
۰/۱۷	۲۲۵/۵۰۰	۶۴/۷۹	۴۹/۴۲	۵/۵۴±۲/۰۹	۶/۷۱±۱/۷۹	بدبختی
۰/۲۹	۲۱۰/۵۰۰	۶۲/۴۲	۴۹/۷۴	۵/۵۸±۲/۱۳	۶/۳۳±۱/۰۳	نگرش منفی به
۰/۷۰	۳۸/۵۰۰	۳۹/۵۰	۵۰/۶۱	۵/۶۳±۲/۱۰	۵/۰۰±۰۰	تصورات خودکشی
<۰/۰۰۱	۸۶۵/۵۰۰	۵۴/۹۸	۴۲/۵۴	۵/۰۵±۲/۰۴	۵/۹۵±۲/۰۶	بدشکلی بدنی
<۰/۰۰۱	۸۵۲/۵۰۰	۵۸/۹۷	۴۳/۲۹	۵/۱۲±۲/۲۴	۶/۲۱±۱/۷۳	اختلال استرس حاد ^۳

بحث

درد شدیدتری را هم در دوره درمان (دبریدمان) و هم موقع استراحت گزارش کرده‌اند که البته این بیماران نسبت به سایر بیماران، سوختگی وسیع داشتند (۴). مطالعه لونسار در خصوص ارتباط متقابل بین اضطراب، افسردگی و درد بیماران سوخته در ۷۰ بیمار مبتلا به سوختگی شدید (دو هفته بعد از سانحه) نشان داد که اغلب بیماران بطور بیمارگونه‌ای از اضطراب و افسردگی رنج می‌برند. سطوح بالای اضطراب و افسردگی با نمره‌های بالای درد مرتبط بود (۱۷). مطالعه دیفد و همکاران نشان داد، بیمارانی که در موقع بستری یا در طول دو هفته بعد از حادثه سوختگی علائم استرس حاد را نشان دادند؛ ۶ ماه تا یک سال بعد از حادثه سوختگی به اختلال استرس بعد از سانحه مزمن مبتلا شدند (۱۸). مطالعات جدید نشان داده‌اند که درد حاد زیاد با عوارض روانی منفی طولانی مدت از قبیل افسردگی، افکار خودکشی و اختلال استرس بعد از سانحه دو سال بعد از بروز حادثه سوختگی مرتبط است (۱۹).

تاکک^۱ و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که نمره‌های بالای درد با تطابق ضعیف یک‌ماه بعد از حادثه سوختگی مرتبط است (۲۰). این محققین همچنین، در مطالعه دیگری نشان دادند که نمره‌های بالای درد زمان پانسمان (با استفاده از مقیاس آنالوگ بینایی) بر تطابق ۱ تا ۲ سال بعد از حادثه سوختگی موثر است. یکی از شاخص‌های تطابق روانی، اختلال استرس بعد از سانحه است. نمره‌های درد بطور معنی‌داری با اختلال استرس بعد از سانحه مرتبط بود. البته این ارتباط ربطی به بهداشت روانی قبل از سوختگی بیماران نداشت. همچنین، نمره‌های بالای درد زمان بستری در بیمارستان از شاخص‌های پیشگویی‌کننده قویتری نسبت به اندازه یا وسعت سوختگی و طول مدت بستری در بیمارستان هستند (۲۱). نتایج فوق با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

پاسخ‌های عاطفی-روانی و رفتاری عبارت است از یک‌سری احساسات و عواطفی که افراد در مقابله با تجربه درد از خود نشان داده و این احساسات و بروز آنها تحت تاثیر عوامل فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی می‌باشد و تاثیر این عوامل بیانگر این حقیقت است که شدت درد به تنهایی نشان‌دهنده مقدار درد تجربه شده توسط بیمار نیست. لذا در پژوهش حاضر که با هدف تعیین ارتباط بین شدت درد و پاسخ‌های عاطفی-روانی و رفتاری بیماران بستری در بخش‌های سوختگی مرکز آموزشی درمانی سینا انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که در خصوص ارتباط شدت درد و پاسخ‌های رفتاری در زمان پانسمان، بین شدت درد و دور شدن از محرک دردناک، ناله، گریه، شکلک درآوردن، بیقراری، سکوت کردن، محافظت از ناحیه دردناک و اعتراض به دیگران رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد. در خصوص پاسخ‌های رفتاری و ارتباط آن با شدت درد در زمان استراحت، بین شدت درد و دور شدن از محرک دردناک و خودداری از حرکت در زمان استراحت ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد.

همچنین، در مورد پاسخ‌های عاطفی-روانی و ارتباط آن با شدت درد، یافته‌ها نشان داد ارتباط آماری معنی‌داری بین شدت درد و اضطراب، خستگی، ناتوانی، بی‌اشتهایی، بدشکلی بدنی و اختلال استرس حاد وجود داشت.

مطالعه اولمر نشان داد خلق افسرده با شدت درد مرتبط است، اما با دیسترس درد ارتباطی ندارد. اعتقاد و قدرت فردی در خصوص کنترل و کاهش درد با خلق افسرده رابطه منفی داشت. درد و خلق افسرده مهمترین مشکلات بیماران سوخته بود (۱۲). وال به نقل از پری و همکاران در خصوص ارتباط بین شکایات روانی حاد و درد سوختگی اظهار می‌کند که بسیاری از بیماران دچار سوختگی شدید، در موقع بستری اختلالات روانی حاد (خصوصاً، دشمنی، وابستگی، افسردگی) نشان می‌دهند. بیماران مبتلا به اختلال استرس بعد از سانحه

ترس از عدم ارایه خدمات بهتر، پاسخ دقیقی به سؤالات نداده باشند. با توجه به این که پر کردن پرسشنامه‌ها در اتاق بیماران و در حضور سایر بیماران انجام شده، احتمال دارد بیماران به برخی سؤالات پاسخ درست نداده باشند. این پژوهش بدون در نظر گرفتن روزهای ملاقات صورت گرفته، لذا احتمال دارد دیدار خانواده و بستگان بر پاسخ‌های عاطفی - روانی و رفتاری بیماران تاثیر داشته باشد.

نتیجه‌گیری

این پژوهش همانند سایر مطالعات انجام شده در مورد تجربه درد بیماران سوخته نشان می‌دهد که این بیماران همواره درد زیادی را متحمل شده و حتی در زمان استراحت نیز درد دارند؛ لذا به نظر می‌رسد توجه به درد بیماران سوخته و تسکین درد بایستی در اولویت قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در تسکین درد این بیماران علاوه بر شدت درد به سایر متغیرها نیز توجه گردد. مطالعات دقیقتری به منظور ارتباط متغیر فرهنگ و پاسخ‌های عاطفی - روانی و رفتاری در واکنش به شدت درد سوختگی باید صورت گیرد تا به ابزار دقیقتر سنجش درد در هر منطقه دست یافت.

تقدیر و تشکر

در پایان بر خود واجب می‌دانیم از مترون، سوپروایزر آموزشی و کلیه کادر محترم بخش‌های سوختگی مردان و زنان که با اینجانب همکاری نموده و مددجویان عزیز که با صبر و حوصله به سؤالات پژوهش پاسخ داده و در این پژوهش شرکت نمودند، تشکر و قدردانی نماییم. لازم به ذکر است که این مقاله قسمتی از پایان‌نامه اینجانب اکرم جهانبان اسفهلان با راهنمایی سرکار خانم لطفی و مشاوره آقایان دکتر وحید زمان‌زاده و دکتر باباپور است که در سال ۱۳۸۷ در مرکز آموزشی درمانی سینا تبریز انجام گرفته است.

وان لوی^۱ و همکاران نشان دادند که اضطراب مربوط به درد حاد، پیش‌گویی‌کننده علایم اختلال استرس بعد از سانحه، یک سال بعد از وقوع حادثه سوختگی است (۲۲). در مطالعه حاضر نیز بین شدت درد و اضطراب ارتباط معنی‌دار یافت شد.

در مروری بر متون که توسط وان‌لوی و ون‌سان^۲ انجام شد. نتایج نشان داد که اضطراب بالای مرتبط با درد، عامل خطر ایجاد علایم اختلال استرس بعد از سانحه بعد از ترخیص بوده و اختلال استرس بعد از سانحه مزمن را ایجاد خواهد کرد (۲۳). نتایج این مطالعه نیز ارتباط معنی‌داری را بین شدت درد و اختلال استرس حاد نشان داد و بالاخره آلتیر^۳ و همکاران نشان دادند که اضطراب و افسردگی از علایم و اختلالات شایع در این بیماران است. این اختلالات ظاهراً با شدت درد، زمان سپری شده از وقوع حادثه و بدشکلی ایجاد شده ارتباطی ندارد (۲۴). در حالی که در مطالعه حاضر بین شدت درد و احساس بدشکلی بدنی ارتباط معنی‌دار مشاهده شد. با توجه به این که جامعه پژوهش در این دو پژوهش از نظر فرهنگی کاملاً متفاوت بوده و مساله فرهنگ یک عامل تاثیرگذار در درک شدت درد می‌باشد (۳) به نظر می‌رسد عوامل فرهنگی علت بروز اختلاف این دو مطالعه باشد.

محدودیت‌های پژوهش شامل موارد زیر بودند:

این پژوهش بر روی بیماران سوخته بستری در بخش‌های سوختگی مرکز آموزشی درمانی سینا تبریز انجام گرفت. لذا قابل تعمیم به کل بیماران سوخته نمی‌باشد. متغیر جنس می‌تواند بر نحوه بروز پاسخ‌های عاطفی - روانی و رفتاری بیماران مرد خصوصاً پاسخ‌های رفتاری در زمان پانسمان موثر بوده باشد. بخشی از داده‌ها با انجام مصاحبه با بیماران و بصورت حضوری انجام شده لذا ممکن است بیماران به دلایل متعدد پاسخ دقیق به برخی سؤالات نداده باشند. احتمال دارد بیماران به منظور خشنودی پرسنل یا

References

1. Frrell RB, Eberts TM, Maccafery M. (1991). *Clinical Decision Making & Pain*. *Cancer Nursing*, 14(6), 289-297.
2. Emad B, Átashzadeh FSH, Zohri S, Ezzati J, Moshtag ZE, Nikravan FM et al (1995). [Nursing Foundations]. 1st ed, Tehran, Ghazi jahani publisher. (Persian)
3. Taylor C, Lillis C, Lemone P (2005). *Fundamentals of Nursing: The Art & Science of Nursing Care*, 5th ed. Lippincott Williams & Wikins, Philadelphia, 1194-1206.
4. Wall P.D, Melzac R (1994). *The Pain of Burns*. *Textbook of Pain*, 2nd ed. Churchill, Edinburgh, 402-8.
5. Tall LA, Faber AW, Vanloey NE, Reynders CL, Hofland HW. (1999). *The Abbreviated Burn Specific Anxiety Scale*, *Burns*, 25 (6), 493-7.
6. Helm Seresht P, Delpisheh E. (1992). [Environmental Health Fundamentals], Tehran, Chehr publisher. (Persian)
7. Kalantari A. (1992). *The Investigative Efforts on the Care & Treatment of the Patients with burns in the Future*. *Science & Society*, 1(5), 62.
8. Marvin JA (1998). *Management of the Pain & Anxiety*. In Gretchen JC: *Burn Care & Therapy*, 1st ed. CV Mosby, St. Louis, 167-180.
9. Munafo M, Trim J (2000). *Creative Pain: A Hand Book for Nurses*, 1st ed. Oxford, Butterworth, 16-17.
10. Marco CA, Plewa MC, Budere N, Hymel G, Cooper J. (2006). *Self-Reported Pain Scores in the Emergency Department: Lack of Association with Vital Signs*. *Acad Emerg Med*, 13(9), 974-9.
11. Jansson CE, Holmeston A, Dahlstorm L, Jonsson K. (1998). *Background Pain in Burn Patients: Routine Measurement & Recording of Pain Intensity in a Burn Unit*. *Burns*, 24 (5), 448-54.
12. Ulmer JF. (1997). *An Exploratory Study of Pain, Coping, and Depressed Mood Following Burn Injury*. *Pain Symptom Manage*, 13(3), 148-57.
13. Ashburn MA. (1995). *Burn Pain: The Management of Procedure-Related Pain*. *Burn Care Rehabil*, 16(3), 365-7.
14. Carlucci VD, Rossi LA, Ficher AM, Ferreira E, Carvaiho E. (2007). *Burn Experiences from the Patient's Perspective*, *Rev Esc Enferm USP*, 41(1), 21-8.
15. Lotfi M, Zamanzadeh V, Jahanban EA. (2007). [Comparison of Different Assessment Tools in Patients Admitted in Burn Wards of Sina Teaching Hospital]. *Proceedings of the 7th International Association for Study of Pain in Iran, Tabriz*, 29. (Persian)
16. Sharifi M. (2007). [the Message of the Head of International Association for Study of Pain in Iran]. *Proceedings of the 7th International Association for Study of Pain in Iran, Tabriz*, 1. (Persian)
17. Loncar Z, Bras M, Mickovic V. (2006). *The Relationships between Burn Pain, Anxiety and Depression*. *Coll. Antropol*, 30(2), 319-25.
18. Difede J, Ptacek JT, Robert J. (2002). *Acute Disorder after Burn Injury: a Predictor of Posttraumatic Stress Disorder?* *Psychomatic Medicine*, 64, 826-34.
19. Askay SW, Patterson DR. (2008). *What Are the Psychiatric Sequelae of Burn pain?* *Current Pain & Headache Reports*, 12, 94-7.
20. Ptacek JT, Patterson DR, Montgomery BK (1995). *Pain, Coping, and Adjustment in Patients with Sever Burns: Preliminary Findings from a Prospective Study*. *J Pain Symptom Manage*, 10, 446-55.
21. Patterson DR, Tininenko J, Ptacek JT. (2006). *Pain during Hospitalization Predicts Long-Term Outcome*. *J Burn Care Res*, 27, 719-26.
22. Van Loey N, Maas C, Faber A, Taal

L. (2003). *Predictors of Chronic Posttraumatic Stress Symptoms Following Burn Injury, Results of a Longitudinal Study*. *Trauma Stress*, 16, 361-69.

23. Van Loey N, Van Son MJM. (2003). *Psychology & Psychological Problems in Patients with Burn Scars:*

Epidemiology & Management. Clin Dermatol, 4, 245-72.

24. Altier N, Malenfant A, Forget R, Choiniere M. (2002). *Long-Term Adjustment in Burn Victims: A Matched-Control Study*. *Psychological Medicine*, 32, 677-685.

مقایسه رضایت‌مندی مادران از مراقبین زایمانی در مرحله لیبر و زایمان در بیمارستان‌های آموزشی و غیر آموزشی تبریز

فهیمة صحتی: کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشکده پرستاری - مامایی تبریز

سمیه نقی زاده: کارشناس ارشد مامایی (نویسنده رابط)

Email: Somayeh.nf86@yahoo.com

شیرین عطری برزنجه: کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری - مامایی تبریز

دکتر حسین ابراهیمی: دکتری پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری - مامایی تبریز

چکیده

مقدمه: رضایت بیمار مفهومی است که امروزه در مراقبت‌های پزشکی اهمیت بسیار ویژه‌ای یافته است و همچنین، رضایت‌مندی از مراقبت‌ها یک معیار مهم و متغیری برای سنجش کیفیت مراقبت‌های بهداشتی شناخته شده است. هدف مطالعه حاضر بررسی میزان رضایت‌مندی مادران از مراقبین لیبر و زایمان و شناسایی نقاط قوت و ضعف موجود در مراقبت‌های فراهم شده می‌باشد.

مواد و روشها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقایسه‌ای است و در آن ۲۷۰ نفر از مادرانی که در بیمارستان‌های الزهراء (س)، طالقانی و ۲۹ بهمن تبریز زایمان کرده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. مادران شرکت کننده در پژوهش که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند به روش سهمیه‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای که رضایت‌مندی مادران از مراقبین لیبر و زایمان را می‌سنجید استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بیشترین رضایت‌مندی در حیطه جسمانی بود به طوری که در بیمارستان‌های آموزشی میزان رضایت در مراحل لیبر و زایمان به ترتیب ۵۸/۵ و ۶۱/۰ درصد و در بیمارستان‌های غیر آموزشی به ترتیب ۷۰ و ۵۲/۹ درصد بود و کمترین رضایت‌مندی در حیطه عاطفی به دست آمد به طوری که در بیمارستان‌های آموزشی میزان رضایت در مراحل لیبر و زایمان به ترتیب ۲۶ و ۵۱/۵ درصد و در بیمارستان‌های غیر آموزشی به ترتیب ۲۸/۶ و ۶۸/۶ درصد بود. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که تفاوت در رضایت‌مندی مادران از مراقبین لیبر و زایمان در هر چهار حیطه مراقبتی در بیمارستان‌های آموزشی و غیر آموزشی از لحاظ آماری معنی‌دار بود.

بحث و نتیجه‌گیری: این پژوهش نشان داد که رضایت‌مندی در بیمارستان‌های غیر آموزشی بالاتر از بیمارستان‌های آموزشی بود. این امر بیانگر وجود ضعف‌هایی در سیستم ارائه خدمات بیمارستان‌های آموزشی می‌باشد که نشان‌دهنده ضرورت توجه بیشتر مسوولین و مدیران خدمات مامایی به تأمین و ارتقاء سلامت مادران است.

کلمات کلیدی: مراقبت‌های درمانی / رضایت‌مندی / زایمان طبیعی / مراقبین زایمان

مقدمه

مراقبت و توصیه به زنان در طول بارداری، زایمان و دوره بعد از زایمان است. او تنها فردی است که در این زمینه مهارت دارد و موظف به مراقبت از مادران و نوزادان می‌باشد. کیفیت و نحوه مراقبت‌های مامایی ارائه شده یکی از مسائلی است که تأثیر بسیاری بر نتایج زایمان می‌گذارد. عملکرد و اقدامات

زایمان رویداد فیزیولوژیک بسیار مهمی در زندگی زن می‌باشد که اثرات جسمی، روانی و عاطفی عمیقی بر وی دارد. این پدیده با درد، فشار روانی، آسیب پذیری، صدمات جسمی احتمالی و ندرتاً مرگ همراه است (۱). مراقبت از مادر در زایمان‌های بدون عارضه بر عهده ماما است. او قادر به سرپرستی،

حضور داشتن (۵۳٪) و شایستگی و صلاحیت (۷۱٪) مطلوب ارزیابی کردند (۸). مطالعات اخیر در ناحیه خاورمیانه و کشورهای در حال توسعه، مفید بودن گزارش زنان در تعیین کیفیت مراقبت‌ها را تصدیق کردند. کاباکین^۵ و همکارانش در لبنان نشان دادند زنانی که اعتماد کامل به پزشک خود داشتند و خیلی به ندرت سؤال می‌پرسیدند، بسیاری از فرآیندها را که بصورت روتین به کار برده می‌شد، حتی مواردی که محققان آنها را غیر ضروری می‌دانستند، مفید و سودمند ارزیابی کردند (۹). اردیبهشتی در مطالعه خود نشان داد که انتظارات مادران در ۲۰ درصد موارد برآورد گردیده، در ۲۳/۸ درصد موارد تا حدودی برآورد شده و در ۵۶/۲ درصد موارد برآورد نگردیده است (۱۰). مطالعه ای که توسط میرمولایی انجام شد، نشان داد که اکثر مادران از نحوه دریافت هر سه نوع حمایت (اطلاعاتی، عاطفی و جسمانی) رضایت کامل داشتند (۱۱). از آنجا که بهبود کیفیت مراقبت بدون توجه به نظرات و انتظارات بیماران امکان‌پذیر نیست و ماماها از اعضای اصلی تیم مراقبت‌های بهداشتی اولیه هستند و نقش مهمی در ارزیابی مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان را بر عهده دارند، باید از عوامل مؤثر بر رضایت مددجویان آگاهی داشته باشند (۱۲). به دلیل محدودیت پژوهش، در زمینه تعیین رضایت‌مندی جسمانی، اطلاعاتی، اخلاقی و عاطفی مادران از مراقبین لیبر و زایمان (از زمان پذیرش در بخش زایمان تا زمان انتقال به بخش بعد از زایمان)، نیاز است پژوهشی در این حوزه انجام گیرد لذا بر آن شدیم مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی رضایت‌مندی مادران را از مراقبین لیبر و زایمان در بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی تبریز انجام دهیم. تا بر اساس یافته‌های حاصل از این مطالعه نقاط ضعف موجود در برنامه‌های مراقبتی موجود را تعیین نماییم.

ماما در این موقعیت بحرانی می‌تواند نتایج بسیار متفاوتی در پی داشته باشد که دامنه آن نه تنها از زندگی تا مرگ، سلامتی تا صدمات جسمی است، بلکه بر سلامت روانی و عاطفی مادر و نوزاد نیز تأثیر قابل توجهی دارد (۱،۲). رضایت بیمار، مفهومی است که امروزه در مراقبت‌های پزشکی اهمیت بسیار ویژه‌ای یافته است (۳،۴). رضایت بیمار عبارت است از ارزیابی بیمار از مراقبت‌های سلامتی که دریافت می‌کند (۵). هاروی^۱ به نقل از دونابدین^۲ می‌نویسد "رضایت‌مندی از مراقبت‌ها یک معیار مهم و متغیری برای سنجش کیفیت مراقبت‌های بهداشتی شناخته شده است" (۶). رضایت بیمار از مراقبت‌های دریافت شده اهمیت دارد چرا که مددجویان راضی نسبت به افراد ناراضی در برابر خدمات و مراقبت‌های دریافتی پاسخ متفاوتی نشان می‌دهند و عموماً مددجویانی که از خدمات راضی هستند استفاده از آن را ادامه داده، درمان توصیه شده را پذیرفته و پیگیری نموده و اغلب دیگران را نیز به استفاده از آن فرا می‌خوانند. بنابراین، مددجوی راضی نه تنها استفاده از خدمات را قطع نمی‌کند بلکه روز به روز موجب توسعه آن نیز می‌شود (۵). همچنین چانوان^۳ اظهار می‌دارد که اگر زن احساس عدم رضایت از تجربه زایمانی خود داشته باشد، ممکن است به سختی با نوزادش ارتباط برقرار کند و یک تجربه زایمانی مثبت ممکن است زایمان بعدی او و نظر او نسبت به خود را به عنوان یک مادر تحت تأثیر قرار دهد (۷).

مکی و استپانس^۴ در مطالعه خود تحت عنوان ارزیابی زنان از پرستاران لیبر و زایمان نشان دادند که ۹۰ درصد از زنان، پرستاران لیبر و زایمان خود را مطلوب و ۱۰ درصد آنها را نامطلوب ارزیابی کردند. آنها پرستاران را به خاطر مشارکت (۸۰٪)، پذیرش (۷۶٪)، دادن اطلاعات (۷۵٪)، تشویق (۶۵٪)،

مواد و روشها

این مطالعه از نوع توصیفی-مقایسه‌ای بود، که در بیمارستان‌های آموزشی (الزهراء(س) و طالقانی) و غیرآموزشی (۲۹ بهمن) انجام گرفت. روش نمونه-گیری در این مطالعه از نوع سهمیه‌ای بود. به دلیل اینکه تعداد زایمان‌های انجام شده در بیمارستان‌های تبریز متفاوت بود آمار زایمان واژینال از هر بیمارستان به دست آورده شد، به طوری که طی ۶ ماه اول سال ۱۳۸۷ تعداد زایمان طبیعی انجام شده در بیمارستان الزهراء(س) ۲۸۴۹، طالقانی ۲۱۸۴ و در ۲۹ بهمن ۱۶۹۸ زایمان بود و به نسبت تعداد زایمان‌های انجام شده در هر بیمارستان، به صورت در دسترس، مادرانی که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند انتخاب شدند و به ترتیب تعداد ۱۱۴، ۸۶ و ۷۰ نفر از مادران مراجعه کننده به بیمارستان-های الزهراء(س)، طالقانی و ۲۹ بهمن تبریز انتخاب گردیدند.

ابزار جمع آوری اطلاعات در این پژوهش، شامل پرسشنامه‌ای بود که با استفاده از ابزارهای رضایت-مندی از پرستاری نیوکاسل^۱ (۵)، پرسشنامه سایلتهتی^۲ (۱۳)، ابزار ارزیابی لیبر/ زایمان^۳ (۱۴)، پرسشنامه رضایت‌مندی بیمار^۴ (۷)، پرسشنامه رضایت‌مندی بیمار با مراقبت‌های سلامتی^۵ (۷)، ابزار رضایت‌مندی از مراقبت قبل از زایمان، ابزار رضایت-مندی از مراقبت حین زایمان، ابزار رضایت‌مندی از مراقبت بعد از زایمان^۶ (۱۵) و پرسشنامه‌های مورد استفاده در پایان‌نامه‌های اردیبهشتی (۱۰) و می‌مولایی (۱۱) تدوین شد.

قسمت اول این پرسشنامه مربوط به مشخصات فردی اجتماعی و تاریخچه حاملگی‌های قبلی و فعلی، قسمت دوم تا پنجم پرسشنامه به ترتیب مربوط به رضایت‌مندی جسمانی، اطلاعاتی، اخلاقی و عافی مادران از مراقبین لیبر و زایمان بود. که به ترتیب ۲۱، ۲۷، ۲۳، ۲۰ سؤال مربوط به بعد جسمانی، بعد اطلاعاتی، بعد اخلاقی و بعد عاطفی بود. میزان رضایت مادران با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت بصورت "کاملاً راضی هستم" (نمره ۵)، "راضی هستم" (نمره ۴)، "نظری ندارم یا موردی ندارد" (نمره ۳)، "ناراضی هستم" (نمره ۲) و "کاملاً ناراضی هستم" (نمره ۱) سنجش شد. روایی این پرسشنامه با روش اعتبار محتوا تعیین گردید. جهت بررسی از لحاظ روایی محتوای پرسشنامه تدوین شده به ۸ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز (۷ نفر کارشناس ارشد مامایی و ۱ نفر کارشناس ارشد پرستاری)، ۱ نفر دکتری روانشناسی و ۱ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز داده شده و برای تعیین پایایی، پرسشنامه توسط ۳۰ نفر از مادران تکمیل شد که با استفاده از آلفای کرونباخ، پایایی آنها به دست آمد، که این ضریب در زمینه سؤالات مربوط به رضایت‌مندی جسمانی، اطلاعات مورد نیاز، اخلاقی و عاطفی مادران به ترتیب ۰/۸۱۱، ۰/۸۲۹، ۰/۸۱۰، ۰/۸۲۹ بود.

فرآیند اجرای پژوهش به این صورت بود که پژوهشگر پس از اخذ معرفی از دانشکده و معرفی

- 1- The Newcastle satisfaction with nursing scales(NSNS)
- 2- Sylheti questionnaire
- 3- Labor /delivery evaluation scale
- 4- Patient satisfaction questionnaire(PSQ)
- 5- Patient satisfaction with health care questionnaire (PSHCSQ)
- 6-Satisfaction with Antenatal care scale
Satisfaction with Intrapartum care scale.Satisfaction with Postnatal care scale

(۴/۸٪) از آنان بی سواد بودند. اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۸۰٪) خانه‌دار بودند، ۴/۸ درصد از آنان شاغل در خارج از منزل و ۱۵/۲ درصد شاغل در منزل بودند. میانگین تعداد فرزند زنده واحدهای مورد پژوهش $1/49 \pm 0/803$ ، میانگین تعداد فرزند مرده $0/208 \pm 0/04$ و میانگین تعداد سقط $0/414 \pm 0/15$ بود. اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۶۵/۲٪) نولی‌پار بودند. ۲۴۵ نفر (۹۰/۷٪) از مادران ناراحتی و مشکلی در طی حاملگی و زایمان قبلی نداشتند و ۲۴۹ نفر (۹۲/۲٪) اطلاعات یا آشنایی قبلی در مورد زایمان داشتند. بیشترین منبع کسب اطلاعات مادران از طریق پرسنل بهداشتی (۲۵/۶٪) و کمترین منبع کسب اطلاعات از طریق اطرافیان (۲/۲٪) بود.

در بررسی میزان رضایت‌مندی مشخص شد که میزان رضایت‌مندی در بیمارستان‌های آموزشی در مرحله لیبر کمتر از مرحله زایمان بود به طوری که بر اساس معیار لیکرت در مرحله لیبر فقط ۷ درصد مادران از مراقبین لیبر رضایت کامل داشتند. ۴۰ درصد راضی، ۴۴/۵ درصد نظری نداشتند، ۸ درصد ناراضی و ۰/۵ درصد کاملاً ناراضی بودند. در مرحله زایمان ۱۶/۵ درصد مادران از مراقبین زایمان رضایت کامل و ۷۲ درصد رضایت، ۱۰/۵ درصد نظری نداشتند، ۰/۵ درصد ناراضی و ۰/۵ درصد کاملاً ناراضی بودند. همچنین، در بیمارستان‌های غیرآموزشی ۲۵/۷ درصد مادران از مراقبین لیبر رضایت کامل، ۶۵/۷ درصد رضایت، ۸/۶ درصد نظری نداشتند و هیچ یک از مادران از مراقبین لیبر ناراضی نبودند. و در مرحله زایمان ۳۴/۳ درصد رضایت کامل، ۶۴/۳ درصد رضایت، ۱/۴ درصد نظری نداشتند و هیچ موردی از ناراضی وجود نداشت. میزان رضایت‌مندی در مراحل لیبر و زایمان بر اساس ابعاد مراقبتی (جسمانی، ارابه اطلاعات مورد نیاز، اخلاقی و عاطفی) به ترتیب در بیمارستان‌های آموزشی در جدول شماره ۱ و غیرآموزشی در جدول شماره ۲ دیده می‌شود (جداول ۱ و ۲).

خود به مسؤولین بیمارستان‌های مربوطه، در بخش بعد از زایمان مستقر شده و با انتقال مادر از بخش زایمان به بخش بعد از زایمان و پس از پایدار شدن وضعیت او در بخش، در صورت رضایت مادر پرونده را از نظر داشتن شرایط واحدهای مورد پژوهش که عبارت بودند از: محدوده سنی ۱۸ تا ۳۵ سالگی، عدم وجود بیماری‌های زمینه‌ای روانی و جسمانی (طبق اظهارات خود مادران)، تمایل مادر به شرکت در پژوهش، عدم وجود اندیکاسیون برای زایمان سزارین، حاملگی ترم، داشتن حاملگی بدون عارضه و بستری شدن حداقل ۲ ساعت قبل از زایمان بررسی شد و در صورت حائز شرایط بودن، پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. قبل از شروع مطالعه اجازه‌نامه انجام پژوهش، از کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی تبریز گرفته شد و به تمامی واحدهای مورد پژوهش در مورد هدف مطالعه، روش مطالعه، اختیاری بودن شرکت در مطالعه، محرمانه بودن اطلاعات آنها و اینکه در صورت تمایل می‌توانند در هر زمانی از مطالعه خارج شوند آگاهی لازم داده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS استفاده شد. برای بررسی میزان رضایت-مندی از آمار توصیفی استفاده شد و برای بررسی ارتباط بین مشخصات فردی-اجتماعی و مشخصات مامایی با رضایت‌مندی از آزمون‌های ANOVA، همبستگی و t با نمونه‌های مستقل و نهایتاً برای مقایسه رضایت‌مندی در زایشگاه‌های آموزشی و غیر آموزشی از آزمون t با نمونه‌های مستقل استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین سن مادران $4/791 \pm 24/96$ سال بود. بیشتر زنان (۴۶/۷٪) در محدوده سنی ۱۸ تا ۲۳ سال بودند. ۳۵/۲ درصد مادران دارای تحصیلات متوسطه، ۳۰/۷ درصد تحصیلات ابتدایی، ۲۲/۲ درصد تحصیلات راهنمایی داشتند و فقط ۱۳ نفر

جدول ۱: توزیع رضایت‌مندی مادران از مراقبین لیبر و زایمان در بیمارستان‌های آموزشی تبریز

رضایت‌مندی (درصد)	کاملاً راضی هستم	راضی هستم	نظری ندارم	ناراضی هستم	کاملاً ناراضی هستم	کل
(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد
جسمانی						
لیبر	۲۱ (۱۰/۵)	۱۱۷ (۵۸/۵)	۵۴ (۲۷/۰)	۷ (۳/۵)	۱ (۰/۵)	۲۰۰ (۱۰۰)
زایمان	۵۴ (۲۷/۰)	۱۲۲ (۶۱/۰)	۲۱ (۱۰/۵)	۳ (۱/۵)	۰ (۰)	۲۰۰ (۱۰۰)
اطلاعاتی						
لیبر	۷ (۳/۵)	۵۹ (۲۹/۵)	۱۰۰ (۵۰/۵)	۲۵ (۱۲/۵)	۹ (۴/۵)	۲۰۰ (۱۰۰)
زایمان	۱۰۰ (۵۰/۰)	۷۹ (۳۹/۵)	۱۸ (۹/۰)	۲ (۱/۰)	۱ (۰/۵)	۲۰۰ (۱۰۰)
اخلاقی						
لیبر	۲۰ (۱۰/۰)	۸۸ (۴۴/۰)	۶۷ (۳۳/۵)	۲۳ (۱۱/۵)	۲ (۱/۰)	۲۰۰ (۱۰۰)
زایمان	۸۰ (۴۰/۰)	۹۹ (۴۹/۵)	۱۲ (۶/۰)	۹ (۴/۵)	۰ (۰)	۲۰۰ (۱۰۰)
عاطفی						
لیبر	۴۲ (۲۱/۰)	۵۲ (۲۶/۰)	۵۳ (۲۶/۵)	۳۴ (۱۷/۰)	۱۹ (۹/۵)	۲۰۰ (۱۰۰)
زایمان	۴ (۲/۰)	۱۰۳ (۵۱/۵)	۸۰ (۴۰/۰)	۱۲ (۶/۰)	۱ (۰/۵)	۲۰۰ (۱۰۰)

جدول ۲: توزیع فراوانی رضایت‌مندی مادران از مراقبین لیبر و زایمان در بیمارستان‌های غیر آموزشی تبریز

رضایت‌مندی	کاملاً راضی هستم	راضی هستم	نظری ندارم	ناراضی هستم	کاملاً ناراضی هستم	کل
(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد
جسمانی						
لیبر	۱۶ (۲۲/۹)	۴۹ (۷۰/۰)	۵ (۷/۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	۷۰ (۱۰۰)
زایمان	۳۰ (۴۲/۸)	۳۷ (۵۲/۹)	۳ (۴/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۷۰ (۱۰۰)
اطلاعاتی						
لیبر	۲۵ (۳۵/۷)	۳۲ (۴۵/۷)	۱۲ (۱۷/۲)	۱ (۱/۴)	۰ (۰)	۷۰ (۱۰۰)
زایمان	۵۱ (۷۲/۹)	۱۹ (۲۷/۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۷۰ (۱۰۰)
اخلاقی						
لیبر	۲۳ (۳۲/۸)	۳۵ (۵۰/۰)	۱۰ (۱۴/۳)	۲ (۲/۹)	۰ (۰)	۷۰ (۱۰۰)
زایمان	۴۳ (۶۱/۴)	۲۶ (۳۷/۲)	۱ (۱/۴)	۰ (۰)	۰ (۰)	۷۰ (۱۰۰)
عاطفی						
لیبر	۳۷ (۵۲/۹)	۲۰ (۲۸/۶)	۹ (۱۲/۸)	۳ (۴/۳)	۱ (۱/۴)	۷۰ (۱۰۰)
زایمان	۱ (۱/۴)	۴۸ (۶۸/۶)	۱۹ (۲۷/۱)	۲ (۲/۹)	۰ (۰)	۷۰ (۱۰۰)

و مشکل در زایمان قبلی و وجود آشنایی قبلی در زمینه زایمان از آزمون t با نمونه‌های مستقل استفاده شد. از بین مشخصات فردی - اجتماعی و مامایی فقط در مورد منبع کسب اطلاعات واحدهای مورد پژوهش در مورد روند زایمان در حیطه اطلاعاتی ($p = 0/0001$) ، $F = 4/52$ و در حیطه اخلاقی ($p = 0/0001$) ،

در بررسی ارتباط بین مشخصات فردی - اجتماعی و مامایی مادران با رضایت‌مندی آنها از مراقبین زایمانی در ارتباط با سن، تعداد فرزند زنده، مرده و سقط از آزمون همبستگی و برای بررسی ارتباط بین تحصیلات، شغل و منبع کسب اطلاعات از آزمون ANOVA و برای بررسی ارتباط بین وجود ناراحتی

در این مطالعه میزان رضایت‌مندی مادران از مراقبین لیبر و زایمان در حیطه‌ی جسمانی بیشتر از سایر حیطه‌های مراقبتی به دست آمد. که این میزان در مطالعه اردیبهشتی ۴۴/۲۳ درصد بود (بیشترین میزان برآورد مربوط به تأمین وسایل مورد نیاز و کمترین میزان برآورد مربوط به پرسش درباره تأمین راحتی و احتیاجات مادر) (۱۰). مطالعه ما نشان داد که میزان رضایت‌مندی از حمایت جسمانی نسبت به مطالعه اردیبهشتی افزایش یافته است. در کل این مطالعه مشخص کرد که میزان نارضایتی نسبت به مطالعه اردیبهشتی تا حدودی کم می‌باشد و همچنین مشخص شد که میزان رضایت‌مندی مادران از مراقبین مرحله زایمان بیشتر از مراقبین لیبر بود. که احتمالاً انجام عمل زایمان توسط یک فرد (در بیمارستان‌های غیرآموزشی توسط ماما) و وجود تعداد زیاد مراقبین در مرحله لیبر می‌تواند دلیل این امر باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که رضایت‌مندی مادران در هر چهار حیطه جسمانی، ارایه اطلاعات مورد نیاز، اخلاقی و عاطفی در بین بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی اختلاف آماری معنی داری وجود داشت. به طوری که رضایت‌مندی در بیمارستان‌های غیرآموزشی بالاتر از آموزشی بود که این پایین بودن رضایت‌مندی در بیمارستان‌های آموزشی می‌تواند دلایل مختلفی داشته باشد که خود جای بحث و تحقیق فراوان دارد. اما آنچه که ما می‌توانیم در این خصوص مطرح کنیم اینست که شاید علت این نارضایتی‌ها انجام مراقبت توسط تعداد زیاد مراقبین و حضور دانشجویان و انجام مراقبت در لیبر و زایمان توسط آنها باشد. در بیمارستان‌های غیرآموزشی مراقبت‌های لیبر و زایمان توسط ماماها انجام می‌گرفت (بجز در زایمان‌های عارضه‌دار). در مطالعه ای که شارمی انجام داد مشخص شد که بیمارستان‌های درمانی نسبت به بیمارستان‌های آموزشی از نظر جلب رضایت زنان باردار برای مراقبت‌های پره‌ناتال موفق‌تر

($F=3/88$) ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. در بقیه موارد اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. برای مقایسه‌ی رضایت‌مندی جسمانی، ارایه اطلاعات مورد نیاز، اخلاقی و عاطفی مادران از مراقبین لیبر و زایمان در بیمارستان‌های آموزشی با غیرآموزشی تبریز از آزمون t با نمونه‌های مستقل استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد که در هر چهار حیطه رضایت‌مندی جسمانی ($t=2/66, p=0/008$)، ارایه اطلاعات مورد نیاز ($t=5/91, p=0/0001$)، اخلاقی ($t=3/65, p=0/0001$) در بین بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی در مراحل لیبر و زایمان اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت.

بحث و نتیجه گیری

رضایت‌مندی بیمار به معنای گزارش وی از کیفیت درمانی و تاثیر متقابل بین بیمار و ارایه‌کنندگان خدمات سلامتی-درمانی است (۱۶). یافته‌های حاصل از این پژوهش که بر اساس اهداف و سؤالات پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته، بیانگر این واقعیت است که رضایت‌مندی مادران از حمایت‌های عاطفی مراقبین نسبت به سایر حیطه‌های مراقبتی کمتر بود. اردیبهشتی در مطالعه خود نشان داد که میزان برآورد انتظارات مادران از مراقبین زایمان در بیمارستان‌های آموزشی در حیطه عاطفی ۴۱/۲۸ درصد بود که بیشترین میزان برآورد مربوط به خوش‌رویی در برخورد با مادر و کمترین میزان مربوط به درک وضعیت مادر در طی زایمان بود (۱۰). این موارد نسبت به مطالعه ما در مرحله لیبر هم‌خوانی دارد ولی در مرحله زایمان میزان رضایت‌مندی در مطالعه ما بالاتر بود. نتایج مطالعه کوربور و گالیسر^۱ بر این امر تأکید دارد که مددجویان در لیبر به رفتارهای حمایتی عاطفی بیشتری نیازمند می‌باشند به طوری که اکثریت مددجویان در این مطالعه، حمایت‌های عاطفی انجام شده در طول لیبر را بسیار مفید ارزیابی کردند (۱۷).

ماماها زیر نظر متخصصین زنان و زایمان انجام می‌گیرد بالا می‌باشد لذا، برای مطالعات بعدی توصیه می‌شود که نقش ماماها در جلب رضایت مادران از مراقبین لیبر و زایمان بررسی شود. به طوری که رضایت‌مندی مادران از پرورسه زایمان در مواردی که زایمان بوسیله ماما و متخصصین زنان و زایمان اداره می‌شود مقایسه شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد سمیه نقی‌زاده، تحت عنوان "بررسی رضایت‌مندی مادران از مراقبین زایمانی در دوران بستری در بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی تبریز در سال ۱۳۸۸" می‌باشد که با راهنمایی‌های اساتید محترم خانم‌ها صحتی و عطری و آقای دکتر ابراهیمی انجام گرفته است. در پایان از ریاست، مسوولین و پرسنل محترم بخش بعد از زایمان بیمارستان‌های ۲۹ بهمن، الزهرا (س) و طالقانی تبریز سپاس‌گزاری می‌شود. همچنین، از معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی تبریز که اعتبارات مالی طرح را تأمین کردند قدردانی می‌شود.

بوده‌اند و دلیل این کاهش رضایت‌مندی در بیمارستان‌های آموزشی را شاخص‌های مراقبتی مربوط به آموزشی بودن بیمارستان ذکر می‌کنند (۱۶). بر اساس یافته‌های حاصل از این مطالعه می‌توان توجه مسوولین و مدیران خدمات مامایی را به شرایط ایجاد رضایت‌مندی در زنان معطوف ساخت تا سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های مراقبتی موجود را در زمینه تأمین و ارتقاء سلامت مادران بازنگری، اصلاح و تدوین نمایند و با دادن آموزش‌های لازم و ارتقاء کیفیت خدمات باعث جلب رضایت‌مندی مادران شوند که همانا هدف اساسی، بالا بردن کیفیت مراقبت‌ها می‌باشد. لازم به ذکر است محدودیت‌های موجود در پژوهش عبارت بودند از خستگی ناشی از زایمان و توجه زیاد مادر به نوزاد و خود، که ممکن بود باعث عدم پاسخ‌دهی صحیح به سؤالات پرسشنامه شود که جهت رفع این مشکل، بعد از پایدار شدن وضعیت مادر در بخش بعد از زایمان پرسشنامه‌ها تکمیل شدند و یا پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر تکمیل شدند. از آنجایی که یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که رضایت‌مندی در بیمارستان‌های غیرآموزشی که در آنها زایمان توسط

References

1. Page LA (2000). *The new midwifery science and sensitivity in practice, 1st ed.* Churchill Livingstone, London, 106.
2. Fraser DM, Cooper MA (2003). *Myles textbook for midwives, 4th ed.* Churchill Livingstone, London, 3-10.
3. Zolfaghari B, Kabiri P, Oveic Gharan SH. (1997). [Development and Validation of an Instrument to measure Patient satisfaction with hospital services]. *Esfahan Uni Med Sc J*, 3 (2), 136-142. (Persian)
4. Jafari F, Johari Z, Zayeri F, Ramazankhani A, Sayah Iran Z. (2006). [Assessment client satisfaction and factors effective in health center]. *Shahed uni science-research J*, 14(66), 15-22. (Persian)
5. Peterson W. (2004). *Adolescent mothers `satisfaction with postpartum nursing care: quantitative and qualitative approaches.* Unpublished PhD thesis, Mc master university.
6. Harvey S, Rach D, Stainton MC, Jarrell J, Brant R. (2002). *Evaluation of Satisfaction with Midwifery Care.* *Midwifery*, 18, 260-267.
7. Chunuan SK. (2002). *Patient Satisfaction with Health Care Services Received During Intrapartum in One Regional Hospital in the Southern Part of Thailand.* Unpublished PhD thesis, University Of Kentucky.
8. Mackey MC, Flanders Stepan ME. (1994). *Women's Evaluation OF Their*

- Labor and Delivery Nurses. JOGNN, 23(5), 413-420.*
9. Kabakian-Khasholian T, Campbell O, Shediak-Rizkallah M, Ghorayeb F. (2000). *Women's Experiences Of Maternity Care: Satisfaction Or Passivity. Social Science & Medicine, (51), 103-113.*
10. Ordibeheshti Khiaban M. (1998). *[Rate Women's Expectation of Maternal Care Givers in Education Tabriz Maternity Hospitals]. Unpublished Master's thesis, Tabriz Nursing & Midwifery faculty, Iran. (Persian)*
11. Mirmolaei S, Mehran A, Rahimi Ghasbeh S. (2004). *[Mothers Opinions Concerning the Importance of and Their Satisfaction with Support Received in the Labor and Delivery Rooms]. Tehran Uni Med Sc J (Hayat), 9 (17), 41-47. (Persian)*
12. Mirmolaei S, Khakbazan Z, Kazemnead A, Azari M. (2007). *[Prenatal Care Utilization Rate and Patients Satisfaction]. Tehran Uni Med Sc J (Hayat), 13 (2), 31-40. (Persian)*
13. Daff La, Lamping D, Ahmed LB. (2001). *Evaluation satisfaction with maternity care in women from minority ethnic communities: development and validation of a sylheti questionnaire. International journal quality in health care, 17(3), 215-230.*
14. Robledo IJ. (1997). *The impact of childbirth preparation and support on labor and birth outcome. Unpublished PhD thesis, university of Rhode Island.*
15. Waldenstrom U, Brown S, Mclachlan H, Forster D, Brennecke S. (2000). *Does team midwife care increase satisfaction with Antenatal, Intrapartum, and postpartum care? A randomized controlled trial. birth, 27(3), 156-167.*
16. Sharami SH, Zahiri H, Zendedel S. (2007). *[Assessment the Client satisfaction in Prenatal Unit of Rasht Public Hospitals]. Gilan Uni Med Sc J, 17 (66), 29-37. (Persian)*
17. Corbert CA, Galister LC. (2000). *Nursing support during labor. Clinical Nursing research, 9(1), 85-70.*