

نگرش حرفه‌ای مدرسان پرستاری ایران

دکتر وحید زمان‌زاده: دکترای آموزش پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

نسیم امینایی: کارشناس ارشد پرستاری (نویسنده رابط)

Email: aminaie.n@gmail.com

فرحناز عبدالله‌زاده: کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

دکتر لیلا ولی‌زاده: دکترای آموزش پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

دکتر سادات سید باقر مداح: دکترای پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری توانبخشی تهران

دکتر اسکندر فتحی‌آذر: دکترای علوم تربیتی، استاد دانشگاه تبریز

دریافت: ۸۸/۶/۲۵، پذیرش: ۸۸/۱۱/۴

چکیده

مقدمه: مدرسان پرستاری نقش مهمی در تکامل حرفه‌ای فارغ‌التحصیلان پرستاری دارند و بعنوان الگوی نقش، مسؤلیت‌تأمین‌نگرش‌های حرفه‌ای مستحکم و مطلوب را برای دانشجویان پرستاری و پرستاران آینده برعهده دارند. با اینکه بررسی نگرش حرفه‌ای مدرسان پرستاری یکی از مسائل اولویت‌دار در آموزش پرستاری می‌باشد اما مطالعات اندکی در این خصوص در کشور ایران صورت گرفته است. با توجه به این امر که حمایت آموزش پرستاری به پیشرفت وضعیت حرفه‌ای رشته پرستاری در ایران کمک خواهد نمود، این مطالعه با هدف بررسی نگرش حرفه‌ای مدرسان پرستاری در دانشکده‌های پرستاری و مامایی ایران انجام گرفت.

مواد و روشها: مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی بوده که نگرش مدرسان پرستاری را با استفاده از پرسشنامه هال، در پنج بعد "استفاده از سازمان حرفه‌ای"، "باور به خدمات عمومی"، "حس تعهد و پذیرش رشته"، "باور به خود تنظیمی" و "حس استقلال" اندازه‌گیری می‌کند. در این مطالعه از بین ۴۰۰ پرسشنامه که به طور تصادفی در بین دانشکده‌های تیپ‌های مختلف توزیع گردید، ۲۷۰ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نگرش حرفه‌ای مدرسان پرستاری ایران در حد متوسط بود. از میان پنج بعد، بیشترین نمرات مربوط به "اعتقاد به خدمت عمومی" و "حس پذیرش رشته" و کمترین نمرات مربوط به "باور به خود تنظیمی" و "حس استقلال" بود. **بحث و نتیجه‌گیری:** اگرچه نگرش حرفه‌ای مدرسان پرستاری نامطلوب نیست ولی از وضعیت ایده‌آل نیز فاصله دارد. از آنجا که مدرسان و مدیران پرستاری بایستی جهت بهبود وضعیت حرفه‌ای پرستاری با یکدیگر مشارکت داشته باشند، این مورد بهتر است از دانشگاه‌ها و از افرادی که به عنوان الگوی نقش برای دانشجویان پرستاری و پرستاران آینده به حساب می‌آیند، آغاز گردد.

کلمات کلیدی: نگرش حرفه‌ای / آموزش پرستاری / مدرسان / ایران

مقدمه

کمبود نظریه‌ها و پژوهش‌های لازم جهت گسترش دانش، به عنوان یک شغل نیمه حرفه‌ای به حساب می‌آید (۳). ولی تحولات اخیر در جامعه و نقش‌های جدید پرستاری (۴) به دلیل پیشرفت تکنولوژی، به وجود آمدن مراقبت‌های بهداشتی به خصوص، موقعیت‌های پیچیده اخلاقی و افزایش بیماران بدحال، آن را از یک شغل به

پرستاری یکی از مهمترین مؤسسات ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی است (۱) که با افزایش استقلال حرفه‌ای و توسعه تعاریف نقش‌ها و عملکرد-های اخیر خود، امروزه به عنوان یک حرفه و نه صرفاً یک شغل مطرح می‌گردد (۲). حرفه‌ای که سال‌های سال به دلیل نقص آموزش دانشگاهی، نبود استقلال و

روانشناسی، ویژگی‌های یک حرفه قابل قبول شامل: فعالیت در سازمان‌های حرفه‌ای، باور به خدمات عمومی سازمان، باور به خود تنظیمی و یادگیری در تمام طول دوران زندگی، احساس پذیرش و تعهد رشته و استقلال حرفه‌ای در آن زمینه می‌باشد (۴). این ویژگی‌ها توسط ریچارد هال^۱ جامعه شناس آمریکایی در سال ۱۹۶۸ در مدل حرفه‌ای وی توضیح داده شده است. هال پنج ویژگی اساسی را زیر بنای ضروری در اعمال حرفه‌ای معرفی می‌کند:

(۱) استفاده از سازمان و گروه‌های رسمی حرفه‌ای به عنوان مرجع اصلی، هم برای ابراز ایده‌ها و طرز تفکر و هم جهت قضاوت در کار حرفه‌ای

(۲) باور به خدمات عمومی سازمان، اعتقاد به لازم و ضروری بودن این حرفه برای جامعه

(۳) باور به خود تنظیمی، این عقیده که تنها اعضای خود گروه می‌توانند در مورد کار خود قضاوت کنند.

(۴) احساس پذیرش و تعهد به رشته، که به ایثار و از خود گذشتگی حرفه‌ای در انجام کار جهت نجات جامعه اطلاق می‌شود.

(۵) حس استقلال شخصی، این باور که یک حرفه‌ای بایستی جهت عمل، حداکثر آزادی را بدون محدودیت- های اعمال شده توسط سازمان متبوع یا اعضای گروه داشته باشد (۱۲).

مطالعات مختلفی تاکنون در زمینه بررسی نگرش- های حرفه‌ای در میان پرستاران و دانشجویان پرستاری انجام گرفته است و با اینکه هر کدام از روش‌های متفاوتی جهت گزارش سطوح نگرش‌های حرفه‌ای مدرسان در آن استفاده کرده بودند، تمام آنها تقریباً مدرسان را از لحاظ حرفه‌ای بودن در سطحی متوسط گزارش کرده‌اند که با هیچ کدام از مشخصات فردی- اجتماعی ایشان ارتباط معنی‌داری نداشته است (۵،۱۳،۱۴).

پرستاری به عنوان بزرگترین حرفه در بخش سلامت، نیازمند پرستارانی است که حرفه خود را پذیرفته و نگرش‌ها و ویژگی‌های نقش‌های حرفه‌ای را در خود رشد دهند (۱) و از آنچه که مربیان پرستاری دانشجویان

سوی حرفه‌ای کاملاً مستقل و مشخص با دانش و نظریه‌های خاص خود سوق می‌دهد (۵).

مروری بر مدارک و اسناد دولتی در ایران نیز نشان دهنده آن است که پرستاری در سالیان گذشته تحت تأثیر تحولات و تغییرات مثبتی در این زمینه قرار داشته است (۶). تأسیس اولین مدرسه پرستاری در تبریز در سال ۱۲۹۵، آغاز به کار اولین برنامه دانشگاهی پرستاری کارشناسی در دانشگاه شیراز در سال ۱۳۴۶ (۷)، به عنوان مهمترین قدم به سوی حرفه‌ای شدن پرستاری در کشور و به دنبال انقلاب اسلامی، با توسعه مراکز آموزش دانشگاهی پرستاری در زمینه کارشناسی و کارشناسی ارشد و بعدها تربیت دانشجویان دکتری (۸) و از سوی دیگر جنگ ایران و عراق با افزایش نیاز کشور به پرستاران ماهر و با تجربه مرد در مناطق جنگی، تأثیر سیاسی- اجتماعی و فرهنگی بسیاری بر حرفه پرستاری در کشور وارد نمود (۹). بالاخره با تأسیس سازمان نظام پرستاری، قدمی اساسی و مهم در جهت تکامل و توسعه حرفه پرستاری و توانمندسازی آن برداشته شد (۱۰) با این حال، با وجود تمام تغییرات مهم و اساسی در زمینه توسعه وضعیت حرفه‌ای پرستاری کشور، هنوز هم تصور اجتماعی ضعیفی از حرفه پرستاری در کشور موجود می- باشد به طوری که عموم مردم تصور درستی از حرفه پرستاری نداشته و حتی پرستار را دستیاری برای پزشک می‌دانند (۹).

نیکبخت نصرآبادی معتقد است: بسیاری از پرستاران و دانشجویان پرستاری نگرش نامناسبی به حرفه خود دارند، به طوری که بسیاری از ایشان به عنوان یک شغل به این حرفه می‌نگرند، نه یک حرفه مشخص و در حال تکامل و این طرز تفکر به نحو بارزی بر وضعیت موجود سایه انداخته است و احساس تعهد اجتماعی همچنین فرایند حرفه‌ای شدن را با چالش‌های موجود روبرو ساخته است و مطالعات متعددی نیز که در ایران و در کشورهای خاورمیانه انجام شده است نشان می‌دهد که پرستاری حتی در میان خود پرستاران هم به صورت یک حرفه قابل قبول، پذیرفته نیست (۱۱).

طبق مطالعات انجام شده توسط محققان علوم

دانشکده‌ها، از مجموع ۴۰۰ پرسشنامه ارسالی، ۲۷۹ عدد توسط مدرسان تکمیل و فرستاده شد که از بین آنها ۲۷۰ پرسشنامه قابل استفاده با ۶۷/۵ درصد بازگشت، در مرحله بعدی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که با توجه به مطالعات مشابه (۱۴، ۱۳، ۵) درصد قابل قبولی به حساب می‌آید.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه، پرسشنامه نگرش-های حرفه‌ای هال بود، که بارها توسط محققان پرستاری و علوم اجتماعی جهت بررسی نگرش‌ها، ارزش‌ها و باورهای حرفه‌ای مورد استفاده قرار گرفته است (۱۸، ۱۷، ۱۴، ۱۳، ۵).

این ابزار شامل ۲۵ بیانیه در مقیاس لیکرت ۵ گزینه-ای است که نگرش‌های حرفه‌ای مدرسان را در پنج بعد استفاده از سازمان حرفه‌ای، باور به خدمات عمومی، باور به خود تنظیمی، حس تعهد و پذیرش رشته و حس استقلال، با عبارات "کاملاً مخالف=۱"، "مخالف=۲"، "نظری ندارم=۳"، "موافق=۴" و "کاملاً موافق=۵" می‌سنجد و در مورد ۱۱ بیانیه منفی در این ابزار، نمرات برعکس اعمال می‌شود. بنابراین کمترین و بیشترین نمرات ممکن برای هر فرد در این ابزار، به ترتیب ۲۵ (کاملاً غیر حرفه‌ای) و ۱۲۵ (کاملاً حرفه‌ای) می‌باشد.

بعد از انجام روایی ترجمه، جهت تعیین روایی ابزار، از روش اعتبار محتوی توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و علوم تربیتی دانشگاه تبریز استفاده شد که پس از بررسی و ارزیابی ایشان، نظرات و پیشنهادات مناسب اعمال گردید و پایایی آن نیز توسط روش آزمون مجدد بین ۸ نفر از مدرسان پرستاری، به فاصله ۱۰ روز انجام گرفت و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۶ محاسبه گردید.

جهت دستیابی به نتایج پژوهش، داده‌های جمع‌آوری شده از تمام واحدهای مورد پژوهش، با استفاده از نرم افزار SPSS/ver.13 و آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در این مطالعه به منظور تعیین سطح نگرش‌های حرفه‌ای مدرسان پرستاری، نمرات کل ایشان به سه دسته "نامطلوب"، "متوسط" و "مطلوب" طبقه بندی شده و با استفاده از فاصله اطمینان ۹۵ درصد اختلاف

را جهت پذیرفتن مسؤلیت‌های حرفه‌ای خود مهیا می‌سازند، توجه ایشان به ارزش‌های مستحکم حرفه‌ای می‌تواند پرستاران آینده را در اداره موقعیت‌های چالش برانگیز توانا سازد (۱۵).

با توجه به اینکه اعضای هیات علمی نقش مهمی در تکامل و تثبیت نگرش‌های حرفه‌ای دانشجویان پرستاری به عنوان پرستاران آینده دارند (۲) و مطالعه نگرش‌های حرفه‌ای مدرسان پرستاری از موضوعات مهم در بخش آموزش پرستاری به حساب می‌آید (۱۳) ولی تاکنون هیچگونه بررسی در خصوص تعیین نگرش-های حرفه‌ای اعضا هیات علمی در ایران صورت نگرفته است. از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی نگرش حرفه‌ای مدرسان پرستاری در دانشکده‌های پرستاری و مامایی دولتی در سطح کشور، در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت. بدیهی است که دانش به دست آمده در این زمینه به مدیران و مسؤولین آموزشی در جهت بهبود نگرش‌های حرفه‌ای اعضا هیات علمی مفید خواهد بود.

مواد و روشها

مطالعه حاضر بخشی از یک پژوهش توصیفی است که در سال ۱۳۸۷، در دانشکده‌های پرستاری و مامایی دولتی در سطح کشور انجام گرفت.

در این مطالعه نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای و در دو مرحله صورت گرفت به طوری که در مرحله اول تمام دانشکده‌های پرستاری و مامایی دولتی کشور بر اساس طرح سطح‌بندی خدمات آموزش پرستاری (۱۶) به سه تیپ ۱ و ۲ و ۳ تقسیم بندی شده و با توجه حجم نمونه ۴۰۰ نفر که بر اساس مطالعه مقدماتی به دست آمده بود، از هر خوشه ۱۳۳ نفر از اعضا هیات علمی و آموزشی، به طور تصادفی مورد مطالعه قرار گرفت.

اطلاعات مورد نیاز با ارسال پرسشنامه‌ها به ۲۳ دانشکده پرستاری و مامایی دولتی در سطح کشور انجام گرفت. پاکت‌های ارسالی شامل ابزارهای مورد نیاز جهت انجام مطالعه، نامه جلب همکاری در بیان اهداف مطالعه و تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات و یک فرم مشخصات فردی-اجتماعی بود.

پس از حدود یکسال پیگیری و همکاری رؤسای

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۸۵ (۶۵/۵٪) نفر از مدرسان پرستاری زن و مابقی مرد بودند. اکثر واحدهای مورد پژوهش (۳۹/۳٪) در تیپ ۱ قرار گرفته و در جدول ۱ مشخصات واحدهای مورد پژوهش در این مطالعه آمده است.

هر کدام از ابعاد پنجگانه مورد بررسی قرار گرفته است. این پژوهش با تاییدیه اخلاقی از طرف کمیته منطقه ای اخلاق در پژوهش همراه بود و پژوهشگر با ارسال نامه جلب همکاری و مختار گذاشتن مدرسان جهت شرکت در پژوهش، همچنین محرمانه ماندن اطلاعات، رضایت واحدهای مورد پژوهش را جهت شرکت در مطالعه اخذ نمود.

جدول ۱: مشخصات شغلی مدرسان پرستاری مورد پژوهش

تعداد	(درصد)	مشخصات شغلی مدرسان
رتبه		
۱۸	(۶/۷)	مربی آموزشی
۲۴۴	(۹۰/۴)	مربی
۵	(۱/۹)	استادیار
۱	(۰/۴)	دانشیار
۰	(۰)	استاد
دروس تدریس شده		
۱۶	(۵/۹)	نظری
۲۱	(۷/۸)	بالینی
۲۳۳	(۸۶/۳)	نظری و بالینی، هر دو
سمت		
۳۹	(۱۴/۴)	مدیر گروه
۱۲	(۴/۴)	معاون آموزشی یا پژوهشی
۵	(۱/۹)	معاون اداری مالی
۵	(۱/۹)	رئیس دانشکده
۱۶۹	(۶۲/۶)	بدون پست اجرایی
۴۰	(۱۴/۸)	سایر موارد
مدرک تحصیلی		
۳۹	(۱۴/۴)	کارشناسی
۲۲۶	(۸۳/۷)	کارشناسی ارشد
۵	(۱/۹)	دکتری

صورت رسمی (۷۱/۴٪) و تمام وقت (۹۵/۲٪) در دانشکده های پرستاری استخدام بودند. حدود ۳۳/۱ درصد از ایشان هم جدیداً عضو تشکل حرفه‌ای زیر نظر نظام پرستاری شده بودند.

اکثریت مدرسان در این مطالعه، به طور متوسط $41/38 \pm 6/88$ سال سن داشته و بیش از ۱۳ سال سابقه تدریس به دانشجویان کارشناسی پرستاری داشتند. اکثر ایشان (۶۶/۵٪) زمان استخدام یا شروع به کار در دانشکده، به ویژگی خاص حرفه‌ای احتیاج نداشتند و به

جدول ۲: میانگین نمرات مدرسان پرستاری با توجه به ابعاد نگرش‌های حرفه‌ای ابزار هال

تعداد کل: ۲۷۰*		نگرش‌های حرفه‌ای
دامنه*	انحراف معیار + میانگین	
۲۵-۱۲۵	$۱۵/۵۹ \pm ۱/۸۳$	کل نگرش‌های حرفه‌ای
ابعاد مختلف		
۵-۲۵	$۱۵/۹۷ \pm ۳/۰۶$	استفاده از سازمان حرفه‌ای
۵-۲۵	$۱۷/۶۴ \pm ۳/۰۳$	باور به خدمات عمومی
۵-۲۵	$۱۴/۳۱ \pm ۳/۵۱$	باور به خود تنظیمی
۵-۲۵	$۱۷/۱۴ \pm ۳/۰۲$	حس پذیرش
۵-۲۵	$۱۴/۴۱ \pm ۳/۴۱$	حس استقلال

*مقدار دامنه ممکن، با توجه به پرسشنامه

کشور انجام گرفت، بیانگر اطلاعات جالب توجهی در خصوص ویژگی‌های اعضا هیات علمی پرستاری ایران در مقایسه با مشخصات مدرسان پرستاری در سایر کشورها است. با توجه به اینکه واحدهای مورد پژوهش در این مطالعه، شمار کمی از مدرسان پرستاری را تشکیل می‌دهند ولی به دلیل رعایت اصل تصادفی بودن نمونه‌ها، می‌توان آنها را به عنوان نمونه‌ای معرف تمام مدرسان پرستاری در کشور به حساب آورد.

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اکثریت قریب به اتفاق مدرسان پرستاری در ایران، مربی و کارشناس ارشد بوده و شمار اساتید دکتری در این زمینه بسیار اندک می‌باشد (جدول ۱) که این مسئله با نتایج مطالعات مشابه در سایر کشورها مطابقت ندارد (۱۳، ۱۴، ۵).

به عنوان مثال در مطالعه هارز گزارش شده است که حدود ۴۱ درصد مدرسان شرکت‌کننده در مطالعه، استادیار و ۲۲ درصد ایشان دانشیار بودند. مطالعه هارز (۱۹۹۳) در ایالات متحده صورت گرفته در حالی که نتایج مطالعه حاضر مربوط به سال ۲۰۰۸ میلادی است و با اینکه در دهه اخیر تحولات و خدمات بسیاری در پیشبرد حرفه‌ای پرستاری به خصوص در زمینه آموزش پرستاری اتفاق افتاده است (۹)، این

نتایج به دست آمده از ابزار نگرش‌های حرفه‌ای هال، حاکی از آن است که اکثر مدرسان پرستاری در سطح متوسطی از نگرش‌های حرفه‌ای قرار داشتند. به طوری که ۷۱/۵ درصد در بعد استفاده از سازمان حرفه‌ای، ۶۰ درصد در بعد باور به خدمات عمومی، ۶۴/۸ درصد در باور به خود تنظیمی، ۶۴/۴ درصد در بعد حس تعهد و پذیرش رشته و بالاخره، ۶۸/۱ درصد در بعد استقلال حرفه‌ای نمرات سطح میانی را کسب کرده بودند.

میانگین و انحراف معیار نمرات واحدهای مورد پژوهش در جدول ۲ خلاصه شده است. با اینکه مدرسان شرکت‌کننده، در تمام ابعاد نگرش‌های حرفه‌ای در سطح متوسط بودند، بالاترین نمرات ایشان در ابعاد "باور به خدمات عمومی" و "حس تعهد و پذیرش رشته" بوده و کمترین نمرات نیز مربوط به ابعاد "باور به خود تنظیمی" و "حس استقلال" بود که با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای میانگین نمرات، تفاوت معنی‌داری بین آنها دیده نمی‌شود (شکل ۱).

بحث

این مطالعه که به منظور بررسی نگرش‌های حرفه‌ای مدرسان پرستاری در دانشکده‌های پرستاری و مامایی

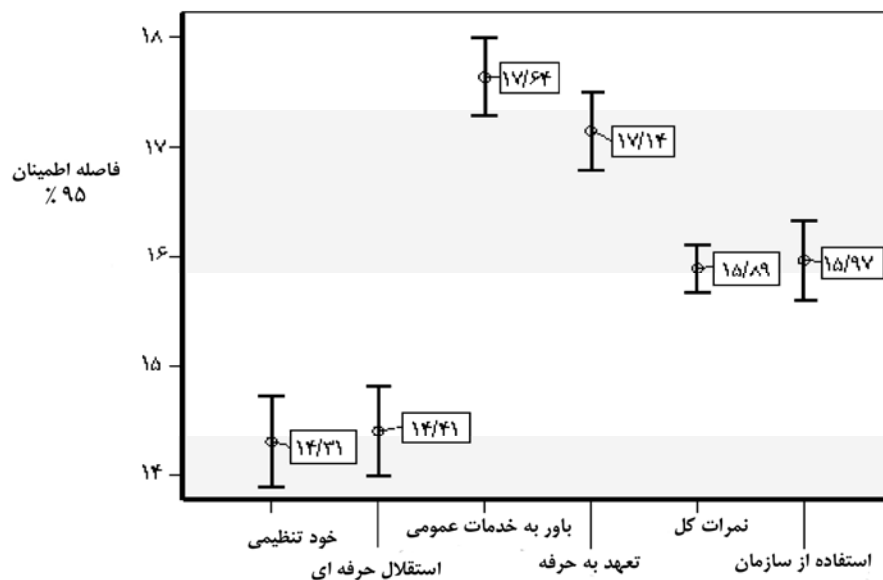
پرستاری در کشور به تازگی عضو نظام پرستاری و سایر تشکلهای مربوطه شده‌اند.

در رابطه با نگرش‌های حرفه‌ای، نتایج نشان دهنده آن است که شرکت کنندگان مطالعه در سطح متوسطی از نگرش‌های حرفه‌ای قرار دارند که با نتایج مطالعات موجود در این زمینه مطابقت دارد (۱۴، ۱۳، ۵).

فاصله زمانی، خود نشان‌دهنده تفاوت بسیار سطح آموزش پرستاری در ایران با سایر کشورهای پیشرفته دارد.

به اعتقاد ویند^۱ عضویت در سازمان‌های حرفه‌ای، یکی از مشخصات حرفه‌ای بودن اعضا به شمار می‌آید، در حالیکه تنها ۳۳/۱ درصد از مدرسان دانشکده‌های

شکل ۱: فاصله اطمینان میانگین نمرات مدرسان پرستاری در کل نگرش‌های حرفه‌ای و پنج بعد ابزار هال



ریچارد هال در اولین مطالعه‌ای که در سال ۱۹۶۸ به منظور تعیین سطح حرفه‌ای بودن اعضا و گروه‌های مشاغل مختلف انجام داد، مشخص کرد که پرستاران، معلمان و کارمندان خدمات اجتماعی، بر خلاف پزشکان، بیشترین نمرات را در بعد "باور به خدمات عمومی" و "حس تعهد و پذیرش رشته" به دست آورده‌اند؛ که با یافته‌های این مطالعه نیز مطابقت دارد.

در حالی که باور به خدمات عمومی مستلزم یک حس نوع دوستانه است و دیدگاهی که اعضا به وسیله آن، حرفه‌ای بودن را به عنوان یک ویژگی مطلوب بنگرند، نه با یک دید منفی، آن را صرفاً کاری مکانیکی و غیرقابل انعطاف و روتین ببینند که با یک دانش بی-احساس و با پیروی بی‌چون و چرای قوانین و سیاست‌های تعیین شده دنبال می‌شود (۲۱).

ای کسانی را می‌سنجد که به عنوان افراد حرفه‌ای در دانشکده‌ها مسؤولیت تدوین برنامه‌ها را به عهده داشته (۹) و به عنوان الگوی نقش دانشجویان، برای بهبود نگرش‌های حرفه‌ای ایشان تلاش می‌کنند (۲)، بنابراین پایین بودن حس استقلال در این افراد چندان قابل توجه به نظر نمی‌رسد که شاید به نداشتن استقلال در تصمیم‌گیری‌های بالینی مریبان در بخش، مربوط باشد. یکی از مشخصه‌های اجتماعی‌شدن حرفه‌ای، داشتن استقلال حرفه‌ای است (۱) و از آنجا که قدرت اعضا حرفه‌ای را در تصمیم‌گیری‌های فردی و شغلی افزایش می‌دهد، از نکات اساسی در حرفه‌ای بودن به حساب می‌آید (۲۴) که این مسئله توجه ویژه مدیران پرستاری را جهت حل مشکلات موجود در این زمینه و بهبود وضعیت استقلال اعضا هیات علمی در دانشکده‌ها می‌طلبد. با توجه به این که پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی گسترده می‌باشد، طبیعی است که مانند هر مطالعه دیگری محدودیت‌هایی مختلفی داشته باشد و با این که روایی ابزار حال توسط اساتید منتخب تایید شده بود، امکان دارد مفهوم سوالات به طور کامل برای شرکت کنندگان ملموس نبوده باشد. یا اینکه افرادی که رضایت به شرکت در مطالعه نداشته‌اند، نسبت به شرکت کنندگان مطالعه از نگرش‌های حرفه‌ای متفاوتی برخوردار بوده‌اند که ممکن بود نتایج مطالعه را تغییر دهد. پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای مشابه در بین پرستاران نیز انجام گیرد تا با مقایسه نمرات ایشان با اعضا هیات علمی در ابعاد مختلف اطلاعات بیشتری در این خصوص به دست آید.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه بیانگر آن است که میزان حرفه‌ای بودن نگرش‌های اعضا هیات علمی پرستاری ایران در سطح متوسط می‌باشد. در رابطه با ابعاد مختلف نگرش‌های حرفه‌ای، مشخص شد که نگرش‌های حرفه‌ای اعضا هیات علمی در زمینه "باور به خدمات عمومی" و "حس تعهد و پذیرش رشته" از باورها و نگرش‌های

در این مطالعه نگرش مدرسان پرستاری در بعد باور به خدمات عمومی در سطح بالاتری قرار داشت در حالی که با توجه به نتایج هارز^۳ (۱۹۹۳)، نگرش‌های حرفه‌ای شرکت کنندگان نسبت به "باور به خدمات عمومی" به همراه "احساس خود تنظیمی" پایین‌ترین نمرات را به خود اختصاص دادند. باور به خدمات عمومی این عقیده است که حرفه فرد برای جامعه لازم و ضروری و مفید می‌باشد.

خود تنظیمی یک نوع حس "خود کنترلی" در افراد گروه است؛ بدین معنی که تنها افراد خودی و متعلق به این حرفه صلاحیت و شایستگی قضاوت درباره همکاران خود را دارند، اعتقادی که در حقیقت چندان وجود ندارد (۱۹). امروزه، ثابت شده است که خود تنظیمی در ایجاد هنجارهای محیط‌های کاری شکست ناپذیر، بسیار موفق بوده است و مانند یک قفس فولادی از هر نوع اقدام سازمانی در کنترل محیط مستحکم‌تر می‌باشد (۱۵،۲۲). در رابطه با بالا بودن نگرش‌های مدرسان در "باور به خدمات عمومی" و پایین بودن "حس استقلال" این یافته‌ها با مطالعه ویند (۲۰۰۳) همخوانی دارد، با این تفاوت که این مطالعه بر روی پرستاران شاغل انجام شده بود.

همان طور که بیان شد، یکی از پایین‌ترین نمرات نگرش‌های حرفه‌ای در رابطه با "حس استقلال" مدرسان پرستاری می‌باشد. حس استقلال به میزان آزادی احساس شده توسط فرد برای تصمیم‌گیری در مقابل فشارهای خارجی (۱۹،۲۰) و قدرت و توانایی عملکرد آزاد و مستقل فرد در سازمان گفته می‌شود. با توجه به اینکه داشتن استقلال حق افراد حرفه‌ای است، ولی تنها مختص مسؤولیت‌های فردی و کنترل اعمال شخص است، نه جهت اداره اعمال دیگران (۲۳).

با اینکه به اعتقاد حال پایین بودن استقلال حرفه‌ای در بین پرستاران تقریباً عادی بوده و ممکن است به شرایط کاری ایشان در بیمارستان و وابستگی و اطاعت از پزشکان مربوط باشد ولی این مطالعه نگرش‌های حرفه-

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز که مطالعه حاضر با حمایت مالی آن مرکز به انجام رسید قدردانی گردیده و از رؤسای دانشکده‌های پرستاری منتخب همچنین تمام نمایندگان طرح که در انجام این پژوهش و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها با محققان طرح همکاری لازم داشتند همچنین از کلیه اعضا هیات علمی محترم پرستاری جهت شرکت در این مطالعه تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

ایشان نسبت به "خود تنظیمی" و "حس استقلال" در سطح مناسب‌تر و مطلوب‌تری قرار دارد. طبق یافته‌های مطالعه حاضر مدرسان پرستاری در ایران از لحاظ حرفه‌ای بودن، در سطح متوسط هستند و از سطح مطلوب فاصله دارند که با توجه به نقش حیاتی ایشان در انتقال نگرش‌های مطلوب به دانشجویان (۵) قابل توجه بوده و بایستی توسط مسؤولین امر جهت بهبود وضعیت و پیشبرد حرفه‌ای شدن پرستاری در کشور، اقدامات لازم صورت گیرد.

References

1. Clark C L. (2004). *The professional socialization of graduating students in generic and two-plus-two baccalaureate completion nursing programs. Journal of Nursing Education, 43(8), 346-351.*
2. Kessel C. A. (2006). *An investigation of the perceptions of nursing faculty on the socialization practices of the online baccalaureate nursing student. Unpublished doctoral dissertation, Capella University. Minnesota, United States.*
3. Chitty K.K. (2007). *Professional nursing: Concepts & challenges, 5th ed. W.B Saunders, Philadelphia.*
4. Blais K. K, Hayes J. S, Kozier B. J, Erb G (2002). *Professional nursing practice: Concepts and perspectives, 4th ed. Prentice Hall.*
5. Harz M.K.(1993). *Faculty's perceptions of the professional socialization of baccalaureate nursing students. Unpublished doctoral dissertation, University of California-Los Angeles .*
6. Ministry of Health and Medical Education (1992). *Nursing Office annual report. Tehran: Author. (Persian)*
7. Hajbaghery M. A , Salsali M. (2005). *A model for empowerment of nursing in Iran. BMC Health Services Research, 5(24),1-11.Dio:\0.1186\1472-6963-5-24.*
8. Ministry of Health and medical Education. (1998). *MHNE annual report. Tehran: Author. (Persian)*
9. Nikbakht A, Lipson J. G, Emami A. (2004). *Professional nursing in iran: An overview of its historical and sociocultural framework. Journal of Professional Nursing, 20(6), 396-402.*
10. Iranian Nurses Association. (2002). *Gozareh. [Iranian Nurses Association Report]. Tehran, Author. (Persian)*
11. Nikbakht A, Emami A. (2006). *Perceptions of nursing practice in Iran. International Journal of Nursing Studies, 54(6), 320-327.*
12. Hall R. (1968). *Professionalization and bureaucratization. American Sociological Review, 33, 33-92.*
13. Schriener J G, Harris I. (1984). *Professionalism among nurse educators. J Nurs Educ, 23(6), 252-8.*
14. Glanovsky A. R. (1990). *Correlates of nursing faculty attitudes toward professionalism and their perceptions of organizational climate. Unpublished*

doctoral dissertation *The University of Connecticut. United States.*

15. Martin J, Knopoff K, Beckman C. (1998). *An alternative to bureaucratic impersonality and emotional labor: Bounded emotionality at the Body Shop. Administrative Science Quarterly, 43, 429 – 469.*

16. Mohammadi A ,Mojtahedzadeh R (2004). [Nursing major in Iran: Educational ranking, Informational Bank of Iran Faculties of Nursing and Midwefry, part one]. Ministry of Health and medical Education, Tehran. (Persian)

17. Wynd C. A. (2003). *Current factors contributing to professionalism in nursing. Journal of Professional Nursing, 19(5), 251-261.*

18. Greenawalt W.W.(1996). *Professional socialization of baccalaureate nursing students: A study of the meaning of selected concepts related to nursing professionalism. Unpublished doctoral dissertation, Kent State University Ohio.*

19. Hall R. (1963). *The concept of*

bureaucracy: An empirical assessment. American Journal of Sociology, 69, 32-40.

20. Snizek W. (1972). *Hall's professionalism scale: An empirical reassessment. American Sociological Review, 37, 109 – 114.*

21. Youssef C. M.(nd). *Professionalism an overlooked positive psychological capacity. Unpublished manuscript, Retrived August 18,2009,from: University of Nebraska-Lincoln Availabel at: <http://www.midwestacademy.org/Proceedings/2003/papers/youssef1.doc>.*

22. Barker J. R. (1993). *Tightening the iron cage: Concertive control in self-managing teams. Administrative Science Quarterly, 38, 408 – 437.*

23. Hood L. J, Leddy S. K. (2006). *Leddy & pepper's conceptual bases of professional nursing, 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.*

24. Nath C, Schmidt R, Gunel E. (2006). *Perceptions of professionalism vary most with educational rank and age. American Dental Education Association, 70(8),825-8*

تأثیر مراقبت مداوم مامایی در طی لیبر بر طول مدت زایمان

فهیمة صحتی: کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
مریم نجارزاده: کارشناس ارشد مامایی (نویسنده رابط)

Email: maryam.najjarzadeh@gmail.com

آلهه سید رسولی: کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
دکتر وحید زمان زاده: دکترای آموزش پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

دریافت: ۲۴/۸/۹۰، پذیرش: ۱۰/۱۱/۸۸

چکیده

مقدمه: روند دوره بارداری و زایمان تأثیر چشم‌گیری بر سلامت جامعه دارد. با توجه به اهمیت مراقبت‌های زایمانی و نقش و حضور ماما در بالین زانو، هدف از این مطالعه، بررسی تأثیر مراقبت و حضور مداوم مامایی در طی لیبر بر طول مدت زایمان می‌باشد.

مواد و روشها: این مطالعه دارای یک طرح نیمه تجربی می‌باشد. جامعه این پژوهش زانوهای مراجعه کننده به بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز، با اندیکاسیون زایمان طبیعی بود. تعداد ۱۰۰ زن به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۵۰ نفر) و کنترل (۵۰ نفر) انتخاب شدند. در گروه آزمایش، مراقبت‌های زایمانی از فاز فعال توسط یک ماما و با حضور مداوم وی بر بالین زانو (مراقبت مداوم) و در گروه کنترل مراقبت‌ها توسط چندین ماما و بدون حضور مداوم آنان انجام می‌شد. پی آمدهای زایمانی (از جمله طول مدت لیبر) دو گروه ثبت شد. اطلاعات از طریق نرم افزار SPSS و با استفاده از آمار استنباطی شامل آزمون تی با نمونه های مستقل تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: در گروه آزمایش طول مرحله اول و دوم بر حسب دقیقه کوتاه‌تر از گروه کنترل بود ($P=0/001$). اما طول مرحله سوم زایمان در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ($P=0/083$). در کل، طول مدت زایمان شامل سه مرحله اول، دوم و سوم در گروه آزمایش کوتاه‌تر از گروه کنترل بود ($P=0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که تعداد کمتر ماماها و حضور مداوم آنان در بالین زانو، تأثیر مثبتی در کاهش طول مدت زایمان دارد. لذا "با زانو" و در کنار او ماندن، نه تنها کیفیت مراقبت‌های مامایی را ارتقا می‌دهد، بلکه ارتقا سلامت جامعه را نیز در بردارد.

کلمات کلیدی: استمرار مراقبت/ ماماها/ زایمان/ حضور مداوم

مقدمه

کیفیت و نحوه ارایه مراقبت‌های مامایی از موثرترین عوامل بر نتایج زایمان است. نحوه عملکرد و اقدامات ماما در این برهه حساس زندگی زن می‌تواند نتایج متفاوتی داشته باشد که نه تنها بر سلامت روانی و عاطفی مادر، بلکه نوزاد نیز تأثیر قابل توجهی دارد (۲). وقایع ناخوشایند زایمان نظیر اضطراب و درد شدید می‌تواند آثار روانی بدی در مادر بر جای بگذارد (۳). استرس سبب انقباض عضلانی و در نتیجه افزایش

زایمان فرآیندی دردناک و طاقت فرساست و از طرفی منجر به زیباترین حادثه زندگی می‌شود (۱). این فرآیند، رویداد فیزیولوژیک بسیار مهم زندگی زن را تشکیل می‌دهد که اثرات جسمی، روانی و عاطفی عمیقی بر وی می‌گذارد. این پدیده با درد، آسیب‌پذیری، صدمات جسمی احتمالی و ندرتاً مرگ همراه است. مراقبت از مادر در زایمان‌های بدون عارضه برعهده ماما است. او تنها فردی است که در این زمینه مهارت دارد.

مراحل زایمان، توانایی بدن زن را در تولید ضد دردهای درون‌زا یا اندروفین‌ها تقویت می‌کند (۱۰). ادامه مراقبت زایمانی توسط یک ماما به اندازه‌ی کیفیت آن برای زنان مهم است و حفظ چنین ارتباطی موجب افزایش اعتماد به نفس و آرامش زن می‌شود (۲). پژوهش رولی^۱ نشان داد که میزان آمیوتومی، القاء و تحریک زایمان، هر نوع بی‌دردی و بی‌حسی اپی‌دورال در طی لیبر، مرحله اول طولانی‌تر از شش ساعت، اپی‌زیوتومی، پارگی‌های پرینه و واژن، احیاء نوزاد و مداخلات دارویی در طی لیبر به طور معنی‌داری در گروه مراقبت مداوم کمتر از گروه کنترل است (۱۱). مراقبت زایمانی رایج کنونی با رفت و آمدهای کنترل نشده در اتاق زایمان (به ویژه در مراکز آموزشی) سبب می‌شود که حریم شخصی زنان در حساس‌ترین لحظات زندگی حفظ نشود و از طرف دیگر، علی‌رغم رفت و آمد تعداد زیادی از افراد، آنها تنها و بدون حمایت مداوم باشند (۶). مطالعه خاوندی‌زاده نشان داد که حمایت مداوم فرد همراه، حین زایمان باعث کاهش طول مدت زایمان، کاهش سزارین و افزایش نمره آپگار دقیقه اول نوزادان می‌شود (۱۲). با توجه به گسیختگی مراقبتی در مراقبت‌های مامایی معمول در طول زایمان و گستردگی و اهمیت مراقبت‌های زایمانی، پژوهش حاضر جهت تعیین تاثیر مراقبت مداوم مامایی در طی لیبر بر طول مدت زایمان انجام می‌شود.

مواد و روشها

این پژوهش از نوع نیمه تجربی می‌باشد که جامعه پژوهش آن شامل کلیه زائوهای مراجعه کننده به بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز در زمان نمونه‌گیری بودند. حجم نمونه براساس مطالعه‌ی مقدماتی ۸۴ نفر تعیین شد که در نهایت، به ۱۰۰ نفر افزایش یافت. نمونه‌گیری از نوع تصادفی ساده بود و زائوهای که اندیکاسیون زایمان طبیعی و شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. برخی از معیارهای ورود شامل: پاریته کمتر از ۵، سن مادر در محدوده ۱۸-۳۵ سال،

شدت درد می‌گردد و درد نیز به نوبه خود سبب افزایش چند برابری در استرس و اضطراب مادر شده و با ایجاد یک سیکل معیوب منجر به کند شدن ضربان قلب جنین و طولانی شدن مرحله دوم زایمان می‌شود و در نتیجه پدیده طبیعی و فیزیولوژیک زایمان تبدیل به یک مسئله بگرنج و دشوار می‌گردد (۴). ترس موثرترین عامل در ایجاد دردهای شدید و عدم پیشرفت طبیعی زایمان است (۵). مادرانی که آرام هستند و ارتباط روحی - روانی بهتری با مامای خود در طی زایمان برقرار می‌کنند رضایت بیشتری از زایمان خود گزارش کرده‌اند. وجود جو قابل اعتماد بین مادر و کسانی که از او مراقبت می‌کنند، احساس مادر از فرار گرفتن در بین کسانی که او را دوست دارند، کنارش می‌مانند و اعتماد او به مهارت‌های آنان همگی باعث می‌شوند که مادر تجربه مثبتی از زایمان خود داشته باشد و رضایت بیشتری را گزارش کند (۳).

با آن که وضعیت روحی و روانی مادر از عوامل موثر در پیشرفت روند زایمان است (۶). در اتاق درد کسی نیست که به زن توجه توأم با درک نماید در نتیجه نیاز او به همدلی، دلگرمی، راهنمایی و حمایت مرتفع نمی‌گردد (۷).

مراقبت مداوم و حضور مداوم ماما در کنار بالین زن اصلی‌ترین بخش حمایت عاطفی است (۲). مراقبت مداوم به تدارک و انجام مراقبت توسط یک فرد مشخص یا گروه کوچکی از افراد (حرفه‌ای) در طول حاملگی، زایمان و دوره ی پس از زایمان گفته می‌شود (۸). عدم رضایت زنان از مراقبت‌های مامایی به طور وسیع در سال‌های اخیر گزارش شده است. این عدم رضایت به فقدان مراقبت مداوم، کنترل، مشارکت در تصمیم‌گیری، اطلاعات کافی و درک این مسئله از سوی زنان که مراقبین کمک حال نیستند، برمی‌گردد (۹). مراقبت مداوم (که مراقبین مداوم و حضور مداوم نیز بخش جدایی ناپذیر آن می‌باشد) عامل تعیین کننده مهمی در تجربیات مثبت و مناسب زنان از زایمان است (۲). حضور مداوم ماما در قالب مراقبت مداوم در تمام

کاملاً تصادفی بوده و پس از گردآوری اطلاعات، تمام مشخصات زایمانی که به نظر می‌رسید به نوعی در نتایج تأثیر داشته باشند (از جمله سن مادران، تعداد حاملگی، زایمان، سقط، سن بارداری و غیره) در دو گروه با آزمون‌های آماری مورد مقایسه قرار گرفتند و از نظر آماری اختلاف معنی‌دار نداشتند. سپس پی‌آمدهای زایمانی هر دو گروه در چک لیست تنظیم شده ثبت و جمع‌آوری می‌شد. قابل ذکر است که این چک لیست شامل ۳ بخش بود، بخش اول اطلاعات دموگرافیک افراد، بخش دوم سابقه باروری و بخش سوم پی‌آمدهای زایمان فعلی-شان (شامل نوع زایمان، طول مدت زایمان، درجه پارگی پرینه و نمره آپگار نوزادان) بود. برای روایی چک لیست از اعتبار محتوا استفاده شد و پایایی بین مشاهده‌گران با ضریب آلفای کرونباخ تعیین شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با SPSS/ver13 انجام شد، برای مقایسه‌ی مشخصات باروری واحد-های مورد پژوهش (تعداد حاملگی، زایمان، سقط و سن حاملگی) و طول مدت لیبر در دو گروه از آزمون تی با نمونه‌های مستقل استفاده شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی از تمامی شرکت کنندگان رضایت کتبی اخذ می‌شد و افراد می‌توانستند در هر زمان که مایل بودند از دریافت مراقبت به صورت مداوم منصرف شوند.

یافته‌ها

به منظور نشان دادن نتایج و دستیابی به اهداف مورد نظر در این پژوهش، داده‌ها در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است. بررسی مشخصات فردی - اجتماعی واحد-های مورد پژوهش بیانگر مطالب زیر است: اکثریت مددجویان در محدوده سنی ۲۱-۲۷ سال قرار داشتند (۵۴٪)، اکثریت مددجویان خانه دار بودند (۹۵٪)، شغل همسر ۹۱ درصد مددجویان آزاد بود، تحصیلات اکثر مددجویان در حد متوسطه و فقط ۴ درصد آنان بی‌سواد بودند، تحصیلات همسر مددجویان اکثراً متوسطه و ۳ درصد آنان بی‌سواد بودند و در مورد تحصیلات

نداشتن بیماری داخلی - جراحی، نداشتن مورد خطری برای جنین، تمایل به شرکت در مطالعه و نداشتن اندیکاسیونی برای زایمان طبیعی بود. معیارهای خروج شامل: انصراف مادر از دریافت مراقبت و حضور مداوم و هر مورد اورژانسی برای مادر و جنین که مسؤولیت مراقبتی را از حیطة وظایف ماما خارج می‌کند، بود.

بر حسب اطلاعات از قبل ثبت شده در دفتر پذیرش زایشگاه بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز (محیط پژوهش)، ماهانه ۱۰۰ زائو با معیارهای ورود پژوهش حاضر جهت زایمان طبیعی در زایشگاه پذیرش می‌شدند و چون پژوهشگر مدت ۳ ماه را برای نمونه‌گیری در نظر داشت. لذا برای شروع از بین ۳۰۰ زائو که پیش بینی می‌شد، در طی ۳ ماه آینده در محیط پژوهش پذیرش شوند، دو سری اعداد تصادفی ۵۰ تایی برحسب شماره ترتیب پذیرش در بخش زایمان انتخاب شدند. که سری اول به طور تصادفی (قرعه‌کشی) به گروه مراقبت مرسوم و سری دوم به گروه مراقبت مداوم اختصاص یافت. در طی نمونه‌گیری با هماهنگی‌های از قبل به عمل آمده، در بدو ورود زائوی شماره ۱ از گروه آزمایش به پژوهش‌گر اطلاع داده می‌شد و وی در اسرع وقت در بخش زایمان حاضر شده و مراقبت‌های لیبر، زایمان و پس از زایمان را با حضور مداوم بر بالین مددجو و مراقبت یک زائو یک ماما به عمل می‌آورد، و با ورود زائوی شماره ۱ از گروه کنترل، وی تحت مراقبت تعداد نامشخصی از ماماها قرار می‌گرفت و ماماها ملزم نبودند در مواقعی که کاری با زائو نداشتند بر بالین وی حضور داشته باشند، در اتاق لیبر ۵-۴ ماما از زائو مراقبت می‌کرد و زایمان نیز توسط مامای دیگری انجام می‌شد حتی گاهی ترمیم برش اپی-زیوتومی هم توسط فرد دیگری انجام می‌شد. به این ترتیب تعداد کل مراقبین در مراحل زایمان به ۶-۵ نفر می‌رسید. این در حالی بود که در گروه آزمایش تعداد کل مراقبین به ۳ نفر هم نمی‌رسید و از سوی دیگر، مامای عامل مراقبت بر بالین زائو به طور مداوم حضور داشت.

لازم به ذکر است که اختصاص نمونه‌ها در دو گروه

مددجویان سابقه زایمان نداشتند و اکثریت آنان سابقه سقط را نیز ذکر نمی‌کردند (۸۶٪)، بیشترین سن حاملگی ۴۱ هفته و کمترین آن ۳۷ هفته بود، میانگین سن بارداری مددجویان $0/85 \pm 39/55$ هفته بود.

دانشگاهی ۵ درصد مددجویان و ۵ درصد همسران آنان تحصیلات دانشگاهی داشتند. مشخصات باروری مددجویان در جدول ۱ آورده شده است. اکثریت مددجویان (۷۵٪) با بارداری اول مراجعه کرده بودند و میانگین تعداد بارداری $0/65 \pm 1/35$ بود ۸۱ درصد

جدول ۱: مشخصات باروری واحدهای مورد پژوهش

نتایج آزمون			گروه		متغیر
P	t	df	کنترل تعداد (درصد)	آزمایش تعداد (درصد)	
تعداد بارداری					
۰/۸۸	۰/۱۵	۹۸	۳۵ (۷۰)	۳۹ (۷۸)	یک
			۱۰ (۲۰)	۵ (۱۰)	دو
			۵ (۱۰)	۶ (۱۲)	سه و بیشتر
تعداد زایمان					
۰/۵۶	۰/۷۴	۹۸	۴۱ (۸۲)	۴۰ (۸۰)	صفر
			۸ (۱۶)	۵ (۱۰)	یک
			۱ (۲)	۵ (۱۰)	دو و بیشتر
تعداد سقط					
۰/۴۵	۰/۵۷	۹۸	۴۲ (۸۴)	۴۴ (۸۸)	صفر
			۸ (۱۶)	۶ (۱۲)	یک و بیشتر
سن					
۰/۹	۰/۱۱	۹۸	۱۷ (۳۴)	۲۳ (۴۶)	۳۷-۳۹ (هفته)
			۳۳ (۶۶)	۲۷ (۵۴)	۳۹-۴۱

جدول ۲: میانگین طول مدت مراحل سه گانه زایمان برحسب دقیقه

P	t	df	انحراف معیار + میانگین	گروه	متغیر
۰/۰۰۰	۶/۹۱	۹۸	161 ± 51	آزمایش	مرحله اول
			$245/6 \pm 69$	کنترل	
۰/۰۰۰	۳/۷۷	۹۸	$34/5 \pm 18/95$	آزمایش	مرحله دوم
			$53 \pm 28/99$	کنترل	
۰/۰۸۳	۱/۷۴	۹۸	$9/34 \pm 4/25$	آزمایش	مرحله سوم
			$11/30 \pm 6/68$	کنترل	
۰/۰۰۰	۷/۵۱	۹۸	$2/84 \pm 62/06$	آزمایش	کل مراحل
			$309/90 \pm 76/9604$	کنترل	

زایمان بر کاهش طول مدت لیبر موثر است (۱۱). اما مدت مرحله دوم لیبر در زائوهای دریافت کننده حضور مداوم فرد همراهی که زائو با خود آورده بود با زائوهای دریافت کننده مراقبت مرسوم تفاوت آماری معنی داری ندارد (۱۱). که شاید علت این تفاوت این باشد که در مطالعه حاضر (حضور مداوم ماما) نسبت به حضور مداوم فرد غیر حرفه‌ای مفیدتر باشد.

همچنین، مطالعه ی شیلدز^۳ (۱۹۹۹) نشان داد که پی-آمدهای بالینی زایمان از جمله طول مدت لیبر در زائو-هایی که مراقبت‌های زایمانی را از سوی مامایی که او را از قبل می‌شناختند و قبلا توسط او مورد مراقبت قرار گرفته بودند، با زائوهای دریافت کننده مراقبت مرسوم تفاوت آماری معنی داری ندارد (۱۵).

از دید زنان حضور فردی که زائو او را می‌شناسد نسبت به مهارت، دانش، حساسیت و مهربانی او از اهمیت کمتری برخوردار است (۲). در مطالعه شیلدز ماماها برای زائوها فقط آشنا بودند در حالی که در مطالعه حاضر ماما بر بالین زائو حضور مداوم داشت. که شاید این مورد علت تفاوت در نتایج باشد. از این پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که زائوها به حضور و همراهی مداوم ماماها اطمینان و نیاز بیشتری دارند و پی‌آمدهای زایمانی شان در این نوع تداوم مراقبتی بهبود می‌یابد. لذا پیاده کردن مراقبت مداوم زایمانی با حداقل ماما‌های دخیل در مراقبت از یک زائو می‌تواند با بهبود پی‌آمدهای بالینی زایمان در ارتقا کیفیت خدمات مامایی نقش موثری داشته باشند.

در مورد محدودیت‌های پژوهش می‌توان به سو کور بودن آن اشاره کرد بدین معنی که بخشی از نمونه-های گروه کنترل را خود محقق مراقبت کرده است. لذا توصیه می‌شود برای پژوهش‌های بعدی جهت کور کردن مطالعه فرد مراقبت کننده جدا از فرد تکمیل کننده پرسشنامه‌ها باشد.

نتایج پژوهش در مورد طول مدت لیبر در جدول ۲ ارایه شده است. طبق نتایج بدست آمده از تحلیل داده‌ها در این مطالعه طول مدت مرحله اول و دوم زایمان در دو گروه تفاوت آماری معنی داری دارد ($P < 0.001$)، اما تفاوت طول مدت مرحله سوم در دو گروه از نظر آماری معنی دار نیست و در کل طول مراحل سه گانه لیبر در زائوهای دریافت کننده مراقبت مداوم و گروه دریافت کننده مراقبت مرسوم از نظر آماری تفاوت معنی داری دارد ($P < 0.001$).

بحث

این مطالعه نشان داد که حضور مداوم ماما بر بالین زائو در قالب مراقبت مداوم در کاهش طول مدت زایمان موثر است. اگر چه عوامل متعددی بر طول مدت زایمان تاثیر دارد، اما ترس و اضطراب از عوامل بسیار موثر در کند شدن سرعت پیشرفت زایمان می‌باشند (۱۲). تنش و اضطراب ناشی از بحران حاملگی و زایمان با بستری شدن زائو در بیمارستان، به دلیل همراهی این پدیده با بسیاری از عوامل تنش زای دیگر مانند برخورد با افراد غریبه، احساس تنهایی در زائو و جدا شدن او از خانه و خانواده، وجود دستگاه‌های پیچیده، محدود کردن زائو به بستر و محدودیت غذا و مایعات، بوهای نامطبوع و برخی اقدامات مراقبتی نظیر تزریقات وریدی، معاینات مکرر مهبل، پایش قلب جنین و ... تشدید می‌شود (۱۳). حضور مداوم ماما در قالب مراقبت مداوم در تمام مراحل زایمان، توانایی بدن زن را در تولید ضد دردهای درون‌زا یا اندروفین^۱ها تقویت می‌کند (۱۰). اندروفین‌ها مواد طبیعی هستند که ساختمان و اثرشان به اپیوئیدها شبیه می‌باشد به علاوه اندروفین‌ها سبب ایجاد آرامش، خواب آلودگی و افزایش احساس سر حالی می‌گردند (۱۴). مطالعه‌ی رولی^۲ (۱۹۹۵) نیز نشان داد که مراقبت مداوم حین

تقدیر و تشکر

زایشگاه بیمارستان ۲۹ بهمن که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند.

با تشکر فراوان از ریاست و کارکنان محترم دانشکده پرستاری مامایی تبریز و با سپاس و تشکر از ریاست و پرسنل محترم

References

1. Cunningham F.G, Gant NF, Leveno KJ, Glistrap LC, Hauth JC, Wenstrom K.D (2005). [Williams Obstetrics]. 22 nd ed, (Gazijahani B Trans). Tabriz, Golban medical publisher, 6,363,426,544. (Persian)
2. Page I.A, Percival P, Kitzinger SH (2000). *The new midwifery science and sensitivity in practice*, 1st ed. Churchill Livingstone, 125.
3. Bennet V.R, Brown L (1999). *Myles textbook for midwives*, 13 th ed. Churchill Livingstone, Edinburgh, 411.
4. Cheung N.F. (1994). Pain in normal labor. *Midwives*, 107(277), 212-6.
5. Bolgy J.I. (1997). Stress and delivery. *Ann Med*, 23(50), 223- 37.
6. Moslemabadi Farahani SH, Malekzadegan A, Mohammadi R, Hosseini F. (2005). [Effect of the one - to - one midwifery care during labor on modes of delivery]. *Faslnameye parastari Iran*, 18 (43), 71-81. (Persian)
7. Carr C.A, schott M (2001). First stage of labor In: *Midwifery community – based care during the childbirth bearing year*, 1st ed. WB Saunders Company, Philadelphia, 271- 2.
8. Hodnett E.D. (2008). Continuity of care givers for cares during pregnancy and childbirth, available at: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/119043608/abstact>. (accessed November 2009).
9. Brown S, Lumley J. (1994). Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth*, 21(1), 4-13.
10. Grabowska C (2000). Alternative therapies for pain relief. In: Page L, Yerby M, ed. *Pain in childbearing: key issue in management of pain*. 1st ed. Bailliere Tindall, London, 317.
11. Rowley M, Hensley M, Brinstead M, Wlodarczyk K. (1995). Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomized trial. *Medical journal of Australia*, 163,289-930.
12. Petree B, Walsh L.V (2001). Maintenance of comfort and management of pain. In: *Midwifery community – based care during the child birth bearing year*, 1st ed. WB Saunders Company, Philadelphia, 243.
13. Low N.K. (1996). The pain and discomfort of labor and birth. *J obstet & Gynecol neonatal nursing*, 25(1), 82-92.
14. Burroughs A, leifer G (2000). *Maternity nursing an introductory text*, 8 th ed. WB Saunders Company, Philadelphia, 103.
15. Shields N, Holmes A, Cheyne H (1999). Knowing your midwife during labor: clinical, psycho – social and economic implications. *British journal of midwifery*, 7(8), 504-510.

تأثیر برنامه توانبخشی قلبی بر علائم جسمی بیماران مراجعه کننده به مرکز توانبخشی قلب

سریه پورتقی: کارشناس ارشد پرستاری، مرکز آموزشی و درمانی الزهرا(س) تبریز (نویسنده رابط)

Email: spoortaghi@gmail.com

شیرین برزنجه عطری: کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
عبدالرسول صفائیان: کارشناس ارشد آمار زیستی، مربی دانشکده بهداشت و تغذیه تبریز
دکتر علی باقرنیا: دستیار بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، مرکز آموزشی و درمانی امام رضا تبریز
دریافت: ۸۸/۹/۲۹، پذیرش: ۸۸/۱۰/۲۶

چکیده

مقدمه: شیوع بیماری‌های قلبی در دنیا و در کشورمان رو به افزایش است به طوری که ۴۶ درصد از موارد مرگ و میر را به خود اختصاص داده است. پرستار بهداشت جامعه در سطح سوم پیشگیری با هدف محدود کردن عوارض ناتوانی و بیماری افراد و انجام توانبخشی برای موارد کاهش عملکرد فعالیت می نماید. توانبخشی قلبی فعالیتی چند بعدی با هدف تسهیل و بهبودی جسمی، روانشناختی و هیجانی به منظور توانمندسازی مددجویان در رسیدن به سطح بالاتر سلامتی است که این امر از طریق ورزش، آرام‌سازی و آموزش بهداشت در عرصه بیمارستان و جامعه عملی می گردد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه توانبخشی قلبی بر علائم جسمی بیماران مراجعه کننده به مرکز توانبخشی قلب شهید مدنی تبریز انجام گرفت.

مواد و روشها: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی پیش آزمون- پس آزمون می باشد که بر روی ۸۰ نفر از بیماران واجد شرایط ورود به مطالعه که به مرکز توانبخشی قلب شهید مدنی تبریز ارجاع داده شده بودند، با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ^۱ انجام و اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS/ver15 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها: یافته های این مطالعه نشان داد که ۷۵ درصد (۶۰ نفر) از شرکت کنندگان مرد و ۲۵ درصد (۲۰ نفر) زن بودند. محدوده میانگین سنی بیماران در حد $1/01 \pm 57/41$ (انحراف معیار + میانگین) بوده است. نتایج آزمون t زوج شده تفاوت معنی داری را در علائم جسمانی قبل و بعد از مطالعه نشان داد ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج مطالعه که نشان دهنده بهبود قابل توجه در علائم جسمانی با انجام مداخله توانبخشی قلبی است، به نظر می رسد انجام این برنامه ها در افراد مبتلا به بیماری قلبی برای بازبانی توانایی و زندگی مستقل امری لازم و ضروری باشد. پرستار بهداشت جامعه به عنوان یکی از اعضای اصلی تیم در تمام مراحل توانبخشی (بیمارستان، سرپایی و منزل) در آموزش بیمار و خانواده نقش اساسی دارد.

کلمات کلیدی: توانبخشی / بیماری قلبی / علائم و نشانه‌ها

مقدمه

یکی از شایعترین اختلالات مزمن بیماری‌های قلبی عروقی است. در این میان بیماری عروق کرونر علت اصلی مرگ و میر در بیشتر کشورهای صنعتی می باشد که منجر به ناتوانی قابل توجه و کاهش بهره‌وری نیروی انسانی نیز می گردد (۱) که به عنوان یک اپیدمی مطرح بوده و از لحاظ مورثالیتی، موربیدیتی، ناتوانی وهزینه اقتصادی به عنوان مهمترین بیماری و عامل مرگ و میر تا سال ۲۰۲۰ مطرح شده است (۲، ۳). تخمین زده می شود که در کل دنیا ۵۰ میلیون نفر به این بیماری مبتلا بوده و در یک چهارم از این افراد (۲۵ درصد) خطر حادثه جدی در طی ۱۰ سال بعدی زندگیشان وجود دارد. برخی از آنها به طور ناگهانی و بر اثر انسداد حاد عروقی کرونر یا فیبریلاسیون می میرند در حالیکه بقیه در اثر ضعف پیشرونده فعالیت پمپ قلب به آهستگی و در عرض هفته ها تا سالها تسلیم مرگ می شوند (۴). اگر چه در دهه های اخیر میزان مورثالیتی ناشی از این بیماری در بسیاری از کشورهای توسعه یافته کاهش یافته، ولی به علت بهبود روشهای تشخیصی و درمان موفق بیماری در مرحله حاد میزان موربیدیتی افزایش یافته است. میانگین حوادث قلبی و عروقی جدی در محدوده سنی ۴۴-۳۵ سال، ۷ در ۱۰۰۰ و در سنین ۹۴-۸۵ سال، ۶۸ در ۱۰۰۰ می باشد (۲، ۵). در ایران شیوع بیماری عروقی کرونر و مرگ و میر حاصل از آن رو به افزایش می باشد به گونه ای که این بیماری ۴۶ درصد از علل مرگ و میر را به خود اختصاص می دهد و میزان بروز آن در هر ۱۰۰ هزار نفر، ۱۸۱/۴ می باشد. طبق برآوردی که در سال ۱۳۸۰ انجام شده، روزانه ۳۱۷ نفر و سالیانه ۱۱۶ هزار نفر در اثر این بیماری جان خود را از دست می دهند (۶). با مقایسه مطالعات انجام گرفته در ایران و مطالعات مشابه در امریکا و اروپا مشاهده شده که یک الگوی مشابهی از نظر شیوع و ریسک فاکتورهای ایجاد بیماری وجود دارد (۵). در این

راستا اولویت پرستاری توانبخشی، کمک به شخص ناتوان و مبتلا به بیماری مزمن برای دستیابی و حفظ حداکثر توانایی عملکردی، سلامتی و خوب بودن در حد مطلوب و سازگاری موثر با تغییرات زندگی می باشد (۷).

توانبخشی قلبی به عنوان سومین سطح پیشگیری، وضعیت با ارزشی بعد از سکتة قلبی و یا سایر حوادث قلبی فراهم می کند و با کاهش خطر مرگ در بیماران مبتلا به بیماری های عروقی کرونری همراه است (۸). توانبخشی قلبی شامل فعالیت هایی همچون ارزیابی جامع پزشکی، ورزش، تعدیل عوامل خطر ساز، آموزش، مشاهده و تغییر رفتار مددجوست (۹) و از چهار مرحله تشکیل شده: مرحله اول بلافاصله بعد از حادثه قلبی شروع شده و تا زمان ترخیص از بیمارستان ادامه می یابد. مرحله دوم بلافاصله بعد از ترخیص انجام می شود. مرحله سوم، ۶-۴ هفته بعد از وقوع حادثه قلبی و عروقی انجام شده و شامل آموزش رسمی و برنامه های ورزشی می باشد. مرحله چهارم در زمان های بعدی در خانه یا جامعه انجام می گیرد. هدف نهایی تمام این مراحل شناسایی و تعدیل ریسک فاکتورهای قلبی- عروقی برای حفظ سلامت جسمی و روانی مطلوب بیماران می باشد (۱۰). نقش اولیه پرستار توانبخشی در همه مراحل (بیمارستان، سرپایی و منزل) آموزش بیمار و خانواده می باشد. پرستار توانبخشی به بیمار و خانواده اش برای یادگیری مهارت های جدیدی که باید به طور مداوم در تمام اجزای زندگی روزمره از آنها استفاده نماید، کمک می کند (۱۱).

با توجه به تأثیری که این مدل مراقبتی می تواند بر علایم جسمانی بیماران داشته باشد، پژوهشگر به عنوان یک پرستار بهداشت جامعه بر آن شد که تحقیقی را با هدف تعیین تأثیر برنامه توانبخشی قلبی بر علایم جسمی بیماران مراجعه کننده به مرکز توانبخشی قلب بیمارستان شهید مدنی تبریز سال ۱۳۸۸ انجام دهد.

مواد و روشها

های مختلف کاربرد داشته است (۱۵، ۱۴) و روایی پایایی پرسشنامه مذکور نیز رضایت بخش می‌باشد (۱۶، ۱۷). پرسشنامه سلامت عمومی چهار بعد علایم جسمانی، علایم اضطرابی و اختلال خواب، عملکرد اجتماعی و افسردگی را می‌سنجد که در این مطالعه فقط به بررسی بعد علایم جسمانی با سؤالات ۷-۱ پرسشنامه (در مجموع هفت سؤال) که برای سنجش احساس خوب و سالم بودن، احساس نیاز به داروهای تقویتی، ضعف و سستی، بیماری، سردرد، احساس گرمی و سردی بدن به کار می‌رود و با علامتگذاری بیماران بر روی یک طیف که از نمره صفر شروع و به نمره سه ختم می‌شود، اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS\ver 15 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. لازم به ذکر است که در پرسشنامه مذکور نمره صفر به معنی عدم وجود اختلال و عدد سه نشان دهنده اختلال شدید می‌باشد. کلیه ملاحظات اخلاقی مربوط به انجام پژوهش در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

اطلاعات به دست آمده نشان داد که ۷۵ درصد (۶۰ نفر) از شرکت‌کنندگان در برنامه توانبخشی مرد و ۲۵ درصد (۲۰ نفر) مونث بودند (جدول ۱). میانگین توزیع سنی واحدهای مورد پژوهش در حد $13/0 \pm 57/41$ (انحراف معیار \pm میانگین) می‌باشد که کمترین مقدار ۴۰ و بیشترین مقدار ۷۶ می‌باشد.

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون می‌باشد که بر روی ۸۰ نفر از بیماران قلبی مراجعه‌کننده به مرکز توانبخشی قلب شهید مدنی که واجد معیارهای ورود به مطالعه، شامل ابراز رضایت کتبی مبنی بر شرکت آگاهانه در مطالعه، محدوده سنی ۳۰ تا ۷۵ سال، عدم ابتلا به بیماری حرکتی محدود کننده و بیماری‌های روانی، عدم وجود نارسایی قلبی درمان نشده، آریتمی کنترل نشده و عدم ابتلا به آنژین شدید و پایدار انجام گرفت. بیماران ۶-۴ هفته بعد از حادثه قلبی و عروقی یا عمل جراحی جهت انجام بازتوانی به مرکز بازتوانی ارجاع داده شدند و فعالیت‌های مربوط به مرحله سوم توانبخشی قلبی که در مقدمه ذکر شده است، به کار برده شد. این فعالیت‌ها شامل ارزیابی جامع پزشکی، ورزش و آموزش در خصوص تعدیل ریسک فاکتورها و رژیم غذایی می‌باشد. با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی گلدبرگ (۱۹۷۲) که یکی از شناخته‌شده‌ترین ابزارهای غربالگری سلامت عمومی است (۱۲) داده‌ها جمع‌آوری گردید. بر مبنای یک فرا تحلیل که از سوی ویلیامز، ماری و گلدبرگ انجام گرفت میانگین حساسیت این مقیاس، ۸۴ درصد و میانگین ویژگی ۸۲ درصد ذکر شده است. ضرایب همسانی و بازآزمایی این مقیاس در کشورهای مختلف و در ایران، $0/88$ گزارش شده است (۱۳). از طرفی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی به عنوان ابزار استاندارد شده در ایران، در پژوهش

جدول ۱. توزیع فراوانی نمونه‌های مورد مطالعه بر حسب جنس

جنس	(درصد)	تعداد	درصد تجمعی
مرد	(۷۵)	۶۰	۷۵
زن	(۲۵)	۲۰	۱۰۰
جمع	(۱۰۰)	۸۰	-

قلبی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/001$ ، $t=4/22$ ، $df=78$) و بیماران بعد از اتمام برنامه، در پرسشنامه

آزمون t-test زوج شده نشان داد که بین میزان بعد علایم جسمانی، قبل و بعد از اجرای برنامه توانبخشی

مذکور، اعداد کوچکتری را بر روی طیف انتخاب نمودند و بنابراین در مجموع نمرات کمتری گزارش شد که نشان دهنده بهبود علائم جسمی و کاهش اختلال می‌باشد.

جدول ۲: جدول مقایسه علائم جسمانی قبل و بعد از شرکت در برنامه توانبخشی قلبی

متغیر	انحراف معیار + میانگین	آزمون آماری P
علائم جسمی		
قبل	۶/۱۶ ± ۰/۳۰	P= ۰/۰۰۱
بعد	۵/۴۵ ± ۰/۲۸	
(df=۷۸ ، t=۴/۲۲ ، p<۰/۰۰۰)		

بحث

بازتوانی قلبی، وجود داشته است (۲۰). در تحقیق اولیوریا^۵ و همکاران که بر روی ۳۰ نفر از بیماران با سابقه انفارکتوس میوکارد انجام گرفت و بیماران گروه مداخله تحت برنامه توانبخشی قلبی در منزل قرار گرفتند، نتایج نشان داد که در گروه مداخله به طور معنی داری شاخص فعالیت فیزیکی روزانه و زمان صرف شده برای انجام آن در طول دوران مداخله با شدت متوسطی افزایش یافته که نشان دهنده بهبود علائم جسمانی در مقایسه با گروه کنترل می‌باشد (۲۱).

همانگونه که نتایج مطالعه حاضر و تحقیقات قبلی نشان می‌دهد توانبخشی قلبی موجب بهبود سلامت جسمی و کاهش مورتالیتی و موربیدیتی می‌شود. برنامه‌های توانبخشی قلب از طریق ورزش و آموزش، باعث تغییر رفتار شده و از طریق حمایت و اجرای استراتژی‌هایی که به کاهش فاکتورهای خطر ساز بیماری قلبی کمک می‌کنند به این اهداف دسترسی پیدا کرده است. گرچه اثرات

در مطالعه حاضر مشخص گردید که بین میزان علائم جسمانی، قبل و بعد از اجرای برنامه توانبخشی قلبی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0.001$) و بیماران بعد از اتمام برنامه، در پرسشنامه مذکور، اعداد کوچکتری را انتخاب نمودند و بنابراین در مجموع نمرات کمتری گزارش شد که نشان دهنده بهبود علائم جسمانی و کاهش اختلال می‌باشد و این یافته با یافته فراهانی و همکارانش در مقاله میانگین حداکثر تحمل ورزش^۱ تعیین شده با اکوکاردیوگرافی قبل از بازتوانی قلبی ($2/01 \pm$) و بعد از بازتوانی ($1/80 \pm 11/09$) همسو می‌باشد (۱۸). در ضمن در مطالعه شارما^۲ و همکارانش (۲۰۰۱) بر روی ۱۵۰ بیمار بعد از جراحی پیوند عروق کرونر، بازتوانی قلبی تاثیر عمده‌ای بر تحمل ورزش بیماران داشته است (۱۹). در مطالعه پرک^۳ و همکارانش (۱۹۹۰) بر روی ۴۹ بیمار بعد از عمل جراحی قلب، بهبودی واضحی در ظرفیت عملکردی^۴ بیماران بعد از

5 -Oliverira

1 -MET: Maximum Exercise Tolerance

2 -Sharma

3 -Perk

4 -Functional Capacity

انجام ویزیت منزل توسط پرستاران بهداشت جامعه برای آموزش اجرای برنامه‌های توانبخشی قلبی در منزل در مواردی که مشکلات مربوط به مراجعه به مراکز توانبخشی وجود دارد می‌توان میزان بهره‌مندی بیماران قلبی از این برنامه‌ها و در نتیجه اثرات مطلوب آن بر زندگی را افزایش داد.

نتیجه گیری

همانگونه که اشاره شد، نتایج مطالعه حاضر و همچنین سایر مطالعات انجام گرفته در زمینه توانبخشی قلبی، دلالت بر بهبود علایم جسمانی با انجام مداخله توانبخشی قلبی دارد. بنابراین با توجه به رشد روزافزون بیماری‌های قلبی و نقشی که پرستاران بهداشت جامعه با اجرای این برنامه‌ها می‌توانند در پیشبرد سلامتی و توانمند نمودن افراد جامعه علی‌الخصوص سالمندان که بیشترین تعداد بیماران قلبی را تشکیل می‌دهند داشته باشند، توجه بیشتر به مقوله توانبخشی قلبی امری لازم و ضروری است.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از پرسنل و مسؤولین محترم مرکز توانبخشی قلب شهید مدنی علی‌الخصوص سرکار خانم مریم آریاجو و همچنین از بیماران محترم مراجعه کننده به مرکز توانبخشی قلبی که در تکمیل پرسشنامه‌ها، همکاری نمودند، نهایت تشکر و قدردانی را می‌نماید.

مفید و مؤثر توانبخشی قلب ثابت شده است اما تعداد شرکت کنندگان در این برنامه‌ها کم می‌باشد (۲،۲۲). متأسفانه، میزان شرکت در برنامه‌های توانبخشی قلبی مؤسسات به میزان ۱۵ درصد گزارش شده که به این معنی است که بیشتر از ۸۵ درصد بیماران قلبی نوعی از توانبخشی را که برای افزایش توان ورزشی آنها نیاز است دریافت نمی‌کنند که دلیل اصلی آن می‌تواند مربوط به مشکلات شرکت در جلسات منظم در بیمارستان و نارضایتی از شرکت در کلاس‌های گروهی باشد (۲۳). با عنایت به حجم بالای انجام اعمال جراحی قلب و مبتلایان به حوادث قلبی و عروقی که انجام توانبخشی قلبی برای آنها ضروری است، مسلم است که میزان مراجعه کنندگان به مرکز بازتوانی شهید مدنی که در حال حاضر تنها مرکز موجود در شمالغرب کشور می‌باشد، بسیار اندک است که البته بر طبق مطالعات انجام یافته علت اصلی شرکت کم افراد در برنامه‌های بازتوانی قلبی، عدم ارجاع پزشکان بوده است (۸). سایر فاکتورهای عدم مراجعه شامل مشکلات رفت و آمد، انگیزه، بیماری‌های همراه، عدم درک ارزش این برنامه‌ها می‌باشد. بنابراین با انجام اقداماتی مانند تلاش مسؤولین در جهت راه اندازی سیستم ارجاع مناسب با جلب همکاری و همراهی پزشکان متخصص قلب، برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای کلیه مراقبین بهداشتی، بهره‌مندی از پرستاران آموزش دیده در اجرای این گونه مداخلات در مراکز،

References

1. Andreoli T.E (2001). [Cecil's Principles of internal medicine], 5th ed, (Ghazi jahani B, Translation). Tehran, Golban publisher, 64 - 313. (Persian)
2. Taylor R.S, Dalal H, Jolly K, Moxham T, Zawada A. (2008). Home- Based Versus Center- Based Cardiac Rehabilitation (protocol) , The Cochrane Collaboration Wiley publishers, 3.
3. Mohammadi F, Taherian A, Hosseini MA, Rahgozar M. (2006). [Effect of home-based cardiac rehabilitation on quality of life of patients with heart failure]. Rehabilitation Journal, 7(3), 26. (Persian)
4. Guyton A (2000). [Medical Physiology]. 10th ed, (Bigdeli M, Trans). Tabib publisher, 229. (Persian)

5. Hatami Z.N, Tahvildari S, Gafarzadeh Motlag A, Sabouri Kashani A. (2007). Prevalence of Coronary Artery Disease Risk Factors in Iran: A Population Based Study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 7, 32.
6. Naghavi M (2001). [Broadcasting disease and mortality in the eighteen provinces]. Deputy Health Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Tandis publisher, 35. (Persian)
7. Shirley P. H (2002). *Rehabilitation Nursing*, 3rd ed, Mosby, 723- 9.
8. Jones CA, Valle M, Manring S. (2001). Using Survival Analysis to Explore Female Cardiac Rehabilitation Program Adherence. *Applied nursing research*, 14(4), 179- 186.
9. Higgins H, Hayes R, McKenna K. (2001). Rehabilitation Outcomes Following Percutaneous Coronary Intervention. *Journal of patient education and counseling*, 43, 219-230.
10. Makee G, Bannon J, Kerins M, Gerald G.F. (2007). Changes in Diet, Exercise and Stress Behaviors Using The Stages of Change. *Cardiovascular Nursing*, 6, 233-240.
11. Smith CM, Maurer F.A. (2000). *Community Health Nursing :Theory and Practice*. 2nd ed. Mosby publication, 317-318
12. Henderson AS. (1990). An Introduction to Social Psychiatry. *The international journal of social psychiatry*, 37, 12-13.
13. Bagheri Yazdi A, Bolhari J, Peyrovi H. (2000). [Evaluation of student's mental health]. *Andishe va Raftar Journal*, Tehran, 4, 39-40. (Persian)
14. Yaghubi N, Shahmohammadi D. (1997). [Mental disorders epidemiology in rural and urban areas of Sumeasara]. *Andishe va Raftar Journal*, Tehran, 4, 55-65. (Persian)
15. Ghahremani M, Noghabi A, Tavakollizadeh J. (2000). [The effect of fast on mental health]. *Gonabad medical university J*. 6(1), 25-26. (Persian)
16. Navidian A, Masoudi G.h, Mousavi S. (2004). [Evaluation of stressful work factors and their relationship with general health]. *Kermanshah Medical university J*, 9(3), 13-15. (Persian)
17. Mottaghipoor Y, Amiri P, Padyab M, Mehrabi Y, Azizi F. (2004). [Evaluation Adolescence Mental health]. *Shahid Beheshti Research Journal*, 29(2), 141-145.
18. Farahani M, Shakouri Q, Parvizi R, Jodaty R. (2003). [Effects of cardiac rehabilitation (exercise therapy) on patients after coronary artery bypass graft]. *Medical Journal*, 59, 65-62. (Persian)
19. Sharama R, Melead A.A. (2001). Cardiac rehabilitation after coronary artery bypass graft surgery: its effect on ischemia, functional capacity and a multivariate index of prognosis. *Coronary heart care*, 5(4), 189-195.
20. Perk J, Hedback B, Engvall J. (1990). Effects of cardiac rehabilitation after coronary artery bypass grafting on readmission, return to work and physical fitness. *Scand J soc med*, 18(1), 45-51.
21. Oliveria J, Riberio F, Gomes H. (2008). Effects of home-based cardiac rehabilitation program on physical activity level of patients with coronary artery disease. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 28, 393-396.
22. Tonbridge A. (2003). *Cardiac Rehabilitation and Primary Care*. Available at: [http:// gate way proquest.com/openurl](http://gate way proquest.com/openurl).
23. Blanchard C. (2008). *Understanding Exercise Behavior During Home- based Cardiac Rehabilitation: A Theory of Planned Behavior Perspective*. *Can. J. physiol. Pharmacol*, 86, 8- 15.

تجربیات زنان اول زا از درد زایمان طبیعی: یک مطالعه کیفی

دکتر لیلا ولی‌زاده: دکترای پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

رقیه بایرامی: کارشناس ارشد مامایی، بیمارستان قمر بنی‌هاشم خوی (نویسنده رابط)

Email: rozabayrami@yahoo.com

دریافت: ۸۸/۶/۱۵، پذیرش: ۸۸/۱۰/۲۹

چکیده

مقدمه: زایمان طبیعی دردناک‌ترین تجربه‌ای است که زنان در طول زندگی می‌توانند داشته باشند. به همین دلیل تسکین دردهای زایمانی به عنوان یکی از مهمترین موضوعات علم مامایی از دیرباز مطرح بوده است. هدف از این مطالعه شناخت بهتر ماهیت تجارب زنان اول زا از سازگاری با درد زایمانی می باشد.

مواد و روشها: این مطالعه کیفی با شرکت ۱۰ نفر زن اول زا که در روز دوم پس از زایمان در زایشگاه شهر خوی (آذربایجان غربی) و مرند (آذربایجان شرقی) مورد مصاحبه قرار گرفتند، انجام گرفت. برای جمع آوری داده‌ها از مصاحبه غیر ساختار یافته و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آنالیز محتوایی استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه در دو گروه اصلی سازگاری به روش فیزیولوژیک و سایکولوژیک ساختار بندی شد. طبقات فرعی روش فیزیولوژیک شامل: رفتارهای مادر در جریان لیبر و زایمان و روشهای سایکولوژیک شامل: الف-عوامل درون فردی (آگاهی‌های فردی، معنویات و مسائل اعتقادی، تجسم‌سازی) و ب-عوامل بین فردی (حمایت ماما و حمایت اطرافیان) بود.

بحث و نتیجه گیری: نتایج پژوهش فعلی نشان داد زنان با روش‌های فیزیولوژیک و سایکولوژیک به نحوی با درد زایمانی کنار می‌آیند. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند ماماها را در ارتقاء کیفیت خدمات پره ناتال و درک یک تجربه مثبت مادران از زایمان کمک نماید.

کلمات کلیدی: پژوهش کیفی / درد زایمانی / زن اول زا / تجربیات زیستی

مقدمه

زایمان باعث آشفتگی مادر شده سلامت روانی او را مختل و بر روابط او با فرزند و همسرش تاثیر منفی می‌گذارد و در عین حال این درد می‌تواند موجب نگرانی، ترس و اضطراب او نسبت به حاملگی بعدی شود (۳).

اضطراب مادر، ترس از درد زایمان، حس از دست دادن کنترل جسمی و روانی در حین زایمان، نگرانی در مورد خود و نوزاد، انتظارات مادر در ارتباط با زایمان و درد همراه با آن، عدم احساس آمادگی برای زایمان و اعتماد و اطمینان مادر به پرسنل بخش زایمان به عنوان

زایمان پدیده طبیعی است و قدمت این پدیده به درازای عمر بشر و به زمان خلقت انسان می‌رسد که همراه با تحولات جوامع انسانی از تاریخ عبور کرده و از شیوه سنتی به شیوه امروزی در آمده است (۱). درد یک تجربه ذهنی است که فاکتورهای فیزیولوژیکی، روانی، محیطی و فرهنگی بر آن تاثیر دارند (۲) و درد زایمان یکی از شدیدترین دردهایی است که زنان در طی زندگی خود تجربه می‌کنند و تحولی است که می‌تواند روی تمامی ابعاد زندگی مادر باردار و سایر اعضای خانواده او تأثیر بگذارد بطوریکه درد شدید

درک معنی تجارب افراد در زمینه سازگاری با درد زایمان طبیعی در ایران و با استناد به این که در حال حاضر کاهش میزان سزارین تا حد رقم مورد تأیید سازمان جهانی بهداشت یعنی حدود ۱۵-۱۰ درصد، از اهداف تمامی کشورها و سازمان‌های بین‌المللی من جمله از اهداف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران می‌باشد و باتوجه به مشاهدات پژوهشگر از باورهای مردم و جامعه در زمینه درد زایمانی و امکان درک بهتر تجارب واقعی افرادی که خود، زایمان طبیعی را جهت زایمان انتخاب و تجربه کرده‌اند، این مطالعه یک تحقیق کیفی پدیدارشناسی است که با هدف توصیف چگونگی سازگاری مادران با درد زایمانی اجرا گردید تا با فهم آن، چهارچوبی فراهم شود که بر اساس آن بتوان با استفاده از این تجارب و توصیف آن، قدم در راه برنامه‌ریزی در خصوص افزایش استفاده از روش‌های غیر دارویی کاهش درد و کاهش میزان سزارین‌های انتخابی برداشت.

مواد و روشها

مطالعه حاضر، یک مطالعه کیفی بوده که با هدف توصیف تجارب مادران اول‌زا از چگونگی سازگاری با درد زایمان طبیعی انجام گرفته است. اطلاعات دهندگان، شامل ده نفر از خانم‌های اول‌زا بودند که در زایشگاه شهرهای خوی و مرند پس از طی حاملگی ترم، یک زایمان مهملی طبیعی و بی‌عارضه داشته و بدون استفاده از وسیله کمکی، یک نوزاد زنده و سالم به دنیا آورده و برای شرکت در این مطالعه اظهار علاقه نموده و توانایی یادآوری و توصیف تجاربشان از زایمان را داشتند و یک روز پس از زایمان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پژوهشگر پس از معرفی خود و بیان هدف این طرح و جلب اطمینان و اعتماد شرکت‌کنندگان در محرمانه بودن مصاحبه و آزاد بودن برای خروج از مطالعه در هر زمان و رعایت مسائل اخلاقی، مصاحبه را در محیطی آرام و خصوصی در یکی از اتاق‌های خالی بخش زایمان و به صورت

عوامل تاثیرگذار بر درد زایمان شناخته شده است (۴). درمان درد اولین اولویت در ارضای نیازهای فیزیولوژیک بشر محسوب می‌شود (۵) و به همین دلیل تسکین دردهای زایمانی به عنوان یکی از مهمترین موضوعات علم مامایی از دیرباز مطرح بوده است. علاوه بر این با افزایش میزان سزارین‌های انتخابی در سال‌های اخیر و به فکر واداشتن مسؤولین بهداشت و درمان جهت حل این مشکل، ترویج زایمان طبیعی به طریقه بی‌درد و کم‌درد انجام گرفته است و اهداف آن شامل: ارتقاء سطح سلامت مادران و جامعه، کاهش آمار سزارین و در نتیجه کاهش مرگ و میر مادران بدلیل عوارض بیهوشی، خونریزی و عفونت، ترویج زایمان طبیعی و تشویق مادران در انتخاب زایمان به روش طبیعی می‌باشد.

در کل روشهای تسکین درد زایمان را می‌توان به سه گروه عمده شامل روشهای دارویی، سایکولوژیکی و فیزیولوژیکی تقسیم کرد (۶). روشهای غیر دارویی تسکین درد دارای مزایای زیادی از جمله نداشتن عوارض جانبی بر مادر و جنین عدم تداخل در سیر لیبر و حتی خوشایند بودن برای مادر و جنین می‌باشد. این روش‌ها شامل آرام‌سازی عضلانی، تکنیک‌های تنفسی، طب فشاری، آب درمانی، موسیقی درمانی، لمس درمانی و ماساژ درمانی می‌باشد (۷). تجارب زنان از درد زایمانی بسیار متفاوت و پیچیده است طوری که اکثر زنان حتی قادرند بدون آموزش‌های قبلی در طول لیبر و زایمان، می‌توانند خود را با درد سازگار کرده و از روش‌های غیر دارویی کاهش درد، بهره ببرند. از آنجایی که هر شخص درک ویژه‌ای از خود داشته و درباره تجاربش بیشتر از دیگران می‌داند درک پدیده زایمان نیز از این امر مستثنی نیست. تجربیات، باورها و تفاسیر افراد تأثیر به‌سزایی بر روی تمامی ابعاد زندگی آنها دارد و شناخت این تجربیات تنها با قرار گرفتن محقق در متن زندگی واقعی افراد و انجام تحقیقات کیفی قابل بررسی می‌باشد. با توجه به مطالب فوق‌الذکر و نظر به کمبود مطالعات در زمینه

جهت اعتماد پذیر نمودن داده‌ها، محقق پس از انجام هر مصاحبه اقدام به کدگذاری و تجزیه و تحلیل آن نمود و در صورت نیاز مجدداً به نمونه‌ها برگشته و در صورتی که داده جدیدی از واحدهای پژوهش به دست می‌آمد در توصیف نهایی آن را منظور کرده و پس از اعتماد پذیر کردن داده‌ها، مصاحبه بعدی انجام می‌شد. به منظور اعتبار پذیری داده‌ها از نظارت فرد دارای تجربه تحقیق کیفی در کلیه مراحل پژوهش استفاده شد. همچنین از فرد خارج از تحقیق و دارای تجربه تحقیق کیفی، جهت تأیید کدها و طبقات استخراج شده از نقل قولها بهره گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سنی زنان شرکت کننده ۲۵ سال (۳۵-۱۵ سال) بود. سطح تحصیلات یک نفر از شرکت کنندگان کارشناس مامایی، چهار نفر دیپلم، دو نفر سوم راهنمایی و سه نفر پنجم ابتدایی بود. از ۱۰ نفر شرکت کننده در این پژوهش ۳ نفر شاغل و بقیه خانه‌دار بودند. همه افراد شرکت کننده، برای اولین بار زایمان کرده بودند.

یافته‌های حاصل از تجارب زنان در سازگاری با درد زایمانی در ۶۵ کد، ۶ دسته و نهایتاً در ۲ خوشه اصلی به نام‌های: روش‌های فیزیولوژیک و سایکولوژیک اداره درد زایمانی، جای گرفتند. طبقات فرعی روش فیزیولوژیک شامل: رفتارهای مادر در جریان لیبر و زایمان و روش‌های سایکولوژیک شامل: الف) عوامل درون فردی: آگاهی‌های فردی، معنویات و مسائل اعتقادی، تجسم سازی و ب) عوامل بین فردی: حمایت ماما و حمایت اطرافیان بودند که در ادامه هر یک از این خوشه‌های اصلی و طبقات فرعی با نقل قول از شرکت کنندگان ارایه می‌گردد.

رفتارهای مادر در جریان لیبر و زایمان

سه نفر از شرکت کنندگان اظهار داشتند: "وقتی راه می‌رفتم دردم کم می‌شد و موقع خوابیدن دردم شدید می‌شد". شرکت کننده دوم اظهار کرده بود: "وقتی به پهلو می‌خوابیدم دردم کم می‌شد". شرکت کننده دیگری گفته بود "دوست داشتم فقط بنشینم و از

سؤالات باز و به مدت حداکثر ۴۵ دقیقه انجام داد. برای جمع آوری داده‌ها از مصاحبه عمیق و غیرساختار یافته استفاده گردید. این نوع مصاحبه‌ها به دلیل انعطاف پذیری و عمیق بودن، مناسب پژوهش‌های کیفی می‌باشند (۸). سؤال کلی پژوهش به صورت "در مورد تجربه زایمانی خود برایم صحبت کنید" مطرح شده و از آنجائی که موضوع درد، اصلی‌ترین صحبت آنها بود در بیشتر مصاحبه‌ها نیاز چندانی به هدایت مصاحبه به سمت موضوع مورد مطالعه احساس نشد. مصاحبه‌ها بر روی نوار کاست ضبط گردید و سپس مطالب ضبط شده به دقت شنیده و سپس بر روی کاغذ ثبت گردید. تجزیه و تحلیل همزمان به روش آنالیز محتوا انجام گرفت. نمونه‌گیری از تاریخ ۸۶/۶/۱ شروع و تا زمان دسترسی به اشباع اطلاعات (۱۰ شرکت کننده) ادامه یافت (۸۶/۷/۳۰).

در تحقیقات کیفی تکرار اطلاعات قبلی و یا تکرار درون مایه‌ها با نکات برجسته، نشان دهنده کفایت حجم نمونه است (۸). بدین معنی که پس از مصاحبه با ۱۰ شرکت کننده، هیچ تجربه جدید دیگری در بین صحبت‌های آنها دیده نمی‌شد و همه تجارب بیان شده قبلی در حال تکرار شدن بودند.

مصاحبه‌ها به روش آنالیز محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابتدا دو مصاحبه مقدماتی انجام شد. سپس مصاحبه‌های اصلی شروع شد. متن مکتوب هر مصاحبه بر حسب ضرورت پس از چندین بار خواندن مورد باز بینی قرار گرفت. برای تحلیل داده‌های پژوهش ابتدا متن هر مصاحبه کلمه به کلمه و خط به خط خوانده و کدهایی در حاشیه متن و از گفته‌های مشارکت کنندگان نوشته شد. تعدادی از کدها عبارت بودند از: تسکین درد با راه رفتن، تسکین درد با دعا و... بدین ترتیب ۶۵ کد غیر تکراری استخراج شد و سپس کدهای مشابه در کنار یکدیگر قرار داده شدند. طبقات فرعی نتایج هم، شامل رفتارهای مادر در جریان لیبر و زایمان و آگاهی فردی، حمایت اطرافیان، معنویات و مسائل اعتقادی، حمایت ماما و تجسم‌سازی و تمرکز فکر بود که در دو گروه اصلی روش‌های سازگاری فیزیولوژیک و سایکولوژیک جای گرفتند.

زایمان طبیعی، درد داره و مادر باید اونو تحمل کنه تا بچه‌اش رو بطور طبیعی به دنیا بیاره هیچ استرسی نداشتیم و راحت‌تر تونستیم با مسئله درد کنار بیام." شرکت‌کنندگان سوم تا هفتم اظهار کرده بودند: "هیچگونه آموزشی در زمینه مراحل زایمان در حین مراقبت‌ها به من داده نشده بود." شرکت‌کننده سوم و نهم اظهار کرده بودند: "مسائل مربوط به حاملگی و زایمان را از کتاب خوانده بودم." که با توجه به متن ابتدا که "آگاهی قبلی در خصوص وجود درد در زایمان عاملی در سازگاری بهتر با درد" برای این طبقه انتخاب و سپس جزو عوامل درون فردی "روش سایکولوژیک اداره درد زایمان" قرار گرفت.

معنویات و اعتقادات مذهبی

شش نفر از شرکت‌کنندگان اظهار کرده بودند که "برای سلامتی خودمان و فرزندمان به خدا و امامان معصوم متوسل شده بودم و برای اینکه به سلامت زایمان کنیم نذر کرده بودم... راز و نیاز با خدا و طلب کمک از او آرامش دهنده بود و درد را قابل تحمل‌تر می‌کرد." شرکت‌کننده اول گفته بود "چون اسم پسر را مهدی انتخاب کرده بودم توسل به امام زمان و ذکر نام او به من انرژی و امید می‌داد و در لحظه ذکر نام او درد و ترسم کم می‌شد." که با توجه به متن، ابتدا کدهای "راز و نیاز با خدا"، "دعا و توسل به امامان"، "نذر"، انتخاب شد و سپس در طبقه "معنویات و اعتقادات مذهبی" و جزو "عوامل درون فردی تسکین درد با روش سایکولوژیک" قرار گرفت.

تجسم سازی

شرکت‌کننده اول گفته بود "هرگاه تجسم می‌کردم که زایمان کرده‌ام و بچه‌ام را در بغل گرفته‌ام درد تا حدودی تسکین پیدا می‌کرد و دردها برایم قابل تحمل‌تر می‌شد." شرکت‌کننده دوم گفت: "هر وقت فکر می‌کردم که زایمان کرده‌ام و به خانه رفته‌ام و در جمع خانواده و فامیل هستم و آنها برای دیدن من و بچه‌ام آمده‌اند درد کم می‌شد."

شرکت‌کننده پنجم و هفتم گفته بودند "درد بخیه کمتر از درد زایمان نبود وقتی در این لحظه بچه‌ام را

کمر به پایین را با دستم مالش دهم چون در این حالت درد کم می‌شد." یکی از شرکت‌کننده‌ها گفته بود که "وقتی جیغ و فریاد می‌زدم درد زیاد می‌شد ولی وقتی از راه بینی نفس می‌کشیدم درد کم و زمانی که از راه دهان نفس می‌کشیدم درد زیاد می‌شد. همچنین وقتی به پهلو می‌خوابیدم یک پایم را روی پای دیگری انداخته و از مچ پا به پایین را به طرف بالا می‌کشیدم و سفت می‌کردم کلی درد کم می‌شد."

شرکت‌کننده هشتم اظهار داشته بود: "وقتی در منزل درد شروع شد به حمام رفته و دوش آب گرم گرفتم. زیر دوش احساس بسیار خوشایندی داشتم و درد کمتر شد. فکر می‌کنم به خاطر همین دوش گرفتن من بود که زایمانم راحت و سریع انجام گرفت."

شرکت‌کننده چهارم گفته بود: "در اتاق درد به دور از چشم ماماها تند تند به دستشویی می‌رفتم و شلنگ آب نسبتاً گرم را از شکم به پایین می‌گرفتم و کلی درد کم می‌شد." همه شرکت‌کننده‌ها به نوعی اظهار داشته بودند که در مرحله آخر با زور دادن احساس خوشایندی پیدا می‌کردند و دوست داشتند که زور بدهند.

شرکت‌کننده سوم و ششم اظهار کرده بودند: "وقتی درد می‌گرفت زور می‌دادم و با زور دادن درد کمی آروم می‌گرفت ولی ماما می‌گفت برای زور دادن زوده و برای بچه ضرر داره." که با توجه به متن ابتدا که "دوش گرم"، "راه رفتن"، "دراز کشی به پهلو"، "مالش کمر به پائین"، "زور دادن" برای تجارب فوق انتخاب و سپس در طبقه "رفتارهای تسکین درد مادر حین لیبر و زایمان" قرار گرفتند و در نهایت جزو "رفتارهای فیزیولوژیک اداره درد زایمان طبیعی" طبقه‌بندی شدند.

آگاهی‌های فردی

شرکت‌کننده هشتم اظهار کرده بود: "به اقتضای رشته تحصیلی‌ام در مورد بارداری و زایمان اطلاع و دانش کامل داشتم و می‌دانستم درد یک روند فیزیولوژیک در جریان زایمان است و باید آن را تحمل کنم، بنابراین تحمل و سازگاری با درد برایم خیلی راحت بود." شرکت‌کننده دوم اظهار کرده بود: "چون بر حسب شغل خود چندین بار زایمان دیده بودم و می‌دونستم که

خواهیم رفت... هر چند در مورد مامایی همه چیز را می‌دانستم ولی باز به هنگام پاره شدن کیسه آب به شدت ترسیدم که نکند اتفاقی برای بچه بیفتد که ماما-ی مسؤول با معاینه دقیق مرا کاملاً مطمئن کرد که خطری خود و بچه‌ام را تهدید نمی‌کند. اکثر شرکت کننده‌ها اظهار کرده بودند: "هر وقت که ماما به قلب بچه گوش می‌داد و یا معاینه می‌کرد و در مورد زایمان حرفی به من می‌گفت و برای تحمل درد تشویق می‌کرد ترسم کم می‌شد."

دو نفر از شرکت کننده‌ها اظهار کرده بودند: "ارتباط دوستانه و نزدیک ماما باعث می‌شد ترس و اضطرابم کم شود". کم سن‌ترین شرکت کننده که ۱۵ سال سن داشت اظهار داشته بود "دوست داشتم موقع درد دست ماما را در دستم بگیرم ولی او اجازه نمی‌داد... در کل زایمان تجربه خوبی برایم بود اگر ماماها با من ارتباط خوبی داشتند... در لحظه درد دوست داشتم ماما بر بالای سرم بود و مرا درک می‌کرد. مثلاً می‌گفت می‌دانم چقدر درد می‌کشی". که با توجه به متن، ابتدا کدهای "حضور ماما"، "مهارت شغلی ماما"، "اطلاع رسانی"، "پشتیبانی کردن عاطفی و جسمانی" و "ارتباط ماما با زانو" برای این طبقه انتخاب و سپس جزو "عوامل بین فردی روش سایکولوژیک تسکین درد" قرار گرفت.

حمایت اطرافیان

شرکت کننده اول گفت "تشویق‌های مادر و همسر باعث دلگرمی و اعتماد من به این موضوع شده بود که از زایمان نترسم و بتوانم هر گونه سختی را تحمل کنم... مادرم گفته بود هر چیز طبیعی‌اش خوب است و همسرم گفته بود می‌دانم زایمان طبیعی سخت است ولی بعد از زایمان تا حد توانم از تو حمایت خواهم کرد تا نیرو و انرژی قبل از بارداری خود را دوباره به دست آوری و این موضوع به من قوت قلب می‌داد تا بتوانم دردهای زایمان را تحمل کنم". پنج نفر از شرکت کنندگان گفته بودند "...ای کاش مادرم در کنارم بود، دستم را می‌گرفت مرا راه می‌برد و کمرم را مالش می‌داد". فقط یک نفر از شرکت‌کنندها خواستار حضور

می‌دیدم که لباسش را پوشانده‌اند و دست و پایش را تکان می‌دهد و یا گریه می‌کند و فکر می‌کردم که پس از مدتی او را در بغل خواهم گرفت و به او شیر خواهم داد یا وقتی به بچه فکر می‌کردم که شبیه من یا پدرش است بعضی وقت‌ها فراموش می‌کردم که به من بخیه می‌زنند. همچنین زمانی که ماما موقع بخیه زدن با من حرف می‌زد درد کمتری حس می‌کردم. شرکت کننده پنجم، ششم و هفتم اظهار کرده بود "وقتی که ماما به محل زایمان بخیه می‌زد به من یاد می‌داد که چه جور از بخیه‌هایم مواظبت کنم، چه جور به بچه‌ام شیر دهم گوش دادن به حرفهای ماما باعث می‌شد که درد را نفهمم". تمام شرکت‌کنندگان اظهار داشته بودند "وقتی به صدای قلب بچه که از طریق دستگاه پخش می‌شد گوش می‌کردم درد کمتری داشتم". شرکت کننده دهم گفته بود "وقتی به رنگ لباس و هر یک از وسایل موجود در اتاق درد فکر می‌کردم درد کمتری داشتم". شرکت کننده نهم گفت "وقتی طبق توصیه ماما تلاش می‌کردم که بطور صحیح از طریق لوله اکسیژن را تنفس کنم درد کمتری داشتم"، که با توجه به متن، ابتدا کدهای "تجسم سازی"، "انحراف فکر"، "تمرکز بر سایر موارد به جز درد" برای تجارب فوق انتخاب و سپس در طبقه "تجسم سازی و تمرکز فکر" قرار گرفت که در مرحله بعدی، جزو "عوامل فردی روش سایکولوژیک تسکین درد" قرار گرفت.

حمایت ماما

شرکت کننده سوم اظهار کرد: "وقتی ماما به اتاق درد می‌آمد، احساس می‌کردم که تمام جریانات را تحت کنترل دارد آرامش عجیبی پیدا می‌کردم ولی وقتی از اتاق بیرون می‌رفت اضطراب و ترسم بیشتر می‌شد و کنترل و تحملم را در مقابل درد از دست می‌دادم". شرکت کننده هشتم اظهار داشته بود: "می‌دانستم که ماماها بهتر از هر کسی مراقب سلامتی من و بچه‌ام هستند و به خوبی مسؤولیتشان را انجام می‌دهند هیچ ترسی از زایمان و درد نداشتم و مطمئن بودم که هم خودم و هم بچه‌ام هر دو سالم از اتاق زایمان بیرون

کشور انجام شد نیز نشان داد، مادرانی که در طی مراحل زایمانی، در وضعیت قائم قرار گرفته بودند، نسبت به دیگران طول زایمان کوتاهتر و شدت درد کمتری داشتند (۹)، اما فلین^۱ و همکاران^{۱۹۹۸} طی مطالعه‌ای با عنوان «حرکت کردن مادر طی زایمان» نشان دادند که در صورت راه رفتن مادر، فوایدی چون کوتاه‌شدن طول زایمان و کاهش دردهای زایمانی کمتر عاید خواهد شد (۱۰). به طور کلی نتایج متناقضی در زمینه وضعیت قرارگیری مادر در لیبر بر کاهش درد زایمان گزارش شده است بنابراین توصیه می‌شود تعیین وضعیت مادر در صورتی که منع پزشکی نداشته باشد، به عهده خود مادر گذاشته شود؛ زیرا در هر فرد بنا به وضعیت خاص وی، قرار گرفتن در وضعیت‌های قائم یا خوابیده، می‌تواند راحت‌ترین وضعیت باشد و نباید مادر را بدون تمایل خودش مجبور به راه رفتن یا دراز کشیدن در تخت نمود؛ بلکه مادران با تغییر وضعیت در اوایل یا اواخر مرحله اول زایمان می‌توانند به وضعیت مناسبی که در آن احساس راحتی بیشتری می‌کنند، دست یابند. در این رابطه گفته شده است که نقش ماما در کمک به مادر مبنی بر اتخاذ یک وضعیت مناسب طی لیبر، بسیار تعیین‌کننده است و توصیه ماما در این رابطه بسیار مهم می‌باشد، بنابراین ماماها باید مادر را در انتخاب یک وضعیت مناسب و راحت و بنا به میل مادر یاری دهند (۱۱).

چاپیچیان و همکاران در مطالعه خود با عنوان تجارب زایمان در آب نشان دادند که شدت درد و طول مدت لیبر زنان باردار در روش زایمان در آب کمتر از روش زایمان معمولی است (۱۲). به نظر می‌رسد، استفاده از روش زایمان در آب و یا حداقل فراهم‌سازی امکانات مناسب جهت استفاده از آب گرم و دوش‌های سرپایی در اتاق زایمان با نظارت ماما می‌تواند روشی برای تسکین درد زایمانی باشد.

افراد شرکت‌کننده در مصاحبه هر کدام به نحوی از جمله تنفس عمیق، تمرکز و تجسم سازی و یا لمس کمر و انقباض عضلات سعی در سازگاری با درد زایمان

شوهر در اتاق لیبر بود. شرکت‌کننده دوم اظهار کرده بود "... حضور مادر باعث خجالت‌م می‌شد" و شرکت‌کننده هشتم گفته بود که: "... هیچ کاری از مادر و یا شوهرم ساخته نیست خودم باید درد را تحمل کنم و حضور ماما کافی است". شرکت‌کننده دوم اظهار کرده بود که "یکی از خویشان نزدیک ما، از کارکنان بیمارستان بود که مرتب در اتاق لیبر به من سر می‌زد. وجود او در کنارم باعث شده بود که ترس و استرس نداشته باشم و درد کشیدن برایم آسان شود".

با توجه به متن ابتدا کدهای "تشویق مادر برای انجام زایمان طبیعی"، "تشویق شوهر برای انجام زایمان طبیعی"، "حضور فامیل/آشنا در اتاق درد"، "تمایل به حضور مادر در اتاق زایمان"، "تمایل به حضور شوهر در اتاق زایمان"، "تمایل به کمک مادر در راه رفتن" در طبقه "حمایت اطرافیان" انتخاب و در نهایت جزو عوامل بین فردی "تسکین با روش سایکولوژیک" قرار گرفت.

بحث

بر اساس یافته‌های این تحقیق روش‌های فیزیولوژیک و سایکولوژیک در سازگاری مادران با درد زایمان طبیعی موثر بوده است. تمام مادران بر اساس تجربه و درک خود از درد زایمان، روش‌هایی برای سازگاری و تسکین درد اظهار کرده بودند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که طبقات فرعی مربوط به روش‌های فیزیولوژیک شامل: رفتارهای مادر در جریان لیبر و زایمان بود.

وضعیت مادر طی مراحل لیبر، به عنوان یکی از روش‌های فیزیولوژیک کاهش درد زایمان مطرح شده است. به نظر برخی محققان، نه تنها عملکرد رحمی در زنانی که ایستاده‌اند، بهتر از کسانی است که خوابیده‌اند، بلکه در این وضعیت، مادران درد کمتری را احساس می‌کنند همچنین مادران در وضعیت نشسته، طول زایمان کوتاهتر و درد کمتری نسبت به وضعیت خوابیده دارند (۹). نتایج تحقیقی که در یازده بیمارستان از هفت

زایمان، نشان دادن فیلم مربوط به زایمان طبیعی از طریق نوار ویدئویی، آموزش مراحل زایمان، آموزش در مورد روش‌های غیردارویی کاهش درد نیاز به زمان دارند و لازم است آموزش مادر از چندین ماه قبل از زمان زایمان در مراکز بهداشتی درمانی آغاز شود.

میر باقر آجریز و همکارش در مطالعه خود تاثیر آوای قرآن کریم در کاهش استرس زنان باردار را قبل از عمل سزارین ثابت کردند (۱۷). با توجه به وجود مذهب و اعتقادات اسلامی در کشور ما، تمام شرکت‌کنندگان به اثر تسکین‌دهندگی و آرام‌سازی دعا و نذر اذعان کرده بودند.

همچنین کاهش اضطراب و ترس مادر با استفاده از تمرکز بر تکنیک‌های آرامسازی از جمله تنفس، به زن اجازه می‌دهد در طی لیبر آرام بوده و انرژی خود را برای هنگام زایمان ذخیره نماید (۱۸).

از طرفی هنت^۲ (۲۰۰۷) نشان داد حمایت مداوم مادر باردار توسط یک فرد حمایت‌کننده در حین لیبر و زایمان، باعث کاهش میزان سزارین و زایمان با اسباب و نیاز کمتر به داروهای بیحسی شده و در کل رضایت از زایمان مادران با حضور افراد حمایت‌کننده افزایش می‌یابد (۱۹). افزون بر آن، نیازهای عاطفی مادر نیز با حضور همراه او در کنارش برآورده و سبب تسریع جریان خون مادر و جنین می‌شود. لیمن^۳ (۲۰۰۳) در مقاله خود در ارتباط با حضور همراه در لیبر اظهار می‌دارد علی‌رغم این که طی بررسی‌های متعدد ثابت شده که وجود همراه در لیبر و حمایت مداوم از زائو سبب کاهش نیاز به مداخلات پزشکی و بهبود نتایج مادری و نوزادی و افزایش رضایت‌بخشی مادر می‌شود ولی تنها تعداد معدودی از زنان از این موارد بهره می‌برند (۲۰). نقیبی (۱۳۸۰) نیز معتقد است، اضطراب و ترس مادر باردار با روش‌های مراقبتی و روانی قبل از زایمان و حضور همسر بر بالین مادر در لیبر و حمایت روانی پرسنل تخفیف می‌یابد. حمایت روانی مداوم حین زایمان ارزش زیادی دارد و اگرچه

داشته‌اند که این رفتارهای ابتدایی همان اساس تمرین‌های لاماز یا آمادگی برای زایمان آسان را تشکیل می‌دهد و ضرورت توجه مدیران بهداشتی را جهت برنامه ریزی برای برگزاری کلاس‌های آمادگی برای زایمان را در سه ماهه سوم بارداری نشان می‌دهد. کلاس‌های آمادگی برای زایمان بر اساس افزایش آگاهی مادران، آموزش تمرینات عصبی و عضلانی، الگوی تنفسی و تن آرامی تشکیل می‌شود (۱۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد طبقات فرعی روش‌های سایکولوژیک شامل: الف-عوامل درون فردی (آگاهی-های فردی، معنویات و مسائل اعتقادی، تجسم‌سازی) و ب-عوامل بین فردی (حمایت ماما و حمایت اطرافیان) بودند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد طبقات فرعی روش‌های سایکولوژیک شامل: الف-عوامل درون فردی (آگاهی-های فردی، معنویات و مسائل اعتقادی، تجسم‌سازی) و ب-عوامل بین فردی (حمایت ماما و حمایت اطرافیان) بودند.

در یک مطالعه نشان داده شده که ترس زنان اول‌زا از زایمان در مقایسه با زنان چندزا بیشتر است و ترس در جریان لیبر نیاز زنان را به استفاده از داروهای ضد درد افزایش می‌دهد (۱۴). نتایج پژوهش نگاهبان و همکارش در سال ۱۳۸۷ نشان داده اکثر زنان باردار شکم اول به درجاتی ترس از زایمان را تجربه می‌کنند و این ترس می‌تواند یکی از دلایل وقوع سزارین اورژانسی در آنها باشد (۱۵). در مطالعه مذکور ترس از درد زایمان و ترس از آسیب جنینی شایعترین علل ترس بودند (۱۵).

لاندرگرن^۱ (۱۹۹۸) عقیده دارد که باید زنان احساس کنند درد جزء طبیعی از پروسه زایمان است و قدرت و توانایی تطابق با آن بستگی به خود فرد دارد. در این میان ماماها می‌توانند به زنان در پیدا کردن و شناسایی توانایی خود جهت مقابله با درد کمک نمایند (۱۶). به نظر پژوهشگر آموزش آناتومی بدن و فیزیولوژی درد و

2 -Hodnett
3 -Leema

1 -Lundgren

حمایت ماما با تجربه مثبت از زایمان زنان ارتباط دارد (۲۷). بطور کلی حمایت ماما از طریق آگاه کردن، ارج نهادن به مادر، پشتیبانی کردن عاطفی و جسمانی، حفاظت و پیگیری مراقبت‌ها انجام می‌شود. آبرامز^۳ (۱۹۹۰)، نیز پنج الگو برای حمایت بیمار ارایه نموده است و معتقد است که این پنج الگو با هم نقش حمایتی بیمار را بر عهده دارند. این پنج الگو شامل فعالیتهای مشاوره مددجویان، کاهش ترس بیماران، دلداری دادن به بیماران، تدارک اطلاعات به بیمار، کمک به بیمار در انجام خود مراقبتی، نمایندگی از بیمار زمانی که نمی‌توانند نیازهای خود را بیان کنند، پایش کیفیت مراقبت‌ها و آگاه نمودن بیمار از حقوق خودش است (۲۸).

نتیجه گیری

نتایج پژوهش فعلی نشان داد اکثر زنان بدون دریافت هرگونه آموزش در زمینه روش‌های کاهش درد غیر دارویی از جمله برخی روش‌های فیزیولوژیک و سایکولوژیک سعی در ایجاد شرایطی برای کاهش درد خود کرده بودند.

آموزش و هدایت این رفتارها از طریق توجه مسئولین سیستم خدمات بهداشتی- درمانی با برگزاری کلاس- های آماده‌سازی و آموزش روش‌های کاهش درد در سه ماهه آخر بارداری در مراکز بهداشتی درمانی، توجه به تاثیر حمایت روحی همراهان و ایجاد امکانات و تسهیلات لازم در بیمارستان‌ها از قبیل اجازه همراه در اتاق زایمان و همچنین حمایت همه جانبه پرسنل به تاثیر حمایت روحی همراهان و ایجاد امکانات و تسهیلات لازم در بیمارستان‌ها از قبیل اجازه همراه در اتاق زایمان و همچنین حمایت همه جانبه پرسنل مامایی از مادران با علم به نیازهای مادران در پروسه زایمان در جهت فراهم سازی شرایط برای سازگاری و تسکین درد زایمانی می‌توانند در توانمندسازی زنان در مقابله با درد زایمان و کاهش میزان سزارین انتخابی نقش موثری داشته باشند.

این روش همیشه مؤثر نمی‌باشد ولی بایستی ترتیبی اتخاذ شود تا در دسترس کسانی که طالب آن هستند قرار گیرد (۲۱). در یک مطالعه کیفی در سال ۲۰۰۷ تحت عنوان « تجارب زنده زنان از ترس از زایمان »، درون مایه اصلی تجارب زنان را احساس تنهایی و اجزای تشکیل دهنده آن را احساس ترس از خطرات تهدید کننده، احساس گرفتاری، احساس بی- کفایتی و وابستگی تشکیل می‌داد. احساس ترس باعث شده بود که زنان به توانایی خود شک داشته و معتقد باشند که نمی‌توانند زایمان طبیعی انجام دهند (۲۲).

در مطالعه دیگر کیفی در سال ۲۰۰۶، زنان انتظارات خود را از زایمان خوب، با پنج موضوع جو آرام و به دور از عصبانیت، عادی بودن، معقول بودن طول مدت زایمان، امنیت و تحت کنترل بودن بیان کرده بودند (۲۳). در مطالعه کیفی دیگری تمام زنان می‌خواستند بطور فعالانه در پروسه زایمان خود شرکت کنند و مفهوم اصلی این پژوهش « تحت کنترل بودن » بود که اجزای آن را حمایت توسط شوهر، نگرش مثبت ماما در طول مراقبت‌های بارداری و زایمان، دادن اطلاعات به مادر در طول بارداری و زایمان توسط ماما و اجازه مشارکت دادن به آنها و توانایی تصمیم‌گیری در روند زایمان توسط ماماها، تشکیل می‌داد (۲۴).

تحقیقات نشان داده‌اند که زنان باردار رضایت از زایمان خود را با چهار نکته کلیدی رابطه خود با ماما یا پزشک، حمایت ماما یا پزشک، انتظارهای فردی و شرکت در تصمیم‌گیری مرتبط دانسته‌اند (۱۸). در کسانی که توسط ماما کنترل می‌شوند از داروهای ضد درد کمتر استفاده می‌شود. در عین حال حمایت زائو توسط ماما، می‌تواند طول مدت لیبر و زایمان را کاهش دهد و همچنین تاثیر مثبت بر روابط مادر با نوزادش داشته باشد (۲۵). پرایس^۱ (۲۰۰۷) در مطالعه خود نشان داد که اکثر زنان نیاز خود را به حمایت و ارتباط با ماما اعلام کرده بودند (۲۶).

والدستروم^۲ (۱۹۹۹) نیز در مطالعه خود نشان داد که

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از مسؤولین بیمارستان‌های قمر بنی‌هاشم خوی و مرند و تمامی مادرانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند تشکر می‌نماییم.

با توجه به اهمیت موضوع پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای تحت همین عنوان در زنان چندزا و همچنین مطالعه‌ای با عنوان تجارب زایمان زنان اول‌زا از زایمان طبیعی به صورت مطالعه کیفی انجام گیرد.

References

1. Baniaghil A, Latif nezhad R, Tabandeh A. (2004). [The comparison of birth model among Fars and Torkama nulliparous women]. *Booyeh Nursing & Midwifery Faculty J*, 2(1), 9. (persian)
2. Leeman L, Fontaine P, King V, Klein MC, Ratcliffe S. (2003). *The Nature and Management of Labor Pain: Part I. Nonpharmacologic Pain Relief. Journal of American Family Physicians*, 68(3), 1109-1112.
3. Wall D, Melzack R. (1999). *Text book of pain, 3rd ed*. Mc graw hill co, Philadelphia, 11.
4. Waldenstrom U, Brog IM, Olsson B, Skold M, Wall S. (1996). *The child birth experiences a study of 295 new mothers. Journal of birth*, 23(3), 144-153.
5. Dugas B. [Essentials of patient care, comprehensive looking on nursing] .(2003). translated by Emad B, Atash zadeh Shoorideh, Zahri Anboohi S, Ezzati ZH, Moshtagh Eshgh Z, Barz abadi Farahani Z, et al. 1st ed, Tehran, Golban publisher, 528-30. (persian).
6. Beischer N, Mackay P (1989). *Care of the pregnant woman and her baby, 2nd ed*. WB Saunders, Philadelphia.
7. Lowder milk P.B (2000). *Materinty of women's health care, 7th ed*. Mosby, 245.
8. Streubert H.J, Carpenter D.R (2003). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Perspective 3rd ed*. Philadelphia, Lippincott Co, 25, 107-112.
9. Gooharnejad K. (1997). [The effect of mother's position in two right and sitting condition on intensity of pain in first stage of birth]. *Un published master's thesis, Mashad Nursing & Midwifery Faculty, Iran. (Persian)*.
10. Flynn N, Jkelly H, Chollins M. (1998). *Ambulation in labor. Br Med J*, 3 (11): 591- 593.
11. De Jonge A, Lagro- Janssen AL. (2004). *Birthing position. A qualitative study into the views of woman about various birthing positions. Psychosom Obstet Gynecol J*, 25(1), 47-55.
12. Chaichian S, Akhlaghi A, Rousta F, Safavi M. (2009). *Experience of water birth delivery in Iran. Arch Iran Med. Sep*;12(5), 468-71.
13. Simkin D. (2002). [An easy birth by

- Lamaze method], Trans(Zeinali bagha E). 1st ed, Tehran, noor e danesh publisher, 5-20. (persian).
14. Alehagen S, Wijma K, Wijma B.(2001).Fear during labor. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80(4): 315-320.
 15. Negahban T, Ansari A. (2008). [Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean]. *Hayat*, 14(3-4), 51-73.(Persian).
 16. Lundgren I, Dahlberg K. (1998). Women's experience of pain during childbirth. *Midwifery*; 14(2):105-110.
 17. Mir bagher ajorpaz N, Ranjbar N.(2010) Effects of recitation of Holy Quran on anxiety of women before cesarean section: A randomized clinical trial.*Qom University of Medical Sciences Journal spring* ; 4(1):15-19.(Persian).
 18. Hodnett ED. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth. A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, (5):160-172.
 19. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C.(2007). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 18 (3),CD003766.
 20. Leeman L, Fontaine P, King V, Klein MC, Ratcliffe S.(2003). Management of labor pain: promoting patient choice,68(1),1023.
 21. Naghibi KH, Montazeri K (2001).[Painless birth or cesarean, which one is better?]. 1st ed , Isfahan ,Farhang mardom publisher,81-91.(Persia)
 22. Nilsson C, Lundgren I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2),e1-e2.
 23. Melender HL. (2006). What constitutes a good childbirth? A qualitative study of pregnant Finnish women. *J Midwifery Womens Health*,51(5),331-339.
 24. Gibbins J, Thomson AM. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*. ,17(4),302-313.
 25. Mohammadi tabar SH, Kiani asia bar A. (2003). [Midwife's role in health and treatment services giving] . Gilan province's *Journal of Nursing – Midwifery Faculty*, 4(49-48), 46-42.(persian).
 26. Price S, Noseworthy J, Thornton J. (2007). Women's experience with social presence during childbirth. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 32(3),184-191.
 27. Waldenström U.(1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res*, 47(5),471-482.
 28. Abrams N. (1990). A contrary view of the Nurse as Patient Advocate. In: Pence T, Cantrall J (ed). *Ethics in Nursing: An Anthology*. New York, National League for Nursing, 102-105.

منابع تنش‌زا از دیدگاه مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه

مهناز جبرائیلی: کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز (نویسنده رابط)

Email: jebreilim@yahoo.com

آلپه سید رسولی: کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

رقیه عطائیان: کارشناس پرستاری، مرکز آموزشی-درمانی کودکان تبریز

شیوا رسولی: کارشناس پرستاری، مرکز آموزشی-درمانی کودکان تبریز

دریافت: ۸۸/۸/۱۲ پذیرش: ۸۸/۱۰/۳۰

چکیده

مقدمه: تولد هر نوزاد یک مرحله انتقالی در زندگی هر زن باردار بوده و ورود به نقش مادری ممکن است برای وی تنش‌زا باشد. اما تولد یک نوزاد بیمار و بستری شدن نوزاد باعث می‌شود تمام برنامه‌ها، امید و شادی خانواده به یاس، نگرانی و سردرگمی تبدیل شده و والدین دچار فشار روانی شوند. بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت ویژه یک رویداد پرتنش برای مادران بوده که آنها را با چالش‌های فراوانی روبرو می‌کند. به همین منظور برآن شدیم تا مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی منابع تنش‌زا از دیدگاه مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انجام دهیم.

مواد و روشها: این بررسی یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که از روش نمونه‌گیری آسان برای انتخاب نمونه استفاده شده است. نمونه‌های این مطالعه را ۵۰ مادر که نوزاد آنها سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه مراکز آموزشی درمانی الزهرا و کودکان را داشته‌اند تشکیل داده است. منابع تنش‌زا از دیدگاه مادران با استفاده از پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت از مادران خواسته شد تا شدت تنش‌زایی هر یک از منابع را با انتخاب یکی از گزینه‌های " اصلاً، کمی، متوسط، خیلی زیاد، به شدت، تجربه نکرده‌ام " مشخص نمایند. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS/Ver13 و آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد منابع تنش‌زا در مورد ظاهر، درمان و رفتار نوزاد از دیدگاه مادران شامل " مشاهده نوزاد در حال درد کشیدن با میانگین ۴/۰۸"، "وقفه تنفسی با میانگین ۴/۰۲"، " تغذیه وریدی نوزاد یا تغذیه از راه لوله با میانگین ۳/۸۹"، " با" مشاهده نوزاد در حال ترس با میانگین ۳/۷۷" و " متصل بودن نوزاد به دستگاه تهویه مصنوعی با میانگین ۳/۷۵" بوده است و همچنین منابع تنش‌زا در مورد ارتباط با نوزاد را شامل " جدا بودن از نوزاد با میانگین ۳/۹۱"، " عدم تغذیه نوزاد توسط مادر با میانگین ۳/۶۳"، " نداشتن وقت برای تنها بودن با نوزاد با میانگین ۳/۵۹"، " احساس ناامیدی در مورد حمایت از نوزاد در مقابل درد با میانگین ۳/۵۸" و " عدم مراقبت از نوزاد توسط مادر با میانگین ۳/۵۸" را ذکر کرده بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: چالش امروزه پرستاران بخش نوزادان نه تنها فراهم کردن بهترین برنامه‌های مراقبتی از نوزادان نارس می‌باشد بلکه کمک به مادران برای پذیرش نوزاد نارس و پرورش حس مادری می‌باشد. نتایج این مطالعه نشان داد که منابع تنش‌زا از دیدگاه مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بسیار متنوع می‌باشد. از آنجائیکه پرستاران به علت موقعیت استثنائی خود در بخش مراقبت ویژه تأثیر زیادی در کاهش استرس والدین دارند لذا توجه به این منابع تنش‌زا ضروری می‌باشد و از این رو لزوم تبدیل مراقبت نوزاد محور به مراقبت خانواده محور در مراکز آموزشی درمانی فوق‌شدیداً احساس می‌شود.

کلمات کلیدی: منابع تنش‌زا / دیدگاه مادران / بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

مقدمه

ویژه می‌شود این در حالی است که رفتارهای تعاملی اولیه بین مادر و نوزاد شاخص مهمی برای کیفیت تعاملات بعدی می‌باشد (۷).

مطالعات نشان داده‌اند که ظاهر نوزاد، رفتارهای نوزاد و تغییر در نقش والدی از منابع استرس والدین در بخش مراقبت‌های ویژه می‌باشد و مراقبت طولانی مدت از نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه، همبستگی بین مادر و نوزاد را تحت تاثیر قرار می‌دهد، بنابراین از آنجائی که فرایند بارداری طبیعی در مادرانی که زایمان زودرس داشته‌اند کامل نمی‌شود، لذا تجربیات آنها متفاوت از سایر مادران می‌باشد (۸، ۲). ارتباط مادر با نوزاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نه تنها به اندازه ارتباط مادر با نوزاد سالم اهمیت دارد، حتی گاهی اوقات مهمتر از آن نیز می‌باشد (۹). پرستاران می‌توانند با حفظ ارتباط والدین - نوزاد و مراقبت از شیرخوار توسط آنها نقش عمده‌ای را در کاهش تنش والدین ایفاء کنند (۱۰). کادر پزشکی و پرستاری بایستی از قطع فرایند ارتباط مادر و نوزاد پیشگیری کرده و با دادن اطلاعات کافی در مراقبت از نوزاد نارس به مادران، مشارکت همه جانبه آنها را در امر مراقبت از نوزاد فراهم سازند (۱۱). تماس و مراقبت از شیرخوار همبستگی مادر و نوزاد را بهبود بخشیده و پذیرش مسؤولیت نقش مادری را افزایش می‌دهد (۲). پرستاران به علت موقعیت استثنایی خود در بخش مراقبت ویژه تاثیر زیادی در کاهش استرس والدین دارند لذا پاسخ نامناسب پرستاران به نیازهای والدین ممکن است باعث شود آنها سطوح بالایی از اضطراب، ترس و سردرگمی را تجربه نمایند (۱).

چالش امروزه پرستاران نه تنها فراهم کردن مراقبت‌های تکاملی برای نوزادان نارس می‌باشد بلکه کمک به مادر جهت تقویت حس مادری می‌باشد (۱۲). از آنجائیکه شناسایی منابع تنش‌زا به تیم درمانی بخش مراقبت‌های ویژه کمک می‌کند تا جهت مراقبت‌های مطلوب برنامه-

تولد نوزاد سالم بهترین هدیه الهی برای مادر است این در حالی است که مواجه شدن با یک نوزاد بیمار، بحران روحی شدیدی را برای والدین، مخصوصاً مادر ایجاد می‌کند (۲، ۱). زمانی که نوزادی در بخش مراقبت‌های ویژه بستری می‌باشد حس کلی دور بودن، تجربه فقدان تعامل بین پرسنل و نوزاد و حس عدم تعلق در مادر ایجاد می‌شود که تاثیر منفی بر روی هویت مادری او می‌گذارد. ولی وقتی مادر از نوزاد خود مراقبت به عمل می‌آورد حس مشارکت مادری و هویت مادری در او تقویت می‌شود (۳).

داشتن شیرخوار در بخش مراقبت ویژه به هر دلیل تجربه‌ای استرس‌زا و ترسناک برای والدین است و اغلب آنها تحت تاثیر محیط و تکنولوژی دچار سردرگمی شده و ممکن است در مورد زنده ماندن و یا آثار دیرپای بیماری روی شیرخوار احساس درماندگی، گناه، وحشت و نگرانی کنند (۴، ۱).

بیماری حاد و بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت ویژه یک رویداد پرتنش برای والدین بوده که آنها را با چالش‌های فراوانی روبرو می‌کند و بر روی ایفای نقش والدی آنها تاثیر می‌گذارد (۴، ۵). جدایی مادر و نوزاد در طی هفته اول تولد تنش‌های عاطفی زیادی را برای مادر ایجاد می‌کند هرچند که بیماری شیرخوار جدی نباشد. مادرانی که نوزاد آنها در هفته اول زندگی در بخش مراقبت ویژه بستری شده‌اند، دچار احساساتی چون اضطراب، ناامیدی، ناتوانی، سردرگمی و عصبانیت، گناه، نگرانی و حزن می‌شوند (۳، ۶).

مشکلات رفتاری نوزاد و تنش روحی مادر به علت نارسی و بیماری نوزاد ممکن است مادر را به طرف رفتارهای تعاملی نامناسب هدایت کند. محیط بخش مراقبت‌های ویژه با تکنولوژی پیشرفته مانع شروع اولین ارتباط بین مادر و نوزاد گردد. اگر چه مطالعات گسترده، مشکلات تعاملی بین مادر و نوزاد را ثابت کرده است اما هنوز هم توجه کمی به رفتارهای اولیه مادر در بخش مراقبت‌های

گزینه‌های " اصلاً ، کمی ، متوسط، خیلی زیاد، به شدت ، تجربه نکرده‌ام " مشخص نمایند. برای تعیین روایی پرسشنامه بدلیل ترجمه ابزار به فارسی، روایی آن با روش اعتبار محتوا سنجیده شد. پایایی ابزار مورد استفاده قبلاً تعیین شده بود. بدلیل اینکه یک ابزار استاندارد برای سنجش منابع تنش‌زا می‌باشد، در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS/ver13 و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد)، میانگین و انحراف معیار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین سنی مادران مورد مطالعه 25 ± 5 سال ، از نظر تحصیلات ۴۰ درصد در حد دبیرستان و از نظر وضعیت شغلی ۸۴ درصد خانه دار بودند . میانگین وزن نوزادان مورد مطالعه 3600 ± 500 گرم ، از نظر مچوریتی ۶۵ درصد نوزادان پره ترم بوده و ۶۲ درصد آنها در طول مدت بستری تحت مراقبت کانگورویی قرار گرفته بودند. یافته‌های مربوط به منابع تنش‌زا از دیدگاه مادران در جداول ۱ و ۲ آورده شده است.

ریزی کنند مراقبت خانواده محور و حمایت از خانواده جهت شناسایی نگرانی‌ها و تنش‌های مربوط به نقش والدی از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۳).

مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که از روش نمونه‌گیری آسان برای انتخاب نمونه استفاده شده است . نمونه‌های این مطالعه را ۵۰ نفر از مادران و نوزادان بستری در بخش نوزادان تشکیل داده است که نوزاد آنها سابقه بستری حداقل به مدت ده روز در بخش مراقبت‌های ویژه مراکز آموزشی درمانی الزهرا و کودکان در سال ۱۳۸۸ را داشتند. بعد از توضیح اهداف مطالعه و جلب رضایت آنها منابع تنش‌زا از دیدگاه مادران با استفاده از پرسشنامه مارگارت (۲۰۰۲) (PARENTAL STRESS SCALE: NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT) تکمیل گردید (۱۴)، این پرسشنامه حاوی ۳۱ سؤال بود که ۲۲ سؤال تجارب مادران را در مورد رفتار ، ظاهر و درمان نوزاد و ۹ سؤال نیز تنش‌زا بودن تجارب مادران را در مورد ارتباط با نوزاد می‌سنجید و از مادران خواسته شد تا شدت تنش‌زایی منابع ذکر شده را در مورد ظاهر، رفتار، درمان و ارتباط با نوزاد را با انتخاب یکی از

جدول ۱: منابع تنش‌زا از دیدگاه مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در مورد ظاهر ، رفتار و درمان نوزاد

میانگین	انحراف معیار	منابع تنش‌زا در مورد ظاهر، رفتار و درمان نوزاد
۴/۰۸	۱/۵۸	مشاهده نوزاد در حال درد کشیدن
۴/۰۲	۱/۷۸	مشاهده توقف تنفس
۳/۸۹	۱/۲۷	تغذیه وریدی نوزاد یا تغذیه از راه سوند معده
۳/۷۷	۱/۷۰	مشاهده نوزاد در حال ترس
۳/۷۵	۱/۵۵	اتصال نوزاد به دستگاه تهویه مکانیکی
۳/۷۵	۱/۴۰	ظاهر غمگین نوزاد
۳/۷۴	۱/۵۹	تنفس غیر طبیعی نوزاد
۳/۷۲	۱۷	مشاهده سوزن‌ها و لوله‌های متصل به بدن نوزاد
۳/۷۲	۱/۶۳	مشاهده تغییر رنگ ناگهانی نوزاد

ادامه جدول ۱:

میانگین	انحراف معیار	منابع تنش زا در مورد ظاهر، رفتار و درمان نوزاد
۳/۵۵	+ ۱/۵۵	وجود برش‌ها و زخم‌های روی بدن نوزاد
۳/۳۹	+ ۱/۵۱	غیر طبیعی بودن رنگ نوزاد
۳/۳۰	+ ۱/۴۸	دم گریه نوزاد همانند سایر نوزادان
۳/۳۰	+ ۱/۵۷	ظاهر ضعیف و نحیف نوزاد
۳/۲۷	+ ۱/۶۱	حرکات تند و ناگهانی نوزاد
۳/۲۰	+ ۱/۴۱	جثه کوچک نوزاد
۳/۱۷	+ ۱/۳۵	لوله‌ها و وسایل نزدیک نوزاد
۳/۰۲	+ ۱/۷۶	صدای ناگهانی زنگ مانیتورها
۳/۰۰	+ ۱/۶۹	ظاهر چین و چروک نوزاد
۲/۹۳	+ ۱/۷۶	گریه نوزاد به مدت طولانی
۲/۹۱	+ ۱/۴۵	حضور نوزادان بیمار در بخش
۲/۵۴	+ ۱/۵۸	وجود مانیتور و تجهیزات
۲/۵۲	+ ۱/۶۵	تعداد زیاد افراد شاغل در بخش

جدول ۲- منابع تنش زا از دیدگاه مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت های ویژه در مورد ارتباط با نوزاد

میانگین	انحراف معیار	منابع تنش زا در مورد ارتباط با نوزاد
۳/۹۱	+ ۱/۴۲	جدا بودن از نوزاد
۳/۶۳	+ ۱/۵۳	عدم تغذیه نوزاد توسط مادر
۳/۵۹	+ ۱/۵۸	نداشتن وقت برای تنها بودن با نوزاد
۳/۵۸	+ ۱/۶۴	احساس ناامیدی در حمایت نوزاد در مقابل درد و اقدامات دردناک
۳/۵۲	+ ۱/۵۸	عدم مراقبت از نوزاد توسط مادر
۳/۴۳	+ ۱/۶۸	قادر نبودن به بغل کردن نوزاد
۳/۳۷	+ ۱/۵۶	احساس ناامیدی در مورد کمک به نوزاد
۲/۸۴	+ ۱/۶۹	عدم تغذیه نوزاد
۲/۵۹	+ ۱/۶۲	ترس از لمس یا بغل کردن کودک

بحث

بوده و به علت فقدان نقش مراقبتی مورد انتظارشان به عنوان یک والد احساس پریشانی می کنند. نگرانی برای سلامتی و بقای شیرخوار، فشار ناشی از محیط تکنولوژیک NICU و احساس تردید عدم اعتماد به نفس برای مراقبت شیرخوار در این والدین عمومیت دارد.

تولد نوزاد یک رویداد هیجان‌انگیز برای هر والدی است که توأم با شادی و عواطف بسیار دیگری است. تولد غیرمنتظره یک نوزاد نارس یا بیمار می‌تواند به این عواطف پایان داده و نگرانی و اضطراب را جایگزین نماید. احساسات والدین در چنین شرایطی متغیر و نامعلوم

اول تولد، حتی در صورت جدی نبودن بیماری نوزاد سبب تنش روحی زیاد مادر می‌شود (۶). نتایج مطالعه ویگرت^۵ (۲۰۰۶) در سوئد نیز نشان داد زمانی که نوزادی در بخش مراقبت‌های ویژه بستری می‌باشد حس دور بودن و فقدان تعامل بین مادر و نوزاد باعث پرورش حس بیگانگی در مادر شده و این حس و تجربه، تاثیر منفی بر روی عواطف و احساسات مادری می‌گذارد (۱۸). سایر مطالعات انجام گرفته در این زمینه نشان داده است که منابع تنش‌زای والدین در بخش مراقبت‌های ویژه عبارت است از بستری بودن طولانی مدت نوزاد در بخش، تغییر در نقش والدینی و قرار گرفتن در محیط تکنولوژی ناآشنا، ظاهر کوچک و ضعیف نوزاد می‌باشد که در بین این منابع، تغییر در نقش والدینی و عدم توانایی در مراقبت از نوزاد تنش زیادی را برای والدین ایجاد می‌کند (۱۹، ۱۸، ۱۰) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه عوامل تنش‌زایی را که از شدت بالایی برخوردار است تجربه می‌کنند لذا لزوم تبدیل مراقبت نوزاد محور به مراقبت خانواده محور در مراکز آموزشی درمانی فوق‌شدیداً احساس می‌شود. آن و کیم^۶ (۲۰۰۷) در این رابطه می‌نویسند: ارتقاء کیفیت مراقبت خانواده محور، کمک به ایفای نقش والدین جهت کاهش تنش والدین در بخش مراقبت‌های ویژه ضروری است (۲۰).

این مطالعه در مورد منابع تنش‌زا از دیدگاه مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شده است لذا پیشنهاد می‌شود مطالعه مشابهی در مورد منابع تنش‌زا از دیدگاه پدران نوزادان بستری در بخش

نوع و سطح استرس والدین به تجربه داشتن نوزاد نارس یا بیمار بستری با هم متفاوت است و به میزان درک آنها از شدت بیماری شیرخوار بستگی دارد (۱۵).

نتایج این مطالعه در مورد منابع تنش‌زا از دیدگاه مادران در خصوص ظاهر، رفتار و درمان نوزاد نشان داد که به ترتیب مشاهده درد کشیدن نوزاد، مشاهده توقف تنفس، تغذیه نوزاد از طریق رگ ولوله، مشاهده در حال ترس و وصل بودن نوزاد به دستگاه تنفس مصنوعی به شدت برای مادران تنش‌زا بوده است. مطالعه آروکیاسامی^۱ و همکاران (۲۰۰۸) در کانادا نشان داد منابع استرس والدینی که نوزاد آنها در بخش مراقبت‌های ویژه بستری است شامل ظاهر غمگین و مشاهده درد کشیدن نوزاد می‌باشد. آنها معتقدند مادران از مشاهده درد، رنج و محرومیت نوزاد احساس عصبانیت می‌کنند ولی اغلب از بیان عصبانیت خود نسبت به پرسنل پزشکی واهمه دارند (۱۶). مطالعه کیفی گاله^۲ و همکاران (۲۰۰۴) در رابطه با درک والدین از تجربه درد نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نشان داد که "تنش‌زا بودن درد نوزاد برای والدین و تسکین تنش والدین دو تم اصلی این مطالعه را تشکیل می‌دادند (۱۷). مطالعه هودیچ^۳ و میلز (۲۰۰۰) نیز نشان داد که بیماری و ظاهر نوزاد از منابع تنش‌زا برای والدین می‌باشد (۱۰).

بر اساس نتایج این مطالعه منابع تنش‌زا از دیدگاه مادران در مورد ارتباط با نوزاد جدایی مادر و نوزاد از جمله عواملی بوده است که از دیدگاه مادران به شدت تنش‌زا بوده و سایر موارد همانند عدم تغذیه نوزاد توسط مادر، نداشتن وقت برای تنها بودن با نوزاد، احساس ناامیدی از حمایت نوزاد در مقابل درد و عدم توانایی برای مراقبت از نوزاد در درجات بعدی قرار داشتند. نیستروم و اکسلسون^۴ (۲۰۰۹) در یک مطالعه کیفی دریافتند جدایی مادر و نوزاد در هفته

5 - Wigert

6 - Anh & kim

1 - Arockiasamy

2 - Gale

3 - Holditch

4 - Nystrom & Axelsson

که با شرکت خود ما را در انجام این مطالعه یاری کردند و همچنین از مسؤولین محترم مراکز آموزشی درمانی الزهرا و کودکان و همچنین سرپرستاران محترم بخش نوزادان به خاطر همکاری در انجام این مطالعه تشکر و قدردانی نمایند.

مراقبت‌های ویژه انجام گیرد. از آنجائیکه این مطالعه یک مطالعه کمی می‌باشد لذا پیشنهاد می‌شود یک مطالعه کیفی در این زمینه انجام گیرد.

تقدیر و تشکر

در پایان پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه مادرانی

References

1. Hoseini A , Shahbazinodelgi SH(2009) .[The Needs of Parents in Intensive Care Unit].Proceeding of Neonatal ,Iran, Tabriz.
2. Chang L. Sh , Long A , Boore J. (2009) . Taiwanese women's experiences of becoming a mother to a very-low-birth-weight preterm infant : A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies* , 46(3), 326-336 .
3. Wigert H , Hellstrum A, Berg M. (2008) . Parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care *BMC , pediatrics* , 8,3.
4. Lindberg B, ohrling K.(2008) . Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in Northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*, 67 (5), 461-471.
5. Board R , Ryan-Wenger N. (2000) . State of the science on parental stress and family functioning in pediatric intensive care units . *Am J Crit Care* , 9(2), 106-22.
6. Nystrom K , Axelsson K. (2006) . Mothers' Experience of Being Separated From Their Newborns . *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing* , 31 (3), 275 – 282.
7. Coppola G , Cassibba R , Mansi A . (2006). Mother's Behavior in the Neonatal Intensive Care Unit: The Role of Maternal and Baby's Characteristics and Associations with Mother-Infant Interaction at Three Months of Age. Paper presented at the annual meeting of the XVth Biennial International Conference on Infant Studies, Westin Miyako, Kyoto, Japan <Not Available>. 2009-05-25 from http://www.allacademic.com/meta/p115741_index.html
8. Holditch D.D , Shandor M. M Weaver M. A , Bkack B, Beeber L, Thoyre S , et al .(2009) . Patterns of Distress in African-American Mothers of Preterm Infants . *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* , 30 (3) , 193-205.
9. Shegh Bahaedin A, Rae V. (2006) . Nursing in the neonatal intensive care unit, Boshra co, Tehran,80.
10. Holditch -Davis D , Miles MS . (2000). Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit . *Neonatal Network* , 19(3) , 13-21.
11. Ward K .(2001) . Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit . *Pediatric Nursing* , 27(3) , 281-6.
12. Aagaard H , Hall E . (2008) . Mothers' Experiences of Having a Preterm Infant in the Neonatal Care Unit: A Meta-Synthesis. *Journal of Pediatric Nursing* , 23(3) , e26-e36.
13. Dudek Sh. L . (2004) . Parent Stress in the Neonatal Intensive Care Unit and the influence of parent and infant characteristics . *The American journal of occupational therapy* 58(5), 509-520.
14. Margaret S. Miles R.N , Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care

Unit , available at <http://nursing.unc.edu/crci/instruments/pssnicu/newpssnicu602.pdf>.

15. Tran C, Medhurst A, OConnel B. (2009) . Support needs of parents of sick and/or preterm infants admitted to a neonatal unit . *Journal of neonatal, pediatric and child health nursing* , 12(2), 12-17.

16. Arockiasamy V, Holsti L , Albersheim S . (2008) . Fathers' Experiences in the Neonatal Intensive Care Unit . *Pediatrics*, 121 (2) , 215-222.

17. Gale G , Franck LS, Susan K, Lynch M . (2004) . Parents' perceptions of their infant's pain experience in the NICU . *International Journal of Nursing Studies*

, 41(1), 51-58.

18. Wigert H , Johansson R, Berg M , Hellstrom A . (2006) . Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian journal of caring sciences*, 20 (1)35-41.

19. Miles M.S, Funk S.G, Kasper M.A . (1991) . The neonatal intensive care unit environment: sources of stress for parents. *AACN Clin Issues Crit Care Nurs* , 2(2) , 346-54.

20. Ahn Y.M , Kim N.H . (2007) . Parental Perception of Neonates, Parental Stress and Education for NICU Parents . *Asian Nursing Research* , 1(3),199-210.

دیدگاه پرستاران نسبت به اولویت‌بندی رفتارهای مراقبتی در بیماران سرطانی

دکتر وحید زمان‌زاده: دکترای آموزش پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

رقیه عظیم‌زاده: کارشناس ارشد پرستاری (نویسنده رابط)

Email: azimzadeh20@gmail.com

آزاد رحمانی: کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

دریافت: ۸۸/۱۱/۱۸، پذیرش: ۸۸/۱۲/۱۵

چکیده

مقدمه: سرطان، امروزه به عنوان یکی از مهمترین معضلات سلامتی در سراسر جهان مطرح است. در این راستا، فرصت‌های بسیاری برای پرستاران وجود دارد تا در جهت بهبود تجربه سرطان به بیمار کمک کنند، در واقع در هر مرحله از روند سرطان، پرستاران می‌توانند مراقبت و حمایت لازم را با ارایه رفتارهای مراقبتی مهم فراهم نمایند. بدین ترتیب با ادراک اهمیت رفتارهای مراقبتی، پرستاران خواهند توانست با شناخت رفتارهایی که تعامل مؤثر پرستار-مددجو را موجب می‌شوند، از بیماران بهتر مراقبت کرده و با ارایه این رفتارها، رضایت بیماران را نسبت به خدمات پرستاری افزایش دهند. علی‌رغم این، مطالعات اندکی در رابطه با درک پرستاران انکولوژی در زمینه اولویت رفتارهای مراقبتی صورت گرفته است.

مواد و روشها: این پژوهش، یک مطالعه توصیفی است که در بین تمامی پرستاران (تعداد=۴۰) بخش‌های انکولوژی بیمارستان شهید قاضی طباطبایی تبریز در سال ۱۳۸۸ اجرا گردید. گردآوری اطلاعات با ابزار بررسی مراقبت CARE-Q لارسون انجام گرفت که اهمیت رفتارهای مراقبتی را، در شش زیرگروه "پایش و پیگیری بیمار"، "توضیح دادن به بیمار"، "آسودگی جسمی و عاطفی بیمار"، "ارتباط توأم با اعتماد با بیمار"، "پیش‌بینی نیازهای بیمار" و "در دسترس بودن پرستار" مورد بررسی قرار می‌دهد. تجزیه و تحلیل یافته‌ها با آمار توصیفی و توسط نرم‌افزار آماری SPSS/ ver14 انجام گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه پرستاران ضمن ارزیابی اهمیت رفتارهای مراقبتی در حد متوسط به بالا، بعد "پایش و پیگیری بیمار" و "در دسترس بودن پرستار" را به عنوان اولویت بالا و "پیش‌بینی نیازهای بیمار"، "توضیح دادن به بیمار"، "آسودگی جسمی و عاطفی بیمار" و "ارتباط توأم با اعتماد با بیمار" را، اولویت پایین ابعاد مراقبتی مشخص نمودند.

بحث و نتیجه‌گیری: اولویت‌بندی متفاوت مراقبت توسط پرستاران ما در مقایسه با مطالعات دیگر، را می‌توان به زمینه فرهنگی تأثیرگذار نسبت به دیدگاه در مورد مراقبت مربوط دانست. توصیه می‌شود با توجه به اولویت‌دهی بالا به مقوله پایش و پیگیری بیمار و در دسترس بودن پرستار، مسؤولین و برنامه‌ریزان خدمات پرستاری در فراهم سازی پیش‌شرط‌های این دو بعد از مراقبت بکوشند.

کلمات کلیدی: مراقبت پرستاری / پرستاران / بیماران / سرطان

مقدمه

نیز سرطان شیوع بالایی را به خود اختصاص داده و سومین عامل مرگ و میر است (۴).

سرطان علاوه بر مرگ و میر، منجر به ناتوانی و عوارض جسمی، روحی و روانی زیادی برای بیماران و بستگان آنان می‌گردد (۵). در حقیقت برای بیمار مبتلا به سرطان دامنه وسیعی از مسائل و مشکلات در نتیجه

سرطان، امروزه به عنوان یکی از مهمترین معضلات سلامتی در سراسر جهان است (۱). طبق اظهار نظر دونوان و گیرتون اهمیت سرطان بیشتر از طریق آمار مبتلایان و مرگ و میر حاصل از آن منعکس می‌شود (۲). بدین صورت که بروز کلی آن از دهه ۷۰ تا به امروز هم‌چنان رو به افزایش بوده است (۳). در ایران

مراقبتی آسودگی جسمی و عاطفی یا پیش‌بینی نیازهای بیمار با اولویت بالاتری (۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵) توسط پرستاران در نظر گرفته شده است. البته وجود چنین تفاوت‌هایی دور از انتظار نیست، زیرا اگر چه مراقبت پدیده‌ای جهانی است، ولی فرایندها و الگوهای مراقبتی در میان فرهنگ‌ها بسیار متفاوت است، در واقع مراقبت در زمینه فرهنگی معنا پیدا می‌کند (۱۶). به هر حال تمام این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ضرورت دارد پرستاران شناخت کافی، دانش، مهارت و توانمندی لازم را در ارایه مراقبت برای بیماران مبتلا به سرطان داشته باشند (۱۷).

البته بایستی اذعان نمود که ماهیت سرطان در سال‌های اخیر به طور چشمگیری تغییر یافته است، از جمله بستری‌های کوتاه‌مدت بیماران، پیشرفت‌های قابل توجه در درمان، پیامد و اثربخشی آن، افزایش جمعیت سالمند در بین افراد مبتلا به سرطان و غیره. علی‌رغم این تغییرات اخیر در ارایه خدمات، هنوز توجه کمی به نوع کیفیت خدمات بهداشتی در بیماران مبتلا به سرطان از جمله مراقبت پرستاری شده است (۱۸). طبق نظر ریچاردسون و همکاران^۲ مشخص شده که در بخش‌های انکولوژی، اکثریت نیازهای بیماران مبتلا به سرطان برآورده نمی‌شود (۱۹)، در واقع پرستاران مسائل مورد توجه تک‌تک بیماران مبتلا به سرطان را بررسی نمی‌کنند (۲۰)، و تعامل پرستار-بیمار در این بخش‌ها، به صورت کناره‌گیری از بیمار، درک ضعیف از نیازها و خواسته‌های بیمار و میزان کم آگاهی نمایان است (۲۱)، در نتیجه پرستاران در بخش‌هایی از مراقبت پرستاری از بیماران مبتلا به سرطان، با چالش روبرو می‌شوند (۲۲). در این راستا، نیاز به محوریت توصیف تجارب و ادراک افراد مراقبت‌کننده و مراقبت‌شونده است که ارزش بالقوه برای عمل پرستاری در سیستم مراقبت سرطان به همراه دارند (۱۸). چنانچه افراد مراقبت‌دهنده در مورد درک خود از بیماران و تجربیات واقعی در مراقبت از بیماران سرطانی بنویسند و درباره آن بیشتر تفکر کنند، در این صورت یاد می‌گیرند که چه

روند بیماری و نیز درمان آن ایجاد می‌شود. به بیانی دیگر، حتی درمان بیماری نیز برای بیمار مبتلا به سرطان بسیار مشکل‌آفرین است، از این جهت که به طور مکرر علایم و مشکلاتی برای وی ایجاد می‌کند که به جای این که منجر گردد فرد احساس بهتر بودن داشته باشد، احساس ناخوشایندی از درمان را داشته باشد (۶). بدین معنا، تأثیر سرطان بر فرد همواره یک تجربه تغییر زندگی و بنیادین است که پیامد آن به طور مکرر و طولانی‌مدت از دوره آغازین درمان ادامه می‌یابد (۷).

در این راستا، فرصت‌های بسیاری برای پرستاران وجود دارد تا در جهت بهبود تجربه سرطان به بیمار کمک کنند، بدین ترتیب که در هر مرحله از روند سرطان، پرستاران می‌توانند مراقبت و حمایت لازم را ارایه کنند (۸). به بیانی دیگر، پرستاران به عنوان ارایه‌کنندگان مراقبت، این فرصت را دارند تا مراقبت و احساس تحت مراقبت قرار گرفتن را از طریق رفتارهایشان به بیماران مبتلا به سرطان منتقل کنند. در این میان، چون بیماران دارای سطوح مختلفی از رنج هستند، ممکن است به رفتارهای مراقبتی مختلفی نیاز داشته باشند (۹). بنابراین مراقبت پرستاری، رفتار حرفه‌ای وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و این اثر آشکارا در تعاملات پرستار-بیمار نمود پیدا می‌کند (۱۰).

در این رابطه لارسون^۱ (۱۹۸۱) برای اولین بار در بخش سرطان در یک مجموعه معین، رفتارهای مراقبتی پرستاران را که منجر می‌شد بیماران با ارایه این رفتارها توسط پرستاران، احساس تحت مراقبت قرار گرفتن در خود داشته باشند، مشخص نمود (۱۱). مطالعات مختلفی که در این زمینه انجام شده است، نشان می‌دهد که از دیدگاه پرستاران انکولوژی در پژوهش‌های متفاوت برای اولویت‌بندی اهمیت مراقبت یکسری تفاوت‌ها و تشابهاتی وجود دارد. بدین ترتیب که در بعضی پژوهش‌ها رفتار مراقبتی پایش و پیگیری بیمار و توضیح دادن به بیمار یا ارتباط توأم با اعتماد با بیمار با اولویت پایین‌تر، در بعضی دیگر از پژوهش‌ها رفتار

نوع مراقبتی و چه ارتباطی با این مددجویان مفیدتر و درمانی‌تر خواهد بود (۲۳).

بدین ترتیب با شناسایی و ادراک اهمیت رفتارهای مراقبتی، پرستاران خواهند توانست با شناخت رفتارهایی که تعامل بهتر پرستار-مددجو را موجب می‌شوند، از بیماران بهتر مراقبت کرده و با ارایه این رفتارها، رضایت بیماران را نسبت به خدمات پرستاری افزایش دهند (۲۴). بنابراین با توجه به نقش پرستار به عنوان کلیدی‌ترین عضو ارتقای کیفیت در زمینه ارایه مراقبت-ها (۲۵)، ضروری است که درک آن‌ها از رفتارهای مراقبتی ارایه شده مشخص گردد. از آنجایی که همبستگی زیادی بین رفتارهای مراقبتی پرستاران و رضایت بیماران وجود دارد (۲۶)، لذا این پژوهش به منظور تعیین دیدگاه پرستاران نسبت به مهمترین ابعاد مراقبت در بخش‌های انکولوژی صورت گرفته است.

مواد و روشها

این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی است که در مرکز آموزشی-درمانی شهید قاضی طباطبایی تبریز در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های انکولوژی بودند، البته کلیه پرستاران و بهیاریانی (تعداد=۴۰ نفر) که برای بیماران سرطانی در یکی از بخش‌های انکولوژی، ارایه مراقبت می‌کردند و حداقل شش ماه سابقه کار بالینی در بیمارستان شهید قاضی را داشتند. بدین ترتیب تمامی پرستاران حاضر به شرکت در مطالعه شدند.

گردآوری اطلاعات در این پژوهش با استفاده از ابزار توسعه یافته لارسون (۱۹۸۱) CARE-Q می‌باشد. در این ابزار رفتارهای مراقبتی به ترتیب از مهمترین رفتار به کم اهمیت‌ترین رفتار رده‌بندی می‌شوند. پرسشنامه دو قسمتی که قسمت اول مشخصات فردی-اجتماعی پرستاران و قسمت دوم شامل رفتارهای مراقبتی که در شش زیرگروه مراقبتی "در دسترس بودن پرستار (شامل ۶ بیانیه)، پایش و پیگیری بیمار (شامل ۸ بیانیه)، ارتباط توأم با اعتماد با بیمار (شامل ۱۸ بیانیه)،

پیش‌بینی نیازهای بیمار (شامل ۵ بیانیه)، آسودگی جسمی و عاطفی بیمار (شامل ۱۱ بیانیه) و توضیح دادن به بیمار (شامل ۹ بیانیه)" طبقه‌بندی شده بود، در اختیار هریک از آزمودنی‌ها قرار داده شد. مقیاس داده‌ها در این پژوهش لیکرت پنج درجه‌ای بود. به این ترتیب که از آزمودنی‌ها درخواست شد تا هر رفتار مراقبتی را به حسب درجه اهمیت‌شان، نمره ۱ تا ۵ را بدهند، به نحوی که نمره ۵ مهمترین، نمره ۴ نسبتاً با اهمیت، نمره ۳ نه با اهمیت نه بدون اهمیت، نمره ۲ نسبتاً کم اهمیت و در نهایت نمره ۱ کم اهمیت‌ترین شد. روایی صوری و محتوی ابزار با نظرات ۱۰ نفر از اساتید پرستاری سنجیده شد و نظرات اصلاحی اعمال گردید. بدین ترتیب برای فهم بیشتر آزمودنی‌ها، بعضی از عبارات با جملات طولانی به جملات ساده تفکیک شدند. همچنین، به دلایل فرهنگی چند عبارت نیز اضافه گردید. در نهایت ابزاری با شش زیرگروه و ۵۷ گویه رفتار مراقبتی تنظیم گردید. به منظور تعیین پایایی ابزار مذکور، از روش پایایی آزمون مجدد استفاده شد که ابتدا پرسشنامه‌ها توسط ده نفر از پرستاران بخش انکولوژی به روش کاغذ و قلم تکمیل شدند. سپس مجدداً همان پرستاران ده روز بعد، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. در نهایت، برای بدست آوردن همبستگی بین دو آزمون، از ضریب همبستگی اسپیرمن-رو (به دلیل رتبه‌ای بودن متغیرها) استفاده شد که این ضریب $r = 0/69$ محاسبه گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS/ ver14 انجام شد. در این پژوهش از میانگین و انحراف معیار استفاده گردید.

همچنین، پژوهش به تأیید کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز رسید. بدین ترتیب پژوهشگر به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، هدف مطالعه را به واحدهای مورد پژوهش توضیح و به آن‌ها اطمینان داد که اطلاعات گردآوری شده محرمانه باقی مانده و نتایج برای هر نمونه محفوظ خواهد ماند. رضایت پرستاران جهت شرکت در پژوهش جلب شد.

یافته‌ها

مشخص شد که پرستاران اهمیت مراقبت را برای زیرگروه‌های مراقبتی با دامنه نمره میانگین ۳/۸ تا ۴/۴ ارزیابی کرده‌اند و به طور کلی برای هر پرسشنامه، نمره میانگین ۲۲۸/۴ بدست آمد (با توجه به این که هر پرسشنامه می‌توانست نمره‌ای بین ۵۷ تا ۲۸۵ را داشته باشد). این نمرات بالا نشان می‌دهد که پرستاران ارزش زیادی برای مراقبت‌های پرستاری ارایه شده قائل هستند. اولویت‌های داده شده توسط پرستاران انکولوژی (جدول ۱).

بر حسب اهمیت مراقبت در شش زیرگروه مراقبتی نشان می‌دهد که پرستاران به ترتیب زیرگروه‌های "پایش و پیگیری بیمار" و "در دسترس بودن پرستار" را با اولویت بالا و "پیش‌بینی نیازهای بیمار"، "توضیح دادن به بیمار"، "آسودگی جسمی و عاطفی بیمار" و "ارتباط توأم با اعتماد با بیمار" را با اولویت پایین در مراقبت ارزیابی نموده‌اند.

در ارتباط با مشخصات فردی- اجتماعی مشخص گردید اکثریت پرستاران مؤنث (۹۲/۵٪)، متأهل (۶۵٪) با میانگین سنی $۳۶/۷ \pm ۶/۶$ بودند و از نظر سطح تحصیلات بیشتر پرستاران (۸۵٪) دارای مدرک کارشناسی و کمترین درصد (۲/۵٪) مربوط به مدرک کارشناسی ارشد بود. وضعیت استخدامی اکثریت پرستاران (۶۵٪) رسمی و کمترین درصد مربوط به پرستاران طرحی بود که در این بخش‌ها حضور نداشتند. در رابطه با سابقه خدمت پرستاران در بخش‌های انکولوژی مشخص شد که اکثریت این پرستاران (۶۲/۵٪) منحصراً در بخش‌های انکولوژی به طور میانگین $۵/۸۰۶ \pm ۸/۰۱$ سال، سابقه خدمت داشتند که این نشان می‌دهد پرستاران در مطالعه ما تجربیات زیادی نسبت به مراقبت از بیماران سرطانی داشته‌اند. در این مطالعه پاسخ پرستاران به اهمیت رفتارهای مراقبتی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و

جدول ۱: توزیع پراکندگی نمرات درک پرستاران بر حسب پاسخ به اهمیت زیرگروه‌های مراقبتی به ترتیب اولویت آن‌ها

زیرگروه مراقبتی	اولویت مراقبت	انحراف معیار \pm میانگین	فاصله اطمینان (۹۵٪)
پایش و پیگیری بیمار	۱	$۴/۴۲ \pm ۰/۴۴$	۴/۲۷ - ۴/۵۶
در دسترس بودن پرستار	۲	$۴/۱۹ \pm ۰/۳۷$	۴/۰۷ - ۴/۳۱
پیش‌بینی نیازهای بیمار	۳	$۴/۱۲ \pm ۰/۴۹$	۳/۹۶ - ۴/۲۷
توضیح دادن به بیمار	۴	$۴/۰۰ \pm ۰/۵۳$	۳/۸۳ - ۴/۱۷
آسودگی جسمی و عاطفی بیمار	۵	$۳/۹۶ \pm ۰/۵۱$	۳/۷۹ - ۴/۱۲
ارتباط توأم با اعتماد با بیمار	۶	$۳/۸۳ \pm ۰/۵۶$	۳/۶۵ - ۴/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

بیماران، توانایی و شایستگی حرفه‌ای خود را نمود می‌سازند و بدین‌سان ارایه کامل اقدامات پرستاری خود را تضمین می‌کنند (۲۷). علی‌رغم این، در تحقیقات انجام شده در بخش‌های انکولوژی توسط پژوهشگران

نتایج این مطالعه نشان داد که پرستاران به ترتیب زیرگروه‌های مراقبتی "پایش و پیگیری بیمار" و "در دسترس بودن پرستار" را به عنوان اولویت بالا مشخص نمودند. پرستاران بالینی با پایش و پیگیری

این صورت بالقوه منجر می‌شود تا باور بیماران بر این باشد که پرستاران به طور واقعی از آن‌ها مراقبت می‌کنند (۳۱). به نظر می‌رسد همین توجه به دیدگاه بیماران است که پرستاران مطالعه ما "در دسترس بودن پرستار" را جزء اولویت بالای زیر گروه‌های مراقبتی دانسته‌اند.

همچنین، مطالعه مشخص می‌کند که پرستاران انکولوژی اولویت‌بندی پایین‌تری برای زیرگروه‌های "آسودگی جسمی و عاطفی بیمار" و "ارتباط توأم با اعتماد با بیمار" در نظر گرفته‌اند. یک پرستار با رویکردی "ارتباط توأم با اعتماد با بیمار" بالأخص احساس تعهد و درک-همدلی را به بیمار خود القاء خواهد نمود و با رویکردی که بتواند حمایت عاطفی و فیزیکی را برای بیمار و خانواده‌اش فراهم سازد، در واقع، توانسته است "آسودگی جسمی و عاطفی بیمار" را به وجود بیاورد (۲۷). بنا به گفته جیوپر^۳، آسودگی بیمار معمولاً به عنوان پیامد مطلوب مراقبت پرستاری است و بیماران آسوده بهتر درمان شده، سریع‌تر مرخص می‌شوند و هزینه‌های درمانی نیز کاهش می‌یابد (۳۲). یافته‌های اکثریت مطالعات انجام شده بر خلاف مطالعه ما نشان داد که پرستاران بخش انکولوژی "آسودگی جسمی و عاطفی بیمار" را در بالاترین اولویت مراقبتی خود در نظر گرفته‌اند (۲۸، ۱۳، ۱۲، ۱۱). برخی از صاحب‌نظران نظیر برادشا^۴ معتقدند که در پرستاری نوین، اصول اخلاقی و زیربنایی پرستاری ضعیف شده است و با گسترش نقش پرستاران اقداماتی نظیر ایجاد راحتی در بیمار، غذا دادن، شستشو و حمام دادن بیمار و غیره بی‌ارزش و کم اهمیت شناخته شده است (۳۳). به نظر می‌رسد دیدگاه پرستاران در جامعه ما نیز تحت تأثیر این امر قرار گرفته است.

البته احتمال بر این است که با توجه به کمبود تعداد پرستاران در مراکز آموزشی-درمانی ما، پرستاران با شرایط بار کاری زیاد و به علت تعداد زیاد بیماران ممکن است فقط بر وظایف اصلی تمرکز کنند و

مختلف (۱۱، ۱۲، ۱۳، ۲۸). "پایش و پیگیری بیمار" اولویت پایین‌تری را به خود اختصاص داده بود که با مطالعه ما همخوانی ندارند. همچنین، پرستاران در مطالعاتی که در بخش‌های درمانی متفاوت از انکولوژی انجام گرفته بود، نیز این زیرگروه را مهمترین مراقبت ارزیابی نکرده بودند (۳۰، ۲۹). البته مطالعاتی اندک در بخش‌های انکولوژی نیز بودند که در آن‌ها "پایش و پیگیری بیمار" به عنوان اولویت بالا توسط پرستاران مشخص شده بود (۱۵) و با مطالعه ما مطابقت دارند. در این رابطه وینمارک-پترسون^۱ و همکاران اظهار می‌کنند که پرستاران در بخش‌های انکولوژی معالجات درمانی پیشرفته‌ای برای بیماران سرطانی انجام داده و بنابراین، نسبت به پرستاران سایر بخش‌ها "پایش و پیگیری بیمار" را با اولویت بالایی در نظر می‌گیرند (۱۵). به نظر می‌رسد که پرستاران در مطالعه ما نیز به این دلیل، این بعد مراقبتی را مهم دانسته‌اند. یا شاید در آموزش پرستاری ما تأکید بیشتر بر مراقبت فنی-تکنیکی از بیماران بوده باشد که در نتیجه پرستاران هم تحت تأثیر این امر قرار گرفته باشند.

همان طوری که در قسمت نتایج ذکر گردید، "در دسترس بودن پرستار" به عنوان اولویت دوم زیر گروه مراقبتی توسط پرستاران انتخاب شد. یک پرستار مراقبتی، همیشه بلافاصله و بی‌درنگ در دسترس بیمار و خانواده‌اش می‌باشد (۲۷). در این رابطه بررسی مطالعاتی چند در بخش انکولوژی نشان داد که پرستاران این زیرگروه را علی‌رغم اهمیت آن، در رده‌های پایین‌تری به عنوان مهمترین زیرگروه مراقبت شناخته‌اند (۱۵، ۱۲) که با یافته مطالعه ما همخوانی ندارند. البته مطالعاتی چند در بخش‌های درمانی سرطان نیز وجود داشتند که پرستاران اولویت نسبتاً بالاتری برای این زیرگروه در نظر گرفته بودند (۱۳، ۱۱) که با یافته مطالعه ما مطابقت دارند. بنا به اظهار هندرسون و همکاران^۲، وقتی پرستاران بلافاصله و بی‌درنگ در دسترس بیماران هستند تا مراقبتی را ارایه نمایند، در

3- Gopper
4- Bradshaw

1-Widmark-Petersson
2- Henderson

مربوط به تحقیقات در زمینه مراقبت در راستای بهبود و حفظ کیفیت اجرایی مراقبت‌های پرستاری نقش حیاتی خواهد داشت (۲۴).

پژوهش حاضر در بین تمام پرستاران انکولوژی در دو بخش انکولوژی یک مرکز آموزشی- درمانی تبریز انجام گرفته بود. لذا نتایج آن قابل تعمیم به سایر پرستاران و مراکز آموزشی- درمانی نمی‌باشد. بنابراین با توجه به آن، بهتر است مطالعاتی مشابه در سایر بخش‌های بالین نیز صورت گیرد تا کمیت و کیفیت نتایج به دست آمده در شرایط واقع‌بینانه‌تری مورد مقایسه قرار گیرد. گذشته از این، در زمینه مراقبت مسأله فرهنگ ایرانی نیز دقیق‌تر مشخص خواهد گردید. همچنین تأکید این مطالعه بر این بود که انتظارات پرستاران نسبت به اهمیت رفتارهای مراقبتی را بسنجد و بدین جهت نشان‌دهنده عملکرد واقعی پرستاران در ارایه مراقبت پرستاری نمی‌باشد، بنابراین، پیشنهاد می‌شود به منظور بررسی وضعیت واقعی ارایه مراقبت، مطالعه‌ای مشابه صورت گیرد و نتایج با یکدیگر مقایسه گردد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از پرستاران انکولوژی مرکز درمانی شهید قاضی طباطبایی تبریز که با اشتیاق و صبر و حوصله با محقق همکاری نمودند، کمال تشکر را داریم. همچنین از تیم پژوهش پرستاری دانشکده پرستاری- مامایی تبریز که ما را در تصویب و اجرای این طرح تحقیقاتی یاری نمودند، قدردانی می‌گردد.

وظایفی را که در قبال انجام ندادن آن مؤاخذه نمی‌شوند، را رها نمایند (۳۴).

بایستی اذعان نمود در پژوهش حاضر پرستاران، بیشتر رفتارهای مراقبتی را با نمره بالایی (میانگین نمرات زیرگروه‌ها بیشتر از ۳/۵ یا در حد متوسط به بالا) ارزیابی کرده بودند. در حقیقت، این نشان می‌دهد که پرستاران از مراقبت‌های ارایه شده انتظارات بسیار زیادی دارند و می‌خواهند تا به بهترین نحو ممکن انجام گردند. در تمام مطالعاتی که توسط پژوهشگران مختلف، دیدگاه پرستاران را نسبت به اهمیت رفتارهای مراقبتی با مقیاس لیکرت انجام داده بودند، همانند مطالعه ما پرستاران اهمیت مراقبت را با نمره بالایی ارزیابی کرده بودند (۳۷، ۳۶، ۳۵، ۱۵).

بدین ترتیب در این پژوهش با این‌که در مراقبت از بیماران سرطانی بیشتر بر مراقبت‌های تکنیکی- درمانی تأکید است که بر اساس دانش تکنیکی مراقبت از بیماران صورت می‌گیرد و می‌توان آن را به مراقبت از اکثریت بیماران سرطانی عمومیت داد، لیکن پرستاران در مراقبت از هر بیمار لازم است اساس خصوصیات فردی، علایق، نیازها، ویژگی‌های فرهنگی- اجتماعی و فیزیولوژیکی هر بیمار را در نظر داشته باشند (۳۸).

همچنین تفاوت در اولویت‌بندی مراقبت (مطالعه ما با مطالعات مشابه دیگر) نیز تأییدی بر اظهار لنینگر^۱ است که فرایندها، الگوها و رفتارهای مراقبتی در زمینه فرهنگی می‌تواند متفاوت شناسایی گردند تا در نهایت، تصمیمات و عملکرد مراقبت پرستاری را رهنمون سازند (۳۹). می‌توان اظهار نمود که به کارگیری اطلاعات

References

1. Baykal U, Seren S, Sokmen S. (2009). A description of oncology nurses' working conditions in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 13, 368-375.
2. Corner J (2001). *Cancer, Care and Society*. In: Corner J, Bailey C , ed *Cancer Nursing: Care in Context*, 1st ed, Blackwell, United Kingdom, 4.
3. Irwin K. (2007) *Imagine it a world without cancer*. Available at: <http://www.cancer.ucla.edu/Modules/ShowDocument.aspx?documentid=181>.
4. Rafaii Shirpak Kh, Eftekhari Ardabili-Park H (2004). [Preventive medicine and social medicine]. 1st ed, Tehran, Ilia publisher, 25. (Persian)
5. Haghghi F, Hoseinni M. (2004). [Attitude and performance Assessment of Birjand population to cancer and screening of that]. *Birjand Uni Med Sc J*, 10(3), 15-18. (Persian)
6. Naysmith A, Hinton JM, Meredith R, Marks MD, Berry RJ. (1983). Surviving malignant disease: Psychological and family aspects. *British Journal of Hospital Medicine*, 30, 22-27.
7. Plant H (2001). The impact of cancer on the family. In: Corner J, Bailey C *Cancer Nursing: Care in Context*, 1st ed, Blackwell, United Kingdom, 86.
8. Wells M (2001). The impact of cancer. In: Corner J, Bailey C, ed *Cancer Nursing: Care in Context*, 1st ed, Blackwell, United Kingdom, 82.
9. Eriksson K. (1997). Understanding the world of the patient, the suffering human being: the new clinical paradigm from nursing to caring. *Adv Pract Nurs Q*, 3, 8-13.
10. Jacono BJ. (1993). Caring is loving. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 192-194.
11. Larson, P.J. (1981). Oncology patients and professional nurses perceptions of important nurse caring behaviors. Unpublished Doctoral Dissertation, University of California, Sanfrancisco.
12. Mayer DK. (1987). Oncology nurses' versus cancer patients' perceptions of nurse caring behaviors: a replication study. *Oncol Nurs Forum*, 14(3), 48-52.
13. Larsson G, Peterson VW, Lampic C, Essen LV, Sjoden PO. (1998). Cancer patient and staff rating of the importance of caring behaviors and their relations to patient anxiety and depression. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 855-862.
14. Chang Y, Lin YP, Chang HJ, Lin CC. (2005). Cancer patient and staff ratings of caring behaviors: Relationship to level of pain intensity. *Cancer Nursing*, 28(5), 331-339.
15. Widmark-Petersson V, von-Essen L, Sjoden PO. (2000). Perceptions of caring among patients with cancer and their staff Differences and disagreements. *Cancer Nursing*, 23(1), 32-39.
16. Leininger MM. (2002). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13, 189-192.
17. Royal College of Nursing (RCN) (2003). *A Framework For Adult Cancer Nursing*. Published by the Royal College of Nursing, London.
18. Charalambous A, Papadopoulos R, Beadsmoore A. (2008). Listening to the voices of patients with cancer, their advocates and their nurses: A hermeneutic-phenomenological study of quality nursing care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 436-442.

19. Copp G, Caldwell K, Atwal A, Brett-Richards M, Coleman K. (2007). Preparation for cancer care: perceptions of newly qualified health care professionals. *Eur J Oncol Nurs*, 11(2), 159-67.
20. Hanson E. (1994). An exploration of the taken-for-granted world of the cancer nurse in relation to stress and the person with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 12-20.
21. MacLeod Clark J, Sims S (1988). Communication with patients and relatives. In: Tiffany R, Webb P: *Oncology for nurses and health care professionals, Volume 2, Care and support*, 2nd ed, Harper & Row Ltd, London, 67-85.
22. Wilkinson S. (1999). Schering plough clinical lecture communication: it makes a difference. *Cancer Nursing*, 22, 17-20.
23. Johns C. (1996). Visualizing and Realizing caring in practice through Guided reflection. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1135-1143.
24. Azizzadeh M, Alizadeh S, Nikian Y, Nuhi E. (1994). [Comparison of the Importance of Caring Behaviors as Perceived by Nurses and Patients]. *Kerman Uni Med Sc J*, 1(4), 181-188. (Persian)
25. Sirtinyr M. (2002). [To ensure quality of health service centers to client]. *Journal of Baghyatollah nursing and midwifery faculty*, 1(2-3), 66-70. (Persian)
26. Davis B.A, Duffy E. (1999). Patient satisfaction with nursing care in a rural and an urban emergency department. *Australian Journal of Rural Health*, 7, 97-103.
27. Larson P.J, Ferketich SL. (1993). Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalization. *West J Nurs Res*, 15, 690-703.
28. Von-Essen L, Burstrom L, Sjoden P.O. (1994). Perceptions of caring behaviors and patient anxiety and depression in cancer patient-staff dyads. *Scand J Caring Sci*, 8, 205-212.
29. Mangold A.M. (1991). Senior nursing students' and professional nurses' perceptions of effective caring behaviors: a comparative study. *Journal of Nursing Education*, 30(3), 134-139.
30. von-Essen L, Sjoden PO. (2003). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 487-498.
31. Henderson A, Van Eps MA, Pearson K, James C, Peter Henderson, Osborne Y. (2007). 'Caring for' behaviors' that indicate to patients that nurses 'care about' them. *Journal of Advanced Nursing*, 60(2), 146-153.
32. Gopper E.L. (1992). Promoting health by promoting comfort. *Nursing Forum*, 27, 5-8.
33. Bradshaw A. (1999). The virtue of nursing: the covenant of care. *Journal of Medical Ethics*, 25, 477-481.
34. Rafii F. (2005). [To design theory of nursing care of burn patients]. Unpublished Doctoral Dissertation, Iran nursing and midwifery faculty, Iran. (Persian)
35. Greenhalgh J, Vanhanen L, Kyngas H. (1998). Nurse caring behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 927-932.
36. Holroyd E, Cheung Y.K, Cheung S.W, Luk F.S, Wong W.W. (1998). A Chinese cultural perspective of nursing care behaviours in an acute setting. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1289-1294.
37. Khademian Z, Vizeshfar F. (2008). Nursing student's perceptions of the importance of caring behaviors. *Journal of Advanced Nursing*, 61(4), 456-462.
38. Rahemi SH. (2007). [What is important for cancer patients: report of

a qualitative study?]. Nursing Research Journal,1(1),47-57.(Persian)
39.Leininger M.M (1988). *Caring as an*

essential human need (proceeding of the three National Caring Conferences). Wayne State University Press, Detroit.

مجله پرستاری و مامایی تبریز

شماره ۱۵ (پاییز ۱۳۸۸) ص ۵۸-۵۱

ارزیابی توصیفی ویژگی های بالینی، بستری مجدد و ریسک فاکتورهای بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلبی در بیمارستان شهید مدنی تبریز در طی یک دوره سه ساله

مینا حسین زاده: کارشناس ارشد پرستاری، مرکز آموزشی - درمانی الزهرا تبریز (نویسنده رابط)

Email: m.hosseinzadeh63@yahoo.com

مهناز عطاپور: کارشناس ارشد پرستاری، مرکز آموزشی - درمانی کودکان تبریز

دریافت: ۸۸/۲/۱۵، پذیرش: ۸۸/۵/۱

چکیده

مقدمه: نارسایی قلبی یک بیماری مزمن و ناتوان کننده می باشد که شیوع آن روز به روز در حال افزایش است. در حالی که میزان مرگ و میر ناشی از بیماری های شریان کرونری کاهش یافته است، اما میزان بروز و عوارض ناشی از نارسایی قلبی در حال افزایش است. این مطالعه با هدف تعیین ویژگی های بالینی، بستری مجدد و شیوع ریسک فاکتورهای بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب بستری در بیمارستان شهید مدنی تبریز در سال های ۸۷-۸۵ صورت گرفته است.

مواد و روشها: این یک مطالعه توصیفی از نوع گذشته نگر بوده که در طی آن، پرونده ۶۲۳ بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلب بستری در بیمارستان شهید مدنی تبریز در طی سال های ۸۷-۸۵ مطالعه شده و از نظر اطلاعات دموگرافیک، ریسک فاکتورهای نارسایی قلبی، سرانجام بیماری و دفعات بستری بررسی شدند.

یافته ها: از بین افراد مورد مطالعه ۵۶/۷ درصد مذکر و ۴۳/۳ درصد مؤنث بودند. میانگین سنی نمونه ها $۱۳/۹۶ \pm ۶۷/۵۹$ بود. ۸۲/۲ درصد از افراد مورد مطالعه با بهبودی نسبی از بیمارستان مرخص شده و ۱۷/۸ درصد آن ها در بیمارستان فوت نمودند. همچنین ۴۰ درصد افراد، بستری مجدد داشتند و میانگین دفعات بستری نیز $۱/۳۹ \pm ۱/۸۳$ بود. از بین عوامل خطر مورد بررسی هیپرتانسیون با ۶۵/۲ درصد بیشترین میزان شیوع را داشت.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به یافته های این مطالعه و شیوع بالای مرگ و میر و بستری مجدد به نظر می رسد که بار سلامتی و اقتصادی ناشی از نارسایی احتقانی قلب که بر نظام بهداشتی کشور تحمیل می شود بسیار بالاست، لذا نیاز به تدوین برنامه هایی جهت آموزش عوامل خطر بیماری و کاهش هزینه های تحمیلی به سیستم بهداشتی کشور شدیداً احساس می شود.

کلمات کلیدی: نارسایی احتقانی قلب / ریسک فاکتورها / بستری مجدد بیمار

مقدمه

عملکرد میوکارد اغلب به دنبال بیماری شریان کرونری، کاردیومیوپاتی، پرفشاری خون یا اختلالات دریچه رخ می دهد (۲،۳). علایم بیماری اغلب به صورت مشکلات تنفسی و همودینامیک و سیستمیک بوده که ظن بالینی قوی تشخیص آن را آسان می کند (۴). اهم نشانه ها و علایم بیماری عبارتند از احساس خستگی، محدودیت در فعالیت ها، احتقان ریوی، ادم و کوتاهی تنفس که

در نارسایی قلبی^۱، قلب به دلایل مختلف از جمله آسیب سلول های میوکارد قادر به تأمین نیازهای فیزیولوژیک سلول های بدن از نظر اکسیژن و مواد غذایی نمی باشد (۱). به بیان دیگر نارسایی قلبی یک سندرم بالینی پیچیده می باشد که به دلیل اختلال عملکرد بطنی، قلب از پمپ کردن خون متناسب با نیازهای متابولیک بدن ناتوان است (۲). اختلال در

عامل خطر سازه عمده برای بیماری‌های قلبی عروقی هستند. تخمین زده می‌شود که یک چهارم حملات قلبی در آمریکا در افراد یابتی به وقوع می‌پیوندد. تأثیر کشنده سیگار در سالمندان به اثبات رسیده است و مشخص شده است که ترک سیگار ارتباط مستقیمی با کاهش مرگ و میر دارد. در حقیقت، استعمال سیگار هنوز به عنوان مهم‌ترین تهدید کننده سلامت و عمده‌ترین مشکل بهداشت عمومی در سالمندان باقی مانده است (۱۱).

مطالعات برستین^۱ و همکاران نشان داد که سن یک فاکتور پیشگویی کننده برای گسترش نارسایی قلبی در سال اول پس از سکت قلبی می‌باشد (۱۲). دیابت نوع دوم نیز معمولاً یکی از عوامل خطر در نارسایی قلبی پیشرفته می‌باشد و در صورت وجود، پیش آگهی نارسایی قلبی را بدتر می‌نماید (۱۳). پرفشاری خون و اختلالات چربی خون در بیماران دیابتی شیوع بالایی دارد و شیوع بالای بیماری‌های قلبی - عروقی در بیماران دیابتی تا حدودی بستگی به این دو عامل دارد (۱۲).

نارسایی قلبی شایعترین علت بستری افراد بالاتر از ۶۵ سال (۳،۱۴) و دومین علت شایع برای رفتن به مطب پزشک می‌باشد. میزان بستری مجدد در بیمارستان نیز به صورت بهت‌آوری بالا می‌باشد و بار اقتصادی توسط نارسایی قلبی نیز بیشتر از ۲۵ میلیون دلار هزینه مستقیم و غیرمستقیم تخمین زده می‌شود و انتظار افزایش نیز می‌رود (۳). بیماری نارسایی احتقانی قلبی^۲ تنها بیماری قلبی است که از لحاظ بروز و شیوع رو به افزایش است که نشان می‌دهد این بیماری یک مشکل برای افرادی است که با آن زندگی می‌کنند و همچنین یک معضل اجتماعی از لحاظ افزایش هزینه‌های بیمارستانی قلمداد می‌شود (۱۵). میزان مرگ و میر سالیانه ناشی از نارسایی قلبی بین سال‌های ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۰ به ۳۲/۶ درصد افزایش یافته است و میزان آن تقریباً ۵۵۰۰۰ در سال است. در سال ۱۹۹۳ کل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی برای درمان نارسایی قلبی در آمریکا ۱۷/۸ بیلیون دلار تخمین زده شد که حدود

متأسفانه در حال حاضر اکثر افراد مبتلا از بیماری خود آگاه نبوده و بسیاری از علایم شایع از جمله احساس خستگی و کوتاهی تنفس را با علایم طبیعی ناشی از افزایش سن اشتباه می‌گیرند، حال آنکه این علایم به مرور بر عملکرد روزانه زندگی آنها تأثیر گذار خواهد بود (۵). نارسایی قلبی اغلب یک تشخیص طولانی مدت است که با تغییر شیوه زندگی و مصرف دارو به منظور پیشگیری از بروز واقعه احتقان حاد درمان می‌گردد (۳). این بیماری یک وضعیت مزمن و ناتوان کننده است که همراه با افزایش شیوع در سالمندان می‌باشد (۶). شیوع بیماری در جمعیت بزرگسال ۲-۱ درصد، در افراد بالای ۶۵ سال ۶ درصد و در افراد بالای ۷۵ سال ۱۰ درصد گزارش شده است و در مجموع برآورد می‌شود که حدود ۱۵ میلیون نفر در سطح دنیا به آن مبتلا هستند (۷، ۲). طبق آمار که مرکز مدیریت بیماری‌ها در سال ۱۳۸۰ منتشر نمود تعداد مبتلایان به نارسایی احتقانی قلب در ۱۸ استان کشور در همان سال ۳۳۳۷ نفر (در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت) بوده است (۸). طی یک بررسی در شهریور ماه ۱۳۷۷ در ایران، ۲۵ درصد از بیماران بستری در بخش‌های قلب دچار نارسایی قلب بودند (۹). نکته جالب توجه اینکه آمارهای مربوط به شیوع بیماری، تنها مربوط به موارد علامت‌دار، یعنی کسانی که در کلاس سه و چهار انجمن قلب آمریکا قرار دارند، می‌باشد و موارد بدون علامت بیماری یعنی مواردی که مکانیسم‌های جبرانی بدن افراد به دلیل کارآمد بودن از بروز علایم بالینی جلوگیری کرده‌اند (کلاس یک و دو) در ارقام ذکر شده محاسبه نشده‌اند (۲). با توجه به موارد ذکر شده شناسایی و تغییر در مهم‌ترین عوامل خطر سازه نارسایی احتقانی قلب در هر منطقه از اساسی‌ترین راهکارهای پیشگیری از این بیماری محسوب می‌شود (۱۰). ریسک فاکتورهای فراوانی در ایجاد بیماری‌های قلبی عروقی دخالت دارند. عوامل خطر زای عمده شامل استفاده از تنباکو، پرفشاری خون، سطح بالای لیپید خون، سن بالا، تاریخچه خانوادگی بروز زودرس بیماری‌های قلبی - عروقی و آسیب‌های دریچه‌ای قلب می‌باشد (۳). اکثر مطالعات نشان می‌دهند که پرفشاری خون و دیابت چه در جوانان، چه در بزرگسالان و چه در سالمندان دو

1- Bershtein

2- Congestive Heart Failure (CHF)

وضعیت‌های مزمن که از وظایف اصلی پرستاران می‌باشد، ستون اصلی مراقبت از خود را تشکیل می‌دهد.

مواد و روشها

جهت انجام این مطالعه توصیفی، طی هماهنگی‌های به عمل آمده با واحد بایگانی بیمارستان شهید مدنی تبریز، ابتدا فهرست تمام بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب بستری در این بیمارستان که تنها بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی قلب و عروق در استان می‌باشد، از سال ۸۵ تا نیمه اول سال ۸۷ با استفاده از کامپیوتر استخراج گردید که حدود ۸۸۵ مورد بودند. از این تعداد به دلیل مشکلات واحد بایگانی، ۶۲۳ پرونده قابل دسترسی بوده و مورد مطالعه قرار گرفت. ابتدا به منظور تأیید تشخیص نارسایی احتقانی قلبی علاوه بر توجه به تشخیص نهایی درج شده در پرونده، اطلاعات موجود در خلاصه پرونده و شرح حال، یافته‌های پاراکلینیکی (اکوکاردیوگرافی، رادیوگرافی قفسه سینه و آزمایشات و...) نیز مطالعه گردید. پس از تأیید تشخیص نارسایی احتقانی قلبی، این پرونده‌ها از نظر اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات، تاهل و ...)، ریسک فاکتورهای نارسایی قلبی، سرانجام بیماری (ترخیص یا فوت) و دفعات بستری بررسی شده و در چک لیستی که توسط پژوهشگر و با راهنمایی اساتید مربوطه تهیه شده بود، ثبت شدند. لازم به ذکر است که آمار مرگ و میر فقط مربوط به مرگ و میر بیمارستانی بوده و موارد فوتی را که پس از ترخیص بیمار و در خارج از بیمارستان اتفاق افتاده است را شامل نمی‌شود. برای به دست آوردن اطلاعات دقیق‌تر و به علت وجود خطاهای احتمالی در تکمیل خلاصه پرونده، فقط به برگ خلاصه پرونده اکتفا نشده و تمام برگه‌های پرونده به دقت بررسی شدند. همچنین به منظور تعیین صحیح ریسک فاکتورهایی از قبیل دیابت، هیپرلیپیدمی و هیپرتانسیون به داروهای مصرفی بیمار قبل از بستری، حین بستری

۳-۲ درصد بودجه مراقبت‌های بهداشتی عمومی بود (۱۴). به نظر می‌رسد که نارسایی قلبی به دلیل افزایش جمعیت بالای ۶۵ سال و افزایش امید به زندگی برای بیماران با مشکل قلبی به یک مشکل عمده بهداشتی تبدیل شود (۱۵).

بستری مجدد به معنی بستری شدن در همان مؤسسه درمانی با همان تشخیص اولیه در طی یک دوره زمانی نامشخص است. نیاز به بهبود درک پرسنل بهداشتی از مفهوم بستری مجدد بیماران در بیمارستان روز به روز افزایش یافته است، چرا که میزان بستری مجدد در بیمارستان طی چند دهه گذشته سیر صعودی داشته است. نارسایی احتقانی قلبی نیز یکی از شایع‌ترین عوامل منجر به بستری شدن مجدد در بیمارستان طی ۶۰ روز پس از ترخیص است. شواهد نشان می‌دهند که تایک سوم بستری مجدد بیمارستانی ناشی از نارسایی احتقانی قلب جبران نشده ممکن است قابل پیشگیری باشد. بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نسبت بزرگی از منابع سیستم‌های مراقبت بهداشتی را مصرف می‌کنند و هزینه اصلی صرف بستری در بیمارستان می‌شود (۱۵). در مطالعه امامی و همکاران، متوسط هزینه بیمارستانی این بیماران $89874/8 \pm 1122439$ ریال گزارش شده است (۱۶).

لذا با توجه به افزایش شیوع این بیماری، پرهزینه بودن و افزایش بار اقتصادی و تحمیل هزینه‌های هنگفت به سیستم بهداشتی کشور، تأثیر این بیماری بر کیفیت زندگی، عملکرد خانواده و بستری‌های متعدد بیمارستانی، پژوهشگر بر آن شد که ویژگی‌های بالینی، بستری مجدد و ریسک فاکتورهای بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلبی بستری در بیمارستان شهید مدنی تبریز را در طی یک دوره سه ساله بررسی نموده و تلاش‌هایی در جهت کاهش شیوع بیماری و اصلاح علل آن به عمل آورد. شایان ذکر است که بسیاری از دلایلی که منتهی به عدم تبعیت از درمان و تشدید نارسایی قلبی می‌شود با استفاده از مداخلات آموزشی پرستاری قابل پیشگیری است و آموزش اداره کردن

ساکن روستا بودند. ۸۰/۷ درصد از نمونه‌های مورد بررسی تحت حمایت انواع بیمه‌ها و ۵/۸ درصد تحت حمایت کمیته امداد بودند. ۴۰ درصد بستری مجدد داشتند و ۶۰ درصد فقط یک بار بستری شده بودند. ۸۲/۲ درصد نمونه‌های مورد مطالعه با بهبودی نسبی مرخص شدند و ۱۷/۸ درصد نمونه‌ها در بیمارستان فوت نمودند. ارتباط معنی‌داری بین سرانجام علت نارسایی احتقانی بیماری و جنس افراد مورد مطالعه و همچنین محل سکونت (شهر یا روستا) یافت نشد. تعداد بستری به قلب در این بیمارستان در سال ۸۵ شامل ۳۲۶ مورد (۱۸۴ مرد و ۱۴۲ زن)، در سال ۸۶ شامل ۴۲۹ مورد (۲۴۸ مرد و ۱۸۱ زن) و تا آخر سال ۸۷ شامل ۴۳۶ مورد (۲۲۶ مرد و ۲۱۰ زن) بود. میانگین دفعات بستری و میزان مرگ و میر در جدول و نمودار ۱ آمده است.

و در زمان ترخیص نیز توجه گردید. داده‌های پژوهش پس از جمع‌آوری و کدگذاری وارد نرم‌افزار SPSS/ver13 شده و با استفاده از آمار توصیفی، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

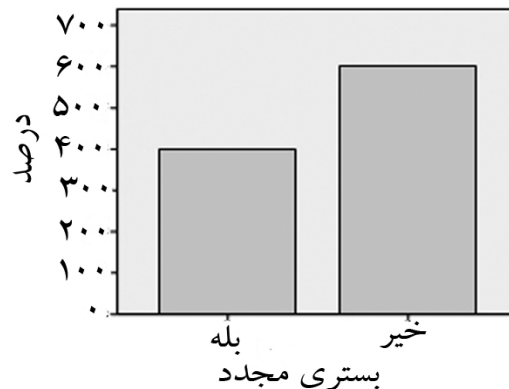
یافته‌ها

در این مطالعه ۵۶/۷ درصد نمونه‌های مذکر و ۴۳/۳ درصد آن‌ها مؤنث بودند. میانگین سنی نمونه‌ها $67/59 \pm 13/96$ و ۱/۴ درصد مجرد و ۹۸/۶ درصد متأهل بودند. همچنین ۶۷/۹ درصد بیسواد، ۱۷ درصد تحصیلات ابتدایی، ۴/۳ درصد تحصیلات راهنمایی، ۵/۵ درصد دیپلم و ۲/۲ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند و ۱۲/۴ درصد بیکار، ۲۹/۴ درصد شغل آزاد، ۳ درصد کارمند، ۱۲/۴ درصد بازنشسته و ۴۱/۴ درصد خانه‌دار بودند. ۷۴/۶ درصد شهرنشین و ۲۴/۴ درصد

جدول ۱: میانگین دفعات بستری نمونه‌های مورد مطالعه

دفعات بستری	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
	۶۲۳	۱/۸۳	۱/۳۹

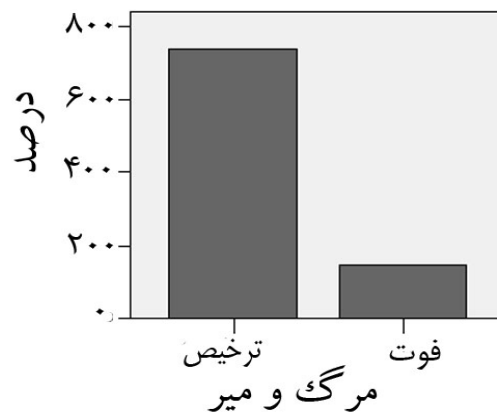
نمودار ۱: میزان بستری مجدد در نمونه‌های مورد مطالعه



سابقه بیماری‌های تیروئیدی، مصرف مواد مخدر، قلیان و مصرف الکل قرار داشتند. درصد مربوط به شیوع ریسک فاکتورها در جدول ۲ آمده است.

از بین عوامل خطر مورد بررسی هیپرتانسیون با ۶۵/۲ درصد بیشترین شیوع را داشت و پس از آن به ترتیب هیپرلیپدیمی، مصرف سیگار، دیابت ملیتوس، تاریخچه فامیلی بیماری‌های قلبی عروقی، سابقه پختن نان،

نمودار ۲: میزان بهبودی و مرگ و میر بیمارستانی نمونه‌های مورد مطالعه



جدول ۲: درصد شیوع ریسک فاکتورهای مختلف نارسایی قلبی

ریسک فاکتور	تعداد	درصد
هیپرتانسیون	۴۰۶	(۶۵/۲)
هیپرلیپدمی	۲۷۹	(۴۴/۸)
سیگار	۲۰۶	(۳۳/۱)
دیابت	۲۰۵	(۳۲/۹)
سابقه خانوادگی	۱۳۶	(۲۱/۸)
نان پزی	۶۶	(۱۰/۶)
بیماری‌های تیروئیدی	۳۶	(۵/۸)
موادمخدر	۳۴	(۵/۵)
قلیان	۳۳	(۵/۳)
الکل	۲۸	(۴/۵)

کلیدی، ۱۳/۳ درصد بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی و ۲۴/۴ درصد نیز بیماری‌هایی در سایر سیستم‌های بدن داشتند.

همچنین این مطالعه نشان داد که ۷۰/۳ درصد از نمونه‌های مورد مطالعه سابقه بیماری ایسکمی قلبی، ۱۸/۱ درصد بیماری‌های ریوی، ۱۳/۵ درصد بیماری‌های

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر، میانگین سنی افراد مبتلا به بیماری نارسایی احتقانی قلبی $۱۳/۹۶ \pm ۶۷/۵۹$ به دست آمد. در مطالعه بافقی و همکاران، میانگین سنی افراد مبتلا به این بیماری $۵۹/۶۷۹ \pm ۷۳/۰$ سال بود. بنابراین می-توان نتیجه گرفت که با افزایش سن، میزان شیوع بیماری‌های قلبی به خصوص نارسایی احتقانی قلبی افزایش می‌یابد.

در مطالعه حاضر، ۸۲/۲ درصد نمونه‌های مورد مطالعه با بهبودی نسبی مرخص شدند و ۱۷/۸ درصد آن‌ها در بیمارستان فوت شدند. ۴۰ درصد بستری مجدد داشتند و میانگین دفعات بستری $۱/۳۹ \pm ۱/۸۳$ بود. از بین عوامل خطر مورد بررسی نیز هیپرتانسیون با ۶۵/۲ درصد بیشترین شیوع را داشت. بهارمال^۱ و همکاران در مطالعه خود (۲۰۰۸) نشان دادند که یک سال پس از شروع نارسایی قلبی ۵۰ درصد از بیماران حداقل یک بستری مجدد به دلایل مختلف داشته‌اند و ۲۰ درصد حداقل یک بستری مجدد به علت نارسایی قلبی داشته‌اند. همچنین این مطالعه نشان داد که بیش از ۱/۲ از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در طی ۳ ماه پس از ترخیص به مرکز اورژانس مراجعه کرده‌اند و در طی یک سال بیش از ۱/۳ از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی فوت نموده‌اند (۱۷).

در یک مطالعه همگروهی توسط بنر^۲ و همکاران (۲۰۰۵) دیابت ملیتوس و هیپرتانسیون شایعترین ریسک فاکتورها در نارسایی قلبی شناخته شدند (۱۷). در مطالعه نیکلز^۳ و همکاران نیز نشان داده شد که ۷/۷ درصد افراد مبتلا به دیابت، نارسایی قلبی داشتند. همچنین در این مطالعه، سن افراد، مدت زمان ابتلا به دیابت، استفاده از انسولین، بیماری ایسکمیک قلبی و افزایش کراتینین سرم ریسک فاکتورهای در ارتباط با بروز و شیوع این بیماری شناخته شدند (۱۸). در مطالعه اریکسون و همکاران نیز هیپرتانسیون و مصرف سیگار ریسک فاکتور اصلی برای نارسایی احتقانی قلبی گزارش شده است

(۱۹). با توجه به نتایج به دست آمده، هزینه و عوارض و مرگ و میر مرتبط با نارسایی احتقانی قلب بسیار بالا و قابل توجه است. کاهش این خطرات از طریق اداره موثر بیماری باعث کاهش هزینه‌ها خواهد شد. واضح است که آموزش به بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب، باعث افزایش آگاهی، اصلاح عملکرد و ارتقای خود مراقبتی در آنان می-گردد (۵). مطالعه‌ای که توسط محمدپور و قبادی با هدف بررسی شیوع ریسک فاکتورها و چگونگی پیشگیری از بیماری‌های عروق کرونر در گناباد انجام گرفت، نشان داد که آگاهی و عملکرد افراد در رابطه با ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی به ویژه استفاده از دخانیات، عدم تحرک مناسب جسمی، هیپرتانسیون، مقادیر بالای قند خون، کلسترول و تری گلیسیرید نسبتاً ضعیف می‌باشد، لذا در سطح منطقه اجرای برنامه‌های آموزشی، غربالگری و تغییر در برخی از عادات و الگوهای زندگی افراد جهت پیشگیری از بیماری‌های قلبی، کاهش هزینه‌ها و مرگ و میر ناشی از آن بیش از پیش ضروری می‌باشد (۲۰).

به طور خلاصه نتایج این مطالعه مؤید آن است که شیوع نارسایی احتقانی قلبی، عوارض و مشکلات ناشی از آن و مرگ و میر به علت این بیماری در حال افزایش می‌باشد و ریسک فاکتورهای بسیاری نیز در ارتباط با آن می‌باشند که تعداد زیادی از آنها قابل پیشگیری هستند. بنابراین توصیه می‌شود که پرستاران به وظیفه خود در امر آموزش به بیمار بیش از پیش اهمیت دهند، چرا که از این طریق نه تنها کمک به کاهش شیوع بیماری می‌کنند، بلکه کمک شایانی به اقتصاد کشور و سیستم بهداشتی می‌نمایند. لازم به ذکر است، از آنجا که هدف پرستاران به عنوان جزئی از تیم درمان توسعه سلامتی و ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان می‌باشد و با توجه به وظیفه خطیر پرستاران در امر آموزش آنها می-توانند از طریق کاربرد تکنیک‌های آموزشی نوین و طرح برنامه جامع آموزشی از بدو پذیرش تا

1- Bharmal.M

2- Bener

3- Nichols

مرگ و میر بیمارستانی تعیین شد و پیگیری بیماران پس از ترخیص از بیمارستان مقدور نشد. در ضمن دسترسی به تمام پرونده‌ها به دلیل در دست تعمیر بودن بخشی از واحد بایگانی مرکز امکان‌پذیر نبود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله بر خود فرض می‌دارند بدین وسیله از زحمات معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز تحقیقات بیمارستان شهید مدنی و پرسنل محترم بایگانی بیمارستان شهید مدنی به پاس همکاری صمیمانه ایشان در انجام این مطالعه تشکر و قدردانی به عمل آورند.

References

1. Aslani Y, Etemadifar Sh, Aliakbari F, Heidari A. (2008). [Sleep disorders in patients with CHF, in cardiac ward of Hajar hospital, Shahrekord, 2004]. *Med J Shahrekord Uni*, 9(1), 44-49. (Persian)
2. Shirafkan A, Salehi A, Rabiee M, Pakdaman S. (2004). [Risk factors and aggravating causes of CHF in Gorgan]. *Med J Gorgan Uni*, 1, 60-66. (Persian)
3. Brunner L, Suddarth D.S (2009). [Medical-surgical cardiac nursing]. 4th ed, (Mohammad aliha J, Asemi S, Amini H, Trans). Pub Salemi, Tehran, 236. (Persian)
4. Eugene B, Zipes D.P, Libby P. (2001). *Heart diseases: a text book of cardiovascular medicine*, 6th ed. W.B. Saunders Company, 639, 555-556.
5. Sharifzadeh S (2009). [Effective techniques in educating patients with CHF], *Proceeding of second biannual international heart failure in Iran*, Tehran, 64. (Persian)
6. McCoy M.L. (2005). *Care of the Congestive Heart Failure Patient: The Care, Cure, and Core Model*. Available at: <http://www.napnes.org/practice/>

ترخیص شامل ارزیابی نیازهای یادگیری بیماران مبتلا، تشخیص و نیازسنجی آموزشی مورد نیاز بیماران، شروع هرچه سریعتر آموزش به بیمار، شناسایی متدهای اثربخش آموزشی و ارزشیابی اثربخشی آموزش‌های صورت پذیرفته کمک بزرگی در جهت آموزش بیماران برای کنترل ریسک فاکتورهای این بیماری و پیشگیری از آن انجام دهند (۵).

ضمناً پیشنهاد می‌گردد که این مطالعه بر روی حجم نمونه بیشتر و در صورت امکان در سطح استان نیز انجام گیرد و همچنین ارتباط هر یک از ریسک فاکتورها با سرانجام بیماری نیز بررسی گردد. این پژوهش به دلیل نوع این مطالعه که صرفاً از طریق مطالعه پرونده انجام می‌گرفت، فقط موارد

- [news/clinical_articles/care_of_the_congestive_heart_failure_patient.html](http://www.napnes.org/practice/news/clinical_articles/care_of_the_congestive_heart_failure_patient.html)
7. Mozaffarian D, Nye R, Levy W.C. (2003). Anemia predicts mortality in severe heart failure. *Journal of cardiology. The American College of Cardiology*, 41(11), 1933-9.
 8. Habibolahzadeh H, Bagayi R, Abolfathi L, Gasemzade P. (2003). [Evaluation of CHF causes and patients knowledge and function in self caring]. *Scientific journal of medicine of islamic republic of IRAN*, 19, 87. (Persian)
 9. Disease management center. (2003). [The mortality features in 18 province of Iran]. Tandis publisher, Tehran, 50. (Persian)
 10. Olsher PL, Wallace RB, Pomrehn PR, Lacroix AZ, Cornoni-Huntley J, Blazer D, Scherr PA et al. (1990). Demographic and health characteristics of elderly smokers: results from established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Am J Prev Med*, 6, 61-70.
 11. Azizi F, Emami H, Sahehi P, Ganbarian A, Mirmiran P, Mirbloki M. (2004). [CHF risk factors in elderly]. *Tehran sugar and lipid research*

- Iranian journal of endogen glands and metabolisms*,1,3-14 .(Persian)
12. Bershtein L.L, Novikov V.I, Grishkin I.N. (2008). Advanced age as a risk factor for heart failure after acute myocardial infraction. *Advances in gerontology* 21, 2, 265-269.
13. Taimori A, Behroz G , Amini M.(2005).[The prevalence of hypertension and lipid disorders in early diagnosed patients with type 2 diabetis],*Journal of Medical council of Islamic republic of Iran*,4,99-103.(Persian)
14. Feldman D.E , Thivierge C,Cuereard L, Dery V , Kapetanakis C, Lavoie G , et al. (2001). Changing trends in mortality and admissions to hospital for elder patients with congestive heart failure in Montreal. *Canadian Medical Association or its licensors*,165 (8),1033-6.
15. Hekmat B.D, Mohammdi A, Ahmadi F, Arefi S.(2009).[Barriers of readmission control among patients with congestive heart failure: A qualitative study].*Med J Arak*,11(4),2-10.(Persian)
16. Bafgi M.S ,Bandarabadi O,Rafiey M, Soltani M.H, Emami M, Moradi M. et al .(2008). [Evaluation of clinical and paraclinical characteristics of CHF patients in yazd hospitals]. *Med journal of Shahid Sadigi yazd*,15(1),20-28 .(Persian)
17. Bharmal M , Gemmen E, Zyczynski T, Linnstaedt A, Kenny D , Marelli C. (2008). Resource utilisation, charges and mortality following hospital inpatient admission for congestive heart failure among the elderly in the US. *Journal of medical econimics*, 11 (3), 397-414.
18. Bener A , ALSuwaidi J , Ghaffar A .(2005). Is hypertension a predictor for heart failure ? A cross cultural comparison over a 10-yaer period. *Eur J Heart Fail* ,7(5) ,784-6.
19. Nichols G.A, Hillier T.A,Erbey J.R,Brown J.B.(2001).Congestive heart failure in type 2 diabetis, *diabet care* ,24(9)1614-1619.
20. Eriksson H,Svarpsupp K, Larsson B, Ohlson L.O ,Tibblin G,Welin L et al .(1989). Risk factors for heart failure in the general population: the study of men born in 1913. *European health journal* ,10(7),641-656
21. Mohammadpour A, Gobadi F. (2003). [Prevalence of risk factors and prevention of CAD in Gonabad health centers]. *Proceeding of noncomunicable disease in Iran ,Gonabad*,72-73.(Persian)

