

بررسی تاثیر آروماتراپی با اسانس بابونه بر درد اپی زیاتومی

* فرزانه پازنده¹، شهین سوادزاده²، دکتر فراز مجاب³، دکتر حمید علوی مجد⁴

چکیده

مقدمه: درد یکی از رایج ترین شکایاتی است که تعادل و سلامتی بیمار را به مخاطره می اندازد. اپی زیاتومی یکی از جراحی های معمول زنان است که موجب درد می شود. در عصر حاضر برای گذراندن یک مرحله ی پس از عمل بدون درد دو راه استفاده از داروهای شیمیایی و دیگری کاربرد روشهای غیردارویی وجود دارد.

هدف: هدف این پژوهش تعیین تاثیر آروماتراپی با اسانس بابونه بر درد اپی زیاتومی در زنان نخست زای مراجعه کننده به بیمارستان شهید نورانی تالش در سال 1386 بود.

مواد و روشها: این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی دوسوکور انجام گرفت. 88 زن باردار که برای آنان اپی زیاتومی انجام شده بود، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. 44 نمونه از اسانس بابونه به صورت حمام نشسته دو بار در روز و 44 نفر دیگر با شرایط مشابه از دارونما استفاده کردند و سپس به هر دو گروه آموزش اندازه گیری شدت درد، توسط جدول خطی درجه بندی (0-10) داده شد. شدت درد بیمار در هر دو گروه در روزهای اول، هفتم و چهاردهم بعد از زایمان اندازه گیری و ثبت شد. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه، فرم امکانات بهداشتی، معیار بصری مدرج و برگه ثبت داروی مسکن مصرفی بود. اعتبار ابزار به روش اعتبار محتوا و پایایی با استفاده از روش سنجش همبستگی بین مشاهده گران تعیین شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس انجام شد.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که در روز هفتم میانگین درد در گروه مصرف کننده اسانس بابونه $2/20 \pm 79$ ، در گروه مصرف کننده دارونما $2/30 \pm 82$ ، میانگین درد در روز چهاردهم در گروه مصرف کننده اسانس بابونه 48 ± 59 ، و در گروه مصرف کننده دارونما 73 ± 66 بوده است. آزمون آماری بین شدت درد دو گروه در روزهای اول، هفتم و چهاردهم تفاوت آماری معنی دار را نشان نداد. البته در گروه مصرف کننده اسانس بابونه میانگین درد در روزهای هفتم و چهاردهم کاهش پیدا کرده بود.

بحث و نتیجه گیری: اسانس بابونه بر کاهش درد اپی زیاتومی موثر نمی باشد. شاید بتوان با تغییر در مقدار، اشکال و راههای تجویز اسانس های گیاهی نتایج بهتری در زمینه کاهش درد ناحیه پرینه بدست آورد. لذا مطالعات بیشتری در زمینه مداخلات درمانی غیر دارویی در جهت کاهش درد پرینه پیشنهاد می شود.

کلید واژه ها: درد اپی زیاتومی، اسانس بابونه، آروماتراپی

تأیید مقاله: 1387/8/7

دریافت مقاله: 1386/9/2

¹- مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی (نویسنده مسئول مکاتبات)
آدرس پست الکترونیکی: fp_zand@yahoo.com

²- کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

³- دکتری داروسازی، دانشیار، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

⁴- دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

درمانی می باشد (مکینی و همکاران، 2005؛ تجیریان و عباس،¹⁵ 2004؛ استین و همکاران،¹⁶ 2001؛ تیران،¹⁷ 2000). مطالعات مختلف پیشنهاد می کنند که استفاده از رایحه درمانی بصورت حمام نشسته باعث کاهش خستگی، درد و ناراحتی شده و بهبود زخم اپی زیاتومی را افزایش می دهد (ایمورا و همکاران،¹⁸ 2004). اسانس ها ترکیبات بودار گیاهان بوده، که دارای مولکولهای کوچکی می باشند، که می توانند از راه پوست جذب شده و اثرات خود را اعمال نمایند. همچنین بعضی خواص آنها از جمله اثرات ضد میکروبی، ضد قارچی آنها باعث شده، تا این مواد را بصورت مختلف فرموله نموده و مورد استفاده درمانی قرار دهند (محمودی، 1381؛ تیران، 2000). از بین گیاهان داروئی بابونه به علت داشتن خواص درمانی متعدد و اثرات مطلوب در درمان برخی بیماریها مورد توجه می باشد. در این پژوهش اثر آروماتراپی با اسانس بابونه بر درد اپی زیاتومی، مورد بررسی و مطالعه قرار گیرد.

مواد و روشها

پژوهش حاضر مطالعه ای از نوع کارآزمایی بالینی دو سوکور می باشد. جامعه پژوهش زنان نخست زایی بودند که در سال 1386 به بیمارستان شهید نورانی تالش مراجعه کرده و طی زایمان، عمل اپی زیاتومی برای آنها انجام شده بود. افرادی که وارد مطالعه شدند مشخصات زیر را دارا بودند: نخست زا، باسواد، ایرانی، شاخص توده بدنی قبل از بارداری بین 26-19/8 کیلوگرم بر متر مربع، عدم سابقه ابتلا به بیماری قلبی عروقی، کبدی، کلیوی، دیابت، اختلالات انعقادی، کم خونی، یبوست مداوم، هموروئید و حساسیت به داروهای گیاهی، عدم سابقه عمل جراحی و مصرف داروهای ضدانعقادی، ضد افسردگی، ضد صرع، الکل، مواد مخدر و سیگار، عدم ابتلا به بیماری پوستی فعال (اختلال آلرژیک، واژینیت علامت دار، وجود زخم در محل یا حساسیت پوستی)، نمای جنین سر با وضعیت قدامی، عدم پارگی طولانی مدت کیسه آب (بیشتر از 18 ساعت) و مدت مرحله اول زایمان (بیشتر از 14 ساعت) و مدت مرحله دوم زایمان (بیشتر از 2 ساعت) و مدت مرحله سوم زایمان (بیشتر از 1 ساعت)، عدم استفاده از وسایل کمک

اپی زیاتومی⁵ یکی از شایعترین اعمال جراحی در مامایی به شمار می رود. این برش در مرحله دوم زایمان، جهت وسیع کردن دهانه خروجی لگن و تسهیل زایمان انجام می شود (گلدمن و رابینسون،⁶ 2003). شیوع اپی زیاتومی در کشورهای در حال توسعه در زنان نخست زا، 90 درصد و در کشور امریکا 19/4 درصد گزارش شده است (کروپ و همکاران،⁷ 2005؛ مورهی و همکاران،⁸ 2004). از شیوع اپی زیاتومی در ایران اطلاعات دقیقی در دسترس نیست. اما مطالعه ای در تهران شیوع آن در تهران 95/8 درصد ذکر کرده است (نصیری، 1379).

اگرچه استفاده روتین از اپی زیاتومی در کشورهای پیشرفته کاهش پیدا کرده است، اما زنان در کشورهای آسیایی به علت داشتن پرینه کوتاه و بافتی محکم، مستعد پارگیهای وسیع می باشند. لذا استفاده از این روش هنوز به صورت روتین انجام می گیرد (لم و همکاران،⁹ 2006). عضلات پرینه در فعالیتهای معمولی نقش موثری داشته و برش این ناحیه درد و ناراحتی زیادی برای مادر فراهم کرده و چنانکه در روزهای اول بعد از زایمان، نشستن و در آغوش گرفتن نوزاد برای او بسیار مشکل است و اصولاً تصور می کند، اگر بنشیند یا حرکت کند، ممکن است بخیه ها باز شود. همچنین احساس درد این ناحیه مادر را در انجام مسئولیت اجتماعی و خانوادگی ناتوان کرده و تغییرات خلقی پس از زایمان را تشدید می کند (رولاند و همکاران،¹⁰ 2005؛ آلبرز و همکاران،¹¹ 2005؛ مکینی و همکاران،¹² 2005؛ پیترو و همکاران¹³ 2001). بنابراین، درمان موثر درد با توجه به پیامدهای مضر فیزیولوژیک و روانی این پدیده مزبور هم از نقطه نظر بیمار و هم از جنبه اقتصادی حائز اهمیت می باشد (اسوین دل،¹⁴ 1989). روشهای غیر داروئی مورد استفاده برای کاهش درد بیمار، استفاده از گرما و سرما درمانی، حمام نشسته و مکمل

⁵-Episiotomy

⁶-Goldman & Robinson

⁷-Kropp et al

⁸-Morhe et al

⁹-Lam et al

¹⁰-Rowland et al

¹¹-Albers et al

¹²-Mckinney et al

¹³-Peter et al

¹⁴-Swindale

¹⁵-Tijirian & Abbas

¹⁶-Steen et al

¹⁷-Tiran

¹⁸-Imura et al

یافته ها

در این مطالعه 88 زن نخست را بطور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. این دو گروه از نظر مشخصات فردی-اجتماعی از قبیل سن، شاخص توده بدنی، میزان تحصیلات، شغل، مشخصات زایمانی با یکدیگر همگون بودند. لذا تاثیر این متغیرها بر نتایج پژوهش یکسان بود. در ضمن دو گروه از لحاظ سن، وزن نوزاد، وضعیت بهداشتی همسان سازی شدند. میانگین سنی در گروه تحت درمان با اسانس بابونه 24/11 و در گروه دارونما 24/66 سال بود. مشخصات دو گروه در جدول شماره 1 نشان داده شده است. جدول شماره 2 نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه در 12 ساعت اول بعد از زایمان درد متوسطی در ناحیه اپی زیاتومی خود داشتند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که در روز هفتم بعد از زایمان میانگین و انحراف معیار درد در گروه مصرف کننده اسانس بابونه $2/20 \pm 79$ و در گروه مصرف کننده دارونما $2/30 \pm 82$ و میانگین درد در روز چهاردهم بعد از زایمان در گروه مصرف کننده اسانس بابونه 48 ± 59 و در گروه مصرف کننده دارونما 73 ± 66 بوده است (جدول شماره 3 و 4). آزمون آماری نشان داد که بین شدت درد دو گروه در روزهای اول، هفتم و چهاردهم تفاوت آماری معنی دار وجود ندارد. البته میانگین درد در گروه مصرف کننده اسانس بابونه در روزهای هفتم و چهاردهم بعد از زایمان کاهش پیدا کرده بود.

زایمانی، انجام زایمان بر روی تخت زایمان و بعد از پرپ و درپ، عدم پارگی درجه 3 و 4، ترمیم اپی زیاتومی با استفاده از نخ کاتکوت کرومیک دو صفر و صفر و با روش یکسان، زمان ترمیم اپی زیاتومی کمتر از 25 دقیقه، عدم ابتلا به خونریزی غیر عادی بعد از زایمان یا همتوم، روش نمونه گیری به صورت غیر تصادفی و در دسترس بود. 88 زن باردار با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شده و پس از اخذ رضایت آگاهانه و کتبی وارد مطالعات شدند. سیر لیبر، زایمان، وزن نوزاد کنترل شد و سپس محل اپی زیاتومی توسط پژوهشگر ترمیم و نمونه ها به تصادف در گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. 44 نمونه، از اسانس بابونه به صورت حمام نشسته¹⁹، دو بار در روز به مدت 14 روز و 44 نمونه دیگر از دارونما با شرایطی مشابه استفاده کردند و به آنان توصیه شد، جهت پیگیری شدت درد روز 7 و 14 بعد از زایمان به بیمارستان مراجعه کنند. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش، فرم اطلاعاتی دو قسمتی (اطلاعات دموگرافیک و مشخصات زایمانی) و فرم وضعیت بهداشتی و خط کش درد بود. جدول شدت درد به بیماران داده می شد، سپس از آنها خواسته شد، عددی را که به بهترین نحو مقدار دردشان را مشخص می کند، معین نمایند. شدت درد ناحیه اپی زیاتومی طبق جدول در روز اول بعد از زایمان به عنوان اطلاعات پایه و سپس روز هفتم و چهاردهم بعد از زایمان توسط بیمار تعیین و در جدول ثبت می شد. جهت تعیین اعتبار فرم جمع آوری اطلاعات از روش اعتبار محتوا استفاده شد. بدین منظور، پرسشنامه به 10 نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامائی شهید بهشتی، 4 نفر متخصص زنان و زایمان ارائه شد و سپس اشکالات آن رفع گردید و به این ترتیب پرسشنامه معتبر گردید. جهت پایایی ابزار از روش سنجش بین مشاهده گران استفاده شد و ضریب همبستگی اسپیرمن با $r=0/95$ بدست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. برای مقایسه بین گروهی تفاوت میانگین ها در دو گروه از آزمون ناپارامتری من ویتنی استفاده شد.

¹⁹-Sitz bath

جدول شماره 1: مقایسه داده های دو گروه اسانس بابونه و دارونما قبل از انجام مداخله

گروهها	متغیر	اسانس بابونه	دارونما	P value
سن		24/11 ± 4/28	24/66 ± 4/40	N.S
متراژ سرانه (مترمربع)		43/66 ± 12/59	43/11 ± 10/98	N.S
شاخص توده بدنی (kg/m ²)		22/27 ± 1/51	22/45 ± 1/38	N.S
مدت مرحله اول زایمان (ساعت)		5/27 ± 1/18	5/05 ± 1/12	N.S
مدت مرحله دوم زایمان (دقیقه)		34/45 ± 6/89	42/55 ± 7/46	N.S
مدت مرحله سوم زایمان (دقیقه)		13/14 ± 4/38	13/82 ± 4/08	N.S
مدت ترمیم اپی زیاتومی (دقیقه)		20/93 ± 3/41	21/36 ± 3/94	N.S

جدول شماره 2: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان مورد مطالعه بر حسب میزان درد 12 ساعت اول بعد از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل

شدت درد	گروه فراوانی	مداخله (اسانس بابونه) تعداد (درصد)	کنترل (دارونما) تعداد (درصد)
بدون درد (0)		-	-
خفیف (1 - 3)		19 (43 درصد)	17 (39 درصد)
متوسط (4 - 7)		25 (57 درصد)	27 (61 درصد)
شدید (8 - 10)		-	-
جمع کل		44 (100 درصد)	44 (100 درصد)
میانگین		3/93	4/27
میانه		4	4
انحراف معیار		1/53	1/51
آزمون من ویتنی		N.S	

جدول شماره 3: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان مورد مطالعه بر حسب میزان درد روز هفتم بعد از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل

شدت درد	گروه	مداخله (اسانس بابونه)	کنترل (دارونما)
	فراوانی	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
بدون درد (0)		-	-
خفیف (1 - 3)		43 (98 درصد)	41 (93 درصد)
متوسط (4 - 7)		1 (2 درصد)	3 (7 درصد)
شدید (8 - 10)		-	-
جمع کل		44 (100 درصد)	44 (100 درصد)
میانگین		2/20	2/30
میانه		2	2
انحراف معیار		.79	.82
آزمون من ویتنی		N.S	

جدول شماره 4: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان مورد مطالعه بر حسب میزان درد روز چهاردهم بعد از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل

شدت درد	گروه	مداخله (اسانس بابونه)	کنترل (دارونما)
	فراوانی	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
بدون درد (0)		25 (57 درصد)	17 (39 درصد)
خفیف (1 - 3)		19 (43 درصد)	27 (61 درصد)
متوسط (4 - 7)		-	-
شدید (8 - 10)		-	-
جمع کل		44 (100 درصد)	44 (100 درصد)
میانگین		0/48	0/73
میانه		0	1
انحراف معیار		0/59	0/66

بحث و نتیجه گیری

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که شدت درد در گروه مصرف کننده اسانس بابونه و گروه کنترل یکسان بود. اما میانگین درد در روزهای 7 و 14 بعد از زایمان کاهش نشان داده است. در این راستا مطالعه کرونول ودیل²⁰ در سال 1995 که به بررسی تاثیر اسانس لاوند بر درد اپی زیاتومی پرداخته نشان داد که در گروه مصرف کننده اسانس لاوند و گروه مصرف کننده روغن صناعی و درگروه شاهد، در روز 5 و 10 بعد از زایمان از لحاظ کاهش درد اختلاف معنی دار وجود ندارد و این نتایج با نتایج پژوهش حاضر همسو می باشد. در مقایسه برنز و همکاران²¹ در سال 2000 مطالعه ای را باهدف بررسی تاثیر آروماتراپی بر درد لیبر انجام دادند و نتایج نشان داد که اسانس بابونه تجویز شده از طریق پوست یا استنشاقی در کاهش درد در طول لیبر و زایمان موثر بوده است. در روش استنشاقی اسانس بابونه با کاهش آلفا 1 در لوب خلفی و پارشیال گیجگاهی باعث کاهش احساس درد در بیماران شده است. با توجه به موارد بالا شاید بتوان نتیجه گرفت که با تغییر در مقدار، اشکال و راههای تجویز داروی گیاهی مزبور می توان نتایج بهتری را در زمینه کاهش درد ناحیه اپی زیاتومی بدست آورد. در ضمن دو گروه از نظر وضعیت بهداشتی، وزن نوزاد، سن همسان سازی شدند. در این مطالعه عوارض احتمالی شامل عفونت مورد بررسی قرار نگرفت. پیشنهاد می شود عوارض احتمالی در مطالعات بعدی بررسی شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجوی خانم شهین سوادزاده و به راهنمایی خانم فرزانه پازنده می باشد. از کلیه همکارانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند و همچنین از استاد محترم ناظر سرکار خانم ازگلی تشکر و قدردانی می شود.

²⁰-Cornwell & Dale

²¹-Burns et al

- نصیری پ (1379). بررسی اندیکاسیون اپی زیاتومی در زایمان طبیعی در بیمارستانهای امام خمینی و شریعتی. پایان نامه دکتری عمومی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- محمودی ب (1381). آشنایی با اسانس های معطر گیاهی و اثرات شفا بخش آنها (آروماتراپی)، چاپ اول، تهران، انتشارات نور دانش.
- Albers LL et al (2005). Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. *Journal of Midwifery and Woman Health*. 50 (5) 365-372.
- Burns EE et al (2000). An investigation into the use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 6 (2) 141-147.
- Cornwell S Dale A (1995). Lavender oil and perineal repair. *Modern Midwifery*. 5 (3) 31-3.
- Goldman JC Robinson JN (2003). The role of episiotomy in current obstetric practice. *Seminars in Perinatology*. 27(1) 3-12.
- Imura et al (2004). The psychological effects of aromatherapy-massage in healthy postpartum mothers. *Journal Midwifery Women Health*. 51(2) e21-e27.
- Kropp N et al (2005). Episiotomy rates from eleven developing countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 91(2) 157-159.
- Lam KW et al (2006). The practice of episiotomy in public hospitals in Hong kong. *Hong Kong Medical Journal*. 12 (2) 94-98
- Mckinney ES et al (2005). *Maternal-Child Nursing*. 2nd edition. USA, Elsevier Saunders Co.
- Morhe ESK et al (2004). Episiotomy in Ghana. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 86 (1) 46 - 47.
- Peter EA et al (2001). Ibuprofen versus Acetaminophen with codeine for the relief of perineal pain after childbirth: A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*. 30 (9) 1203-1209.
- Rowland M et al (2005). Breastfeeding and sexuality immediately after postpartum. *Canadian Family Physician*. 51(10) 1366-1367
- Steen M et al (2000). A randomized controlled trial to compare the effectiveness of icepacks and epifoam with cooling maternity gel pads at alleviating postnatal perineal trauma. *Midwifery*. 16 (1) 48-55.
- Swindale J (1989). The nurse's role in giving preoperative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital for elective minor surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 14 (11) 899-905.
- Tiran D (2000). *Clinical Aromatherapy for Pregnancy and Childbirth*. 2nd edition. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Tejirian T Abbas MA (2005). Sitz bath: Where is the evidence: Scientific basis of a common practice. *Diseases of the Colon & Rectum*. 48 (12) 2336-2340.

بررسی مصرف میان وعده دانش آموزان و وضعیت بوفه های مدارس راهنمایی شهر تهران: یک مطالعه کیفی

* فاطمه اسفرجانی²²، تلما ذوقی²³، روشنگ روستایی²⁴، فاطمه محمدی نصرآبادی²⁵، مریم اسلامی امیر آبادی²⁶، زهرا کامرانی²⁷، مجید حاجی فرجی²⁸

چکیده

مقدمه: بوفه های مدارس از مهمترین منابع تأمین کننده میان وعده های دانش آموزان به شمار می روند. با توجه به مصرف زیاد تنقلات کم ارزش و غیرمغذی در میان وعده های آنان، مطالعه حاضر انجام شد.

هدف: مطالعه حاضر با هدف شناخت دیدگاهها و عملکرد دانش آموزان در زمینه مصرف صبحانه، میان وعده و وضعیت بوفه های مدارس در سال 1385 انجام گرفت.

مواد و روشها: پژوهش حاضر به روش کیفی انجام گرفت و بر اساس نمونه گیری مبتنی بر اهداف مطالعه، 240 دانش آموز از 12 مدرسه راهنمایی منطقه 4 آموزش و پرورش شهر تهران انتخاب شدند. اجرای عملیات میدانی مشتمل بر 24 جلسه بحث گروهی بود که هر یک با تعداد 8-10 نفر و هر جلسه 60 دقیقه به طول انجامید. سپس، کلیه یادداشت ها مقایسه، نواقص احتمالی رفع و با فایل صوتی کنترل و پس از کد گذاری، دسته بندی و تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: بیش از نیمی از دانش آموزان دلیل مصرف میان وعده را برطرف کردن ضعف و گرسنگی می دانستند. میان وعده حدود نیمی از دختران کیک، کلوچه و شیر و تعدادی از پسران میوه، ساندویچ و کیک بود. اکثر دانش آموزان وجود بوفه را در مدرسه ضروری و بیش از نیمی از آنان وضعیت بوفه را متوسط تا بد می دانستند. بیش از نیمی از دانش آموزان اظهار داشتند که خوراکی های بوفه تنوع نداشته، گران، غیر بهداشتی و غیر مغذی است.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به الگوی نامطلوب میان وعده دانش آموزان، سامان دهی وضعیت بوفه ها به منظور افزایش دسترسی آنان به مواد غذایی با ارزش تغذیه ای، گامی مهم در جهت تغییر رفتارهای غذایی دانش آموزان به شمار می رود.

کلید واژه ها: نوجوان، میان وعده، بوفه، بحث گروهی متمرکز.

دریافت مقاله: 1387/4/2 **تاریخ تأیید:** 1387/8/7

²² - * پژوهشیار، گروه تحقیقات سیاست گذاری و برنامه ریزی غذا و تغذیه انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی (نویسنده مسئول مکاتبات) آدرس پست الکترونیکی: F_esfarjani@hotmail.com

²³ - کارشناس تغذیه، گروه تحقیقات تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

²⁴ - کارشناس تغذیه، گروه تحقیقات سیاست گذاری و برنامه ریزی غذا و تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

²⁵ - کارشناس ارشد تغذیه، گروه تحقیقات سیاست گذاری و برنامه ریزی غذا و تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

²⁶ - کارشناس ارشد تغذیه، گروه تحقیقات سیاست گذاری و برنامه ریزی غذا و تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

²⁷ - کارشناس ارشد تغذیه، گروه تحقیقات سیاست گذاری و برنامه ریزی غذا و تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

²⁸ - استادیار، گروه تحقیقات سیاست گذاری و برنامه ریزی غذا و تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

مقدمه

شناخت رفتارها، انتخابهای غذایی و عوامل موثر بر شکل گیری و تداوم آنها در گروه سنی نوجوانان اهمیت ویژه ای دارد (سازمان جهانی بهداشت، 1989²⁹؛ کلدِر و همکاران، 1994³⁰). در حقیقت درگذر از کودکی به بزرگسالی، شیوه زندگی از جمله الگوی غذایی نوجوانان از جهات مختلفی تغییر می کند که ناشی از آزادی بیشتر این گروه سنی در قدرت خرید و پول توجیبی بیشتر برای تهیه غذا، میان وعده ها و گرایش به صرف وقت بیشتر با همسالان و الگو برداری از آنها است که به مرور تثبیت می شود (کلدر و همکاران، 1994؛ امیدوار 1379؛ بلام³¹، 1991). همچنین با توجه به اینکه بیش از نیمی از جمعیت کشورهای در حال توسعه را نوجوانان تشکیل می دهند، سرمایه گذاری روی سلامت نوجوانان بدلیل سهم و نقش جمعیتی این گروه از حساسیت و اهمیت خاصی برخوردار است (بلام، 1991).

این در حالی است که مطالعات انجام گرفته در ایران با هدف شناخت الگوی غذایی نوجوانان حاکی از وضعیت نابسامان تغذیه ای این گروه، خصوصاً حذف وعده های اصلی از جمله صبحانه، انتخاب خوراکی های نامناسب و مصرف مواد با ارزش تغذیه ای پایین در میان وعده ها است که موجب تأخیر در رشد جسمی آنها شده و با ایجاد تغییرات متابولیکی، موجب کاهش ضریب هوشی، قدرت یادگیری، تمرکز در کلاس و تحرک آنها و در نهایت عدم دسترسی به اهداف آموزشی می شود (سازمان جهانی بهداشت 1989؛ امیدوار 1379؛ دفتر بهبود تغذیه جامعه 1382؛ رحمانی 1998؛ مقدم 1998؛ انصاری 1989؛ زارع و امین پور 1997).

با توجه به مدت زمان زیاد حضور این گروه سنی در مدرسه (عبدالهی و همکاران 1384)، بوفه های مدارس یکی از مهمترین منابع تأمین کننده میان وعده دانش آموزان به شمار می روند؛ به طوری که روزانه نیمی از دانش آموزان از آن خرید می کنند، اما متأسفانه این مراکز در حال حاضر به درستی مدیریت نشده و عرضه کننده مواد غذایی نامناسب، تهیه شده در شرایط غیر بهداشتی و با مواد اولیه نا مرغوب می باشند که از نظر کمیت و کیفیت پاسخگوی نیازهای تغذیه ای دانش آموزان نبوده و دور نمای نامطلوبی را از نظر عادات غذایی، سلامت تغذیه ای و بهره وری جمعیت مولد در آینده کشور ترسیم می کند (آذر و عزت

زاده، 1377). بنابراین، تسهیل دسترسی به مواد غذایی با ارزش و سالم در مدرسه از طریق بوفه های مدارس با توجه به ترجیحات و علایق غذایی دانش آموزان از راهکارهای مناسب برای تاثیرگذاری بر انتخاب ها و رفتارهای تغذیه ای آنان محسوب می شود (امیدوار، 1379). از آنجائیکه رویکردهای کیفی به علت انعطاف پذیری، سرعت عمل، هزینه پایین و سهولت بینش نتایج به درک ژرف تر از رفتار، عادات و نگرشها کمک می کند، به همین جهت در دهه اخیر در کنار رویکردهای کمی پژوهشی در مطالعات بهداشتی، پژوهشهای کیفی نیز بسیار مورد توجه قرار گرفته اند (آصف زاده، 1382). ضمن این که در این روش، پژوهشگران و سیاست گزاران به راحتی پاسخ های شفاهی اکثر پاسخگویان را درک می کنند، چرا که نتایج به صورت تجزیه و تحلیل های پیچیده آماری ارائه نمی شود. با توجه به محدودیتهای این روش (تعداد کم شرکت کنندگان و ماهیت آن از نظر عدم امکان تعمیم به جمعیت بزرگتر)، از آن یا به عنوان مرحله اولیه تدوین برنامه های پژوهشی گسترده تر و یا به منظور افزودن اطلاعات به نتایج حاصل از یک بررسی پیمایشی استفاده می شود (زمانی و هلاکوئی نائینی، 1384؛ کیتزینگر، 1994³²). در همین راستا، این مطالعه با طراحی یک پژوهش کیفی با هدف کشف دیدگاهها و عملکرد دانش آموزان در زمینه مصرف صبحانه، میان وعده و وضعیت بوفه های مدارس راهنمایی دخترانه و پسرانه شهر تهران در سال 1385 انجام پذیرفت.

مواد و روشها

مطالعه حاضر بخشی از طرح پژوهشی «برنامه مداخله آموزش تغذیه ای - بهداشتی در جهت ساماندهی بوفه های مدارس و اصلاح رفتارهای غذایی دانش آموزان در سال 1385» می باشد که به روش کیفی و با استفاده از بحث گروهی متمرکز³³ که از مهم ترین و کارآترین ابزارهای گردآوری داده ها در مطالعات کیفی به شمار می رود، انجام پذیرفت. اساس این روش را برهم کنش و برخورد اندیشه ها در گروه و به ساختار و کلام درآمدن اندیشه های سازمان نیافته گروه تشکیل می دهد (زمانی و هلاکوئی نائینی، 1384). نمونه گیری مبتنی بر اهداف مطالعه، از دو گروه دانش آموزان راهنمایی دختر و پسر و از گروه های مختلف اقتصادی اجتماعی در منطقه 4 آموزش و پرورش شهر تهران صورت گرفت و تا زمان اشباع نظرات، نمونه گیری ادامه یافت.

³² - Kitzinger

³³ - Focus Group Discussion

²⁹ - World Health Organization

³⁰ - Kelder

³¹ - Blum

از مطالعه خارج شوند و جهت ایجاد اعتماد، اعلام نمود که نظرات آنان کاملاً محرمانه خواهد ماند.

پس از برگزاری هر جلسه، یادداشت های هر دو یادداشت بردار با یکدیگر مقایسه، نواقص احتمالی در همان جلسه برطرف و همچنین با فایل صوتی ضبط شده نیز کنترل می گردید. در نهایت یک یادداشت برای آنالیز نهایی مورد استفاده قرار گرفت و براساس اهداف پژوهش کد گذاری، دسته بندی و تجزیه و تحلیل شد به طوری که ابتدا یک یک کلمات توسط اعضای تیم قرائت و بر اساس اهداف، گروه بندی شد، سپس این گروهها طبقه بندی گردید و بر اساس فراوانی مضامین گزارش شد و از مجموع داده ها جمع بندی نهایی انجام گردید. روشهای جمع آوری و آنالیز اطلاعات جهت حفظ اعتبار یافته ها با دقت طراحی و اجرا شدند. همچنین در پایان هر مصاحبه گروهی، با اهداء هدایائی از مشارکت دانش آموزان قدردانی گردید.

یافته ها

یافته ها بر اساس اهداف مطالعه در دو بخش مجزا ارائه

می گردد:

1-1. نظرات و عملکرد دانش آموزان در زمینه مصرف صبحانه، اکثریت دانش آموزان صبحانه می خوردند و حدود نیمی از آنان در وعده صبحانه نان و پنیر و یا نان و پنیر و سایر (کره، گردو و ...) می خوردند. همچنین تعدادی از دختران عسل، کره، مربا، شیر و تعدادی از پسران شیر، شیر کاکائو، چای، چای شیرین و نان و کره و مربا و عسل مصرف می کردند. دلیل نخوردن صبحانه در تعدادی از دانش آموزان دیر شدن مدرسه و نداشتن اشتها بیان شد. در پاسخ به سؤال نظر دانش آموزان در مورد مواد غذایی مفید برای صبحانه، تعدادی از آنان به عسل، کره، مربا، شیر، نان و پنیر و نان و کره و سایر، همچنین تعداد کمی از دختران به لبنیات، گردو، خرما و خامه و تعدادی از پسران به شیرکاکائو اشاره کردند. مهم ترین دلایل مفید بودن اقلام غذایی فوق برای صبحانه از دیدگاه اکثریت دانش آموزان در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

برای دستیابی به اهداف پژوهش، راهنمای سؤالات³⁴ مربوط به گروههای هدف با دو هدف اختصاصی (کشف نظرات و عملکرد دانش آموزان در زمینه ارزیابی مصرف صبحانه، میان وعده و وجود بوفه و ارزیابی بوفه) در قالب 11 سؤال طراحی شد. راهنمای سؤالات:

1. آیا صبحانه می خورید؟ چه می خورید؟ اگر نمی خورید چرا؟
2. چه مواد غذایی برای صبحانه مفید است؟ چرا؟
3. آیا مصرف میان وعده ضروری است؟ چرا؟ در میان وعده صبح چه می خورید؟ چرا؟
4. آیا وجود بوفه در مدرسه ضروری است؟ چرا؟
5. چه چیزهایی از بوفه مدرسه می خرید؟ چرا؟
6. به نظر شما بوفه مدرسه تان خوب است یا بد؟ چرا؟
7. متصدی بوفه باید چگونه باشد (اخلاق، شرایط لباس و بهداشت فردی متصدی بوفه)؟
8. انتظار شما از بوفه مطلوب چیست؟ چرا؟
9. مواد غذایی بوفه باید چگونه باشد (نوع مواد غذایی، شرایط بهداشتی، مغذی بودن، تنوع و قیمت آن)؟
10. آیا مایل به همکاری در اداره بوفه مدرسه هستید؟ چرا؟
11. اطلاعات خود را از کجا به دست آورده اید؟

قبل از شروع عملیات میدانی برای یکسان سازی اعضای تیم پژوهشی در مورد نحوه اجرا و اداره مصاحبه گروهی متمرکز و نیز تعیین کاربری و قابلیت فهم راهنمای سؤالات یک بحث گروهی به صورت آزمایشی در یک مدرسه راهنمایی برگزار شد. تیم پژوهش را در هر مصاحبه گروهی متمرکز یک هماهنگ کننده، یک تا دو ناظر و دو یادداشت بردار تشکیل می داد. اجرای عملیات میدانی مطالعه با 240 دانش آموز از 12 مدرسه راهنمایی (6 مدرسه دخترانه و 6 مدرسه پسرانه)، در مجموع مشتمل بر 24 جلسه بحث گروهی، در هر روز کاری دو بحث گروهی در هریک از مدارس در پایه های اول و به صورت مشترک بین پایه های دوم و سوم بود که هر یک با تعداد 10-8 نفر در کتابخانه یا نمازخانه مدرسه در ساعات مدرسه تشکیل شد و هر جلسه نیز 60 دقیقه به طول انجامید. در ابتدای هر جلسه، هماهنگ کننده ضمن معرفی خود، اعضای تیم و بیان هدف مطالعه، از شرکت کنندگان درخواست می کرد در صورت تمایل خود را معرفی نمایند. سپس متذکر می گردید که شرکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه بوده و دانش آموزان در هر زمان که مایل باشند می توانند

مهم ترین دلایل مصرف این اقلام، مفید بودن برای مغز و هوش و فهم بهتر درس، داشتن ارزش غذایی (ویتامین، پروتئین، کلسیم و انرژی)، جلوگیری از ضعف و سیر شدن، محکم شدن استخوانها و جلوگیری از پوکی استخوان، مفید بودن وسلامت بدن بود. همچنین تعدادی از دختران به مناسب بودن برای سن رشد، رفع خستگی، هضم غذا، دوست داشتن، گرم نگه داشتن بدن، تامین آب بدن نیز اشاره کردند. اکثریت قریب به اتفاق دانش آموزان وجود بوفه را در مدرسه ضروری می دانستند که مهمترین دلایل آنان نیاوردن خوراکی به دلیل فراموشی، برطرف کردن ضعف و گرسنگی بود. تعدادی از دختران نیز به دیر شدن مدرسه اشاره کردند. مهم ترین خوراکی های خریداری شده توسط دانش آموزان از بوفه در جدول شماره 3 نشان داده شده است.

جدول شماره 3: مهم ترین خوراکی های خریداری شده توسط

دانش آموزان از بوفه

خوراکی های خریداری شده توسط دانش آموزان از بوفه			
دختران		پسران	
شکلات	انواع کیک	انواع ساندویچ	چیپس
بیسکویت	وکلوچه	انواع کیک و	شکلات
ساندویچ	شیر	کلوچه	بیسکویت
کالباس بستنی	ساندیس	نوشابه	ساندیس
پف فیل	آلو و آلوچه	سس سفید و	بستنی
برنجک	گندم و	قرمز	گندم برنجک
پفک	شاهدانه	پفک	شاهدانه
لواشک	آب نبات	دوغ	آش
عدسی و لوبیا	چیپس	چوب شور	آدامس
یخمک	دوغ	پفیلا	شیر و شیر کاکائو
شیرین عسل	لپ لپ	لواشک	چای
چوب شور	بادام زمینی	سویای بو داده	بستنی یخی
آدامس	جیم جیم	نوشمک	نخودچی و
	چی پف	آلوچه	کشمش
	پرتقال	ژله	آب نبات
		موز	پسته
			بستنی زمستانی

عمده ترین دلایل خرید آنان از بوفه رفع گرسنگی بود. همچنین هوس کردن، خوشمزه بودن، دوست داشتن، تفریح و سرگرمی، مقوی بودن، رفع خستگی، درس خواندن، نداشتن خوراکی، سود بردن مدرسه، توسط دختران و ضعف و دل درد، تامین انرژی، عدم دسترسی به بیرون، داشتن کلاس تقویتی بعد از ساعت درس، خوشمزه بودن، نیاوردن خوراکی، راحت تر خرید کردن و

جدول شماره 1: مهم ترین دلایل مفید بودن صبحانه از دیدگاه اکثریت دانش آموزان

مهم ترین دلایل مفید بودن صبحانه	
دختران	پسران
- داشتن انرژی	- افزایش هوش
- بهتر فهمیدن درس	- مقوی بودن
- پیشگیری از پوکی استخوان	- پیشگیری از پوکی استخوان
	- افزایش رشد قدی
	- سرحال شدن
	- بهتر فهمیدن درس
	- داشتن پروتئین و ویتامین

1-2. نظرات و عملکرد دانش آموزان در زمینه ضرورت مصرف میان وعده، بیش از نیمی از دانش آموزان پاسخ مثبت دادند و تعداد اندکی از آنان عقیده داشتند که مصرف میان وعده ضروری نمی باشد. مهم ترین دلایل ضرورت مصرف میان وعده از دیدگاه اکثریت دختران و پسران مورد بررسی در جدول شماره 2 نشان داده شده است.

جدول شماره 2: مهم ترین دلایل ضرورت مصرف میان وعده از

دیدگاه اکثریت دانش آموزان

مهمترین دلایل ضرورت مصرف میان وعده	
دختران	پسران
- ضعف نکردن	- برطرف کردن ضعف و گرسنگی
- تامین انرژی	- نیاوردن خوراکی به دلیل فراموشی
- رفع گرسنگی	- نخوردن صبحانه
- فهمیدن درس	- دیر شدن مدرسه
- افزایش هوش	- اجبار خرید از بوفه
	- برای سرگرمی و تفریح
	- تامین سلامتی
	- تقویت مغز
	- مناسب تر بودن قیمت بوفه

مهم ترین مواد مصرفی میان وعده صبح دختران مورد بررسی به ترتیب انواع کیک و کلوچه، میوه، شیر و شیر کاکائو، نان و پنیر و سایر، ساندیس، انواع ساندویچ و پسران به ترتیب میوه، انواع ساندویچ، کیک و کلوچه، لقمه نان و پنیر، چیپس و آب میوه بود.

اکثریت قریب به اتفاق آنان معتقد بودند که متصدی بوفه باید مرتب و بهداشتی باشد و از روپوش و دستکش مخصوص استفاده نماید. تعداد اندکی از دختران اظهار داشتند که متصدی بوفه باید بیش از یک نفر باشد و مستخدم نباشد.

تنها یک نفر به داشتن کارت بهداشتی متصدی بوفه اشاره کرد. همچنین تعداد کمی از از پسران اظهار داشتند افراد متفرقه داخل بوفه نباشند، متصدی بوفه سیگار نکشد و از کمک دانش آموزان نیز در اداره بوفه استفاده نماید. خوراکی های مطلوب جهت ارائه در بوفه مدارس از دیدگاه اکثریت دانش آموزان در جدول شماره 5 نشان داده شده است. تعداد اندکی نیز به میوه، نوشابه، دوغ، چای و غذاهای متنوع اشاره کردند. سویا، لواشک بهداشتی، چیپس، نان و پنیر، غذاهای بسته بندی شده، خوراکی که گرسنگی را برطرف کند، کنسرو و کمپوت، آب معدنی. هر کدام توسط یکی از پسران به عنوان خوراکی مورد علاقه در بوفه نام برده شد. اکثریت دانش آموزان به فروش عدسی و لوبیا علاقه داشتند. اکثریت قریب به اتفاق دانش آموزان دوست داشتند در بوفه مدرسه ساندویچ فروخته شود. ساندویچ های سوسیس، کالباس و همبرگر بیشتر از سایر ساندویچ ها مورد علاقه آنان بود. الویه، فلافل، کوکو، نان و پنیر، کتلت، مرغ، تخم مرغ، کباب تابه ای و ماکارونی سایر ساندویچ های مورد علاقه دختران بودند و اکثریت آنان علاقه ای به فروش ساندویچ تخم مرغ در بوفه بدلیل بو و مزه بد آن و سرد بودن نداشتند. حدود نیمی از دانش آموزان ساندویچ نان و پنیر را به سایر ساندویچ ها ترجیح می دادند.

جدول شماره 5: خوراکی های مطلوب جهت ارائه در بوفه مدارس از دیدگاه اکثریت دانش آموزان

خوراکی های مطلوب جهت ارائه در بوفه مدارس	
دخترانه	پسرانه

سرگرمی توسط پسران به عنوان سایر دلایل خرید از بوفه ذکر گردید.

2- ارزیابی بوفه

تعداد زیادی از دختران وضعیت بوفه مدرسه را متوسط تا بد می دانستند. حدود نیمی از پسران بوفه مدرسه را بد و تنها تعداد کمی از آنان در حد متوسط می دانستند. اکثریت دانش آموزان معتقد بودند که بوفه کثیف بوده، نیاز به تعمیر و رنگ دارد و فضای آن کوچک و نامرتب و وسایل غیر مرتبط در آن وجود دارد. حدود نیمی از دانش آموزان از مشکل صف (هل دادن و رعایت نکردن نوبت) و تعدادی از آنان از نامناسب بودن محل دریافت مواد غذایی (پنجره کوچک، وجود سکو جلوی بوفه) شکایت داشتند. وضعیت متصدیان بوفه در 12 مدرسه مورد بررسی از دیدگاه اکثریت دانش آموزان غیر بهداشتی بودن متصدی، نپوشیدن روپوش مخصوص و دستکش و تمیز نبودن دستها بود که در جدول شماره 4 ارائه شده است.

جدول شماره 4: وضعیت متصدیان بوفه در 12 مدرسه مورد بررسی

وضعیت متصدیان بوفه در 12 مدرسه مورد بررسی	
از دیدگاه اکثریت دانش آموزان	
دخترانه	پسرانه
- غیر بهداشتی بودن متصدی	- غیر بهداشتی بودن متصدی
- نداشتن روپوش و دستکش مخصوص	- نپوشیدن روپوش مخصوص و دستکش
- تمیز نبودن دستها	- تمیز نبودن دستها

بیش از نیمی از دانش آموزان از نامطلوب بودن ساندویچ ها (کمیت و کیفیت) و همچنین گرانی اقلام بوفه شکایت داشتند. همچنین دختران معتقد بودند خوراکی های بوفه تنوع نداشته، غیر بهداشتی و غیر مقوی می باشند.

انتظار اکثریت دانش آموزان از بوفه تمیز بودن آن ذکر شد. اکثریت قریب به اتفاق دانش آموزان معتقد بودند که بوفه باید بزرگ، مرتب، دارای قفسه بندی، یخچال و دستشویی باشد. تعدادی از آنان به کاشی و رنگ آمیزی دیوارها، مناسب بودن موقعیت مکانی بوفه، داشتن نور کافی، هواکش، استفاده از پوستر، قشنگی بوفه و مرتب بودن صف آن اشاره کردند.

انواع کیک و کلوچه	شیر و شیر کاکائو
شیر و شیر کاکائو	انواع ساندویچ
آب میوه	انواع کیک و کلوچه
خشکبار	بیسکویت
میوه	خشکبار
	نخودچی و کشمش
	کنجد و شاهدانه
	ذرت بو داده
	غذاهای پخته
	(عدسی و لوبیا، پیتزا، آش، حلیم و ماکارونی)

در این مطالعه، نتایج بحث های گروهی در دانش آموزان نشان داد که اکثریت آنان صبحانه مصرف می کردند و نان و پنیر و یا نان و پنیر و سایر از مهم ترین اقلام غذایی آنان در وعده صبحانه بود. مشابه این نتایج در مطالعات سهیلی آزاد و همکاران (1384)، نقیب زاده و همکاران (1385)، کریمی و سادات هاشمی (1385) و همکاران مشاهده می شود که اکثریت دانش آموزان صبحانه می خوردند و در بین مواد غذایی صبحانه، مصرف چای، نان و پنیر بیش از سایر مواد غذایی بوده است. وانلی و همکاران³⁵ (2005) و همکاران در ایتالیا، بلیسل و رولاند کاکرا³⁶ (2007) در فرانسه نیز در بررسی های خود دریافتند که اکثریت دانش آموزان صبحانه می خوردند و غذاهای مورد علاقه کودکان فرانسوی در وعده صبحانه اغلب غنی از شکر و چربی مانند خامه، شکلات و کیک بود.

در بررسی حاضر، مهم ترین دلایل نخوردن صبحانه، دیر شدن مدرسه و نداشتن اشتها بود. در مطالعه ای دیگر، رشیدی و همکاران (2007) نیز در خصوص دلایل حذف صبحانه در دانش آموزان به نتایج مشابهی دست یافتند. همچنین بیدگود و کامرون³⁷ (1992) نیز نشان دادند که حدود نیمی از دانش آموزان مورد بررسی میان وعده صبح را به دلایل دوست نداشتن، وقت نداشتن برای خوردن، نیاوردن خوراکی از منزل به سبب فراموشی حذف می کردند. در مجموع به نظر می رسد که اکثریت دانش آموزان معمولاً صبحانه می خوردند. همچنین مصرف صبحانه در دانش آموزان ایرانی از الگوهای تقریباً مشابه و سنتی پیروی می کند که با الگوی صبحانه در سایر کشورها تا حدودی متفاوت می باشد. با این وجود، دلایل حذف وعده صبحانه در این سنین تقریباً یکسان می باشد.

در مطالعه حاضر حدود نیمی از دختران در میان وعده صبح انواع کیک و کلوچه و اکثریت پسران میوه، انواع ساندویچ و کیک را مصرف می کردند. حدود نیمی از دختران مواد غذایی مفید برای میان وعده را میوه و مغزها و پسران میوه، شیر و شیر کاکائو می دانستند که مهم ترین دلایل انتخاب آنان مفید بودن برای هوش و فهم بهتر درس، داشتن ارزش غذایی، جلوگیری از ضعف و سیر شدن، سلامت بدن، محکم شدن و جلوگیری از پوکی استخوان، مناسب بودن برای سن رشد و رفع خستگی بود. بررسی سهیلی آزاد و همکاران (1384) نیز نشان داد که اکثریت دانش آموزان میان وعده صبح را مصرف می کردند و بیشترین درصد فراوانی میان وعده

حدود نیمی از پسران به خوراکی های بهداشتی، سالم، متنوع و با ارزش تغذیه ای بالا و مقوی و تعداد کمی از آنان به ارزان و مناسب بودن قیمت خوراکی های بوفه، ساندیس و خوراکیهای استاندارد اشاره کردند.

اکثریت دانش آموزان به مشارکت در اداره بوفه خود علاقمند بودند. تنها تعداد اندکی مخالف بودند که دلیل آن را دانش آموز بودن و مغرور بودن اعلام کردند. دلایل علاقه آنان به مشارکت در اداره بوفه عبارت بود از: راضی کردن بچه ها و اعمال نظرات آنان، بهداشتی کردن بوفه، نظارت و کمک به متصدیان بوفه، آگاهی از نیاز بچه ها. سایر دلایل دختران برقراری ارتباط موثر، اطلاع از وضعیت بوفه، رابط بین بچه ها و بوفه، فروش بهتر و سایر دلایل پسران بهداشتی کردن بوفه، آوردن غذای سالم، آگاهی از وضعیت مدرسه بود.

اکثریت دانش آموزان اطلاعات خود را به ترتیب از تلویزیون، والدین، کتابهای غیر درسی، پزشک، مجله و روزنامه، معلم کسب کرده بودند. مربی بهداشت، مدرسه و تجربیات خودشان، رادیو، رسانه ها، خویشاوندان، همکلاسی ها سایر منابع اطلاعاتی تعدادی از دختران به شمار می رفتند. همچنین بزرگترها، جامعه، مغازه، بحث گروهی، مطالعه، پوستر و اینترنت هر کدام توسط یکی از دختران به عنوان منبع اطلاعات ذکر شد. پوستر تنها توسط یکی از پسران به عنوان منبع اطلاعاتی ذکر گردید.

بحث و نتیجه گیری

³⁵ -Vanelli et al

³⁶ -Bellisle Rolland- Cachera

³⁷ -Bidgood & Cameron

همکاران، 2004) در دانش آموزان مقطع راهنمایی در جنوب شرقی تگزاس، دریافت که دسترسی به بوفه موجب مصرف کمتر میوه، سبزی و شیر و مصرف بیشتر نوشیدنی و چیپس شد. کیوبیک و همکاران⁴² (2003) در آمریکا، در زمینه مصرف میوه و سبزی در دانش آموزان نیز نتایج مشابهی را گزارش کردند. به نظر می رسد محدودیت دسترسی به غذاهای سالم در مدرسه بر الگوی غذایی دانش آموزان تاثیر گذار باشد (کولن و همکاران، 2007؛ زینر و همکاران، 1999؛ کرول و همکاران، 2001). علی رغم ضرورت و اهمیت وجود بوفه سالم و استاندارد در مدرسه، به نظر می رسد نه تنها بوفه های مورد بررسی در مطالعه حاضر، بلکه بیش از نیمی از بوفه های مدارس کل کشور در وضعیت نابسامانی قرار دارند که این امر تا حدودی بیانگر عدم کارایی آیین نامه های اجرایی موجود می باشد (متقیان منظم و همکاران، 1384). کو و ندو⁴³ (2004) در مطالعه ای در ماسوچوست به روش بحث گروهی دریافتند که ارائه برنامه غذایی با کیفیت خوب نه فقط به همکاری و مساعدت مدیران و کارکنان مدرسه بلکه به حمایت والدین، جامعه و رسانه ها نیز نیازمند می باشد.

در این بررسی، مهمترین منابع اطلاعاتی دانش آموزان به ترتیب تلویزیون، والدین و کتابهای غیر درسی بود. از تلویزیون بعنوان مهم ترین و تاثیر گذارترین ابزار آموزشی و همچنین قدرتمندترین رسانه تبلیغاتی نام برده شده است (عبداللهی و همکاران، 1384). بطوریکه در مطالعه اوزیمک و روگ واسکا⁴⁴ (1999) با بررسی منابع اطلاعات تغذیه ای موثر در تصمیم گیری خرید مواد غذایی، دریافتند که تلویزیون و مطبوعات قابل استفاده ترین منابع اطلاع رسانی درباره غذا بوده است. نتایج بررسی دونکی و همکاران⁴⁵ (1992) نشان داد که سهم قابل توجه ای از غذاهایی را که کودکان تقاضای خرید آن را کرده اند در طی 6 ماه گذشته از تلویزیون پخش شده بود. همچنین، یافته های بررسی گرونی و همکاران⁴⁶ در سال 1999 نشان داد که کودکانی که بیشتر تلویزیون تماشا می کردند غذاهای "ناسالم" را بیش از غذاهای "سالم" مصرف کرده بودند.

در مجموع، پژوهش حاضر گویای آن است که سهم عمده ای از میان وعده مصرفی دانش آموزان توسط بوفه مدرسه تأمین می

مصرفی مربوط به بیسکویت و کلوچه و میوه و آب میوه بود. همچنین ایزدی فرد و همکاران (1383) نیز نشان دادند که پر مصرف ترین میان وعده به ترتیب بیسکویت، کیک، چیپس، پفک، میوه، شیر و شیرکاکائو، نان و پنیر و انواع ساندویچ بود. در مطالعه وانلی و همکاران (2005) بیشترین درصد فراوانی میان وعده مصرفی دانش آموزان انواع کیک و شیر بود. در مطالعه کراس و همکاران³⁸ (1994) گزارش شد که اکثریت دانش آموزان یک یا چند میان وعده در روز و عمدتاً شیرینی مصرف می کردند. همچنین برای انتخاب میان وعده به ترتیب به ویژگی های طعم، وضعیت تغذیه ای بهداشتی و تازگی اهمیت می دادند. با توجه به نتایج ذکر شده به نظر می رسد مصرف میان وعده صبح در بین دانش آموزان نسبتاً معمول و پر مصرف ترین میان وعده آنان انواع کیک بوده است. همچنین با وجود آگاهی آنان از اهمیت مزایای مصرف میان وعده مناسب، مصرف تنقلات کم ارزش و غیر مغذی در ساعات حضور در مدرسه مقدار زیاد دیده می شود. در این بررسی همه دانش آموزان وجود بوفه را در مدرسه به دلایل نیابردن خوراکی در اثر فراموشی، دیر شدن مدرسه، برطرف کردن ضعف و گرسنگی ضروری می دانستند. کرول و همکاران³⁹ (2001) و زینر و همکاران⁴⁰ (1999) در دو مطالعه به روش بحث گروهی در مینه سوتا آمریکا بر روی دانش آموزان دریافتند که کمبود وقت، گرسنگی و تمایل به غذا، آماده و در دسترس بودن غذا، تاثیر والدین (مثل فرهنگ یا مذهب خانواده)، سالم بودن غذا، تصویر بدن، عادت، قیمت و پیروی از رژیم گیاهخواری عوامل تاثیر گذار بر انتخابهای غذایی و رفتارهای خوردن بودند. در حالی که حدود نیمی از دانش آموزان در مطالعه حاضر وضعیت بوفه مدرسه را بد می دانستند، تعداد زیادی از آنان خوراکی خود را از بوفه تهیه می کردند. همچنین اکثریت آنان معتقد بودند که فضای فیزیکی بوفه، تجهیزات، متصدی و اقلام غذایی موجود در آن از وضعیت مطلوبی برخوردار نمی باشند. کولن و همکاران⁴¹ (2007) نیز در یک مطالعه آزمایشی 6 روزه به صورت بحث گروهی در آمریکا نشان دادند که دانش آموزان معتقدند که همیشه اقلام غذایی تازه یا سالم در دسترس آنها نمی باشد و بوفه های مدرسه مواد غذایی مثل بستنی، چیپس و شیرینی دارند و دستگاه سکه ای همواره نوشیدنی های شیرین ارائه می کند. همچنین، اغلب آنان مطرح نمودند که از ارائه میوه و سبزی تازه در بوفه استقبال می کنند. این محقق در مطالعه دیگری (کولن و

⁴² - Kubik et al

⁴³ - Cho & Nadow

⁴⁴ -Ozimek & Rogowska

⁴⁵ -Donki et al

⁴⁶ -Goni et al

³⁸ -Cross et al

³⁹ - Croll et al

⁴⁰ - Sztainer et al

⁴¹ - Cullen et al

شود که با الگوی میان وعده مطلوب فاصله زیادی دارد، در حالیکه بوفه می تواند با افزایش دسترسی فیزیکی از طریق افزایش تنوع اقلام غذایی با ارزش تغذیه ای و با روشهای آموزشی غیر مستقیم و جلب مشارکت فعال دانش آموزان در اداره بوفه به عنوان پنجره ای در جهت ایجاد تغییر رفتار موثر و در دانش آموزان عمل نماید. بدیهی است بهره گیری از مشارکت همه جانبه دانش آموزان، والدین و کارکنان کلیدی مدارس و حمایت رسانه ها تاثیر به سزایی در گسترش سیاست های تغذیه ای جامع در مدارس خواهد داشت.

تشکر و قدردانی

پرورش شهر تهران، دفتر سلامت و تندرستی منطقه 4 آموزش و پرورش، کادر آموزشی مدارس راهنمایی این منطقه و همچنین دانش آموزان این مدارس که بدون همکاری آنان انجام این مطالعه میسر نمی گردید، تشکر و قدردانی می نمایند.

نگارندگان، بدینوسیله از شورای محترم پژوهشی انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور، به جهت تشخیص ضرورت و حمایت از اجرای تحقیق، سازمان آموزش و

منابع

- آذر م عزت زاده ز (1377). گزارش نهایی طرح امنیت غذا و تغذیه کشور: مطالعات الگوی برنامه ریزی و اجرا (مابا)، مطالعات صنایع تبدیلی غذا (بخش غذاهای ویژه).
- آصف زاده س (1382). استفاده از رویکردهای کمی و کیفی در پژوهش های علوم پزشکی. *مجله پژوهش در پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی*. 27 (1) 75-71.
- امیدوار ن (1379). الگوی مصرف و انتخابهای غذایی نوجوانان: روشها، یافته ها و نیازهای پژوهشی. *پنجمین کنگره تغذیه ایران، امنیت غذا و تغذیه خانوار*. تهران.
- ایزدی فرد ش اقتصادی ش امیدوار ن (1383). بررسی وضعیت اضافه وزن و چاقی در دختران نوجوان شهر تبریز و برخی عوامل تغذیه ای مرتبط با آن. *هشتمین کنگره تغذیه ایران*. تهران.
- دفتر بهبود تغذیه جامعه با همکاری دفتر امور زنان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (1382). *مجموعه آموزشی تغذیه در سنین مدرسه برای کارکنان بهداشتی، درمانی و مراقبین بهداشت مدارس*. تهران، انتشارات آرویح.
- زمانی ق و هلاکوئی نائینی ک (1384). ارزیابی نیازهای تندرستی، *روش شناسی پژوهش های کاربردی در علوم پزشکی*، تهران، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- سهیلی آزاد ع و همکاران (1384). بررسی دریافت های غذایی دانش آموزان مدارس ابتدایی شهر تهران. *مجله پژوهش در پزشکی*. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. 29 (2) 165-168.
- عبدالهی م و همکاران (1384). وضعیت آموزش تغذیه و عوامل مؤثر بر آن از دیدگاه مادران و کودکان دبستانی تهران: یک مطالعه کیفی. *فصلنامه پایش*. 5، 228-221.
- کریمی ب و سادات هاشمی م (1385). بررسی وضعیت دریافت صبحانه و میان وعده در دانش آموزان شهر سمنان سال 1385. *نهمین کنگره تغذیه ایران*. تبریز.
- متقیان منظم م جلالی ن و ناوی پور ر (1384). وضعیت بوفه های مدارس کشور در سال تحصیلی 83-1382. *فصلنامه بهداشت مدارس ایران*. 2.

- نقیب زاده س م و همکاران (1385). بررسی صبحانه و تاثیر آن بر وضعیت تغذیه ای دانش آموزان شهر یزد در سال تحصیلی 1383-84. *نهمین کنگره تغذیه ایران، تبریز*.

-Ansari SA (1989). *Food consumption pattern in pre lunch snack of school children (grade 1) in Ahwaz*. Ahwaz, Jondi Shapoor University.

-Bellisle F Rolland-Cachera M F (2007). Three consecutive (1993, 1995, 1997) surveys of food intake, nutritional attitudes and knowledge, and lifestyle in 1000 French children, aged 9-11 years. *Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association*, 20 (3) 241-251.

-Bidgood BA & Cameron G (1992). Meal /snack missing and dietary adequacy of primary school children. *Journal of the American Dietetic Association*, 53 (2) 164-167.

-Blum RW (1991). Global trends in adolescent health. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 265(20)2711-2719.

-Cho H Nadow MZ (2004). Understanding barriers to implementing quality lunch and nutrition education. *Journal of Community Health*, 29 (5) 421-435.

-Croll J et al (2001). Healthy eating: What does it mean to adolescents? *Journal of Nutrition Education*, 33(4) 193-198.

-Cross A T et al (1994). Snacking patterns among 1,800 adults and children. *Journal of the American Dietetic Association*, 94(12) 1398-1403.

-Cullen KW et al (2007). Improving the school food environment: Results from a pilot study in middle schools. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(3) 484-489.

-Donkin AJ et al (1992). Children's foods preferences: Television advertising nutritional advice. *British Food Journal*, 94 (9) 6-9.

-Goni MC et al (1999). The factors related to eating behaviors in a juvenile urban population. *Atencion Primaria*. 23(1)32-37

-Kelder SH et al (1994). Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors. *American Journal of Public Health*. 84 (7) 1121-1126.

-Kitzinger J (1994). The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16 (1) 103-121.

-Kubik MY et al (2003). The association of the school food environment with dietary behaviors of young adolescents. *American Journal of Public Health*, 93 (7) 1168-1173.

-Moghaddam N (1998). *Effect of Consumption of Snacks on Learning Capacity and School children in Tehran*. Tehran, Tehran Medical University.

- Ozimek I Rogowska K (1999). The role of selected sources of information in the process of food purchase decision making. *Annals of Warsaw Agricultural University Food Technology Nutrition and Consumers Sciences*. 21. 51-64.
- Rahmani K (1998). *Effect of Consumption of Snacks on Learning Capacity and School Children in Tehran*. Tehran, Tehran Medical University.
- Rashidi A et al (2007). Obese and female adolescents skip breakfast more than their non-obese and male peers. *Central European Journal of Medicine*. 4 (2) 481-487.
- Sztainer DN et al (1999). Factors influencing food choices of adolescents: Finding from focus-group discussions with adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 99 (8) 929-937.
- Vanelli M et al (2005). Breakfast habits of 1,202 Northern Italian children admitted to a summer sport school. Breakfast skipping is associated with overweight and obesity. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*. 76 (2) 79-85.
- WHO (1989). Young people's health challenge for society. Technical Report Series. Geneva.
- Zareh B & Aminpour A (1997). *Food Habits of School Children in Tehran*. National Nutrition and food Technology Research Institute. Tehran, Shaheed Beheshti Medical University.

بررسی فعالیتهای زندگی روزانه سالمندان ساکن در سرای سالمندان کردستان

* محمد فتحی⁴⁷، دکتر فریده یغمایی⁴⁸، سیروس شهسوار⁴⁹

چکیده

مقدمه: سالمندی پدیده اجتناب ناپذیری است که در پایان دوره رشد در همه اشخاص به تدریج شروع می شود و در نتیجه ترکیب بدن تغییر کرده و کارایی اعضاء و اندام ها کاهش می یابد و به درجات مختلف توان جسمانی فرد را تحت تأثیر قرار می دهند. تحلیل قوای جسمانی و محدودیت های ناشی از آن ضمن اینکه استقلال فرد را کاهش می دهد وابستگی به دیگران را بیشتر می کند و گزارشات سازمان بهداشت جهانی حاکی از این است که عدم فعالیت یا زندگی بی تحرک یکی از علل ناتوانی و مرگ در کل جهان است.

هدف: این پژوهش به منظور تعیین وضعیت فعالیتهای فیزیکی، شناسایی مشکلات و نیازهای واقعی سالمندان ساکن در سرای سالمندان سنندج و برنامه ریزی بهداشتی و مراقبتی براساس نیاز آنها انجام گرفت.

مواد و روشها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی است. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه، مشاهده، مصاحبه و ابزار 20 عبارتی «استقلال فعالیتهای زندگی روزانه» که شامل تمام فعالیتهای زندگی روزانه است و در سال 1384 طراحی و معرفی شده است جهت ثبت مشخصات و تعیین فعالیت فیزیکی روزانه 88 نفر سالمند (سن بالای 65 سال) ساکن در دو مرکز نگهداری سالمندان دولتی و خصوصی سنندج استفاده شده است. در این ابزار درجه استقلال به دو قسمت تقسیم شده است و دامنه پاسخ این ابزار 5 درجه و شامل: مستقل مطلق، مطلق نسبی، وابسته نسبی، وابسته مطلق و عدم انجام به علت غیر از سلامتی، تقسیم می شود و نمرات به ترتیب از 0-4 جهت هر مورد محاسبه و در نتیجه امتیاز مددجویان بین 20-80 و کمتر خواهد بود. داده ها با استفاده از نرم افزار اسپس اس و آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: 51 درصد سالمندان مرد، 56 درصد در گروه سنی 65-75 سال، 88 درصد بیسواد، 61 درصد از سایر شهرستانها مراجعه نموده بودند، 42 درصد سالمندان کمتر از سه سال در سرای سالمندان سکونت داشته، تعداد 6 نفر (6/82 درصد) در گروه مستقل مطلق، 51 نفر (57/95 درصد) در گروه مستقل نسبی، 26 نفر (29/55 درصد) در گروه وابسته نسبی و 5 نفر (5/68 درصد) در گروه وابسته مطلق قرار گرفتند و برای کلیه فعالیت های روزمره شخصی خود نیاز به مساعدت مستمر مراقبین و کارکنان سرای سالمندان دارند.

بحث و نتیجه گیری: گذراندن دوره سالمندی در سرای سالمندان نیازمند حفظ فعالیت روزمره و انجام بعضی از مسئولیت های مراقبت از خود است. فعالیت سالمند، برای حرکت و خود استقلالی به حفظ سلامت وی کمک می کند ولی عدم فعالیت می تواند نیاز او را به مراقبت دهنده و وسایل کمکی، حرکتی افزایش دهد. هنگامی می توان به اهمیت محدودیت حرکتی سالمندان پی برد که وضعیت فعالیت حرکتی آنان با استفاده از ابزار مناسب مورد بررسی قرار گیرد تا ملاکی برای پیش بینی و برنامه ریزی خدمات بهداشتی و مراقبتی و سرانجام خود مراقبتی و ارتقاء سلامت آنان در دست باشد. با توجه به جامع بودن ابزار فوق الذکر استفاده از آن توصیه می شود.

کلید واژه ها: فعالیت های روزانه زندگی، سالمندان، سرای سالمندان.

تأیید مقاله: 1387/4/25

دریافت مقاله: 1386/12/10

⁴⁷ - مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان (نویسنده مسئول مکاتبات).

آدرس پست الکترونیکی: Fathi_sanani@yahoo.com

⁴⁸ - دانشیار گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.

⁴⁹ - مربی گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان.

مقدمه

صد سال قبل امید به زندگی کمتر از 48 سال بود. یعنی افراد امیدی به زندگی بیش از 50 سالگی را خواب و رؤیا می دانستند. ولی پیش بینی می شود تا سال 2025 حدود 1/2 میلیارد نفر سن بالای 60 سال در جهان وجود خواهد داشت و 25 سال دیگر جمعیت سالمند ایران 20 درصد کل کمیت یعنی 18 میلیون نفر خواهد بود. (انصاری پور و وثوق، 1386).

با پیشرفت تکنولوژی و افزایش روزافزون علم در اجتماع و بخصوص پیشرفت های علمی، بهداشتی و صنعتی در طول قرن بیستم و همچنین صنعتی شدن اجتماع، بیماریهای عفونی جای خود را به بیماریهای مزمنی همچون سرطان ها و بیماری های قلبی، عروقی و تصادفات داده است. افزایش امید به زندگی و نیز وجود تفکرات و برنامه ریزی کنترل جمعیت سبب شده است که جمعیت افراد مسن و سالمند در اکثر نقاط جهان افزایش یابد و کشور ایران نیز از این قاعده مستثنی نبوده و جمعیت سالمند آن، روز به روز افزایش می یابد (بابایی و همکاران، 1384).

دلوریان زاده و همکاران (1385) می نویسند براساس نتایج حاصل از سرشماری عمومی کشور در سال 1375 تعداد سالمندان بالای 65 سال 6/6 درصد می باشد و در حال حاضر بیش از 4 میلیون سالمند بالای 60 سال در کشور ایران زندگی می کنند که پیش بینی می شود در سال 1400 این رقم به بیش از 10 میلیون برسد.

تعداد سالمندان استان کردستان حدود 120 هزار نفر و معادل 7 درصد جمعیت استان می باشد که پیش از انقلاب اسلامی چهار درصد جمعیت استان سالمند بودند (صارم، 1385).

با افزایش تعداد سالمندان، ناتوانی در جامعه افزایش می یابد. تغییرات سالمندی با مشکلات بهداشتی و کاهش سطح فعالیت همراه بود و سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه ای نظیر افزایش ابتلا به بیماریهای مزمن، تنهایی، عدم برخورداری از حمایت های اجتماعی و کاهش استقلال فردی هستند (ساینفلد و همکاران⁵⁰، 1999). از طرفی سالمندی با کاهش کیفیت زندگی همراه است و سالمندانی که در زندگی روزانه نیاز به کمک اطرافیان و مراقبین دارند از سطح کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بوده و در حقیقت علائم متعددی که نیاز به مراقبت

پرستاری را در آنها مطرح می سازد دارا هستند (هل ستروم و لینک⁵¹، 2004).

اکثر کشورهای در حال توسعه تاکنون پیچیدگی های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی انتقال جمعیتی که به «پیر شدن ملت ها» مشهور است را درک کرده اند. موضوع مهم این است که با گذشت زمان شمار سالمندان با نرخ رشد فزاینده تری از کل جمعیت افزایش خواهد یافت. در حال حاضر در اغلب کشورهای منطقه، افراد 60 سال و بالاتر 4-5 درصد کل جمعیت را تشکیل می دهند و هر سال این تعداد افزایش یافته و پیش بینی می شود که ظرف ده سال آینده جمعیت سالمندان 8-10 درصد کل جمعیت را تشکیل خواهد داد. لذا لازم است اقدام عاجلی جهت روبرو شدن با این وضعیت در آینده نزدیک صورت پذیرد. برنامه ریزی برای پدیده سالمندی قبل از آن که یک موقعیت بحرانی پدید آید، یک اقدام کاملاً الزامی است تا سالمند بتواند از دوران سالمندی، شاد و لذت برده و به عنوان یک جزء یکپارچه با جامعه تلقی شود (سازمان جهانی بهداشت، 1380).

صادقی (1380) معتقد است که در دوران سالمندی خطرات بی حرکتی افزایش می یابد. فعالیت، اعتماد به نفس را در سالمندان تقویت نموده و آنان را از سکون، بی ثمری، بی احساسی و بی اهمیت بودن دور می سازد. برای حفظ سلامتی، توصیه می شود که انجام فعالیت در سالمندان تشویق و تقویت گردد، زیرا یکی از مؤثرترین روشهای پیشگیری از اختلالات دوران سالمندی فعالیت بدنی است.

گذراندن دوره سالمندی در خانه سالمندان نیازمند حفظ فعالیت روزمره و تضمین بعضی از مسئولیت های مراقبت از خود است. فعالیت سالمند، برای حرکت و خود استقلالی به حفظ سلامت وی کمک می کند ولی عدم فعالیت می تواند نیاز او را به مراقبت دهنده و وسایل کمکی افزایش دهد. هنگامی می توان به زوایای خطر محدودیت حرکتی سالمندان پی برد که وضعیت فعالیت آنان از نزدیک و با مشاهده مستقیم بررسی شود.

سازمان بهداشت جهانی چنین استدلال می کند که کشورها قادرند از عهده سالمندی برآیند، در صورتی که دولتها، سازمانهای بین المللی و جوامع مدنی، سیاستها و برنامه هایی در رابطه با سالمندی پویا اتخاذ نمایند تا سلامت، مشارکت و امنیت شهروندان سالمند را ارتقاء دهند که این امر نیاز به برنامه ریزی و

⁵¹-Hellstrom & link

⁵⁰-Suinfeld et al

در به جامعه و استفاده از ماشین خود بوده اند از وضعیت سلامت بهتری برخوردارند.

کاست و همکاران (2000) مطالعه ای را تحت عنوان بررسی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانه های سالمندان در کشور انگلستان انجام دادند در پایان چنین نتیجه گیری کردند که سالمندان دارای کیفیت زندگی پایینی در ابعاد روانی و اجتماعی و کیفیت زندگی متوسطی در بعد جسمی داشتند.

عالیپور و همکاران (1383) به منظور آشنایی با وضعیت فعالیت فیزیکی سالمندان پژوهشی تحت عنوان وضعیت فعالیت روزمره زندگی سالمندان و ارتباط آن با برخی عوامل فردی انجام دادند. مطالعه به روش توصیفی و از بین سالمندان 65 سال به بالای مقیم در سرای سالمندان اصفهان انجام شد و تعداد 125 نفر سالمند به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. وضعیت فعالیت فیزیکی با ابزار استاندارد اندکس بارتل مورد مشاهده و بررسی قرار گرفت. بطور همزمان مشخصات فردی و ارزیابی سلامت شخصی و بیماری های محدود کننده حرکت بررسی شد. نتایج یافته های پژوهش نشان داد میانگین و انحراف معیار سن آنها $70/78 \pm 5/6$ ، اکثریت بی سواد و 94 درصد آنان اقامت دائم داشتند و 83 درصد آنان نگرش متوسط تا ضعیف نسبت به سلامت خودشان داشتند. اکثریت سالمندان نمرات شاخص بارتل کمتر از 90 داشتند و از نظر آماری فعالیت روزمره با سن و جنس و نوع اقامت ارتباط داشت. بعلاوه یافته ها نشان داد بین مدت اقامت و نگرش نسبت به سلامتی با فعالیت روزمره ارتباط معنی داری وجود داشت.

با توجه به افزایش جمعیت سالمندی و مطرح بودن نیازهای خاص این مرحله از زندگی، مشخص نمودن وضعیت محدوده حرکتی، فعالیت، نیاز به کمک مراقبین و یا وسایل کمکی و مکانیکی می تواند معیار مناسبی برای پیش بینی و برنامه ریزی خدمات بهداشتی و مراقبتی باشد. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت فعالیت روزمره زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندان سنندج انجام شد.

مواد و روشها

این پژوهش، مطالعه ای توصیفی است که در زمستان 1385 انجام گرفت. هدف از این مطالعه تعیین سطح استقلال فعالیت های فیزیکی روزانه سالمندان ساکن در سرای سالمندان

اجرا دارد. در تمام کشورها و به ویژه کشورهای در حال توسعه، کمک به سالمند برای حفظ سلامتی و فعالیت آنان نه تنها یک تجمل نیست بلکه یک ضرورت محسوب می گردد (میلر و همکاران، 2000⁵²).

اتخاذ سیاست های مناسب در جهت ارتقاء وضعیت جسمی، روحی و اجتماعی سالمندان، از اهمیت والایی برخوردار است. با اینکه از نظر فرهنگی مردم ایران مایلند که با سالمندان خانواده زندگی کنند و به شکلی از آنها مراقبت نمایند. ولی به علل مختلف بعضی از سالمندان ناچار به زندگی در مراکز نگهداری دولتی و خصوصی شده و نیازمند دریافت مراقبت و یا خدمات برای زندگی روزمره می گردند. توجه به وضعیت زندگی و فعالیت فیزیکی سالمندان یکی از موضوعات مهم بهداشتی است که باید امروز به فکر آن بود زیرا فردا دیر است (عالیپور و همکاران، 1384).

مطالعه ای در فرانسه در سال 1992 توسط باربرگر و همکاران⁵³ نیز نشان داد که براساس شاخص بخش سلامت، میزان وابستگی سالمندان جامعه بین 9/7-71/9 متفاوت بوده است و در نمره شاخص بارتل سالمندان معلول نیازمند مراقبت های طولانی مدت بوده و نمره آنان با کیفیت زندگی آنان ارتباط معنی داری داشت. پژوهشگران می نویسند برای ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان ساکن مراکز سالمندی لازم است وضعیت فعالیت روزمره زندگی آنان را بهبود یابد.

نتایج مطالعه چان و همکاران⁵⁴ 1999 در سنگاپور نشان داد که 17 درصد سالمندان جامعه حداقل در یکی از عملکردهای فعالیت روزمره وابستگی داشته و بی اختیاری ادرار مهمترین مشکل موجود در شاخص بارتل بوده است و 10/4 درصد سالمندان حداقل به یک نوع وسیله کمکی برای فعالیت روزمره وابسته بوده اند.

در پژوهش کاستا و همکاران⁵⁵ در اسپانیا در سال 2000 که در ناحیه شهری انجام گرفت فعالیت های مرتبط با حرکت سالمندان مانند استفاده از پله، خروج از تخت و انتقال به صندلی با وضعیت سلامت ارتباط داشته و کسانی که نمره خوب و متوسطی از شاخص بارتل کسب نموده بودند، قادر به حرکت

⁵²-Miller et al

⁵³-Barberger et al

⁵⁴-Chan et al

⁵⁵-Costa et al

جنس و یا مقررات مراکز نگهداری بوده و بتوان آن را از موارد عدم توانایی تفکیک کرده در نتیجه امتیاز مددجویان براساس طراحی زیر محاسبه می شود.

امتیاز: 80-60 مستقل مطلق

امتیاز: 60-40 مستقل نسبی

امتیاز: 40-20 وابسته نسبی

امتیاز: 20 و کمتر وابسته مطلق

جهت دقت در تکمیل پرسشنامه فقط از یک نفر پرسشگر (پرستار) استفاده گردید که پس از آموزش های لازم از جمله تشریح اهداف پژوهش و روش انجام کار در چندین نوبت از سرای سالمندان بازدید به عمل آمد و پس از هماهنگی با مسئولین ذیربط و اجازه از مددجویان و جلب همکاری کارکنان، مددکاران و مراقبین نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام گردید و پس از کدگذاری، اطلاعات با استفاده از نرم افزار آماری اس پی اس اس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده گردید.

جدول شماره 1: جمع بندی استقلال فعالیتهای روزانه سالمندان

ساکن در سرای سالمندان		
درصد	تعداد	استقلال فعالیتهای روزانه
6/82	6	مستقل مطلق
57/95	51	مستقل نسبی
29/55	26	وابسته نسبی
5/68	5	وابسته مطلق
100	88	جمع

یافته ها

یافته های پژوهش نشان داد که تعداد افراد مورد پژوهش 88 نفر، 51 درصد مرد، سن 56 درصد در گروه 65-75 سال، 88 درصد بیسواد، 47 درصد خانه دار، 43 درصد نیز قبل از مراجعه به سرای سالمندان شغل آزاد داشته، 61 درصد از سایر شهرستانهای استان مراجعه نموده و به همین میزان نیز متأهل، 84 درصد دارای فرزند بودند، 42 درصد کمتر از سه سال در سرای سالمندان سکونت داشته، تمامی واحدهای مورد پژوهش به صورت شبانه روزی ساکن بوده و از نظر میزان و نحوه ارتباط با

تحت پوشش سازمان بهزیستی کردستان در دو مرکز دولتی و خصوصی بود. جامعه آماری این پژوهش سالمندان ساکن در سرای سالمندان شهرستان سنندج بودند. اندازه نمونه برابر با جامعه پژوهش بود ولی نظر به اینکه همه افراد ساکن در سرای سالمندان سالمند محسوب شدند، افرادی که سن آنها کمتر از 65 سال بود از جامعه آماری این پژوهش حذف شدند. روش نمونه گیری مبتنی بر هدف بوده و با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی و با حضور پرسشگران و کارمندان سرای سالمندان و با مشاهده و مصاحبه با مددجو پرسشنامه ها تکمیل گردید. روش جمع آوری داده ها پرسشنامه مربوط به مشخصات مددجویان و ابزار استقلال فعالیت های زندگی روزانه⁵⁶ بود. پرسشنامه اول شامل 20 سؤال که علاوه بر مشخصات فردی سالمند، میزان و نحوه اقامت ارتباط با خانواده و چگونگی استفاده از وسایل و تجهیزات پزشکی در جهت انجام بهتر فعالیتهای روزانه را مورد سنجش قرار داد و پرسشنامه دوم 20 سوال سطح فعالیت های فیزیکی را مورد بررسی قرار داد.

ابزار مورد استفاده در سال 1384 توسط یغمایی طراحی و معرفی شده است و با توجه به اینکه این ابزار از سایر ابزارهای تعیین سطح فعالیتهای فیزیکی از جمله فعالیتهای زندگی روزانه از جمله کاتز⁵⁷ (1963)، ایندکس بارت هل⁵⁸ (1965)، پرسشنامه بررسی سلامت استانفورد⁵⁹ (1980)، پرسشنامه 5 عبارتی فعالیت های زندگی روزانه فیلبام⁶⁰ (1985) و فعالیت های زندگی روزانه کمپکن و سورمیجر⁶¹ (1990) مناسبتر بوده و تمام فعالیت های لازم برای زندگی مستقل یک فرد رادر بر می گیرد و قادر به اندازه گیری کامل و وسیع آنها می باشد، در این پژوهش استفاده شده است.

در این ابزار درجه استقلال 5 درجه و شامل مستقل مطلق، مستقل نسبی، وابسته نسبی، وابسته مطلق و عدم انجام به علت غیر سلامتی تقسیم می شود و نمرات به ترتیب از 0-4 جهت هر درجه محاسبه می شود. مورد «عدم انجام به علت غیر سلامتی» در پاسخهایی مورد توجه قرار می گیرد که مربوط به

⁵⁶ - ISADL (Independency Scale of Activities of Daily Living)

⁵⁷ - Katz

⁵⁸ - Barthel Index

⁵⁹ - Stanford

⁶⁰ - Fillenbaum

⁶¹ - Kempken & Suurmeijer

عبارت دیگر، این گروه از سالمندان ارائه راهنمایی و یا کمک بیشتری جهت امورات شخصی لازم داشتند و خود تنها بخشی از این نیازها را می توانستند برطرف نمایند. یک نفر مستقل مطلق، 19 نفر (21/59 درصد) در گروه مستقل نسبی و تعداد 13 نفر (14/77) درصد در گروه وابسته مطلق بودند یعنی خودشان نمی توانستند این فعالیت ها را شروع و به اتمام برسانند و کل فرایندهای کاری این امورات توسط مراقبین صورت می گرفت.

بررسی اطلاعات مربوط استقلال فعالیت های تغذیه ای و دارویی سالمندان که شامل خوردن و آشامیدن، طبخ و گرم نمودن غذا و انجام اعمال مربوط به دارو درمانی نشان داد که تنها یک نفر در گروه مستقل مطلق، اکثریت یعنی 48 نفر (54/54 درصد) در گروه وابسته نسبی 38 نفر (43/18 درصد) مستقل نسبی و یک نفر وابسته مطلق بودند.

همچنین بررسی نتایج نشان داد که استقلال فعالیت های پوششی مانند پوشیدن لباس، شستن و اتو کردن لباس ها بعد از فعالیت های حرکتی بیشترین میزان استقلال را به خود اختصاص داده و تعداد 32 نفر (36/36 درصد) در گروه استقلال مطلق 23 نفر (26/14) مستقل نسبی، 26 نفر (29/54 درصد) وابسته نسبی و تنها 7 نفر (7/96 درصد) در گروه وابسته مطلق قرار داشتند.

در مجموع تنها 6 نفر در امورات مختلف در گروه مستقل مطلق و 51 نفر (حدود 58 درصد) در گروه مستقل نسبی و 26 نفر (معادل 29/55 درصد) در گروه وابسته نسبی و 5 نفر (معادل 5/68 درصد) در گروه وابسته مطلق قرار داشتند که باید در تمام زمینه های مراقبتی درمانی، بهداشتی، تغذیه ای، دارویی و... مورد حمایت جدی قرار بگیرند.

بحث و نتیجه گیری

فرد سالمند در فعالیت های جسمی دچار محدودیت هایی می گردد و مانند سابق نمی تواند در فعالیت های اجتماعی شرکت داشته باشد. لذا به ناچار کمی از اجتماع دور می گردد ولی سالمندان مقیم آسایشگاه وضعیتی به شدت وخیم تر از سالمندان درون خانواده ها دارند. آنها علاوه بر این مشکلات به علت دوری خانواده و یک زندگی مقرراتی در سرای سالمندان دچار غم و اندوه فراوان هستند. بابایی و همکاران (1384) می نویسند تقریباً 5/3 درصد افراد بین 65 تا 75 سال برای فعالیت

خانواده 77 درصد به صورت ماهیانه با تلفن با خانواده در ارتباط بوده و 83 درصد به صورت ماهیانه به مرخصی می رفتند، همچنین 52 درصد تحت پوشش بیمه خدمات درمانی بودند و حدود 71 درصد فاقد نقص عضو آشکار بودند و 10 درصد از سالمندان هر دو مرکز در یکسال گذشته حداقل یک بار در بیمارستان بستری شده بودند.

در بخش فعالیت های فیزیکی از نوع حرکتی که شامل بلند شدن از صندلی، راه رفتن داخل منزل، حرکت در بیرون منزل در سطح هموار و بالا رفتن از پلکان می باشد اکثریت یعنی 33 نفر (37/5 درصد) در گروه مستقل مطلق می بودند. بدین معنی که برای انجام فعالیت های حرکتی روزانه نیازی به کمک دیگران نداشته و از این نظر خودکفا می بودند. 28 نفر (31/81 درصد) در گروه مستقل نسبی بودند، یعنی برای انجام فعالیتهای حرکتی روزانه به مساعدت دیگران نیاز داشتند. 13 نفر (14/77 درصد) در گروه وابسته نسبی و 14 نفر (15/92 درصد) در گروه وابسته مطلق بودند، بدین معنی که بدون کمک، حضور مستمر و حمایت مراقبین نمی توانستند حرکت نمایند و حرکت آنها وابستگی کامل به حمایت دیگران داشت.

نتایج استقلال در حیطه فعالیت های بهداشتی مانند رعایت بهداشت فردی، تمیز نمودن منزل، حمام کردن، رفتن به دستشویی، کنترل ادرار و مدفوع نشان می داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش یعنی 43 نفر (48/86 درصد) در گروه مستقل نسبی قرار داشتند یعنی برای انجام فعالیت های روزمره فوق الذکر نیاز به کمک مددجویان جزیی مراقبین داشتند ولی به طور نسبی می توانستند این فعالیت ها را انجام و از خود مراقبت نمایند و تنها 9 نفر (10/23 درصد) در گروه مستقل مطلق قرار داشتند یعنی بدون کمک سایر افراد می توانستند نیازهای خود را در این بخش مرتفع نمایند، 30 نفر معادل 34/09 درصد در گروه نسبی و 6 نفر (6/82 درصد) در گروه وابسته مطلق قرار داشتند به عبارت دیگر انجام فعالیت های مذکور بدون مساعدت دیگران بخوبی امکان پذیر نبود.

همچنین در بخش دیگری از فعالیت های خود مراقبتی مانند مرتب نمودن و آماده کردن بستر، رفتن و برخاستن از تحت، استفاده از تلفن، خرید کردن در بیرون از منزل و انجام اعمال مربوط به امور مالی اکثریت واحدهای مورد پژوهش یعنی 55 نفر (62/6 درصد) در گروه وابسته نسبی قرار داشتند. به

های روزمره اولیه مانند قدم زدن نیاز به کمک داشتند و در سن 85 سالگی این نسبت به 35 درصد افزایش می یابد.

سالمندی یک فرآیند زیستی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان را در بر می گیرد. گذشت عمر را نمی توان متوقف کرد ولی می توان با به کارگیری روشها و مراقبت های مناسب از اختلالات و معلولیت های پیش روی سالمندان پیشگیری کرد یا آن را به تعویق انداخت.

بنابراین، لازم است سطح عملکرد سالمندان به طور مرتب با ابزارهای که تا حد ممکن تمام فعالیتهای روزمره زندگی را مورد سنجش قرار می دهد مورد بررسی قرار گیرد تا برای درمان و اقدامات پرستاری لازم بتوان تصمیم مناسب را اتخاذ نمود. افراد مسن تا سر حد امکان باید فعال باقی بمانند زیرا با کم شدن سطح فعالیت، احساس خستگی، رضایت و شادی سالمند رو به کاهش می گذارد و از این رو باید فعالیت های جدیدی را که توان انجام آنها را دارند جایگزین فعالیت های قبلی که مجبورند از آنها دست بکشند بنمایند. به طور کلی فعالیت سالمندان می تواند از بروز بیماریها و معلولیت ها و ناتوانی ها، بی حرکتی و همچنین انزوای سالمندان جلوگیری نماید. یا مادو⁶² (1998) می نویسد که 83 درصد سالمندان نگرش ضعیف نسبت به سلامت خود دارند. ناتوانی فیزیکی می تواند عامل مهمی از سلامت فرد محسوب شود و یکی از مؤثرترین روشهای پیشگیری از اختلالات جسمی دوران سالمندی فعالیت فیزیکی است.

با توجه به یافته های پژوهشی در مورد ناتوانی قابل توجه سالمندان در انجام عملکرد روزانه، توجه و اهتمام دست اندرکاران سازمان بهزیستی به این امر مهم در تأمین نیروی انسانی، برنامه های آموزشی ضمن خدمت و تأمین امکانات و تجهیزات توانبخشی، تنوع امکانات تفریحی و سرگرمی جهت مراکز نگهداری سالمندان از ضروریات است. همچنین مشخص گردید که ابزار مورد استفاده تمام فعالیت های روزافزون زندگی و میزان استقلال و یا عدم استقلال، میزان و نوع نیاز به حمایت پرستار از مددجو را نشان می دهد و می تواند اطلاعات لازم جهت برنامه ریزی مناسب و منطبق با نیازهای سالمندان را در اختیار مدیران و کارکنان بهداشتی درمانی قرار دهد.

تشکر و قدردانی

این طرح با مساعدت مالی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام گرفته است. از همکاری معاونت محترم توانبخشی سازمان بهزیستی کردستان، مدیریت و کارکنان محترم سرای سالمندان 17 شهریور و مریم سنندج تشکر و قدردانی می شود.

⁶²-Yamado

- انصاری پور م و ثوق س (1386). *سالمندی و سلامت*. چاپ دوم. تهران. انتشارات حیان.
- بابایی ح بلالی الف ظهوری ح (1384). بررسی کیفیت زندگی سالمندان زن و مرد مقیم آسایشگاههای شهرستان کرمانشاه، *مجله علمی دانشکده پرستاری مامایی بویه گرگان*، 3 (1)، 22-28.
- دلوریان زاده م و همکاران (1385). بررسی وضع تغذیه سالمندان مستقر در خانه سالمندان شهرستان شاهرود و برخی عوامل مؤثر بر آن در سال 1383، *مجله دانش و تندرستی*، 2 (1) 10-15.
- سازمان جهانی بهداشت (1380). *بهداشت سالمندان*. ترجمه شیدفر م، شقاقی ع. مشهد. انتشارات فردوس.
- صارم ن (1385). *بر اساس آموزه های دینی سالمندان برکت جامعه هستند*. ایرنا، پنجشنبه 20 مهر.
- صادقی ع (1380). *فعالیت بدنی و ورزش. دوران سالمندی*. تهران. انتشارات تهران.
- صابریان م بهرامپور عباس (1381). بررسی میزان آگاهی و عملکرد جمعیت 20 ساله شهر کرمان از بهداشت دوره سالمندی. *دانشور، دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد*. 81 (41) 129-136.
- عالیپور ل و همکاران (1384). وضعیت فعالیت روزمره زندگی سالمندان، *مجله تحقیقات دانشکده پرستاری مامایی اصفهان*. 15 (28) 7-14.
- یغمایی ف (1384). فعالیتهای زندگی روزانه. بررسی ابزارهای اندازه گیری و ارائه یک ابزار با طراحی جدید. *نشریه پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، 14 (50) 3-12.
- Barberger G et al (1992). Health measures correlates in a French elderly community population: The PAQVID study. *Journal of Gerontology*. 47 (2) 88-95
- Chan KM et al (1999). Functional status of the elderly in Singapor. *Singapore Medical Journal*. 110 (10) 635-638
- Costa M et al (2000). The bambui health and ageing study: Metaddogical approach and preliminary result of a population. *Rev. Soude Publica*. 34 (2) 126-129
- Hellstrom YD Link M (2004). BMI and health related quality of life in adults 65 year and older. *Obesity Research*. 12 (1) 67-76
- Miller GD et al (2000). *Hand Book of Dairy Foods and Nutrition*. 2nd edition. Florida. CRC Press LLC. Boca Raton.
- Yamado H (1998). Basic activity living elderly. *Nippon Ronen Zgakkai Zasshi*. 35 (1) 44-42. (Abstract).

خودکارآمدی در بیماران تحت همودیالیز و عوامل وابسته به آن

*معصومه رامبد⁶³، دکتر حمید پیروی⁶⁴، محمدتقی ساربان⁶⁵، دکتر فروغ رفیعی⁶⁶، فاطمه حسینی⁶⁷

چکیده

مقدمه: بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی تحت درمان با همودیالیز به منظور سازگاری و پذیرش بیماری مزمن نیازمند ایجاد تغییر در سبک زندگی و خودکارآمدی در زمینه رژیم درمانی هستند. درک فرد از بالا بودن خودکارآمدی سبب افزایش فعالیت‌های مراقبت از خود و بهبود میزان پیروی از رژیم درمانی می‌شود. اگرچه خودکارآمدی فرد می‌تواند نتایج و پیامد بیماری را تحت تاثیر قرار دهد، اما مطالعات محدودی در این زمینه انجام شده است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز و عوامل وابسته به آن انجام گرفت.

مواد و روشها: در این مطالعه توصیفی - همبستگی، 200 بیمار شرکت کردند. ابزار "راهکارهای ارتقاء سلامتی افراد" جهت ارزیابی خودکارآمدی در زمینه رژیم درمانی مورد استفاده قرار گرفت. پایایی ابزار از طریق آزمون مجدد اندازه گیری شد. اطلاعات بیماران مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران از طریق نمونه‌گیری آسان جمع‌آوری شدند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه 14 تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: یافته‌ها نشان داد که خودکارآمدی با سطح تحصیلات و طول مدت دیالیز و اختلاف وزن بین دو جلسه دیالیز در ارتباط بود. اما ارتباط معنی‌داری بین خودکارآمدی با سن و جنس مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری: این مطالعه ارتباط معنی‌داری را بین خودکارآمدی و برخی از مشخصات فردی بیماران نشان داد. بنابراین، لازم است ارزیابی خودکارآمدی بیماران به عنوان یکی از عملکردهای پرستاران در نظر گرفته شود. علاوه بر این پرستاران در موقعیت مناسبی در جهت تاثیر گذار بودن بر خودکارآمدی بیماران قرار داشته و می‌توانند آنها را تشویق کنند که از راهکارهای مراقبت از خود استفاده نمایند. برای این منظور آنها از طریق آموزش به بیمار می‌توانند در کاهش تنش و کنترل محرک های عاطفی و جسمی دخالت داشته باشند.

کلید واژه ها: خودکارآمدی، نارسایی مزمن کلیوی، همودیالیز، پرستاری

دریافت مقاله: 1387/4/2
تأیید مقاله: 1387/7/30

⁶³ - *کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول مکاتبات).

آدرس پست الکترونیکی: rambodma@gmail.com

⁶⁴ - استادیار گروه داخلی-جراحی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران

⁶⁵ - کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران

⁶⁶ - استادیار گروه داخلی-جراحی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران و عضو مرکز تحقیقات پرستاری ایران

⁶⁷ - مربی گروه دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران

مقدمه

بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان با همودیالیز با مشکلات متعددی مواجه هستند که شامل بیماریهای قلبی عروقی، خطر بروز عفونت، دیابت، بیماریهای عروق مغزی، سرطان، بیماریهای مزمن انسدادی ریه، کم خونی، دوز دیالیز، افزایش سطح سرمی فسفات کلسیم و غلظت فسفات سرم است (پانگ و همکاران، 2001⁶⁸).

طبق گزارشات مرکز تحقیقات بیماران کلیوی و پیوند کلیه در ایران، حدود 29000 نفر در کشور ایران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی هستند که از این تعداد 14000 نفر از آنها تحت درمان با همودیالیز قرار دارند. در تهران نیز حدود 15000 بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی وجود دارد که از این تعداد 3700 نفر تحت درمان با همودیالیز قرار دارند.

وجود مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی فراوان پیش روی این بیماران لزوم توجه به توانایی بیمار در انجام فعالیتها و میزان خودکارآمدی وی در دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب را ایجاب می کند (کورتین و همکاران، 2008⁶⁹؛ مورگان و همکاران، 2000⁷⁰).

بر اساس تئوری بندورا⁷¹ خودکارآمدی شامل اعتماد و اطمینان فرد از توانا بودن در انجام کارهای مراقبت از خود به طور مطلوب می باشد. به طوری که از این طریق فرد به نتایج مطلوب دست یابد (تسای، 2003⁷²). خودکارآمدی به درک فرد از مهارتها و تواناییهایش در انجام موفقیت آمیز یک عمل و عملکرد شایسته اشاره دارد. به عبارت دیگر خودکارآمدی بر درک از عملکرد و رفتارهای سازگارانه و انتخاب محیط و شرایطی که افراد تلاش می کنند تا به آن دست یابند، اثر می گذارد (استروسر و همکاران، 2003⁷³).

احساس خودکارآمدی می تواند تمام جنبه های زندگی را تحت تاثیر قرار دهد به عنوان مثال بررسی پژوهشگران نشان داده است که هرچه سطح خودکارآمدی بالاتر باشد دامنه امکانات شغلی در نظر گرفته شده بالاتر و علاقه به آنها قوی تر است (کریمی، 1378). به علاوه پژوهش ها انجام شده اشاره نموده اند، افرادی که به توانایی های خود اطمینان دارند، به طور

فعالانه در برنامه های بهداشتی ارتقای سلامتی شرکت می کنند. لازم به ذکر است افرادی که از نظر خودکارآمدی قوی هستند، معتقدند که قادرند به طور موثری از عهده کنترل رویدادهای زندگی خود برآیند. این درک و عقیده در آنها دیدگاهی متفاوت از کسانی است که از نظر خودکارآمدی ضعیف هستند و این اثر مستقیمی بر رفتار آنها دارد. بنابراین، احساس خودکارآمدی یک عامل حیاتی در موفقیت و شکست در سراسر زندگی است (بندورا، 1997).

احساس خودکارآمدی پایین می تواند سبب کاهش کارکرد شناختی و رفتاری شود. افرادی که درباره خودکارآمدی خود شک و تردید دارند نه فقط ممکن است دامنه فعالیت های خود را کاهش دهند، بلکه ممکن است کوشش های خود را در فعالیت های جاری زندگی کنار گذارند، بدین ترتیب از دست دادن تدریجی علاقه و مهارت حاصل می شود. بر عکس افرادی که از نظر خودکارآمدی قوی هستند در مقابله با شرایط ثابت قدم ترند (بندورا، 1997).

بیماران همودیالیزی نیز با داشتن یک بیماری مزمن و در عین حال تهدیدکننده زندگی لازم است از راهکارهای خاص برای سازگاری با تنش های مرتبط با بیماری خود استفاده نمایند که این امر احساس اطمینان آنها را در استفاده از رفتارهای خاص (خودکارآمدی) افزایش می دهد. خودکارآمدی به عنوان ابزار ارزشمندی برای پرستاران در مراکز بهداشتی درمانی می باشد و ارزیابی خودکارآمدی بیمار توسط پرستاران می تواند سبب افزایش انگیزه بیماران در امر مراقبت از خود شود (تسای، 2003).

پژوهش های مختلف، عوامل متفاوتی را به عنوان عوامل تاثیرگذار بر خودکارآمدی ذکر نموده اند (تسای 2003؛ زرینی و همکاران 2003⁷⁴؛ برادی و همکاران 1998⁷⁵)، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین خودکارآمدی بیماران تحت درمان با همودیالیز و عوامل وابسته به آن انجام پذیرفت.

مواد و روشها

این پژوهش، مطالعه ای از نوع توصیفی همبستگی است که در آن متغیر خودکارآمدی در زمینه رژیم درمانی در یک گروه از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان

⁶⁸-Pang et al

⁶⁹-Curtin et al

⁷⁰-Morgan et al

⁷¹-Bendura

⁷²-Tsai

⁷³-Strauser et al

⁷⁴-Zariny et al

⁷⁵-Brady et al

یافته‌ها

تعداد بیماران شرکت کننده در این مطالعه 200 نفر بودند. توزیع فراوانی مشخصات فردی در جدول شماره 1 نشان داده شده است. میانگین سنی بیماران 56/02 سال با حداقل سن 18 و حداکثر سن 87 بود.

جدول شماره 1: توزیع فراوانی مشخصات فردی

واحدهای مورد پژوهش		
تعداد(درصد)	خصوصیات	
86 (43/0)	زن	جنس
114 (57/0)	مرد	
22 (11/0)	بزرگسال	سن
112 (56/0)	میانسال	
66 (33/0)	کهنولت	
97 (47/0)	بی سواد	
195 (47/5)	دیپلم و زیر	سطح تحصیلات
11 (5/5)	دیپلم	
	دانشگاهی	
69 (34/5)	1سال و کمتر	طول مدت دیالیز
74 (37/0)	2-4	
57 (28/5)	5سال و بیشتر	
88 (44/0)	£2/5	اختلاف وزن در فاصله دو جلسه دیالیز (کیلو گرم)
112 (56/0)	3 2/51	

میانگین طول مدت دیالیز 4/16 سال با حداقل طول مدت ابتلا کمتر از دو هفته تا 25 سال بود. بیشتر بیماران در فاصله بین دو جلسه دیالیز بیش از 2/51 کیلوگرم اضافه وزن داشتند و میانگین افزایش وزن در آنها 2/96 با انحراف معیار 1/41 بود.

یافته‌های در پاسخ به هدف پژوهش "تعیین میزان خودکارآمدی در زمینه رژیم درمانی" نشان داد که بیشتر بیماران از خودکارآمدی متوسط برخوردار بودند (جدول شماره 2). حداکثر نمره خودکارآمدی 139 و حداقل 30 با میانگین 93/53 و انحراف معیار 21/00 بود.

با همودیالیز مورد سنجش قرار گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران تحت درمان با همودیالیز در بخش‌های همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران بوده است که ایرانی بوده، سن آنها حداقل 18 سال بود، توان تکمیل پرسشنامه و یا مصاحبه را داشتند، مایل به شرکت در پژوهش بوده و در هفته دو بار یا بیشتر همودیالیز می‌شدند. بیماران مبتلا به بیمارهای حاد که لزوم بستری در بیمارستان را ایجاب نماید و همچنین بیماران مبتلا به بیماری روانی شناخته شده یا ناتوانی عملکردی (عضلاتی - استخوانی) از مطالعه حذف شدند.

با توجه به کوچک بودن جامعه پژوهش نمونه‌گیری به صورت سرشماری انجام شد و تمام افرادی که دارای شرایط جامعه پژوهش بوده و در محیط‌های پژوهش قابل دستیابی بودند، انتخاب شدند (200 بیمار). روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت آسان بود. محیط پژوهش بخش‌های همودیالیز بیمارستان‌های هاشمی‌نژاد، هفت تیر، یافت آباد، فیروزآبادی و شریعتی کرج بود.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسشنامه و فرم مشخصات فردی بود. در فرم مشخصات فردی متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، طول مدت دیالیز و اختلاف وزن بین دو جلسه دیالیز در نظر گرفته شد.

خودکارآمدی بیماران نیز با استفاده از پرسشنامه "راهکارهای ارتقاء سلامتی افراد"⁷⁶ سنجیده شد و بر اساس امتیاز کسب‌شده، خودکارآمدی واحدهای مورد پژوهش در یکی از سه رده بالا، متوسط و پایین قرار گرفت. محدوده امتیاز بدست آمده 29 الی 145 بود. امتیاز بالاتر، خودکارآمدی بیشتر واحدهای مورد پژوهش در زمینه رفتارهای مراقبت از خود را نشان می‌داد.

پایایی پرسشنامه راهکارهای ارتقاء سلامتی افراد توسط اسماعیلی و عالیخانی (1383) با استفاده از آزمون مجدد مورد سنجش قرار گرفته و ضریب همبستگی اسپیرمن $r=0/89$ به دست آمده است.

پس از جمع‌آوری اطلاعات در نهایت، داده‌ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس اس 14 تجزیه و تحلیل گردید. برای دستیابی به هدف پژوهش از آمار توصیفی و آزمون کای اسکور استفاده شد.

⁷⁶ - Strategies Used by People to Promote Health (SUPPH)

بودند. در پژوهش مشابه، تسای و هیل استد⁷⁷ (2002) نیز به این نتیجه دست یافتند که بیماران همودیالیزی مورد مطالعه از سطح متوسط خودکارآمدی برخوردار بودند و این گویای آن است که نمونه‌ها دارای اطمینان متوسطی از توانایی خود در رفتارهای مراقبت از خود در ارتباط با بیماری خود و همودیالیز بودند.

نتایج حاصل از پژوهش، مبین عدم ارتباط معنی‌دار بین جنس و خودکارآمدی بود. در مطالعه‌ای که اسماعیلی و عالیخانی (1383) در بیماران تحت همودیالیز انجام دادند به نتایج مشابه با مطالعه حاضر دست یافتند. این در حالی است که زرینی و همکاران (2003) در پژوهشی که بر روی بیماران تحت همودیالیز انجام دادند، ارتباط معنی‌داری را بین خودکارآمدی و جنس یافتند. در این مطالعه زنان دارای خودکارآمدی بالاتری بودند (زرینی و همکاران، 2003).

یافته‌های مطالعه نشان داد که بین خودکارآمدی و سن در این پژوهش ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. این یافته با مطالعه سوسا⁷⁸ (2005)، لو و اون⁷⁹ (2000) و اسماعیلی و عالیخانی (1383) همگون است. در حالی که زرینی و همکاران (2003) ارتباط معنی‌داری را بین سن و خودکارآمدی یافتند و متوجه شدند بیماران پیر، خودکارآمدی بالاتری در زمینه رژیم درمانی دارند.

در بررسی ارتباط خودکارآمدی و سطح تحصیلات، نتایج پژوهش نشان داد که بین این دو متغیر ارتباط معنی‌داری وجود دارد و افراد با تحصیلات بالاتر دارای خودکارآمدی بیشتری بودند. این یافته با مطالعه اسماعیلی و عالیخانی (1384) همخوانی دارد. درک و دانش به طور موثری بر دیدگاه فرد از خودکارآمدی او تاثیرگذار است. اگر فردی در مقایسه با استانداردها در سطح خوبی قرار گیرد، از خودکارآمدی بالاتری برخوردار است. دانش و تحصیلات توانایی بالقوه فرد را در مقابله با آشفتگی و عوامل تنش‌زا افزایش می‌دهد و سبب موفقیت وی در انجام رفتار مراقبت از خود می‌گردد (لو و اون، 2000).

یافته‌های مطالعه ارتباط معنی‌داری را بین طول مدت دیالیز و خودکارآمدی در زمینه رژیم درمانی بیماران تحت همودیالیز نشان داد. ادگار و همکاران⁸⁰ (1999) معتقدند زمان از جمله عوامل تاثیرگذار بر خودکارآمدی بیماران است.

جدول شماره 2: توزیع فراوانی خودکارآمدی واحدهای

مورد پژوهش	
تعداد (درصد)	خودکارآمدی در زمینه رژیم درمانی
32 (16/0)	پایین (29 - 71)
137 (68/5)	متوسط (72 - 114)
31 (15/5)	بالا (115 - 145)
200 (100/0)	جمع

یافته‌ها همچنین نشان داد که خودکارآمدی با طول مدت دیالیز، سطح تحصیلات و اختلاف وزن بین دو جلسه دیالیز در ارتباط بود. در حالی که ارتباط معنی‌داری بین خودکارآمدی با جنس و سن وجود نداشت (جدول شماره 3).

جدول شماره 3: ارتباط خودکارآمدی در زمینه رژیم درمانی با مشخصات فردی واحد های مورد پژوهش

متغیر	خودکارآمدی	آزمون کای اسکور	p-value
سن		0/27	0/87
جنس		2/34	/31
طول مدت دیالیز		9/42	0/01
سطح تحصیلات		8/47	0/05
اختلاف وزن در فاصله دو جلسه دیالیز (کیلو گرم)		32/46	0</0001

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش ارتباط خودکارآمدی بیماران همودیالیز با متغیرهای سن، جنس، طول مدت دیالیز، سطح تحصیلات و اختلاف وزن بین دو جلسه دیالیز مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که بیشتر بیماران تحت درمان با همودیالیز در این مطالعه از خودکارآمدی متوسط برخوردار بودند. در پژوهش اسماعیلی و عالیخانی (1383) نیز 71/4 درصد از بیماران تحت همودیالیز شرکت‌کننده در مطالعه از سطح خودکارآمدی متوسط بهره‌مند

⁷⁷ - Tsay & Healstead

⁷⁸ -Sousa et al

⁷⁹ -Lev & Oven

⁸⁰ -Edgar et al

با توجه به وجود ارتباط بین خودکارآمدی در زمینه رژیم درمانی و برخی از ویژگی‌های فردی بیماران، لازم است پرستاران به طور مرتب میزان خودکارآمدی بیماران را مورد بررسی قرار داده و برنامه‌هایی را در جهت ارتقاء خودکارآمدی و افزایش اطمینان در زمینه مراقبت از خود برای این افراد در نظر داشته باشند. برای این منظور پرستاران می‌توانند با ارائه آموزش‌هایی به بیماران در مورد نحوه سازگاری با بیماری و رفتارهای مراقبت از خود در جهت ارتقاء خودکارآمدی آنها قدم بردارند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب تقدیر و تشکر خود را از بیماران تحت همودیالیز که در این مطالعه شرکت کردند اعلام می‌دارند. همچنین، از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران به جهت حمایت‌های مالی در انجام این پژوهش قدردانی می‌گردد.

پژوهش‌ها بر روی بیماران سرطانی و مبتلایان به نارسایی مزمن کلیه نشان داده است که زمان بر روی رفتار و خودکارآمدی بیماران تاثیرگذار است و طول مدت دیالیز نقش مهمی در بروز رفتار خودکارآمدی در بیماران ایفا می‌کند. آنها خاطر نشان کردند که خودکارآمدی بیماران با افزایش زمان دیالیز کاهش می‌یابد. این در حالی است که زرینی و همکاران (2003) بیان می‌کنند با افزایش طول مدت دیالیز انتظار می‌رود که سازگاری فرد نیز در زمینه خودکارآمدی بهبود یابد. بر اساس یافته‌های بندورا (1997)، افزایش طول مدت بیماری، سبب گسترش تجربیات خودکارآمدی در زمینه رژیم درمانی می‌شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ارتباط معنی‌دار بین خودکارآمدی و اختلاف وزن بین دو جلسه دیالیز بیمار وجود دارد. در این حالت با افزایش میزان خودکارآمدی بیمار، اختلاف وزن بین دو جلسه دیالیز کاهش می‌یابد. نتایج یافته زرینی و همکاران (2003) و تاکاکی و همکاران⁸¹ (2006) نیز با این مطالعه همخوانی دارد. برادی و همکاران (1998) معتقدند که خودکارآمدی بالا باعث کاهش میزان افزایش وزن بین دو دیالیز می‌شود. این در حالی است که تاکاکی و یانو⁸² (2006) ارتباط معنی‌داری را بین وزن دو جلسه دیالیز و خودکارآمدی در زنان مشاهده نکردند.

یافته‌های این پژوهش ارتباط معنی‌داری را بین سطح تحصیلات و خودکارآمدی در بیماران نشان داد. به عبارت دیگر بیماران با سطح تحصیلات بالاتر در اجرای برنامه‌های مراقبت از خود موفق‌تر بوده‌اند، که گویای خودکارآمدی بیشتر آنهاست. با تاکید بر این یافته، پرستاران می‌توانند با اجرای برنامه‌های آموزشی مراقبت از خود، سعی در بالا بردن دانش و مهارت بیماران تحت همودیالیز که از سطح تحصیلات پایین‌تری برخوردار هستند، داشته باشند. لذا پیشنهاد می‌شود رسانه‌های جمعی و انجمن حمایت از بیماران کلیوی با ارائه کلاس‌های آموزشی سعی در بهبود اطلاعات بیماران و به تبع افزایش خودکارآمدی آنها نمایند.

با توجه به این که در مطالعه حاضر بیماران فقط یک بار مورد سنجش قرار گرفتند. لذا، پیشنهاد می‌شود برای دسترسی به اهداف پژوهش مطالعه‌ای طولی نیز در مورد این بیماران انجام شود. علاوه بر این پژوهش‌هایی در آینده با هدف انجام اقداماتی جهت افزایش خودکارآمدی انجام شود.

⁸¹ - Takaki et al

⁸² - Takaki & Yano

منابع

- اسماعیلی م عالیخانی م (1383). بررسی ارتباط خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز مراکز آموزشی درمانی. دانشگاه علوم پزشکی ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران.
- شولتز د (1378). *نظریه های شخصیت*، ترجمه کریمی ی. تهران، نشر ارسباران.
- Bandura A (1997). *Self-efficacy, The Exercise of Control*. Freeman, New York, NY.
- Brady BA et al (1998). An investigation of factors associated with fluid adherence among Hemodialysis patients: A self-efficacy theory based approach. *Annals of Behavioral Medicine*. 19 (4) 339-343.
- Curtin BR et al (2008). Self-efficacy and self-management behaviors in patients with chronic kidney disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*. 15 (2) 191-205.
- Edgar L et al (1999). Coping with cancer during the first year after diagnosis. *Cancer Nursing*. 69 (3) 817-828.
- Lev EL Owen SV (2000). Counseling woman with breast cancer using principles developed by Albert Bendura. *Perspective in Pyshometric Care*. 36 (4) 131-139.
- Morgan L (2000). A decade review: Methods to improve adherence to the treatment regimen among hemodialysis patients. *Nephrology Nursing Journal*. 27(3) 299-304.
- Pang SK et al (2001). Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese hemodialysis patient. *Journal of Advanced Nursing*. 35(5) 691-698.
- Strauser DR et al (2002). The relationship between self efficacy/ locus of control and work personality. *Jornal of Rehabilitation*. 68 (3) 20-27.
- Takaki J et al (2003). Possible variances of blood urea nitrogen, serum potassium and phosphorus levels and interdialytic weight gain accounted for compliance of hemodialysis patients. *Journal of Psychometric Research*. 55 (6) 525-529.
- Tsay SL (2003). Self efficacy training in E S R D. *Journal of Nursing*. 43 (4) 370-375.
- Tsay SL Healstead M (2002). Self care, self efficacy, deppresion, quality of life among patients receving hemodialysis in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*. 39 (3) 245-251.
- Takaki J, Yano E (2006). Possible gender differences in the relationships of self-efficacy and the internal locus of control with compliance in hemodialysis patients. *Behavioral Medicine*. 32 (1) 5-11
- Sousa VD et al (2005). Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control: Research and theory for nursing practice. *Health & Medical Complete*. 19 (3) 217-230.

-Zrinyi M et al (2003). Dietary self-efficacy: Determinant of compliance behaviours and biochemical outcomes in haemodialysis patients. *Nephrological Dialysis Transplanttion*. 18 (9) 1869-1873.

بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار در زمینه خود درمانی با دارو در دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* طاهره ضیایی⁸³، گیتی ازگلی⁸⁴، دکتر فریده یغمایی⁸⁵، دکتر علیرضا اکبرزاده⁸⁶

چکیده

مقدمه: دوران بارداری به اقتضای طبیعت خود با مشکلاتی همراه است که نیاز به مصرف دارو را افزایش می دهد. مصرف خودسرانه دارو همراه با عوارض ناگواری است و عدم آگاهی مادران و میزان اطلاعات کم مادران درمورد نحوه استفاده از داروها می تواند ضربات سنگینی را بر پیکر خانواده و جامعه وارد نماید.

هدف: این مطالعه با هدف بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار در زمینه خود درمانی با دارو در مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال 1385 انجام شده است

مواد و روشها: این مطالعه توصیفی بوده و روش نمونه گیری به صورت خوشه ای و دو مرحله ای انجام شد. تعداد 180 نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی بدون در نظر گرفتن زمان بارداری انتخاب شدند ابزار گردآوری در این پژوهش فرم اطلاعاتی می باشد. اعتبار ابزار به روش اعتبار محتوی و پایایی آن به روش ثبات درونی و آزمون مجدد اندازه گیری شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که 98/3 درصد زنان باردار آگاهی داشتند که بدون تجویز پزشک نباید داروهای شیمیایی در دوران بارداری مصرف نمود. 70/6 درصد زنان باردار موافق تجویز داروهای شیمیایی توسط فرد متخصص بودند. این مطالعه نشان داد که از 180 نمونه 100 نفر از آنها (55/5 درصد) مصرف داروهای شیمیایی را در بارداری ذکر می کردند و 97/8 درصد از آنها با تجویز پزشک داروهای شیمیایی را مصرف نمودند و 2/2 درصد بدون تجویز پزشک دارو مصرف نمودند. همچنین 11/1 درصد از زنان باردار با تجویز پزشک، مصرف داروهای گیاهی داشتند و 84/2 درصد بدون تجویز پزشک، با توصیه اطرافیان و نظر شخصی خود و 4/7 درصد با توصیه عطاری داروی گیاهی مصرف نمودند.

بحث و نتیجه گیری: یافته های این مطالعه نشان داد که با توجه به آگاهی خوب زنان باردار در مورد استفاده از داروهای شیمیایی، هنوز آگاهی در مورد استفاده از داروهای گیاهی ضعیف بوده و لزوم تدوین و اجرای برنامه های آموزشی جهت ارتقاء آگاهی زنان باردار در رسانه های ارتباط جمعی، مراکز بهداشتی و درمانی و درمانگاه های پره ناتال ضروری به نظر می رسد.

کلید واژه ها: آگاهی، نگرش، خود درمانی، زنان باردار

دریافت مقاله: 1386/12/6 تأیید مقاله: 1387/8/7

⁸³ - * مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی (نویسنده مسئول مکاتبات)

آدرس پست الکترونیکی: Taherehziiae@yahoo.com

⁸⁴ - مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.

⁸⁵ - دانشیار گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.

⁸⁶ - استاد یار گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.

بیشتر از 10 دارو داشته اند (ازگلی 1382). در مطالعه ای که در سال 1378 توسط موسوی بفرونی با عنوان علل گرایش مردم به خود درمانی و نقش دارو ساز در این زمینه صورت گرفت، نتایج این پژوهش نشان داد که سطح آگاهی واحد های پژوهش در رابطه با اثرات سوء برخی از داروهای بی نسخه بسیار ناچیز است و 75 درصد هیچ گونه اطلاعی نداشتند یا اطلاعات آنان در این زمینه اندک بود. بیشترین داروهای مورد مصرف آنتی بیوتیک ها، مسکن ها، داروهای قلب و داروهای متفرقه بود و علت آن را پایین بودن اطلاع رسانی از طریق وزارت بهداشت و درمان و رسانه ها خصوصاً صدا و سیما در مورد داروها و عوارض آنها بیان کردند. برای تجویز هر نوع دارو در دوران بارداری باید میزان نیاز به دارو را در مقابل خطرهای صدمه به جنین سنجید. تمام زنان باید به طور اختصاصی برای احتراز از مصرف الکل و داروهای غیر مجاز در دوران بارداری مورد مشاوره قرار گیرند. با شناسایی تراتوژن ها بروز نقایص کاهش می یابد چنانچه مادر از اثرات مصرف داروها بر جنین آگاهی یابد، ممکن است از مصرف آن در دوره بارداری خود اجتناب کند (اکبر زاده، 1382).

پژوهشی در سال 2002 در اسپانیای جنوبی بر روی جمعیت فنلاندیهای ساکن اسپانیا با هدف تعیین علل مصرف خود سرانه آنتی بیوتیک ها توسط هلنا و همکاران⁹¹ (2005) در دانشگاه هلسینکی انجام شد. در این پژوهش از 1000 پرسشنامه توزیع شد. 533 پرسشنامه (35 درصد) جواب داده برگردانده شد که تقریباً 3-4 درصد از جمعیت فنلاندیهایی که در اسپانیا زندگی می کردند در پژوهش شرکت کردند. طی نتایج بدست آمده داروی آنتی بیوتیک توسط 28 درصد از پاسخ دهندگان در طول 6 ماه گذشته قبل از مطالعه مصرف شده بود که تقریباً 1/2 مصرف کنندگان آنتی بیوتیک (31 درصد) بود که این آنتی بیوتیکها را بدون نسخه خریداری شده بود. بدین معنی مصرف کنندگان آنتی بیوتیک ها را جهت خود درمانی خریده بودند. بیشترین علت مصرف آنتی بیوتیک (45 درصد)، سرماخوردگی عادی، 17 درصد به دنبال گلو درد، 10 درصد برونشیت، 10 درصد عفونت مجاری ادراری و 8 درصد عفونت دندانانی بوده است. آنتی بیوتیک ها در 17 درصد مصرف کنندگان واکنش های زیان آور به وجود می آوردند. بیشترین واکنش های گزارش شده مشترک دل درد، اسهال (5 درصد) و ناراحتی های پوستی (4 درصد) بودند. تفاوت های

مصرف خود سرانه دارو یکی از مشکلات بهداشتی است که البته این مشکل در دوران بارداری از اهمیت بیشتری برخوردار است. مطالعاتی که در چند سال گذشته انجام شده است نشان می دهد که مصرف دارو در دوران بارداری رو به افزایش است. مصرف داروهایی که از طریق نسخه مصرف می شوند و نیز داروهایی که بدون نسخه دریافت می شوند بدون هیچ گونه تغییری در میان مادران در سراسر دوران بارداری در حال افزایش است. مصرف زیاد دارو ممکن است مسئول تعداد زیادی از نقایص مادر زادی نوزاد در هنگام تولد باشد (پرنول⁸⁷ 1991).

پایپر و همکاران از نتایج مطالعه بر روی 9000 مادر پره ناتال تحت پوشش بیمه در میشیگان گزارش کردند که هر مادر باردار به طور متوسط 3/1 نسخه دارویی (به جز ویتامین ها) دریافت کردند. داروهای پر مصرف عبارت بودند از داروهای ضد استفراغ، آنتی اسیدها، آنتی هیستامین ها، داروهای ضد درد، داروهای ضد میکروبی، داروهای ضد فشار خون، داروهای ضد اضطراب، داروهای خواب آور و داروهای دیورتیک (کانینگهام و همکاران⁸⁸ 2005). برخی داروها بویژه در مراحل خاصی از بارداری خطر اختلال در رشد و عقب ماندگی یا مشکلات بعد از وضع حمل را به وجود می آورند و می توانند سلامتی مادر را در دوران حاملگی به خطر اندازند. حاملگی به سه مرحله، سه ماهه اول، دوم و سوم تقسیم می شود. بسته به سه ماهه ای که دارو در آن دوره مصرف می شود، داروها اثرات متفاوتی بر مادر، جنین یا هر دو اعمال می کند (روتمن و همکاران⁸⁹ 1995).

طبق طبقه بندی⁹⁰ سازمان غذا و دارو، مصرف داروها برحسب ایجاد نقایص جنینی یا مرگ جنین تقسیم بندی می گردد که این طبقه بندی شامل گروه A, B, C, D, X می باشد. اغلب زنان باردار می دانند که برخی داروها می توانند برای جنین در حال رشد مضر باشد، لیکن بسیاری از آنها نمی دانند که از مصرف کدام داروها باید پرهیز کرد و تعداد کمتری از زنان در مورد اثرات تراتوژنیک داروهای بی نسخه و گیاهی اطلاع دارند (بابازاده 1382). مطالعات نشان داده است که 90 درصد زنان باردار در دوران بارداری خود حداقل یکبار دارو مصرف کردند. بیشتر مادران به جزء ویتامین ها و آهن، چهار داروی دیگر در دوران بارداری مصرف کرده اند و 4 درصد آنها تاریخچه مصرف

⁸⁷-Prenoll et al

⁸⁸-Cunningham et al

⁸⁹-Rothman et al

⁹⁰-FDA

⁹¹-Helena et al

یافته ها

پژوهش بر روی 180 زن باردار با میانگین سن $25/95 \pm 5/66$ سال انجام شد. کمترین سن 17 سال و بیشترین سن 44 سال بود. تحصیلات اکثر مادران دیپلم (32/2 درصد) و بعد از آن به ترتیب راهنمایی 22/2 درصد و ابتدایی 17/8 درصد بود. شغل اکثر مادران 96/1 درصد موارد خانه داری بود. بین شغل و آگاهی و نگرش رابطه معنی دار وجود داشت. شغل همسر در اکثر موارد شغل آزاد (51/1 درصد) بود. در 48/9 درصد مادران مورد مطالعه اولین بار بود که باردار شده بودند و همچنین میان تعداد بارداری و نگرش و آگاهی رابطه معنی دار وجود داشت. در اکثر موارد (80/6 درصد) سابقه سقط وجود نداشت و بین سابقه سقط با آگاهی و نگرش رابطه معنی دار وجود داشت. تعداد زایمان در اکثر موارد (65/7 درصد) صفر بود. زنان اکثراً در سه ماهه سوم بارداری (56/1 درصد) بودند و میانگین سن بارداری آنان $27/65 \pm 10/2$ هفته بود. در اکثر موارد سابقه نوزاد مرده را نداشتند. فقط یک مورد سابقه نوزاد ناقص ذکر شد.

در ارتباط با هدف اول در مورد آگاهی زنان باردار در مورد مصرف داروهای شیمیایی و گیاهی لازم به ذکر میباشد که برای اندازه گیری متغیر آگاهی، آگاهی کم 0-2 متوسط 3-4 و خوب 5-6 در نظر گرفته شد. 52/2 درصد از زنان باردار در مورد داروهای شیمیایی مصرف شده و 42/2 درصد زنان باردار در مورد داروهای گیاهی مصرف شده در دوران بارداری آگاهی خوب داشتند. 98/3 درصد زنان باردار آگاهی داشتند که بدون تجویز پزشک نباید داروهای شیمیایی در دوران بارداری مصرف نمود. 81/7 درصد مادران آگاهی داشتند که مصرف داروهای شیمیایی برای مادر در دوران بارداری خطر ناک می باشد. بیشترین درصد (50/6 درصد) آگاهی داشتند که مصرف داروهای شیمیایی در سه ماهه اول بارداری برای جنین خطرناک می باشد. بیشترین منبع کسب اطلاعات زنان باردار در مورد مصرف داروهای شیمیایی به ترتیب 1- پزشک و ماما 2- مرز بهداشتی 3- کتاب و مجلات 4- اقوام و بستگان 5- صدا و سیما 6- عطاری 7- سایر موارد بودند. بیشترین درصد منبع کسب اطلاعات مادران باردار در مورد داروهای گیاهی به ترتیب 1- پزشک و ماما (15 درصد) 2- مراکز بهداشتی و درمانی (18/3 درصد) 3- کتاب و مجلات (6/7 درصد) 4- اقوام و بستگان (27/1 درصد) 5- صدا و سیما (3/9 درصد) 6- عطاری (8/3 درصد) 7- سایر موارد (6/1 درصد) می باشد.

آماري در شیوع واکنش های مغایر بین مصرف کنندگان آنتی بیوتیک یا نسخه و بی نسخه یافت نشد (هلنا و همکاران 2005). نظر به اهمیت موضوع، تعداد پژوهش در این زمینه بسیار اندک است. لذا این مطالعه باهدف تعیین میزان آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار در زمینه خود درمانی با دارو در مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد.

مواد و روشها

این پژوهش یک بررسی توصیفی و جامعه پژوهش شامل کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال 1385 بود. محیط پژوهش بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی و درمانگاه مراقبت از زنان باردار در نظر گرفته شد. فهرست به هنگام مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش دانشگاه تهیه گردید. نمونه گیری به صورت خوشه ای و دو مرحله ای انجام شد و تعداد 180 نفر از زنان باردار بدون در نظر گرفتن زمان بارداری که به این مراکز مراجعه می نمودند انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش فرم اطلاعاتی بوده و در سه قسمت: 1- سوالات مربوط به آگاهی زنان باردار در مورد داروهای شیمیایی و گیاهی 2- سوالات مربوط به نگرش زنان باردار در مورد داروهای شیمیایی و گیاهی 3- سوالات مربوط به نحوه استفاده از داروهای شیمیایی و گیاهی تنظیم گردید. برای کسب اعتبار محتوا از کتب معتبر و مقالات موجود استفاده شد. همچنین جهت اندازه گیری اعتبار محتوا به 10 نفر از اعضای هیئت علمی، متخصص زنان و زایمان، ماما، پرستار، داروساز و 5 مادر جهت اظهار نظر داده شد و نظرات اصلاحی ایشان اعمال گردید. پایایی درونی ابزار با محاسبه آلفای کرونباخ $\alpha = 0/97$ به دست آمد و پرسشنامه جهت تعیین پایایی با استفاده از آزمون مجدد بر روی 10 مادر باردار مراجعه کننده به بیمارستان مهدیه به فاصله 10 روز داده شد ($r = 0/85$).

سوالات پرسشنامه توسط دو نفر کارشناس مامایی از زنان باردار پرسیده و ثبت گردید. داده ها پس از ورود به کامپیوتر توسط نرم افزار آماری اس پی اس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و برای توصیف اطلاعات از جداول و در تحلیل از تست های آماری شامل کای دو "دقیق فیشر و ضریب همبستگی استفاده شد.

جدول 1: توزیع فراوانی سن بارداری در زنان باردار

هفته	تعداد	درصد
سه ماهه اول 0-14	24	13/3
سه ماهه دوم 15-27	55	30/6
سه ماهه سوم 28-42	101	56/1
جمع	180	100

جدول شماره 1 بیانگر آنست که زنان اکثراً (56/1 درصد) در سه ماهه سوم بارداری بوده 84/4 درصد زنان باردار آگاهی داشتند که مادر در دوران بارداری نمی تواند بدون تجویز پزشک داروهای گیاهی صرف نماید. 62/8 درصد مادران مصرف بعضی از داروهای گیاهی در دوران بارداری برای مادر خطرناک می دانستند. 61/7 درصد آگاهی داشتند که مصرف داروهای گیاهی در دوران بارداری برای جنین خطرناک است. بیشترین درصد (39/4) زنان باردار آگاهی داشتند که مصرف داروهای گیاهی در سه ماهه اول دوران بارداری برای سلامت جنین خطرناک می باشد. بیشترین منبع کسب اطلاعات مادران در مورد مصرف داروهای گیاهی اقوام و بستگان بودند.

در ارتباط با دومین هدف یعنی تعیین میزان نگرش افراد تحت مطالعه، نگرش منفی 0-12، بی نظر 13-24، نگرش مثبت 25-36 در نظر گرفته شد. 70/6 درصد مادران باردار موافق تجویز داروهای شیمیایی توسط فرد متخصص، 53/9 درصد زنان باردار موافق تجویز داروهای گیاهی توسط فرد متخصص بودند. 73/9 درصد زنان باردار موافق عدم مصرف داروهای شیمیایی در دوران بارداری بودند. در صورتیکه بیشترین درصد (93/3) نسبت به مصرف داروهای گیاهی بی نظر بودند. 56/1 درصد موافق بودند که مصرف داروهای شیمیایی در دوران بارداری برای جنین خطرناک می باشد و 47/8 درصد موافق بودند که مصرف داروهای گیاهی در دوران بارداری برای جنین خطرناک می باشد. 37/8 درصد زنان باردار موافق بودند که مصرف داروهای شیمیایی برای مادر خطرناک می باشد و 57/2 درصد موافق بودند که برخی از داروهای گیاهی در دوران بارداری برای مادر خطرناک می باشد.

36/1 درصد از زنان باردار مخالف بودند که داروهای شیمیایی می تواند مشکلات دوران بارداری را کاهش دهد و 47/7

درصد در مورد مصرف داروهای گیاهی که بتواند باعث کاهش مشکلات دوران بارداری گردد بی نظر بودند. 48/3 درصد موافقت داشتند که حسن مصرف داروهای گیاهی ارزان قیمت بودن آن می باشد و 27/8 در صد موافق بودند که مصرف نمودن داروهای گیاهی در دوران بارداری آسان می باشد. 9/38 در صد مخالف بودند که مصرف داروهای گیاهی می تواند هزینه دارو و درمانی جامعه را کاهش دهد. 59/4 درصد موافقت داشتند که می توان داروهای گیاهی را در دوران بارداری با خیال راحت مصرف نمود.

در مورد هدف سوم، از 180 نفر مادر باردار 100 نفر (55/5 درصد) مصرف داروهای شیمیایی را ذکر کردند. عمده ترین داروهای مصرفی آهن، مولتی ویتامین، اسید فولیک، آنتی بیوتیک، مسکن و ضد تهوع بود. 97/8 درصد با تجویز پزشک داروهای شیمیایی را مصرف می نمودند. 2/2 در صد بدون تجویز پزشک دارو مصرف نموده بودند. داروهای مصرف شده توسط 180 نفر زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی عبارت بودند از 1- استامینوفن کدئین 2- آموکسی سیلین 3- آنتی هیستامین 4- قرص سرماخوردگی 5- فلوکسیتین 6- رانیتیدین 7- آمپول پروژسترون 8- لو وتیروکسین 9- قرص ضد تهوع 10- دگزامتازون 11- شربت آلومینیم ام جی 12- سایپروفلوکساسین

63 نفر (35 درصد) زنان باردار مصرف داروهای گیاهی را ذکر می کردند که داروهای مصرف شده به ترتیب عرق نعنا، گل گاو زبان، گل پونه، چهار تخمه، گل ونبات، روغن زیتون، چهل گیاه، اویشن، بیدمشک، کندر، شوکران، هفت تخمه بودند. عمده ترین داروهای گیاهی مصرفی عرق نعنا بوده، 40 نفر (22/2 درصد) و سپس گل گاو زبان، 12 نفر (6/6 درصد) بود و عمده ترین علت مصرف عرق نعنا را مشکلات گوارشی ذکر نمودند.

12 نفر از زنان مراجعه کننده (6/6 در صد) بیمار بوده و 8 مورد (4/4 درصد) به سبب بیماری با نظر متخصص دارو مصرف می نمودند. انواع بیماری ها عبارت از: بالا بودن چربی خون، مشکلات معده، دیابت بارداری، کم کاری تیروئید، فشارخون قبل از بارداری، کم خونی، افسردگی، میگرن بود.

31 بیمار (17/2 درصد) قبل از مثبت شدن تست بارداری نادانسته از حاملگی خود، دارو شیمیایی مصرف نموده بودند.

بحث و نتیجه گیری

امروزه یکی از مباحث مهم در زمینه مصرف خود سرانه دارو، بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد استفاده از دارو می باشد و مصرف خود سرانه دارو همراه با عوارض و عواقب ناگوار است. عدم آگاهی و نگرش مادران و استفاده نادرست می تواند مشکلات فراوانی را برای مادر و جنین و در نهایت جامعه فراهم آورد.

نتایج پژوهش حاکی از این است که سطح آگاهی واحد های مورد پژوهش در زمینه خود درمانی با دارو خوب و بالا می باشد. بعلاوه اطلاع رسانی از طریق مراکز بهداشتی و درمانی و رسانه ها خصوصاً صدا و سیما در مورد داروها و عوارض آنها خصوصاً در هنگام بارداری ضعیف می باشد.

منابع

- برمن ر (1382). *بیماریهای کودکان و نوزادان نلسون*. ترجمه بابازاده ر، تهران، چاپ گلبان.

- اکبر زاده پاشا ح (1382). *فرهنگ جیبی دارو و پرستار*. تهران، چاپ گلبان.

- موسوی بفرونی س (1378). *علل گرایش مردم به خود درمانی و نقش دارو در این زمینه*. پایان نامه کارشناسی ارشد.

- ویلر ل (1382). *مراقبتهای قبل وبعد از زایمان*. مترجم از گلی گ و همکاران. تهران، چاپ هما.

-Cunningham FG et al (2005). *Williams Obstetrics*. 22nd edition. New York, MC Grawhill.

-Pernoll ML (1991). *Current Obstetrics & Gynecology*. 7th edition USA Appleton & Lange.

- Rothman kJ et al (1995). Teratogenicity of high vitamin a intake. *New England Journal of Medicine*. Massachusetts. Publisher: Medical Society. 333 (21) 1369-1373.

-Helena M et al (2005). Self-medication with antibiotics: Does it really happen in Europe? *University of Helsinki*. Finland. 10 August: 1-10.

ازاین مطالعه می توان نتیجه گرفت که با توجه به آگاهی خوب زنان باردار در مورد استفاده از داروهای شیمیایی، هنوز ضعف آگاهی در مورد استفاده از داروهای گیاهی وجود داشته و لزوم تدوین و اجرای برنامه های آموزشی جهت ارتقاء آگاهی زنان باردار در رسانه های ارتباط جمعی، مراکز بهداشتی درمانی و درمانگاه های پره نانتال ضروری به نظر می رسد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی می باشد. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کلیه شرکت کنندگان صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

بررسی موانع استفاده از ابزارهای سنجش درد کودکان توسط پرستاران

پوران وروانی فراهانی⁹²، * دکتر فاطمه الحانی⁹³

چکیده

مقدمه: هدف از کنترل درد، پیشگیری از درد و رنج مردم و افزایش کیفیت زندگی می باشد که برای کنترل درد موفق باید سنجش درد صورت گیرد و برای سنجش درد باید از ابزارهای مناسب و معتبر سنجش درد استفاده کرد.

هدف: این پژوهش با هدف بررسی مشکلات پرستاران در استفاده از ابزارهای سنجش درد کودکان انجام شد.

مواد و روشها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی می باشد که با همکاری 30 نفر از پرستاران داوطلب که شاغل در بخش اورژانس کلینیکهای شرکت نفت در شهر اراک انجام شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه موانع موجود در استفاده از ابزارهای سنجش درد در کودکان از دیدگاه پرستاران و با این احتمال که دانش ناکافی یکی از مشکلات آنان باشد، از پرسشنامه دانش پرستاران در مورد سنجش درد نیز استفاده شد. روایی ابزارها به روش روایی محتوی، پایایی ابزار مشکلات استفاده از ابزارهای سنجش درد پرستاران به روش آزمون مجدد و پایایی پرسشنامه دانش پرستاران به روش ثبات درونی محاسبه شدند.

یافته ها: نمونه های پژوهش 73/3 درصد زن و 26/7 درصد مرد، 73/3 درصد دارای مدرک کارشناسی و 26/7 درصد کاردان پرستاری بودند و میانگین سن آنها 37 ± 5 سال بود. آگاهی پرستاران در مورد سنجش درد 20 درصد ضعیف، 60 درصد متوسط و 20 درصد خوب بود. نتایج حاصل از پرسشنامه موانع موجود پرستاران در استفاده از ابزارهای سنجش درد در کودکان از دیدگاه پرستاران نشان داد که در بعد محیطی (امکانات، نیروی انسانی) "عدم وجود ابزار سنجش درد در بیمارستان و کافی نبودن تعداد کارکنان جهت سنجش درد کودک"، در بعد مدیریتی - اجرایی "نبودن قوانین برای سنجش درد در سیستم بهداشت و درمان از جمله لحاظ نکردن این فعالیت پرستاران در ارزشیابی سالیانه"، در بعد آموزشی "ناکافی بودن دوره آموزشی سنجش درد"، در بعد فردی - انگیزشی "بار کاری زیاد پرستاران" بیشترین مشکلات بوده اند.

بحث و نتیجه گیری: نتایج نشان داد پرستاران در استفاده از ابزارهای سنجش درد در کودکان با مشکلات متعددی در حیطه های مختلف روبرو هستند. بررسی و تحلیل داده ها بیان گر این است شاخص ترین راهکار برای حل این مشکل تشکیل کمیته پرستاری درد در بیمارستان می باشد.

کلید واژه ها: پرستاری، کودکان، مقیاس، سنجش درد، کمیته.

تأیید مقاله: 1387/7/30

دریافت مقاله: 1387/4/2

⁹² - کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس.

⁹³ - * دانشیار گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس، (نویسنده مسئول مکاتبات) آدرس پست الکترونیکی: alhani-f@modares.ac.ir

درد یکی از مشکلات بشر است که از بدو تولد تا آخرین مرحله حیات وجود دارد یا ترس از آن انسان را آزار می دهد. یکی از عواملی که باعث مراجعه بیماران به مراکز درمانی و درمانگاه ها می شود، درد آنان است (معماریان، 1378). امروزه بیشتر از 90 درصد کودکان بستری در بیمارستانها روشهای تهاجمی دردناک (مانند تزریقات وریدی) را تجربه می کنند (... یاری و الحانی، 1385). پرستاران نقش اساسی در ارزیابی و کنترل درد بیمار طی دوران بستری دارند. آنان بیشترین زمان را نسبت به سایر کارکنان مراقبت بهداشتی با بیماران می گذرانند (نیکرک و مارتین، 2001⁹⁴). ارزیابی درد شامل استفاده از ابزارهای سنجش درد معتبر می باشد که از جمله ابزارهایی مثل خودگزارش دهی، گزارش پرستار، گزارش والدین، مشاهده رفتاری و اندازه گیری فیزیولوژیک براساس سن کودک و توانایی وی در برقراری ارتباط می باشد (بریگز و جوزه، 1991⁹⁵؛ وونگ و همکاران، 2004⁹⁶). سنجش به روش خودگزارش دهی به عنوان استاندارد طلایی در نظر گرفته می شود و علیرغم محدودیتهایی که وجود دارد، دارای بیشترین اعتبار برای سنجش درد است (جمبرز و همکاران، 1999⁹⁷). درد یک پدیده ذهنی است و به وسیله بیمار توصیف می شود لذا می توان آنرا به وسیله ابزارها و سوالات مختلف سنجش نمود (هر و همکاران، 2006⁹⁸). در سنجش درد باید کمیت و کیفیت درد مشخص شود، ارزیابی کیفیت درد یعنی توضیح در مورد محل درد، مشخصات درد، عوامل موثر در بهبود درد و... می باشد. برای ارزیابی کمیت درد یعنی بررسی میزان درد، از مقیاسها و ابزارهای درد در سنین مختلف استفاده می شود (کاراسنی و همکاران، 2002⁹⁹).

کاهش، برطرف کردن و رسیدگی به درد جزء حقوق کودکان است. کودکان گروه آسیب پذیر هستند و عدم درک و کنترل درد آنان در طولانی مدت بر آنها اثر می گذارد. درد کودک باید به طور سریع و موثر درمان یا کاهش یابد تا از نتایج و اثرات منفی فیزیولوژیک و روانی آن جلوگیری شود (کانلایف و رابرتز، 2004¹⁰⁰). نتایج عدم کاهش درد شامل اضطراب، کاهش تعامل با دیگران، آشفتگی خواب، نقص

در حرکت، کاهش اشتها، تغذیه ضعیف، بی قراری، کاهش کیفیت زندگی، افزایش هزینه های مراقبت بهداشتی و بستری می باشد (جونز و همکاران¹⁰¹، 2005). عدم سنجش و کنترل درد بیماران بعد از جراحی میزان نارضایتی از کنترل درد به 27/3 درصد می رسد و در صورت سنجش درد نارضایتی به 1/1 درصد می رسد (روث و همکاران¹⁰²، 2005). این در حالی است که ابزارهای مناسبی برای سنجش درد کودکان موجود می باشد نتایج پژوهش بولوچ و تننبن¹⁰³ (2002) نشان داد که دو ابزار مقیاس چهره ای و درد¹⁰⁴ از نظر محتوا، ترکیب و همگرایی برای کودکان در بخش اورژانس با درد حاد مناسب می باشند. نتایج پژوهش تردویل و همکاران¹⁰⁵ (2002) نشان داد که پرستاران در مورد بکارگیری از ابزارهای سنجش درد، بیشتر تمایل به استفاده از ابزارهای عددی و چهره ای دارند. نتایج پژوهش فراهانی و الحانی (1386) نشان داد ابزارهای چهره ای و دیداری از دیدگاه پرستاران و ابزارهای چهره ای از دیدگاه کودکان سن مدرسه ابزارهای مناسب برای سنجش درد کودکان سن مدرسه می باشند. پژوهشی به منظور بررسی نحوه پاسخ پرستاران به درد بیماران در 6 بیمارستان نشان داد که تنها 45/9 درصد پرستاران سنجش درد را پیشنهاد کرده بودند (مک دونالد و همکاران، 2005¹⁰⁶).

از آنجا که از اهداف مهم پرستاری تامین آسایش، راحتی و کنترل درد بیماران است، پرستاران می توانند به هنگام مراقبت از کودکان با استفاده از ابزارهای سنجش درد، باعث کنترل بهینه درد شده و بیماران را در پذیرش مراقبتهای بهداشتی یاری دهند، بعلاوه این امر می تواند باعث ارتقاء کیفیت مراقبت، کاهش مدت بستری، افزایش رضایتمندی بیماران و خانواده آنان در بیمارستان شوند و در نهایت خود پرستاران نیز احساس رضایتمندی خواهند نمود. لذا با توجه به اهمیت سنجش درد، این پژوهش با هدف بررسی موانع از ابزارهای سنجش درد کودکان توسط پرستاران انجام شد.

مواد و روشها

¹⁰¹-Jones R.

¹⁰²-Roth w.

¹⁰³-Bullock & Tenenbein

¹⁰⁴-Color Analog Scale (CAS) & Faces Pain Scale

(FPS)

¹⁰⁵-Treadwell.

⁹⁴-Niekerk & Martin

⁹⁵-Briggs & Jose

⁹⁶-Wong et al

⁹⁷-Chambers et al

⁹⁸-Herr et al

⁹⁹-Caraceni et al

¹⁰⁰-Cunliffe & Roberts

این این پژوهش مطالعه ای از نوع توصیفی می باشد که در سال 1386 در کلینیکهای شرکت نفت در شهر اراک انجام شد. 30 نفر از پرستاران داوطلب شاغل در بخشهای اورژانس سه کلینیک خصوصی شرکت نفت شهر اراک، به صورت نمونه گیری غیر احتمالی آسان¹⁰⁷ (در دسترس) انتخاب شدند. تعداد کل پرستاران شاغل 35 نفر بود، که 4 نفر حاضر به همکاری نبوده و یک نفر بهیار نیز جزء نمونه گیری قرار نگرفت. ابزارهای پژوهش عبارتند از: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل 9 سوال و پرسشنامه مشکلات موجود در استفاده از ابزارهای سنجش درد کودکان از دیدگاه پرستاران شامل 21 سوال که بر مبنای مطالعه مقالات، کتب، مصاحبه با پرستاران دست اندر کار و مشاهده حضوری در چهار حیطه محیطی (امکانات، نیروی انسانی 4 سوال)، مدیریتی- اجرایی 10 سوال، فردی- انگیزشی 5 سوال و آموزشی 2 سوال تهیه گردید، بعلاوه با این احتمال که دانش ناکافی درمورد استفاده از ابزارهای سنجش درد کودکان یکی از مشکلات پرستاران باشد، پرسشنامه دانش پرستاران شامل 9 سوال در این زمینه نیز تهیه و به کار گرفته شد. اعتبار ابزارها به روش اعتبار محتوا و پایایی ابزار مشکلات ایفای نقش به روش آزمون مجدد ($r=0/82$) و پایایی پرسشنامه دانش پرستاران به روش ثبات درونی ($a=0/80$) محاسبه شدند. امتیاز پرسشنامه مشکلات پرستاران به این ترتیب می باشد که هر مشکل دارای 3 گزینه (بلی، تا حدودی، خیر) با نمرات (2، 1، 0) امتیاز بندی شده کمترین امتیاز صفر و بالاترین امتیاز 42 می باشد و امتیاز پرسشنامه دانش پرستاران به این ترتیب می باشد که هر مشکل دارای چند گزینه و هر گزینه صحیح دارای 1 امتیاز می باشد، کمترین امتیاز صفر و بالاترین امتیاز 20 می باشد. نحوه محاسبه برای اولویت بندی به این ترتیب است: میانگین نمره کسب شده= مجموع فراوانی هر پاسخ ضربدر ضریب پاسخ.

یافته ها

73/33 درصد پرستاران نمونه پژوهش زن و 26/7 درصد مرد، 73/3 درصد دارای مدرک کارشناسی و 26/7 درصد فوق دیپلم پرستاری، میانگین سن آنان 37 ± 5 سال، 96/7 درصد متأهل و 3/3 درصد مجرد، میانگین سابقه کار $10/8 \pm 5$ سال و میانگین سابقه کار آموزشی آنها 4 ± 8 ماه بوده است، آگاهی 20 درصد پرستاران در مورد هدف از سنجش درد، انواع ابزارهای سنجش درد کودکان و سنجش

به روش خود گزارش دهی کودکان در سطح ضعیف، آگاهی 60 درصد پرستاران در زمینه سوالات مربوط به زمان سنجش درد در سطح متوسط و آگاهی 20 درصد پرستاران در زمینه سنجش به روش فیزیولوژیک و تغییرات علائم رفتاری در سطح خوب بود. نتایج حاصل از پرسشنامه مشکلات استفاده از ابزارهای سنجش درد در کودکان از دیدگاه پرستاران نشان داد که بیشترین مشکلات به ترتیب اولویت در بعد محیطی (امکانات، نیروی انسانی) "1-عدم وجود ابزار سنجش درد در بیمارستان، 2-کافی نبودن تعداد کارکنان جهت سنجش درد کودک و 3-کافی نبودن وقت کارکنان جهت سنجش درد کودک"، در بعد مدیریتی- اجرایی "1- نبودن قوانین برای سنجش درد در سیستم بهداشتی، 2- لحاظ نکردن این فعالیت پرستاران در ارزشیابی سالیانه و 3- عدم وجود این فعالیت در شرح وظایف پرستاران"، در بعد آموزشی "ناکافی بودن دوره های آموزشی سنجش درد"، در بعد فردی- انگیزشی "1- بار کاری زیاد پرستاران، 2- مشکل بودن ارزیابی درد کودکان و 3- ناکافی بودن زمان جهت بکارگیری ابزارهای سنجش درد" بود (جدول شماره 1). با توجه به نتایج حاصله و اولویت بندی مشکلات و پیشنهادات پرستاران در پاسخ به دو سوال باز آخر پرسشنامه و نیز مطالعات انجام شده چندین راهکار در 4 حیطه (محیطی- امکانات، مدیریتی- اجرایی، آموزشی و فردی- انگیزشی) ارائه شده در برابر مشکلات هر حیطه که دارای اولویت اول تا سوم بوده اند با توجه به امکانات، منابع و محدودیتهای محیط راهکارها به طور جداگانه تدوین شد که شامل قرار دادن فرم سنجش درد در پرونده کودکان، تدوین قوانین و مقررات، خط مشی ها و روشهای اجرایی سنجش درد در بیمارستان، آموزش کارکنان از طریق برگزاری کلاس، سمینار، بازآموزی و کتابچه بود. صورت دوره ای، اصلاح فرم ارزشیابی سالانه پرستاران و درج عبارات مربوط به سنجش درد، تعدیل شیفتهای کاری پرستاران، سنجش میزان توانمندی پرستاران در سنجش درد در بدو استخدام و در صورت نیاز بازآموزی، آموزش به پرستاران در مورد چگونگی ارتباط صحیح با کودکان، جهت اطمینان از قابلیت اجرا و کاربردی بودن راهکارها بود. هر راهکار با توجه به معیارهایی نظیر بودجه، زمان، کاربرد، نیروی انسانی، رضایت کارکنان و وسایل و امکانات مورد ارزیابی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت و راهکارهایی که بیشترین نمرات را کسب کرده بودند به عنوان راهکار برتر انتخاب شدند (جدول شماره 2).

¹ - Non probability sampling

جدول شماره 1: فراوانی و مرتبه موانع استفاده از ابزارهای سنجش درد پرستاران نمونه پژوهش در ابعاد مختلف

رتبه در کل	رتبه در حیطه	میانگین نمره	عنوان مشکل	بعد
1	1	56	عدم وجود ابزار سنجش درد در بیمارستان	محیطی (امکانات، نیروی انسانی) مدیریتی - اجرایی فردی - انگیزشی
3	2	52	کافی نبودن تعداد کارکنان جهت سنجش درد کودک	
6	3	48	کافی نبودن وقت کارکنان جهت سنجش درد کودک	
2	1	54	نبودن قوانین برای سنجش درد در سیستم بهداشتی	
4	2	51	لحاظ نکردن این فعالیت پرستاران در ارزشیابی سالیانه	
6	3	48	عدم وجود این فعالیت در شرح وظایف پرستاران	
4	1	51	بار کاری زیاد پرستاران نسبت به بکارگیری ابزارهای سنجش	
5	2	50	مشکل بودن ارزیابی درد کودکان	آموزشی
7	3	44	ناکافی بودن زمان جهت بکارگیری ابزارهای سنجش درد	
3	1	52	ناکافی بودن دوره های آموزشی در زمینه سنجش درد	

جدول شماره 2: جدول تعیین راهکار برتر از بین راهکارهای

رتبه	جمع امتیاز	نیروی انسانی 0-5	امکانات، وسایل 0-5	رضایت کارکنان 0-5	زمان 0-5	هزینه 0-5	کاربرد 0-5	راهکار
1	22	4	3	3	4	3	5	قرار دادن فرم سنجش درد در پرونده کودکان
2	21	4	3	3	3	3	5	تدوین قوانین و مقررات، خط مشی ها و روشهای اجرایی سنجش درد در بیمارستان
2	21	4	2	5	3	2	5	آموزش کارکنان از طریق برگزاری کلاس، سمینار، بازآموزی، کتابچه و ... به صورت دوره ای
3	20	4	2	4	3	2	5	اصلاح فرم ارزشیابی سالانه پرستاران و درج آیتمهای مربوط به سنجش درد
4	19	3	1	5	5	1	5	تعدیل شیفتهای کاری پرستاران
4	19	3	2	4	3	2	5	سنجش میزان توانمندی پرستاران در سنجش درد در بدو استخدام و در صورت نیاز بازآموزی
4	19	3	2	4	3	2	5	آموزش به پرستاران در مورد چگونگی ارتباط صحیح با کودکان

بحث و نتیجه گیری

یافته های حاصل از پژوهش نشان داد پرستاران در استفاده از ابزارهای سنجش درد کودکان با مشکلات متعددی در حیطه های مختلف روبرو هستند. یکی از مشکلات اصلی ذکر شده توسط پرستاران در بعد محیطی (امکانات، نیروی انسانی)، عدم وجود ابزار سنجش درد کودکان در بیمارستان است. نتایج پژوهش ... یاری و الحانی (1384) در تهران نشان داد یکی از بیشترین مشکلات موجود در بخش کودکان نبودن ابزار سنجش درد است. نتایج پژوهش پرویزی و الحانی (1384) نشان داد که 72/4 درصد پرستاران ابزارهای سنجش درد را نمی شناختند. مشکل بعدی، کافی نبودن تعداد کارکنان برای سنجش درد در ارائه خدمات بهتر به کودکان بیمار می باشد. نتایج پژوهش میلیسن و همکاران¹⁰⁸ (2006) نشان داد که مشکلات محیط کار پرستاران شامل کمبود کارکنان و محیط پر تنش می باشد. نتایج پژوهش ... یاری و الحانی (1384) در تهران نشان داد، عدم تناسب تعداد پرستاران به بیماران بیشترین مشکل بوده است.

در بعد مدیریتی- اجرایی، نبودن قوانین برای سنجش درد در سیستم بهداشتی از جمله لحاظ نکردن این فعالیت پرستاران در ارزشیابی سالیانه پرستاری در بیمارستان از مشکلات دارای اولویت می باشد. جامعه درد آمریکا در سال 2000 سنجش درد را به عنوان پنجمین علائم حیاتی ضروری اعلام کرد. زیرا باعث افزایش آگاهی کارکنان مراقبت بهداشتی از سنجش درد می شود. مدیران پرستاری برای توجه بیشتر پرستاران در به بکارگیری ابزارهای سنجش درد باید به این مورد در ارزشیابی عملکرد آنها توجه بیشتری نمایند. در حال حاضر در فرمهای ارزشیابی ویژه پرستاران عبارتی که مفهوم آن سنجش عملکرد پرستاران در مورد بکارگیری ابزارهای سنجش درد کودکان باشد وجود ندارد (فرم ابلاغیه وزارت بهداشت 1384). نتایج پژوهش استیونسون و همکاران¹⁰⁹ (2006) نشان داد، برای کنترل موثر درد باید سازمان دهی در ساختار سازمانها ایجاد کرد و محدودیت هایی که درد برای بیماران ایجاد می کند را شناسایی نمود.

در بعد آموزش، ناکافی بودن دوره های آموزشی در ارتباط با سنجش و کنترل درد به عنوان مهمترین مشکل مطرح

شده است. نتایج پژوهش پرویزی و الحانی در سال 1384 در تهران نشان داد که 86/7 درصد پرستاران در طی دوران تحصیل هیچ آموزشی در این زمینه دریافت نکرده بودند. پژوهش یانگ و همکاران¹¹⁰ (2006) نشان داد آموزش کارکنان نسبت به ابزارهای سنجش درد اثر مثبت بر روی نگرش آنها دارد. نتایج پژوهش لوفمارک و همکاران¹¹¹ (2003) نشان داد که 33 درصد دانشجویان پرستاری به اندازه کافی دانش سنجش درد داشته و اجرا می کردند و 66 درصد دانشجویان فاقد دانش سنجش درد بودند.

در بعد فردی- انگیزشی، بار کاری زیاد پرستاران به عنوان مشکل رتبه اول ذکر شده است. نتایج پژوهش ... یاری و الحانی (1384) نشان داد که 86/7 درصد پرستاران حجم کار بخش را زیاد بیان کرده بودند. مشکل دیگر مطرح شده در این بعد، مشکل بودن ارزیابی درد کودکان می باشد، زیرا کودکان در بیان وجود و شرح درد خود مشکل دارند. در مطالعه نیکرک و مارتین (2001) سنجش درد کودکان یکی از چالشهای مهم کارکنان مراقبت بهداشتی مطرح شده. مشکل دیگر مطرح شده در این بعد، عدم رضایت از شیفتها و ساعات کاری است. نتایج پژوهش ... یاری و الحانی (1384) نشان داد که 86/7 درصد پرستاران از شیفتها و ساعات کاری خود رضایت نداشتند. نتایج پژوهش لوو همکاران¹¹² (2005) نشان داد که کمبود پرستاران و حجم کار بالا بر روی بازدهی و کارایی سیستم مراقبت بهداشتی اثر می گذارد.

به طور کلی نتایج پژوهش نشان داد که پرستاران در استفاده از ابزارهای سنجش درد در کودکان با مشکلات و موانع متعددی در حیطه های مختلف روبرو هستند و برای از بین بردن این مشکلات نیاز به راهکارهایی در حیطه های مختلف است. یکی از راهکارهایی که می تواند تا حدی مشکلات سایر حیطه ها را در بر گیرد، تشکیل کمیته پرستاری درد در بیمارستان می باشد. لذا "تشکیل کمیته پرستاری کنترل درد کودکان" در بیمارستانها به عنوان راهکار برتر جهت ارتقاء استفاده از ابزارهای سنجش درد در کودکان پیشنهاد می شود. اعضای کمیته

¹¹⁰- Young et al

¹¹¹-Lofmark et al

¹¹²-Lu et al

¹⁰⁸-Milisen

¹⁰⁹-Stevenson et al

پرستاری درد شامل رئیس بیمارستان، مترون، سوپروایزر آموزشی
و سرپرستاران می باشند که با برگزاری جلسات مشترک و

تشکر و قدردانی

از مدیران پرستاری کلینیکهای تحت پژوهش و پرستاران بخش های اورژانس که جهت پاسخگویی به سوالات و تکمیل پرسشنامه ها همکاری داشتند صمیمانه سپاسگزاری می شود.

مداوم، کار برنامه ریزی، تدوین و تنظیم دستورالعملها و خط مشی ها، نحوه اجرا، نظارت و ارزشیابی جهت سنجش درد را انجام می دهند. تفاوت های فردی پرستاران در پاسخگویی به سوالات پرسشنامه حین تکمیل پرسشنامه ها و شدت مشغله کاری پرستاران از محدودیتهای این مطالعه بود.

منابع

- ا... یاری الف الحانی ف (1385). بررسی مشکلات پرستاران در بکارگیری روشهای کاهش درد ناشی از تزریقات در کودکان. *مجله بیماریهای کودکان ایران*. 16 (2) 183.
- پرویزی ف الحانی ف (1384). بررسی میزان شناخت و بکارگیری ابزارهای سنجش میزان درد در کودکان. *مجله بیماریهای کودکان ایران*. 15 (1) 190-196.
- فرم ارزشیابی پرستاران به شماره 4/313206/الف، مورخه 1384/12/9 بیمارستان ولیعصر (عج) اراک، ابلاغیه وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی.
- معماریان ر (1378). *کاربرد مفاهیم و نظریه های پرستاری*. چاپ اول. تهران، دفتر نشر آثار علمی دانشگاه تربیت مدرس.
- Briggs M Jose S (1991). A descriptive study of use visual analog scales and verbal rating scales for assessment of past operative pain in orthopedic patients. *Pain and Symptom Management*. 18 (6) 438-446.
- Bulloch B Tenement M (2002). Validation of 2 pain scales for use in the pediatric emergency department. *American Academy of Pediatrics*. 110 (3) 33- 36.
- Caraceni A et al (2002). Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: Recommendation of an expert working group of the European association of palliative care. *Pain and Symptom Management*. 23 (3) 239-252.
- Chambers C et al (1999). A comparison of face scale for the measurement of pediatric pain, children and parent rating. *Pain*. 83 (1) 25-35.
- Cunliffe M Roberts S (2004). Pain management in children. *Current Anesthesia & Critical Care*. 15(4) 272-283.
- Herr K et al (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*. 7 (2) 44-52.

- Jones RK et al (2005). Measuring pain intensity in nursing home residents. *Pain & Symptom Management*. 30 (6) 519-526.
- Lofmark A et al (2003). Student nurses ability to perform pain assessment. *Nurse Education in Practice*. 3 (3) 133-143.
- Lu H While AE Barriball KL (2005) Job satisfaction among nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 42 (2) 211-227.
- Mc Donald D et al (2007). Nurse response to pain communication from practice a post-test experimental study. *Nursing Studies*. 44 (1) 29-35.
- Milisen K et al (2006). Work environment & work force problems: A cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *International Journal of Nursing Studies*. 43 (6) 745-754.
- Niekrek L Martin F (2001). Tasmanian nurse knowledge of pain management. *Nursing Study*. 38 (1) 141-152.
- Roth W et al (2005). Dissatisfaction with postoperative pain management-A prospective analysis of 1071 patients. *Acute Pain*. 7 (2) 75-83.
- Stevenson KM et al (2006). Institutionalizing effective pain management practice change program to improve the quality of pain management in small health care organization. *Pain Management*. 31 (3) 248-261.
- Treadwell MJ et al (2002). Using quality improvement strategies to enhance pediatric pain assessment. *International Journal for in Health Care*. 14(1) 39-47.
- Wong DL, et al (2004). *Nursing Care of Infants & Children*. 7th edition. USA, Mosby Co.
- Young JL et al (2006). Nursing attitudes & believe in pain assessment & management. *Journal of Advanced Nursing*. 53 (4) 412-421.

بررسی رابطه میگرن با پره اکلامپسی: مقاله مروری

* دکتر معصومه سیمبر⁹²، زهرا کریمیان⁹³

چکیده

مقدمه: پره اکلامپسی نوعی سندرم اختصاصی حاملگی است که در آن به علت اسپاسم عروقی و فعال شدن اندوتلیوم، جریان خون اعضاء کاهش می یابد. میگرن هم یک سندرم خوش خیم و راجعه شامل سردرد، تهوع، استفراغ و یا سایر نشانه های اختلال کارکرد عصبی است. در تعدادی از مطالعات نشان داده شده است، زنانی که سابقه میگرن را دارند، در طی حاملگی در معرض خطر بیشتری از پره اکلامپسی هستند.

هدف: هدف این مقاله مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه رابطه بین میگرن با پره اکلامپسی است. و مکانیسم های مشابه این دو بیماری ناشناخته مورد تحلیل قرار می گیرد.

یافته ها: اگر چه مکانیسم اولیه پره اکلامپسی و میگرن به صورت ضعیف شناخته شده است، ولی فعالیت پلاکتی غیر طبیعی و فعالیت عروقی مختل شده در مکانیسم آنها مطرح شده اند. اختلال عملکرد عروق محیطی که در پره اکلامپسی مشاهده می شود، در عروق مغزی هم موقع حمله میگرنی اتفاق می افتد. بیماران میگرنی و بیماران مبتلا به اختلالات فشارخون حاملگی از نظر تاثیر داروها در درمان آنها هم تا حدودی مشابه هستند.

بحث و نتیجه گیری: با شناخت عوامل خطر پره اکلامپسی و با پیش بینی به موقع آنها می توان از بروز این بیماری در حاملگی پیشگیری کرد. در ضمن رابطه ی بین میگرن و پره اکلامپسی می تواند کلیدی برای کشف اتیولوژی های ناشناخته این دو بیماری باشد.

کلید واژه ها: حاملگی، پره اکلامپسی، میگرن

تأیید مقاله: 1387/8/7

دریافت مقاله: 1386/9/21

⁹² - *استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی (نویسنده مسئول مکاتبات) آدرس پست الکترونیکی: msimbar@yahoo.com

⁹³ - کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

مقدمه

پره اکلامپسی نوعی سندرم اختصاصی حاملگی است که در آن به علت اسپاسم عروقی و فعال شدن اندوتلیوم، جریان خون اعضاء کاهش می یابد. شیوع آن در نولی پارها 6-7 درصد و در مولتی پارها 3-4 درصد گزارش شده است (اسکات و همکاران، 2003⁹⁴). معیارهای لازم برای تشخیص آن شامل فشارخون بالا به همراه پروتئین اوری مثبت می باشد (سیمبر، 1385).

پره اکلامپسی به دلیل ناشناخته بودن مکانیسم ایجاد آن به بیماری تئوری ها معروف است (دچرنی و همکاران، 2003⁹⁵) و میزان وسیعی از پژوهش ها جهت حل معمای اتیولوژی پره اکلامپسی اختصاص داده شده است (اسکات و همکاران، 2003) ولی تعدادی از تئوری های احتمالی آن شامل صدمه سلول های اندوتلیال، پاسخ ایمنی غیر طبیعی، جریان خون جفتی ضعیف، واکنش پذیری عروقی تغییر یافته و عدم تعادل بین پروستاگلندین و ترومبوکسان است (ونگ و همکاران، 2006⁹⁶).

عوامل خطری هم که برای پره اکلامپسی مطرح شده اند به این ترتیب هستند: سن مادر، دیابت، فشارخون مزمن، بیماری کلیوی مزمن، سابقه خانوادگی پره اکلامپسی، ناسازگاری RH، وضعیت اقتصادی اجتماعی ضعیف شریک جنسی جدید (ونگ و همکاران، 2006)، نژاد مادر (پاتریک و همکاران⁹⁷ 2004)، نولی پاریته (جمز و همکاران، 2000⁹⁸)، سندرم آنتی بادی آنتی فسفولیپید (امانا و گرمس، 2007⁹⁹)، چند قلوئی (بولینگ و همکاران¹⁰⁰ 2003)، کروتز و همکاران¹⁰¹ 2002) و چاقی (مایلز و همکاران¹⁰²، 2001؛ باتاچاریا و همکاران، 2007¹⁰³؛ بونار و همکاران، 2007¹⁰⁴).

پره اکلامپسی در حاملگی 2 مشکل مهم و جدی را ایجاد می کند که شامل سندرم HELLP¹⁰⁵ و اکلامپسی است و باعث صدمه به ارگان های حیاتی بدن مثل مغز و کبد و کلیه شده و تهدید کننده ی حیات است (اسکات و همکاران، 2003). پره اکلامپسی عوارض جنینی متعددی را نیز ایجاد می کند که شامل محدودیت رشد داخل رحمی، ضربان قلب غیر رضایت بخش، نمره آپگار پایین و احتیاج به بخش مراقبت های ویژه است (یوسسی و همکاران، 2005¹⁰⁶). مشخص شده 28/2 درصد از مرگ های مادری ناشی از پره اکلامپسی و اکلامپسی است (رومرو و همکاران، 2007¹⁰⁷).

میگرن شایع ترین علت سردرد است که قرن ها پیش بشر را گرفتار کرده (برادلی و همکاران، 2004¹⁰⁸)، یک سندرم خوش خیم و راجعه شامل سردرد، تهوع، استفراغ و یا سایر نشانه های اختلال کارکرد عصبی است که به شکل ها و ترکیب های مختلفی ظهور می کند. شیوع آن در زنان حدود 20 درصد و در مردان 6 درصد گزارش شده است (کاسپر و همکاران، 2005¹⁰⁹).

یک حمله ی میگرن نتیجه ی نهایی تاثیر متقابل تعدادی از عوامل است که در افراد مختلف دارای اهمیت متفاوتی هستند. این عوامل عبارت اند از: استعداد ژنتیکی، حساسیت سیستم اعصاب مرکزی به محرک های خاص، عوامل هورمونی و توالی وقایع عصبی-عروقی (توماس و همکاران¹¹⁰ 2004). فعال شدن سلول های هسته ی دمی تری ژمینال در بصل النخاع سبب آزاد شدن نورو پپتیدهای و ازواکتیو شامل ماده P و پپتید وابسته به ژن کلسی تونین در پایانه های عروقی عصب سه قلو می شود. این مکانیسم نیز دلیل بالقوه ای برای تورم بافت نرم و حساسیت عروق خونی است که در طی حملات میگرن مشاهده می شوند (توماس و همکاران، 2004). در تعدادی از مطالعات نشان داده شده است زنانی که سابقه میگرن و سایر سردردها را دارند، در طی حاملگی در معرض خطر بیشتری از اختلالات فشارخون حاملگی هستند (فاشی

- ⁹⁴-Scott et al
- ⁹⁵-Decherney et al
- ⁹⁶-Wong et al
- ⁹⁷-Patrick et al
- ⁹⁸-James et al
- ⁹⁹-Romana & Gremese
- ¹⁰⁰-Buhling et al
- ¹⁰¹-Krotz et al
- ¹⁰²-Myles et al
- ¹⁰³-Bhattacharya et al
- ¹⁰⁴-Bonar et al

- ¹⁰⁵-Hemolysis, Elevated liver enzymes, Low platelets
- ¹⁰⁶-Yucesoy et al
- ¹⁰⁷-Romero et al
- ¹⁰⁸-Bradley et al
- ¹⁰⁹-Kasper et al
- ¹¹⁰-Thomas et al

نتی و همکاران،¹¹¹ 2005؛ مارککس و همکاران،¹¹² 1992؛ آدنی و همکاران،¹¹³ 2005).

هدف این مطالعه، مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه رابطه بین میگردن و پره اکلامپسی است. مکانیسم های مشابه این دو بیماری ناشناخته مورد تحلیل قرار می گیرد.

مواد و روشها

اگر چه مکانیسم اولیه پره اکلامپسی و میگردن به صورت ضعیف شناخته شده است، ولی فعالیت پلاکتی غیر طبیعی و فعالیت عروقی مختل شده در مکانیسم آنها مطرح شده اند (آدنی و همکاران، 2006). اختلال عملکرد عروق محیطی که در پره اکلامپسی مشاهده می شود، در عروق مغزی هم به هنگام حمله میگرنی اتفاق می افتد (آدنی و همکاران، 2006).

شواهد جدید نشان می دهد در سردرد های خوشه ای و میگردن سطح ملاتونین تغییر پیدا می کند به طوری که حتی در بعضی از مطالعات، درمان اختلالات سردرد با ملاتونین مطرح شده است. اثراتی که به ملاتونین نسبت داده می شود شامل اثرات ضدالتهابی، از میان برداشتن رادیکال های آزاد توکسیک، کاهش سیتوکین های التهابی، مهار آزاد شدن دوپامین، تنظیم عصبی-عروقی و تعدیل سروتونین می باشد (پرس،¹¹⁴ 2005). واگلر¹¹⁵ (2006) هم در مطالعات خود به این نتیجه رسید که تعداد زیادی از افراد میگرنی به محرک های محیطی حساس هستند که این مسئله ترشح ملاتونین را تحت تاثیر قرار می دهد (واگلر و همکاران، 2006). همین طور در مطالعه ای که توسط اکاتانی و همکاران¹¹⁶ انجام شد مشخص شد که اثر آنتی اکسیدان ملاتونین باعث مهار عمل وازواسپاسم، که مکانیسم اصلی پره اکلامپسی است می شود و به این ترتیب سطح ملاتونین در بیماران پره اکلامپتیک بالاتر از زنان حامله نرمال است (اکاتانی و همکاران، 2000).

چندین مطالعه سطوح غیرطبیعی سیتوکین ها را در زنان مبتلا به پره اکلامپسی گزارش کردند به طوری که میزان اینترلوکین 1، 18، 4 و 15 در این بیماران افزایش پیدا میکند که

این مسئله تغییر سطح ایمنی در بیماران پره اکلامپتیک را ثابت می کند (منصوری،¹¹⁷ 2007). به صورت مشابه نوروپتید ها و سیتوکین های متنوعی در پاتوفیزیولوژی میگردن مطرح شده اند که شامل اینتر کولین 1 و 6، پیتید وابسته به ژن کلسی تونین و عامل نکروز توموری می باشد. (پترلین و همکاران،¹¹⁸ 2007).

آدیپونکتین¹¹⁹ که به عنوان یک عامل ضد التهابی شناخته شده است، در بیماران مبتلا به پره اکلامپسی نسبت به زنان حامله ی نرمال غلظت پلاسمایی بالاتری داشته است (نی ان و همکاران،¹²⁰ 2007). فعالیت های ضد التهابی این عامل شامل مهار اینترکولین 6 و شروع پروسه ی سیتوکین های ضد التهابی می باشد (پترلین و همکاران، 2007). به صورت مشابه در بیماران مبتلا به میگردن هم این عامل افزایش پیدا میکند به طوری که آدیپونکتین در این بیماران نقش حفاظتی در برابر آترواسکلروز، دیس لیپیدمی و مقاومت به انسولین دارد (پترلین و همکاران، 2007).

مطالعات نشان می دهند که پیشرفت فشارخون در بیماران پره اکلامپتیک ناشی از اختلال عملکرد اندوتلیال وعدم تعادل در تولید و عمل عامل فعال کننده عروق می باشد که خود منجر به غلظت کلسیم سیتوزولی بالاتری می شود و در نهایت باعث انقباض عروقی و کاهش خونرسانی به ارگان ها از جمله بخش جفتی-رحمی می شود. در میان این عوامل اندوتلین 1 و آنژیوتانسین 2 باعث تنظیم غلظت کلسیم سیتوزولی می شود. شواهد نشان می دهد که میزان اندوتلین 1 و آنژیوتانسین 2 در بیماران پره اکلامپتیک بالاتر از حد طبیعی است (آریزا و همکاران،¹²¹ 2007). در مقابل مشخص شده که ممکن است اندوتلین ها به عنوان یک مدیاتور¹²² در فاز انقباض عروقی میگردن موثر باشد (کالا و همکاران،¹²³ 1998). در مطالعه ای دیگر نشان داده شد که سطح وازوپرسین در طول حمله ی میگردن افزایش پیدا میکند که وازوپرسین خود باعث القای سنتز اندوتلین 1 در سلول های

¹¹⁷-Mansouri

¹¹⁸-Peterli et al

¹¹⁹-Adiponectin

¹²⁰-Nien et al

¹²¹-Ariza et al

¹²²-Mediator

¹²³-Kallela et al

¹¹¹-Facchinetti et al

¹¹²-Marcox et al

¹¹³-Adeney et al

¹¹⁴-Peres

¹¹⁵-Vogler

¹¹⁶-Okatani et al

شدیدی را در این افراد شروع می کند به طوری که مجبور به قطع دارو می شود (فاشی نئی و همکاران 2005).

زنانی که در حاملگی مبتلا به پره اکلامپسی می شوند در معرض خطر بیماری های قلبی عروقی و سکنه مغزی در آینده هستند (نیو استید و همکاران، 2007¹³⁰؛ براون و همکاران، 2006¹³¹؛ وان دادل سزن و همکاران، 2007¹³²). همین طور در بسیاری از مطالعات مشخص شده که مبتلایان به میگرن هم در معرض بیماری های قلبی عروقی و سکنه مغزی و دیگر بیماری های عروق مغز هستند (فین استر و استول برگر، 2006¹³³؛ لاونر و همکاران، 2007¹³⁴؛ سوزوکی، 2006¹³⁵؛ وینگر چاک و همکاران، 2007¹³⁶؛ کورس و همکاران، 2007¹³⁷). رابطه ای میگرن با ناهنجاری های ژنتیکی فاکتورهای انعقادی پیدا شده است که نقش مهمی در پاتوژنز سکنه ی مغزی دارد (آلایس و همکاران، 2007¹³⁸).

مطالعاتی که رابطه میگرن با پره اکلامپسی را نشان دادند، به این ترتیب هستند. مطالعه ای به صورت مورد-شاهد توسط فاشی نئی و همکاران در سال 2006 انجام شد و مشخص شد که سردرد میگرنی بدون اورا در گروه مبتلا به اختلالات فشارخون حاملگی 4/95 برابر بیشتر از گروه شاهد است (فاشی نئی و همکاران، 2006).

مطالعه ای هم توسط آدنی و همکاران در سال 2005 به صورت گذشته نگر انجام شد و مشخص شد که سابقه داشتن میگرن با خطر 1/8 برابر افزایش پره اکلامپسی در مقایسه با گروه شاهد همراه بود و زنانی که موقع تشخیص میگرن سن بیش از 30 سال داشتند 2/8 برابر بیشتر در معرض خطر بودند (آدنی و همکاران 2005).

مطالعه ای دیگر توسط کریمیان (1386) به صورت مورد-شاهد انجام شد. در این مطالعه سابقه سردردهای میگرنی با خطر 2/87 برابر اختلالات فشارخون حاملگی همراه بود.

اندوتلیال میشود این مطالعه نشان داد که وازوپرسین به عنوان یک مدیاتور محیطی برای افزایش اندوتلین 1 در پلاسما عمل می کند (هاسل بلات و همکاران، 1999¹²⁴).

مطالعات نشان می دهند که تجمع پلاکتی و افزایش پروستا گلاندین ها هم در پاتوفیزیولوژی میگرن و اختلالات فشارخون حاملگی تاثیر دارند (مارککس و همکاران، 1992¹²⁵). افزایش فعالیت پلاکتی در اواخر حاملگی در زنان پره اکلامپتیک ثابت شده و حساسیت پروستاگلاندین E1 هم در این بیماران کاهش پیدا میکند (تورس و همکاران 1996¹²⁶). به همین ترتیب در بیماران میگرنی هم مهار تجمع پلاکتی به وسیله ی پروستاگلاندین E1 القا می شود و در این بیماران عدم حساسیت به پروستاگلاندین E1 وجود دارد (سرنکا و همکاران، 1993¹²⁷).

بیماران میگرنی و بیماران مبتلا به اختلالات فشارخون حاملگی از نظر تاثیر داروها در درمان آنها هم تا حدودی مشابه هستند. به طوری که سولفات منیزیم که به صورت گسترده در بیماران پره اکلامپتیک مصرف می شود، اخیراً ثابت شده باعث بهبود سردرد هم می شود. منیزیم روی گیرنده های سروتونین و دیگر گیرنده ها و نوروترانسمیترهای وابسته به میگرن موثر است. شواهد نشان می دهد که بیش از 50 درصد بیماران در طی حمله میگرن کاهش در سطح منیزیم یونیزه را دارند (ماسکاپ و آلتورا، 1998¹²⁸) و انفوزیون منیزیم منجر به تسکین سریع میگرن حاد در این چنین بیماران می شود (ماسکاپ و آلتورا، 1998؛ بیگال و همکاران 2002¹²⁹). علاوه بر این با دادن داروهایی که بیوسنتز پروستاگلاندین ها و یا تجمع پلاکتی را مهار می کنند مثل ناپروکسن سدیم و آسپیرین می توان از حملات میگرن و همین طور از بروز اختلالات فشارخون در حاملگی پیشگیری کرد (مارککس و همکاران 1992).

حساسیت به نیترات هم در دو بیماری فوق وجود دارد به طوری که تجویز تری نیترات گلیسیریل حمله میگرن را در افراد مستعد القاء می کند و ثابت شده که اگر نیترات به زنان پره اکلامپتیک به منظور افت فشارخون تجویز شود حمله سردرد

¹³⁰-Newstead et al

¹³¹-Brown et al

¹³²-Vandadelszen et al

¹³³-Finistere & Stollberger

¹³⁴-Launer et al

¹³⁵-Suzuki

¹³⁶-Wingerchuk et al

¹³⁷-Kurth et al

¹³⁸-Allais et al

¹²⁴-Hasselblatt et al

¹²⁵-Marcoux et al

¹²⁶-Torres et al

¹²⁷-Cerneca et al

¹²⁸-Mauskop & Altura

¹²⁹-Bigal et al

درضمن رابطه میگرن با پره اکلامپسی می تواند کلیدی برای کشف اتیولوژی های ناشناخته ی این دو بیماری باشد. علاوه بر این می توان با تشخیص زودرس و درمان به موقع بیماران مبتلا به میگرن تا حدودی از میزان بروز این اختلالات در حاملگی کاست.

مطالعه ای دیگر توسط مارککس و همکاران در سال 1992 به صورت مورد-شاهد انجام شد. در این مطالعه 8 درصد گروه کنترل و 16 درصد از افراد مبتلا به پره اکلامپسی و 12 درصد از افراد مبتلا به پرفشاری خون حاملگی سابقه سردرد میگرن داشتند و نتیجه گرفته شد که سابقه میگرن مادر خطر اختلالات فشارخون حاملگی را افزایش می دهد (مارککس و همکاران، 1992).

مطالعه ای توسط مور و ردمن¹³⁹ در سال 1983 در آکسفورد به صورت مورد-شاهد انجام شد. در این مطالعه سردرد های قبل از حاملگی مخصوصاً سردرد های میگرنی در گروه پره اکلامپسی بیشتر بود. به طوری که 33 درصد از افراد مبتلا به پره اکلامپسی و 6 درصد از گروه کنترل سابقه سردرد های میگرنی را داشتند (مور و ردمن، 1983).

مطالعه ای دیگر توسط بن هیدی و همکاران¹⁴⁰ در سال 2007 به صورت گذشته نگر انجام شد و مشخص شد شیوع پره اکلامپسی و تهوع استفراغ شدید حاملگی در گروه میگرنی بیشتر از گروه شاهد بود (بن هیدی و همکاران، 2007). در مقابل مطالعه ای توسط وین اسکات و همکاران¹⁴¹ به صورت گذشته نگر در سال 1978 با هدف بررسی عوارض حاملگی در زنان مبتلا به میگرن انجام شد شرح حال باروری 777 فرد مبتلا به میگرن با 182 زن غیر میگرنی مقایسه شد. در این مطالعه شیوع سقط، تولد مرده و پره اکلامپسی در دو گروه مشابه بود (وین اسکات و همکاران، 1978).

بحث و نتیجه گیری

دراکثر مطالعات انجام شده در زمینه رابطه میگرن با پره اکلامپسی نشان داده شده است که سابقه سردردهای میگرنی خطر بروز پره اکلامپسی را افزایش می دهد و مکانیسم های متعدد مشابهی بین این دو وجود دارد. پیشرفت در درک پاتو فیزیولوژی اختلالات فشارخون حاملگی این امکان را خواهد داد که بیماران مبتلا به اختلالات فشارخون را بهتر ارزیابی کرده و درمان شوند (جمزو همکاران، 2000) و با شناخت عوامل خطرآن و با پیش بینی به موقع آنها از بروز این اختلالات در حاملگی پیشگیری شود (یوسسی و همکاران، 2005).

¹³⁹-Moore & Redman

¹⁴⁰-Banhidy et al

¹⁴¹-Wainscott et al

- کانینگهام ف و همکاران (1385) *بارداری وزایمان ویلیامز*. ترجمه ی سیمبر م. چاپ اول. جلد دوم. تهران، انتشارات سالمی.
- کریمیان ز (1386). *بررسی رابطه بین میگرن و اختلالات فشارخون حاملگی در زنان مراجعه کننده به بیمارستان های شهر کاشان سال 1386*. پایان نامه دانشجوی ارشد مامایی ، دانشکده پرستاری مامایی ، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- Adeney KL et al (2005). Migraine headache and preeclampsia. *The Journal of Head and Face Pain*. 46 (5) 794-803.
- Allais G et al (2007). Is migraine a risk factor in pregnancy. *Neurology Science* . 1(2) 184-187.
- Ariza AC et al (2007). Endothelin and angiotensin in preeclampsia. *Review Investion Clinical*. 59 (1) 48-56.
- Banhidy F et al (2007). Pregnancy complicated and delivery outcome in pregnant women with severe migraine. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 39 (5) 390-397.
- Bhattacharya S et al (2007). Effect of body mass index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies . *Biomedical Public Health*. 7 (1) 168- 172
- Bigal ME et al (2002). Intravenous magnesium sulphate in the acute treatment of migraine without aura and migraine with aura. *Cephalalgia*. 22 (5) 345-353.
- Bonar LM et al (2007). Prepregnancy body mass index occurrence of severe hypertensive disorders of pregnancy. *Epidemiology* . 18(2) 234-239.
- BradleyWG et al (2004). Neurology in Clinical Practice. *Neurological Disorders*. 4th edition. Philadelphia, Butterworth- Heinemann.
- Brown et al (2006). Preeclampsia and the risk of ischemic stroke among young women . *Stroke*. 37 (4) 1055-1059.
- Buhling KJ et al (2003). Risk for gestational diabetes and hypertension for women with twin pregnancy compared to single pregnancy. *Archive Obstetrics & Gynecology*. 269 (1) 33-36.
- Cerneca F et al (1993). Migraine: Possible role of platelet insensitivity to prostaglandin E1. *Functional Neurology*. 8 (6) 403-408
- Decherney AH et al (2003). *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment*. 9th edition. New York, Mc Graw – Hill publishing.
- Facchinetti F et al (2005).The relationship between headache and preeclampsia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 121(2) 143-148.
- Finsterer J Stollberger C (2006). Is migraine a cardiac disorder?. *Headache*. 46 (1) 46-56.
- Hasselblatt M et al (1999). Simulaneous monitoring of endothelin 1 and vasopressin plasma levels in migraine. *Neuroreport* .10 (2) 423-425.

- James DK et al (2000). **High Risk Pregnancy Management Options**. 2nd edition. London, Saunders Publishing.
- Kallela M et al (1998). Endotelin in migraine patients. **Cephalalgia**. 18 (6) 329-332.
- Kasper DL et al (2005). **Harrison's Principle of Internal Medicine**. 16th edition. Vol 2. New York, Mc Graw – Hill publishing.
- Krotz S et al (2002). Hypertensive disease in twin pregnancy . **Twin Research**.5 (1) 8-14 .
- Kurth T et al (2007). Migraine and risk of cardiovascular disease in men. **Archive International Medicine**. 167(8) 795-801.
- Launer LJ et al (2007). Is migraine with aura associated with increased risk of cardiovascular disease? . **National Clinical Practices Cardiovascular Medicine**. 4 (3) 126-127.
- Mansouri R (2007). Serum cytokines profiles in Iranian patients with preeclampsia. **Iranian Journal of Immunology**. 4 (3) 176-185.
- Marcoux S et al (1992). History of migraine and risk of pregnancy-induced hypertension. **Epidemiology**. 3 (1) 53-56.
- Marcoux S et al (1989). The effect of cigarette smoking on the risk of preeclampsia and gestational hypertension. **American Journal of Epidemiology** . 130 (5) 950-970.
- Mauskop A Altura BM (1998). Role of magnesium in the pathogenesis and treatment of migraines. **Clinical Neuroscience**. 5 (1) 24-27.
- Moore M Redman C (1983). Case control study of severe preeclampsia of early onset. **British Medical Journal** . 287 (27) 580-583.
- Myles W et al (2001) Obesity and preeclampsia. **Obstetrics & Gynecology**. 68 (5) 757-762.
- Newstead J et al (2007). Preeclampsia and future cardiovascular risk. **Experimental Review of Cardiovascular Therapy**. 5 (2) 283-294.
- Nien JK et al (2007). Adiponectin in severe preeclampsia. **Journal of Perinatal Medicine**. 35 (6) 503-512.
- Okaatani Y et al (2000). Melatonin inhibits vasospastic action of oxidized low-density lipoprotein in human umbilical arteries. **Journal of Pineal Research**. 29 (2) 74-80.
- Patrick TE et al (2004). Homocysteine and folic acid are inversely related in black women with preeclampsia. **Hypertension**. 43 (6) 1279-1282.
- Peres MF (2005). Melatonin, the pineal gland and their implications for headache disorders. **Cephalalgia**. 25 (6) 403-411.
- Peterli BL et al (2007). Migraine and adiponectin. **Cephalalgia**. 27 (5) 435-446.
- Romana G Gremese E (2007). Antiphospholipid syndrome and preeclampsia. **Group Italian Nephrology**. 24 (3) 195-201.

- Romero G et al (2007). Risk factors of maternal death in Mexico. **Birth**. 34 (1) 21-25.
- Scott JR et al (2003). **Danforth's Obstetrics & Gynecology**. 9th edition. Philadelphia, Lippincott and Williams and Wilkins.
- Suzuki N (2006) Migraine and stroke. **Rinsho Shinkeigaku**. 46 (11) 899-901. (Abstract)
- Thomas E et al (2004). **Cecil Essentials Medicine**. 6th edition. Philadelphia, Saunders Publishing.
- Torres PJ et al (1996). Platelet enitivity to prostaglandin E1 inhibition is reduced in preeclampsia but not in nonproteinuric gestational hypertension. **British Journal of Obstetrics & Gynecology**. 103 (1) 19-24.
- Vandadelszen P et al (2007). Evidence based management for preeclampsia. **Frontiers in Bioscience**. 1(12) 2876-2889.
- Vogler B (2006). Role of melatonin in the pathophysiology of migraine: Implication for treatment. **Central Nervous System Drugs**. 20 (5) 343-350.
- Wainscott G et al (1978). The outcome of pregnancy in women suffering from migraine. **Postgraduate Medical Journal**. 54 (628) 98-102.
- Wingerchuk DM et al (2007). Migraine with aura is a risk factor for cardiovascular and cerebrovascular disease. **The Neurologist**. 13 (4) 231-233.
- Wong D et al (2006). **Maternal Child Nursing Care**. 3rd edition. United States of American, Mosby Co.
- Yucesoy G et al (2005). Maternal and perinatal outcome in pregnancies complicated with hypertensive disorder of pregnancy. **Archive Gynecology Obstetrics**. 273 (1) 43-49.