



فصلنامه

دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

سال چهارم / شماره سوم، پاییز 1385

مقالات پژوهشی

-
- بررسی آگاهی و عملکرد پرستاران شاغل در بخش‌های CCU در مورد آمیای قلبی ریوی بالظین در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
سهیلا آهنگرزاده رضایی، محمود ساقی‌زاده، علیرضا رهمانی
98
- بررسی مشخصات دموگرافیک مسمومیت در بیماران بستری بیمارستان‌های دانشگاهی ارومیه 1381-1384
زهرا زارع فضل الهی، معصومه فوش کلام
104
- بررسی شیوع چاقی، هیپر لیپیدمی، هیپر گلیسمی در بیماران دیابتی نوع دو مرکز دیابت شهر ارومیه
ژاله نانبفش، رقیه مهدی‌نژاد، ممیده فلیل‌زاده، منصوره وظیفه اصل
112
- بررسی تاثیر آموزش در منزل بر وضعیت سلامت جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز
معصومه همتی‌مسلك‌پاک، مهین نصرتی، ژاله نانبفش، ممیده فلیل‌زاده، سهیلا آهنگرزاده رضایی، علیرضا رهمانی
116
- بررسی میزان استرس و نحوه سازگاری در دانشجویان فوابگاه‌های دختران دانشگاه ارومیه
رویا یاوریان، طیبه گلشن
124

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

سال چهارم - شماره سوم - پاییز 1385

صاحب امتیاز: دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

مدیر مسئول: حمیده محدثی

سردبیر: حمیده خلیل زاده

ویراستار انگلیسی: آرزو عاصمی

ویراستار ادبی: جلال خلیلی

همکاران اجرایی: حوریه اشرافی، منصوره وظیفه اصل

شماره مجوز: 124/1194 مورخ 82/2/7 وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

هیات تحریریه (به ترتیب حروف الفبا)

مرضیه ابراهیمی، نوریه امیرزاده، سهیلا آهنگرزاده رضایی، رحیم بقایی، دکتر رامین بهروزیان،

دکتر مریم تقی زاده، دکتر علی تقی زاده افشاری، یوسف حقیقی مقدم، مولود رادفر، دکتر شاکر سالاری، شمس

الدین شمس، دکتر ایرج محبی، مریم مسگرزاده، دکتر مرتضی متذکر، دکتر فیروز قادری پاکدل

مشاوران علمی: -

تیراژ: 1000 نسخه

چاپ: آذرگرافیک - ارومیه

حروف نگار و صفحه آرا: آذرگرافیک - ارومیه

صندوق پستی: 1776

کد پستی: 96494-57136

نشانی: ارومیه، خیابان امام، خیابان بسیج (ارک) جنب بیمارستان عارفیان، دانشکده پرستاری و مامایی

تلفن: 0441-2228818 - 0441-2225522 دورنگار: 0441-2237160

پست الکترونیک: J-Nur-Mid@umsu.ac.ir

قیمت یک شماره: 2500 ریال

هرگونه استفاده از مطالب نشریه بدون ذکر منابع ممنوع است.



دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه به منظور افزایش آگاهی، آموزش و انتقال دست آوردهای علمی و پژوهشی به همکاران و علاقه‌مندان اقدام به انتشار فصلنامه حاضر کرده است. از نویسندگان و پژوهشگران محترم که مایلند مقاله آنها در این نشریه چاپ شود خواهشمند است، نکات زیر را رعایت نمایند:

- 1) مقالات در یک روی کاغذ A4 تایپ و ارسال گردد.
- 2) در صفحه اول مقاله: عنوان، نام و نام خانوادگی نویسندگان، رتبه علمی، نشانی کامل و شماره تماس درج شود.
- 3) مقاله پژوهشی مشتمل بر: چکیده، مقدمه، مواد و روش تحقیق، یافته‌ها، بحث و نتیجه گیری و فهرست منابع باشد.
- 4) چکیده فارسی و انگلیسی مقاله حاوی مقدمه (Introduction)، مواد و روشها (Methods & Materials)، نتایج (Results) و بحث و نتیجه‌گیری (Conclusion) باشد و واژه‌های کلیدی (Key words) و حداکثر در 150 کلمه تهیه و ارسال گردد.
- 5) چکیده انگلیسی عیناً ترجمه چکیده فارسی درج گردد.
- 6) حجم مقاله با احتساب جدول‌ها و نمودارها از 10 صفحه تا پپی 22-20 سطر بیشتر نباشد.
- 7) در متن مقالات از واژه های انگلیسی استفاده نشود و در صورت لزوم زیرنویس داده شود.
- 8) جهت قبول مقاله برای چاپ در فصلنامه، نویسنده می‌بایست از هر مقاله چهار نسخه به دفتر مجله ارسال نماید. 3 نسخه فاقد اسامی نویسندگان و مشخصات مربوط بوده و فقط یک نسخه دارای اسامی و مشخصات مربوط به نویسنده باشد.
- 9) نسخه الکترونیکی مربوط به مقاله بر روی یک CD یا فلاپی دیسک حاوی کل مقاله و نمودارها و جداول همراه مقاله ارسال گردد.

نمونه نگارش منابع:

منابع به ترتیب استفاده در متن داخل پارانتر شماره گذاری گردند. اگر تعداد منابع بیش از یک عدد باشد به صورت صعودی از چپ به راست نوشته شده و بین اعداد از ویرگول فارسی استفاده کنید. نقطه خاتمه جمله بعد از پارانتر آورده شود. در انتهای مقاله به ترتیب استفاده منابع را ذکر نمائید. از راهنمای ذیل جهت ذکر صحیح منابع استفاده کنید.

الف) مقاله نشریه استاندارد:

۱- شش مؤلف اول را با جدا سازی توسط ویرگول ذکر نموده و سپس عبارت et al. را اضافه نمائید (توجه داشته باشید et al یک لفظ فرانسوی بوده و به معنی "و دیگران" است. بنابراین قبل از آن کلمه and را استفاده نکنید). در صورتی که مقاله کمتر از ۶ نویسنده داشته باشد همه آنها باید به طوری نوشته شوند که نام‌خانوادگی در ابتدا با حرف اول بزرگ و سپس با یک فاصله اولین حرف نام اول به صورت بزرگ آورده شود. در حالت ۳ اسمی بودن حرف اول اسم دوم و اول پس از نام خانوادگی آورده شود. برای موارد دیگر به مثال زیر توجه کنید.

- Vega KJ, Pina I, Krevsky B, Parkin DM, Clayton D, Black RI et al. Childhood of Leukemia in Europe. Br J Cancer 1996; 73: 1006-1012.
- ۲- سازمان به عنوان نویسنده:
- The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress, Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164: 282-284.
- ۳- بدون نام نویسنده:
- Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J. 1994; 84: 15.
- ۴- شماره همراه قسمت
- Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann Clin Biochem 1995; 32 (pt 3): 303-306.

ب) کتب و سایر مونه‌گرافها

- ۵- نویسندگان شخصی
- Ringsren MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd Ed. Albany (NY) Delmar Publishers; 1996.
- ۶- سازمان به عنوان نویسنده یا ناشر
- Institute of medicine (US). Looking at the future of the medical program, Washington: The institute 1992.
- ۷- فصلی از یک کتاب
- Philips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, Editors. Hypertensions: Pathophysiology, diagnosis and management. 2nd Ed. New York: Raven Press; 1995. P.465-478.
- ۸- پایان نامه
- Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ; 1995.

ج) مقاله نشریه در قالب الکترونیکی

- Morse SS. Factors in the emergence of infections disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1995 Jun 5]; 1(1): [24 screens]. Available from URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

د - مقاله ارائه شده در سمینار

نام خانوادگی نویسندگان، نام کوچک، عنوان مقاله، نام سمینار، محل ارائه، تاریخ.

- 1) شکل ها، جدول ها و نمودارها شماره گذاری شده و محل دقیق آنها در متن مقاله و زیر نویس آنها مشخص گردد.
- 2) منابع به ترتیب ارائه در متن مقاله شماره گذاری گردد.
- 3) منابع مورد استفاده حتی الامکان بعد از سال 2000 باشند.
- 4) هیات تحریریه مجله در رد یا قبول و اصلاح و ویرایش مقالات آزاد است.
- 5) مسئولیت کامل منابع و مطالب چاپ شده بر عهده نویسنده (نویسندگان) خواهد بود.
- 6) مجله از درج مقالاتی که قبلاً در نشریات دیگر چاپ شده باشند، معذور و مسئولیت اخلاقی آن بر عهده نویسندگان مقاله است.
- 7) مقالات ارسالی بازگردانده نمی‌شوند.
- 8) در متن مقاله هر واژه یا عبارتی که به صورت علائم اختصاری فارسی یا انگلیسی به کار برده شده در اولین استفاده باید عبارت کامل زیرنویس گردد.



دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

سال چهارم / شماره سوم - پاییز 1385

- ◀ بررسی آگاهی و عملکرد پرستاران شاغل در بخش‌های CCU در مورد آمیای قلبی ریوی بالغین در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
سهیلا آهنگرزاده رضایی، محمود ساقی‌زاده، علیرضا رحمانی
98
- ◀ بررسی مشخصات دموگرافیک مسمومیت در بیماران بستری بیمارستان‌های دانشگاهی ارومیه 1381-1384
زهرا زارع فضل الهی، معصومه فوش کلام
104
- ◀ بررسی شیوع چاقی، هیپر لیپیدمی، هیپر گلیسمی در بیماران دیابتی نوع دو مرکز دیابت شهر ارومیه
ژاله نانبفش، رقیه مهدی‌نژاد، ممیده فلیل‌زاده، منصوره وظیفه اصل
112
- ◀ بررسی تاثیر آموزش در منزل بر وضعیت سلامت جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز
معصومه همتی‌مسلک‌پاک، مهین نصرتی، ژاله نانبفش، ممیده فلیل‌زاده، سهیلا آهنگرزاده رضایی، علیرضا رحمانی
116
- ◀ بررسی میزان استرس و نحوه سازگاری در دانشجویان فوابگاه‌های دختران دانشگاه ارومیه
رویا یاوریان، طیبه گلشن
124

سپاس بیکران خداوند یکتا و بی همتا را که توفیق انتشار فصلنامه علمی، پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه را به ما اعطا فرمود.

تلاش برای ارتقاء سطح بهداشت جامعه ای که در آن زندگی می کنیم ایجاب می کند که پرستارها و ماماها با علم و تکنولوژی جهان امروز هم آهنگ و همگام شوند، انتشار مجلات علمی و تحقیقی که آخرین دستاوردهای دنیای پرستاری و مامایی را در اختیار آنان قرار می دهند خودگامی در جهت رسیدن به این هدف عالی است. انتشار این فصلنامه نیز قدمی کوچک برای بالا بردن سطح علمی همکاران ارجمند به خصوص پرستاران و ماماهاست این استان می باشد، امید می رود از مساعدت و همکاری خود آنان نیز برخوردار گردد.

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه دست تمامی اساتید، دانشجویان، پزشکان، پرستاران، ماماها و پیراپزشکان که مایل به همکاری باشند به گرمی خواهد فشرد، انتقادات و پیشنهادات آنان را محترم شمرده و راهنمای راه خویش قرار خواهد داد.

In the Name of God

Journal of Urmia Nursing and Midwifery faculty

Vol 4, No 3, Autumn 2006

Publisher: Urmia Nursing and Midwifery Faculty

Chairperson: Hamideh Mohaddesi

Editor in Chief : Hamideh Khalilzadeh

Translator and Editor: Arezoo Assemi

Editor: Jalal Khalili

Executive Experts: Hourieh Ashrafi, Mansoreh Vazife Asl

Editorial Board:

Marzeih Ebrahimi, Nourieh Amirzadeh, Soheila Ahangarzadeh Rezaei, Rahim Baghaei, Dr. Ramin Behruzian, Dr. Maryam Taghizadeh, Dr. Ali Taghizadeh, Yousef Haghighi Moghadam, Molud Radfar, Dr. Shaker Salari, Shamseddin Shams, Dr. Iraj Mohebbi, Maryam Mesgarzadeh, Dr. Mortaza Motazaker, Dr. Firouz Ghaderi Pakdel

Scientific Counselors: -

Copy: in 1000

Printed in: Azar Graphic, Urmia I.R.IRAN

Page Designer and Type Setter: Azar Graphic, Urmia I.R.IRAN

Address: Faculty of Nursing & Midwifery, Basij Avenue, Urmia, I.R.IRAN

P.O.Box: 1776

Postal Code No: 57136-96494 Urmia- Iran.

Tel: 0441-2225522-2228818

Fax: 0441-2237160

E-Mail: J-Nur-Mid@umsu.ac.ir

Price: 2500 Rials

The right of publication is reserved by the university

JOURNAL

of Urmia Nursing and Midwifery Faculty



Vol 4, No 3, Autumn 2006

Urmia Medical University

Investigation of nurse's knowledge and practice working in CCU wards of taleghani hospital of Urmia University of medical sciences regarding adult CPR, 1383.

S. Ahangharzadeh Rezaie, A. Rahmani, M. Saghizadeh

129

Demographical characteristics of poisoning in Urmia Medical science university hospitals 1381-1384

Z. Zareh Fazlollahi, M. Khoshkalam

130

incidence of obesity, hyperlipidemia, Hyperglycemia in NIDDM patients in Urmia diabetic center

J. Nanbakhsh, R. Mehdinejad, M. Hemmati, M. Vazifeh Asl

131

effects of home education on physical health status of hemodialysied patients

M. Hemmati Maslak Pak, M. Nosrati, J. Nanbakhsh, H. Khalilzadeh, S. Ahangharzadeh Rezaei, AR. Rahmani

132

Studying Stress and coping style in female students residing at hostels of urmia university

R. Yavarian, N. Chanizadeh, T. Golshan

133

بررسی آگاهی و عملکرد پرستاران شاغل در بخش‌های CCU در مورد احیای قلبی ریوی بالغین در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

سهیلا آهنگرزاده رضایی¹، محمود ساقی زاده²، علیرضا رحمانی³

تاریخ پذیرش مقاله: 86/5/15

تاریخ دریافت مقاله: 86/2/21

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی
سال چهارم، شماره سوم، پاییز 1385

چکیده

مقدمه: ایست قلبی ریوی یکی از مهم‌ترین فوریت‌های پزشکی است. امروزه اهمیت احیای قلبی ریوی در بیمارانی که دچار ایست قلبی تنفسی شده‌اند بر کسی پوشیده نیست. تحقیقات نشان می‌دهد که 20-30 درصد از این بیماران با انجام CPR قابل برگشت به حیات هستند. شروع اقدامات احیا ظرف 4 دقیقه پس از ایست قلبی شانس زنده ماندن را در افراد 2-4 برابر افزایش می‌دهد و چون یکی از اولین افرادی که بر بالین بیماران دچار ایست قلبی تنفسی حاضر می‌شوند پرستاران می‌باشند، لذا این پژوهش به منظور بررسی آگاهی و عملکرد پرستاران شاغل در CCU در مورد احیای قلبی ریوی بالغین انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی - تحلیلی بوده و به منظور تعیین آگاهی و عملکرد پرستاران شاغل در CCU در مورد CPR بالغین انجام شده است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و مشاهده می‌باشد. پژوهش از کلیه پرستاران شاغل در بخش CCU بیمارستان طالقانی که مرکز واحد CCU در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد انجام شد.

نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشترین درصد نمونه‌های پژوهش به ترتیب 54/8% در گروه سنی 36-45 ساله، 74/2% مونث، 77/4% متاهل، 90/3% لیسانس و 19/4% بیشتر از 10 سال سابقه کار در بخش CCU داشتند. همچنین 74/2% برای بیمار لوله تراشه گذاشته‌اند، 96/8% در عملیات CPR شرکت داشته‌اند، 9/7% در انجام CPR مهارت خیلی زیاد و 16/1% به کاربرد EST در CPR تسلط خیلی زیاد داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل در حالی که 74/2% برای بیمار لوله تراشه گذاشته‌اند فقط 6/5% واحدهای مورد پژوهش مهارت خیلی زیاد در لوله گذاری تراشه دارند. همچنین 96/8% در عملیات CPR شرکت داشته‌اند در حالی که فقط 9/7% مهارت خیلی زیاد در CPR و 16/1% بر کاربرد ECT در CPR تسلط خیلی زیاد دارند.

نتایج این پژوهش توجه بیشتر مسئولین را به امر آموزش ضمن خدمت و باز آموزی دوره‌های CPR و استمرار دوره‌ای را نشان می‌دهد.

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، سال چهارم، شماره سوم، ص 103-98، پاییز 1385

آدرس مکاتبه: ارومیه، خیابان بسیج، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: 0441-2228818

¹ کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه
² کارشناس ارشد مدیریت، مدیریت بیمارستان روانپزشکی
³ کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

مقدمه

مرگ و ناتوانی نزدیک می‌کند (5,6). هر چه CPR¹ سریع‌تر شروع شود شانس موفقیت تا 90 درصد هم می‌رسد. با هر دقیقه از گذشت زمان، 7-10 درصد از شانس بقای مددجو کاهش می‌یابد به طوری که بعد از 10 دقیقه شانس بقای مددجو به حدود صفر می‌رسد. تحقیقات نشان می‌دهد که 20-30 درصد از این بیماران با انجام عملیات احیای قلبی ریوی (CPR) قابل برگشت به حیات هستند (7). شروع اقدامات احیاء ظرف 4 دقیقه پس از ایست قلبی شانس زنده ماندن را در افراد 2-4 برابر افزایش می‌دهد. احیاء قلبی ریوی شامل سلسله اعمالی است که برای بازگرداندن دو عضو حیاتی قلب و ریه صورت می‌گیرد که سعی می‌شود تا زمانی که بیمار به مرگ حتمی نرسیده گردش خون و تنفس به طور مصنوعی برقرار گردد (8).

فاصله زمانی شروع ایست قلبی تنفسی و ایجاد تغییرات غیر قابل برگشت در سلول‌های حساس مغز را زمان طلایی² احیاء قلبی ریوی می‌نامند. این زمان کوتاه، محدود و در حدود 4-6 دقیقه می‌باشد (9). طوری که نرون‌های بخش کورتکس مغز پس از 3 دقیقه از ایست قلبی زیان غیر قابل جبران می‌بینند ولی نرون‌های کنترل کننده محیطی و رفلکس‌های پاییلاری تا 10 دقیقه و نرون‌های مرکزی تا 20 دقیقه

بیماری‌های قلبی علت اصلی بیش از نیمی از موارد مرگ در آمریکای شمالی است. در حدود دو سوم این مرگ‌ها ناشی از حملات قلبی است. امروزه مرگ ناگهانی ناشی از حملات قلبی چشمگیرترین اورژانس پزشکی در ایالات متحده است (1). بر اساس گزارش انجمن قلب آمریکا 250000 مورد مرگ در اثر حملات قلبی رخ می‌دهد (2). در سال 2002 بیش از 260000 نفر در استرالیا و بیش از 5000 نفر در زلاندنو در اثر بیماری‌های کرونری قلبی فوت نمودند (3). طبق آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیماری‌های قلبی-عروقی در کشور به عنوان اولین عامل مرگ شناخته شده و این بیماری سالانه 300 هزار نفر را به کام مرگ می‌کشاند. بیماری‌های قلبی-عروقی علت 46 درصد مرگ در کشور هستند و غالب مرگ‌ها در سنین زیر 70 سال و با متوسط عمر 68/2 سال رخ می‌دهد. یک سوم افراد مبتلا به سکته قلبی فوت می‌کنند که 50% آن قبل از رسیدن به بیمارستان صورت می‌گیرد (4). ایست قلبی ریوی یکی از مهم‌ترین فوریت‌های پزشکی است. امروزه اهمیت احیای قلبی ریوی در بیمارانی که دچار ایست قلبی شده‌اند بر کسی پوشیده نیست؛ هر یک ثانیه تأخیر در شروع درمان مناسب، یک قدم بیمار را به

¹ Cardiopulmonary Resuscitation

² Golden time

لوله داخل تراشه داشته باشد، نسبت ماساژ به تهویه 5 به 1 همراه با ماساژ سینه مداوم و تهویه ناهماهنگ سفارش گردیده است (10).

- تا قبل از دهه 50 تکنیک کمی از احیاء قلب و ریه (CPR) شناخته شده بود. CPR مدرن از دهه 60 شروع و تحقیقات برای احیاء مغزی بعد از ایست قلبی از دهه 70 آغاز شد. این اعمال CPR را به احیاء قلبی-ریوی-مغزی³ تبدیل نمود که هدف مهم آن برقراری فعالیت قلب و ریه و حفظ عملکرد مغز می‌باشد.

- همچنان که گفته شد ایست قلبی ریوی از مهم‌ترین فوریت‌های داخلی - جراحی است که به وسیله ایست تنفسی و گردش خون و سایر مشخصات کلینیکی مرگ تشخیص داده می‌شود. تأخیر در شروع CPR به میزان 5 دقیقه همراه با بقاء بسیار پایین است. به طور مثال احتمال دیفیبریلاسیون موفق به ازای هر دقیقه تأخیر بعد از شروع ایست قلبی حدود 10 درصد کاهش می‌یابد (11:12).

آشنایی با اجرای صحیح و به موقع عملیات CPR در هنگام ایست قلبی نه تنها موجب حفظ عملکرد اعصاب می‌شود بلکه همیشه باعث نجات جان بیمار می‌گردد (13:14).

به طور کلی اولین اقدام جهت حفظ حیات کمک

هم پایدار می‌مانند. به طور ایده آل حمایت اولیه از حیات¹ باید ظرف 2 دقیقه و حمایت پیشرفته² از حیات ظرف 8 دقیقه بعد از شروع مرگ ناگهانی قلبی صورت پذیرد (8).

- حمایت اولیه از حیات شامل برقراری راه هوایی، تنفس و گردش خون است. روش توصیه شده برای باز کردن راه هوایی کشیدن چانه می‌باشد. اگر بعد از باز کردن راه هوایی بیمار تنفس نداشت، تهویه مصنوعی دستی از طریق دهان به دهان، دهان به ماسک یا به وسیله دستگاه ماسک کیسه‌ای شروع می‌شود. اکسیژن 100% با هر فوریت ممکن در طی تهویه به صورت جبرانی داده می‌شود. بعد از دادن هر دو نفس نبض کاروتید بررسی می‌شود. اگر نبض وجود نداشت ماساژ قلبی صورت می‌شود. رساندن خون اکسیژن‌دار در طی ایست قلبی و CPR به تأثیر ماساژ قلبی وابسته است. تعداد ماساژهای توصیه شده 100 بار در دقیقه و عمق آنها 1/5 تا 2 اینچ می‌باشد، تا بتواند یک نبض قابل لمس کاروتید یا فمورال ایجاد کند. نسبت ماساژ به استراحت 50 به 50 می‌باشد.

در طی CPR یک‌نفره نسبت ماساژ به تهویه 15 به 2 ذکر شده است. در CPR دو نفره در صورتی که بیمار لوله داخل تراشه نداشته باشد، نسبت توصیه شده ماساژ به تهویه 15 به 2 می‌باشد ولی زمانی که

³ Cardio pulmonary cerebral Resuscitation (CPCR)

¹ Basic life support (BCLS)
² Advanced life support (ADLS)

دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد. به عنوان نمونه انتخاب شدند یعنی تعداد نمونه مساوی جامعه آماری بود. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی استفاده شد.

نتایج

یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشترین درصد نمونه‌های پژوهش به ترتیب 54/8% در گروه سنی 36-45 ساله، 74/2% مؤنث، 77/4% متأهل، 90/3% لیسانس، 19/4% بیشتر از 10 سال سابقه کار در C.C.U داشتند. همچنین 74/2% سابقه جاگذاری لوله تراشه داشته‌اند، 96/8% در عملیات CPR شرکت داشته‌اند (جدول شماره 1) در حالی که فقط 9/7% مهارت خیلی زیاد در CPR و 16/1% بر کاربرد ECT² در CPR تسلط خیلی زیاد داشتند (جدول شماره 2).

خواستن از دیگران است زیرا یک فرد به تنهایی نمی‌تواند عملیات CPR را به انجام رساند. از آنجائی که یکی از اولین افرادی که بر بالین بیماران دچار ایست قلبی تنفسی حاضر می‌شوند پرستاران می‌باشند، لذا پژوهشگران بر آن شدند که پژوهشی را به منظور بررسی میزان آگاهی پرستاران شاغل در بخش C.C.U مرکز آموزشی درمانی آیت اله طالقانی ارومیه انجام دهند (8).

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی-تحلیلی بوده که به منظور تعیین آگاهی و عملکرد پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی یا C.C.U¹ در مورد CPR بالغین انجام شده است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و مشاهده می‌باشد. در این پژوهش کلیه پرستاران شاغل در بخش C.C.U مرکز آموزشی درمانی طالقانی ارومیه مرکز واحد C.C.U وابسته به

جدول شماره 1: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش در ارتباط آگاهی و عملکرد آنان در مورد CPR

سابقه جاگذاری لوله تراشه	تعداد	درصد	تمایل به شرکت در دوره بازآموزی	تعداد	درصد	عضویت در کد احیا بیمارستان	تعداد	درصد
بلی	23	74/2	*	30	96/8	*	20	64/5
خیر	8	25/8	*	1	3/2	*	11	35/5
جمع	31	100	*	31	100	*	31	100

² Electro convulsive therapy

¹ Cardiac care unit

جدول شماره 2: فراوانی واحدهای مورد پژوهش در مورد آگاهی و عملکرد آنان در مورد CPR

میزان آشنایی با علایم ایست تنفسی	تعداد	درصد	میزان آشنایی با علل ایست قلبی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	آشنایی با داروهای CPR	تعداد	درصد	کاربرد ECT در CPR	تعداد	درصد	داشتن مهارت در CPR	تعداد	درصد	میزان آشنایی با علل ایست تنفسی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	میزان آشنایی با علایم ایست تنفسی
خیلی کم	1	3/2	*	-	-	*	-	-	*	-	-	*	-	*	1	3/2	*	3/2	1	3/2	1	*
کم	-	6/25	*	-	-	*	3/2	1	*	6/5	2	*	-	*	-	6/25	*	-	-	-	-	*
متوسط	9	29	*	14	45/2	7	22/6	*	16/1	5	*	54/8	17	*	35/5	11	*	29	9	32/8	10	*
زیاد	17	54/8	*	14	45/2	18	58/1	*	61/3	19	*	35/5	11	*	48/4	15	*	54/8	17	54/8	17	*
خیلی زیاد	4	12/9	*	3	9/7	5	16/1	*	16/1	5	*	9/7	3	*	6/5	2	*	12/9	4	9/6	3	*
جمع	31	100	*	31	100	31	100	*	100	31	*	100	31	*	100	31	*	100	31	100	31	*

بحث

در عملیات CPR را ذکر کرده‌اند، فقط 9/7% آن‌ها

مهارت خیلی زیاد داشته‌اند. مطالعه پژوهش‌های مشابه نیز نشانگر همخوانی این مطالعه با اکثر پژوهش‌های داخل و خارج در این زمینه می‌باشد.

تحقیقی توسط بیرامی تحت عنوان بررسی مقایسه‌ای تاثیر دو روش آموزش احیاء قلبی ریوی بر میزان آگاهی و عملکرد دانشجویان سال اول پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. نتایج نشان داد بیشترین درصد (11/19 درصد) واحدهای مورد پژوهش از آگاهی بالایی در رابطه با احیای قلبی ریوی برخوردار بودند که فقط (6/56 درصد) واحدهای مورد پژوهش دارای عملکرد مطلوب احیای قلبی ریوی بودند که نتایج این تحقیق با پژوهش همخوانی دارد.

لذا با توجه به نتایج این پژوهش توجه بیشتر مسئولان رده بالای بهداشتی درمانی کشور به امر آموزش

با توجه به نتایج حاصل در حالی که 74/2% برای بیمار دچار ایست قلبی تنفسی لوله تراشه جاگذاری کرده‌اند فقط 6/5% واحدهای مورد پژوهش مهارت خیلی زیاد در لوله‌گذاری داخل تراشه کسب کرده بودند. در همین راستا جمشیدی و همکاران، پژوهشی تحت عنوان بررسی میزان آگاهی و عملکرد پرستاران شاغل در مورد احیای قلبی ریوی بالغین در بیمارستان‌های همدان انجام دادند. یافته‌ها نشان داد در حالی که 96/56% از واحدهای مورد پژوهش از آگاهی خوبی برخوردار بودند لیکن در خصوص عملکرد این مقدار کاهش قابل ملاحظه‌ای داشت. با توجه به این که 53/8% از واحدها به عنوان عضو تیم در عملیات احیا شرکت داشته‌اند که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد (11).

هم چنین با وجودی که 96/8% واحدها سابقه شرکت

ضمن خدمت و بازآموزی دوره‌های CPR و استمرار

این دوره‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

1. Shahner William, *Firs aid Hand book*, p.11, national safety council publications, 1995, p: 11.
2. Thygerson Alton, Benjamin gullin first aid, CPR, and AED, Fourth Ed. Jones and Bartlett pub, p:63.
3. Elliott Doug, Aitken leaner, wendy chaboyer, critical.
4. خبرنامه کلی سلامت قلب و عروق، اردیبهشت 84، (اینترنت سایت google)
5. اسمیت م. احیاء قلبی پیشرفته. ترجمه سلطانی ه و فرزین م و نادری فر م. تهران. انتشارات شیدانگر. 1384. ص 4-6.
6. شاتک د. امدادگر اورژانس. ترجمه شهرامی ر، شیرزاد ه شهرامی ع، نادری م. تهران، انتشارات سیمین دخت. 1384. ص 163.
7. عسگری م. مراقبت‌های پرستاری ویژه در بخش‌های ccu، Icu و دیالیز، تهران، نشر و تبلیغ بشری. 1383. ص 205 و 207.
8. نیکروان مفرد م و گلشنی گلباغی غ و شیرینی ح. کتاب جامع CPR
9. عباس‌زاده قنوائی م و عرب‌نیا م. روش احیاء قلبی ریوی و کمک‌های اولیه. انتشارات دپیزش. تهران. 1380. ص 11-17.
10. علیشاهی ر. کمک‌های اولیه و اورژانس‌های پزشکی جلد (1). اورژانس‌های شایع. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران. معاونت سلامت. مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی. ناشر: سه استاد. چاپ دوم. 1385. ص 25.
11. ذاکری‌مقدم م و علی‌اصغری‌پور م. مراقبت‌های پرستاری ویژه در بخش‌های ccu، Icu و دیالیز. تهران. انتشارات اندیشه رفیع. 1382. ص 163-164.
12. بصام‌پور ش و اسدی‌نوقابی ا و ذوالفقاری م. مراقبت‌های پرستاری ویژه ccu، Icu و دیالیز. تهران. نشر سالمی. 1384. ص 281-283.
13. حیدری م. مراقبت‌های ویژه در ccu. انتشارات شهر آب. تهران. 1383. ص 109.
14. Glinch Mc Bp, white RD. *Cardiopulmonary Resuscitation Basic and advanced life support miller's Anesthesia*, 8th ed. 2005, p. 2925-2926, 2941.
15. بیرامی م. بررسی مقایسه تاثیر دو روش آموزش احیاء قلبی ریوی بر میزان آگاهی و عملکرد دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی، پایان نامه کارشناسی ارشد سال 1375

بررسی مشخصات دموگرافیک مسمومیت در بیماران بستری بیمارستان‌های دانشگاهی ارومیه 1381-1384

زهرا زارع فضل الهی¹، معصومه خوش کلام²

تاریخ پذیرش مقاله: 86/2/20

تاریخ دریافت مقاله: 85/9/8

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی

سال چهارم، شماره سوم، پاییز 1385

چکیده

مقدمه: مسمومیت به عنوان مسئله حائز اهمیت در بهداشت عمومی مطرح است و شاخه‌ای از علم پزشکی است که با منابع سمی، فعالیت داروها در یک دوره زمانی، مطالعه آثار بیوشیمیایی و فیزیولوژیکی و مکانیسم اثر آن‌ها سرو کار دارد. این مطالعه به منظور بررسی مشخصات دموگرافیک مسمومیت در بیمارستان‌های دانشگاهی ارومیه طی سال‌های 1381 تا 1384 انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت توصیفی- مقطعی کلیه بیماران بستری دچار مسمومیت در بیمارستان امام خمینی و طالقانی طی 4 سال به تعداد 1707 نفر را در بر می‌گیرد، ابزار مورد استفاده چک لیست استاندارد تهیه شده توسط معاونت بهداشتی است، که نتایج با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج بررسی نشان می‌دهد مسمومیت در زنان 51/4%، مردان 48/6%، مجردین 58/5%، متاهلین 41/5% در بزرگسالان (19-64 ساله) 52/4% و در خانه دارها 32/1% بوده است. بالاترین علت مسمومیت‌ها با استفاده از داروها 31/2% بوده، 68% از بیماران مسمومیت عمدی و به قصد خودکشی انجام گرفته و 3/9% از بیماران بستری شده فوت نموده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه بیشترین مسمومیت در میان زنان خانه‌دار برای خودکشی (85/6%)، در سنین جوانی (15-30 ساله) به علت داروها (52/8%) می‌باشد، توجه بیشتر برای نحوه استفاده و نگهداری دارو در خانه، آموزش همگانی مخصوصاً به خانواده‌ها جهت ایجاد محیطی توأم با آرامش برای زندگی و آموزش‌های لازم برای پرسنل اورژانس‌ها جهت اقدامات درمانی مناسب این بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: مسمومیت، خودکشی

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، سال چهارم، شماره سوم، ص 111-104، پاییز 1385

آدرس مکاتبه: ارومیه، جاده نازلو، پردیس نازلو، دانشکده بهداشت و پیراپزشکی، تلفن 2770047

¹ مربی آموزش مدارک پزشکی، گروه مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

² مربی آموزش مدارک پزشکی، گروه مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مقدمه

حال توسعه مسمومیت با حشره کش به صورت عمدی و اتفاقی متداولترین علت مرگ و میر در بزرگسالان است (5). بر اساس تحقیقات انجام شده بیشترین موارد مسمومیت با حشره کش در بین بزرگسالان جوان و 84% به علت خودکشی بوده است، 18% میزان مرگ و میر با استفاده پاراگوات علف کش و اندوسولفات حشره کش بوده است (7). بزرگسالان به ویژه زنان بزرگترین گروه در معرض خطر هستند که مسمومیت دارویی یکی از بیشترین موارد اصلی آن است (8). مطالعه‌ای در ترکیه طی سال 2000 نشان می‌دهد که 36/5% موارد مسمومیت تصادفی و 63/5% خودکشی بوده، که موارد خودکشی در زنان 71/3% و در افراد مجرد 68/5% بوده است. میزان فوت فقط دو نفر 1/2% گزارش شده که یکی از مرگ‌ها به علت حشره کش و دیگری در اثر استفاده غلط از دارو بوده است (9).

در آلمان 48% از بیماران تصادفی مسموم شده‌اند و عوامل مسمومیت در این گروه هروئین - الکل و مواد گیاهی بوده است (10). در لهستان بیشتر از 50% موارد مسمومیت به علت داروها، حدود 20% الکل، 10% به علت گاز CO و 3% به علت حشره‌کشها بوده است (11). در ایران نیز در مطالعه‌ای که در شمال کشور (استان مازندران) طی سال‌های 1997 تا 2000 در مراجعین به 4 بیمارستان انجام گرفته،

مسمومیت شاخه‌ای از علم پزشکی است که با منابع سمی، فعالیت داروها در یک دوره زمانی، مطالعه آثار بیوشیمیایی و فیزیولوژیک و مکانیسم اثر آنها سرو کار دارد (1). مسمومیت تاثیر بسیار بزرگی بر روی حوادث بشری داشته است، تاریخچه آن به هزار سال پیش بر می‌گردد (2). و به عنوان یک مسئله حائز اهمیت در بهداشت عمومی مطرح است به نحوی که 15-20 درصد مراجعین به اوژانس‌ها را شامل می‌شود (3) و از مشکلات مهم برای مراکز اوژانس در کشورهای توسعه یافته است (4). علی‌رغم مشکلات در تفسیر داده‌های قابل دسترس، مشاهدات کلی معینی می‌تواند درباره اپیدمیولوژی مسمومیت ساخته شود (5). که برای تشخیص مناسب نتایج، اثبات تخمین آنها، کاربرد عمومی نتایج برای سایر جمعیت‌های در معرض خطر سنجیده و ارزیابی می‌شود (6).

مسمومیت در اطفال معمولا تصادفی است و خیلی کم به مرگ منجر می‌شود. در اروپای غربی و آمریکای شمالی اغلب به علت داروی خانگی است و در کشورهای در حال توسعه، پارافین، داروهای سنتی، نیش مار و گزش حشرات عامل مسمومیت می‌باشند. در بزرگسالان مسمومیت برای خودکشی است که میزان فوت بالایی دارد و در کشورهای در

نمونه بررسی گردید و مشخصات بیماران شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، بیمه، وضعیت ترخیص، بومی یا غیر بومی بودن، مدت بستری، وضعیت اولیه بیماران، نوع و علل مسمومیت در چک لیست استاندارد تهیه شده توسط معاونت بهداشتی ثبت گردید. داده‌ها پس از ورود به نرم افزار SPSS با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان می‌دهد که تعداد بستری مسمومیت در میان زنان (51/4%) از مردان (48/6%) بیشتر بوده است. که 58/5% آنان مجرد و 41/5% متأهل بوده‌اند. مسمومیت در گروه‌های سنی اطفال (0-3 ساله)، 181 نفر (117 مذکر، 64 مونث)، کودکان (4-12 ساله)، 60 نفر (111 مذکر، 70 مونث)، نوجوانان (13-18 ساله)، 388 نفر (143 مذکر، 245 مونث)، بزرگسالان (19-64 ساله)، 893 نفر (415 نفر مذکر، 479 مونث) و افراد مسن (بالای 65 سال)، 60 نفر (40 مذکر، 20 مونث) بوده است. نمودار (1) نشان می‌دهد مسمومیت در افراد جوان 19 ساله به بالا افزایش داشته و میزان آن در زنان از مردان نیز بیشتر است. نوع شغل بیماران 32/1% خانه‌دار، 2/1% کارمند، 1/1% کارگر، 14/8% آزاد، 3/6% کشاورز، 5/3% بیکار، 1/6% سرباز، 0/5% زندانی، 0/8%

مشخص گردیده که از کل 1751 موارد مسمومیت در این استان، 55/5% مربوط به زنان و 45/5% مردان بوده، اما مرگ و میر در مردان بیشتر از زنان بوده است. (65 درصد در مقابل 35 درصد) و بیشترین موارد مسمومیت بین سنین 16 تا 25 سالگی اتفاق افتاده، همچنین اکثراً تصادفی و حرفه‌ای بوده و به علت مواد مخدر، فسفید آلومنیوم و سرب، موش کش‌ها، نفت و اتانل مشاهده شده و بیشترین علت مرگ و میر مسمومیت با حشره‌کش بوده است (12).

مواد و روش‌ها

این پژوهش به طور توصیفی برای تعیین مشخصات دموگرافیکی بیماران بستری دچار مسمومیت در بیمارستان‌های طالقانی و امام خمینی ارومیه از سال‌های 81 لغایت 84 انجام شد، در بیمارستان طالقانی بزرگسالان و در بیمارستان امام خمینی اطفال بستری می‌گردند. در بیمارستان امام خمینی کل پرونده‌های مسمومیت یعنی 543 پرونده مطالعه گردید ولی در بیمارستان طالقانی برای تعیین حجم نمونه، با استفاده از جدول کریچی مورگان¹ به ازاء هر سال تعداد 291 نمونه به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، پرونده از بایگانی مدارک پزشکی خارج شده، (یعنی تعداد 1164 نمونه پرونده در چهار سال) که به طور مجموع در دو بیمارستان تعداد 1707

¹ Crichiomorgan

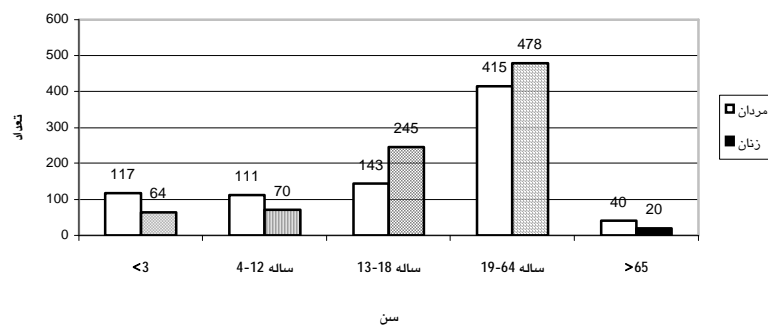
جدول تعیین حجم نمونه از روی حجم جامعه

زهرا زارع فضل الهی، معصومه خوش کلام

20/3% گیاهان سمی 0/8% قارچ 0/4% ، غذا 1/6%
 الکل 1/6% حشره کش 4/1% سموم نباتی 3/2%
 مرگ موش 0/8% داروهای اعصاب و روان 6/4%
 خانواده دیازپام 13/8% مسکن و آرام بخشها 4/5%
 مارگزیدگی و عقرب گزیدگی 2/5% داروی نظافت
 0/4% داروهای قلبی و عروقی 3/3% ویتامینها
 0/5% آنتی بیوتیکها 0/5% ، گاز CO 0/5% ، گزش
 حشرات 0/9% اسید 0/1% و مواد نامشخص 0/4%
 بوده است. همانطور که نتایج نشان می‌دهد مسمومیت
 با استفاده از چندین دارو بیش از علل می‌باشد.
 (جدول 1) همچنین 68% مسمومیتها عمدی
 (خودکشی)، 24/5% تصادفی، 0/3% دگرگشی (قتل)،
 3/3% درمانی (مصرف مجاز دارو) و 3/9% بطور
 نامشخص بوده است جدول (2) در مطالعه انجام شده
 3/9% بیماران فوت شده‌اند، 18/6% با رضایت
 شخصی و 77/4% با بهبودی ترخیص شده‌اند.

بازنشسته، 19/8% (کودک یا خردسال) و 18/3%
 محصل بوده‌اند. ایام بستری بیماران به مدت 1 روز
 35/5% ، 2 روز 29/8% ، 3 روز 17/6% و بقیه از 4 تا
 24 روز بوده‌اند. نوع بیمه در بیماران بستری دو
 بیمارستان 32/7% خدمات درمانی، 10/8% تامین
 اجتماعی، 6% نیروهای مسلح، 22/4% روستایی، 4/5%
 کمیته امداد، 17/3% آزاد و 6/3% سایر موارد بوده
 است. همچنین 81/7% بیماران بستری از شهرستان
 ارومیه بوده‌اند و بقیه مسمومین از سایر شهرهای
 استان بستری شده‌اند که 68/5% از بیماران شهری و
 31/5% آنان روستایی بوده‌اند. 75% وضعیت اولیه
 بیماران دچار مسمومیت در موقع بستری شدن
 هوشیار بوده و 9/2% خواب آلود، 9/5% نیمه بی‌هوش
 و 6/3% آنان در حالت کوما یا بی‌هوشی بوده‌اند. در
 نتایج به دست آمده مسمومیتها به علت مواد نفتی
 5/3% ، مواد شوینده (تخریبی) 3/3% ، مواد مخدر،
 6/6% ارگانو فسفره 3/7% ، دارو 10/9% چند دارویی

نمودار شماره 1): توزیع فراوانی نسبی مسمومیت بیماران بستری به تفکیک سن و جنس



بررسی مشخصات دموگرافیک مسمومیت در بیماران بستری بیمارستان‌های دانشگاهی ارومیه 1384-1381

جدول شماره 1): توزیع فراوانی مطلق و فراوانی نسبی علل مسمومیت بر حسب جنس

جنس	مرد		زن		جمع	
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی %	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی %	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی %
مواد نفتی	62	7/5	28	3/2	90	5/3
مواد شوینده	12	1/4	45	5/1	57	3/3
مواد مخدر	101	12/2	11	1/3	112	6/6
ارگانوفسفر	33	4	30	3/4	63	3/7
دارو	79	9/5	107	12/2	186	10/9
چند دارویی	128	15/4	218	24/8	346	20/3
گیاهان سمی	9	1/1	5	0/6	14	0/8
قارچ	3	0/4	4	0/5	7	0/4
مواد غذایی	16	1/9	12	1/4	28	1/6
الکل	19	2/3	9	1	28	1/6
نا مشخص	36	4/3	32	3/6	68	4
حشره کش	20	2/4	50	5/7	70	4/1
سموم نباتی	20	2/4	35	4	55	3/2
مرگ	6	0/7	8	0/9	14	0/8
موش	43	5/2	66	7/5	109	6/4
داروهای اعصاب و روان	133	16	103	11/7	236	13/8
خانواده دیازپام ها	34	4/1	43	4/9	77	4/5
مسکن ها و آرام بخشها	28	3/4	15	1/7	43	2/5
مارگزیدگی و عقرب گزیدگی	6	0/7	-	-	6	0/4
داروی نظافت	22	2/7	35	0/4	57	3/3
داروهای قلبی و عروقی	1	0/1	7	0/8	8	0/5
ویتامین ها	3	0/4	5	0/6	8	0/5
آنتی بیوتیک ها	6	0/7	2	0/2	8	0/5
مونوکسید کربن (CO)	8	1	7	0/8	15	0/9
گزش حشرات	1	0/1	1	0/1	2	0/1
اسید						
جمع	829	100	878	100	1707	100

جدول شماره 2): توزیع فراوانی مطلق و فراوانی نسبی نوع مسمومیت بر حسب جنس

جنس	مرد		زن		جمع	
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی %	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی %	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی %
عمدی (خود کشی)	506	61	655	74/6	1161	68
تصادفی	260	31/4	158	18	418	24/5
دگر کشی (قتل)	4	0/5	1	0/1	5	0/3
درمانی	26	3/1	30	3/4	56	3/3
نامشخص	33	4	34	3/9	67	3/9
جمع	829	100	878	100	1707	100

بحث و نتیجه گیری

بیشترین درصد مسمومیت را به خود اختصاص داده‌اند در حالی که در مطالعه انجام شده در ترکیه شغل بیماران دچار مسمومیت 28/1% خانه‌دار، 15/4% کارمند، 0/9% بازنشسته، 4/4% کارگر، 0/4% سرباز، 46/5% دانش‌آموز که بیشترین درصد مسمومیت را دارا بوده‌اند (4). ظاهراً مسمومیت در میان کارمندان و دانش‌آموزان تحقیق حاضر کمتر از کشور ترکیه است و در بقیه موارد تفاوت زیادی نداشته‌اند.

براساس نتایج به دست آمده در بیمارستان‌های دانشگاهی شهرستان ارومیه مسمومیت به علت الکل 1/6%، مونواکسیدکربن 0/5% و اسید 0/1% می‌باشد که در کشور روسیه به ترتیب 62/2%، 15/4% و 6/3% است بر طبق یافته‌ها مسمومیت در موارد فوق الذکر در کشور روسیه بیشتر از تحقیق حاضر بوده است (16). همچنین براساس این مطالعه مسمومیت به علت مواد شوینده 3/3%، دارو 10/9% و سموم نباتی 3/2% است که مطابق تحقیق در کشور تایلند به ترتیب 10/1%، 19% و 27/2% می‌باشد (13) که ظاهراً مسمومیت به علت دارو، مواد شوینده خانگی و سموم گیاهی و کشاورزی در تایلند از تحقیق فعلی بیشتر بوده است. و نیز در این پژوهش علل اصلی مسمومیت از جمله دیازپامها 13/8%، مسکن‌ها 4/5%، داروهای قلبی و عروقی 3/3%، قارچ 0/4%،

در این تحقیق نتایج به دست آمده نشان می‌دهد مسمومیت در زنان (51/4%) بیشتر از مردان (48/6%) بوده و مجردها (58/5%) بیشتر از متاهلین (41/5%) مسمومیت داشتند. که بر اساس مطالعات انجام گرفته در ترکیه نیز زنان (74/1%) بیشتر از مردان (25/9%) مسمومیت داشتند و در افراد مجرد 68/5% بوده است (9). و در کشور آلمان هم مسمومیت در زنان بیشتر از مردان بوده است (80 نفر زن در مقابل 67 نفر مرد) (10) که با نتایج تحقیق حاضر همسوئی دارند. در تحقیقات شمال ایران نیز 55/5% موارد مسمومیت مربوط به زنان و 45/5% مردان بوده همچنین بیشترین موارد مسمومیت بین سنین 16 تا 25 سالگی اتفاق افتاده (12) که در این تحقیق نیز مسمومیت در گروه بزرگسالان به ویژه فاصله سنی 15-26 سال 42/8% می‌باشد و مطالعه‌ای در تایلند بیشترین میزان مسمومیت را در گروه‌های سنی (11-30 سال) 58/8% نشان داده (13) که در نتایج این تحقیق نیز 61/2% از مسمومیت‌ها در همین فاصله سنی بوده که میزان بالایی را نشان می‌دهد. از نظر شغلی در پژوهش انجام شده 32/1% از بیماران خانه‌دار، 2/1% کارمند، 0/8% بازنشسته، 1/6% سرباز، 18/3% محصل، 1/1% کارگر بوده‌اند یعنی زنان خانه‌دار

برای خودکشی بخصوص، با داروها در میان زنان خانه‌دار که اغلب در سنین جوانی هستند بالا بوده است به نظر می‌رسد زنان به دلیل روحیه حساس و آسیب‌پذیر و قابلیت دسترسی آسان به داروها اقدام به چنین کاری می‌کنند. لذا پیشنهاد می‌شود که در مورد تجویز داروها، در دسترس بودن و نگهداری آن‌ها در خانه و عوارض جانبی آن‌ها، توجه بیشتر شود و آموزش همگانی به ویژه به خانواده‌ها برای داشتن زندگی توأم با آرامش و دور از اختلاف و تشنج داده شود همچنین کارکنان در بخش اتفاقات با علائم مسمومیت آشنایی کافی داشته و پی در پی آموزش‌های لازم را ببینند، تا بتوانند در مراحل اولیه مراجعه بیماران دچار مسمومیت اقدامات درمانی مناسب را در جهت نجات آن‌ها به کار گیرند.

منابع

1. Kant singh U, Layland Fc, Suman S, Prasad R-poisoning in Children London: Jaypec Brothers Medical publishers (p) Ltd. 1999, p:1.
2. Gold Franks J, Toxiologic emergencies (edited by j lewis R gold Frank), 7th ed ra 1224.5 G65 2002, p: 1.
3. خیرآبادی، غ. مسمومیت‌های اتفاقی و عمدی و رابطه آن با برخی ویژگی‌های فردی مسمومین، مقاله مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سال ششم، شماره بیست و یکم پائیز 1380، ص 27.
4. Ozkose Z, Ayogolu F, Etiological and demographical characteristics of acute adult poisoning in Ankara, turkey human Experimental Toxicology (1999) 18, 614-618.
5. Meredith T.J Epidemiology of poisoning pharmaool Ther. 1993 sep, 59(3): 251-6 Available from <http://www.nobi.nih.gov/entrezpubmed.htm>
6. Curtis D, klassen N, John B, wathkins, Essentials of toxicology, Newyork megraw – Hill med 2003, p:50.
7. Van der Hoek W, Konradsen F, Risk Factors

ارگانو فسفره 3/7% به دست آمده است که بر اساس تحقیقات در ترکیه 9% خانواده دیازپام‌ها، 20% آرام بخش‌ها، 7% قلبی و عروقی، قارچ 3/3% ارگانو فسفر 3/2% بوده است (14 و 8) که ملاحظه می‌شود مسمومیت به علت داروها به ویژه خانواده دیازپام‌ها و مسکن‌ها و آرام بخش‌ها از سایر موارد بیشتر است و تفاوت‌ها داروها در دو تحقیق چشمگیر می‌باشد. براساس نتایج این مطالعه مسمومیت‌ها به علت مار گزیدگی و عقرب گزیدگی 2/5% و گزش حشرات 0/9% می‌باشد اما تحقیق در عمان این نتایج را به ترتیب 6/8% نیش مار، 19/7% عقرب زدگی و 7/6% گزش حشرات نشان داده است (15) که تفاوت زیادی در مسمومیت به علل فوق الذکر نسبت به این تحقیق دیده می‌شود. مطابق پژوهش حاضر 68% مسمومیت‌های عمدی (خودکشی)، 24/5% تصادفی و میزان فوت 3/9% می‌باشد اما طبق تحقیقات در کشور آلمان 52% بیماران خودکشی نموده‌اند و 48% تصادفی مسموم شده‌اند (10) و میزان فوت 2/6% بوده، در تایلند مسمومیت برای خودکشی 35/4%، تصادفی 28/4% و میزان فوت 2/7% بوده است (13) مقادیر نشان دهنده بالا بودن میزان مسمومیت به طور عمدی یا خودکشی و مرگ و میر در این تحقیق نسبت به کشورهای دیگر می‌باشد این مطالعه نشان داد مسمومیت‌های عمدی

12. MoghadAMNIA aa, A Abdollahi M, An epidemiological study of poisoning in north Islamic Republic of Iran, East Mediterr Health J, 2002 Lan; 8(1), p:88-94.
13. Chirasirisap K, Ussanawarong S, Tassaneeyakul W, Reungstritrakool W, Prasitwatanaseree W, Sripanyawit U, and at all. A study of major causes and types of poisoning in Khonkae, Thailand, Vet Hum Toxicol. 1992 Dec; 34(6): p:489-92 Available from : <http://www.ncbi.nih.gov/entrez/pubmed.htm>
14. Akkas M. Acute poisoning cases are eraluated epidemiologically, Drug Week. Atlanta: Sep 24, 2004. p:234 Available from <http://www.proquest.umi.com>
15. Lall SB, AL-Wahaibi SS. AL- Riyami MM, AL-Kharusi K. Profile of acute poisoning cases presenting to health centers and hospital in oman, East Mediterr J, 2003 Sep-Non;9(5-6), p:944-54 Available from <http://www.ncbi.nih.gov/entrez/pubmed.htm>
16. Ostapenko YN, Matreev SB, Gassimova Zm, Khonelidze RS. Epidemiology and medical aid at acute poisoning in Russia: przeglek. 2001; 58(4), p:293-296 Available from <http://www.ncbi.nih.gov/entrez/pubmed.htm>
8. Akkose S, Bulut M, Armagan E, Cebicci H, Fedakar R. Acute poisoning in adults in the years 1996-2001 treted in the uluday University Hospital, Marmara Region, Turkey: clin Toxicol (phila). 2005; 43(2), p: 105-109.
9. Guloglu C, kara IH. Acute poisoningt Cases admitted to a university hospital emergency department in Diyarbakir, Turkey, Humman and Experimental Toxicology [Nlm-MEDLINE]. feb 2005 Vol. 25, Lss, 2; p:49 Available from URL: <http://www.proquest.urni.com>
10. Viertel A, Weidmann E, Brodt HR. Cases of acute poisoning admitted to a medical intensive care unit, Dtsch med Wochenschr. 2001 Oct 19; 126(42): p: 1159-1163 Available from : <http://www.ncbi.nih.gov/entrezpubmed.htm>
11. Jaraczewska W, Czerczak S. The pattern of acute poisoning in Poland, Vet Hum toxicol. 1994 Jun; 36(3), p: 223-330.

بررسی شیوع چاقی، هیپر لیپیدمی، هیپر گلیسمی در بیماران دیابتی نوع دو مرکز دیابت شهر ارومیه

ژاله نانبخش¹، رقیه مهدی نژاد²، حمیده خلیل زاده³، منصوره وظیفه اصل⁴
تاریخ دریافت مقاله: 86/1/25 تاریخ پذیرش مقاله: 86/4/12

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی
سال چهارم، شماره سوم، پاییز 1385

چکیده

مقدمه: دیابت از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی جهان و یک بیماری مزمن است که عوارض دراز مدت و خیم و جدی دارد. علت عمده مرگ و میر در بیماران دیابتی بیشتر از 70% موارد بیماری‌های قلبی و عروقی است. تحقیقات انجام یافته نقش هیپرلیپیدمی را در ایجاد این عارضه دیابت، اثبات کرده‌اند. از طرف دیگر چاقی از جمله عوامل کمک کننده به ایجاد و پیشرفت دیابت نوع دو می‌باشد که قابل پیشگیری و کنترل می‌باشد. یکی از معیارهای پیشنهاد شده برای بیان چاقی، شاخص توده بدن یا BMI (Body mass Index) می‌باشد که برای بیان تناسب وزنی یک فرد، شاخص مناسب‌تری از وزن بدن می‌باشد. قسمت اعظم هزینه دیابت شامل هزینه‌های ناشی از عوارض ماکرو و میکروسکولار¹ دیابت می‌باشد که با کنترل گلوکز خون قابل پیشگیری است. با توجه به مطالب فوق پژوهشگران بر آن شدند که پژوهشی با هدف برآورد شیوع چاقی، هیپرلیپیدمی، هیپرگلیسمی در بیماران دیابتی نوع دو انجام دهند.

مواد و روش‌ها: طی یک مطالعه توصیفی 53 نفر از بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت شهر ارومیه به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. که معاینه‌ها و آزمایش‌های لازم روی آن‌ها انجام گرفت و پرسشنامه‌های مربوطه تکمیل گردید. نمایه بدن نمونه‌ها با تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم بر مربع قد بیماران بر حسب متر محاسبه گردید.

یافته‌ها: نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که میانگین سن بیماران مورد مطالعه 55/79 (سال) با طول مدت بیماری 8/98 (سال) بود. میانگین نمایه بدن بیماران 30/53 (کیلوگرم بر مترمربع) بود که به تفکیک جنسیت در بین زنان 30/29 و در بین مردان 31/45 کیلوگرم بر متر مربع بود. چاقی با درجات مختلف آن در بین مردان نمود بیشتری داشت (72/73% مردان، 57/14% زنان). میانگین غلظت CHOL، TG، FBS در بین کل بیماران به ترتیب 210/3، 239/9، 193/05 میلی گرم در دسی لیتر به دست آمد. در این بین 88/68% به عنوان هیپرگلیسمیک، 39/2% به عنوان هیپرتری گلیسیریدمیک و 40/9% به عنوان هیپرکلسترولمیک بودند.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصل از پژوهش که بیانگر حضور عوامل خطر ساز در بیشتر بیماران دیابتی بود به نظر می‌رسد که برنامه‌های آموزشی، مداخله‌ای و پیشگیری برای کنترل این عوامل خطر ساز ضروری بوده و اتخاذ شیوه‌های درمانی مناسب مؤثر خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: چاقی، هیپرلیپیدمی، هیپرگلیسمی

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، سال چهارم، شماره سوم، ص 115 - 112، پاییز 1385

آدرس مکاتبه: ارومیه، خیابان بسیج، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: 2225522

¹ مربی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

² کارشناسی پرستاری مرکز آموزشی درمانی طالقانی

³ مربی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

⁴ مربی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

مقدمه

طرف دیگر چاقی از جمله عوامل کمک کننده به ایجاد و پیشرفت دیابت نوع دو می باشد. افزایش شیوع دیابت نوع دوم در همه دنیا بخصوص در کشورهای در حال توسعه نوعی اعلام خطر بوده، که اغلب ناشی از اضافه وزن است (4). با توجه به اهمیت موضوع، روز جهانی دیابت در سال جاری به اضافه وزن و چاقی متمرکز شده است. از آنجائی که خطر بروز چاقی و دیابت در بزرگسالی قبل از بلوغ تعیین می شود، اقداماتی برای بهبود تغذیه می تواند به مبارزه با شیوع چاقی و دیابت نوع دوم کمک کند (1 و 4).

یکی از معیارهای پیشنهاد شده برای بیان چاقی، شاخص توده بدن یا BMI^1 می باشد که برای بیان تناسب وزنی یک فرد، شاخص مناسب تری از وزن بدن می باشد به طوری که محققان ارتباطی بین قد، میزان چربی و علائم بروز دیابت یعنی مقاومت به انسولین و عدم تحمل گلوکز را تأیید کرده اند بیماری دیابت هزینه گزافی را به بیمار و خانواده و جامعه تحمیل می کند که قسمت اعظم هزینه دیابت شامل هزینه های ناشی از عوارض ماکرو و میکروسکولار² دیابت می باشد که با کنترل گلوکز خون قابل پیشگیری است. نگهداشتن قند خون تا حد امکان نزدیک به مقدار طبیعی یک اصل در درمان دیابت

دیابت از مهم ترین مشکلات بهداشتی جهان، یک بیماری مزمن است که وقتی پانکراس، انسولین تولید نمی کند یا وقتی که بدن نمی تواند از انسولین تولید شده استفاده مؤثر کند، اتفاق می افتد، توقف تولید انسولین یا استفاده کردن از انسولین هر دو باعث افزایش گلوکز در خون می شود که عوارض دراز مدت وخیم و جدی دارد (1). دیابت برای سلامتی جهانیان یک تهدید بوده و طبق برآورد فدراسیون بین المللی دیابت در سال 2003، 194 میلیون دیابتی در سراسر جهان زندگی می کنند که در سال 2005 این تعداد به 333 میلیون نفر رسیده است. لذا می توان گفت که بالغ بر 6/2 درصد از جمعیت جهان با دیابت زندگی می کنند (2). در حال حاضر دیابت چهارمین علت مرگ و میر در بیشتر کشورهای توسعه یافته است که علت عمده (70%) مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی و عروقی است. تحقیقات انجام یافته نقش هیپرلیپیدمی را در ایجاد این عارضه دیابت اثبات کرده اند (3). با توجه به اینکه بیماری های قلبی و عروقی ناشی از دیابت شامل آنژین صدری، حمله قلبی، ایست قلبی و سکته مغزی می باشد می توان گفت که بیماری های قلبی - عروقی بیشترین مورد مرگ و میر در افراد دیابتی و علت اول مرگ و میر در کشورهای صنعتی است (1). از

¹ Body Mass Index

² Macro. Micro vascular

بررسی شیوع چاقی، هیپر لیپیدمی، هیپر گلیسمی در بیماران دیابتی نوع دو مرکز دیابت شهر ارومیه

نمونه‌ها 55/79 سال بود. بیشتر نمونه‌ها (67%) دارای سابقه بیماری 5-15 سال با میانگین 8/98 سال بودند (جدول 1).

جدول شماره 1: توزیع فراوانی مطلق و درصد نمونه‌ها بر حسب مشخصات فردی اجتماعی

درصد	تعداد	فراوانی	
		مشخصات فردی اجتماعی	
79	42	مؤنث	جنس
21	11	مذکر	
9	7	زیر 40 سال	سن
56	27	40-60 سال	
35	19	بالای 60 سال	
55/79		میانگین	
15	8	زیر 5 سال	مدت بیماری
67	36	5-15 سال	
18	9	بالای 15 سال	
8/98		میانگین	

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمایه بدن نمونه‌ها 30/53 (کیلوگرم بر متر مربع) بوده به طوری که میانگین نمایه بدن مردان 31/45 و زنان 30/29 کیلوگرم بر متر مربع بود. این در حالی بود که 72/73% مردان (8 نفر از 11 نفر) 57/14% زنان (24 نفر از 42 نفر) بر اساس تقسیم‌بندی شاخص توده بدن و نوع چاقی، چاق (چاقی درجه 2 با 39/9- BMI =30) بودند (جدول 2).

جدول شماره 2: توزیع فراوانی مطلق و درصد نمونه‌ها بر حسب چاقی

درصد	تعداد	فراوانی	
		چاقی	
72/73	8	مردان	جنس
57/14	24	زنان	
30/53		میانگین	
31/45		میانگین نمایه بدن فراوان	
30/29		میانگین نمایه بدن زنان	

می‌باشد تا بتوان از عوارض بلند مدت آن جلوگیری کرد (5). با توجه به مطالب فوق پژوهشگران بر آن شدند که پژوهشی با هدف برآورد شیوع چاقی، هیپر لیپیدمی، هیپر گلیسمی در بیماران دیابتی نوع دو انجام دهند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی بعد از ایجاد هماهنگی‌های لازم با مسئولان بیمارستان طالقانی ارومیه در سال 1384 انجام شد. برای جمع آوری اطلاعات 53 نفر از بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت شهر ارومیه به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. قابل ذکر است که جهت مشارکت در پژوهش از نمونه‌ها رضایت اخذ شده، جهت جمع آوری اطلاعات علاوه بر پرسشنامه که توسط نمونه‌ها تکمیل گردید از معاینات و آزمایش‌های لازم نیز استفاده شد. قابل ذکر می‌باشد که آزمایش‌های انجام شده در ارتباط با کلسترول، تری گلیسیرید، قند خون ناشتا بود که در آزمایشگاه تخصصی بیمارستان آموزشی و درمانی طالقانی انجام گرفته است.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در ارتباط با مشخصات فردی اجتماعی نمونه‌ها نشان داد که بیشتر نمونه‌ها (79%) مؤنث بودند. در ارتباط با سن بیشتر نمونه‌ها (56%) در محدوده سنی 40-60 سال بوده که میانگین سنی

در ارتباط با نمونه‌های آزمایشگاهی نتایج بیانگر آن بود که میانگین غلظت FBS، TG، CHOL در بین کل بیماران به ترتیب 193/05، 239/9، 210/3 میلی گرم در دسی لیتر بود.

نتایج پژوهش نشان داد که در مقایسه با مقادیر طبیعی FBS، TG، CHOL 88/68% نمونه‌ها مشکل هیپرگلیسمی، 39/2% هیپرتری گلیسیریدی و 40/9% مشکل هیپرکلسترولمی داشتند (جدول 3).

جدول شماره 3: توزیع فراوانی مطلق و درصد نمونه‌ها بر حسب افزایش قند خون، تری گلیسیرید و کلسترول

مشکل آزمایشگاهی	فراوانی	تعداد	درصد
هیپرگلیسمی	88/68	47	
هیپر تری گلیسیریدی	39/2	20	
هیپر کلسترولمی	40/9	21	

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که بیشتر بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 مشکل چاقی دارند. که البته این مشکل در بیماران مرد به مراتب نمود بیشتری داشت. طی تحقیقی که فنادی اصل تحت عنوان «بررسی شیوع چاقی و هیپرلیپیدمی بیماران دیابتی نوع 2، در اردبیل انجام داد چاقی با درجات مختلف در بین زنان بیمار نمود بیشتری داشت این اختلاف شاید به علت کم بودن تعداد نمونه‌های مرد در این تحقیق باشد. در ارتباط با میانگین نمایه بدن بیماران، نتایج بیانگر افزایش نمایه بدن در نمونه‌ها بوده که نتایج این

تحقیق یافته‌های تحقیقاتی قبلی را تأیید می‌کند. نتایج تحقیق همچنین نشان داد که بیشتر بیماران از مشکل هیپرگلیسمی و بیشترین درصد آنان از مشکل هیپر تری گلیسیریدی و هیپرکلسترولمی رنج می‌برند که نتایج این تحقیق حاکی از توجه بیشتر به عوامل خطر ساز همراه دیابت بوده و به نظر می‌رسد که برنامه‌های آموزشی، مداخله‌ای و پیشگیری برای کنترل این عوامل خطر ساز ضروری بوده و اتخاذ شیوه‌های درمانی مناسب مؤثر خواهد بود.

منابع

1. برونر، سودارث. پرستاری بیماری دیابت. ترجمه گیوی م. چاپ اول. چاپ بشری، 1382، ص 7-6.
2. لاریجانی ب، قانعی م، خالق‌نژاد، برادر جلیلی. بررسی وضعیت نمایه بدنی در یک جمعیت منتخب از کشور ایران در سال 1379. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران. تابستان 1380. خلاصه مقالات ششمین کنگره بین المللی غدد درون ریز. ص 11.
3. رجیبیان ر. درمان با انسولین. مجله پیام دیابت، پائیز 1382. سال یازدهم. شماره 13. ص 9-11.
4. Nelsen LR, Muller C, Dam M P, Mathiesen ER, Reduced prevalence of early preterm delivery in women with type 2 diabetes and micro albuminuria possible effect of early antihypertensive treatment during pregnancy. *Diabetes* 2006; 23: p:426-31.
5. فنادی اصل ف، ایران‌پرور م. بررسی شیوع چاقی - هیپرلیپیدمی در بیماران دیابتی نوع دوم. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران. خلاصه مقالات ششمین کنگره بین المللی غدد درون‌ریز. تابستان 1380. ص 14.

بررسی تاثیر آموزش در منزل بر وضعیت سلامت جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز

معصومه همتی مسلک پاک¹، مهین نصرتی²، ژاله نانبخش³، حمیده خلیلزاده⁴، سهیلا آهنگرزاده رضایی⁵، علیرضا رحمانی⁶
تاریخ دریافت مقاله: 85/6/12 تاریخ پذیرش مقاله: 86/1/12

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی
سال چهارم، شماره سوم، پاییز 1385

چکیده

مقدمه: نارسایی مزمن کلیه به وجود نارسایی پیشرفته و غیر قابل برگشت کلیه که معمولاً پیشرونده است اطلاق می‌شود. اقدامات درمانی در مورد مبتلایان به نارسایی مزمن کلیه پیشرفت فراوان داشته که از جمله آن می‌توان همودیالیز را نام برد. همودیالیز تمام مشکلات این بیماران را حل نکرده، بلکه حتی عوارضی هم به دنبال دارد. بنابراین کسب برخی آگاهی‌ها و مهارت‌های جدید توسط آموزش برای ادامه فعالیت‌های زندگی روزانه بیماران همودیالیزی ضروری می‌باشد. با توجه به مطالب فوق پژوهشگران بر آن شدند که مطالعه‌ای با هدف تعیین تاثیر آموزش در منزل بر وضعیت سلامت جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام دهند.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش نیمه تجربی 33 بیمار تحت همودیالیز به روش مبتنی بر هدف از میان جامعه پژوهش انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات فرم بررسی مشخصات دموگرافیک و چک لیست‌های مربوط به بررسی وضعیت سلامت جسمی بود. نتایج توسط Paired t-test آنالیز گردید.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که قبل از آموزش وضعیت سلامت جسمی بیشتر (78/78%) واحدهای مورد پژوهش در سطح متوسط و بعد از آموزش وضعیت سلامت جسمی بیشتر (54/55%) آنان در سطح خوب بود. آزمون تی زوج تفاوت معنی‌داری بین فشار خون سیتولیک، اضافه وزن بین دو دیالیز، سدیم، پتاسیم و هماتوکریت واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از آموزش نشان داد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات صورت گرفته در داخل و خارج کشورمان همخوانی دارد. لذا با توجه به نتایج حاصل از پژوهش، برنامه بازدید منزل به عنوان یک روش مهم و اساسی در مراقبت‌های بهداشتی - درمانی بیماران تحت درمان با همودیالیز پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: آموزش، سلامت جسمی، همودیالیز

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، سال چهارم، شماره سوم، ص 123-116، پاییز 1385

آدرس مکاتبه: ارومیه، خیابان بسیج، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: 2225522
E-mail: hemmatma@yahoo.com

¹ مربی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)
² مربی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
³ مربی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
⁴ مربی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
⁵ مربی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
⁶ مربی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مقدمه

دیده می‌شود (6). این اختلالات به همراه عدم رعایت رژیم غذایی و محدودیت مایعات از سوی بیمار، اغلب اختلالات آب و الکترولیتی خطرناکی را به بار می‌آورد (4). بنابراین کسب برخی از آگاهی‌ها و مهارت‌های جدید برای ادامه فعالیت‌های زندگی روزانه بیماران همودیالیزی ضروری می‌باشد. کسب آگاهی و مهارت جدید از طریق آموزش انجام می‌شود. آموزش ترکیبی از یک سری عملیات و کارهای سنجیده و تعمدی است که به افراد کمک می‌نماید تا علم، دانش و مهارت‌های جدید را کسب نموده یا توسعه دهند (7).

آموزش به بیمار وسیله‌ای از مجموعه فنون بهداشتی می‌باشد (8). آموزش به بیمار تجربه یادگیری از قبل طراحی شده‌ای است که در آن ترکیبی از روش‌های مختلف مانند یاد دادن، مشاوره و تکنیک‌های اصلاح رفتار به کار گرفته می‌شود که روی دانش و رفتارهای بهداشتی بیمار اثر می‌گذارد و فرایند متقابلی است که به شرکت فعال بیماران در مراقبت از خود کمک می‌کند (7). نقش پرستار در آموزش بیمار به علت ارتباط وسیع و ایجاد اعتماد در بیمار بسیار با اهمیت است (5). چون هدف از پرستاری پیشرفت سلامتی و رسیدن به بهترین وضعیت فیزیکی می‌باشد (9،10).

با پیشرفت دانش و تکنولوژی و افزایش امید به زندگی در دنیای امروز، طول عمر بسیاری از مبتلایان به بیماری‌های مزمن افزایش یافته است (1). مطابق اطلاعات موجود، میزان نارسایی مزمن کلیه رو به افزایش است (2). اصطلاح نارسایی مزمن کلیه به وجود نارسایی پیشرفته و غیر قابل برگشت کلیه که معمولاً پیشرونده است اطلاق می‌شود (3). طبق آمار موجود هر ساله از هر ده هزار نفر در آمریکا یک نفر به نارسایی مزمن کلیه مبتلا می‌شود (4). در ایران تعداد مبتلایان در نیمه اول سال 1372 حدود ده هزار نفر بوده است. در چند دهه گذشته، اقدامات درمانی در مورد مبتلایان به نارسایی مزمن کلیه پیشرفت فراوان داشته که از جمله آن می‌توان همودیالیز را نام برد (1). 90 درصد از بیماران کلیوی مزمن ایتالیایی و 85 درصد بیماران در آمریکا تحت درمان با همودیالیز هستند (4 و 5). بیش از یک میلیون بیمار در سراسر دنیا و حدود شش هزار بیمار در کشور ما همودیالیز می‌شوند (4).

همودیالیز تمام مشکلات این بیماران را حل نکرده، بلکه حتی عوارضی هم به دنبال دارد. مسائلی مانند تورم، افزایش فشار خون، گیجی، گرفتگی عضلانی، اختلال نبض، افزایش اوره، کراتینین و هماتوکریت

سلامت از چک لیست استفاده شد که در امتیازات براساس یک معیار پژوهشگر ساخته برای وضعیت سلامت هر فرد نمره بین 0-20 به سه سطح خفیف (0-6)، متوسط (7-13) و خوب (14-20) رتبه‌بندی شد. برای ارزیابی وضعیت سلامت بیماران قبل از آموزش از میانگین نمرات فشار خون سیستول، دیاستول، اضافه وزن بین دو همودیالیز یک ساعت قبل از همودیالیز و معیارهای آزمایشگاهی (Hct, P, Ca, k, Na, Cr, Bun) طی سه ماه قبل از آموزش استفاده شد. لازم به ذکر است هر بیمار هر هفته سه بار همودیالیز شده و طبق روتین بیمارستان ماهیانه یکبار از وی آزمایشات خونی به عمل می‌آید. فشار خون بیماران مرد توسط یک نفر و فشار خون بیماران زن توسط یک نفر با فشار سنج واحد کنترل شد. اضافه وزن توسط یک ترازوی قابل اطمینان کنترل شد. (برای اطمینان از کار ترازو با استفاده از یک وزنه یک کیلوگرمی ترازو امتحان می‌گردید). سپس یک برنامه مدون آموزشی شامل (اطلاعاتی در مورد کلیه، کار آن، همودیالیز، تغذیه مناسب، فعالیت مناسب و توجهات لازم جهت کم کردن مشکلات بیمار) برای نمونه‌ها بین همودیالیز و در منزل که بیماران از حال عمومی بهتری برخوردار هستند به مدت 6 ماه حداقل چهار جلسه آموزشی برای هر بیمار اجرا شد.

بنابراین پرستار، یک مرجع مناسب برای بیماران و مددجویانی است که تمایل به بهبود وضع جسمی و روانی خود دارند (7). با توجه به مطالب فوق و ذکر این مطلب که زمان انجام همودیالیز به علت تغییرات شناختی، موقع مناسبی جهت آموزش نیست (1)، پژوهشگران بر آن شدند که تاثیر آموزش در منزل را بر وضعیت سلامت جسمی بیماران همودیالیزی تحت مطالعه قرار دهند. تا انشاء... در صورت مثبت بودن نتایج آن یک الگو و چهار چوب مناسبی ارائه گردد تا گامی هر چند کوتاه در رفع مشکلات این بیماران برداشته شود.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه نیمه تجربی از کل جامعه پژوهش 174 بیمار تحت همودیالیز در بیمارستان طالقانی شهر ارومیه 33 نفر از آنان در محدوده سنی 18-60 سال که مبتلا به بیماری عمده دیگری نظیر دیابت نبوده و ساکن شهر ارومیه بودند به روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند. سپس از تک تک آنان رضایت جهت شرکت در پژوهش با توضیح در مورد چگونگی و حضور محققین در منزلشان کسب شد. اگر نمونه‌ای رضایت نداشت نمونه دیگر جایگزین گردید. سپس اطلاعات قبل از آموزش شامل فرم مشخصات فردی - اجتماعی ثبت گردید. جهت ارزیابی وضعیت

بود. (جدول 1)

جدول شماره 1: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت سلامت جسمی قبل و بعد از آموزش

وضعیت سلامت جسمی	زمان فراوانی		قبل از آموزش		بعد از آموزش	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ضعیف (0-6)	5	15/15	4	12/12		
متوسط (7-13)	26	78/78	11	33/33		
خوب (14-20)	2	6/07	18	54/55		
جمع	33	100	33	100		
میانگین	14/3		15/3			
انحراف معیار	7/8		6/9			

فشار خون سیستولیک بیشتر (57/58٪، 75/76٪)

واحدهای مورد پژوهش به ترتیب قبل و بعد از

آموزش بین 120-159 میلی‌متر جیوه بود. میانگین

فشار خون سیستولیک واحدهای مورد پژوهش قبل از

آموزش 141/96 و بعد از آموزش 128/53

میلی‌متر جیوه و انحراف معیار قبل از آموزش 36/18

و بعد از آموزش 14/06 بود. جهت تعیین تفاوت

فشار سیستولیک واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد

از آموزش از آزمون تی زوج استفاده شد. نتیجه

آزمون نشان داد که بین فشار خون سیستولیک قبل و

بعد از آموزش تفاوت معنی‌دار وجود دارد

(جدول 2). (p=0/045، t=2/089 زوج)

جدول شماره 2: توزیع فراوانی مطلق و درصد واحدهای مورد پژوهش بر حسب فشار خون سیستولیک قبل و بعد از آموزش

نتیجه آزمون آماری	زمان فراوانی		قبل از آموزش		بعد از آموزش	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
t زوج = 2/089	3	9/09	4	12/12		
P = 0/045	19	57/58	25	75/76		
df = 32	11	33/33	4	12/12		
تفاوت معنی‌دار است.	جمع	33	100	33	100	
	میانگین	141/96	128/52			
	انحراف معیار	36/18	14/06			

در بررسی مجدد برای ارزیابی وضعیت سلامت

بیماران بعد از آموزش از میانگین نمرات فشار خون

سیستول، دیاستول، اضافه وزن بین دو همودیالیز و

معیارهای آزمایشگاهی در طی سه ماه آخر آموزش

استفاده شد.

بعد از جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آن

توسط paired t-test. مقایسه‌ای بین وضعیت

سلامت قبل و بعد از آموزش بیماران به عمل آمد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش بیانگر آن بود که بیشتر (63/6٪،

66/67٪، 78/8٪، 72/7٪، 84/8٪، 60/6٪)

واحدهای مورد پژوهش به ترتیب مونث، با سابقه

همودیالیز 1-10 سال، متاهل، ساکن منزل شخصی،

با سابقه فشار خون بالا و بدون سابقه جراحی بودند و

بیشترین درصد (42/42٪، 33/3٪، 42/42٪،

39/4٪) واحدهای مورد پژوهش به ترتیب در

محدوده سنی 33-46 سال، بی‌سواد، خانه‌دار و با

وضعیت اقتصادی متوسط بودند.

در ارتباط با هدف کلی پژوهش نتایج بیانگر آن بود

که قبل از آموزش وضعیت سلامت جسمی بیشتر

(78/78٪) واحدهای مورد پژوهش در سطح متوسط

و بعد از آموزش وضعیت سلامت جسمی اکثر

(54/55٪) واحدهای مورد پژوهش در سطح خوب

بررسی تاثیر آموزش در منزل بر وضعیت سلامت جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز

اضافه وزن بین دو دیالیز واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از آموزش از آزمون تی زوج استفاده شد. نتیجه آزمون نشان داد که بین اضافه وزن بین دو دیالیز قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی دار وجود دارد (جدول 4). ($t = 5/21$ $df=32$ $P=0/000$ زوج)

جدول شماره 4: توزیع فراوانی مطلق و درصد واحدهای مورد پژوهش بر حسب اضافه وزن بین دو دیالیز قبل و بعد از آموزش

نتیجه آزمون آماری	بعد از آموزش		قبل از آموزش		زمان فراوانی اضافه وزن بین دو دیالیز (kg)
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
زوج $t = 5/21$ $P = 0/000$ $df = 32$	75/76	25	60/6	20	< 3
	18/17	6	33/33	11	3-4
	6/07	2	6/07	2	> 4
	100	33	100	33	جمع
تفاوت معنی دار است	2/42		2/97		میانگین
	1/23		1/12		انحراف معیار

میانگین متغیرهای آزمایشگاهی سدیم، پتاسیم، کلسیم، فسفر، ازت-اوره خون، کراتینین و هماتوکریت قبل از آموزش به ترتیب (7/77، 5/52، 141/74، 47/93، 5/85، 12/21، 29/09) و بعد از آموزش به ترتیب (7/12، 31/48) بود. جهت تعیین تفاوت سدیم، پتاسیم، کلسیم، فسفر، ازت-اوره خون، کراتینین و هماتوکریت واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از آموزش از آزمون تی زوج استفاده شد. نتیجه آزمون نشان داد که بین سدیم ($t=2/11$ ، $p=0/045$)، پتاسیم ($t=3/95$ ، $p=0/001$)، کلسیم ($p=0/003$)، فسفر، ازت-اوره خون، کراتینین و هماتوکریت ($t=3/27$) و هماتوکریت ($t=3/18$ ، $p=0/004$) قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی دار وجود دارد.

در ارتباط با فشار خون دیاستولیک نتایج نشان داد که بیشتر (51/51%، 66/66%) واحدهای مورد پژوهش به ترتیب قبل و بعد از آموزش فشار خونشان زیر 85 میلی متر جیوه بود. میانگین فشار خون دیاستولیک واحدهای مورد پژوهش قبل از آموزش 80/56 و بعد از آموزش 78/52 میلی متر جیوه و انحراف معیار قبل از آموزش 11/63 و بعد از آموزش 6/62 بود. جهت تعیین تفاوت فشار دیاستولیک واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از آموزش از آزمون تی زوج استفاده شد. نتیجه آزمون نشان داد که بین فشار خون دیاستولیک قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی دار وجود ندارد ($P > 0/05$) (جدول 3)

جدول شماره 3: توزیع فراوانی مطلق و درصد واحدهای مورد پژوهش بر حسب فشار خون دیاستولیک قبل و بعد از آموزش

نتیجه آزمون آماری	بعد از آموزش		قبل از آموزش		زمان فراوانی فشارخون دیاستولیک (mmHg)
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
P = 0/05	66/66	22	51/51	17	< 85
	24/25	8	33/33	11	85-109
	9/09	3	15/16	5	> 109
	100	33	100	33	جمع
تفاوت معنی دار نیست	78/52		80/56		میانگین
	6/62		11/63		انحراف معیار

اضافه وزن بین دو دیالیز بیشتر (60/6، 75/76) به ترتیب قبل و بعد از آموزش زیر 3 کیلوگرم بود. میانگین اضافه وزن بین دو دیالیز واحدهای مورد پژوهش قبل از آموزش 2/97 و بعد از آموزش 2/42 کیلوگرم و انحراف معیار قبل از آموزش 1/12 و بعد از آموزش 1/23 بود. جهت تعیین تفاوت

جدول شماره 5): مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای آزمایشگاهی واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از آموزش

نتیجه آزمون آماری				بعد از آموزش		قبل از آموزش		زمان
نتیجه	df	T	P	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	میانگین و انحراف معیار
S	32	1122	0/045	4/85	137/59	8/37	146/74	سدیم Meql lit / (Na)
S	32	3/95	0/001	0/54	4/99	0/8	5/59	پتاسیم Meql lit / (K)
S	32	-3/27	0/003	0/88	8/42	1/03	7/77	کلسیم mgldl / (Ca)
NS	32	-0/08	0/94	1/78	5/87	1/86	5/85	فسفر mgldl / (P)
NS	32	0/29	0/77	7/7	47/52	4/3	47/93	ازت ، اروره خون (BUN) mgldl /
NS	32	1/38	0/18	1/00	8/12	19/43	12/21	کراتینین mgldl / (Cr)
S	32	-3/18	0/004	3/02	31/48	3/23	29/09	HCT هماتوکریت

S = Significant

NS = Nohsignificant

بحث

رحمانیان می‌نویسد با توجه به اینکه برنامه بازدید منزل توانسته است وضعیت سلامت در گروه آزمون را بهبود بخشد، فرضیه پژوهش مبتنی بر مؤثر بودن برنامه بازدید منزل بر وضعیت سلامت بیماران همودیالیزی تأیید می‌شود (1). پروانت تأثیر برنامه بازدید منزل را در افزایش آگاهی بیماران تحت دیالیز صفاقی 1 مورد تأکید قرار داده است (13). می‌توان بازدید منزل را به عنوان یک روش اساسی در مراقبت‌های بهداشتی به کار گرفت (1). نتایج این پژوهش بیانگر کاهش میانگین فشار خون

در این پژوهش 8/84 درصد بیماران تحت همودیالیز علت نارسایی کلیه شان فشار خون بالا بود. هیپرتانسیون بلند مدت در نهایت به عروق خونی سراسر بدن بخصوص ارگان‌های حیاتی از قبیل مغز، کلیه‌ها، قلب و چشم‌ها آسیب وارد می‌کند. بنابراین نارسایی کلیه یکی از عواقب هیپرتانسیون بلند مدت و کنترل نشده است (14).

نتایج پژوهش بیانگر بهبود وضعیت سلامت جسمی بیماران تحت همودیالیز بعد از آموزش در منزل بود.

بیماران تحت درمان با همودیالیز و مراجعه منظم و به موقع جهت انجام همودیالیز از علل تنظیم علائم آزمایشگاهی است (4).

میانگین ازت-اوره خون بیماران بعد از آموزش به مقدار جزئی کاهش یافته بود. اوره از فرآورده‌های متابولیسم پروتئین می‌باشند که از طریق ادرار توسط کلیه‌ها دفع می‌شود در بیماران همودیالیزی به دلیل کاهش عملکرد کلیه‌ها سطح این مواد در خون بالا رفته و ممکن است عوارض خطرناک و غیر قابل تحملی را ایجاد کند. از این رو باید در مصرف این مواد اصول و موازینی را رعایت کنند تا سطح اوره خونشان تعدیل گردد (4).

با توجه به آن که یافته‌های این پژوهش در بیشتر موارد بیانگر کاهش قابل توجهی در مشکلات بیماران همودیالیزی مورد مطالعه می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود برنامه بازدید منزل به عنوان یک روش مهم و اساسی در مراقبت‌های بهداشتی-درمانی بیماران تحت درمان با همودیالیز به کار گرفته شود.

منابع

1. رحمانیان ق، مظلوم ر، امامی‌مقدم ز. تأثیر برنامه بازدید منزل بر وضعیت سلامت بیماران تحت درمان با همودیالیز. فصلنامه پرستار، نشریه علمی-خبری دانشکده پرستاری و مامایی گیلان، سال 1385، سال دوازدهم، شماره 5، ص 57-51.
2. ظهیرالدین ع، صمیمی اردستانی م. بررسی ارتباط بین دیالیز و میزان اضطراب. فصلنامه علمی-پژوهشی فیض، 1379، شماره 16: ص 95-98.
3. عسگری م. مراقبت‌های پرستاری ویژه، چاپ دوم. تهران، نشر و تبلیغ بشری، 1379: ص 292.

سیستولیک بیماران بعد از آموزش بود که تفاوت فشار خون سیستولیک بیماران تحت همودیالیز قبل و بعد از آموزش از نظر آماری معنی‌دار بود. که این نتایج، یافته‌های پژوهش قبلی را مورد تأیید قرار داده است (4و1). از آنجایی که در تنظیم فشار خون عوامل مختلفی مثل حجم مایعات بدن، سیستم رنین، آنژیوتانسین، تغییرات هورمونی، تغییرات سدیم، تحریک عصبی و ... دخالت دارند (4). بنابراین بعد از آموزش با آن که کاهش قابل ملاحظه‌ای در فشار خون دیاستولی دیده نشد، در ارتباط با اضافه وزن بین دو دیالیز یافته‌ها بیانگر آن بود که میانگین اضافه وزن بعد از آموزش بیماران کاهش یافته که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود. به نظر پژوهشگران آموزش‌هایی که در مورد نحوه مصرف و اندازه‌گیری مایعات به بیماران ارائه گردیده مؤثر بود. که نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های قبلی مطابقت دارد (4و1).

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که پس از اجرای برنامه بازدید منزل اکثر علائم آزمایشگاهی به حدود طبیعی نزدیکتر شده است. مقادیر سدیم، پتاسیم، کلسیم و هماتوکریت بعد از آموزش بیماران تحت همودیالیز به مقادیر طبیعی نزدیکتر شده و در ضمن در این مقادیر تفاوت بین قبل و بعد از آموزش معنی‌دار بود. رعایت رژیم غذایی مناسب توسط

10. Casiro MJ, Celadilla O, Munoz I. home training experience in peritoneal dialysis patient. EDTNA ERCA J. 2002; 28(1): 36-39.
11. Cesarino CB, Casaagrande LD. Patients with chronic renal insufficiency in hemodialysis: nurses educational activities. Rev Lat AM Entermagem 1998; 6(4): 31-40.
12. Bordin G, Zuecherato N, Toniato E. Nutritional educations of CAPD patients and media influence. EDTNA ERCA J 2000; 26(1): 32-35.
13. Prowant F. Effectiveness of a phosphorous educational program for dialysis patients. ANNA 1989: 353-357.
14. برونر سودارت. پرستاری داخلی-جراحی بیماری‌های قلب و عروق. ترجمه کفاشی م، گیوی م. چاپ اول. تهران. انتشارات بشری. 1379: ص 312.
4. عشوندی خ، محمدی ع، حاجی‌زاده ا. تأثیر آموزش مراقبت از خود در کاهش مشکلات بیماران همودیالیزی. مجله ارولوژی ایران، 1377، شماره 19: ص 27-31.
5. Mainini F, Sansoni J, Carta g. Patient training in peritoneal dialysis: Training in self - care, cognitive study. Prof Ferm. 1998; 51(4): 28-38.
6. Spilman P, Whelton A. Nonsteroidal antinflamation drugs: effects on kidney function and implication for nursing care. ANNA J 1992; 19, p: 19-25.
7. اسمعیلی ر. کاربرد فرآیند پرستاری و آموزش بیمار، چاپ اول. تهران، ناشر سالم، 1379: ص 9-1.
8. کاتهام م، ناپ ب. مبانی آموزش به بیمار، ترجمه فاطمه رخشانی و زهره ونکی، چاپ اول. تهران. انتشارات کنکاش، 1377: ص 6.
9. Rondeau PN. Self care guide for dialysis patients essential tool. CANNT J 2001; 11(1): 36-39.

بررسی میزان استرس و نحوه سازگاری در دانشجویان خوابگاه‌های دختران دانشگاه ارومیه

رویا یاوریان¹، طیبه گلشن²

تاریخ دریافت مقاله: 86/1/25

تاریخ پذیرش مقاله: 86/3/20

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی

سال چهارم، شماره سوم، پاییز 1385

چکیده

مقدمه: در روان شناسی استرس به معنای تحت فشار روحی و روانی قرار گرفتن تلقی شده است. استرس هنگامی روی می‌دهد که فرد واکنش‌های خود را در مواجهه با محرک‌های درونی و بیرونی ناتوان ببیند که همانا پیامد آن از دست دادن تعادل روانی فرد است. استرس ممکن است سلامتی روانی، موقعیت تحصیلی و ارتباطات اجتماعی دانشجویان را تحت تاثیر قرار دهد. بنابراین در این مطالعه ما میزان استرس و نحوه سازگاری را در دانشجویان بررسی کرده‌ایم.

مواد و روش‌ها: برای انجام این پژوهش در ابتدا 208 دانشجو از خوابگاه‌های دخترانه دانشگاه ارومیه به طور تصادفی انتخاب، سپس این دانشجویان پرسش نامه‌های استرس و سازگاری را تکمیل نمودند.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده از پرسش نامه استرس نشان داد که 20/17 درصد دانشجویان تعادل مطلوبی بین شخصیت خود و استرس‌های پیرامونی ایجاد کرده‌اند. 58/17 درصد آن‌ها مشکلات را بیش از حد بزرگ کرده و این امر سازگاری آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد 15/86 درصد آن‌ها زندگی هیجانی و پر زحمتی را می‌گذرانند. 4/8 درصد آن‌ها دوره‌ای بحرانی را می‌گذرانند که مشکلات بر آن‌ها غلبه کرده است. نتایج به دست آمده از پرسش نامه سازگاری نشان داد که 6/25 درصد دانشجویان در سازگاری و بر خورد با مشکلات تسلیم شدن را به پایداری ترجیح می‌دادند 35/5 درصد دانشجویان نا امید بودند. تحمل استرس برای 3/36 درصد دانشجویان بسیار مشکل بود.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد که باید به مشکلات دانشجویان توجه ویژه‌ای مبذول شود و روش‌های مدارا به آن‌ها آموزش داده شود.

واژه‌های کلیدی: استرس، سازگاری، دانشجویان دختر، خوابگاه

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، سال چهارم، شماره سوم، ص 128-124، پاییز 1385

آدرس مکاتبه: ارومیه، جاده سلماس، نرسیده به اداره کشاورزی، مرکز روانپزشکی. تلفن: 0441-2770341

¹ مربی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

² روان شناس مرکز روان پزشکی ارومیه

موقعیت مورد نظر دارد. بنابراین تنش زا بودن هر

موقعیت معین بستگی به چگونگی ارزیابی و توانایی فرد برای مقابله با آن دارد (1).

در جهان امروزی استرس مسئله بزرگی به شمار

می‌رود گفته شده که 75% بیماری‌های بدنی با

استرس ارتباط دارند به نظر می‌رسد که استرس در

بسیاری از ناخشنودی‌ها، بی‌قراری‌ها و دل‌سردی‌ها

نقش داشته باشد از سوی دیگر افزایش بیماری‌های

قلبی-عروقی، سرطان، اعتیاد به مواد مخدر با

شهرنشینی، افزایش تنش و برخورد با موقعیت‌های

تنش‌زا پیوندی ناگسستنی دارد و در نتیجه آن‌ها

تبادل پویای ارگانیزم و سازگاری آن با محیط خارجی

مختل می‌گردد (2). در پژوهشی که توسط کوه، ک-

ب. کوی، ای. سونگ، جی‌ای و لی، ای‌اچ بر روی 28

دانشجو انجام شد مشخص شد که دانشجویانی که در

مقیاس ارزیابی استرس اخیر نمرات بالایی داشتند،

تولید اینترلوکین 2 نیز در آن‌ها بالا بود و این امر

تاثیر استرس بر عملکرد سیستم ایمنی را نشان

می‌دهد (3). در مطالعه‌ای که توسط عبدالرضا اسلامی

نوکنده به منظور بررسی سلامت عمومی 325

دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام شد

مشخص گردید که 32/3% دانشجویان از اضطراب و

بی‌خوابی و 22% آن‌ها از افسردگی رنج می‌برند. در

این مطالعه 40% دانشجویان مونث از نظر شاخص

استرس یا تنیدگی از مفاهیمی است که علی‌رغم

کاربرد وسیع آن هنوز مفهوم واحد و روشنی ندارد و

این امر به روی آورد علمی و کاربردی آن بر

می‌گردد، واژه تنیدگی از روی آورد مهندسی وارد

علوم پزشکی و روان پزشکی شده است. در دیدگاه

مهندسی تنیدگی یا استرس هر عامل بیرونی است که

برشی یا جاندار وارد شده و باعث تغییراتی در آن

می‌شود بر عکس در روی آورد پزشکی-فیزیولوژیکی

تنیدگی یک پاسخ عمومی در برابر رویدادهای

ناخوشایند و تهدید کننده قلمداد شده است. در این

دو دیدگاه تنیدگی یا محرک است یا پاسخ که در هر

حال ممکن است باعث بروز بیماری در جاندار شود

اما این دو روی آورد به طور عمومی در توجیه نقش

تفاوت‌های فردی و فرآیندهای شناختی و عوامل

تعدیل کننده رابطه استرس و بیماری‌ها ناکام

مانده‌اند. در روی آورد تعاملی تنیدگی نه محرک

است نه پاسخ بلکه فرآیند تعامل فرد با محیط قلمداد

شده است؛ در این روی آورد ارزیابی شناختی

رویدادها در مقابله با آن‌ها نقش کلیدی دارد. ارزیابی

تعامل فرد با محیط را معنا می‌بخشد و مقابله واکنش

هیجانی به موقعیت را تغییر می‌دهد. یک رویداد

تنیدگی‌زای معین را دو فرد به صورت‌های متفاوت

ادراک می‌کنند و این امر بستگی به تفسیر آن‌ها از

بررسی استرس‌ها و راه‌های مقابله با استرس در دانشجویان دانشگاه‌های مختلف توسط کافی، هاشمی، هاتفی، بیان‌زاده و صادقی در سال 1378 انجام شده است نشان داده که شرکت در امتحانات مهم، دوری از محل سکونت، دوری از افراد خانواده به هم خوردن رابطه با یک دوست قبلی، مردود شدن در امتحان جزو استرسورهای اساسی زندگی آن‌ها به شمار می‌رود (2).

با توجه به وجود عوامل استرس‌زای مختلف در دوره دانشجویی و تاثیر استرس بر سلامت جسمی و روانی در این مطالعه به بررسی استرس و نحوه سازگاری در دانشجویان خوابگاه‌های دخترانه دانشگاه ارومیه پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها

برای انجام این پژوهش توصیفی بعد از ایجاد هماهنگی‌های لازم با مسئولان خوابگاه‌های دانشگاه ارومیه و کسب اطلاعات در مورد محل خوابگاه‌ها و تعداد دانشجویان، از بین کلیه 1200 دانشجوی ساکن در خوابگاه‌ها 208 نفر را به طور تصادفی انتخاب و بعد از مراجعه به خوابگاه‌ها و توضیح در مورد اهداف پژوهش و جلب همکاری دانشجویان انتخاب شده دو پرسش‌نامه استرس و سازگاری توسط آن‌ها تکمیل و سپس پرسش‌نامه‌ها نمره‌گذاری شد. در این دو پرسش‌نامه داشتن نمرات پایین نشانگر استرس کم و

کلی سلامت عمومی غیر طبیعی بودند (4). در پژوهشی که توسط ریسون، رو رنگ، ک در زمینه نحوه تطابق دانشجویان سال اول انجام شد مشخص شد که بین ویژگی‌های مردانه و زنانه و نحوه مدارا ارتباط معنی‌داری وجود دارد. از طرف دیگر سطح استرس‌های خانوادگی و دانشگاهی گزارش شده توسط دانشجویان ارتباط معنی‌داری با میزان علائم افسردگی داشت و در کل نتایج این پژوهش نشان داد که درک ارتباط بین نقش جنسی، سطوح علائم افسردگی، و سطح استرس نشان داده شده به وسیله دانشجویان سال اول در تسریع انتقال و تطابق آن‌ها با دانشگاه مهم می‌باشد (5). در سال‌های اخیر توجه به منابع استرس و راه‌های مقابله با آن در گروه‌های مختلف بسیار مورد توجه و بررسی قرار گرفته است و این بررسی‌ها نشان داده است که به کارگرفتن راه‌های مقابله‌ای موثر نقش مهمی در کاهش استرس دارد. در این میان دانشجویان به عنوان قشری از جامعه که پیوسته در معرض استرس‌ها و فشارهای محیطی و روانی از جمله مشکلات آموزشی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی قرار دارند مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. روشن است که پیامدهای استرس در عملکرد تحصیلی، رضایت شخصی، از همه مهم‌تر سلامت روانی آن‌ها تاثیر نامطلوب خواهد داشت پژوهش‌هایی که در زمینه

زحمتی را می‌گذرانند. 4/8 درصد آن‌ها دوره‌ای بحرانی را می‌گذرانند که مشکلات بر آن‌ها غلبه کرده است نتایج به دست آمده از پرسش نامه سازگاری نشان داد که 6/25 درصد دانشجویان در سازگاری و برخورد با استرس مشکلی نداشتند. 53/84% آن‌ها در برخورد با مشکلات تسلیم شدن را به پایداری ترجیح می‌دادند. 35/7% دانشجویان نا امید بودند. تحمل استرس برای 3/36% دانشجویان بسیار مشکل بود.

این نتایج در جداول 1 و 2 و 3 نیز آورده شده است.

جدول شماره 1: نتایج پرسش نامه استرس در دانشجویان بر حسب میزان فراوانی و درصد آن

درصد فراوانی	فراوانی	شرح
21/63	45	ایجاد تبادل مطلوب بین شخصیت خود و استرس‌های پیرامونی
57/69	120	وجود مولفه نورتریک در ساختار شخصیتی که سازگاری را تحت تاثیر قرار می دهد و بزرگ کردن مشکلات
15/86	33	گذراندن زندگی هیجانی غیرقابل پیش بینی و پر زحمت
4/8	10	گذراندن دوره بحرانی و غلبه مشکلات بر آن‌ها

جدول شماره 2: نتایج پرسشنامه سازگاری در آزمودنی‌ها بر حسب فراوانی و درصد آن

درصد فراوانی	فراوانی	شرح
6/25	15	کنار آمدن خوب با مشکلات
53/84	112	دست کم گرفتن ظرفیت خود برای مقابله با مشکلات و تحت تاثیر قرار گرفتن به وسیله بحران‌های زندگی و ترجیح دادن تسلیم به پایداری
35/57	74	احساس عجز و ناتوانی در برخورد با مشکلات
3/36	7	مشکل بودن تحمل مشکلات

سازگاری بهتر و نمرات بالاتر نشانگر استرس زیاد و توانایی کم برای مقابله با استرس می‌باشد. این پرسشنامه‌ها به فرد امکان می‌دهد تا ارزیابی صادقانه‌ای از نحوه واکنش خود نسبت به استرس‌های پیچیده روان شناختی، جامعه شناختی و فیزیولوژیکی داشته باشد. تحلیل این پرسش نامه‌ها بر اساس ارزیابی دقیق روان شناسی بالینی استوار است. برای تجربه و تحلیل نمرات از روش‌های آمار توصیفی استفاده شد.

لازم به توضیح است که سوالات پرسش نامه استرس چهار مولفه اضطراب، ترس، وسواس و هیستری را در بر می‌گیرد عدم تعادل در نمرات آزمودنی‌ها در این چهار مولفه نشانگر این است که هر گونه استرس روان شناختی تجربه شده توسط آزمودنی در تحریفات این بخش بخصوص از شخصیت منعکس شده است.

نتایج

نتایج به دست آمده از پرسش نامه استرس نشان داد که 21/63 درصد دانشجویان تعادل مطلوبی بین شخصیت خود و استرس‌های پیرامونی ایجاد کرده‌اند. 57/69 درصد آن‌ها مشکلات را بیش از حد بزرگ کرده و این امر سازگاری آن‌ها را تحت تاثیر قرار داده است. 15/86 درصد آن‌ها زندگی هیجانی و پر

جدول شماره 3): اطلاعات مربوط به نمرات مولفه های 4 گانه پرسش

نامه استرس در کل آزمودنی ها

نام مولفه	تعداد	میانگین
اضطراب	208	7/34
ترس	208	6/71
وسواس	208	14/31
هیستری	208	8/01

بحث و نتیجه گیری و پیشنهادات

یافته‌های این پژوهش که به منظور بررسی استرس و نحوه سازگاری دانشجویان انجام شده بود نشان داد که آزمودنی‌ها استرس‌هایی را متحمل می‌شوند که سازگاری و مقابله با آن‌ها برایشان مشکل است و با توجه به عدم تعادل در نمرات آزمودنی‌ها در مولفه‌های پرسشنامه استرس چنین استنباط می‌شود که بیشتر آزمودنی‌ها با مشکلاتی دست به گریبان هستند که به واسطه الگوی رفتارهای وسواسی این مشکلات را جبران می‌کنند ایرادگیری و عدم تحمل دیگران را می‌توان در رفتارهای آن‌ها مشاهده کرد.

با توجه به یافته‌های این پژوهش و اثراتی که استرس در کنش روی فرد در قلمروهای اجتماعی، روانی، جسمی، تحصیلی و خانوادگی دارد و یافته‌های حاصل از پژوهش‌های انجام شده توسط جعفر بوالهروی و همکارانش بر روی 400 دانشجوی پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران که 44/1% دانشجویان استرس کم، 31% استرس متوسط و 24/8% استرس زیاد داشتند (2). و یافته‌های حاصل از پژوهش انجام شده توسط عبدالرضا اسلامی نوکنده

مبنی بر اینکه 50/6% دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه نیز در توانایی‌های مقابله‌ای مشکل داشتند و از آنجا که دانشجویان سازندگان آینده کشور هستند. پیشنهاد می‌شود ضمن انجام پژوهش‌های دیگر جهت آموزش مهارت‌های مقابله با مشکلات به دانشجویان اقدامات لازمه انجام شود.

منابع

1. معظمی‌گودرزی ب.، ازه‌ای ج.، رسول‌زاده طباطبائی ک. «تأثیر آموزش تنش‌زدائی تدریجی و مهارت‌های مقابله‌ای بر میزان تنیدگی و شیوه‌های مواجهه دختران فراری» مجله روانشناسی- سال پنجم، شماره 20، زمستان 80، ص 317-329.
2. بوالهروی ج و همکاران. «بررسی رابطه بین عوامل تنش‌زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس در دانشجویان پزشکی» فصلنامه اندیشه و رفتار 21، سال ششم شماره 1، تابستان 1379، ص 25-34.
3. Psychiatry Res. Effect of coping on endocrinimmune function in different stress situations. 2006 Aug 30. 143 (2-3). 123-34
4. اسلامی‌نوکنده ع. بررسی سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال 1384. کتابخانه مرکزی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، پایان نامه .
5. Jclin psycho. Freshmen adaptation to university . 2006 Oct. 62(20)1231-1249

INVESTIGATION OF NURSE'S KNOWLEDGE AND PRACTICE WORKING IN CCU WARDS OF TALEGHANI HOSPITAL OF URMIA UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES REGARDING ADULT CPR, 1383.

S. Ahangharzadeh Rezaie¹, A. Rahmani², M. Saghizadeh³

Received: 17 May, 2007 ; Accepted: 6 Aug, 2007

Abstract

Introduction: Cardiopulmonary arrest is one of the most important medical emergencies. Nowadays the importance of resuscitation is clear. Researches show that 20 to 30% of these patients are rescued by CPR. Restoring to life chance increases 2 to 4 times if resuscitation operations begin during 4 minutes, and since nurses are among the first rescuers, this study is carried out in order to investigate CCU nurses, knowledge and revenue regarding adult CPR.

Methods & Materials: This descriptive analytical study was carried out in order to determine CCU Nurses, knowledge and revenue about adult CPR. The present study is done on all CCU nurses of Taleghani hospital as the only CCU Center of Urmia University of Medical Sciences.

Results: Findings of the study indicated that the most percentage of study samples were: %54.8 in 36-45 yrs age group; %74.2 female; 77.4 married; %90.3 licentiated nurse; and %19.4 had more than 10 yrs career antecedents, respectively. Also %74 had done end tracheal intubation, %96.8 had participated in CPR operations, %9.7 were very skillful in CPR, and %16.1 were expert in exploiting ECT in CPR.

Conclusion: Paying attention to the obtained results %74.2 of the samples had inserted end tracheal tube, only %6.5 of them were very skillful in this field. The results of this study showed that authorities must pay more attention to education service and retouching courses of nurses.

Address: Nursing & Midwifery Department, Basij St., Urmia

¹ Faculty Member of Urmia University of Medical sciences (Corresponding Author)

² Faculty Member of Urmia University of Medical sciences

³ Master of Hospital Managerring

DEMOGRAPHICAL CHARACTERISTICS OF POISONING IN URMIA MEDICAL SCIENCE UNIVERSITY HOSPITALS 1381-1384

Z. Zareh Fazlollahi¹, M. Khoshkalam²

Received: 29 Nov, 2006 ; Accepted: 10 May, 2007

Abstract

Introduction: Intoxication is an important problem in general health and is a branch of Medical sciences which deals with sources of pharmacokinetics, pharmacodynamics of poison and their clinical manifestations. This study was carried out to evaluate demographical characteristics of poisoned patients from 1381-1384 in Urmia University educational hospitals.

Methods & Materials: This study was a cross-sectional survey. All of the 1707 poisoned patients were hospitalized in Imam Khomeini and Talegani hospitals in Urmia during four years were studied. The required data were collected in checklists. The results were analyzed with descriptive tests.

Results: The results showed that %51.4 of the poisoned patients were females and %48.6 were males, %58.5 patients were single, %41.5 were married, %52.4 were 19-64 years old, and %32.1 of them were house wives. Drugs were the major cause of poisoning %31.2 and %68 of them were self-inflicted; %3.9 of them died.

Conclusion: Suicide poisonings happened among house wives %85.6 and the age range was between 15-30 years old using drugs (%52.8). Based on the results of this study, it is necessary to be more careful for using and keeping drugs at home. There is a need for family training about intoxication and emergency care to poisoned patients.

Keywords: Poisoning, Suicide

Address: Paramedicin Department, Nazlou Rd., Urmia University of Medical Sciences

¹ Instructor of Medical Records, Urmia University of Medical Sciences (Corresponding Author)

² Instructor of Medical Records, Urmia University of Medical Sciences

INCIDENCE OF OBESITY, HYPERLIPIDEMIA, HYPERGLYCEMIA IN NIDDM PATIENTS IN URMIA DIABETIC CENTER

J. Nanbakhsh¹, R. Mehdinejad², M. Hemmati³, M. Vazifeh Asl⁴

Received: 14 April, 2007 ; Accepted: 3 July, 2007

Abstract

Introduction: Diabetes mellitus is a major health problem in chronic diseases with severe complications. Major cause of mortality in diabetic patients, more than 70% of cases have cardiovascular diseases. Researches deduced that hyperlipidemia is an effective complication. Otherwise, obesity is one of the main factors in progress of NIDDM diabet, obesity, can it be under control. Body mass index (BMI) could be used as an index of obesity which is more representative of person's appropriate body weight. A large part of the cost resulting from micro and macro vascular complications, is spent on controlling blood glucose. So this study aims at estimating the incidence of obesity, hyperlipidemia, hyperglycemia in the NIDDM diabetic patients.

Methods & Materials: In a descriptive study 53 diabetic patients of Urmia Diabet Center were selected by "random sampling" then clinical and laboratory examinations were performed and they were asked to fill questionnaires. Body mass index was calculated with ratio of weight (kg) and height (m²).

Results: The findings showed that the mean age was 55.79 years old and the mean diseases duration was 8.98 years old; The main body mass index for all patients was 30.23 kg/m²; for females it was 30.29; and for males 31.45 kg/m². The incidence of obesity was 72.73% in males and 57.14% in females. The mean serum fasting blood glucose, triglyceride, cholesterol were 193,02, 239.9, 210,3. Respectively, 88.68% was hyperglycemic; 39.2% hypertriglyceridemic; and 40.9% hypercholesterolemic.

Conclusion: Regarding the findings of this research, individuals with type 2 diabetes needed more to attention on risk factors of diabetes.

Keywords: Obesity, Hyperlipidemic, Hyperlycemia

Address: Nursing & Midwifery Department, Basij St., Urmia

¹ Nursing and Midwifert Department, Urmia University of Medical Sciences (Corresponding Author)

² B.A of Nursing, Talegani Hospital, Urmia University of Medical Sciences

³ Nursing and Midwifert Department, Urmia University of Medical Sciences

⁴ Nursing and Midwifert Department, Urmia University of Medical Sciences

EFFECTS OF HOME EDUCATION ON PHYSICAL HEALTH STATUS OF HEMODIALYSIED PATIENTS

M. Hemmati Maslak Pak¹, M. Nosrati², J. Nanbakhsh³, H. Khalilzadeh⁴, S. Ahangarzadeh Rezaei⁵, AR. Rahmani⁶

Received: 3 Sep, 2006; Accepted: 1 April, 2007

Abstract

Introduction: Developed and irreversible failure kidneys is called chronic renal failure (CRF) that it is usually progressive. Remedial procedures for chronic Renal Failure are improving and among them hemodialysis not only can't solve these patients' problems, but also precipitates more complications. Therefore, acquiring some new knowledge and skills about daily life is necessary. Paying attention to the above mentioned subjects, we decided to carry out a study with the aim of appointment of the effects of home education on physical health status of hemodialysed patients.

Methods & Materials: In this quasi-experimental study 33 hemodialysis patients are chosen as the study community by purposive sampling method. Data gathering tools were demographic characteristics form and physical health status checklist. The results were analyzed by paired t-tests.

Results: The results of this study showed that most of the patients (78.78%) possessed moderate physical health before the education and a large number of them (54.55%) had good physical health after the education. The paired t-test revealed a significant difference between systolic Bp, weight gathering between two hemodialysis, sodium, potassium, calcium and hematocrite level pre and post educationally.

Conclusion: The results of this study are parallel with the results of most studies done in Iran and abroad. So being attentive to the study results, we recommend home visit program as an important basic method in hygiene remedial cares of hemodialysis patients.

Keywords: Education, Physical Health, Hemodialysis.

Address: Nursing and Midwifery Department, Basij St., Urmia

¹ Instructor of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences (Corresponding Author)

² Instructor of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences

³ Instructor of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences

⁴ Instructor of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences

⁵ Instructor of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences

⁶ Instructor of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences

STUDYING STRESS AND COPING STYLE IN FEMALE STUDENTS RESIDING AT HOSTELS OF URMIA UNIVERSITY

R. Yavarian¹, T. Golshan²

Received: 14 April, 2007; Accepted: 10 June, 2007

Abstract

Introduction: Stress is assumed as mental under pressure in psychology. When a person is unable to manage or response to internal or external stimulators, stress occurs and is followed by reducing psychological balance. Stress might affect mental health educational achievement, and social communication in students. Therefore, we studied stress and coping style in female students.

Methods and Materials: In this study, we selected 208 female students residing at hostels of Urmia University randomly, then the students completed stress and coping questionnaires.

Results: Results of stress questionnaire showed that 20.17% of students made sufficient balance between their character and environmental stresses. 58.17% of them exaggerated their problems that influenced their coping. 15.86% of the students had very difficult and emotional life. 4.8% of them had very critical period because of problems. Results of coping questionnaire revealed that 6.25% of students had no difficulty in coping with stress. 51.92% of students preferred that they give up rather than resist. 35.5% of students were hopeless. Tolerance of stress was very difficult for 3.36%.

Conclusion: According to the results, it appears as if special attention should be given to problems of students and coping styles should be taught to them.

Keywords: Stress, Coping, Female students, Hostels

Address: Psychology Department, Nazlou Rd, Urmia University of Medical Sciences

¹ Trainer of Urmia university of Medical Sciences (Corresponding Author)

² Psychologist of Urmia Psychiatric Center