

ارتباط درک از بیماری با خودکارآمدی عمومی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر

پژوهشگران: طوبی حسین زاده^۱، عزت پاریاد*^۲، شهلا اسپری^۳، دکتر احسان کاظم نژاد لیلی^۴

(۱) آموزش پرستاری (داخلی جراحی)، مربی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۲) آموزش پرستاری (داخلی جراحی)، عضو مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۳) آموزش پرستاری (بهداشت جامعه)، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۴) آمار حیاتی، عضو مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۱۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۱/۱۶

چکیده

مقدمه: بیماری عروق کرونر یکی از شایعترین بیماریهای قلبی عروقی محسوب می شود. ارتقا خودکارآمدی عمومی بعد از بروز رویداد قلبی، از فرآیندهایی است که در افزایش مهارتهای توانمند سازی بیمار جهت تعدیل رفتارهای بهداشتی، نقش اساسی ایفا می کند و داشتن درک مطلوب از بیماری ممکن است بتواند به ارتقا این توانمندی کمک نماید.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین خودکارآمدی عمومی و درک از بیماری در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه کننده به درمانگاه قلب مرکز آموزشی درمانی قلب دکتر حشمت رشت انجام شده است.

روش کار: در یک مطالعه توصیفی-مقطعی، ۱۹۵ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه کننده به درمانگاه قلب مرکز آموزشی درمانی قلب دکتر حشمت رشت، به شیوه نمونه گیری تدریجی انتخاب و با استفاده از پرسشنامه های درک از بیماری و خودکارآمدی عمومی مورد پرسش قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته از آزمون کای دو استفاده شد و عوامل مرتبط با خودکارآمدی عمومی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر تعیین شد.

نتایج: نتایج نشان داد که (۷۴/۹٪) واحدها دارای خودکارآمدی عمومی مطلوب بوده اند و سطح درک از بیماری در اکثریت واحدها (۷۳/۸٪) مطلوب بود. در بررسی ارتباط متغیرها انجام آزمون کای دو نشان داد که درک از بیماری با سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، سابقه کسب آموزش در مورد مراقبت از خود و خودکارآمدی عمومی با سن، جنس، تاهل، سطح تحصیلات، تشخیص بیماری قلبی، شرایط زندگی، وضعیت اشتغال، سابقه کسب آموزش در مورد نحوه مراقبت از خود دارای ارتباط آماری معنی دار بوده اند ($P < 0/05$). بعلاوه آزمون آماری کای دو نشان داد بین درک از بیماری و خودکارآمدی عمومی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر ارتباط آماری معنی دار وجود دارد.

نتیجه گیری: طراحی برنامه آموزش بالینی و خدمات پرستاری جهت افزایش درک از بیماری می تواند در ارتقا خودکارآمدی عمومی بیماران قلبی برای مراقبت بهتر از خود مؤثر باشد.

کلید واژه ها: خودکارآمدی / درک / بیماری عروق کرونر

مقدمه

سال ۲۰۲۰ بیماریهای قلبی عروقی، خصوصاً بیماری عروق کرونر، سر دسته بیماریهایی خواهند بود که کارآمدی مفید افراد را کاهش می دهند(۴). در کشور ما نیز بیماری عروق کرونر یک مشکل عمده سلامتی محسوب می گردد که ابعاد آن به سرعت در حال گسترش می باشد(۵).

این بیماری با گسترش وسیع، موجب بروز عوارضی همانند نارسایی احتقانی قلب، ادم حاد ریه و شوک کاردیوژنیک و مرگ و میر بسیار شده و

بیماری عروق کرونر یکی از شایعترین بیماریهای قلبی عروقی در جوامع توسعه یافته است(۱). مطالعات متعدد بیانگر این واقعیت است که شیوع بیماریهای قلبی عروقی در حال افزایش است بطوریکه این بیماری رتبه اول بیماریهای ناتوان کننده را به خود اختصاص داده است(۲). به طور کلی ۲۵ درصد موارد مرگ و میر در دنیا و ۳۲ درصد موارد مرگ و میرها در کشورهای در حال توسعه به علت بیماریهای قلبی عروقی رخ می دهد(۳). تخمین زده می شود تا

همچنین هزینه های زیادی برای مراقبت و درمان را به بیماران تحمیل می نماید (۶). عدم پیگیری رژیم های درمانی و مراقبتی، عاملی مهم در جهت افزایش احتمال بروز عوارض، افزایش میزان مرگ و میر، ناتوانی و بالارفتن هزینه های خدمات بهداشتی درمانی می باشد (۴). بنابراین توانمند سازی فرد مبتلا به بیماری عروق کرونر جهت مراقبت از خود می تواند از عوارض این بیماری پیشگیری نموده یا بروز آن را به تعویق اندازد. در این خصوص سل و همکاران اظهار می دارند که بیماری عروق کرونر یک وضعیت مزمن است که افراد مبتلا به آن به افزایش مهارت های توانمند سازی نیاز دارند تا بطور موثر علائم و نشانه های بیماری خود را کنترل نمایند و همچنین با ایجاد تغییر در سبک زندگی، مانع بوجود آمدن عوارض ناشی از این بیماری شده و یا بروز آنرا به تاخیر اندازند (۷).

برخی مطالعات، خودکارآمدی را به عنوان یک عامل موثر در بهبود مراقبت از خود و تعدیل کننده خطر بیماری عروق کرونر مورد بررسی قرار داده اند (۸). در این ارتباط واتسن می نویسد: خودکارآمدی در تعدیل رفتارهای بهداشتی بیمار مبتلا به بیماریهای قلبی عروقی تاثیرگذار بوده و موجب کاهش بروز عوارض شدید بیماری عروق کرونر و بدنبال آن کاهش دفعات بستری و حتی به تعویق انداختن عمل جراحی پیوند عروق کرونر می گردد (۹). در این زمینه چان فراوانی بستری مجدد بیماری های ایسکمیک قلبی را ۵۳ درصد در سال ۱۹۹۳ و ۶۰ درصد در سال ۲۰۰۵ عنوان کرده است (۱۰). همچنین حیدری و همکاران میزان بستری مجدد بیماران ایسکمیک قلبی را در سال ۱۳۸۹، ۵۲ درصد موارد گزارش نمودند (۱۱). ارتقا سطح خودکارآمدی عمومی بیماران بدون شناسایی عواملی که منجر به ایجاد آن می گردند، ممکن نمی باشد. تعیین عوامل موثر بر خودکارآمدی عمومی می تواند به بیماران جهت مراقبت بهتر از خود و در نهایت پیشگیری از عوارض کمک نماید (۱۲).

یکی از متغیرهایی که بنظر می رسد بتواند بر

ارتقا مهارت های خودکارآمدی در بیماریهای مزمن تاثیر گذار باشد، درک از بیماری می باشد (۱۳ و ۱۴). بندورا در این زمینه می نویسد درک از بیماری یک چهار چوب مهم را جهت بررسی عقاید بیماران و نحوه تاثیر اجزای آن بر رفتارهای بهداشتی، فراهم می نماید (۱۵). با وجود آنکه مطالعات متعددی به بررسی تاثیر درک از بیماری بر ایجاد تغییرات در سبک زندگی بیماران قلبی پرداخته اند، اما تاثیر درک از بیماری به عنوان عاملی موثر بر درک فرد از مهارت ها و توانایی هایش در انجام موفقیت آمیز رفتارهای بهداشتی بعد از بروز رویداد قلبی مورد بررسی قرار نگرفته است (۱۶). واکر معتقد است که شناخت درک از بیماری ارزش پیش بینی کننده ای در ارتقا رفتارهای بهداشتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر دارد (۱۷).

با توجه به آنکه درک از بیماری در شرایط متفاوت فرهنگی و اجتماعی می تواند متفاوت باشد و تاکنون درک از بیماری بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر در ایران و تاثیر آن بر خودکارآمدی عمومی مورد بررسی قرار نگرفته است، از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین درک از بیماری و خودکارآمدی عمومی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه کننده به درمانگاه قلب مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت رشت در سال ۱۳۸۹ انجام شده است.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بود. محیط این پژوهش درمانگاه قلب مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت رشت و جامعه مورد پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب می باشد. برای انجام این مطالعه از پرسشنامه ای که در سه بخش مشخصه های فردی اجتماعی، درک از بیماری و خودکارآمدی عمومی تنظیم شده بود، استفاده گردید. سئوالات مربوط به درک از بیماری با استفاده از پرسشنامه درک از بیماری بررسی شد که در سال (۱۹۹۶) توسط وینمن و

همکاران تدوین گردیده و در مطالعات گوناگونی به کار گرفته شده است (۱۲ و ۱۳ و ۱۵ و ۱۸ و ۱۹). این پرسشنامه شامل ۲۵ سوال جهت سنجش درک از بیماری بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بود. جهت سنجش خودکارآمدی عمومی از پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شیررو ماژکس (۱۹۸۲) استفاده شد (۲۰) که این پرسشنامه نیز در مطالعات گوناگونی به کار گرفته شده است (۱۸ و ۲۱ و ۲۲) و شامل ۱۰ سوال جهت سنجش اعتقاد بیماران به توانائی های خود در پاسخ به وضعیتهای جدید یا مشکل بود. نمرات کسب شده از پاسخ به سوالات ابزار خودکارآمدی عمومی نیز بر مبنای مجموع نمرات، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تعیین اعتبار ابزار پس از ترجمه (در دو مرحله ترجمه و باز ترجمه)، از شیوه اعتبار یابی محتوا استفاده شد. جهت تعیین اعتماد علمی، شیوه تعیین سازگاری درونی با تعیین ضریب آلفای کرونباخ مورد استفاده قرار گرفت. این ضریب جهت بخش‌های درک از بیماری و خودکارآمدی عمومی به ترتیب ۷۷ درصد و ۸۸ درصد تعیین گردید.

بر اساس نتایج مطالعه آزمایشی، تعداد ۱۹۵ نمونه جهت این مطالعه تعیین گردید. پس از آن با استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس بیمارانی که دارای مشخصات ورود به این مطالعه بودند پس از تکمیل و امضای فرم رضایت آگاهانه وارد تحقیق شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. به منظور دسته بندی و خلاصه نمودن داده ها از آمار توصیفی، جهت بررسی ارتباط ومعنی داری عوامل فردی اجتماعی و درک از بیماری با خودکارآمدی عمومی از آمار استنباطی (آزمون کای دو) استفاده شد.

نتایج

نتایج به دست آمده نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش مرد (۵۳/۸٪)، متاهل (۸۷/۷٪) و در گروه سنی بین ۶۵-۴۶ (۶۵/۶٪) سال قرار داشتند. بیشترین واحدهای مورد پژوهش دارای سطح تحصیلات

زیر دیپلم (۳۷/۴٪) بودند. بیشترین درصد بیماران دارای تشخیص آنژین صدری (۶۸/۲٪) بوده و مدت ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب آنها بیشتر از ۶ ماه (۶۳/۶٪) بود. اکثریت واحدها (۶۳/۱٪) دارای خانواده ای با سابقه ابتلا به بیماری قلبی بودند. بیشترین درصد بیماران (۹۵/۴٪) علاوه بر ابتلا به بیماری قلبی، سابقه ابتلا به سایر بیماریهای مزمن را داشتند و ۵۱/۳ درصد آنها نیز دارای تعداد دفعات بستری بیش از یک بار بودند. بیشترین درصد بیماران خانه دار (۳۱/۳٪) بوده و با همسر و فرزندان خود زندگی می کردند (۶۶/۲٪) و ۷۹/۵ درصد آنان سابقه کسب آموزش در مورد نحوه مراقبت از خود داشتند. یافته های پژوهش بیانگر آن بود که اکثریت بیماران دارای علایم و نشانه های خفیف بیماری بوده (۸۴/۳۴٪) و از خودکارآمدی عمومی مطلوب (۷۴/۹٪) برخوردار بودند. بعلاوه نتایج تحقیق نشان داد که اکثریت بیماران (۷۳/۸٪) دارای درک از بیماری در سطح مطلوب بوده اند.

در بررسی ارتباط بین متغیرهای زمینه ای و مداخله گر با درک از بیماری انجام آزمون کای دو نشان داد که بین درک از بیماری با سن ($P < 0/013$)، سطح تحصیلات ($P < 0/000$)، وضعیت اشتغال ($P < 0/026$)، سابقه کسب آموزش در مورد مراقبت از خود ($P < 0/023$) ارتباط آماری معنی دار وجود دارد. بعلاوه نتایج یافته ها با آزمون کای دو نشان داد که خودکارآمدی عمومی به طور معنی داری با سن ($P < 0/001$)، جنس ($P < 0/005$)، وضعیت تأهل ($P < 0/01$)، سطح تحصیلات ($P < 0/001$)، تشخیص بیماری قلبی ($P < 0/005$)، شرایط زندگی با همسر و فرزندان ($P < 0/003$)، وضعیت اشتغال ($P < 0/001$) و سابقه کسب آموزش در مورد نحوه مراقبت از خود ($P < 0/004$) مرتبط بوده اند.

نتایج آزمون کای دو در تعیین وجود ارتباط بین درک از بیماری و خودکارآمدی عمومی گویای آن بود که ارتباط معنی داری بین دو متغیر ذکر شده وجود دارد ($P < 0/0001$) (جدول شماره ۱).

بحث و نتیجه گیری

یافته های این تحقیق موید آن است که در اکثر واحدهای مورد پژوهش درک از بیماری مطلوب (۰/۷۳/۸) است. در این رابطه نتایج تحقیق چرینگتون و همکاران که با عنوان تعیین درک از بیماری بعد از آنفارکتوس میوکارد و تاثیر بر بهبودی انجام گرفت، نشان داد که میانگین درک از بیماری بیماران مبتلا به آنفارکتوس میوکارد ۱۲۴/۰۸ می باشد. میانگین امتیازات ابزار درک از بیماری این تحقیق ۱۳۲ بوده است و امتیاز بالای میانگین نشان دهنده درک بالاتر از بیماری قلبی بوده است (۲۳). به نظر می رسد در این تحقیق علت درک مطلوب از بیماری با سابقه و تعداد دفعات بستری، زمینه خانوادگی بیماری قلبی و سابقه کسب آموزش در مورد مراقبت از خود اکثریت بیماران، ارتباط داشته باشد.

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش ارتباط معنی-داری بین درک از بیماری و سن واحدهای مورد پژوهش وجود دارد و درک از بیماری مطلوب در محدوده سنی ۶۵-۴۶ سال، نسبت به سایر گروه ها بالاتر می باشد. در این رابطه نتایج بررسی آلتو و همکاران طی تحقیقی که با هدف تعیین درک از بیماری و عوامل مرتبط با آن در بیماری عروق کرونر انجام گرفت، نشان داد که بین سن و درک از بیماری، ارتباط آماری معنی داری (P=۰/۰۰۰) وجود دارد و بیماران در محدوده سنی ۴۵-۶۵ سال دارای درک از بیماری بالاتری در مورد بیماری عروق کرونر هستند (۱۲). ممکن است بالا رفتن سن و افزایش تجارب فرد بتواند بر درک عمیق تر وی از وضعیت موجود موثر واقع شده باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که ارتباط معنی داری بین درک از بیماری و سطح تحصیلات وجود دارد و اکثریت واحدهایی که دارای درک از بیماری مطلوب بوده اند دارای سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر (۰/۶۲/۵) می باشند. در این رابطه نتایج تحقیق چرینگتون و همکارانش که با هدف تعیین سطح درک از بیماری در بیماران مبتلا به آنفارکتوس حاد میوکارد

انجام گرفته است، نیز نشان داد که سطح درک از بیماری بیماران فارغ التحصیل دبیرستان، به طور معنی داری (P=۰/۰۱) بالاتر می باشد (۲۳). بنظر می رسد که سطح تحصیلات بالاتر می تواند توانمندی فرد جهت دستیابی به آگاهیهای لازم در مورد ماهیت بیماری قلبی، علایم و نشانه ها و نحوه کنترل آن را افزایش دهد بنابراین ممکن است بیمارانی که دارای سطح تحصیلات بالاتری می باشند روند بیماری قلبی را بهتر درک نمایند.

همچنین نتایج بدست آمده بیانگر آن بود که درک از بیماری مطلوب بیماران بازنشسته (۰/۵۸/۰۷) بیشتر از سایر وضعیت های شغلی می باشد. پتری و همکاران نیز در تحقیق خود با هدف تعیین تاثیر مداخلات بیمارستانی بر درک از بیماری در بیماران مبتلا به آنفارکتوس میوکارد، گزارش نمودند که درک از بیماری در بیماران بازنشسته، به طور معنی داری (P=۰/۰۵) بالاتر از سایر گروه ها می باشد (۱۴). سن بازنشستگی مرحله عالی فکر و عمل است بنابراین انتظار می رود افراد بازنشسته که در رده سنی بالاتری قرار دارند به تحلیل بهتری از شرایط بیماری خود بپردازند و در نهایت درک مطلوبتری از بیماری خود داشته باشند.

همچنین نتایج نشان داد که میزان درک از بیماری در بیمارانی که سابقه کسب آموزش در مورد نحوه مراقبت از خود دارند (۰/۳۰/۳۲) بیشتر از بیمارانی می باشد که سابقه کسب آموزش در مورد نحوه مراقبت از خود ندارند. کوپر و همکاران نیز طی تحقیق خود دریافتند بیماران مبتلا به آنفارکتوس حاد میوکارد که در برنامه آموزشی طراحی شده توسط پرستاران توانبخشی بیمارستان آکلند جهت ارتقا درک از بیماری قلبی شرکت نموده اند، دارای سطح درک از بیماری بالاتری نسبت به زمان پذیرش خود در بیمارستان بودند (P=۰/۰۵) (۲۲). در پژوهش حاضر بنظر می رسد که طرح آموزشی و پیگیری روند برنامه مراقبتی بیماران توسط مراکز درمانی بر معنی داری

بین درک از بیماری و سابقه کسب آموزش در مورد نحوه مراقبت از خود تاثیر گذار بوده است.

همچنین یافته ها موید آن است که اکثریت بیماران مورد مطالعه از خود کارآمدی عمومی مطلوبی برخوردارند. در این رابطه تحقیق واکر که با هدف تعیین ارتباط بین درک از بیماری و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به آنژین صدری و آنفارکتوس میوکارد انجام شده است، نشان داد که خودکارآمدی عمومی اکثر بیماران تحت مطالعه وی نیز مطلوب بوده است (۱۲). با توجه به آن که عوامل متعددی ممکن است خودکارآمدی بیماران را تحت تاثیر قرار دهد، به نظر می رسد عواملی مانند سابقه دریافت آموزش در مورد چگونگی مراقبت از خود، که اکثریت واحدهای مورد پژوهش بر دریافت آن اذعان داشته اند، توانسته باشد موجب ارتقای خودکارآمدی این بیماران شده باشد. بعلاوه به نظر می رسد افزایش سطح آگاهی های عمومی، پیشرفت وسایل ارتباط جمعی و آموزش هایی که در مورد این گونه بیماری های مزمن در رسانه ها ارائه می گردد نیز توانسته باشد بر مطلوب شدن خودکارآمدی عمومی این بیماران تاثیر گذار باشد. به ویژه آن که حدود ۹۰ درصد بیماریانی که در این پژوهش میزان خودکارآمدی آنان تعیین گردید، باسواد بودند که خود می تواند موجب مطلوب شدن خودکارآمدی عمومی شده باشد. البته آزمون آماری انجام شده نیز ارتباط آماری معنی دار بین خودکارآمدی عمومی و سطح تحصیلات را مورد تائید قرار داده است. نتیجه تحقیق آلتو و همکاران و هم چنین سالیوان و همکاران نیز موید ارتباط معنی دار آماری بین خودکارآمدی عمومی و سطح تحصیلات است (۱۲ و ۲۴).

متغیر سن نیز می تواند به عنوان یک متغیر زمینه ای سطح خودکارآمدی را تحت تاثیر قرار دهد. در تحقیق حاضر بهترین سطح خودکارآمدی در بیماران با دامنه سنی ۶۵-۴۵ سال مشاهده گردید. نتیجه مطالعه کینگ و همکاران که به بررسی ارتباط عوامل فردی، اجتماعی و روانی با گرایش به انجام

توانبخشی قلبی پرداخته اند نیز نشان داد که بیماران زیر ۶۵ سال خودکارآمدی عمومی بالاتری نسبت به بیماران بالای ۶۵ سال دارند (۲۵). البته این در حالی است که نتیجه برخی از تحقیقات نیز مبین عدم ارتباط آماری بین خودکارآمدی عمومی و سن بوده است (۲۶).

به نظر می رسد علاوه بر سن متغیرهای زمینه ای دیگری مانند جنس نیز بتواند بر خودکارآمدی عمومی تاثیرگذار باشد چنانچه یافته های این تحقیق نیز بیانگر همین نکته می باشد. براساس این نتایج تعداد مردانی که دارای خودکارآمدی عمومی مطلوب بوده اند بیشتر از زنان بوده است، در مقابل نتایج پژوهش کینگ و همکاران و جانسون و همکاران، که با هدف توصیف رفتار خود مراقبتی و عوامل مرتبط با خودکارآمدی قلبی و توانایی خود مراقبتی بیماران به دنبال ترخیص پس از آنژیوپلاستی انجام گرفت، هیچ اختلاف آماری معنی داری بین جنس با خودکارآمدی عمومی در بیماران مبتلا به آنفارکتوس میوکارد و بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر نشان نداد (۲۵ و ۲۷). از نظر پژوهشگر برخی ویژگیهای روانی اجتماعی مردان از جمله کنترل بهتر استرس و تطبیق عاطفی بعد از بروز رویداد قلبی (۲۸)، علت برخورداری آنها از خودکارآمدی عمومی مطلوبتر نسبت به زنان، در این تحقیق می باشد.

بعلاوه نتایج بیانگر آن بود که اکثریت بیماران دارای خودکارآمدی عمومی مطلوب، دارای درک از بیماری مطلوب نیز بودند (۹۴/۴۵٪). نتایج مطالعه واکر نیز ارتباط آماری معنی داری بین درک از بیماری و خودکارآمدی عمومی نشان داد. وی معتقد است که درک بیمار از وضعیت بیماری، بر سطح عمومی اطمینان و توانایی وی برای سازگاری با تغییرات سبک زندگی تاثیر دارد (۱۳). به اعتقاد شاو نیز تعیین درک از بیماری بیماران در شروع برنامه توانبخشی به علت تاثیر بر توانایی فرد برای تطابق با وضعیتهای جدید و

ارتقا درک از بیماران بویژه بیمارانی که برای نخستین بار بستری می شوند اهتمام ورزید. طراحی برنامه های آموزشی توسط مدیران آموزشی و مدرسان پرستاری جهت ایجاد درک عمیق تر می تواند موثر واقع گردد.

تشکر و قدردانی

شایسته است از حمایت مالی حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و نیز تمام افرادی که ما را در انجام این طرح پژوهش یاری نمودند، سپاسگزاری و تشکر ویژه نمائیم.

تسریع در روند بهبودی، حائز اهمیت است (۲۹). به نظر می رسد درک اولیه بیماران به دنبال تشخیص قلبی ممکن است باعث شود که بیماران بیشتر از وضعیت قلبی خود مطلع شوند و در نتیجه شاید با درک عمیق تر، خودکارآمدی عمومی خود را برای سازگاری با وضعیت قلبی و برقراری رفتارهای بهداشتی در طولانی مدت تقویت نمایند. با توجه به یافته های پژوهش بنظر می رسد بتوان با طراحی برنامه های آموزش بالینی در جهت

جدول شماره ۱: توزیع خودکارآمدی عمومی واحدهای مورد پژوهش بر حسب درک از بیماری

نتیجه و نوع آزمون	جمع	خودکارآمدی عمومی		خودکارآمدی عمومی درک از بیماری
		نامطلوب	مطلوب	
$X^2=1/121$ $P<0/0001$	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	نا مطلوب
	۵۱(۱۰۰)	۴۱(۸۰/۳)	۱۰(۱۹/۶)	مطلوب
	۱۴۴(۱۰۰)	۸(۵/۵)	۱۳۶(۹۴/۴)	

References:

- Ahmadi F, Ghofrani pour F, Abedi H, Arefi H, Faghihzadeh S. Effect of following care consultation on readmission and chest pain in coronary artery disease patients. Journal of Medical Science University of Ghazvin. 1384.35.pp:99-103. [text in persian]
- Azadi F, Mohammadi E. Effect of collaborative care modele on quality of llife of coronary artery disease patients. Iranian Nursing research. 2007.1(2).pp:23-29. [text in persian]
- Zakeri mogadam M, Aliasghar pour M. Critical care nursing in ICU, CCU, and Dialyze wards, Tehran: Andishe rafi: 2003. [text in persian]
- Masoomi M, Saidi MR, Piri F, Abdoli G. Epidemiology of coronary artery disease in Kermanshah. Journal of Medical Science University of Kermanshah. 2005.8(2). pp:37-46. [text in persian]
- Azizi F, Hatami H, Jangorbani M. Epidemiology and controlling of common disease in Iran. 3rd ed, Tehran: Eshtiaq com: 2005. [text in persian]
- Andreoli TE, Carpenter CJ, Griggs RC, Benjamin I. Cecil Internal medicine: Heart diseases. Translated by: Arjmand M, Ghorbani M, Khodae M. Tehran: Arjmand publish Co. 2008.
- Sol BG, Graaf Y, Bijl J, Goessens N, Visseren FL. Self-efficacy in Patient with clinical manifestations of vascular disease. Pateint Education and Counseling. 2006.61.pp: 443-448.
- Barnason S, Zimmerman L, Schemaderer M, Reilly S. Impact of a home communication intervention for coronary artery by pass graft patients with ischemic heart failure on self-efficacy, coronary disease risk factor modification and functioning. Jurnal of heart and lung. 2003. 32 (3).pp:147-158.
- Watson HE, Holloway A. Role of self-efficacy and behaviour change. Journal of Nursing Practice. 2002.8. pp:106-115.
- Chan W, Wright C, Tobias M, Jackson R. Direction's admissions and incidence can be in opposite hospitalizations in New Zealand: trend for explaining trends in coronary heart disease. Heart. 2008.94(12). pp:1589-1593.
- Heydari A, Ziaee ES, Ebrahimzadeh S. The frequency of rehospitalization and its contributing factors in patient with cardiovascular diseases hospitalized in selected hospitals in mashhad in 2010. Ofogh -Danesh. 2011. 17(2).pp:65-71. [text in persian]
- Aalto AM, Heijmans M, Weinman J, Aro AR. Illness perceptions in coronary heart disease Sociodemographic, illness-related and psychosocial correlates. Journal of Psychosomatic Research. 2005.58 (5).pp: 393-402.
- Law-walkre MO. Relationship between illness representation and self- efficacy. Journal of advanced Nursing. 2004.48(3).pp:216-225.
- Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D, John W. Changing Illness Perceptions After Myocardial Infarction: An Early Intervention Randomized Controlled Trial. Journal of Psychosomatic Medicine. 2002.64.pp:580-586 .
- Bandura A. Self-Efficacy-The Exercise of Control. San Francisco :W.H. Freeman Co. 1997.
- Cherrington C, Moser D, Lennie T, Kennedy C. Illness Representation After Acute Myocardial Infarction: Impact On in-Hospital Recovery. AJCC. 2004. 13(2).pp:136-145.
- Law-walker MO. The importance of illness belief and self-efficacy in patient with coronary heart disease. Journal of advanced Nursing. 2007.60(2).pp:187-198.

18. Law-walker MO. Predicting Self-efficacy using illness perception component. *British Journal of health psychology*. 2006. 11. pp: 643-661.
19. Broadbent E, Ellisb CJ, Thomasa J, Gamblec G, Petrieca KJ. Can an illness perception intervention reduce illness anxiety in spouses of myocardial infarction patients? A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research* 2009. 67. pp: 11-15.
20. Sherer M, Maddux JE. The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*. 1982. 51. pp: 663-671.
21. Michie S, O'connor D, Bath J, Giles M, Earll L. Cardiac rehabilitation: The psychological changes that predict health outcome and healthy behavior. *Journal of Psychology, Health & Medicine*, February. 2005. 10(1). pp: 88 - 95.
22. Cooper A, Lio G, Weinman J, Jackson G. Why patient do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. *Journal of Heart*. 1999. 82. pp: 234-236.
23. Cherrington C, Moser DK, Lennie TA, Kennedy CW. Illness Representation After Acute Myocardial Infarction: Impact On In-Hospital Recove. *Journal of the American Association of Critical-Care Nurses*. 2004. 13. pp: 136-145.
24. Sullivan MD, Lacroix AZ, Russo J, Katon WJ. Self-efficacy and Self-reported Functional Status in Coronary Heart Disease: A Six-Month Prospective study. *Psychosomatic Medicin*. 1998. 60. pp: 473-478.
25. King KM, Humen D P, Smith HL, Phan CL, Teo KK. Psychological components of cardiac recovery and rehabilitation attendance. *Journal of Heart*. 2001. 85. pp: 290-294.
26. Carlson J, Norman GJ, Feltz DL, Barry A, Johnson JA, Locke SK. Self-efficacy, Psychosocial Factors and Exercise Behavior in Traditional Versus Modified Cardiac Rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 2001. 21. pp: 363-373.
27. Johnson JL, Lauck S, Ratner PA. Self-care behaviour and factors associated with patient outcomes following same-day discharge percutaneous coronary intervention. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2009. 8. pp: 190-199.
28. Smeltzer S, Bare B. *Brunner and Sudarth's Textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins. 2008.
29. Shaw C. A Framework for the study of coping, illness behaviour and outcomes. *Journal of Advanced Nursing*. 1999. 29(5). pp: 1246-1255.

Relationship between perception of illness and general self-efficacy in coronary artery disease patients

By: Hoseinzadeh T¹, Paryad A², Asiri Sh³, Kazemnezhad Leili E⁴

Abstract

Introduction: Coronary artery disease is one of the most prevalent cardiovascular diseases. Promotion of general self-efficacy after a cardiovascular event is the outcome that plays a pivotal role in increasing rehabilitation skills to modify healthy behaviors. Having desirable illness perception may have promoted this capability.

Objective: This study aims to determine the relationship between perception of illness and general self-efficacy in coronary artery disease patients.

Methods: In a cross-sectional study, 195 patients with coronary artery disease, chosen by simple sampling method, were asked to complete questionnaires of perception of illness and general self efficacy. Chi-square test was used to assess the relationship between dependent and independent variables and associated factors in coronary artery disease patients' general self-efficacy.

Results: Findings of this study revealed that 74.9% of samples had desirable general self-efficacy. In most cases (73.8%) the level of perception of illness was satisfactory. Survey of variables indicated a significant relationship between perception of illness and age, level of education, occupation status, and previous training regarding self-care. General self-efficacy was significantly related to age, gender, marital status, education level, diagnosis of cardiac disease, living conditions, occupation status, previous training regarding self-care ($p < 0.05$). In addition chi-square test indicated that there was a significant correlation between perception of illness and general self-efficacy in coronary artery disease patients.

Conclusion: Designing clinical educational programs and nursing interventions is effective in improving illness perception and also promotion of patients' general self-efficacy for better self-care.

Keywords: Self-efficacy / perception/Coronary Artery Disease

1- Nursing Education (Medical-surgical), Instructor of Guilan University of Medical Sciences

2- Nursing education (Medical-surgical), Social Determinants of Health Research Center, Faculty member of Guilan University of Medical Sciences

3- Nursing education (community health), Faculty member of Guilan University of Medical Sciences

4- Bio-statistics, Assistant professor, Social Determinants of Health Research Center, Faculty member of Guilan University of Medical Sciences

مشخصات کودکان ۶-۱ سال دچار سوختگی در استان گیلان

پژوهشگران: حمیده حکیمی^۱، سیده زهرا شفیعی پور*^۲، اعظم اکبری^۳، دکتر احسان کاظم نژاد لیلی^۴

(۱) آموزش پرستاری (کودکان)

(۲) آموزش پرستاری (کودکان)، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۳) آموزش پرستاری (داخلی-جراحی)، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۴) آمار حیاتی، عضو مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۷/۱۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۱/۷

چکیده

مقدمه: سوختگی یکی از مهمترین حوادث و رایج ترین صدماتی است که سلامت کودکان را تهدید می کند، و سومین علت مرگ و میر در این گروه سنی می باشد.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین مشخصات کودکان ۶-۱ سال دچار سوختگی استان گیلان انجام شده است.

روش کار: این مطالعه بصورت یک طرح توصیفی مقطعی، بر روی ۱۷۵ کودک ۶-۱ سال پذیرش شده در بیمارستان سوانح سوختگی ولایت شهر رشت انجام شد. نمونه ها از طریق نمونه گیری تدریجی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای دو قسمتی شامل: مشخصات فردی و اطلاعات پزشکی بود که بصورت مصاحبه با والدین تکمیل شد.

نتایج: یافته های پژوهش نشانگر آن است که اکثریت واحدهای مورد پژوهش، پسر (۵۲٪) با میانگین سنی $30/6 \pm 2/18$ ماه بود. (۷۹/۴٪) از این کودکان دچار سوختگی با مایعات داغ و ۳۲ درصد دچار سوختگی در اندام تحتانی شده بودند. (۷۸/۹٪) از نمونه ها خود درمانی در منزل داشتند. بیشترین موارد سوختگی در روزهای غیر تعطیل (۶۰/۶٪) و بین ساعات ۸-۵ عصر (۲۶/۹٪) رخ داده بود.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش به ما کمک می کند تا با شناسایی کودکان در معرض خطر و آموزش روشهای پیشگیری از سوختگی بسیاری از حوادث سوختگی را کاهش دهیم.

کلید واژه ها: سوختگی / کودک / عوامل خطر

مقدمه

طبق آخرین گزارش سازمان بهداشت جهانی و یونیسف (۲۰۰۹)، سوختگی ناشی از آتش عامل مرگ حدود ۹۶۰۰۰ کودک در سال می باشد و نرخ مرگ و میر ناشی از سوختگی در کشورهای با درآمد کم و متوسط ۱۱ برابر کشورهای با درآمد بالا می باشد (۱۱). در ایران نیز شیوع صدمات ناشی از سوختگی ۶/۴۸ درصد از کل حوادث است که یکی از مهمترین علت های مرگ و میر می باشد (۱۲، ۱۳).

سوختگی های شدید کودکان، علاوه بر آسیب جسمی و ایجاد دردهای طولانی، هزینه های پزشکی زیادی را به خانواده و سیستم بهداشتی و درمانی تحمیل می کند، بطوریکه هر ساله ۳/۵ میلیارد دلار صرف درمان آنها می شود (۱۴، ۱۵).

صدمات سوختگی در مقایسه با دیگر صدمات جسمی کودکان، به مراقبت های ویژه، بستری طولانی

آسیب های سوختگی یکی از علت های مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می باشند که خسارات مالی و جانی قابل توجهی به بیماران و خانواده های آنها در جوامع مختلف وارد می کنند (۳، ۲، ۱). یکی از شایع ترین حوادث دوران کودکی سوختگی می باشد (۴).

کودکان کمتر از ۵ سال به دلیل حس کنجکاوی نامحدود ذاتی برای کنکاش در محیط، تحرک زیاد و عدم تجربه در درک خطر، مستعدترین گروه برای آسیب های حرارتی هستند (۵، ۶، ۷، ۸). مطالعات زیادی نیز نشان دادند که سوختگی مهمترین علت صدمات در کودکان کم سن، مخصوصاً بین ۱ تا ۶ سال می باشند (۱۰، ۹). که از این میان پسران بیشتر از دختران دچار سوختگی شده اند، اگر چه در برخی از پژوهش ها سوختگی در دختران شایع تر گزارش شده است (۹).

مدت و درمانهای متنوع نیاز دارند(۵)، همچنین عوارض ناشی از سوختگی سبب از بین رفتن عملکرد و بد شکلی عضو سوخته و مشکلات روانی در کودکان می‌گردد و زندگی آینده آنان را مشکل‌تر می‌نماید(۱۶). بطوریکه تعدادی از مطالعات نشان داده اند که اسکار سوختگی موجب کاهش اعتماد به نفس و اختلال در برقراری ارتباط اجتماعی با گروه همسالان در کودکان می‌شود(۱۷) و این مسئله یکی از مهمترین دلایل غیبت از مدرسه محسوب می‌شود(۱۸). که می‌تواند آینده تحصیلی و رشد اجتماعی آنها را تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به این مسئله و نیز قابل پیشگیری بودن اغلب موارد سوختگی توسط آموزش عمومی افراد بزرگسال و حتی کودکان از طریق برنامه‌های ویژه در رسانه‌ها و مدارس، اقدام و برنامه‌ریزی در این مورد ضروری به نظر می‌رسد و برای برنامه‌ریزی با هدف پیشگیری از سوختگیها اطلاعات آماری دقیقی در مورد سوختگی کودکان مورد نیاز می‌باشد. بر این اساس بر آن شدیم تا مطالعه‌ای با هدف تعیین مشخصات کودکان ۶-۱ سال دچار سوختگی استان گیلان انجام دهیم.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی می‌باشد. حجم نمونه مورد نیاز ۱۷۵ نفر محاسبه گردید.

جمعیت مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری تدریجی انتخاب شدند. کودکانی که خارج از منزل دچار سوختگی شدند وارد مطالعه نشدند. این پژوهش بر روی ۱۷۵ کودک ۶-۱ سال، که از اول مرداد تا پایان دی ماه به بیمارستان سوانح سوختگی رشت مراجعه کرده بودند انجام شد. جمعیت مورد مطالعه به شیوه نمونه‌گیری تدریجی انتخاب شدند. معیار خروج از مطالعه سوختگی کودک در خارج از منزل بود.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش: مشخصات فردی شامل، سن، جنس، رتبه تولد، سابقه بیماری قبلی، سابقه سوختگی، دریافت کمک اولیه قبل از پذیرش، فصل و ساعتی که حادثه

رخ داده است، بروز حادثه در روز تعطیل، مکانی از منزل که کودک بیشتر وقت خود را در آنجا سپری می‌کند، و اطلاعات پزشکی شامل، ناحیه سوختگی، درجه‌ی سوختگی، درصد سوختگی، عامل ایجاد سوختگی و پیامد سوختگی بود. این پرسشنامه با مطالعه کتابخانه‌ای و بررسی سایر مطالعات طراحی گردید. جهت تعیین اعتبار ابزار، پرسشنامه در اختیار ۱۵ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت قرار گرفت.

پژوهشگر پس از دریافت معرفی نامه از معاونت پژوهشی و ارائه‌ی آن به مقامات مسئول بیمارستان به جمع‌آوری اطلاعات پرداخت. به این ترتیب که پژوهشگر هر روز از ساعت ۸ صبح الی ۱۲ ظهر به بیمارستان مراجعه نموده و کلیه‌ی کودکان ۶-۱ سال بستری در بخش و کودکان مراجعه کننده به درمانگاه، جهت تعویض پانسمان، را مورد بررسی قرار می‌داد. جهت تکمیل فرم اطلاعات، پس از کسب اجازه از والدین کودکان پرسشنامه برایشان قرائت و طبق نظر آنها گزینه‌ها علامت‌گذاری می‌شدند. همچنین برای تکمیل اطلاعات پزشکی مورد نیاز از پرونده بیماران استفاده گردید.

اطلاعات توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در آنالیز داده‌ها از شاخص‌های میانه و میانگین و کای‌دو استفاده شد و فراوانی داده‌ها محاسبه گردید.

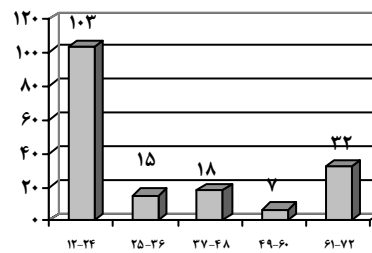
نتایج

یافته‌ها نشان داد که میانگین سن کودکان $30/63 \pm 2/18$ ماه بود. مطابق نمودار شماره (۱) بیشتر کودکان (۱۰۳ نفر) در گروه سنی ۲۴-۱۲ ماه قرار داشتند. ۵۲ درصد مراجعه کنندگان پسر و ۴۸ درصد دختر بودند. از ۱۷۵ کودک مورد مطالعه، ۱۱۰ مورد بصورت بستری (۶۲/۹٪) و ۶۵ مورد به صورت سرپایی (۳۷/۱٪) درمان شدند.

بحث و نتیجه گیری

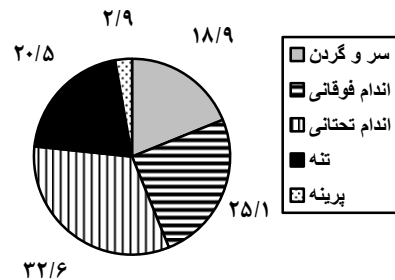
این مطالعه نشان داد که بیشتر کودکان به صورت بستری در بیمارستان تحت درمان قرار گرفته اند و درصد بروز سوختگی در پسرها بیشتر از دخترها است تحقیقات ناترر و همکاران و ساکالیوگلو و همکاران نشان داد که سوختگی در پسرها (۷۸٪) بیشتر از دخترها است (۱۸،۱۹). نتایج تحقیقات اسوکیو و همکاران در کالابار نیجریه حاکی از آن بود که سوختگی در جنس مذکر و مؤنث بطور یکسان رخ داده است (۲۰). در مقابل، مطالعه‌ی عرشی و همکاران در شهر اردبیل نشان داد که سوختگی در دختران زیر ۷ سال (۵۹/۴٪) بیشتر از پسران (۴۰/۶٪) رخ داده است (۲۱). همچنین تحقیقات هادیان جزی که بر روی کودکان زیر ۱۵ سال در بیمارستان شهید مطهری تهران انجام شد نشان داد که بین جنس و سوختگی ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد (۲۲). وقوع بیشتر سوختگی در کودکان پسر را می‌توان به ماهیت استقبال آنها از خطر منسوب نمود. در این مطالعه بیشترین مراجعه مربوط به کودکان شیرخوار ۱۲-۲۴ ماه بود. در همین راستا مشرکی و همکاران در بنگلادش دریافتند که ۵۷ درصد کودکان سوخته در سنین ۴-۱ سال قرار داشتند (۱۵). نتایج تحقیق پولوس و همکاران نیز نشان داد که ۶۸/۳ درصد از کودکان سوخته سن زیر ۴ سال داشتند (۱۴). وازیاک و همکاران در استرالیا و همچنین فرانس و همکاران در هلند نیز به نتایج مشابه دست یافتند (۲۳، ۲۴). با توجه به اینکه کودکان سنین ۲۴-۱۲ ماه شروع به ایستادن و راه رفتن می‌کنند (۶) و در زمان حرکت نمی‌توانند تعادل خود را به خوبی حفظ کنند همچنین بدلیل کنجکاوای زیاد برای کشف چگونگی هر شیئی، خود را در معرض خطر قرار می‌دهند و دچار حوادثی از جمله سوختگی می‌شوند.

در این تحقیق وقوع سوختگی به دلیل مایعات داغ و در اندام تحتانی شایعتر گزارش شد. این در حالی است که تحقیق چن و همکاران نشان داد که وقوع



نمودار شماره ۱: توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن

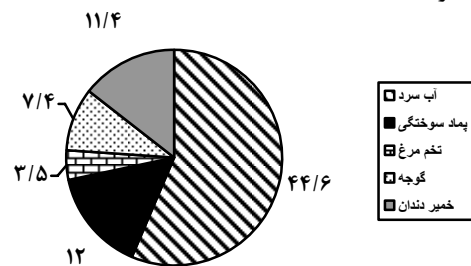
۷۹/۴ درصد از نمونه‌ها با مایعات داغ، ۹/۷ درصد، اشیاء داغ، ۸/۶ درصد با آتش، ۰/۶ درصد، وسایل الکتریکی و ۱/۷ درصد با مواد شیمیایی دچار سوختگی شده بودند. نمودار شماره (۲) نشان می‌دهد که شایعترین ناحیه سوختگی در اندام تحتانی (۳۲/۶٪) بوده است.



نمودار شماره ۲: توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب ناحیه سوختگی

اکثریت نمونه‌ها دچار سوختگی درجه دو (۶۹/۷٪) و خفیف (کمتر از ۱۰٪) (۶۴/۶٪) شده بودند. ۸/۶ درصد از کودکان سابقه سوختگی قبلی داشتند. ۱۳۸ نمونه‌ی مورد پژوهش (۷۸/۹٪) خود درمانی در منزل داشتند که آب سرد (۴۴/۶٪) شایعترین ماده مورد استفاده بود (نمودار شماره ۳).

بیشترین موارد سوختگی در روزهای غیر تعطیل (۶۰/۶٪) و بین ساعات ۵ عصر تا ۸ شب رخ داده بودند.



نمودار شماره ۳: توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب خود درمانی در منزل

سوختگی در اندام فوقانی شایعتر است (۲۵). نتایج حاصل از پژوهش نگویان و همکاران در انگلیس نیز نشان داد که سوختگی در اندامهای فوقانی شایعتر بوده است (۲۶). اما در نتایج پژوهش زین و همکاران در چین شایعترین ناحیه سوختگی قسمت فوقانی قفسه سینه گزارش شد (۴). نتایج تحقیق ترابیان و همکاران در شهر همدان و سلکو و همکاران نشان داد که ۷۱/۷ درصد از موارد سوختگی به علت مایعات داغ بوده است (۱۷، ۲۷). بطور کلی تقریباً در اغلب مطالعات، علت عمده سوختگی‌ها را مایعات داغ تشکیل می‌دهند. به نظر می‌رسد قرار دادن سفره غذا و سینی چای بر روی زمین که ریشه در فرهنگ مردم ایران دارد می‌تواند عاملی باشد که سبب برخورد کودک با آن در زمان راه رفتن و دویدن شده و موجب سوختگی در اندام تحتانی گردد، در حالیکه در کشورهای دیگر که استفاده از میز و صندلی در منزل رایج‌تر می‌باشد، کودک با کشیدن رو میزی، دچار سوختگی در اندام فوقانی شده است، همچنین دسترسی کودک به ظروف حاوی مایعات داغ مانند قوری، سماور، کتری و قابلمه در منزل بیشتر است به همین علت سوختگی با مایعات داغ شایعتر می‌باشد.

نتایج این مطالعه بیانگر آن بود که اکثر کودکان، سوختگی درجه دو و خفیف داشتند. در مطالعه پتريدو و همکاران اکثر کودکان سوختگی درجه دو (۶۱/۵٪) داشتند (۲۸). چن و همکاران در تحقیق خود حداقل درصد سوختگی در کودکان را ۲ درصد و حداکثر آن را ۷۰ درصد، با میانگین و انحراف معیار $13/04 \pm 18/35$ ، گزارش کردند (۲۵). از آنجایی که مایعات داغ اغلب سبب بروز سوختگی خفیف می‌شوند در نتیجه اکثر کودکان این تحقیق سوختگی خفیف داشتند.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که در اکثریت کودکان، خود درمانی با آب سرد در منزل انجام شده بود. در این رابطه اسوکیو و همکاران دریافتند که ۱۸ درصد از بیماران قبل از پذیرش در

بیمارستان با آب سرد خود درمانی نموده اند (۲۰). نتایج پژوهش کاراوز در ترکیه نیز نشان داد که ۳۹/۶ درصد از واحدهای مورد پژوهش خود درمانی با آب سرد داشتند (۲۹). در مطالعه هانسن و مچام در آفریقا استعمال تخم مرغ بر روی زخم سوختگی را در کودکان ۱۳ ماهه به میزان بیشتری گزارش کردند (۳۰). به نظر می‌رسد آب سرد اولین و آسانترین ماده‌ای است که در زمان حادثه در دسترس است و بدیهی است که استفاده از آب سرد رایج‌تر باشد.

مطالعه حاضر نشان داد که وقوع سوختگی در روزهای غیر تعطیل هفته و بین ساعات ۱۷ تا ۲۰ بیشتر بوده است. یافته‌های القطن و الزهرانی در عربستان سعودی نشان داد که وقوع سوختگی در کودکان در روزهای تعطیل بیشتر بوده است (۳۱). همچنین نتایج دلگادو در پرو نشان داد، اوج شیوع سوختگی در زمان تعطیلات مدارس ($P < 0/05$) بوده است (۳۲). در حالی که گلدمن و دانیل در اسرائیل دریافتند که وقوع سوختگی در روز تعطیل هفته (شنبه) کمتر بوده است (۳۳). در رابطه با ساعت وقوع حادثه، چن و همکاران بیشترین موارد سوختگی را بین ساعات ۸-۴ عصر گزارش نمودند (۲۵). نتایج تحقیق اسوکیو و همکاران نیز نشان داد که وقوع سوختگی بین ساعات ۶ و ۸ صبح و ۶ و ۸ شب بیشتر بود (۲۰). این نتیجه می‌تواند ناشی از آن باشد که در روزهای غیر تعطیل معمولاً مادران تنها در منزل هستند و در زمان اشتغال به امور خانه‌داری از کودک غافل شده و احتمال بروز سوختگی در این ایام افزایش می‌یابد. در ارتباط با ساعت حادثه، به عقیده پژوهشگر ساعت ۵ تا ۸ شب زمانی است که مادر مشغول آماده کردن شام می‌باشد در نتیجه کمترین توجه را به کودک دارد. بطور خلاصه می‌توان گفت کودکان پسر با سن پایین، بیشتر در معرض خطر سوختگی می‌باشند همچنین بیشترین موارد سوختگی به دلیل غفلت والدین رخ داده است. بنابراین به نظر می‌رسد تدوین برنامه‌های آموزشی در سطح جامعه جهت پیشگیری از وقوع سوختگی

خطر آوردن برخی جزئیات وقوع حادثه مشکل می‌باشد، این امر می‌تواند نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد و از کنترل پژوهشگر خارج می‌باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری صمیمانه‌ی کلیه همکاران محترم پرستاری و ریاست بیمارستان و مدیریت خدمات پرستاری بیمارستان سوانح سوختگی ولایت شهر رشت کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

ضروری باشد. در صورت اجرای برنامه‌های پیشگیرانه می‌توان شیوع سوختگی در کودکان را کاهش داد.

همچنین با توجه به اینکه اکثریت واحدهای مورد پژوهش خوددرمانی در منزل داشتند پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای در مورد آگاهی والدین از انجام اولین اقدامات در برخورد با زخم سوختگی و تأثیر خوددرمانی در بروز عوارض سوختگی انجام شود. از محدودیت‌های این پژوهش یادآوری برخی جزئیات حادثه توسط والدین می‌باشد. از آنجایی که به

References:

- Hosseini RS, Askarian M, Assadian O. Epidemiology of hospitalized female burns patients in a burn center in shiraz. Eastern Mediterranean Health journal. 2007.13(1).pp:113-118.
- Atiyeh B, Costagliola M, Hayek Sh. Burn prevention mechanisms and outcomes: Pitfalls, failures and successes. Burns. 2009.35.pp:181-193.
- Wasiak J, Spinks A, Ashby K, Clapperton A, Cleland H, Gabbe B. The epidemiology of burn injuries in an Australian setting, 2000–2006. Burns. 2009.35.pp:1124-1132.
- Xin W, Yin Z, Qin Z, Jian L. Tanuseputro P, Gomez M, et al., Characteristics of 1494 pediatric burn patient in shanghai. Burns. 2006.32.pp: 613-618.
- World Health Organization. Children and burns. 2009. Available from: URL http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/en/
- Arezooanians S. Growing and developing. Tehran: Noor-e-Danesh publications; 2003. [text in persian]
- Setoudenejad A, Janghorbani M, Delshad M. Burning epidemiology in Kerman: 1000 participants. Kerman Medical Journal. 1994.2(3).pp:128-134. [text in persian]
- Helmsersht P, Delpishe A. Maternal and children nursing and health. Tehran: chehr publications; 1999. [text in persian]
- Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Fazlur Rahman AKM, et al. World Report on Child Injury Prevention. Geneva: WHO; 2008.
- Forjuoh S, Guyer B, Smith GS. Childhood burns in Ghana: epidemiological characteristics and home-based treatment. Burns, 1995, 21.pp: 24–8.
- Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J. World report on child injury prevention addresses burn prevention. Burns, 2009.
- Panjeshahin MR, RastegarLari A, Talei AR, Shamsnia J, Alaghebandan R. Epidemiology and mortality of burns in the South West of Iran. Burns. 2001.27.pp:219–226.
- Lankarani B. Burning is the 6th cause of death in Iran / 50% of burnt incidents is related to infant. Available from: URL: Mehrnews.com-Iran,word,political,sport,economic_news_and_head_line. [text in persian]
- Poulos RG, Hayen A, Chong SS, Finch CF. Geographic mapping as a tool for identifying communities at high risk of fire and burn injuries in children. Burns. 2009.35.pp: 417-424.
- Mashreky S, Rahman A, Khanc T, Svanström L, Rahman F. Determinants of childhood burns in rural Bangladesh: A nested case-control study. Health Policy. 2010.96(3).pp:226-30.
- Joseph KA, Adams CD, Goldfarb IW, Slater H. Parental correlates of unintentional burn injuries in infancy and early childhood. Burns. 2002.28.pp:455-463.
- Torabian S, Sadegh Saba M. Epidemiology of pediatric burn injuries in Hamadan, Iran. Burns. 2009.35.pp: 1147-1151.
- Natterer J, Roessingh AD, Reinberg O, Hohlfield J. Targeting burn prevention in the paediatric population: a prospective study of children's burns in the Lausanne area. Swiss mede wkly. 2009. 139(37-38).pp: 535-539.
- Sakallioğ AE, Basaran O, Tarim A, Turk E, Kut A, Haberal A. Burns in Turkish children and adolescents: Nine years of experience. Burns. 2007. 33.pp: 46-51.
- Asuquo M, Ekpo R, Ngim O. A prospective study of burns trauma in children in the university of Calabar teaching hospital, Calabar, south-south Nigeria. Burns. 2009. 35.pp:433-436.
- Arshi S, Sadeghi-Bazargani H, Mohammadi R, Ekman R, Hudson D, Djafarzadeh H, et al. Prevention oriented epidemiologic study of accidental burns in rural areas of Ardabil, Iran. Burns. 2006.32.pp: 366-371.
- HadianJazi M, Sajedi F, Saneyee Y. Frequency of burning events by electrical chemical and heat elements in infants and youngstres, ShahidMotahari hospital, 1388. Iran Medical Journal. 2003.43.pp: 863-866. [text in persian]
- Wasiak J, Spinks A, Ashby K, Clapperton A, Cleland H, Gabbe B. The epidemiology of burn injuries in an Australian setting, 2000–2006. Burns. 2009.35.pp:1124-1132.
- Frans FA, Keli SO, Maduro AE. The epidemiology of burns in a medical center in the Caribbean. Burns. 2008.34.pp: 1142-1148.
- Chen XL, Guo F, Liang X, Wang F, Wang YJ, Sun YX. Burns caused by alcohol-based fires in the household coal stove in Anhui Province, China. 2010.36(6).pp:861-70.
- Nguyen DQ, Tobin S, Dickson WA, Potokar TS. Infants under 1 year of age have a significant risk of burn injury. Burns. 2008. 34.pp: 863-867.
- Celko AM, Grivna M, Danova J, Barss P. Severe childhood burns in the Czech Republic: risk factors

-
- and prevention. Bull world health organ. 2009.87.pp: 374-381.
- 28.Petridou E, Trichopoulos D, Mera E, Papadatos Y, Papazogou K, Marantos A, et al. Risk factors for childhood burn injuries: a case-control study from Greece. Burns. 1998.24(2).pp: 123-128.
- 29.Karaoz B. First-aid home treatment of burns among children and some implications at Mils, Turkey. Journal of emergency nursing, 2010. 36 (2).pp: 111-114.
- 30.Hansen S, Mecham N. Pediatric anaphylaxis: allergic reaction to egg applied to burns. J emergnurs, 2006. 32.pp: 274-276.
- 31.Al-Qattan MM, Al-Zahrani K. A review of burns related to traditions, social habits, religious activities, festivals and traditional medical practices. Burns. 2009. 35.pp: 476-481.
- 32.Delgado J, Caradich ME, Gilman RH, Lavarello R, Dahodwala N, Bazan A, et al. Risk factors for burns in children: crowding, poverty, and poor maternal education. Injury Prevention. 2002. 8.pp: 38-41.
- 33.Goldman Sh, Aharonson-Daniel L, Peleg K. Childhood burns in Israel : A 7- year epidemiological review burns. Burns. 2006.32.pp: 467-472.

Characteristics of burn children in Guilan Province

By: Hakimi H¹, Shafipoor Z², Akbari A³, Kazemnezhad Leili E⁴

Abstract

Introduction: Burn is one of the most important incidents that threaten children's health and it is the most common and the third reason of mortalities in children as well.

Objective: The purpose of this study was to determine the characteristics of burn children in Guilan province.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 175 one to six year old children who were admitted to Velayat Burn Center. Sampling method was sequential. The instrument was categorized into two sections including: a) participants' demographic information and b) clinical information which were collected by interview,

Results: The research findings revealed that the majority of participants were boys (52%) and the mean of their age was calculated as 30.6 ± 2.18 month. 79.4 % of burns happened by hot liquid, and 32.6% of them had burned lower limbs. 78.9% had first aid at home. Most of burns happened on workdays (60.6%) at 5_8 in the evening (26.9%).

Conclusions: In brief, the result of this research can be used in children burn prevention programs in Guilan. Due to the fact that majority of participants received first aid at homes, a training course about the effects of first aid and different kinds of it seems to be useful.

Keywords: Burns/ Children/ Risk Factors

1-Nursing education (pediatrics)

2-Nursing education (pediatrics), Faculty member of Guilan University of Medical Sciences

3-Nursing education (medical-surgical), Faculty member of Guilan University of Medical Sciences

4- Bio-statistics, Assistant professor, Social Determinants of Health Research Center, Faculty member of Guilan University of Medical Sciences