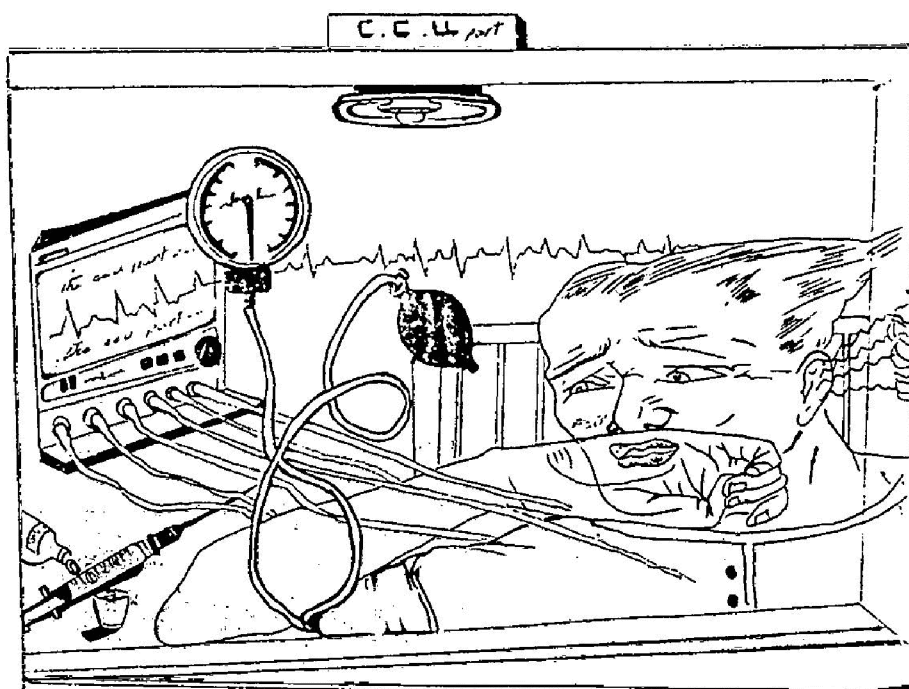




پژوهش:

فریده هاساواری

مربی عضو هیئت علمی

دانشکده پرستاری و مامایی

شهید بهشتی رشت

بررسی عوامل تنیدگی آور ناشی از بستری شدن از دیدگاه بیمار ان مبتلا به انفارکتوس قلبی

بستری در بخشهای مراقبت ویژه قلبی بیمارستانهای وابسته به

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان در سال ۱۳۷۴

خلاصه تحقیق:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی بوده که به منظور تعیین عوامل تنیدگی آور ناشی از بستری شدن (جسمی، روحی-روانی و محیطی) از دیدگاه بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بستری در بخش مراقبتهای ویژه قلبی صورت گرفته است. تعداد نمونه در این پژوهش ۱۲۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی بستری در بخشهای مراقبت ویژه قلبی می باشند که بصورت نمونه گیری سهمیه ای و در یک مرحله مورد مطالعه قرار گرفته اند.

یافته ها بیانگر آن است که مهم ترین عامل تنیدگی آور از دید بیماران درد بوده، بطوریکه در ۱۰۰٪ موارد تنیدگی آور نشان داده شده است. همچنین بدلیل کنترل محیط بخش مراقبتهای ویژه قلبی، عوامل محیطی، نسبت به عوامل جسمی و روحی-روانی کمتر تنیدگی آور بوده اند.

زمینه پژوهش:

پایان قرن بیستم که در تمامی سالهای خود برای بشریت قرنی تنش زا و اضطراب آمیز بوده، مقوله تنیدگی را در سراسر جهان به موضوع روز بدل کرده است. نگاهی گذرا به اخبار یک روز جهان، این امر را روشن می کند. جنگ و انهدام، مشکلات اقتصادی، تراکم زیستی، افزایش بی رویه جمعیت، متزلزل شدن نهاد خانواده و رشد فردگرایی و آلودگی محیط زیست، تنها مشی از خروار فزاینده عوامل تنیدگی آور هستند.

ناکاجیما^۱ (۱۳۷۴) در تعریف تنیدگی می نویسد، تنیدگی دقیقاً نیرویی است که چون فشار آن بر سیستمی وارد شود، شکل آن را دگرگون می سازد. نیروها و

فشارهای روانی و اجتماعی وقتی به شکل «رخدادها» یا «موقعیتهای» خاص تعادل شخص را برهم بزند، تنیدگی نامیده می‌شود. شایان ذکر است که تنیدگی همواره بد و زیان آور نیست، چرا که به مقدار کم می‌تواند ایجاد انگیزه کند. اما زمانی هم می‌تواند منجر به بروز بیماریهای جسمی و روانی گردد، خصوصاً زمانی که ناتوانی در مقابله با آن وجود داشته باشد. در واقع تنیدگی تجربه‌ای است که توسط تمامی افراد درک می‌شود و پاسخ به آن برای ادامه زندگی ضروری است و اگرچه بخشی از زندگی به شمار می‌آید لیکن نقش آن در بروز اختلالات جسمی یا روانی ثابت گردیده است. نقش تنیدگی در ایجاد و توسعه بیماریها به صورتی است که پری و جولی^۱ (۱۹۹۲) می‌نویسند، تنیدگی بطور مستقیم یا غیرمستقیم عامل مهمی در ابتلاء به بیماریهایی نظیر بیماری عروقی قلب، فشارخون بالا، سرطان، آسم، کمردرد و نوروز محسوب می‌شود و این در حالی است که طبق آمارهای موجود روند فزاینده‌ای در بروز تنیدگی و ابتلاء به بیماریهای عروقی قلب مشاهده می‌شود. چنانکه یانگر و همکاران^۲ (۱۹۹۵) می‌نویسند، علیرغم پیشرفت دانش و امکانات پزشکی در امریکا تقریباً در هر ۳۲ ثانیه یک نفر در نتیجه بیماریهای عروقی قلب می‌میرد. در کشورهای در حال توسعه نیز شیوع این بیماری رو به افزایش است. بررسی آمار دفن شدگان بهشت زهراي تهران نشان میدهد که هر ماهه بین ۱۳۰۰-۹۰۰ نفر در شهر تهران در اثر بیماری قلبی فوت می‌کنند که اکثریت آنها را بیماران مبتلا به گرفتاری عروقی قلب تشکیل میدهند.

با این همه بررسی آماری جوامع غرب نشاندهنده سیر نزولی مرگ و میر ناشی از بیماریهای عروقی قلب است که این امر تا حد زیادی با پیشرفت امکانات پزشکی خصوصاً تشکیل بخشهای مراقبت ویژه ارتباط دارد، بطوریکه از اوایل سالهای ۱۹۶۰ با تشکیل این بخشها حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد مرگ و میر ناشی از سکته قلبی کاهش یافته است. ولی باید توجه داشت که بیماران قلبی در طی بستری بودن

در بخش مراقبتهای ویژه قلبی به دلایل متفاوتی تنیدگی شدید را تجربه کرده و در بحران شدیدی قرار می‌گیرند. تلان و همکاران^۳ (۱۹۹۰) تجربه بستری شدن در بخش ویژه قلبی را بسیار تنش‌زا ذکر کرده‌اند و عواملی نظیر درد، هیپوکسی، اختلال در عملکرد قلب، اختلال خواب، سر و صدای بیگانه، ترس از دست دادن شغل، از دست دادن نقشهای قبلی خود و بالاخره مرگ را از عوامل تنیدگی آور در طی بستری بودن در بخش ویژه قلبی میدانند. فولر و اسکالر^۴ (۱۹۹۰) نیز مواردی از قبیل کمبود پنجره در بخش، وجود دستگاههای ترسناک و بوهای نامطبوع محیط را از جمله عوامل تنیدگی آور ناشی از بستری شدن در بخش مراقبت ویژه قلبی ذکر کرده‌اند. به اعتقاد حسن زاده (۱۳۷۳) نیز مشاهده ایست قلبی سایر بیماران، تنیدگی شدیدی در بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی ایجاد می‌کند. بطور کلی تنیدگی منجر به افزایش ضربان قلب، ترشح نوراپی نفرین، افزایش فشارخون و افزایش بازده قلبی گردیده، بنابراین در بیماران مبتلا به گرفتاری عروق کرونر یک خطر جدی محسوب می‌شود. با توجه به مسائل فوق بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی، از نظر جسمی و روحی در وضعیت مطلوبی قرار ندارد و پرستار بعنوان فردی که در بین سیستم درمانی بیشترین ارتباط را با بیمار دارد باید توجه کافی به عوامل تنیدگی آور مؤثر بر بیمار داشته باشد تا در مرحله اول، اقدام به از بین بردن این عوامل نماید و یا در صورت عدم امکان با استفاده از روشهای مختلف به سازگاری بیمار با تنیدگی کمک کند.

اهداف پژوهش:

هدف کلی:

تعیین عوامل تنیدگی آور ناشی از بستری شدن از

1-Perry and Jolly

2-Younger et al

3-Thelan et al

4-Fuller and Schaler

دیدگاه بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بستری در بخشهای مراقبت ویژه قلبی بیمارستانهای وابسته دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان.

اهداف ویژه:

- ۱- تعیین عوامل تنیدگی آور جسمی ناشی از بستری شدن از دیدگاه بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بستری در بخشهای مراقبت ویژه قلبی بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان.
- ۲- تعیین عوامل تنیدگی آور روحی - روانی ناشی از بستری شدن از دیدگاه بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بستری در بخشهای مراقبت ویژه قلبی بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان.
- ۳- تعیین عوامل تنیدگی آور محیطی ناشی از بستری شدن از دیدگاه بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بستری در بخشهای مراقبت ویژه قلبی بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان.
- ۴- تعیین ارتباط بین برخی مشخصه های فردی اجتماعی و شدت عوامل تنیدگی آور در بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بستری در بخشهای مراقبت ویژه قلبی بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان.

چهارچوب پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده:

چارچوب این پژوهش پنداشستی است و زیربنای مطالعاتی این پژوهش را مفهوم تنیدگی تشکیل داده که در رابطه با آن عوامل تنیدگی آور ناشی از بستری شدن در بیمارستان و بخش مراقبت ویژه قلبی شرح داده شده است.

شیل و شیل^۱ (۱۹۹۱) به منظور تعیین میزان تنیدگی و افسردگی ناشی از بستری شدن در بخش مراقبت ویژه قلبی از دید بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی، پژوهشی بر روی

۵۰ بیمار ۴۹-۵۸ ساله بستری در بخش مراقبتهای ویژه قلبی انجام دادند. از این تعداد ۱۷ بیمار زن و ۳۲ نفر مرد بودند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای بود مشتمل بر سه قسمت: مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه افسردگی بک^۲ و یک پرسشنامه ۳۲ موردی از موقعیتهای تنش زای بخش مراقبتهای ویژه قلبی. یافته های پژوهش بیانگر این مطلب بود که ۴۴٪ از واحدهای مورد پژوهش از تنیدگی شدید در طی بستری بودن در بخش مراقبت ویژه قلبی رنج می بردند، در حالیکه تنها ۹٪ از نمونه ها دچار افسردگی شده بودند. در نهایت پژوهشگر ضمن تأکید به خطر تنیدگی در بیماران قلبی پیشنهاد کرده بود که جهت کاهش تنیدگی در بیماران، پرستاران باید سعی در شناسایی عوامل تنیدگی آور در بیماران بستری در بخش ویژه قلبی کرده و با روشهایی مثل آرام سازی و مشاوره ناراحتی بیماران را کاهش دهند.

وایت و اسمیت^۳ (۱۹۹۵) نیز به منظور تعیین عوامل تنیدگی آور و مقایسه شدت آنها بین دو دسته از بیمارانی که با دو شیوه مختلف تحت درمان بیماری ایسکمی قلبی قرار گرفته بودند، پژوهشی را بر روی ۴۷ بیمار مرد بستری در بخش مراقبتهای ویژه قلبی انجام دادند. از این تعداد ۲۲ نفر جهت آنژیوپلاستی^۴ و ۲۵ نفر جهت کرونری بای پس^۵ مراجعه کرده بودند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه ای بود که حاوی سؤالاتی در مورد مشخصات دموگرافیک، میزان آموزشهای دریافتی، میزان حمایت اجتماعی، کیفیت درمان و مراقبت و نهایتاً در مورد عوامل تنیدگی آوری نظیر کمبود آگاهی، پیش آگهی مبهم و ... بود. یافته های پژوهش بیانگر این مطلب بود که در بیماران تحت درمان با کرونری بای پس با وجود اینکه وسعت

1- Sheil and Sheil

2- Beck Scale

3- White and Smith

4- Angioplasty

5- Coronary Bypass

سنجش عوامل تنیدگی آور جسمی، روحی- روانی و محیطی بوده است. در پایان بخش دوم نیز یک سؤال بصورت باز مطرح شده بود که در آن از بیماران خواسته شد که اگر عواملی به غیر از موارد ذکر شده در بخش دوم موجب ناراحتی آنها شده، آنها را لیست نمایند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:

داده‌های این پژوهش از نوع اسمی، رتبه‌ای و از نوع پیوسته بودند که از طرح یک گروهی و یک متغیری بدست آمده‌اند و از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، تنظیم جداول فراوانی مطلق و نسبی) و آمار استنباطی (آزمون تی، آزمون کای دو، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون آنالیز واریانس) استفاده گردید.

بحث و بررسی یافته‌ها:

جهت دستیابی به اهداف، اطلاعات لازم گردآوری شده، با استفاده از آمار توصیفی- تحلیلی در ۲۴ جدول، ۱۲ نمودار و ۱ منحنی مورد بحث و بررسی قرار گرفت. یافته‌ها حاکی از آن بودند که: اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۳۲/۵٪) در گروه سنی ۵۹-۶۸ سال، مذکر (۶۵/۸٪)، متأهل (۷۶/۷٪)، بیسواد (۴۵/۸٪)، کشاورز (۲۱/۷٪)، کم درآمد (۶۳/۳٪)، بیمه شده (۶۷/۵٪)، دارای سابقه بستری در بیمارستان (۵۷/۵٪) و بدون سابقه بستری در بخش مراقبتهای ویژه قلبی (۸۰٪) بودند.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش در رابطه با سؤال اول پژوهش که عوامل تنیدگی آور جسمی ناشی از بستری شدن از دیدگاه بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بستری در بخشهای مراقبت ویژه قلبی کدامند؟ نشان میدهد که از بین ۱۴ عامل مورد «درد ناشی از بیماری» از بیشترین درصد تنیدگی (۱۰۰٪) برخوردار بوده و سایر موارد به ترتیب اهمیت عبارت بودند از «استفاده از لوله و لگن در تخت» (۸۰/۸٪)، استفاده از رژیم غذایی

گرفتاری عروق کرونر آنها بیشتر از بیماران تحت درمان با آنژیوپلاستی بوده ولی به مراتب کمتر دچار حالت بلا تکلیفی و تنیدگی می‌شوند که مهم‌ترین دلیل آن هم برخورداری از حمایت اجتماعی کافی بود.

روش پژوهش:

نوع پژوهش: این پژوهش برحسب ماهیت موضوع و اهداف پژوهش، از نوع تحقیقات توصیفی بشمار می‌آید. متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش عوامل تنیدگی آور و شدت آنها از دیدگاه بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بستری در بخشهای مراقبت ویژه قلبی و برخی ویژگیهای فردی آنها می‌باشد. پژوهش مذکور یک پژوهش یک گروهی، تک مرحله‌ای می‌باشد.

جامعه پژوهش:

عبارت است از بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بستری در بخشهای مراقبت ویژه قلبی بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان که هوشیار بوده و حداقل مدت ۲۴ ساعت از زمان بستری بودنشان در بخش گذشته باشد.

محیط پژوهش:

بخشهای مراقبت ویژه قلبی بیمارستانهای دکتر حشمت رشت، بندرانزلی و لاهیجان که وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان می‌باشند، محیط پژوهش را تشکیل داده بودند.

ابزار گردآوری داده‌ها:

شامل پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۲ قسمت بوده که بخش اول مربوط به مشخصات دموگرافیک و بخش دوم متشکل از مواردی بوده است که از عوامل احتمالی ایجاد کننده تنیدگی در طی بستری بودن در بخش مراقبت ویژه قلبی بشمار آمده‌اند. از این رو مشتمل بر ۵۷ سؤال در رابطه با

ساعات ملاقات» (۵۹/۲٪) رتبه دوم را به خود اختصاص داده است. سایر عوامل به ترتیب اهمیت عبارت بودند از: صداهای غیر معمول (۴۶/۷٪) صدای گفتگوی دیگران (۳۹/۲٪) (جدول شماره ۳). فرانسس و آلپرت^۲ (۱۹۹۰) در این زمینه می نویسند: در بخش مراقبت ویژه قلبی، بیمار خود را در محیط ناآشنایی که مملو از صوتها، آذیرهای خطر و نور است می یابد که همگی این عوامل سبب ایجاد ترس و تنیدگی در بیماران می گردد.

در پاسخ به چهارمین سؤال پژوهش که بین کدامیک از مشخصه های فردی - اجتماعی واحدهای مورد پژوهش و شدت عوامل تنیدگی آور جسمی، روحی - روانی و محیطی ارتباط وجود دارد؟ یافته های آماری نشان داد که بین سن و شدت عوامل تنیدگی آور روحی - روانی (۳۶/۰ = r) ارتباط معنی داری بصورت معکوس و خطی وجود داشته بدین معنا که با کاهش سن بر شدت عوامل تنیدگی آور فوق افزوده گشته است (جدول شماره ۴ و نمودار شماره ۱). همچنین بین جنس و شدت عوامل تنیدگی آور جسمی (۲۳/۵ = t)، شدت عوامل تنیدگی آور روحی - روانی (۱۲/۳ = t) و شدت عوامل تنیدگی آور محیطی (۹/۲ = t) ارتباط معنی داری وجود داشته، عبارتی در کلیه موارد یاد شده شدت تنیدگی در زنها بیشتر بوده است (جدول شماره ۵). همچنین بین وضعیت تأهل و شدت عوامل تنیدگی آور روحی - روانی (۲۴/۳ = t) ارتباط معنی داری وجود داشته عبارتی افراد مجرد در این حیطه از شدت تنیدگی بیشتری برخوردار بوده اند (جدول شماره ۶). همچنین بین نحوه پرداخت هزینه بیمارستان و شدت عوامل تنیدگی آور روحی - روانی ($F < 0/0001$) ارتباط معنی داری وجود داشته، عبارتی افرادی که هزینه بیمارستان را شخصاً پرداخت نموده اند در این حیطه از

خاص (۷۰٪)، اجبار به استراحت در تخت (۶۷/۵٪) و بیخوابی (۶۰/۸٪) (جدول شماره ۱).

الیس و نولیس^۱ (۱۹۹۴) عوامل تنیدگی آور جسمی ناشی از بستری شدن در بیمارستان را بصورت زیر لیست کرده اند، تغییر در عملکرد بدن و کاهش توان کاری، گنجی و فقدان کنترل فردی بدلیل استفاده از مسکنها، تغییر در عادات فردی منجمله تغییر در عادات غذایی و خوابیدن.

در پاسخ به دومین سؤال پژوهش که عوامل تنیدگی آور روحی - روانی ناشی از بستری شدن از دیدگاه بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی کدامند؟ یافته های آماری نشان داد که از بین ۲۷ عامل، مورد ترس از تغییر نحوه زندگی بیشترین درصد تنیدگی (۸۷/۵٪) را به خود اختصاص داده و سایر موارد به ترتیب اهمیت عبارت بودند از: مشاهده ناراحتی سایر بیماران (۸۰٪)، ترس از عدم بهبودی و نیاز به دریافت کمک جهت انجام امور شخصی (۷۵/۸٪)، مشکل در انجام تکالیف شرعی (وضو، نماز) بصورت عادی و روزمره (۷۲/۵٪)، دوری از خانواده (۷۱/۷٪)، ترس از سکنه های بعدی (۷۰٪) و محدودیت ملاقات (۶۸/۳٪) (جدول شماره ۲). حسن زاده (۱۳۷۳) می نویسد، مشاهده ایست قلبی سایر بیماران مسئله ای است که برای بیمار بستری در بخش مراقبتهای ویژه قلبی تنیدگی شدیدی ایجاد کرده و منجر به افزایش فشارخون سیستولیک می گردد. به اعتقاد الیس و نولیس (۱۹۹۴) عوامل متعددی در بروز تنیدگی در بیمار بستری در بیمارستان مؤثرند که از آن دسته می توان نداشتن خلوت و محدودیت ملاقات را نام برد.

در پاسخ به سومین سؤال پژوهش که عوامل تنیدگی آور محیطی ناشی از بستری شدن از دیدگاه بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بستری در بخش مراقبتهای ویژه قلبی کدامند؟ یافته های آماری نشان داد که از بین ۱۲ عامل مورد خوابیدن بر روی تخت بیمارستان از بیشترین درصد تنیدگی (۷۲/۵٪) برخوردار بوده و مورد مقررات سخت

1- Ellis & Nowlis

2- Francis & Alpert

شدت تنیدگی بیشتری برخوردار بوده اند (جدول شماره ۷). همچنین بین سابقه بستری شدن در بیمارستان و شدت عوامل تنیدگی آور روحی - روانی ($t=2/74$) ارتباط معنی داری وجود داشته است. عبارتی افرادی که سابقه بستری شدن در بیمارستان را داشته اند از شدت تنیدگی کمتری برخوردار بوده اند (جدول شماره ۸). بین سایر مشخصات فردی و شدت عوامل تنیدگی آور، آزمونه‌های آماری ارتباط معنی داری را نشان ندادند.

موارد استفاده در پرستاری:

نتایج حاصل از این پژوهش که سعی در شناخت عوامل تنیدگی آور ناشی از بستری شدن از دیدگاه بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی داشته، نشان داد که به غیر از مسائل جسمی تنیدگی آور، مسائل روحی - روانی و محیطی متنوعی وجود دارد که ممکن است برای بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی بسیار خطرناک باشد. زیرا با تأثیراتی که تنیدگی بر فشارخون و ضربان قلب بیماران دارد، می‌تواند حیات بیمار را به خطر اندازد. از این رو شناسایی عوامل تنیدگی آور و اقدام در جهت رفع آنها یکی از مهم‌ترین و انسانی‌ترین وظایف پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه قلبی می‌باشد. زیرا توجه به جنبه‌های جسمی بیماری و درمان آنها تنها قسمتی از خدمات پرستاران بوده و نباید بعنوان تنها هدف مورد توجه قرار گیرد. پرستار بخش مراقبت‌های ویژه به لحاظ بیشترین تماس با بیمار و آگاهی لحظه به لحظه از شرایط موجود، بهترین فرد برای کمک و تأمین نیازهای بیماران می‌باشد. با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر تعدد عوامل تنیدگی آور، می‌توان دانشجویان پرستاری را هرچه بیشتر با عوامل تنیدگی آور در دوره بستری بودن در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی و عوارض ناشی از تنیدگی آشنا نموده و آنان را به اهمیت برقراری ارتباط مؤثر با بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی در جهت کاهش تنیدگی واقف نمود. بنابراین یافته‌های این پژوهش می‌تواند در آموزش پرستاری، در جهت ارتقاء

سطح آموزش دانشجویان مفید واقع شود. با توجه به تنوع و تعدد عوامل تنیدگی آور مشخص شده توسط بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی، مسئولین پرستاری بیمارستانها می‌توانند با برگزاری کلاسهای آموزش ضمن خدمت توجه پرستاران شاغل در این بخشها را به این عوامل معطوف ساخته و مشوق و یاور آنها در حل مشکلات موجود و در نتیجه کاهش تعداد عوامل تنیدگی آور و یا حداقل کاستن از شدت آنها باشند.

منابع:

- ۱- حسن زاده، مهدی. «ارتباط بیماریهای قلب و روان». بیماریهای قلب و عروق. شماره ۱۱، ۱۳۷۳، ص ۳۶.
- ۲- ناکاجیما، هیروشی. «استرس یا فشار روانی». بهداشت جهان. تهران: ۱۳۷۴، ص ۳.
- 3- Ellis, R. J. and Nowlis, A. E. Nursing A Human Needs Approach. 5th ed. philadelphia: J. B. Lippincott CO:1994.
- 4- Francis, S. G. and Alpert, S. J. Modern Coronary Care. Boston: Little Brown CO:1990.
- 5- Fuller, J and schaller Ayers, J. Health Assessment a Nursing Approach. philadelphia: J. B. Lippincott CO:1990.
- 6- Pery, A. and Jolly, M. Nursing: A Knowledge Base For Practice. London Edward Arnold CO:1922.
- 7- Sheill, I. and sheill, A. "The prevalence of psychiatric Morbidity an a coronary care ward". Journal of Advanced Nursing. VOL:16. NO:9.1991. PP: 1071-7
- 8- Thelan, L. A. etal. Critical Care Nursing. st Louis: The C.V. Mosby CO:1990.
- 9- White, R. E. and smith, N. F. "Uncertainty and psychologic stress after coronary angioplasty and coronary by pass". Heart a Lung. VOL:24. NO: 1. 1995, PP: 19-26.
- 10- Younger, J. et al. The Relationship of health Locus of control and cardiac Rehabilitation to Mastery illness related stress". Journal of Advanced Nursing. VOL: 22. NO:6. 1995. PP:264-9.

جدول شماره ۱

توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی برحسب دیدگاه آنان
در مورد عوامل تنیدگی آور جسمی ناشی از بستری شدن در بخشهای مراقبت ویژه قلبی (گیلان، ۱۳۷۴).

از دیدگاه بیماران		بلی		خیر		مواجه نشدم		جمع	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
عوامل تنیدگی آور جسمی									
درد ناشی از بیماری		۱۰۰	۱۲۰	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱۲۰
استفاده از لوله و لگن در تخت		۸۰/۸	۹۷	۱۹/۲	۲۳	۰	۰	۱۰۰	۱۲۰
استفاده از رژیم غذایی خاص (بیمزه، بی نمک)		۷۰	۸۴	۳۰	۳۶	۰	۰	۱۰۰	۱۲۰
اجبار به استراحت در تخت		۶۷/۵	۸۱	۳۲/۵	۳۹	۰	۰	۱۰۰	۱۲۰
بیخوابی		۶۰/۸	۷۳	۵/۸	۷	۳۳/۳	۴۰	۱۰۰	۱۲۰
درد ناشی از بعضی اقدامات نظیر تزریقات		۵۰	۶۰	۵۰	۶۰	۰	۰	۱۰۰	۱۲۰
محدودیت حرکت در اثر اتصال به دستگاه مانیتور		۳۶/۷	۵۶	۵۱/۷	۶۲	۱/۷	۲	۱۰۰	۱۲۰
اتصال به دستگاه مانیتور		۳۲/۵	۳۹	۶۷/۵	۸۱	۰	۰	۱۰۰	۱۲۰
انجام اقدامات تشخیصی و درمانی مختلف (مثل خونگیری)		۳۷/۱	۴۸	۶۲/۵	۷۵	۰/۸	۱	۱۰۰	۱۲۰
برهنگی قسمت فوقانی بدن		۲۹/۲	۳۵	۶۱/۷	۷۴	۹/۲	۱۱	۱۰۰	۱۲۰
بیدار شدن مکرر جهت اقدامات درمانی و مراقبتی		۲۷/۵	۳۳	۵۵/۸	۶۷	۱۶/۷	۲۰	۱۰۰	۱۲۰
عدم پاسخ بموقع به درخواست لگن		۲۳/۳	۲۸	۲۵	۳۰	۵۱/۷	۶۲	۱۰۰	۱۲۰
عدم پاسخ بموقع به درخواستهای نظیر آب و مسکن		۲۰	۲۴	۲۳/۳	۲۸	۵۶/۷	۶۸	۱۰۰	۱۲۰
مراقبتهای مکرر و مداوم (مثل کنترل مداوم فشارخون)		۱۹/۲	۲۳	۸۰	۹۶	۰/۸	۱	۱۰۰	۱۲۰

جدول فوق بیانگر آن است که کلیه بیماران (۱۰۰٪) «درد» را بعنوان عامل تنیدگی آور جسمی بیان نموده و سایر عوامل به ترتیب «استفاده از لوله و لگن در تخت» (۸۰/۸٪)، «استفاده از رژیم غذایی خاص» (۷۰٪)، «اجبار به استراحت در تخت» (۶۷/۵٪) و «بیخوابی» (۶۰/۸٪) ذکر نموده اند.
ضمناً بیشترین موارد «مواجه نشدم» (۵۶/۷٪) «عدم پاسخ به موقع درخواستهای نظیر آب، مسکن» و (۵۱/۷٪) «عدم پاسخ به موقع به درخواست لگن» بوده است.

جدول شماره ۲

توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بر حسب دیدگاه آنان
در مورد عوامل تنیدگی آور روحی - روانی ناشی از بستری شدن در بخشهای مراقبت ویژه قلبی (گیلان، ۱۳۷۴).

از دیدگاه بیماران		بلی		خیر		مواجه نشدم		جمع
عوامل تنیدگی آور روحی - روانی		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
ترس از تغییر نحوه زندگی		۱۰۵	۸۷/۵	۱۵	۱۲/۵	۰	۰	۱۲۰
مشاهده ناراحتی سایر بیماران		۹۷	۸۰	۱۸	۱۵	۵	۴/۲	۱۲۰
ترس از عدم بهبودی		۹۱	۷۵/۸	۲۸	۲۳/۳	۱	۰/۸	۱۲۰
نیاز به دریافت کمک جهت انجام امور شخصی		۹۱	۷۵/۸	۲۹	۲۴/۲	۰	۰	۱۲۰
مشکل در انجام تکالیف شرعی (وضو، نماز) بصورت عادی و روزمره		۸۷	۷۲/۵	۳۳	۲۷/۵	۰	۰	۱۲۰
دوری از افراد خانواده		۸۶	۷۱/۷	۳۴	۲۸/۳	۰	۰	۱۲۰
ترس از از سکنه های بعدی		۸۴	۷۰	۳۳	۲۷/۵	۳	۲/۵	۱۲۰
محدودیت ملاقات		۸۲	۶۸/۳	۳۸	۳۱/۷	۰	۰	۱۲۰
مشکلات اقتصادی پس از ترخیص		۸۰	۶۶/۷	۳۹	۳۲/۵	۱	۰/۸	۱۲۰
صورت تهیه دارو و لوازم توسط افراد خانواده		۷۷	۶۴/۲	۴۱	۳۴/۲	۲	۱/۷	۱۲۰
پرداخت هزینه بیمارستان		۷۱	۵۹/۲	۴۹	۴۰/۸	۰	۰	۱۲۰
استفاده از لوله و لگن در جمع دیگران		۷۰	۵۸/۳	۳۲	۲۶/۷	۱۸	۱۵	۱۲۰
احساس تنهایی		۵۸	۴۸/۳	۶۲	۵۱/۷	۰	۰	۱۲۰
ترس از خرابی احتمالی دستگاهها		۵۵	۴۵/۸	۵۴	۴۵	۱۱	۹/۲	۱۲۰
عدم اطلاع در مورد بیماری و عاقبت آن		۵۴	۴۵	۴۵	۳۷/۵	۲۱	۱۷/۵	۱۲۰
حواپیدن در اتاقی که بیماران دیگر هم بستری هستند		۵۲	۴۳/۳	۶۸	۵۶/۷	۰	۰	۱۲۰
مشاهده انجام اقدامات تشخیصی و درمانی جهت بیماران		۵۰	۴۱/۷	۵۶	۴۶/۷	۱۴	۱۱/۷	۱۲۰
تغییر شغل در اثر بیماری		۴۱	۳۴/۲	۷۹	۶۵/۸	۰	۰	۱۲۰
استفاده از اصطلاحات پزشکی نامفهوم		۴۱	۳۴/۲	۵۲	۴۳/۳	۲۷	۲۲/۵	۱۲۰
بحره ارتباط کادر درمانی با شما		۴۰	۳۳/۳	۸۰	۶۶/۷	۰	۰	۱۲۰
ترس از وابستگی به دستگاهها		۴۰	۳۳/۳	۶۸	۵۶/۷	۱۲	۱۰	۱۲۰
مشاهده مرگ سایر بیماران		۳۷	۳۰/۸	۱۵	۱۲/۵	۶۸	۵۶/۷	۱۲۰
مقایسه وضعیت خودتان با سایر بیماران بخش		۳۴	۲۸/۳	۴۴	۳۶/۷	۴۲	۳۵	۱۲۰
صحبت خصوصی کادر درمانی با یکدیگر		۲۶	۲۱/۷	۷۶	۶۵/۸	۱۵	۱۲/۵	۱۲۰
ترس از مرگ		۲۵	۲۰/۸	۹۴	۷۸/۳	۱	۰/۸	۱۲۰
نبودن ساعت و تقویم در معرض دید شما		۲۲	۱۸/۳	۶۲	۵۱/۷	۳۶	۳۰	۱۲۰
انجام تدابیر درمانی و تشخیصی بدون اطلاع دادن به شما		۲۰	۱۶/۷	۱۷	۱۴/۲	۸۳	۶۹/۲	۱۲۰

جدول فوق بیانگر آن است که واحدهای مورد پژوهش، عوامل تنیدگی آور روحی - روانی را به ترتیب اهمیت (۸۷/۵٪) ترس از تغییر نحوه زندگی، (۸۰٪) «مشاهده ناراحتی سایر بیماران»، (۷۵/۸٪) «ترس از عدم بهبودی» و «نیاز به دریافت کمک جهت انجام امور شخصی»، (۷۲/۵٪) «مشکل در انجام تکالیف شرعی (وضو، نماز) بصورت عادی و روزمره»، (۷۱/۷٪) «دوری از افراد خانواده» و (۷۰٪) «ترس از سکنه های بعدی» ذکر کرده اند.

ضمناً بیشترین موارد «مواجه نشدم» (۶۹/۲٪) «انجام تدابیر درمانی و تشخیصی بدون اطلاع دادن به شما» بوده است.

جدول شماره ۳

توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بر حسب دیدگاه آنان
در مورد عوامل تنیدگی آور محیطی ناشی از بستری شدن در بخشهای مراقبت ویژه قلبی (گیلان، ۱۳۷۴).

از دیدگاه بیماران		بلی		خیر		مواجه نشدم		جمع	
عوامل تنیدگی آور محیطی		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
خوابیدن بر روی تخت بیمارستان		۷۲/۵	۸۷	۳۳	۲۷/۵	۰	۰	۱۲۰	۱۰۰
مقررات سخت ساعات ملاقات		۵۹/۲	۷۱	۴۹	۴۰/۸	۰	۰	۱۲۰	۱۰۰
صداهای غیر معمول		۳۶/۷	۵۶	۵۹	۲۹/۲	۵	۴/۲	۱۲۰	۱۰۰
صدای گفتگوی دیگران		۳۹/۲	۴۷	۳۷	۶۰/۸	۰	۰	۱۲۰	۱۰۰
ساعت توزیع غذا در بیمارستان		۳۴/۲	۴۱	۷۹	۶۵/۸	۰	۰	۱۲۰	۱۰۰
رفت و آمد دیگران		۳۳/۳	۴۰	۸۰	۶۶/۷	۰	۰	۱۲۰	۱۰۰
وجود بوهای نامطبوع		۲۹/۲	۳۵	۳۲	۲۶/۷	۵۳	۴۴/۲	۱۲۰	۱۰۰
مناسب نبودن دمای محیط (گرم یا سرما)		۲۵	۳۰	۲۹	۲۴/۲	۶۱	۵۰/۸	۱۲۰	۱۰۰
روشن بودن چراغها در شب		۲۳/۳	۲۸	۵۳	۴۴/۲	۳۹	۳۲/۵	۱۲۰	۱۰۰
وجود دستگاههای مختلف در بخش		۴۲/۵	۵۱	۹۳	۷۷/۵	۰	۰	۱۲۰	۱۰۰
وجود نور زیاد در محیط		۵/۸	۷	۴۲	۳۵	۷۱	۵۹/۲	۱۲۰	۱۰۰
کمبود پنجره در بخش		۰/۸	۱	۶	۵	۱۱۳	۹۴/۲	۱۲۰	۱۰۰

جدول فوق بیانگر آن است که واحدهای مورد پژوهش، عوامل تنیدگی آور محیطی را به ترتیب اهمیت (۷۲/۵٪) «خوابیدن بر روی تخت بیمارستان»، (۵۹/۲٪) «مقررات سخت ساعات ملاقات» و (۴۶/۷٪) «صداهای غیر معمول»، ذکر کرده اند.
ضمناً بیشترین موارد «مواجه نشدم» (۹۲/۲٪) «کمبود پنجره در بخش» و (۵۹/۲٪) «وجود نور زیاد در محیط» بوده است.

جدول شماره ۴

خلاصه نتایج آزمونهای آماری ارتباط سن با شدت عوامل تنیدگی آور جسمی، روحی- روانی و محیطی

شدت عوامل تنیدگی آور	نوع آزمون	فواصل
*جسمی	ضریب همبستگی پیرسون (r) آزمون Z	N.S
*روحی - روانی	ضریب همبستگی پیرسون (r) آزمون Z	معنی دار است $p < 0.001$
*محیطی	ضریب همبستگی پیرسون (r) آزمون Z	N.S

* هر سطر به منزله یک جدول می باشد.

جدول شماره ۵

خلاصه نتایج آزمونهای آماری ارتباط جنس با شدت عوامل تنیدگی آور جسمی، روحی- روانی و محیطی

شدت عوامل تنیدگی آور	نوع آزمون	فواصل
*جسمی	t-test	معنی دار است $p < 0.0001$
*روحی - روانی	t-test	معنی دار است $p < 0.001$
*محیطی	t-test	معنی دار است $p < 0.05$

* هر سطر به منزله یک جدول می باشد.

جدول شماره ۶

خلاصه نتایج آزمونهای آماری ارتباط وضعیت تأهل با شدت عوامل تنیدگی آور جسمی، روحی-روانی و محیطی

شدت عوامل تنیدگی آور	نوع آزمون	قضاوت
جسمی*	t-test	N.S
روحی - روانی*	t-test	معنی دار است $p < 0.001$
محیطی*	t-test	N.S

* هر سطر به منزله یک جدول می باشد.

جدول شماره ۷

خلاصه نتایج آزمونهای آماری ارتباط نحوه پرداخت هزینه بیمارستان با شدت عوامل تنیدگی آور جسمی، روحی-روانی و محیطی

شدت عوامل تنیدگی آور	نوع آزمون	قضاوت
جسمی*	آزمون F	N.S
روحی - روانی*	آزمون F	معنی دار است $p < 0.0001$
محیطی*	آزمون F	N.S

* هر سطر به منزله یک جدول می باشد.

جدول شماره ۸

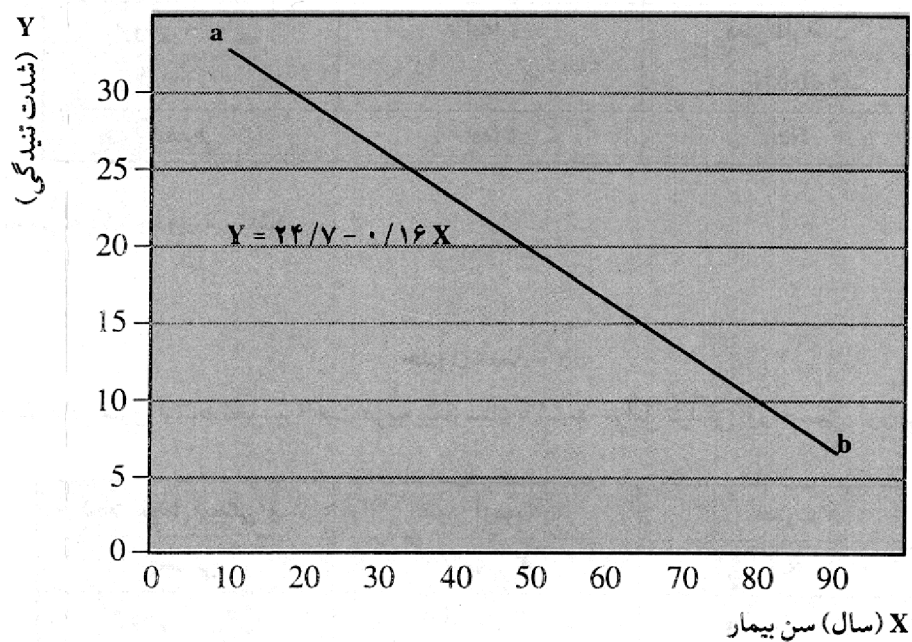
خلاصه نتایج آزمونهای آماری ارتباط سابقه بستری شدن در بیمارستان با شدت عوامل تنیدگی آور جسمی، روحی-روانی و محیطی

شدت عوامل تنیدگی آور	نوع آزمون	قضاوت
جسمی*	t-test	N.S
روحی - روانی*	t-test	معنی دار است $p < 0.001$
محیطی*	t-test	N.S

* هر سطر به منزله یک جدول می باشد.

نمودار شماره ۱

نمودار خطی رگرسیون مربوط به سن بیمار و شدت عوامل تنیدگی آور روحی - روانی ناشی از بستری شدن در بخش مراقبتهای ویژه قلبی (گیلان ۱۳۷۴).



Sruvey the Stressors related to Hospitalization, From MI Patients' Views Hospitalized in Coronary care units.

F. Hasavari, MSc.

Abstract:

This survey was a descriptive study and its purpose was to determine the views of MI patients on stressors related to hospitalization.

The sample consisted of 120 MI patients who were chosen by sampling. The data collection instrument was a 2 part questionnaire. The first part included 12 questions regarding demographic characteristics and second part consisted of 53 questions about stressors(physical, spiritual and environmental) caused by hospitalization in coronary care units.

The results showed that nearly most of the patients were 59-68 years of age, male, married, illiterate, farmer, poor, and without any previous hospital or ccu experience. Most of the sample had insurance and did not have any relatives or friends in the hospital.

The results also showed pain as the most important stressor as perceived by MI patients. Since environmental control existed, it caused less stress than the physical and spiritual stressor factors. There was an inverse correlation between age and spiritual stressors. There was a positive correlation between sex, marital status, payment of hospital charges, previous hospitalization and spiritual stressors.