

تدوین استانداردهای اعتباربخشی آموزش پرستاری در ایران

نویسندگان:

نویسندگان: نیره ناصری^۱، شایسته صالحی^۲، اصغر خلیفه زاده^۳

۱. کارشناس ارشد پرستاری داخلی - جراحی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد نجف آباد،
۲. دکترای تخصصی مدیریت آموزشی، استادیار گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۳. کارشناس ارشد پرستاری داخلی - جراحی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

چکیده

زمینه و هدف: در سال های اخیر فرایند اعتباربخشی بعنوان یکی از مهمترین روش های تضمین و ارتقای کیفیت در آموزش عالی علوم پزشکی کشور مطرح گردیده است که در این میان، ضرورت اعتباربخشی دانشکده های پرستاری نیز به عنوان بخشی از این نظام بیش از پیش احساس شده است. با این وجود استانداردهای مدون و مکتوبی برای توصیف کیفیت فعلی و مطلوب دانشکده ها از طریق فرایند اعتباربخشی وجود ندارد و اعمال استانداردهای خارجی نیز در ایران امری غیر اصولی به نظر می رسد. لذا پژوهشگران با بهره گیری از استانداردهای جهانی و نظرات صاحب نظران آموزش پرستاری در ایران، به تدوین استانداردهای اعتباربخشی منطبق با آموزش پرستاری در ایران پرداخته اند.

روش کار: این پژوهش، یک مطالعه تری آنگولیشن می باشد که در سه مرحله اصلی انجام شده است؛ بدین ترتیب که در مرحله اول، استانداردهای جهانی اعتباربخشی آموزش پرستاری از طریق پایگاههای اطلاعاتی اینترنت استخراج گردید. در مرحله دوم با بهره گیری از این استانداردها و اجرای تکنیک دلفی بر طبق اظهار نظر ۱۴ نفر از صاحب نظران آموزش پرستاری، استانداردهای پیشنهادی برای مقطع کارشناسی پرستاری در ایران تنظیم شد. در نهایت در مرحله سوم، نظرات و پیشنهادات ۵۰ نفر از صاحب نظران کشوری در خصوص مطلوبیت این استانداردها با شرایط آموزشی، اجرایی، فرهنگی و اجتماعی کشور با مطالعه ای زمینه یابی بصورت توصیفی سنجیده شد.

یافته ها: این مطالعه به پیشنهاد ۱۰ حیطه و ۲۶۰ استاندارد جهت اعتباربخشی آموزش کارشناسی پرستاری در ایران (به تفکیک در حوزه های درون داد، فرایند و برون داد آموزشی) منجر شد.

نتیجه گیری: اکثر استانداردهای پیشنهادی از وضعیت مطلوب و نسبتاً مطلوب برخوردار بوده و مواردی که آراء صد در صد را در این دو سطح به خود اختصاص نداده است عمدتاً مربوط به متمرکز بودن سیستم آموزشی و نیز وضعیت حاکم بر سیستم آموزش پرستاری کشور بوده است. چنین استانداردهایی بر اساس پیشنهادات و نظرات اصلاحی صاحب نظران با شرایط ایران منطبق گردیده است.

واژه های کلیدی: فرایند اعتباربخشی، آموزش پرستاری، استانداردهای اعتباربخشی

مقدمه:

اعتباربخشی از مباحث نسبتاً جدید و بکر است که اخیراً توجه فراوانی را در محافل علمی آموزش عالی کشور، بویژه در زمینه علوم پزشکی به خود جلب نموده است (۱ و ۲). در این میان دانشکده های پرستاری بعنوان بخشی از نظام آموزش علوم پزشکی کشور نیز باید به منظور حفظ و تقویت تمامیت آموزشی و توسعه مداوم مورد ارزشیابی قرار بگیرند (۳ و ۴) چرا که این مؤسسات باید نیروهای انسانی کار آزموده و با کیفیت مطلوب را برای عرضه مراقبتهای بهداشتی و درمانی تربیت کنند؛ از اینرو کیفیت آموزش و پژوهش بویژه در این نظام که بطور مستقیم با سلامتی انسانها سرو کار دارد، بایستی مورد ارزیابی قرار گرفته و بطور مستمر بهبود یابد (۵). اعتباربخشی به عنوان یکی از مهمترین روش های تضمین و ارتقای کیفیت آموزش پرستاری، وسیله ای بسیار مناسب برای تضمین ارایه آموزش صحیح به دانشجویان در مقاطع مختلف تحصیلی و در نهایت ارایه خدمات مناسب به جامعه محسوب می شود. منظور از اعتباربخشی آموزش پرستاری این است که با در نظر گرفتن استانداردهای لازم برای هر یک از عوامل تشکیل دهنده برنامه و تطبیق استانداردها با عوامل مورد نظر در دانشکده ها، عوامل مزبور را مورد ارزیابی قرار داده تا کمبودها و نواقص را برطرف نموده و به سطحی از کیفیت رسید که به ملاکها و استانداردهای جهانی تعیین شده که همانا واجد شرایط بودن دانشکده هاست، دست یافت (۶).

در این راستا مهم است که اعتباربخشی به عنوان یک فرایند، بر بکارگیری استانداردهای از پیش تعریف شده بنا شود (۷). با این وجود استانداردها و معیارهای مدون و مکتوبی برای توصیف کیفیت فعلی و مطلوب آموزش پرستاری از طریق فرایند اعتباربخشی وجود ندارد و ارزیابی های موجود در این زمینه هم عمدتاً بر نظرات شخصی متخصصین متکی است که متغیر بودن قضاوت در زمینه یک موضوع را بدنبال دارد. طبعاً اعتباربخشی هم بدون استاندارد محقق نخواهد شد (۸). این در حالی است که امروزه دانشکده های پرستاری در بسیاری از کشورهای دنیا بر اساس استانداردهای مدون و از پیش تعیین شده، توسط انجمن های ملی یا ارگان های دولتی مورد اعتباربخشی قرار گرفته و از نظر کیفیت و تمامیت آموزشی مورد تایید قرار می گیرند (۴) این مسأله در ایران با توجه به وجود دانشکده های پرستاری متعدد دولتی و آزاد از نظر کیفیت ارایه برنامه ها از اهمیت بیشتری برخوردار است. لذا با توجه به سیاستهای کلان نظام در جهت ارتقای سلامت جامعه، لازم است با انجام مطالعات کارشناسی و استقرار ساختارهای اعتباربخشی مناسب برای آموزش پرستاری در ایران نسبت به انجام این مهم اقدامات لازم انجام گیرد. بنابراین پژوهشگران بر آن شدند تا با بهره گیری از دستاوردهای جهانی در این راه گام بردارند. بنابراین با توجه به اینکه اعمال همه استانداردهای خارجی در ایران امری غیر اصولی به نظر می رسد، ضرورت تدوین استانداردهای منطبق با شرایط آموزشی، اجرایی، فرهنگی و اجتماعی

ایران محرز گردیده است. بدین لحاظ پژوهشی با هدف تعیین استانداردهای منطبق با آموزش پرستاری ایران در سال ۱۳۸۴ انجام گردید.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه تری آنگولیشن^۱ می باشد که در سه مرحله اصلی انجام شده است. در مرحله اول، جهت گردآوری استانداردهای بین المللی اعتبار بخشی آموزش پرستاری، بررسی متون کافی از طریق اینترنت صورت گرفته و سپس استانداردهای استخراج شده در ۱۰ حوزه تنظیم و تدوین گردیده است. در مرحله دوم، استانداردهای طبقه بندی شده در حوزه های مزبور، در قالب یک پرسشنامه با سؤالات باز پاسخ (اجرای تکنیک دلفی) در اختیار چند تن از صاحب نظران در امر آموزش پرستاری کشور از دانشکده های پرستاری و مامایی اصفهان، تهران، شهید بهشتی و شیراز و مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی اصفهان قرار داده شد. این کار به منظور گردآوری نظرات و پیشنهادات صاحب نظران در مورد تطابق استانداردهای پیشنهادی با شرایط آموزشی کشور ایران صورت گرفت. پس از اعمال نظرات و پیشنهادات آنها، حاصل کار در مرحله سوم، جهت نظر سنجی از صاحب نظران آموزش پرستاری در سطح کشور شامل اعضای هیأت بورد پرستاری و اعضای هیأت علمی پرستاری دانشکده های پرستاری و مامایی مادر که دارای معیار ورود به پژوهش بوده اند، توزیع شد. پس از

بازنگری پاسخ کارشناسان، مطلوبیت و عدم مطلوبیت استانداردها با شرایط آموزشی کشور مورد سنجش قرار گرفته و در نهایت استانداردهای مورد اجماع واقع شده بر اساس حداقل ۷۰٪ نظرات موافق کارشناسان، ارایه گردیده است. البته اظهار نظرات و استانداردهای پیشنهادی جدید نیز مجدداً مورد بازبینی و بررسی قرار گرفته و در صورت صلاح دید، در استانداردهای نهایی اعمال گردیده است. محیط پژوهش در این پژوهش، کلیه دانشکده های پرستاری و مامایی دولتی کشور و مرکز مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی اصفهان بوده و جامعه پژوهش را کلیه اعضای هیأت علمی پرستاری دانشکده های پرستاری و مامایی دولتی، اعضای هیأت بورد پرستاری و دانشجویان مقطع دکترای تخصصی پرستاری تشکیل می داد. تعداد نمونه ها در مرحله دوم ۱۴ نفر و در مرحله سوم ۵۰ نفر بود که بصورت مبتنی بر هدف از افراد دارای معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شده است. گردآوری اطلاعات در مرحله اول از طریق جستجو در اینترنت، در مرحله دوم از طریق پرسشنامه طراحی شده بر اساس استانداردهای استخراج شده از اینترنت و در مرحله سوم بر اساس پرسشنامه حاوی استانداردهای پیشنهادی بوده است که بر اساس مقیاس سه رتبه ای لیکرت در سطوح مطلوب، نسبتاً مطلوب و نامطلوب تنظیم شده بود. جهت تجزیه و تحلیل داده های کمی حاصل از مرحله سوم، از روش های آمار توصیفی (توزیع فراوانی) بهره گرفته شده است.

1 . Triangulation

یافته ها

پس از طی سه مرحله اصلی پژوهش، مجموعاً ۲۶۰ استاندارد با درصد اجماع بیش از ۷۰ درصد مورد توافق صاحب نظران کشوری قرار گرفت که به تفکیک در حوزه های درونداد، فرایند و برونداد آموزشی تدوین و ارایه گردیده است: الف) حوزه درون داد آموزشی: ۱- کارکنان مسئول برنامه (۴۵ استاندارد)، ۲- دانشجویان (۲۶ استاندارد)، ۳- برنامه آموزشی (۲۸ استاندارد)، ۴- منابع و تسهیلات (۴۲ استاندارد)، ب) حوزه فرایند آموزشی: ۵- سازماندهی و اساسنامه موسسه (۴۴ استاندارد)، ۶- فعالیتهای یاددهی یادگیری (۱۱ استاندارد)، ۷- پرونده های و گزارشات سالیانه (۸ استاندارد)، ۸- پژوهش (۲۴ استاندارد)، ج) حوزه برون داد آموزشی: ۹- ارزشیابی: اثر بخشی برنامه (۱۸ استاندارد)، ۱۰- دانش آموختگان (۱۴ استاندارد). در اینجا به مهمترین استانداردها در هر حوزه و درصد مطلوبیت هریک از آنها اشاره می گردد. نکته: لازم به ذکر است که شرح کامل استانداردها در گزارش نهایی طرح تحقیقاتی شماره ۸۳۱۸۶ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان آمده است.

مربوط به حوزه درون داد آموزشی

حیطه ۱- کارکنان مسئول برنامه

۱-۱ وجود خط مشی های مشخص و دقیق در

مورد پذیرش اعضای هیأت علمی ذی صلاح (۹۷/۵٪).

۱-۲ وجود طرح سالیانه مکتوب و قابل اجرا برای حفظ و ارتقاء صلاحیت های حرفه ای اعضای

هیأت علمی (۹۷/۵٪).

۳-۱ وجود مستنداتی مبنی بر ارتقاء اعضای هیأت علمی در طول یک دوره چهار ساله (۹۵٪).
۴-۱ دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی ارشد پرستاری و حداقل ۳ سال سابقه کار برای هیأت علمی پرستاری در دانشکده (۹۷/۵٪).

۵-۱ وجود حداقل دو نفر هیأت علمی تمام وقت به ازای حداقل ۱۶ دانشجو (۹۱٪).

۶-۱ تناسب فعالیتهای آموزشی اعضای هیأت علمی پرستاری نسبت به سایر اعضای هیأت علمی دانشگاه (۹۷/۵٪).

حیطه ۲- دانشجویان

۱-۲ وجود خط مشی های روشن، مکتوب و در دسترس در مورد وضعیت پذیرش، انتقال، مرخصی تحصیلی، ادامه تحصیل، تغییر رشته، اخراج و انصراف دانشجویان (۹۷/۵٪).

۲-۲ تناسب تعداد دانشجو به ازای تعداد اعضای هیأت علمی پرستاری ذی صلاح و تمام وقت (پانزده دانشجو به ازای یک هیأت علمی در دروس نظری و حداکثر ۷-۸ دانشجو به ازای یک هیأت علمی در دروس بالینی (۹۲/۵٪).

۳-۲ مشارکت دانشجویان در ارزشیابی اعضای هیأت علمی، ارزشیابی دروس و دوره آموزشی (۷۷٪).

حیطه ۳- برنامه آموزشی

۱-۳ واگذاری طراحی، اجرا و کنترل برنامه ریزی درسی به عهده اعضای هیأت علمی، مدیران گروههای آموزشی و کمیته پایش (۸۵٪).

۲-۳ برگزاری دوره های آموزشی عمومی به طور مشترک با دانشجویان گروههای دیگر (۷۷٪).

۳-۳ اطلاع رسانی مناسب در مورد زمان و چگونگی اجرای برنامه درسی جهت داوطلبین ورود به رشته و دانشجویان پرستاری (۹۲/۵٪).
۳-۴ محتوای دوره آموزشی حداقل شامل موارد ذیل:

■ محتوای علوم بیولوژیکی و فیزیکی: بیوشیمی، آناتومی و فیزیولوژی، میکروبیولوژی، انگل شناسی، قارچ شناسی و ویروس شناسی، پاتولوژی، ژنتیک، فارماکولوژی، اپیدمیولوژی، تغذیه، ریاضیات کاربردی و آمار، کامپیوتر و سیستم اطلاع رسانی (۱۰۰٪).

■ محتوای علوم رفتاری و انسانی: روانشناسی (با تأکید بر مفاهیم تنیدگی و سازگاری)، جامعه شناسی، بوم شناسی و آشنایی با فرهنگها، رشد و تکامل، ارتباط و مهارتهای زندگی، آئین نگارش (فارسی و انگلیسی)، زبان انگلیسی (۹۵٪).

■ محتوای علم پرستاری: داخلی - جراحی بالغین، کودکان، مادر و نوزاد، سالمندی، بهداشت روان، مدیریت پرستاری، بهداشت جامعه، اصول و فنون پرستاری، تاریخ و تحولات پرستاری، روش تحقیق، اخلاق، قوانین و مقررات حرفه ای (۹۷/۵٪).

■ تجربیات بالینی (کارآموزی و کارآموزی در عرصه بصورت جامعه نگر) در زمینه موارد: پرستاری بیماریهای داخلی - جراحی، پرستاری کودکان، پرستاری بهداشت مادر و نوزاد، پرستاری سالمندی، مدیریت و رهبری در پرستاری، پرستاری بهداشت جامعه، پرستاری بهداشت روان، توانبخشی (۹۷/۵٪).

۳-۵ برگزاری کارگاههای آموزشی ارزیابی برنامه درسی و آموزشی حداقل یک سال در میان (۹۵٪).

حیطه ۴- منابع و تسهیلات

۱-۴ مشارکت اعضای هیأت علمی و کارکنان دانشکده در تدوین بودجه برنامه ای از طریق کسب پیشنهادات آنها (۹۵٪).

۲-۴ نظرسنجی از اعضای هیأت علمی در خصوص کفایت حقوق و مزایا (۹۲/۵٪).

۳-۴ وجود کتابخانه، مرکز کامپیوتر و مرکز سمعی-بصری مجهز و به روز در دانشکده (۹۵٪).

۴-۴ واگذاری رهبری کتابخانه برنامه پرستاری بر عهده یک کتابدار خبره و با مدرک کارشناسی ارشد (۸۲/۵٪).

۵-۴ وجود مستنداتی مبنی بر استفاده دانشجویان و اعضای هیأت علمی از منابع کتابخانه ای اعم از کتب و مجلات موجود در دانشکده (۸۷٪).

۶-۴ کفایت و مناسبت کلاس های درس، آزمایشگاهها و اتاق های کنفرانس از نظر تعداد، اندازه، نوع و در دسترس بودن برای تأمین نیازهای اعضای هیأت علمی (۹۷/۵٪).

۷-۴ وجود کلاس های درس و آزمایشگاهها با توجه به استانداردهای بهداشتی (نور، هوا، تهویه و ایمنی) (۹۷/۵٪).

۸-۴ وجود فضای مشترک و عمومی جهت ساعات استراحت برای اعضای هیأت علمی و دانشجویان و سایر کارکنان دانشکده (۹۷/۵٪).

۹-۴ وجود کلاس های درس و آزمایشگاههای مورد نیاز در محیطهای بالینی (۹۷/۵٪).

استانداردهای مربوط به حوزه فرایند آموزشی

حیطه ۵ - سازماندهی و اساسنامه دانشکده

۱-۵ اعتباربخشی دانشکده توسط ارگان ملی ذی ربط بطور ادواری هر چهار سال یکبار (۷۴/۵٪).
۲-۵ ارزیابی درونی دانشکده هر چهار سال یکبار و گزارش به ارگان ملی ذی ربط قبل از بازدید توسط تیم بازدید کنندگان (۷۶٪).

۳-۵ مشارکت نمایندگان اعضای هیأت علمی و دانشجویان در اجتماعات اصلی دانشگاه نظیر شوراهای تصمیم گیری و مشورتی (۹۰٪).

۴-۵ وجود خط مشی ها و آئین نامه های مدون، مکتوب و در دسترس عموم افراد در دانشکده (۹۰٪).

۵-۵ بیان نقش های اعضای هیأت علمی، مدیران و نمایندگان دانشجویان و چگونگی مشارکت آنها در رهبری برنامه آموزش پرستاری (۸۷/۵٪).

۶-۵ وجود اطلاعات به روز، دقیق، روشن و بدون تناقض در مورد ماهیت برنامه، ظرفیت و شرایط پذیرش دانشجو، ادامه و فراغت از تحصیل از طریق یک کاتالوگ یا بصورت منتشر در یکی از مجلات رسمی دانشکده یا سایت دانشکده (۱۰۰٪).

حیطه ۶ - فعالیتهای یاددهی - یادگیری

۱-۶ وجود برنامه منظم برای ارزشیابی فعالیتهای یاددهی - یادگیری در پایان هر ترم تحصیلی (۱۰۰٪).

۲-۶ انتخاب و اجرای روش های تدریس مناسب تئوری و بالینی توسط اعضای هیأت علمی (۱۰۰٪).

۳-۶ وجود مستندات مبنی بر انجام آموزش تئوری قبل یا همزمان با آموزش بالینی (۹۵٪).

۴-۶ وجود مستندات مبنی بر توجه به تفاوت های

فردی و فرهنگی در یادگیری دانشجویان (۷۷٪).

حیطه ۷ - پرونده ها و گزارشات سالیانه

۱-۷ نگهداری کلیه سوابق آموزشی همه دانشجویان ثبت نام شده بر طبق خط مشی های دانشکده (۹۵٪).

۲-۷ وجود تاریخ پذیرش؛ تاریخ انصراف یا فراغت از تحصیل؛ تاریخ تغییر رشته؛ تعداد واحدهای گذرانده شده؛ مواد درسی گرفته شده، مدرک یا گواهینامه اعطاء شده؛ امضای رئیس دانشکده، رئیس اداره آموزش و امضای الکترونیکی رسمی در کارنامه (۹۵٪).

۳-۷ نگهداری پرونده های جاری برنامه به طور محرمانه در یک مکان مطمئن (۹۲/۵٪).

۴-۷ وجود مستندات مبنی بر آگاه سازی خانواده دانشجویان از وضعیت پیشرفت یا افت تحصیلی و مشکلات انضباطی (۹۵٪).

حیطه ۸ - پژوهش

۱-۸ وجود برنامه ای مدون و مستند در خصوص برنامه ریزی و تدوین فعالیتهای پژوهشی (۹۷/۵٪).

۲-۸ وجود آئین نامه مدون در دانشکده جهت اشاعه و بکارگیری یافته ها و نتایج تحقیقات (۹۰٪).

۳-۸ وجود آئین نامه های مدون برای حمایت و استفاده از فعالیتهای علمی - پژوهشی اعضای هیأت علمی (۹۵٪).

۴-۸ وجود آئین نامه های مدون و مستند در خصوص سمینارها و همایش های دانشکده (۹۷/۵٪).

۵-۸ مشارکت اعضای هیأت علمی در برپایی سمینارها و همایش های دانشکده (۱۰۰٪).

۶- استانداردهای مربوط به حوزه برون داد

آموزشی

حیطه ۹- ارزشیابی: اثربخشی برنامه

۹-۱ وجود یک برنامه سالیانه ارزشیابی سیستماتیک همه جوانب برنامه آموزش پرستاری بطور مکتوب و قابل اجرا (۸۷/۵٪).

۹-۲ واگذاری تدوین و اجرای برنامه ارزشیابی سیستماتیک به اعضای هیأت علمی دانشکده (۸۲/۵٪).

۹-۳ وجود سیستمی برای ارزشیابی فعالیتهای پژوهشی، حرفه ای و اجتماعی اعضای هیأت علمی (۹۷/۵٪).

۹-۴ ارائه گزارشات ارزشیابی سالیانه به مراجع ذیصلاح از جمله بورد پرستاری کشور (۸۷/۵٪).

حیطه ۱۰- دانش آموختگان

۱۰-۱ پاسخگویی دانشکده برای تأیید اتمام رضایت بخش برنامه آموزش پرستاری در زمان اعلام فارغ التحصیلی (۹۵٪).

۱۰-۲ وجود خط مشیهای مکتوب برای تعیین پیشرفت و فراغت از تحصیل دانشجویان (۹۵٪).

۱۰-۳ وجود مستنداتی مبنی بر موفقیت دانش آموختگان در کسب مهارتهای بالینی پرستاری (۹۰٪).

۱۰-۴ وجود شواهدی مبنی بر پیگیری موفقیت تحصیلی فارغ التحصیلان در مقاطع بالاتر (۸۲/۵٪).

بحث

بررسی اظهار نظرات و پیشنهادات واحدهای مورد پژوهش در مرحله سوم پژوهش، نشان داد که اکثر استانداردها از وضعیت مطلوب و نسبتاً

مطلوب برخوردار بوده و تنها مواردی آراء صد در صد را در سطوح مطلوب و نسبتاً مطلوب به خود اختصاص نداده است که عمدتاً مباحثی نظیر مشارکت دانشجویان، پرستاران بالینی، دانش آموختگان و کارفرمایان در برنامه؛ تدوین محتوای دوره آموزشی توسط دانشکدهها؛ و استفاده از مدرسین بالینی کمکی در آموزش دانشجویان را مطرح می نمود. به نظر می رسد که عمده ترین علل عدم مطلوبیت اینگونه استانداردها، وجود سیستم آموزشی متمرکز و وضعیت حاکم بر سیستم آموزش پرستاری کشور باشد. بدین لحاظ تغییرات لازم در استانداردهای نهایی بر اساس پیشنهادات و نظرات اصلاحی واحدهای مورد پژوهش و بر اساس درصد مطلوبیت آنها بوده است، به نحوی که استانداردهای با درصد مطلوبیت ۹۵ تا ۱۰۰ عیناً آورده شده است؛ مگر آنکه اصلاح ویرایشی مد نظر بوده است. استانداردهای با درصد مطلوبیت ۷۰ تا ۹۵ بر اساس پیشنهادات اصلاحی خود واحدهای مورد پژوهش و نظراساتیدراهنما اصلاح گردیده است. استانداردهای با درصد مطلوبیت کمتر از ۷۰ حذف گردیده است. در نهایت ۲۶۰ استاندارد پیشنهادی در ۱۰ حیطه اعتباربخشی جهت آموزش کارشناسی پرستاری در ایران ارایه شده که مورد اجماع نهایی واقع گردید. در اینجا به بحث و بررسی پیرامون عمده ترین استانداردهای نامطلوب یا نسبتاً مطلوب پرداخته می شود:

استاندارد: برگزاری اعتبار بخشی دانشکده

پرستاری داوطلب توسط یک ارگان ملی مناسب

این استاندارد، مربوط به استانداردهای تصویب برنامه های پرستاری در آلاباما (۹)، استانداردهای تصویب برنامه های پرستاری در اورگان (۱۰) و استانداردهای اعتبار بخشی آموزش پرستاری در میسی سیپی (۱۱) می باشد، که با نظر واحدهای مورد پژوهش بدین نحو تغییر کرده است: « اعتبار بخشی دانشکده توسط ارگان ملی ذی ربط بطور ادواری هر ۴ سال یکبار ». به نظر می رسد که توجیه آن، مبهم بودن رویکرد اعتبار بخشی در استاندارد مذکور باشد، چرا که اگر رویکرد اعتبار بخشی موسسات آموزشی در ایران دولتی باشد، اعتبار بخشی دانشکده های پرستاری اجباری خواهد بود. از طرفی در این استاندارد، زمان انجام اعتبار بخشی عنوان نشده بود که می تواند دلیلی بر ابهام بیشتر آن باشد. اصلاحات اعمال شده در استاندارد فوق الذکر، بر وضوح آن افزوده است.

استاندارد: وجود خط مشی هایی برای مشارکت

دادن منظم دانشجویان در تدوین و ارزشیابی

برنامه آموزش پرستاری

این استاندارد مربوط به استانداردهای تصویب برنامه های پرستاری در آلاباما می باشد که طبق نظر واحدهای مورد پژوهش، ۲۰ درصد نسبتاً مطلوب و ۱۰ درصد نامطلوب قلمداد شده است. بر اساس دیدگاه چند تن از واحدهای مورد پژوهش، برنامه درسی پرستاری در ایران به شکلی طراحی نشده است که انتظار برود دانشجویان بطور آگاهانه، آمادگی شرکت منظم

در تدوین و ارزشیابی برنامه را داشته باشند. با این وجود استفاده از اظهار نظر دانشجویان بعنوان جزیی از ابعاد ارزشیابی برنامه مطلوب تر است و بدین لحاظ دانشجویان بایستی از کل برنامه آگاهی داشته باشند. از طرفی هم واحدهای مورد پژوهش، ارزشیابی برنامه آموزش پرستاری را تنها توسط دانشجویان، نامطلوب عنوان کرده و مشارکت جمعی اعضاء هیأت علمی، دانشجویان و دانش آموختگان را در ارزشیابی برنامه آموزش پرستاری مطلوب تر قلمداد کرده اند. در این میان، در چندین استاندارد دیگر نیز به نوعی اهمیت این موضوع بیان گردیده است، که این مساله نقش برجسته مشارکت دانشجویان را در برنامه ریزی ها و ارزیابی هادرسیتسم های آموزشی کشورهای دیگر روشن می سازد. با این وجود با توجه به مطالب فوق الذکر، این استاندارد حذف گردیده است.

استاندارد: مشارکت پرستاران بالینی در تدوین

برنامه درسی

این استاندارد مربوط به استانداردهای آموزش پرستاری سنگاپور (۱۲) می باشد که طبق نظر واحدهای مورد پژوهش، ۳۰ درصد نسبتاً مطلوب و ۱۰ درصد مطلوب گزارش شده است. به نظر می رسد که علت آن، وضعیت حاکم بر سیستم آموزش پرستاری کشور می باشد که بر این اساس، نقش پرستاران بالینی را در زمینه برنامه ریزی آموزش پرستاری، کم رنگ جلوه می دهد. با این وجود، بنا به پیشنهاد واحدهای مورد پژوهش می توان از نظرات و پیشنهادات پرستاران بالینی ذی صلاح جهت

تدوین برنامه درسی بهره گرفت. بدین لحاظ استاندارد فوق الذکر بدین شکل اصلاح گردید. « بررسی نظرات پرستاران بالینی واجد صلاحیت در تدوین برنامه درسی».

استاندارد: توسعه علمی و عملی برنامه از طریق دوره های آموزشی یادگیری از راه دور (Distance Learning) و یادگیری الکترونیکی (E-Learning)

این استاندارد از استانداردهای انجمن ملی اعتبار بخشی پرستاری (۱۳) استخراج گردیده است که ۳۰ درصد واحدهای مورد پژوهش، آنرا نسبتاً مطلوب و ۱۰ درصد نامطلوب عنوان کرده اند. طبق اظهار نظرات واحدهای مورد پژوهش، این استاندارد از طرفی در شرایط فعلی کشور ما، با توجه به عدم وجود امکانات، تسهیلات و نیروی لازم، امکانپذیر نمی باشد و از طرف دیگر تنها در مقطع تحصیلات تکمیلی

پرستاری ۳- غنی ساختن بخش پژوهش در دانشکده ها ۴- برقراری ارتباط نزدیک تر بین دانشجویان، فارغ التحصیلان و کارکنان مسئول دانشکده ۵- مشاوره تحصیلی دانشجویان و آگاه سازی خانواده ها از وضعیت تحصیلی و انضباطی آنها ۶- تجدید نظر دوره ای واحدهای مصوب برنامه ۷- برقراری ارتباط بیشتر بین دانشکده و مراکز بالینی ۸- تجهیز مراکز بالینی با شرایط استاندارد ۹- صرف بودجه دانشکده بر مبنای کلان نگری ۱۰- اجرای آزمون جامع پرستاری به منظور اعطای مجوز کار بالینی نه اعطای مدرک تحصیلی ۱۱- ارتقاء درجه علمی اعضاء هیأت علمی بر مبنای سوابق علمی و پژوهشی.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش، در پایان امید است که مسئولین وزارت خانه (نظام آموزش پرستاری) با بکارگیری استانداردهای آموزش پرستاری از

سرویس های

از کلیه اعضای هیأت علمی دانشکده های پرستاری و مامایی سراسر کشور، اعضای هیأت بود پرستاری و دانشجویان مقطع دکترای پرستاری که از دیدگاهها، راهنماییها و پیشنهادات آنها در اجرای پژوهش حاضر بهره فراوان گرفته شده است، تقدیر و تشکر می گردد.

گردد، این استاندارد در پیشنهادات نهایی ملحوظ گردیده است. در ضمن عمده ترین پیشنهادات واحدهای مورد پژوهش که در استانداردهای نهایی لحاظ گردیده است پیرامون موارد ذیل بوده است: ۱- وجود کمیته های تخصصی پایش در هر بخش دانشکده ۲- در نظر گرفتن نیازهای جامعه در برنامه آموزش

منابع

۱. نیایی مازیار، ارزشیابی و اعتباربخشی برنامه و مؤسسه، مجله پیک آموزش، شماره ۹، ص: ۹
2. Mirzazadeh Azim. Accreditation: a Means for Improving the Quality of Medical Education who –wFME Task Force accreditation . Available from: URL: <http://dbase.irandoc.ac.ir>
3. Smith L S. Said another way: is nursing an academic discipline. Nursing Forum. 2000 Jan – Mar: 25.
4. American Association of Colleges of Nursing. An alliance for accreditation of nursing higher education. 2002. Available from: URL: <http://www.aacn.nche.edu/Media/Backgrounders/accredfct.htm>
۵. میرزا محمدی محمد حسن، فولادی حوریه. فرایند تدوین اهداف در ارزیابی درونی دانشگاههای علوم پزشکی شورای نظارت ارزشیابی و گسترش دانشگاههای علوم پزشکی کمیته تدوین اهداف گروههای آموزشی ۱۳۷۹، ص: ۵.
۶. فرزین پور فرشته. اعتباربخشی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دبیرخانه نظارت، ارزشیابی و گسترش دانشگاههای علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تیر ۱۳۷۸، ص: ۵.
۷. یارمحمدیان محمد حسین. اعتباربخشی در آموزش عالی، کاتالوگ نخستین سمینار کشوری ارزیابی و اعتباربخشی در آموزش، معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اهواز، ۱۳۸۰.
۸. حسینی فخرالسادات و همکاران. بررسی فرایند تدوین استانداردهای اعتباربخشی در مکزیک، کاتالوگ نخستین سمینار کشوری ارزیابی و اعتباربخشی در آموزش، معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اهواز: ۱۳۸۰.
9. Alabama Board of Nursing. Nursing education programs. 2002. Available from: URL: <http://abn.state.al.us/main/downloads/admin-code/chapter%20610-x-3.doc>
10. Oregon State Board of Nursing. Standards for the approval of educational programs in nursing preparing candidates for licensure as practical or registered nurses, 2002-2003, Available from: URL: <http://www.oregon.gov/OSBN/pdfs/npa/Div21.pdf>
11. Board of Trustees of State Institutions of Higher Learning. Standards for accreditation. 1999. Available from: URL: http://www.nursingms.org/nur_std1.pdf
12. Singapore Nursing Board, Standards for nursing education. 1999. Available from: URL: <http://www.snb.gov/home/publish/stdseduc.htm>
13. NLNAC. Accreditation standards and criteria for academic quality of post-secondary and higher degree programs in nursing. 2003. Available from: URL: <http://www.nlnac.org/manual%20&%20IG/2003Editaon/manual-111.pdf>

تأثیر اجرای نمایش روانی گروهی بر وضعیت روانی زنان بستری در مرکز روانپزشکی رازی تهران

نویسندگان:

فاطمه ابراهیمی بلیل^۱، ابوالفضل ره گوی^۲، مهدی رهگذر^۳، حمیدرضا خانکه^۴

۱. کارشناسی ارشد روان پرستاری

۲. کارشناسی ارشد روانپرستاری، عضو هیئت علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳. استادیار گروه آمار و کامپیوتر دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۴. عضو هیئت علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

چکیده

زمینه و هدف: تغییرات اساسی در سلامت جامعه باعث ایجاد تغییر در اداره بیماریهای روانی مزمن شده است. بیماریهای روانی مزمن اختلالاتی نامعلوم، مزمن، با دوره های تکرار شونده و علایم روانی هستند که عملکرد شخص را شدیداً تحت تأثیر قرار میدهند. این تحقیق جهت تعیین تأثیر اجرای نمایش روانی گروهی بر وضعیت روانی زنان بستری انجام گرفته است.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی بوده که در مرکز آموزشی و درمانی روانپزشکی رازی تهران انجام گردیده است. جامعه پژوهش شامل بیماران روانی مزمن زن بستری در آن مرکز بوده که از بین آنها سی بیمار روانی مزمن زن واجدمعیارهای ورودی پژوهش انتخاب و به روش بلوک بندی تبدیلی تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تخصیص یافتند. سپس وضعیت روانی آنان توسط مقیاس مختصر بررسی وضعیت روانی بررسی شد. آنگاه ۱۲ جلسه نمایش روانی گروهی برای گروه مداخله اجرا گردید. پس از اتمام مداخله وضعیت روانی بیماران مجدداً اندازه گیری شد و داده های جمع آوری شده با آزمونهای کولموگروف اسمیرنوف، کای اسکوتر و آنالیز کوواریانس تحلیل گردید.

یافته ها: وضعیت روانی قبل از مداخله در دو گروه اختلاف معنی دار نداشت. همچنین بین وضعیت روانی بیماران قبل و بعد از اجرای نمایش روانی در گروه کنترل اختلاف معنی دار آماری مشاهده نگردید ولی وضعیت روانی بیماران قبل و بعد از اجرای نمایش در گروه مداخله اختلاف معنی دار آماری را نشان داد ($p=0/000$).

نتیجه گیری: اجرای نمایش روانی گروهی سبب بهبود وضعیت روانی بیماران زن در گروه مداخله شد. که مطالعات بیشتر با تعداد نمونه بیشتر و هم چنین بررسی گروههای دیگر اجرای این درمان را کاربردی تر خواهد کرد.

واژه های کلیدی: نمایش روانی، وضعیت روانی، زنان

مقدمه

در حال حاضر چهل میلیون نفر در سراسر جهان از اختلالات شدید روانی رنج می‌برند و بیش از نود درصد جمعیت کشورهای در حال رشد عملاً از هیچ‌گونه مراقبت بهداشت روانی بهره‌ای نمی‌برند (۲) آمار ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت در مورد میزان شیوع اختلالات روانی و ناتوانی‌های ناشی از آن تا حدودی در کشور ما نیز صادق است (۳) در طول سه دهه اخیر مراقبت از بیماران روانی مزمن در نظام بهداشت روانی مورد توجه فزاینده بوده است. بالا بودن پذیرش این بیماران در بیمارستانها، عودهای پی در پی، هزینه‌های بالای درمان بیماران، عدم هماهنگی بین ارائه خدمات بیمارستانی و نیاز جامعه فشار شدید بیمار روانی بر خانواده و نارضایتی بیمار و خانواده بیماران از کیفیت خدمات موجود ضرورت توجه بیشتر به بیماران روانی مزمن را مطرح نموده است (۴) اختلالات روانی در تمام جوامع بار سنگینی را بر بهداشت عمومی تحمیل می‌نماید. علاوه بر آن بار ناتوانی‌های ناشی از اختلالات روانی در جهان ده‌ونیم درصد و در ایران یازده درصد می‌باشد. از این رو باید توجهی خاص و جدی نسبت به مسایل روانی کشور مبذول گردد (۵) در بررسی وضعیت روانی وضع ظاهری و وضعیت فیزیکی، خلق و عاطفه، ویژگی‌های تکلم، درک، محتوای تفکر، حس و شناخت، قضاوت و بینش بیمار مورد بررسی قرار می‌گیرد (۴) از جمله روان‌درمانی‌های مورد استفاده در درمان بیماران مزمن روانی گروه درمانی بوده که انواع رویکردهای آن می‌توان به نمایش روانی

اشاره کرد (۷ و ۶) که ممکن است به عنوان آمیزه‌ای از روان‌درمانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی، نمایش مشکلات روانی، اجتماعی در نظر گرفته شود (۸ و ۹) در نمایش روانی که روشی برای بررسی روابط عاطفی و مشکلات فرد با دیگران می‌باشد، پس از پایان ایفای نقش اعضای گروه باید پاسخ خود را بصورت بازگو کردن احساسات خود نسبت به ایفای نقش بگویند و این عکس العمل بعنوان باز خوردی برای تغییر رفتار فرد مورد استفاده قرار می‌گیرد (۸ و ۱۰) نمایش روانی گروهی بیش از هر نوع درمان گروهی و انفرادی دیگر برای بیماران در جهت بالا بردن اعتماد به نفس، اجتماعی شدن، احساس شادمانی و احترام به خود، رعایت موارد بهداشتی و مقررات بخش و همچنین همانند سازی با دیگر بیماران ارزش دارد (۸ و ۱۱) و می‌تواند در کلیه مراکزی که به نحوی با بهداشت، درمان، پرستاری و آموزش بیماران روانی سر و کار دارند به کار رود (۱۲) با توجه به تحقیقات ذکر شده اثبات موثر بودن روشهای درمانی ترکیبی به نظر می‌رسد که نمایش روانی می‌تواند به عنوان روشی مجزا یا به صورت ترکیبی با سایر روشهای درمانی در درمان بیماریهای روانی مزمن و عوارض ناشی از آن و بهبود این بیماران مورد استفاده قرار گیرد و این مطالعه با هدف تعیین تاثیر اجرای نمایش روانی گروهی بر وضعیت روانی بیماران روانی مزمن زنان بستری در بیمارستان رازی تهران انجام گرفته است.

روش کار

این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی^۱ است که به منظور تعیین تاثیر اجرای نمایش روانی گروهی بر وضعیت روانی بیماران روانی مزمن زن بستری در مرکز روانپزشکی رازی تهران در سال ۱۳۸۵ بر روی ۳۰ بیمار روانی مزمن زن واجد معیارهای ورودی پژوهش انجام گرفت. واحدهای پژوهش از بخشهای فارابی بلوکهای سه و چهار (بخش های بستری بیماران مزمن) انتخاب شده و به روش بلوک های تبدیل تصادفی^۱ به دو گروه کنترل و مداخله تخصیص یافتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش مقیاس مختصر وضعیت روانی^۲ که برای اندازه گیری وضعیت روانی شامل بیست سوال و فرم اطلاعات دموگرافیک بوده است. قبل از انجام مداخله وضعیت روانی بیماران با مقیاس مختصر بررسی وضعیت روانی، به ترتیب در سه نوبت و در شیفیت صبح یک روز در میان در طول یک هفته توسط محقق اندازه گیری شد سپس گروه مداخله تحت ۱۲ جلسه نمایش روانی در جلسه های یک ساعته دو بار در هفته به مدت شش هفته قرار گرفتند. و گروه کنترل درمانهای معمول^۳ را ادامه دادند. در طول این جلسات علاوه بر ایجاد فرصت برای بیماران جهت بازی در نقش های افراد دلخواه یا مورد تنفر و ایجاد موقعیتی برای ابراز تعارضات درونی از تکنیک های تسهیل سازی جهت ایجاد تعامل بین افراد، تکنیک تخلیه جهت بیان راحت ذهنیات، تکنیک

تبادل نظر برای ایجاد احترام متقابل، جایگزینی، همانند سازی، برون فکنی و غیره نیز استفاده گردید. یک روز بعد از اتمام مداخله تعیین وضعیت روانی واحد های پژوهش در هر دو گروه آغاز شد و در طول یک هفته بعد از اتمام مداخله در سه شیفیت صبح مانند پیش آزمون وضعیت روانی بیماران اندازه گیری گردید. و نهایتاً داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار spss version 11 و آزمونهای تی مستقل، آزمون تی زوج، روش آنالیز کوواریانس، آزمون کای اسکور، ولوین مورد پردازش قرار گرفتند و از آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع میانگین وضعیت روانی قبل و بعد از مداخله و نرمال بودن توزیع میانگین سن، طول مدت بستری، طول مدت تشخیص بیماری و تفاضل میانگین وضعیت روانی قبل و بعد از مداخله بیماران روانی مزمن استفاده شد.

یافته ها

یافته ها نشان داد که بیشتر افراد متاهل با ۶۰ درصد در گروه مداخله و بیشتر مجردها با ۶۰ درصد در گروه کنترل قرار داشتند ($p=0/466$)، میانگین سن در گروه مداخله $38/6 \pm 7/23$ و در گروه کنترل $41/07 \pm 9/04$ بوده که اختلاف معنی داری نداشتند ($p=0/416$) مقطع تحصیلی ابتدایی با ۶۰ درصد در گروه کنترل و مقطع راهنمایی با ۴۰ درصد در گروه مداخله بیشترین درصد را دارا بودند ($p=0/456$) میانگین طول مدت بستری در گروه

1- Randomized Permutrd Blocks
2-Breif Psychiatrich rating scale(BPRS)
3-Routine Treatment

مداخله ۲۴/۲±۷ سال و در گروه کنترل به ترتیب ۶۹/۲±۸/۳۳ سال می باشد و مقایسه نشان می دهد دو گروه اختلاف معنی داری نداشتند ($p=0/220$). میانگین طول مدت تشخیص در گروه مداخله ۸۶/۲±۱۰/۸۰ سال و در گروه کنترل دارای میانگین ۸۷/۲±۱۰/۸۷ می باشد و دو گروه اختلاف معنی داری نداشتند ($p=0/942$) دو گروه از نظر متغیرهای میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، سن، طول مدت بستری و طول مدت تشخیص بیماری همسان بودند ($p>0/05$) نتایج نشان داد که بین میانگین وضعیت روانی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل اختلاف معنی دار آماری وجود نداشت ($p=0/606$) یافته ها اختلاف معنی دار آماری در میانگین وضعیت روانی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله را نشان دادند ($p<0/05$)، نتایج مربوط به یافته های بین گروهی نشان دهنده اختلاف معنی دار بین میانگین وضعیت روانی بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل نمی باشد ($p=0/302$)

بحث

نتایج آماری پژوهش حاضر کاهش میانگین وضعیت روانی واحدهای پژوهش بعد از اجرای نمایش روانی گروهی در گروه مداخله را نشان داد که با نتایج تحقیق یون^۱ تحت عنوان مدل یک روزه درمانی در بیماران روانی که در سال

(۱۹۹۷) انجام گردیده است و نشان دهنده بهبود وضعیت روانی از جمله بهبود شکایات منفی مربوط به بیماری، افزایش رضایت از زندگی، ابراز وجود و کاهش مدت اقامت در بیمارستان بوده است همخوانی دارد (۱۳). هم چنین با نتایج تحقیق بررسی تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری در درمان آسیبهای اجتماعی و شکایات منفی بیماران روانی مزمن که توسط دانیلز^۲ در سال ۱۹۹۸ و ماریاسن^۳ ۲۰۰۶ انجام شده و نشان داده است که آموزش رفتارهای تعاملی از طریق گروه درمانی به صورت ترکیبی از تکنیکهای گروه درمانی و شناخت- رفتار درمانی باعث افزایش صلاحیت اجتماعی و بهبود شکایات منفی بیماران اسکیزوفرنیک مزمن می شود هم خوانی دارد (۱۴ و ۱۵). هم چنین نتیجه تحقیق سرداری پور تحت عنوان بررسی تاثیر اجرای نمایش روانی گروهی بر میزان اعتماد به نفس بیماران اسکیزوفرنیک مزمن بستری در مرکز روانپزشکی رازی تهران در سال ۱۳۷۷ نشان دهنده تاثیر نمایش روانی در افزایش اعتماد به نفس در بیماران اسکیزوفرنیک مزمن بوده است (۸). میانگین وضعیت روانی واحدهای پژوهش در گروه مداخله قبل و بعد از اجرای نمایش روانی تفاوتی معنی داری پیدا کرده است ولی مقایسه میانگین وضعیت روانی واحدهای پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله اختلاف معنی داری را نشان نمی دهد که محقق عقیده دارد در تحقیقات بعدی می توان با در نظر گرفتن

2- Daniels
3- Mariasen

1- Yoon

مرکز فوق وسایر مراکز درمانی، بعد از انجام پژوهش‌های مشابه و اخذ نتیجه مثبت استفاده گردد.

پیشنهادهات

با توجه به یافته‌های پژوهش و تاثیر اجرای نمایش روانی گروهی که سبب بهبود وضعیت روانی بیماران روانی مزمن زن بستری در مرکز روان پزشکی رازی گردید پیشنهاد می‌گردد که از این شیوه جهت بهبود وضعیت روانی سایر بیماران روانی مزمن، در مرکز فوق وسایر مراکز درمانی، بعد از انجام پژوهش‌های مشابه و اخذ نتیجه مثبت استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

در آخر از گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ریاست محترم مرکز روان پزشکی رازی، سر پرستاران محترم بخشهای فارابی، بلوک یک و چهار مرکز روان پزشکی رازی، کلیه واحد های پژوهش، واحد گروه درمانی و نمایش درمانی مرکز روان پزشکی رازی، مخصوصاً آقای خوش گفتار که در انجام این تحقیق نهایت همکاری را داشتند تقدیر و تشکر می‌گردد.

عواملی مثل جلسات نمایش روانی به صورت پی گیری بعد از مداخله، زمان برگزاری پس آزمون، فاصله بین جلسات، افزایش حجم نمونه و کنترل عواملی مثل روابط بین فردی و اجتماعی مختل، هزینه های جانبی، نقص خود مراقبتی بیماران به دلیل ماهیت بیماریشان و عدم اطمینان به آینده از طرف بیماران می تواند منجر به ایجاد نتایج منفی در تحقیق حاضر شده باشد می توان نتیجه مورد انتظار را از مطالعه اخذ کرد. محدودیتهایی که در مطالعه دیده شد شامل هم نشینی واحدهای پژوهش با سایر بیماران بستری در بلوک ها موجب کم شدن تاثیر واقعی گروه درمانی در بین جلسات شده، میزان دقت و صداقت در پاسخگویی به سوالات پرسشنامه ها در واحدهای مورد پژوهش احتمالاً یکسان نبوده و نیز تفاوت های فرهنگی، تربیتی واحدهای پژوهش، رژیم دارویی، رژیم غذایی واحدهای مورد پژوهش بود که در ایفای نقش بی تاثیر نبوده که خارج از کنترل پژوهشگر بوده است

نتیجه گیری

رازی گردید پیشنهاد می‌گردد که از این شیوه جهت بهبود وضعیت روانی سایر بیماران روانی مزمن، در

منابع

- ۱- ثنایی باقر. روان درمانی و مشاوره گروهی. تهران: انتشارات شرکت سهامی چهر. ۱۳۸۱
- ۲- اردشیرزاده منصوره. بررسی مقایسه ای فشار روانی و راهبردهای مقابله ای در مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مزمن و مراقبین بیماران دوقطبی. (پایان نامه دکتری) تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۳
- ۳- صمدی رجب. مبانی نظری طرح ساماندهی بیماران روانی. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۷۷، ص: ۱.
- ۴- کاپلان هرولد، سادوک ویرجینیا، سادوک بنیامین. خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری. ترجمه: حسن رفیعی، فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند. ۱۳۸۲.
- 5- Hamamci Zeynep. Integrating psychodrama and cognitive behavioral Therapy to treat moderate depression. The Art in Psychotherapy 2006: 33. p. 199-207
- ۶- بلانر آدام. درون پردازی: روان درمانی با شیوه های نمایشی. ترجمه: حسن حق شناس، حمید اشکانی، لیلیا ساکی. تهران: رشد. ۱۳۸۳.
- 7- Action Methods in Marriage and Family Therapy: A Review Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry 58(2) 2005 86-104
- ۸- سرداری پور مسلم. بررسی تاثیر اجرای نمایش روانی گروهی بر میزان اعتماد به نفس بیماران اسکیزوفرنیک مزمن بستری در مرکز روانپزشکی رازی (پایان نامه کارشناسی ارشد). تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۷۷
- 9- WHO and European commission in the field of mental health. WHO press Release 1999 Apr. N2: 17. p. 3.
- 10- The Integration of Psychodrama With Bowen's Theories in Couples Therapy Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, & Sociometry Volume 58, Number 2 Summer 2005 Pages 70 - 85
- 11- What is Psychodrama and Action Methods? Monday 10th, Tuesday 11th and Wednesday 12th November 2008, and Monday 8th and Tuesday 9th December 2008 9.30 am - 4.30 pm Jordanhill Campus
- 12- Web sit of the National Qualification of Art Therapies Associations. Drama Therapy. 2001 SEP16.
- 13- Yoon Sc, Lee Hk, Kim Sj, Seong Sk, Hahm W, Lee Kh. A day hospital Model for integrated therapy of psychotic patients. Korean euro psychiatry Assoc. 1997 Nov 36. p. 969-86.
- 14- Daniels Linda, a Group Cognitive- Behavioral and Process- Oriented Approach to Treating the Social Impairment and Negative Symptoms Associated With Chronic Mental Illness' Psychotherapy Practice and Research. 1998 Apr7. p. 167-76.
- 15- Mariasenecosta Elisabeth, Antonio rosilda, Britto Marcio, de Macedosoares, s: qulater Rev Bras. Interpersonal Therapy: abrief and Focal model. AJN 2006 1. P.3-40

عوامل ایجاد کننده هنجارهای مؤثر بر رفتار کشیدن سیگار در دانشجویان

نویسندگان:

عزیز کامران^۱، افشان شرقی^۲

۱. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۲. استادیار پزشکی اجتماعی هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

چکیده:

زمینه و هدف: استعمال سیگار یکی از چالشهای سلامت جهانی و یکی از عوامل خطر مرگ هم در کشورهای پیشرفته و هم در کشورهای در حال توسعه به شمار میرود. این مطالعه با هدف تعیین عوامل ایجاد کننده هنجارهای مؤثر بر رفتار کشیدن سیگار در دانشجویان انجام گردیده است.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی می باشد که جامعه آماری آن را تعداد ۶۵ نفر از دانشجویان سیگاری ساکن خوابگاههای علوم پزشکی اردبیل تشکیل می دهند نمونه گیری بصورت در دسترس و با مشاهده دانشجوی در حال استعمال سیگار در خوابگاه و پرکردن پرسشنامه محقق ساخته انجام گردید. پس از جمع آوری داده ها، جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده و از آزمونهای آماری X² و آنالیز واریانس استفاده گردید.

یافته ها: براساس یافته های این پژوهش میانگین سنی دانشجویان ۲۱/۵۸ سال و میانگین تعداد سیگار استعمال شده، ۶ نخ در روز بود. اکثریت دانشجویان در مقطع تحصیلی کاردانی ۴۷/۷ درصد و بیشترین تعداد مربوط به دانشجویان پیراپزشکی با ۳۵/۴ درصد بودند. یافته ها نشان از سیگاری بودن ۵۲/۳ درصد پدران و ۱۸/۵ درصد برادران جامعه آماری می داد. ۶۰ درصد دانشجویان اعلام کردند که پس از ورود به دانشگاه استعمال سیگار را شروع کرده اند. بیشترین فراوانی نرمهای هنجاری مربوط به دوستان سیگاری با ۴۰ درصد و سپس والدین سیگاری با ۲۷/۷ درصد بود. درعوامل قادرکننده بیشترین فراوانی مربوط به ارزانی سیگار با ۴۴/۶ درصد و دسترسی آسان به سیگار ۳۵/۴ درصد و رتبه بعدی به عدم وجود تعقیب رفتاری از سوی والدین با ۱۰/۸ درصد تعلق داشت. بیشترین دلایل اعلام شده از سوی دانشجویان در مورد استعمال اولین سیگار، استعمال تفنی و تفریحی (۳۰/۸٪)، یادگیری از دیگران (۲۳/۱٪) و مشکلات عاطفی (۲۳/۱٪) بود.

نتیجه گیری: نگرش مثبت والدین و همسالان به سیگار کشیدن از عوامل اثرگذار و مؤثر بر شروع استعمال سیگار است.

واژه های کلیدی: هنجار، رفتار، سیگار، دانشجو

مقدمه

استعمال سیگار یکی از چالشهای سلامت جهانی و یکی از عوامل خطر مرگ هم در کشورهای پیشرفته و هم در کشورهای در حال توسعه به شمار میرود. سیگار تقریباً می تواند روی تمام اندامهای بدن تاثیر بگذارد و ارتباط آن با بیماریهای قلبی عروقی و سرطان ریه بطور وسیع شناخته شده است و تخمین زده می شود که استعمال جهانی سیگار ۶۰۰ میلیون نخ در روز است. علی رغم اینکه استعمال سیگار در پایان قرن بیستم، سالیانه سبب مرگ ۳ میلیون نفر در جهان می شد. پیش بینی می شود که این تعداد تا سال ۲۰۲۰ میلادی به ۱۰ میلیون نفر برسد که در کشورهای در حال توسعه میزان آن بسیار بیشتر از کشورهای پیشرفته خواهد بود. همچنین پیش بینی می گردد که تا سال ۲۰۳۰ میلادی ۷۰ درصد مرگهای سالیانه ناشی از استعمال سیگار در سطح جهان در کشورهای در حال توسعه رخ دهد (۱). در کشورهای پیشرفته تلاشهای گسترده ای صورت گرفته تا شیوع استعمال سیگار را کاهش دهند اما تعداد سیگاری ها در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است (۲). براساس برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۵ مصرف سیگار در مقایسه با ایدز ۵۰ درصد مرگ و میر بیشتری در بر خواهد داشت و ۱۰ درصد تمامی مرگ ها در جهان مرتبط با مصرف سیگار خواهد بود. در شرایطی که بین سالهای ۲۰۰۲ تا ۲۰۳۰ در کشورهای پیشرفته مرگ های ناشی از سیگار ۹ درصد کاهش نشان خواهد داد این

میزان در کشورهای در حال توسعه ۲ برابر خواهد شد (۳). مطالعات انجام شده در زمینه شیوع مصرف سیگار در جوانان ایرانی حاکی از آن است که مصرف سیگار یک مشکل بهداشت عمومی است. در ایران ۲۱ درصد مردان و ۷ درصد زنان بالای ۱۹ تا ۴۹ سال سیگار می کشند (۴). مطالعات ونگ^۱ نیز نشان داد که تاثیر داشتن برادران و خواهران سیگاری در بروز رفتار کشیدن سیگار روی مرد و زن متفاوت است (۵). همچنین مطالعات متمرکز به روی رفتار کشیدن سیگار نشان دادند که داشتن همسالان و دوستان سیگاری خطر گرایش به این رفتار را در میان نوجوانان افزایش می دهد. اما مطالعات انجام یافته تأثیر سیگار کشیدن اعضای خانواده و دوستان به روی جنس مرد و زن را متفاوت نشان می دهند (۶). مطالعه مصرف سیگار در دانشجویان اهمیت ویژه ای دارد؛ زیرا رفتار سیگار کشیدن در دانشجویان شاخص مفیدی از مصرف سیگار توسط جوانان است و از سوی دیگر نقش الگوئی دانشجویان نسبت به جوانترها می تواند نقش مهمی در افزایش یا کاهش شیوع مصرف سیگار در سطح جامعه داشته باشد. این مطالعه با هدف بررسی عوامل هنجاری موثر بر رفتار کشیدن سیگار در دانشجویان خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در سال ۱۳۸۷ انجام شد تا زمینه ای برای اقدامات موثرتر در جهت پیشگیری از این رفتار پرخطر و مضر برای سلامت فراهم نماید.

1.wang

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که جامعه آماری آن را تعداد ۶۵ نفر از دانشجویان سیگاری ساکن خوابگاههای علوم پزشکی اردبیل تشکیل می دهند، نمونه گیری به روش در دسترس انجام شد بدین ترتیب که با حضور پرسشگر در خوابگاهها و با مشاهده دانشجوی در حال استعمال سیگار پس از توضیح اهداف مطالعه، در صورت تمایل فرد به شرکت در طرح و پرکردن پرسشنامه، در مطالعه شرکت داده شد. از مشخصات جامعه آماری و نمونه ها و از معیارهای ورود به مطالعه، استعمال حداقل یک نخ سیگار در روز، ساکن بودن در خوابگاه و تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل بود. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای شامل ۱۰ سوال در بخش مشخصات دموگرافیک، ۱۲ سوال در بخش سوالات آگاهی و ۱۰ سوال نگرشی با مقیاس لیکرت، سوالات باز و چند گزینه ای در قسمت عوامل قادر ساز و نرمهای هنجاری بود، اعتبار علمی پرسشنامه از طریق آزمون آلفا کرونباخ $0/89$ بدست آمد و اعتبار محتوی توسط اساتید مورد تایید قرار گرفت. پس از جمع آوری داده ها، جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از نرم افزار spss 11.5 و از آزمونهای آماری توصیفی نظیر فراوانی و آزمونهای تحلیلی نظیر مربع کای و آنالیز واریانس یکطرفه استفاده گردید.

یافته ها

براساس یافته های این پژوهش از مشخصات

دموگرافیک، میانگین سنی دانشجویان شرکت کننده در تحقیق $21/58$ سال بود و میانگین تعداد سیگاری که استعمال می کردند ۶ نخ در روز بود. اکثریت دانشجویان در مقطع تحصیلی کاردانی ($47/7\%$) و بیشترین تعداد مربوط به دانشجویان پیراپزشکی با $35/4\%$ درصد و سپس رشته پزشکی با $24/6\%$ درصد و رشته پرستاری با $23/1\%$ درصد و بقیه از رشته های بهداشت بودند. یافته ها نشان از سیگاری بودن $52/3\%$ درصد پدران و $18/5\%$ درصد برادران جامعه آماری می داد و رابطه معنی داری بین رشته تحصیلی و سیگاری بودن والدین پیدا نشد 60% درصد دانشجویان اعلام کردند که پس از ورود به دانشگاه استعمال سیگار را شروع کرده اند. بیشترین فراوانی نرمهای هنجاری مربوط به دوستان سیگاری با 40% درصد و سپس والدین سیگاری با $27/7\%$ درصد بود. در عوامل قادرکننده بیشترین فراوانی مربوط به ارزانی سیگار با $44/6\%$ درصد و دسترسی آسان به سیگار $35/4\%$ درصد و رتبه بعدی به عدم وجود تعقیب رفتاری از سوی والدین با $10/8\%$ درصد تعلق داشت. بیشترین دلایل اعلام شده از سوی دانشجویان در مورد استعمال اولین سیگار، استعمال تفننی و تفریحی ($30/8\%$)، یادگیری از دیگران ($23/1\%$) و مشکلات عاطفی ($23/1\%$) بود. در پاسخ به این جمله که استعمال سیگار آرامش روحی و فکری به همراه دارد، $52/3\%$ درصد دانشجویان شرکت کننده موافق بودند و $47/7\%$ درصد دانشجویانی که بعد از ورود به دانشگاه سیگار را

شروع کرده بودند موافق این موضوع بودند، وارتباط معنا داری بین زمان شروع استعمال سیگار و نگرش دانشجویان در مورد این موضوع وجود داشت (جدول شماره ۱). همچنین ۶۶/۲ درصد دانشجویان موافق این مطلب بودند که ارتباط با افراد سیگاری، فرد را در معرض سیگار کشیدن قرار می دهد و ارتباط معنی داری بین نرمهای اعلام شده و نگرش دانشجویان راجع به این نکته وجود داشت؛ طوریکه ۹۲/۷ درصد دانشجویان

شرکت کننده داشتن دوست یا والدین و آشنایان سیگاری را به عنوان نرمهای هنجاری دخیل در استعمال سیگار معرفی نمودند (جدول شماره ۲). همچنین نتایج بدست آمده نشان داد که ۷۵/۴ درصد دانشجویان تاکنون اقدام به ترک سیگار نکرده اند و آنها اکثریت از دانشجویانی بودند که موافق آرامش فکری ناشی از استعمال سیگار بودند.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی اولویتهای اول تا سوم دلایل شروع استعمال سیگار، نرمهای هنجاری، عوامل قادر کننده استعمال سیگار

درصد	تعداد	متغیر
۳۰/۸٪	۲۰	برای تفریح و تفنن
۲۳/۱٪	۱۵	یادگیری از دیگران و تقلید
۲۳/۱٪	۱۵	مشکلات عاطفی
۴۴/۶٪	۲۹	ارزانی سیگار
۳۵/۴٪	۲۳	دسترسی آسان به سیگار
۱۰/۸٪	۷	عدم وجود تعقیب رفتاری توسط والدین
۴۰٪	۲۶	دوستان سیگاری
۲۷/۷٪	۱۸	والدین سیگاری
۲۶/۲٪	۱۷	آشنایان سیگاری

جدول شماره ۲- فراوانی نگرش دانشجویان در مورد سیگار بر حسب نرمهای هنجاری

جمع کل	ارتباط با افراد سیگاری شما را در معرض سیگار کشیدن قرار می دهد			نرمهای هنجاری
	بی نظر	موافق	مخالف	
۱۸ ۲۷/۷٪	۲ ۳/۱٪	۱۰ ۱۵/۴٪	۶ ۹/۲٪	والدین سیگاری
۲۶ ۴۰٪	۱ ۱/۵٪	۱۸ ۲۷/۷٪	۷ ۱۰/۸٪	دوستان سیگاری
۱ ۱/۵٪	۱ ۱/۵٪	۰	۰	تبلیغ سیگار در فیلمها
۱۷ ۲۶/۲٪	۱ ۱/۵٪	۱۴ ۲۱/۵٪	۲ ۳/۱٪	داشتن آشنایان سیگاری
۳ ۴/۶٪	۰	۱ ۱/۵٪	۲ ۳/۱٪	سیگاری بودن شخصیتهای برجسته
۶۵ ۱۰۰٪	۵ ۷/۷٪	۴۳ ۶۶/۲٪	۱۷ ۲۶/۲٪	جمع کل
۲۰٪				P-Value

بحث

براساس نتایج این تحقیق اهمیت ارتباط با افراد سیگاری در بالا بردن احتمال سیگاری شدن فرد با وجود آگاهی از مضرات این رفتار در دانشجویان علوم پزشکی مشخص شد و بر اساس مطالعه می‌هیو^۱ (۲۰۰۰)، از عوامل اجتماعی- فرهنگی مهم موثر بر کشیدن سیگار، والدین و دوستان و همسالان سیگاری بوده و نگرش مثبت والدین و همسالان به سیگار کشیدن به عنوان یکی از عوامل اثرگذار بر شروع استعمال سیگار می‌باشد (۶) و این یافته با مطالعه دکتر شریفی راد که بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام داده اند مطابقت دارد (۷). از آنجا که خانواده اولین کانون حضور فرزندان و الگودهی به آنها محسوب می‌شود، و مداخله در معضلات اجتماعی و فرهنگ سازی بهتر است از جوامع کوچکتری همچون محیط خانواده شروع شود. مشاهده شده که فرزندان والدین با سوء مصرف مواد، در روابط فردی در مدرسه و جامعه اختلال دارند. از سوئی دیگر نارسائی والدین در انتقال الگوهای مناسب زندگی به نسل جدید و پرورش یافتن کودکان در خانواده های ناهنجار و مشکل دار را می‌توان از عوامل زمینه ساز روی آوردن فرزندان به سیگار دانست (۸). زمان شروع سیگار در اکثریت دانشجویان بعد از ورود به دانشگاه بود و مطابق جدول شماره ۲

تاثیر دوستان سیگاری (یکی از نرمهای هنجاری اعلام شده توسط دانشجویان) در اینجا بسیار حائز اهمیت است؛ چرا که ۴۰ درصد از افراد شرکت کننده در طرح به این عامل به عنوان نرم هنجاری اثرگذار بر استعمال دخانیات تاکید داشتند. این یافته همسو با یافته مطالعه دکتر شریفی راد می‌باشد (۷). داشتن دوستان سیگاری خطر بروز رفتار کشیدن سیگار را دو تا چهار برابر بیشتر می‌کند (۵). همسالان سیگاری یکی از قوی ترین عوامل پیش بینی کننده استعمال سیگار است (۶). پیش از این نیز مطالعاتی چند ارتباط رفتار کشیدن سیگار توسط نوجوانان و دانش آموزان را با داشتن والدین و دوستان سیگاری مورد بررسی قرار داده بودند و مطالعات نشان می‌دهد که اقدام به موقع و زود والدین به ترک سیگار با اقدام به ترک سیگار در کودکان ارتباط معنی داری دارد (۹).

نتیجه گیری

اعتقاد به این موضوع که سیگار آرامش روحی و فکری به همراه دارد نگران کننده است و حاکی از این موضوع است که با وجود آگاهی از مضرات سیگار، به آن اهمیت چندانی قائل نیستند و لازم است که مداخلاتی با الهام گیری از تئوریهای تغییر رفتار طراحی و اقدامات مناسبی در رابطه با برنامه های پیشگیری از استعمال سیگار انجام گیرد.

منابع

- 1- Bawazeer AA, Hattab AS, Morales E. First cigarette smoking experience among secondary students in Aden, Republic of Yemen. *East Mediterr Health J*. 1999; 5(3):440-449.
- 2- Rigotti NA, Moran SE, Wechsler H. US college students' exposure to tobacco promotions: prevalence and association with tobacco use. *Am J Public Health* 2005; 95(1): 138-44.
- 3- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006; 3(11): 442.
- 4- Sarraf Zadehan N, Boshtam M, Shahrokhi S, Naderi G, Tobacco use among Iranian men, women and adolescents. *Eur J Public Health* 2004; 14(1): 76-8.
- 5- Wang M. Family and peer influences on smoking behavior among American adolescents: an age trend. *Journal of Adolescent Health*. 1995; 16: 200-203.
- 6- Mayhew K. P. Stages in development of adolescent smoking. *Drug and Alcohol Dependence*. 2000; 59: 61-81.
- ۷- شریفی راد غلامرضا. کامران عزیز. بررسی عوامل موثر بر رفتار کشیدن سیگار براساس مدل بزنف در دانشجویان خوابگاهی علوم پزشکی اصفهان. مجله دانشکده پزشکی هرمزگان، سال یازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۸۶، ص: ۲۶۷-۲۷۰.
- ۸- موسوی سیدغفور. ارتباط استعمال سیگار و سایر مواد مخدر در دانش آموزان و دانشجویان با والدین آنها. مجله پژوهش در علوم پزشکی. سال هشتم، شهریور ۱۳۸۲، ص: ۵۷.
- 9- Arthur v. Peterson Jr. Does parental smoking cessation encourage their young adult children to quit smoking? A prospective study. *Addiction Journal*. 2005; 100: 37

علل صدمات در نوجوانان (۱۹-۱۵ سال) مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستان شفیعیه زنجان

نویسندگان:

رقیه حاتمی^۱، نسرين جعفری^۲، پوران اخوان اکبری^۳، رأفت کاظم زاده^۴، پریسا حاجی آقا محمدی^۵، عدیله عالی^۶، شهلا پورقهرمان^۷، مهرناز مشعوفی^۸

۱ و ۷ و ۶ و ۵ و ۴. مربی پرستاری مامایی دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل

۲. کارشناس ارشد پرستاری - مربی دانشکده پرستاری و مامایی زنجان

۳. کارشناس ارشد مامایی - مربی دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل

۸. عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی و پیراپزشکی اردبیل

چکیده

زمینه و هدف: حادثه پیش آمد نامطلوب و غیر منتظره ای است که اغلب در هر سنی ممکن است رخ دهد لیکن در گروه سنی جوانان بیشترین تعداد مرگ و میر را موجب می گردد. سوانح ناشی از وسایط نقلیه موتوری در حدود نصف مجموع حوادث و سوانح را تشکیل می دهد. این مطالعه با هدف بررسی علل صدمات در نوجوانان (۱۹-۱۵ سال) مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستان شفیعیه زنجان در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه از نوع گذشته نگر بوده و تمامی پرونده های مراجعین به بخش اورژانس بیمارستان شفیعیه زنجان در گروه سنی ۱۹-۱۵ سال که به علت تصادفات رانندگی (حوادث رانندگی) در سال ۱۳۸۵ مراجعه نموده بودند استخراج و سپس اطلاعات مربوط به علل خارجی حوادث و نوع صدمه آنها جمع آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و از طریق آمار استنباطی میانگین و فراوانی داده ها انجام گرفته است.

یافته ها: نتایج حاصل نشان داد که از کل ۳۷۸ نفر (در سنین ۱۹-۱۵ سال) مراجعه کننده به بخش اورژانس اکثریت (۸۱٪) افراد مذکر بوده و فقط ۱۹ درصد را افراد مونث تشکیل می دادند. از این تعداد ۴۷ درصد ساکن مرکز استان، ۹ درصد ساکن شهرستانهای دیگر و ۴۴ درصد ساکن روستاهای استان بوده اند. همچنین ۷۴ درصد مراجعات به علت حوادث موتوری بوده که نزدیک به نیمی از این موارد (۴۹٪) مربوط به موتور سیکلت بوده است. صدمات ناشی از آن حوادث به ترتیب مولتیپل تروما (۲۵٪)، ضربه به سر (۲۲٪)، شکستگی اندام تحتانی (۱۸٪)، شکستگی اندامهای فوقانی (۸٪)، شکستگی ستون فقرات (۱٪)، قطع عضو (۱٪) و زخم (زخم باز و سطحی) (۲۵٪) می باشد.

نتیجه گیری: یافته ها نشان می دهد حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری سهم قابل ملاحظه ای از کل سوانح و حوادث را تشکیل می دهد. لازم است که توجه و تأکید بر برنامه های پیشگیری از تروما در مورد مردان جوان و وسیله نقلیه موتور سیکلت متمرکز شود.

واژه های کلیدی: صدمات، نوجوانان، اورژانس

مقدمه

حادثه، پیش آمد نامطلوب و غیرمنتظره ای است که اغلب اوقات باعث ایجاد ضرب و جرح و یا مرگ و میر انسانی می گردد (۱). جراحات وارده ممکن است شخص را برای همیشه از فعالیت و کار محروم سازد (۲). سوانح و حوادث در هر سنی ممکن است اتفاق بیفتد لیکن در گروه سنی جوانان بیشترین تعداد مرگ و میر را موجب می گردد (۳). میزان وقوع حوادث نزد مردان احتمالاً برای اینکه بیشتر در معرض خطرات قرار دارند بیش از زنان است (۴). سوانح ناشی از وسایط نقلیه موتوری در حدود نصف مجموع حوادث و سوانح را تشکیل می دهند (۵). طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی، سالانه حدود ۷۸ میلیون نفر در جهان دچار حادثه می شوند که نیازمند خدمات بهداشتی درمانی هستند و اولین قدم در جهت پیشگیری از حوادث افزایش آگاهی عمومی نسبت به خطراتی است که در کمین آنهاست (۶). آگاهی از علل صدمات و حوادث جهت طرح اقدامات مناسب جهت پیشگیری از حوادث از نیازهای ضروری است (۷). لذا پژوهش حاضر باهدف بررسی علل صدمات در نوجوانان (۱۵-۱۹ سال) مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستان شفیعیه زنجان در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت.

روش کار

روش مطالعه گذشته نگر بود و روش نمونه گیری مبتنی بر هدف می باشد برای این منظور ابتدا پرونده های تمام مراجعین به بخش اورژانس

بیمارستان شفیعیه زنجان در گروه سنی مورد نظر در سال ۱۳۸۵ مورد بررسی قرار گرفت که از کل مراجعین به بخش اورژانس ۳۷۸ نفر بدلیل سوانح به این بخش مراجعه داشتند. سپس اطلاعات مربوط به کل واحدها از نظر سن، جنس، محل سکونت علل صدمات و حوادث و نوع صدمه اشاره شده (نظیر سوختگی، خفگی، خودکشی، سقوط از بلندی، ضرب و جرح و غیره)، از روی پرونده افراد استخراج و مورد بررسی قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی بصورت جدول فراوانی و میانگین داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS استفاده گردید.

یافته ها

نتایج حاصل نشان داد که از کل ۳۷۸ نفر در سنین (۱۹-۱۵ سال) مراجعه کننده به بخش اورژانس، اکثریت (۸۱٪) افراد مذکر بوده (نمودار شماره ۱) و فقط ۱۹ درصد را افراد مونث تشکیل می داده اند. از این تعداد ۴۷ درصد ساکن مرکز استان، ۹ درصد ساکن شهرستانهای دیگر و ۴۴ درصد ساکن روستاهای استان بودند (نمودار شماره ۱). همچنین ۷۴ درصد (۳۷۸ نفر) به علت حوادث و فقط ۲۶ درصد به علت بیماری به بخش اورژانس مراجعه نموده بودند. علل اکثریت حوادث مربوط به وسایل نقلیه موتوری بوده که نزدیک به نیمی از این موارد (۴۹) مربوط به موتورسیکلت بوده است (نمودار شماره ۲). صدمات ناشی از این حوادث به ترتیب مولتیپل تروما (۲۵٪)، ضربه به سر (۲۲٪)، شکستگی اندام تحتانی (۱۸٪)، شکستگی اندامهای فوقانی (۷٪)،

همکاران در سال ۱۳۸۷ نیز نشان داده شده است که از میان ۱۱۴۱ بیمار مورد مطالعه ۹۵۲

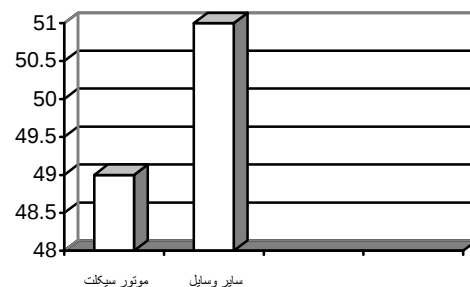
نفر مرد بودند و بیشترین فراوانی مربوط به صدمات نیز مربوط به تروما (۳۵٪) بوده است که با مطالعه ما همخوانی دارد (۹٪). در مطالعه حاضر تصادفات موتور سیکلت در گروه سنی ۱۵-۱۹ سال بیشترین میزان را داشته و اکثریت رانندگان موتور از کلاه ایمنی در هنگام سانحه استفاده نمی کردند. ضربه به سر در میان مصدومین مورد مطالعه ما (بعد از مولتیپل تروما و زخم جراحات باز) درصد بالایی را به خود اختصاص داده است که بیشتر در افرادی که از کلاه ایمنی استفاده نکرده بودند اتفاق افتاده است. یافته فوق ضرورت استفاده از کلاه ایمنی را برای کاهش میزان صدمه به سر در جوانان استفاده کننده از موتور سیکلت، بیشتر روشن می سازد. در پژوهش دیگری که توسط صادقیان و همکاران در سال ۱۳۸۷ انجام شد، یافته ها نشان می دهد که گروه سنی ۲۰-۲۹ و ۱۳-۱۹ سال به ترتیب دارای بیشترین مصدومیت (۳۰/۳٪) و (۱۹/۶٪) هستند. در داخل شهر، موتور سواران با ۵۳/۷ درصد و در خارج شهر، مسافری و رانندگان خودرو با ۶۲ درصد بیشترین فراوانی مصدومین را تشکیل می دادند (۱۰٪). در مطالعه دکتر شهلا و همکاران افزایش آمار تصادفات موتور سیکلت مورد مطالعه قرار گرفته بطوریکه افزایش ۱۶/۶ درصد تصادفات با موتور سیکلت در سال ۱۳۸۳ نسبت به سال ۱۳۸۲ به دلیل افزایش رغبت جوانان به این وسیله عنوان شده

شکستگی ستون فقرات (۱٪)، قطع عضو (۱٪) و زخم و جراحات (۲۵٪) بود (نمودار شماره ۳).

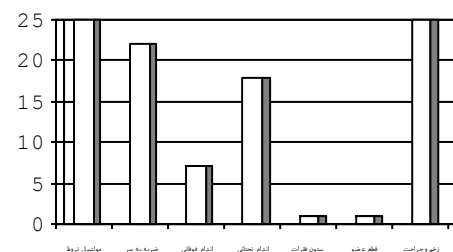
نمودار شماره ۱ توزیع فراوانی درصد نمونه های مورد پژوهش بر حسب جنس و محل سکونت



نمودار شماره ۲ فراوانی نمونه های مورد پژوهش بر حسب نوع وسیله نقلیه



نمودار شماره ۳ فراوانی صدمات در نمونه های مورد پژوهش



بحث

ترومای رانندگی خصوصاً موتور سیکلت، شایع ترین عامل ایجاد تروما بوده که نزدیک به نیمی از این موارد را تشکیل می دهد. در مطالعه خاتمی و همکاران که در سال ۱۳۸۲ انجام شد نشان داده شد که در اکثر تصادفات رانندگی، موتور سواران، سرنشینان اتومبیل و عابران پیاده به ترتیب با ۴۲/۱ درصد، ۲۸/۱ درصد و ۲۵/۶ درصد بخش اعظم قربانیان تروما را به خود اختصاص دادند (۸). در پژوهش سلیمی و

است؛ به طوریکه در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال میزان تصادفات از ۱۶۲ مورد در سال ۱۳۸۲ به ۲۲۹ مورد در سال ۱۳۸۳ رسیده است (۴۱٪ افزایش) که تا حدودی با مطالعه حاضر مطابقت دارد (۱۱). همچنین در اغلب مطالعات بیشترین ترومای موتورسواران را شکستگی‌های اندام تحتانی و به میزان ۵۲-۴۰ درصد تشکیل می‌دهد که در مطالعه حاضر شکستگی اندام تحتانی ۱۸ درصد و اندام فوقانی ۸ درصد بوده است. آسیب‌پذیری بسیار بالای موتورسواران نسبت به سایر استفاده‌کنندگان از وسایل نقلیه موتوری در جاده‌ها، در مطالعات متعددی نشان داده شده است. این گروه افراد به دنبال کوچکترین برخورد، دچار صدمه می‌شوند. این مهم در مطالعه خلجی و همکاران که در یکی از بیمارستانهای کاشان انجام شد و نشان داد که ۵۶ درصد بستری‌شدگان حوادث ترافیکی، موتورسواران بودند (۱۲)، با یافته‌های مطالعه ما همخوانی دارد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد از نظر جنسیت، اکثریت موارد مذکر بوده‌اند. همچنین اکثریت

حوادث مربوط به وسایل نقلیه موتوری به ویژه موتورسیکلت بوده است. به این ترتیب حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری، سهم قابل ملاحظه‌ای از کل سوانح و حوادث را تشکیل می‌دهد. دسترسی سهل و آسان قشر جوان به موتورسیکلت و استفاده بی‌قید و شرط از این وسیله و همچنین عدم رعایت موارد ایمنی از جمله عدم استفاده از کلاه ایمنی سبب ایجاد حوادث متعدد گردیده است. توجه و تاکید ویژه به اجرای برنامه‌های پیش‌گیری از تروما در مورد مردان جوان و استفاده‌کنندگان از موتورسیکلت ضروری بنظر می‌رسد. در ضمن رعایت اصول صحیح جاده‌سازی و تدوین استراتژی‌هایی جهت کاهش شدت سرعت و اجباری نمودن استفاده از کلاه ایمنی در موتورسواران و بهبود فرآیند امدادرسانی به مصدومین جاده‌ها، برای کاهش حوادث جاده‌ای و کاهش عوارض ناشی از تصادفات، به ویژه در استفاده‌کنندگان از موتورسیکلت که نیروهای جوان و فعال و تاثیرگذار بر سلامت و اقتصاد جامعه می‌باشند، ضروری به نظر می‌رسد

منابع

- ۱- ایلدر آبادی، اسحاق. درسنامه پرستاری بهداشت جامعه ۳ و ۲. تهران. انتشارات جامعه نگر. ۱۳۸۳. ص: ۴۴۸
- 2- Dunning KK, Davis KG, Kotowski SE, Elliott T, Jewell G, Lockey J. Can a transitional work grant program in a workers' compensation system reduce cost and facilitate return to work. *Journal of occupational and environment hygiene*. 2008 Sep;5(9):547-55.
- 3- Kramer AF, Cassavaugh N, Horrey WJ, Becic E, Mayhugh JL. Influence of age and proximity warning devices on collision avoidance in simulated driving. *Hum Factors*. 2007 Oct;49(5):935-49
- ۴- فلاح زاده ، حسین. اپیدمیولوژی توصیفی تصادفات در استان یزد. مجله علمی پزشکی قانونی پاییز ۱۳۸۵؛ ۱۲ (۳ مسلسل ۴۳)، ص: ۱۵۸-۱۶۱
- ۵- خسروانی، مسعود. صادقی پور، حمیدرضا. خطرات تهدیدکننده سلامت در جهان و ایران و راهبردهای آن نسخه الکترونیکی کتاب جامع بهداشت عمومی. ویرایش دوم، دکتر حسین خاتمی و همکاران. انتشارات ارجمند تهران ۱۳۸۵، ص: ۱۴۱۳
- 6- Morrison, DS; Petticrew, M; Thomson, H. What are the most effective ways of improving population *Journal of Epidemiology & Community Health*: Volume 57(5) May 2003: 327-333.
- ۷- یعقوبی، حمید. بررسی نقش عوامل انسانی در بروز تصادفات رانندگی در ایران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، اندیشه و رفتار ۶ (پیاپی ۲۱) تابستان ۱۳۷۹، ص: ۶۷-۶۰
- ۸- خاتمی سید مسعود، کلانتر معتمدی سید محمدحسین، محبی حسن علی، طریقی پیام، فرزندگان غلامرضا، رضایی یداله، بخشنده هومن، شکبیا مجید، اپیدمیولوژی تروما در بیمارستان بقیه الله (عج)
- ۹- سلیمی جواد، زارعی محمدرضا. بررسی اپیدمیولوژیک ترومای مراجعه کننده به بیمارستان گلستان اهواز ۱۳۸۷، ص: ۱۱۵-۱۲۰
- ۱۰- صادقیان فریده، خسروی احمد، امامیان محمد حسین، یونسسیان ربابه. الگوی آسیب های حوادث ترافیکی و عوامل مرتبط در شاهرود، پایش تابستان ۱۳۸۷، ص: ۲۳۳-۲۲۵
- ۱۱- شهلا احمد، چاره ساز سعید، بررسی آسیب های ناشی از تصادفات موتورسیکلت در مدت دو سال در مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مجله علمی پزشکی قانونی دوره ۱۲ شماره ۲، تابستان ۱۳۸۵
- ۱۲- خلجی کاظم، مجد زاده سید رضا، اشراقیان محمد رضا، متولیان عباس، هلاکویی نایینی کورش، عوامل خطر وقوع صدمات ناشی از تصادفهای ترافیکی در رانندگان جاده قزوین- لوشان. ۱۳۸۴. ص: ۳۵-۲۷

شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

نویسندگان:

بهرروز دادخواه^۱، محمدعلی محمدی^۲، ناصر مظفری^۳، سجاد محمد نژاد^۴، دلاور دادخواه^۵

۱ و ۲. اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل

۴. دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۵. کارشناس ارشد آموزش داخلی - جراحی

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی یکی از شایعترین مشکلات روانی است. ورود به دانشگاه و شروع زندگی دانشجویی بی شک پیامدهایی از قبیل احساس ترس، افسردگی، اختلالات انطباقی، رفتاری و اخلاقی را در پی خواهد داشت. بدین جهت این بررسی با هدف تعیین شیوع افسردگی در دانشجویان انجام شده است.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی و تحلیلی است که بر روی ۴۰۹ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی با استفاده از نمونه گیری طبقه ای انجام شده است. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه استاندارد «بک» برای اندازه گیری میزان افسردگی بود. اطلاعات پس از جمع آوری داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمونهای آماری توصیفی و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که ۲۴/۵ درصد دانشجویان مبتلا به افسردگی خفیف بوده، ۸ درصد نیاز به مشورت با روانپزشک داشتند. ۱۴/۲ درصد نسبتاً افسرده بوده و ۳/۷ درصد افسردگی شدید داشتند و ۴۹/۲ درصد سالم بودند. بین وضعیت سکونت دانشجو و وضعیت تاهل با میزان افسردگی ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد.

نتیجه گیری: براساس نتایج بدست آمده از مطالعه افسردگی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل لازم است به منظور پیشگیری یا تعدیل میزان افسردگی، مدیران و سایر مسئولین دانشگاه برنامه منظم و تاثیر گذار داشته باشند.

واژه های کلیدی: افسردگی، دانشجو، علوم پزشکی اردبیل

مقدمه

افسردگی یکی از چهار بیماری عمده در دنیا و شایعترین علت ناتوانی ناشی از بیماریها می باشد (۱) و در واقع بیماری گسترده و آسیب زننده ای است که هر زن و مردی را تحت تاثیر قرار می دهد (۲). این اختلال با علایمی مثل خلق افسرده، عدم احساس لذت از زندگی، تحریک پذیری، بی خوابی، سرگیجه مکرر، علایم جسمی و دوگانگی روانی همراه است (۳). احتمال ابتلا به افسردگی از سنین کودکی تا کهنسالی وجود دارد؛ اما در اغلب موارد شروع علایم در نوجوانی و اوایل جوانی است. در حال حاضر با توجه به گسترش مراکز دانشگاهی و توسعه آموزش عالی، تعداد قابل توجهی از دانشجویان را جوانان تشکیل می دهند. به همین علت دانشجویان از اقلشاری هستند که در معرض ابتلا به افسردگی می باشند (۱). بدلیل اینکه یکی از اتفاقات مهم بزرگسالی ورود به دانشگاه می باشد، دگرگونیهای زیادی را وارد زندگی فرد می کند، آشنا نبودن بسیاری از دانشجویان با محیط دانشگاه، جدایی و دوری از خانواده، عدم علاقه به رشته تحصیلی، امکانات ناکافی، سازگاری با شرایط جدید و ... می تواند فشار روانی قابل توجهی بر دانشجویان وارد کند (۴). باید اذعان نمود ورود به دانشگاه و شروع زندگی دانشجویی، خود به نوعی سرآغاز رویارویی با مجموعه ای از مجهولات، تحولاتی از قبیل

زیستی، اخلاقی، رفتاری، اجتماعی، عاطفی و تحصیلی و ارتباطی می باشد. این مسائل موجبات نوعی احساس ترس، ناامنی نسبت به آینده، اختلالات انطباقی (ترکیبی از خشم، پرخاشگری، اضطراب و افسردگی) را فراهم می کند. که این معضلات ممکن است بر سرنوشت دانشجو تاثیر سوء بگذارد (۵ و ۶ و ۷). از طرفی داشتن هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل زای زندگی، برخورداری از حمایت روحی و ... همگی از جمله منابعی است که فرد را در سازگاری با مشکلات یاری می دهد. افراد مذهبی و غیر مذهبی میزان فشار روانی مشابهی را تجربه میکنند؛ لیکن افراد مذهبی می توانند با رویدادهای منفی زندگی و عوامل فشارزای روانی مقابله کنند (۵). میزان ابتلا به افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی بدلیل اینکه در محیطی پر استرس می باشند بالاتر است (۱). در مطالعات متعددی میزان افسردگی بالایی در دانشجویان گزارش شده است؛ بطوریکه فرهادی و امینی میزان افسردگی دانشجویان علوم پزشکی لرستان را ۷۸ درصد و هاشمی و همکاران، شیوع افسردگی دانشجویان علوم پزشکی یاسوج را در مطالعه خود ۶۹/۲ درصد گزارش نمودند (۸ و ۹). در نهایت از آنجا که دانشجویان هر جامعه حاصل دسترنج معنوی و انسانی آن جامعه بوده و سازنده فردای کشور خویش هستند و کشور ما نیز از این موهبت الهی برخوردار می باشد، لذا پژوهش حاضر هم با

هدف شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شده است.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است و جامعه پژوهش را دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در سال ۱۳۸۷ تشکیل می دهند. در این بررسی با استفاده از نمونه گیری طبقه ای تعداد ۶۰۰ نمونه انتخاب و پرسشنامه بین آنها توزیع گردید و از این تعداد ۴۰۹ پرسشنامه تکمیل شده عودت داده شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه مشتمل بر دو قسمت (مشخصات فردی- اجتماعی و تست افسردگی بک) بود. درجات افسردگی براساس مقیاس افسردگی بک به این صورت تقسیم بندی شد: نمرات ۱۰-۰ فاقد افسردگی (سالم)، ۱۶-۱۱ افسردگی خفیف، ۲۰-۱۷ نیاز به مشورت با روانپزشک، ۳۰-۲۱ نسبتاً افسرده، ۴۰-۳۱ افسردگی شدید، بیش از ۴۰ افسردگی خیلی شدید (۹). پرسشنامه عموماً صبح و هنگام استراحت در اختیار آنها گذاشته شد و پس از جمع آوری داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمونهای توصیفی و استنباطی (کای دو) تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها

براساس نتایج پژوهش، میانگین سنی افراد مورد مطالعه 20.3 ± 1.2 بود. ۲۳ درصد موارد مذکر، ۳۹/۹ درصد مقطع کاردانی، ۴۷/۱ درصد کارشناسی و ۱۳ درصد دکترا حرفه ای بودند ۹۳/۱ درصد مجرد، وضعیت سکونت

۶۳/۱ درصد خوابگاهی و ۸۶/۴ درصد ساکن شهر بودند. ۸۹/۹ درصد تحصیلات پدر و ۴۱/۴ درصد تحصیلات مادر زیر دیپلم و ۵۰/۶ درصد شغل پدرشان آزاد بود، ۸۹/۹ درصد منبع مالی توسط خانواده بوده و ۵۷/۷ درصد اظهار کردند وضعیت مالی متوسط دارند. در خصوص آزمون بک نیز ۱۹۷ نفر (۴۹/۲٪) سالم و ۲۰۴ نفر (۵۰/۸٪) افسردگی داشتند (جدول ۱). آزمون آماری مجذور کای، ارتباط معنی داری را بین میزان افسردگی دانشجویان و وضعیت اقتصادی آنها نشان داد. همچنین بین وضعیت سکونت دانشجو با میزان افسردگی ارتباط آماری معنی داری موجود بود و در دانشجویان ساکن خوابگاه میزان افسردگی بیشتر بود ($P=0.02$). بین وضعیت تاهل و افسردگی ارتباط آماری معنی دار بوده و در دانشجویان مجرد بالا بود ($P=0.000$). علی رغم اینکه میزان افسردگی بالاتر افراد مونث نسبت به افراد مذکر این ارتباط معنی دار نبود.

جدول ۱: نمرات آزمون افسردگی بک در افراد مورد پژوهش

وضعیت اقتصادی	تعداد	درصد
سالم	۱۹۷	۴۹/۲
افسردگی خفیف	۹۹	۲۴/۵
نیاز به مشورت با روانپزشک	۳۳	۸/۱
نسبتاً افسرده	۵۷	۱۴/۲
افسردگی شدید	۱۵	۳/۷
افسردگی خیلی شدید	-	-
جمع	۴۰۱	۱۰۰

بحث

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد اکثریت

دانشجویان مبتلا به افسردگی بودند و این در حالی است که در مقایسه با آمار ارائه شده در کتب مرجع که شیوع افسردگی در جمعیت عمومی را ۲۵-۱۵ درصد ذکر کرده اند بالا می باشد (۳). این میزان در تحقیق عابدینی در دانشجویان پرستاری ۶۰ درصد و در دانشجویان پزشکی ۴۹/۵ درصد بود (۱). هاشمی محمدآباد و همکاران، شیوع افسردگی دانشجویان علوم پزشکی یاسوج را در مطالعه خود ۶۹/۲ درصد گزارش کردند (۸). ایلدرآبادی در یک بررسی میزان افسردگی دانشجویان علوم پزشکی زابل را ۶۴/۳ درصد بیان کرد (۱۰) و امانی میزان افسردگی را در دانشجویان علوم پزشکی اردبیل در سال ۸۲، ۵۷/۴ درصد گزارش کرده است (۱۱). در خصوص مسائل اقتصادی یافته ها نشان دهنده آن است که میزان افسردگی در دانشجویانی که مشکل اقتصادی دارند بیشتر است که با تحقیق دادخواه و همکاران همخوانی دارد. همچنین نتایج نشان داد که میزان افسردگی در دانشجویان ساکن خوابگاه بیشتر از سایرین بود و این اختلاف از نظر آماری نیز معنی دار بود که با نتایج دادخواه همخوانی دارد (۱۲). این تفاوت می تواند ناشی از دوری دانشجویان شهرستانی از محیط خانواده، وجود مشکلات اقتصادی و نگرانی از تهیه مسکن باشد.

بین وضعیت تاهل و افسردگی در دانشجویان ارتباط آماری معنی دار مشاهده شد که با نتایج مطالعه توکلی زاده و محمد پور همخوانی دارد (۱۳). درحالیکه کریمی زارچی و همکاران در مطالعه خود بین وضعیت تاهل و افسردگی تفاوت آماری معنی داری را مشاهده نمودند (۱۴) در نتایج حاصل از پژوهش، علی رغم اینکه میزان افسردگی در افراد مونث بیشتر از مذکرها بود. اختلاف آماری معنی دار نشان داد که با نتایج مطالعات متعددی همخوانی دارد (۱۳ و ۱). این در حالی است که در همه کشورها و فرهنگها شیوع افسردگی در زنان ۲ برابر مردان است (۱۳). جالب توجه اینکه مطالعه انجام شده در یاسوج میزان افسردگی در دانشجویان پسر را حتی بالاتر گزارش نموده است (۸).

نتیجه گیری

با توجه به شیوع بالای افسردگی در دانشجویان دانشگاه، ضروری به نظر می رسد مدیران و مسئولین دانشگاه برنامه ریزی مناسب بخصوص در مورد دانشجویان غیر بومی انجام داده و با تقویت مراکز مشاوره دانشجویی و شناسایی دانشجویان مستعد به افسردگی گام موثری در این زمینه بردارند.

منابع

- ۱- عابدینی سمیره، دواچی اقدس. شیوع افسردگی در دانشجویان پرستاری و پزشکی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان. مجله پزشکی هرمزگان. سال یازدهم، شماره دوم، ۱۳۸۶، ص: ۱۳۹-۱۵۱
- 2- patel V. Desouza, N, Rodrigues, M Depression in developing countries: [lessons from Zimbabwe Bmj med], 2003; 322(7281): 4-482
- 3- Kaplan H, Saddok B. comprehensive Text book of psychiatry, 6th ed. Philadelphia. Lippincott, 2005; vol(2): 82-276
- ۴- محمدی محمدعلی، دادخواه بهروز، مظفری ناصر و همکاران. بررسی رابطه نماز با میزان افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، سمینار باورهای دینی و دانشگاه، دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل، ۱۳۸۷، ص: ۱۴۷-۱۴۴
- ۵- محتشمی پورعفت، محتشمی پور مهدی. بررسی رابطه نماز با میزان افسردگی در دانشجویان دانشکده پیراپزشکی و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد. مجله دانشکده پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی گناباد. ۱۳۸۳، ص: ۷۶-۷۹
- ۶- فرهادی علی، امینی فریبا. بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی و تاثیر آنها بر عملکرد تحصیلی دانشجویان علوم پزشکی لرستان. همایش سراسری تازه های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نوتوانی، ۱۳۷۹، ص: ۳۵-۴۱
- 7- Eller T, Anu Alujav, Marlit veldi. Symptoms of anxiety and depression in Estonian Medical students with sleep problems. *Depress Anxiety*. 2006; Mar 22: 250-256
- ۸- هاشمی محمدآباد نذیر، باقری قادر، غفاریان حمید رضا. بررسی عوامل مرتبط با افسردگی در دانشجویان دانشگاههای یاسوج، مجله تحقیقات پزشکی. شماره اول، ۱۳۸۲، ص: ۱۹-۲۶
- 9- Beck, A.T. Steer, R.A. Garbin, M.G: (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory. *Clin Psychol Rev*; 8, 77-100.
- ۱۰- ایلدرآباد اسحق، فیروز کوهی محمدرضا. بررسی میزان شیوع افسردگی دانشجویان دانشکده علوم پزشکی زابل. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، شماره دوم، ۱۳۸۳، ص: ۱۵-۲۱
- ۱۱- امانی فیروز، سهرابی بهرام، صادقیه، مشعوفی مهرناز. بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ۱۳۸۲ مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، سال سوم، شماره یازدهم، ۱۳۸۳، ص: ۷-۱۱
- ۱۲- دادخواه بهروز، محمدی محمدعلی، مظفری ناصر. وضعیت سلامت روانی دانشجویان در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ۱۳۸۲ مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دوره ششم، ۱۳۸۵، ص: ۳۶-۳۱
- ۱۳- توکلی زاده جهانشیر، محمدپور علی. بررسی میزان افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی گناباد. مجله دانشکده پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد، سال هفتم، شماره اول، ۱۳۸۰، ص: ۲۶-۴۰
- ۱۴- کریمی زارچی علی اکبر. بررسی شیوع افسردگی و عوامل موثر بر آن در دانشجویان پزشکی. مجله پزشکی کوثر، شماره هشتم، ۱۳۸۲، ص: ۴-۲۳۱

مشکلات آموزش بالینی در عرصه از دیدگاه دانشجویان و مریبان پرستاری دانشکده

پرستاری و مامایی اردبیل

نویسندگان:

فیروزه اسدزاده منیر^۱، مهرناز مشعوفی^۲، ساناز فاخری و فاطمه عبداللهی^۳

۱- عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل

۲- کارشناس ارشد مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۳- دانشجویان مامایی ورودی ۸۵

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات مختلفی باعث کاهش کارایی کارآموزی در عرصه دانشجویان پرستاری می شود و برای بهبود و ارتقای کیفیت آموزش بالینی، وضعیت آن همواره باید مورد ارزیابی قرار گیرد که پژوهش حاضر نیز در همین راستا صورت گرفته است.

روش کار: در یک مطالعه توصیفی- مقطعی تمامی دانشجویان پرستاری ترم ۷ و ۸ (۴۰ نفر) و مریبان مربوطه (۱۶ نفر) بصورت سرشماری انتخاب و پرسشنامه استاندارد در دو بخش مشخصات دمو گرافیک و وضعیت کارورزی در اختیار آنان قرار گرفت و سپس داده ها از طریق نرم افزار SPSS و آزمون t-test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین سنی مریبان 35 ± 5 سال و میانگین سنی دانشجویان 22 ± 2 بود و اکثریت مریبان (۶۲/۵٪) و دانشجویان (۶۷/۵٪) مونث بودند. براساس نتایج چنین بر می آید که نظرات مریبان و دانشجویان درمورد اکثریت شرایط موجود در کارآموزی در عرصه دانشجو خوب تا عالی می باشد اما در مورد مشخص بودن حیطه وظایف دانشجو و مربی در بخش مناسب بودن تعداد دانشجو برای هر مربی، و دسترسی به امکانات رفاهی، نظر عکس داشتند که با انجام آزمون Ttest اختلاف نظر در دو گروه مربی و دانشجو معنی دار نیست. ولی مقایسه میانگین وضعیت تأهل در هر دو گروه معنی دار است ($P < 0.05$). مقایسه میانگین جنس و تحصیلات معنی دار نبوده است.

نتیجه گیری: طرح کارآموزی در عرصه اگر چه برای هدف ارتقای مهارت و استقلال دانشجو برای ارائه خدمات جامعه نگر در عرصه های مختلف پرستاری مناسب و دیدگاهها نسبت به آن مثبت است، اما در اجرا مشکلات متعددی دارد که باید مورد توجه مسئولین قرار گیرد.

کلید واژه ها: آموزش بالینی، دانشجو، مربی

مقدمه

ارزش آموزش بالینی ایده آل در توسعه فردی و حرفه ای، همچنین مهارت های بالینی پرستاری غیرقابل انکار است (۱). برنامه ریزان آموزش پرستاری، اصلی ترین بخش در آموزش پرستاری را آموزش بالینی می دانند و معتقدند که دانشجویان پرستاری می توانند دانش نظری خود را با انجام کار در محیط کار آموزی توسعه بخشند و با مشکلات و مسائل گوناگون روبرو شوند (۲). در این میان وظیفه دانشکده های پرستاری، تربیت پرستارانی است که توان ارائه خدمات بالینی رابراساس پیشرفت های روز داشته باشد (۳). دانش آموختگان جدید پرستاری و مامایی، علیرغم داشتن پایه تئوریکی قوی، از تبحر و مهارت کافی در محیط های بالینی برخوردار نبوده و در فرآیند مشکل گشایی، دچار ضعف هستند (۴). طرح کارآموزی دو مرحله ای به عنوان یک نوآوری در ساختار آموزش پرستاری باهدف ارتقای کیفیت آموزش پرستاری و ارائه خدمات بالینی و فراهم آوردن زمینه جامع نگری وجامعه نگری در پرستاری از سال ۱۳۷۱ به اجرا درآمد. کارآموزان در عرصه، بخشی از برنامه آموزش پرستاری است که به منظور ایجاد موقعیت های مناسب در جهت افزایش مهارت در کاربرد دانش پرستاری در عرصه، در راستای اعتلای قدرت ابتکار و استقلال فراگیر، با رعایت اصل مهم نظارت در آموزش جامعه نگر و حفظ امنیت مددجو و خانواده صورت می گیرد بطوری که دانشجو بتواند تدابیر پرستاری لازم را در جهت ارتقاء و

تأمین سلامت مددجو، خانواده و جامعه بکار گیرد (۵). بهبود و ارتقای کیفیت آموزش بالینی مستلزم بررسی مستمر وضعیت موجود، شناخت نقاط قوت واصلح نقاط ضعف است که در این رابطه نظرات و ایده های دانشجویان به عنوان عنصر آموزشی، می تواند راه گشای برنامه های آینده باشد. دانشجویان به عنوان دریافت کنندگان خدمات حرفه ای مدرسان، بهترین منبع برای شناسایی رفتارهای آموزشی بالینی مدرسان خود هستند: (۶) نتایج یک مطالعه درایران نشان داده است که اکثریت مربیان و دانشجویان (بیش از ۵۰ درصد) کارایی این دوره را برای کسب نگرش جامع نگری و جامعه نگری در پرستاری، کسب مهارت در اجرای فرآیند پرستاری و آموزش به بیمار نسبتاً ضعیف تا ضعیف ارزیابی کرده اند (۷). شهبازی (۱۳۷۹) در مطالعه خود بیان می دارد که اکثر دانشجویان پرستاری و مامایی، وضعیت آموزش بالینی را بر گزارش نموده اند (۸). کارلتنی در سال ۲۰۰۰ طی مطالعه ای ابراز کرده است که فاصله بین یادگیری های نظری و خدمات بالینی پرستاری وجود دارد که علت آن کمبود محیط های بالینی، فقدان هماهنگی بین محیط بالینی موسسات آموزشی و عدم وضوح نقش معلمین پرستاری در برنامه ریزی و عملکرد بالینی، محتوی دوره درسی و نقش مربیان و کارکنان است (۹). بررسی های متعدد پرستاری درجهان نیز به اهمیت آموزش بالینی و مشکلات آن که منجر به عدم تبحر بالینی دانشجویان شده است، دلالت دارد. آنها بیان می

دانشکده و واحدهای بهداشتی- درمانی، مشخص بود اهداف کارآموزی در عرصه برای مربی و دانشجو، مشخص بودن وظایف مربی و دانشجو در بالین، مناسب بودن تعداد دانشجو برای هر مربی، همکاری کادر بهداشتی- درمانی، نحوه نظارت مربی مشاور، دسترسی به امکانات رفاهی و تسهیلات آموزشی در ایجاد مهارت در اجرای فرآیند پرستاری و آموزشی به بیمار در دانشجو، ایجاد نگرش جامع نگری و جامعه نگری در حرفه پرستاری می باشد.

یافته ها

میانگین سنی مربیان 5 ± 35 سال و میانگین سنی دانشجویان 2 ± 22 بود اکثریت مربیان ($62/5\%$) و دانشجویان ($67/5\%$) مونث بودند. از نظر وضعیت تأهل $81/3$ درصد مربیان و 20 درصد دانشجویان متأهل، $56/3$ درصد مربیان کارشناس

دارای مدرک کارشناسی و $43/8$ درصد

کارشناس ارشد بودند. یافته ها نشان داد که نظرات مربیان و دانشجویان در مورد نظم و ثبات در برنامه ریزی بخشها، هماهنگی قبلی بین دانشکده واحدهای بهداشتی و درمانی، مشخص بودن اهداف کارآموزی در عرصه برای مربی و دانشجو، کفایت تسهیلات آموزشی در محیط بالینی، همکاری کادر بهداشتی درمانی در آموزش بالینی، نحوه نظارت مدیران گروه در اجرای فرآیند پرستاری توسط دانشجو، ایجاد مهارت آموزش به بیمار در دانشجو، ایجاد نگرش جامعه نگر و جامع نگر به حرفه پرستاری

کنند که در آموزش و خدمات پرستاری هماهنگی لازم را نداشته و نیاز بیشتری برای تفکر مجدد وبازنگری در آموزش بالینی وجود دارد (10) و بر این اساس، پژوهشگر با توجه به درک وجود پاره ای از شکافها بین آموزش نظری وبالینی بر آن شد تا در این راستا پژوهش حاضر را با هدف تعیین مشکلات کارآموزی در عرصه از دیدگاه دانشجویان ومربیان انجام دهد. روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی مقطعی است که در آن کلیه دانشجویان روزانه و شبانه مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل (ترم ۷ و ۸) در دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل که در کارآموزی در عرصه بودند (40 نفر) و مربیان 16 نفر و بصورت سرشماری انتخاب شدند. مربیان پرستاری دارای مدرک کارشناسی و کارشناسی ارشد و دارای حداقل یکسال سابقه کار بالینی در عرصه بودند. ابزار گردآوری داده ها، یک پرسشنامه استاندارد ویژه مربیان و دانشجویان بود و

این پرسشنامه شامل دو بخش:

بخش اول مشخصات دموگرافیک (سن، جنس ، وضع تأهل، سابقه بالینی، وضع تحصیلات) بخش دوم با 14 سوال بسته دیدگاه مربیان و دانشجویان را در مورد وضعیت آموزشی بالینی کارآموزی در عرصه با مقیاس رتبه بندی (عالی، خوب، نسبتاً ضعیف و ضعیف) بررسی می نمود وشامل مواردی مانند: نظم و ثبات در برنامه ریزی کارآموزی در عرصه، هماهنگی قبلی بین

در دانشجو، تطابق فرم های ارزشیابی با اهداف آموزش بالینی و وجود سیستم ارزشیابی واحد برای دانشجو خوب تا عالی ارزیابی گردیده است. اما در مورد مشخص بودن وظایف مربی و دانشجو در بخش، مربیان (۹۳/۸٪) آن را خوب تا عالی و دانشجویان (۵۰٪) آن را نسبتاً ضعیف ارزیابی نموده اند. از نظر مناسب بودن تعداد دانشجو برای هر مربی، مربیان (۷۵/۱٪) آن را خوب تا عالی و دانشجویان (۵۵٪) آن را نسبتاً ضعیف ارزیابی کرده اند. از نظر دسترسی به امکانات رفاهی مربیان (۵۰/۱٪) نسبتاً ضعیف تا خوب ولی دانشجویان (۹۵٪) آن را خوب تا عالی ارزیابی نموده اند. با انجام آزمون Ttest اختلاف نظر در دو گروه مربی و دانشجو معنی دار نیست. ولی مقایسه میانگین وضعیت تأهل و دیدگاه آنها در هر دو گروه معنی دار است. یعنی افراد متأهل و مسن تر و وضعیت را بهتر گزارش کرده اند. ($P < 0.05$).

بحث

همان طور که از نتایج این تحقیق بر می آید همخوانی چندانی بین نتایج این تحقیق با تحقیقات مشابه دیده نمی شود. در کل به نظر می رسد وضعیت کارورزی در عرصه نسبت به سالیان گذشته وضعیت بهتری پیدا کرده است چرا که اکثریت واحد ها وضعیت دانشکده را خوب تا عالی گزارش کرده اند. بنابراین میتوان ابراز کرد که دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل در تدوین و ارائه کارورزی در عرصه باموفقیت عمل کرده است ولی در اینکه باید تغییراتیدر این روند داده شود شکی نیست چرا که در مورد

مشخص بودن وظایف مربی و دانشجو در حوزه دانشجویان رضایت وجود ندارد. وجود تناقض بین نظر مربی و دانشجو نشان دهنده عدم ارائه آگاهی های لازم نسبت به وظایف دانشجو و بخش قبل از شروع کارآموزی است. بنابراین، می توان گفت که اهداف این طرح هنوز در بعضی از نقاط برای مربیان و دانشجویان روشن نیست و لازم است راهنمای آموزشی مناسب برای مربیان و دانشجویان تدوین گردد (۱۱). از نظر مناسب بودن تعداد دانشجو برای هر مربی نیز دانشجویان وضعیت را نسبتاً ضعیف اعلام کرده اند. در بسیاری از تحقیقات مشابه، وجود مربی در کارورزی در عرصه را تنها برای راهنمایی و رفع مشکل نیازهای دانشجو ابراز کرده اند و گفته شده که از این طریق، استقلال و اعتماد به نفس دانشجو در عرصه افزایش خواهد یافت (۱۲). اگرچه هم اکنون مربی حضور مستقیم دارد و گاهاً بدلیل پراکندگی دانشجو در بخش های مختلف مجبور است تعداد زیادی از دانشجویان را فقط حضور غیاب نماید. بنابراین آموزش بالینی کارآموزی در عرصه در این بعد از هدف خود فاصله گرفته است (۷). نظر مربیان در مورد وضعیت دسترسی به امکانات رفاهی در محیط بالینی نسبتاً ضعیف گزارش شده و با توجه به اینکه قلب هر دانشگاه اعضای هیأت علمی آن است، به عبارت دیگر کیفیت یک دانشگاه یا دانشکده در گرو توان علمی اعضای هیأت علمی آن است. بنابراین ضروری است که با بررسی بیشتر درباره عوامل موثر بر ارتقای انگیزه اساتید بالینی، موجب حضور فعال و موثر

آنها در عرصه آموزش و درمانی شویم (۱۳). با وجود اینکه دانشجویان ایجاد مهارت در اجرای فرآیند پرستاری را در سطح مطلوبی ذکر کرده اند ولی تعدادی از این دانشجویان از بدست آوردن مهارت رضایتی ندارند. مطالعه دیگری در این زمینه بیانگر آن بود که ۷۳ درصد دانشجویان به نداشتن وقت لازم برای انجام پروسیجرهای استاندارد و عدم تناسب شرایط بالینی با اصول تئوری معتقد بودند (۱۴).

نتیجه گیری

ابتدا با توجه به اینکه دیدگاه مربیان وضعیت خوب تا عالی با درصدهای بالاتری همراه است همچنین با توجه به معنی دار بودن افزایش سن و رضایتمندی افراد به نظر می رسد ضرورت دارد تمامی مربیان اهداف کامل کارورزی در عرصه را در یک سبک توجیهی برای دانشجویان روشن نمایند و راهنمای آموزشی مناسب در هر بخش در اختیار مربی و دانشجو قرار گیرد. برای انجام بهتر فرآیند پرستاری از پراکندگی در بخش های مختلف جلوگیری و دانشجویان در بخش های تخصصی با تعداد بیماران کمتر فرآیند پرستاری را اجرا نمایند. - بازنگری کامل وضعیت امکانات و تسهیلات مربیان در بخش ها مدنظر معاونت آموزشی محترم بیمارستان ها قرار گیرد تا مربیان با تمرکز بیشتر به راهنمایی دانشجویان بپردازند.

- ۱- بهادران پ، سلامتی ق، الوندیان ل. بررسی میزان برآورده شدن انتظارات دانشجویان پرستاری در مورد فراگیری مهارت های بالینی از واحد کارآموزی بهداشت مادران و نوزادان مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان ۱۳۸۲، ص: ۸۲-۶
- ۲- زمان زاده وحید، پارسا یکتاز، فتحی آذر ا، ولی زاده ل. نقش آموزش بالینی مدرسان پرستاری: یک مطالعه کیفی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی ۱۳۸۱، ص: ۳۲-۲۷
- 3- Hen dricks- Thomas IM , Crosby DM , Mooney DC. Education in critical care nursing anew beginning. Intensive crit care Nurs 1995, 11 (2): 23-9.
- 4- Scheetz L1. Baccalaureate nursing student preceptorship programs and the development of dinical competence. J Nurse End 1989 , 1989 28(1). 29-35.
- ۵- شورای عالی برنامه ریزی، برنامه ریزی آموزشی پرستاری بر سرفصل دروس پرستاری، مصوب شورای عالی برنامه ریزی تهران. وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی ۱۳۷۴. ص: ۱۴-۱۱
- ۶- خورسندی م، خسروی ش: بررسی وضعیت آموزشی بالینی از دیدگاه دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی اراک در سال ۱۳۸۰. ره آورد دانش ۱۳۸۱: ۵(۱). ص: ۳۲-۲۹
- ۷- دهقانی، خ دهقانی ح، فلاح زاده ح؛ مشکلات آموزشی بالینی کارآموزی در عرصه از دیدگاه مربیان و دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی شهید صدوقی یزد، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی تابستان ۱۳۸۴-۵(۱). ص: ۳۲-۲۴
- ۸- شهبازی ل، وضعیت آموزش بالینی از دیدگاه دانشجویان پرستاری و مامایی، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید صدوقی یزد ۱۳۷۹: ۸ پیوست ۲. ص: ۱۰۳-۹۷
- 9- corlett 7.the perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors of the theory- practice gap in nurse education. Nurse End Today 2000, 20 (6): 499-505
- 10- williss. pre- Registration student nurses expectations and experiences of a clinical skills training programme. [cited 2003]. Available from: <http://www.hpw.org.uk/imges-client/ACFEB8-Pdf>
- ۱۱- خدیوزاده ط، سالاری پ؛ میزان رضایتمندی دانشجویان مامایی از ادامه راهنمایی آموزش بالینی در دوره های کارآموزی و کارآموزی در عرصه. مجله ایرانی آموزش در مرحله پزشکی ۱۳۸۳- پیوست ۱۰، ص: ۳۰
- ۱۲- هادیزاده طلاساز ز ف، فیروزی م، شماعیان ن. ارزیابی وضعیت آموزشی بالینی از دیدگاه دانشجویان پرستاری و مامایی دانشکده علوم پزشکی گناباد. مجله ایران آموزش در علوم پزشکی ۱۳۸۴. ۵(۱). ص: ۷۶-۷۰
- ۱۳- شریفی. م، جورابچی ز، علی پورحیدری م. تأثیرگذاری استاد بر ارزشیابی دانشجو از استاد دروس، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی قزوین ۱۳۸۱. ص: ۸۱-۷۰

۱۴- اسماعیلی ر. بررسی وضعیت آموزش بالینی کارآموزی در عرصه از دیدگاه دانشجویان ترم آخر پرستاری ساری. خلاصه مقالات کنگره هماهنگی آموزشی و بهداشت درمان در پرستاری و مامایی تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۷۹، ص: ۵.

آگاهی، نگرش و عملکرد نسبت به مصرف نمک در افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهید بهشتی و سیدحاتمی اردبیل

نویسندگان:

عزیز کامران^۱، عظیم ملک پور^۲، مهرداد بی ریا^۲، جعفر بشیری^۲

۱. هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل - گروه پزشکی اجتماعی - دانشکده پزشکی

۲. دانشگاه علوم پزشکی اردبیل - دانشکده پزشکی

چکیده

زمینه و اهداف: اهمیت مصرف نمک به حدی است که سازمان جهانی بهداشت همانند بسیاری از سازمانهای بین المللی تلاشهای گسترده دست اندرکاران بهداشت عمومی را در مورد کاهش مصرف بی رویه نمک خواستار شده است. این مطالعه با هدف تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد نسبت به مصرف نمک در افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهید بهشتی و سیدحاتمی اردبیل در سال ۱۳۸۸ انجام گردید.

روش کار: این مطالعه بصورت توصیفی - مقطعی بوده و جامعه آماری آن شامل افراد مراجعه کننده به دو مرکز شهید بهشتی و سیدحاتمی بودند که تعداد ۲۵۰ نفر از آنان بعنوان نمونه انتخاب شدند. روش نمونه گیری بصورت تصادفی ساده بود و داده ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته در سه بخش، شامل سئوالات دموگرافیک، آگاهی و اعتقادات در مورد مصرف نمک جمع آوری گردید، سپس با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 11/5 و آزمونهای آماری توصیفی و آزمونهای تحلیلی کای دو، آنالیز واریانس یکطرفه و Tukey، Kruskal Wallas مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: میانگین سنی افراد شرکت کننده در مطالعه $27/82 \pm 8/2$ بود و ۲۱۱ نفر از جنس مونث و ۳۹ نفر از جنس مذکر بود. میانگین نمره آگاهی افراد ۷/۵ از ۱۶ بود که متوسط رو به پایین ارزیابی می شود و ۴۲/۸ درصد افراد تحصیلات راهنمایی، ۳۴/۸ درصد دبیرستان، ۱۶/۴ درصد تحصیلات دانشگاهی و ۶ درصد بیسواد بودند ۸۴/۸ درصد افراد اعلام کردند در سرسفره غذا از نمک استفاده می کنند و ۵۴ درصد برای خوردن میوه ها نمک می زنند و ۱۰۰ درصد افراد یکی از میوه های خیار، گوجه فرنگی و گوجه سبز را با نمک مصرف نمک می کنند، ۹/۶ درصد افراد غذا را شور، ۸۶/۴ درصد کم نمک و تنها ۴ درصد بی نمک میل می کنند. همچنین اکثریت زنان (۵۳/۶ درصد) اعلام کردند که برای خوردن میوه از نمک استفاده نمی کنند و برعکس این موضوع برای مردان حاکم بود و در استفاده از نمک برای میوه به تفکیک جنسیت اختلاف معنی داری وجود داشت ($P < 0.001$).

نتیجه گیری: باتوجه به یافته های مطالعه و مصرف بی رویه نمک لزوم طراحی برنامه های مدون آموزشی، جهت افزایش آگاهی مردم بخصوص افراد مونث که در تهیه غذا نقش ایفاء می کنند جهت پیشگیری از مصرف بی رویه نمک وعوارض آن ضرورت دارد.

کلیدواژه: نمک، نگرش، آگاهی، مرکز بهداشتی درمانی

مقدمه

نمک علاوه بر اینکه بعنوان طعم دهنده مواد غذایی استفاده می شود در تنظیم اعمال داخلی و حیاتی بدن نقش دارد و کمبود و مصرف بی رویه آن عوارض و مشکلاتی را برای بدن بوجود می آورد. رژیم غذایی پر نمک باعث تغییرات پاتولوژیکی بسیاری در ارگانهای بدن از جمله سیستم فشارخون می شود از جمله این تغییرات، اختلال در عملکرد اندوتلیال و آسیب عروقی است (۱) که نقش بسزایی در پیشرفت بیماریهای قلبی عروقی دارد (۲) امروزه توجه روزافزونی در خصوص اثرات مصرف نمک زیاد بر روی سیستم قلبی و عروقی وجود دارد زیرا که متوسط دریافتی نمک در اکثریت مردم بیشتر از نیاز فیزیولوژیکی به آن است (۲). اهمیت مصرف نمک به حدی است که سازمان جهانی بهداشت همانند بسیاری از سازمانهای بین المللی تلاشهای گسترده دست اندرکاران بهداشت عمومی را در مورد کاهش مصرف بی رویه نمک خواستار شده است (۳) مصرف بی رویه سدیم باعث افزایش کلسیم ادراری می شود و در مطالعات بین دفع کلسیم و سدیم ورودی رابطه مثبت قوی اثبات شده است، و نتایج مطالعه نشان داد که مصرف بی رویه سدیم باعث کاهش محتوی مواد معدنی استخوانها می شود (۴). این مطالعه با هدف تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد نسبت به مصرف نمک در افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهید بهشتی و سیدحاتمی در اواخر سال

۱۳۸۷ و اوایل سال ۱۳۸۸ انجام گردید.

روش کار

این مطالعه بصورت توصیفی مقطعی بوده و جامعه آماری آن شامل افراد مراجعه کننده به دو مرکز شهید بهشتی و سیدحاتمی بودند که تعداد ۲۵۰ نفر از آنان بعنوان نمونه انتخاب شدند، انتخاب این مراکز به این دلیل بود که در دو سمت شهر بوده و مراجعین بیشتری نسبت به دیگر مراکز دارند. روش نمونه گیری بصورت تصادفی ساده انجام شد به این ترتیب که کلیه مراجعین در روزهای حضور پرسشگر در صورت تمایل در مطالعه شرکت داده شدند. داده با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته در سه بخش، شامل سؤالات دموگرافیک، آگاهی و اعتقادات در مورد مصرف نمک جمع آوری گردید، سپس داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 11/5 و آزمونهای آماری توصیفی و آزمونهای تحلیلی کای دو، آنالیز واریانس یکطرفه و توکی^۱، کروسکال والیس^۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

براساس میانگین سنی افراد شرکت کننده در مطالعه $27/82 \pm 8/2$ بود و ۲۱۱ نفر از جنس مونث و ۳۹ نفر از جنس مذکر، میانگین نمره آگاهی افراد ۷/۵ از ۱۶ بود که متوسط رو به پایین ارزیابی می شود و ۴۲/۸ درصد افراد از تحصیلات راهنمایی، ۳۴/۸ درصد دبیرستان، ۱۶/۴ درصد تحصیلات دانشگاهی و ۶ درصد بیسواد بودند. ۸۴/۸ درصد افراد اعلام کردند در

1. Tukey

2. Kruskal Wallas

سرسفره غذا از نمک استفاده می کنند و ۵۴ درصد برای خوردن میوه ها نمک می زنند و ۱۰۰ درصد افراد یکی از میوه های خیار، گوجه فرنگی و گوجه سبز را با نمک مصرف می کنند، ۹/۶ درصد افراد غذا را شور، ۸۶/۴ درصد کم نمک و تنها ۴ درصد بی نمک میل می کنند. نتایج جدول شماره یک نشان داد که ۱۵/۲ درصد افراد عقیده داشتند تنها افراد سالخورده باید نگران مصرف نمک باشند، بیشتر موافقین در سطح تحصیلات راهنمایی بودند و ۷۵/۲ درصد افراد مخالف این جمله بودند. اکثریت مخالفین نیز دارای تحصیلات راهنمایی بودند و همانطور که در جدول شماره ۳ مشخص است ۵۶ درصد افراد مخالف، از آگاهی متوسط برخوردار بودند، در گروه موافق نیز اکثریت در گروه آگاهی متوسط بودند. بر اساس آزمون کروسکال والیس در توزیع گروههای مخالف و موافق از نظر سطح تحصیلات اختلاف معنی داری وجود داشت (p=0/001). همچنین ۶۵/۶ درصد افراد عقیده داشتند غذا بدون نمک بی طعم و بی مزه است و ۷۵ درصد افراد مخالف این جمله در سطح متوسط از نظر آگاهی قرار داشتند و بر اساس آزمون کروسکال والیس در توزیع گروههای مخالف و موافق با این عقیده از نظر وضعیت آگاهی اختلاف معنی داری وجود داشت (جدول شماره ۱). بر اساس آزمون آنالیز واریانس یکطرفه اختلاف معنی داری به لحاظ میانگین نمره آگاهی در گروههای تحصیلاتی وجود داشت و در بررسی بیشتر برای مشخص شدن گروههای دارای اختلاف از آزمون توکی استفاده

شد و مشخص شد که اختلاف بین گروه بیسواد با سایر گروهها وجود دارد. همانطور که از جدول شماره ۲ مشخص است اکثریت افراد در سطوح تحصیلاتی مختلف بجز بیسوادان به لحاظ آگاهی در گروه متوسط بودند و در گروه بیسواد فردی با آگاهی خوب وجود نداشت و در گروه تحصیلات دانشگاهی سه نفر در گروه ضعیف بود و بر اساس آزمون کروسکال والیس در توزیع افراد با سطح تحصیلاتی مختلف از نظر وضعیت آگاهی اختلاف معنی داری وجود داشت. اکثریت افرادی که نمک در سفره غذا استفاده می کنند موافق این موضوع هستند که غذا بدن نمک بی طعم و بیمزه است و بر اساس آزمون مربع کای به لحاظ توزیع عقاید در استفاده کردن و نکردن در سفره غذا اختلاف معنی داری وجود دارد (p = 0.001). همچنین نتایج نشان داد اکثریت زنان (۵۲/۹ درصد) اعلام کردند که برای خوردن میوه از نمک استفاده نمی کنند و برعکس این موضوع برای مردان حاکم بود و در استفاده از نمک برای میوه به تفکیک جنسیت اختلاف معنی داری وجود دارد (p < 0.001).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی افراد در نگرش به اینکه غذا بدون

نمک بی طعم و بی مزه است بر حسب وضعیت آگاهی

جمع کل	آگاهی افراد مورد مطالعه			غذا بدون نمک بی طعم و بی مزه است
	خوب	متوسط	ضعیف	
۱۶۴ ٪۶۵٫۶	۲۸ ٪۶۵٫۱	۱۰۵ ٪۷۵	۳۱ ٪۴۶٫۳	موافق
۵۰ ٪۲۰	۹ ٪۲۰٫۹	۳۳ ٪۲۳٫۶	۸ ٪۱۱٫۹	مخالف
۳۶ ٪۱۴٫۴	۶ ٪۱۴	۲ ٪۱٫۴	۲۸ ٪۴۱٫۸	بی نظر
۲۵۰ ٪۱۰۰	۴۳ ٪۱۰۰	۱۴۰ ٪۱۰۰	۶۷ ٪۱۰۰	جمع کل
0.000 df=4				P-value آزمون Kruskal-Wallis

جدول شماره 1: جدول توزیع فراوانی افراد از نظر وضعیت آگاهی

بر حسب سطح تحصیلات

سطح تحصیلات	آگاهی افراد مورد مطالعه			جمع کل
	ضعیف	متوسط	خوب	
بیسواد	۱۳ ٪۸۶٫۷	۲ ٪۱۳٫۳	۰ ٪۱۰۰	۱۵
راهنمایی	۳۵ ٪۳۲٫۷	۵۹ ٪۵۵٫۱	۱۳ ٪۱۲٫۱	۱۰۷
دبیرستان	۱۶ ٪۱۸٫۴	۴۸ ٪۵۵٫۲	۲۳ ٪۲۶٫۴	۸۷
دانشگاهی	۳ ٪۷٫۳	۳۱ ٪۷۵٫۶	۷ ٪۱۷٫۱	۴۱
جمع کل	۶۷ ٪۲۶٫۸	۱۴۰ ٪۵۶	۴۳ ٪۱۷٫۲	۲۵۰ ٪۱۰۰
P-value آزمون Kruskal-Wallis	0.001 df=6			

بحث

براساس نتایج بدست آمده اکثریت افراد از آگاهی متوسط و پایین برخوردار بودند و با توجه به نگرانیهایی که سازمانهای بین المللی از جمله سازمان جهانی بهداشت در مورد مصرف بی رویه نمک دارند می توانند زنگ خطری برای سلامت باشد. که این تاییدی برای این یافته از مطالعه است که متأسفانه اکثریت افراد عقیده داشتند غذا بدون نمک بی طعم و بی مزه است همچنین با توجه به اینکه اکثریت شرکت کنندگان در مطالعه از جنس مونث بودند که نقش مهمی در تهیه غذای خانواده ایفا می کنند اهمیت این موضوع بیشتر خواهد شد. (۴) در مطالعه، اکثر افراد درسفره غذا از نمک استفاده می کنند و با توجه به این که درفرایند تهیه غذا نمک به آن افزوده می شود این احتمال مصرف بی رویه نمک را افزایش می دهد، این یافته لزوم برنامه ریزی برای کاهش مصرف نمک را روشن

می سازد. مطالعات متعددی در مورد اثرات مفید کاهش مصرف نمک انجام شده و نتایج نشان می دهد که کاهش در مصرف نمک اثرات مفید مهمی روی فشارخون در افراد دارای فشارخون بالا بر جای می گذارد و این می تواند باعث کاهش مورتالیتته بیماریهای قلبی و عروقی شود (۵ و ۶) برای مثال در ایرلند کاهش متوسط ۵ میلیمتر جیوه فشارخون با کاهش مصرف در ۳ گرم نمک در روز بدست آمد که این می تواند باعث کاهش ۱۳ درصدی در بروز سکته و ۱۰ درصدی در بیماری قلبی و عروقی شود (۷ و ۸) سازمان جهانی بهداشت نیز کاهش مصرف نمک را خواستار شده و توصیه می کند که میزان مصرف نمک کمتر از ۵ گرم در روز باشد (۳). متأسفانه مطالعات مشابهی جهت مقایسه داده ها و بحث بیشتر در این مورد یافت نشد، درمطالعه اکثریت افراد مخالف این جمله بودند که تنها سالخوردگان باید نگران نمک باشند، این موضوع جای خرسندی دارد که با وجود میانگین سنی جوان افراد شرکت کننده نگرش خوبی راجع به مصرف نمک و نگرانی از عوارض آن وجود دارد

نتیجه گیری

باتوجه به یافته های مطالعه مبنی بر استفاده بی رویه نمک لزوم طراحی برنامه های مدون آموزشی، جهت افزایش آگاهی مردم بخصوص افراد مونث که در تهیه غذا نقش ایفاء می کنند جهت پیشگیری از مصرف بی رویه نمک و عوارض آن ضرورت دارد.

منابع

- ۱-Simon G. Experimental evidence for blood pressure – independent vascular effects of high sodium diet. *Am. J. Hypertens.* 2003; 16: 1074-8
- 2-Micheline M de Resende. Jose G Mill. Effect of high salt intake on local RENIN-ANGIOTENSIN SYSTEM and ventricular dysfunction followinf Myocardial infarction in Rats. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology.* 2007; 34. 274-279.
3. World Health Organization. *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases: Report of a joint WHO/FAO expert consultation.* Geneva, Switzerland. 2002.
- 4- Y. S. Chan, P. Pooh, E. L. P. Chan, The Effect of High Sodium Intake on Bone Mineral Content in Rats Fed a Normal Calcium or a Low Calcium Diet. *Osteoporosis Int* (1993) 3:341-344
5. Sacks et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med* 2001; 344: 3-10.
6. MacGregor, G.A., de Wardener, H.E. Salt, blood pressure and health. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 320-327; discussion 331-332.
7. He, F.J. and MacGregor, G.A., How far should salt intake be reduced? *Hypertension.* 2003; 42:1093-1099.
8. Perry, I.J. *Salt and heart disease, an epidemiological perspective.* Presentation to Irish Heart Foundation's conference on Salt, Functional Foods and Heart Health. Dublin. April, 2004.