

[Downloaded from jarums.arums.ac.ir on 2025-12-03]

نتیجه‌گیری

امروزه با افزایش آگاهی‌ها و مراقبت‌های بهداشتی، بیشتر بیماران مراقبت‌های تخصصی لازم را از ترخیص از بیمارستان در منزل دریافت می‌کنند و دو اصل مراقبت‌های بهداشتی درمانی در محیط زندگی مددجویان و لزوم آموزش و توانمندسازی بیماران بهداشتی درمانی با استفاده از روش‌های بهداشتی قرن بیستم و یکم قرار گرفته است. بررسی‌ها و تجارب بهداشتی سالیان اخیر حاکی از آن است که مراقبت‌های بهداشتی مدبرانه در منازل با عنوان آموزش و توانمندسازی در جامعه، علاوه بر دوره بستری در بیمارستان‌ها و سایر مراکز درمانی، گام بزرگی در جهت استقلال مددجو و نهایتاً ارتقای سطح سلامت و صرفه‌های اقتصادی خواهد بود. وجود تعداد زیاد مددجویان در سطح شهرستان نیازمند دریافت انواع خدمات بهداشتی درمانی هستند و با تغییر رویکرد مراقبت‌های بهداشتی در سطح شهرستان و نه فقط در مراکز بهداشتی درمانی تأکید بر افزایش استقلال مددجویان و اثبات بیماری و ناتوانی از طریق تشخیص و تحصیل خود مراقبتی، لزوم اهمیت آموزش خدمات مراقبتی مددجویان در منزل در میان خانواده و نزدیکان آنان را آشکار می‌سازد. انفارکتوس، از شایع‌ترین بیماری در بین بیماران بستری در بیمارستان در کشورهای مختلف باشد و حدود ۱/۵ میلیون مورد در سال گزارش شده است که حدود ششصد هزار مورد آن مرگ می‌شود. انجمن آمریکا گزارش می‌دهد که هر ساله هزار نفر بدلیل حملات قلبی از بین می‌روند. بیماری‌های عروق کرونر سیر صعودی داشته و به میزان مرگ و میر را به خود اختصاص داده است. براساس تحقیقات انجام شده حدود ۱۰-۱۵ درصد

بیماران از انفارکتوس می‌میرند طی ماه اول از تشخیص آن. انفارکتوس دوم مبتلا شده و حدود ۱۰-۱۵ درصد آنان فوت می‌کنند. عوارض انفارکتوس مواردی از مشکلات روحی (اضطراب و افسردگی) بررسی انجام شده در بیمار دچار انفارکتوس نشان می‌دهد پس از ۱ روز ۱۰٪ بیماران دچار افسردگی و متوسط بوده‌اند و افسردگی با علائم و نشانه‌های مشخصه مرگ و میر بمدت یکسال بعد از بیماری است و حمایت‌های اجتماعی و ارتباط مستقیمی با علائم و نشانه‌های اجتماعی و افسردگی بعد از بیماری وجود دارد.

بررسی انجام شده در بیمار دچار انفارکتوس حاد که بمدت ۱۰ روز بعد از ترخیص از بیمارستان پیگیری شده بودند نشان داد که این بیماران در این مدت اضطراب و افسردگی و ترس از عود بیماری را تجربه می‌کنند و بدتر شدن وضعیت آنان می‌شود. بنابراین بیمار و خانواده‌اش آموزش و مشاوره نیاز دارند و از آنجایی که بازتوانی فرآیند پویا و آگاهانه بهداشتی است، فرد بیمار باید دستیابی به حداکثر توانایی روحی و عوارض بیماران انفارکتوس را در عوارض روحی و از بیماری و بازتوانی روحی و پیگیری نیاز دارند.

بررسی انجام شده در Chen و همکاران نشان داد که آموزش اعضای خانواده و بیمار جهت این عوارض اهمیت داشته و باید توسط پرستاران انجام شود. تحقیقات انجام شده در مورد بیماران در منزل در مراقبت قرار گرفته‌اند نشان داده است که ۱۰٪ آنان در وضعیت خوب قرار داشته‌اند. بررسی انجام شده توسط رحمانیان و

مراقبت‌های بزرگسالان بزرگسالان دوره مراقبت‌های بهداشتی و با تشریک بیماران و خانواده‌های آنان نتوانند در پیگیری و دوره مراقبت‌های بزرگسالان [۱] و مطالعات نشان داد که ۳۰٪ پزشکان و ۳۰٪ پرستاران موافق مراقبت در محل درمانی و مددجویان و آژانس‌های ضروری بودند [۲]. بنابراین پژوهش با هدف بررسی تأثیر پیگیری بر وضعیت بیماران و روحی بیماران دچار انفارکتوس می‌باشد. مراجعه‌کننده به آموزش درمانی در اردیبهشت سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ انجام شده است.

در این بررسی بیماران دچار انفارکتوس میوکارد
 مراجعه‌کننده به مرکز آموزش درمانی اردبیل
 که ساکن شهر اردبیل بودند بطور تصادفی ساده
 تعداد نفر انتخاب و در دو گروه نفری
 شاهد و آزمون قرار گرفتند. گیری و مراقبت در
 منزل از مهر ماه تا دی ماه بطول انجامید.
 هر دو گروه بعد از بستری مراقبت‌های معمول
 در بیمارستان قرار ولى افراد مورد بررسی در
 گروه آزمون قبل از ترخیص از بیمارستان ابتدا
 ابزار بررسی وضعیت گوردون بررسی
 و آموزش در ارتباط با مراقبت در منزل قرارمی
 و اطلاعات آمده بعنوان اطلاعات در طی
 مراقبت در منزل بکار گرفته شد. بازدید

11 11

زیر ۰/۰ و ۰/۰٪ گروه آزمون دارای ضربان ۰ و بالاتر بودند و انجام آزمون X^2 تفاوت آماری معنی داری را بین دو گروه نشان داد (جدول شماره ۰).

جدول شماره ۰. جدول توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش ۰ فشار خون دیاستولیک (۰ متر جیوه)

واحد های مورد پژوهش	۰		آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زیر ۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰
۰-۰	۰	۰/۰	۰	۰
۰ و بالاتر	۰	۰	۰	۰/۰
۰	۰	۰	۰	۰

$$X^2=3.07 \quad df=2 \quad P=0.21$$

جدول شماره ۰. جدول توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش ۰ ضربان ۰ زمان استراحت

واحد های مورد پژوهش	۰		آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زیر ۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰
۰-۰	۰	۰	۰	۰
۰ و بالاتر	۰	۰/۰	۰	۰/۰
۰	۰	۰	۰	۰

$$X^2=6.76 \quad df=2 \quad P=0.034$$

۰/۰٪ گروه ۰ و ۰/۰٪ گروه آزمون دارای وزن ۰-۰ کیلوگرم و ۰٪ گروه شاهد دارای وزن ۰ کیلوگرم و بالاتر و ۰٪ گروه آزمون دارای وزن زیر ۰ کیلوگرم بودند که تفاوت وزن ۰ دو گروه از نظر آماری ۰ دار نبود (جدول شماره ۰).

جدول شماره ۰. جدول توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش ۰ وزن (کیلوگرم)

واحد های مورد پژوهش	۰		آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زیر ۰	۰	۰/۰	۰	۰
۰-۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰
۰ و بالاتر	۰	۰	۰	۰/۰
۰	۰	۰	۰	۰

$$X^2=1.98 \quad df=2 \quad P=0.37$$

۰ نشان داد که ۰٪ افراد در هر دو گروه ۰ و ۰٪ ۰ بودند. ۰/۰٪ گروه شاهد و ۰/۰٪ گروه آزمون در گروه ۰-۰ و ۰٪ گروه ۰ و ۰/۰٪ گروه آزمون در گروه ۰ و بالاتر بودند. ۰ ۰ با استفاده از آزمون T تفاوت آماری ۰ دار را بین دو گروه ۰ نشان داد. ۰/۰٪ گروه ۰ و ۰٪ گروه آزمون دچار انفارکتوس ۰ و در گروه ۰/۰٪ و در گروه آزمون ۰/۰٪ انفارکتوس قدامی وسیع داشتند.

جدول شماره ۰. جدول توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش ۰ فشار خون ۰ (۰ متر جیوه)

واحد های مورد پژوهش	۰		آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زیر ۰	۰	۰	۰	۰
۰-۰	۰	۰	۰	۰
۰ و بالاتر	۰	۰	۰	۰
۰	۰	۰	۰	۰

$$X^2=5.5 \quad df=2 \quad P=0.06$$

جدول شماره ۰ بیانگر آن است ۰٪ گروه ۰ دارای فشار خون ۰-۰ ۰ متر جیوه و در گروه آزمون ۰٪ فشارخون ۰ زیر ۰ متر جیوه داشتند و ۰٪ گروه آزمون و ۰٪ گروه شاهد دارای فشار خون ۰ و بالاتر بودند. آزمون X^2 تفاوت آماری ۰ داری ۰ فشار خون ۰ در دو گروه نشان داد. ۰٪ گروه آزمون و ۰/۰٪ گروه شاهد دارای فشار خون دیستولیک ۰-۰ میلیمتر جیوه و ۰/۰٪ گروه ۰ دارای فشار خون دیستولیک زیر ۰ ۰ متر جیوه بودند. ۰ ۰ فشار خون دیستولیک ۰ دو گروه تفاوت آماری ۰ داری را نشان داد (جدول شماره ۰).

۰٪ گروه شاهد و ۰٪ گروه آزمون دارای ضربان ۰-۰ و ۰/۰٪ گروه شاهد دارای ضربان ۰

بودند انجام آزمون فیشتر ارتباط آماری χ^2 داری χ^2 و اضطراب نشان نداد.

% گروه در گروه χ^2 زیر χ^2 سال و % آنان در گروه χ^2 و بالاتر دارای افسردگی بودند. در گروه آزمون χ^2 % گروه χ^2 زیر χ^2 سال و % گروه χ^2 و بالاتر دارای افسردگی بودند. آزمون کای دو ارتباط معنی داری χ^2 و افسردگی در دو گروه نشان نداد.

در گروه χ^2 افراد مذکر دارای اضطراب χ^2 و در گروه آزمون χ^2 افراد مذکر و % افراد مؤنث دارای اضطراب χ^2 بودند و انجام آزمون χ^2 ارتباط معنی داری χ^2 اضطراب و جنس در دو گروه نشان نداد.

χ^2

امروزه χ^2 مراقبت های بهداشتی χ^2 بیماران مراقبت های χ^2 و تخصصی لازم را χ^2 از ترخیص از بیمارستان در منزل دریافت χ^2 . مراقبت های χ^2 شده توسط پرستاران در منزل χ^2 میتواند χ^2 پیشگیری و کاهش دوره بستری بیماران و بستری شدن مجدد آنان و در نتیجه χ^2 χ^2 های بیمارستانی شود [1].

در این پژوهش χ^2 آموزشی - مراقبتی از طریق بازدید منزل χ^2 چهار نوبت (دو χ^2 - یکماه و χ^2 ماه و دو ماه بعد از ترخیص از بیمارستان) اجرا گردید. χ^2 پژوهش نشان داد که χ^2 از اجرای χ^2 بازدید منزل در گروه آزمون χ^2 گروه شاهد میزان فشارخون χ^2 ، دیاستولیک و ضربان χ^2 زمان استراحت کمتر شده است.

پژوهش انجام χ^2 توسط رحمانیان و همکاران نشان داد که χ^2 بازدید منزل مقادیر فشارخون χ^2 و دیاستولیک را در گروه آزمون χ^2 داده است χ^2 از نظر آماری χ^2 دار بوده است. و χ^2

% گروه شاهد و % گروه آزمون اضطراب χ^2 و % گروه شاهد و % گروه آزمون اضطراب χ^2 بالا داشتند مقایسه χ^2 اضطراب در دو گروه تفاوت آماری χ^2 داری را نشان نداد. % گروه شاهد و % گروه آزمون دارای افسردگی χ^2 بودند و % گروه شاهد و % گروه آزمون دارای افسردگی متوسط و شدید بودند χ^2 تفاوت χ^2 دار آماری χ^2 افسردگی در دو گروه نشان نداد (جدول شماره 1).

جدول شماره 1. جدول توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش
میزان افسردگی

میزان افسردگی	تعداد		درصد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
متوسط و شدید (1-2)	10	20	10	20
متوسط و شدید (3-4)	10	20	10	20
متوسط و شدید (5-6)	10	20	10	20

$P > 0.05$ $df = 1$ $X^2 = 0.07$

در گروه χ^2 واحدها که دچار انفارکتوس قدامی و وسیع بودند دارای اضطراب χ^2 و متوسط بودند در گروه آزمون χ^2 افراد مبتلا به انفارکتوس χ^2 دارای اضطراب χ^2 و متوسط بودند انجام آزمون فیشتر در دو گروه χ^2 اضطراب و نوع انفارکتوس χ^2 تفاوت آماری χ^2 داری را نشان نداد. % گروه χ^2 انفارکتوس قدامی و وسیع دارای افسردگی χ^2 بودند و در گروه آزمون χ^2 آنان χ^2 انفارکتوس χ^2 بودند دارای افسردگی شدید بودند. انجام آزمون کای دو و فیشتر در دو گروه ارتباط معنی داری را χ^2 افسردگی و نوع انفارکتوس χ^2 نشان نداد.

در گروه χ^2 آنان χ^2 در گروه χ^2 - χ^2 سال بودند دارای اضطراب شدید و در گروه آزمون χ^2 افراد زیر χ^2 سال دارای اضطراب χ^2 و

تفاوت در دار نبوده است. میزان افسردگی در دو گروه یکسان بوده است و شدت این اختلال کوتاه مدت بودن زمان پیگیری و تعداد جلسات مراقبت در منزل بوده است. نتوانسته بر وزن و افسردگی بیماران در گروه آزمون مداخله مداخله

بررسی انجام شده Mitu و همکاران در بیمار مبتلا به انفارکتوس قاعده بمدت ۳ ماه پیگیری شده بودند نشان داد که ضربان زمان استراحت فشار خون TPI^1 و MET^2 در هر استراحت (استراحت و تست ورزشی) داشته است. فوق ۳۰۰۰ در هر پیروشی ۳۰۰۰ خوانی دارد.

پژوهش بیانگر آن است که میزان افسردگی در گروه آزمون از اجرای بازدید منزل در گروه شاهد کمتر شده است. چند این ارتباط از نظر آماری معنی دار نبود.

بررسی انجام شده در بیمار مبتلا به انفارکتوس قاعده نشان دهد که انجام پیگیری بمدت ۳ ماه همراه با های اجتماعی بعد از انفارکتوس قاعده عمده کننده مرگ و میر بعد از بیماری بوده و ارتباط با افسردگی بیماران دارد که تا حدودی مشابه نتیجه حاصل از پژوهش حاضر می باشد. بررسی روی بیمار مبتلا به انفارکتوس قاعده نشان دهد پیگیری بیماران و اجرای بازتوانی بهبود کیفیت زندگی بیماران شود.

بررسی Halm و همکاران بازتوانی افراد مبتلا به بیماری های عروق کرونری را جهت پیشگیری از حوادث حاد قلبی در زنان را نشان داد.

بررسی انجام شده Karoff نشان دهد که اجرای بازتوانی های بازگشت کار و میزان اضطراب بعد از انفارکتوس شود. بیانگر آن بود که وزن در گروه آزمون کمتر شده است ولی از نظر آماری این

تفاوت در دار نبوده است. میزان افسردگی در دو گروه یکسان بوده است و شدت این اختلال کوتاه مدت بودن زمان پیگیری و تعداد جلسات مراقبت در منزل بوده است. نتوانسته بر وزن و افسردگی بیماران در گروه آزمون مداخله مداخله

پژوهش زارع در شهر نیشابور نیز نشان داد که توان بازدید منزل را به عنوان روش برای افزایش آپکار خانواده های دارای کودک معلول ذهنی بکاربرد. این که بازدید منزل توانسته است بعضی از عوامل جسمی و روحی را بهبود بخشد فرضیه بر مؤثر بودن پیگیری وضعیت و روحی بیماران انفارکتوس شود.

از پژوهش پیشنهاد می شود بازدید منزل عنوان روش و اساسی در مراقبت های بهداشتی درمانی بیماران انفارکتوس بکار گرفته شود.

نتیجه گیری

عظیمیان. مراقبت در منزل از بیماران هیپرتانسیون و بیماری های عروق کرونری، خلاصه سمینار سراسری مراقبت در منزل، آبان ماه ۱۳۹۳.

2- Fife A, Farr E. Acute myocardial infarction. Nurs Stand. 1998 Mar; 12(26): 49-54.

3- Mitchell R, Muggli M, Sato A. Cardiac rehabilitation: participating in an exercise program in a quest to survive. Rehabil Nurse. 1999 Nov-Dec; 24(6): 236-9.

4- Frasure-Smith N, Lesprance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, et al. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. Circulation. 2000 Apr; 101(16): 1919-24.

5- Scavini S, Zanelli E, Domenighini D, Massarelli G, Zampini P, Giordano A, et al. Telecardiology community: a new approach to take care of cardiac patient. Boario Home-

9- Mitu F, Mitu M, Pandele GI. The role of physical training in left ventricular performance and exercise tolerance in patients with chronic myocardial infarct. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 1997 Jan-Jun; 101(1-2): 75-81.

10- Halm M, Penque S, Doll N, Beahrs M. Women and cardiac rehabilitation: referral and compliance patterns. J Cardiovasc Nurs. 1999 Apr; 13(3): 83-92.

11- Karoff M. Individual outcome - oriented cardiologic rehabilitation treatment. MMW Fortschr Med. 2000 Jan; 142 (3 Suppl): 179-82.

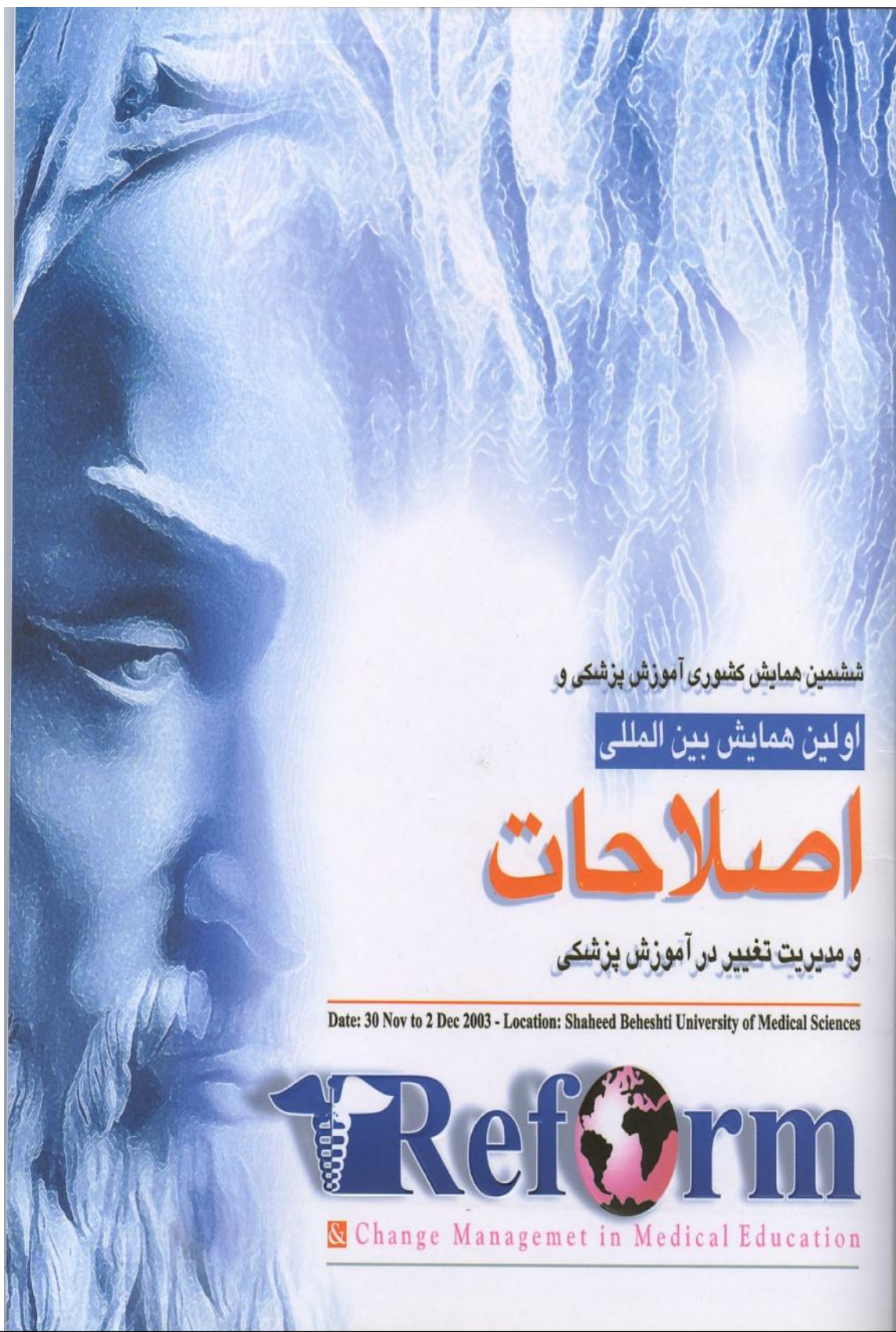
۱- زارع مسعود. بررسی وضعیت های بازدید منزل
بر آپکار خانواده های دارای کودک معلول ذهنی
شهرستان نیشابور، پایان کارشناسی ارشد، دانشگاه
مدرس تهران، ۱۳۸۵.

Care Investigators. Cardiologia. 1999 Oct; 44(10): 921-4.

6- Chen WH, Yao JP. An investigation on the family support of discharged acute myocardial infarction patients. Zhonghua Hu Li Za - Zhi. 1997 Dec; 32(12): 683-6.

۲- رحمانیان قاسم، مظلوم سید رضا، امامی مقدم زهرا،
ثاقبی سید احمد. وضعیت بازدید بر وضعیت
بیماران در درمان با همودیالیز، مجله پژوهش
دانشکده پرستاری، ۱۳۸۵، سال اول، شماره دوم،
زمستان، ۱۳۸۵.

8- Ades PA, Pashkow FJ, Fletcher G, Pina IL, Zohman LR, Nestor JR. A Controlled trial of cardiac rehabilitation in the home setting using electrocardiographic and voice transtelephonic monitoring. Am Heart J. 2000 Mar; 139(3): 543-8.



ششمین همایش کشوری آموزش پزشکی و

اولین همایش بین المللی

اصلاحات

و مدیریت تغییر در آموزش پزشکی

Date: 30 Nov to 2 Dec 2003 - Location: Shaheed Beheshti University of Medical Sciences

Reform

Change Management in Medical Education