

بررسی انجام شده Chen و همکاران نشان داد که آموزش اعضای خانواده و بیمار جهت $\square \square \square$ این عوارض اهمیت داشته و باید توسط پرستاران انجام شود[۱]. $\square \square \square \square$ تحقیقات انجام شده در مورد بیماران $\square \square \square \square$ در منزل $\square \square \square$ مراقبت قرار گرفته‌اند نشان داده است $\square \square \square \square$ % آنان در وضعیت خوب $\square \square \square \square$ قرار داشته‌اند[۲]. بررسی انجام شده توسط رحمانیان و

بیماری های عروق کرونر سیر صعودی داشته و $\square\square\square\square$ میزان مرگ و میر را به خود اختصاص داده است. بر اساس تحقیقات انجام شده حدود $\square\square$ درصد

مراقبت‌های بزرگسالان

مراقبت‌های بهداشتی و با تشریک بیماران و خانواده های آنان می‌توانند در پیگیری و دوره مراقبت‌ری و مطالعات نشان دهد که % پزشکان و % پرستاران موافق مراقبت در محل و مددجویان و آنا ضروری دانند[۱]. بنابراین پژوهش با هدف بررسی تأثیر پیگیری بر وضعیت و روحی بیماران دچار انفارکتوس مراجعه‌کننده به آموزش درمانی و اردیل در سال -۱۳۹۵ 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 گرفته شده بعنوان اطلاعات درپی مراقبت در منزل بکار گرفته شد. بازدید

زیر ۱ و ۱/۱۰ گروه آزمون دارای ضربان ۱۰ و بالاتر بودند و انجام آزمون X^2 تفاوت آماری معنی داری را بین دو گروه نشان داد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱. جدول توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش ۱۰ فشار خون دیاستولیک (۱۰۰متر جیوه)

واحد های مورد پژوهش	۱۰۰		آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زیر ۱۰	۱	۱۰/۱۰	۱۰	۱۰/۱۰
۱۰-۱۰	۱۰	۱۰/۱۰	۱۰	۱۰/۱۰
۱۰ و بالاتر	۱	۱۰	۱	۱۰/۱۰
۱۰۰	۱۰	۱۰۰	۱۰	۱۰۰

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

جدول شماره ۱. جدول توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش ۱۰ ضربان ۱۰ زمان استراحت

واحد های مورد پژوهش	۱۰۰		آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زیر ۱۰	۱	۱۰/۱۰	۱۰	۱۰/۱۰
۱۰-۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰
۱۰ و بالاتر	۱۰	۱۰/۱۰	۱	۱/۱۰
۱۰۰	۱۰	۱۰۰	۱۰	۱۰۰

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

۱۰/۱۰ گروه ۱۰۰ و ۱۰/۱۰ گروه آزمون دارای وزن ۱۰-۱۰ کیلوگرم و ۱۰ گروه شاهد دارای وزن ۱۰ کیلوگرم و بالاتر و ۱۰ گروه آزمون دارای وزن زیر ۱۰ کیلوگرم بودند که تفاوت وزن ۱۰ دو گروه از نظر آماری ۱۰ دار نبود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱. جدول توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش ۱۰ وزن (کیلوگرم)

واحد های مورد پژوهش	۱۰۰		آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زیر ۱۰	۱	۱۰/۱۰	۱	۱۰/۱۰
۱۰-۱۰	۱۰	۱۰/۱۰	۱۰	۱۰/۱۰
۱۰ و بالاتر	۱	۱۰	۱۰	۱۰/۱۰
۱۰۰	۱۰	۱۰۰	۱۰	۱۰۰

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

۱۰ نشان داد که ۱۰ افراد در هر دو گروه ۱۰ و ۱۰ بودند. ۱۰/۱۰ گروه شاهد و ۱۰/۱۰ گروه آزمون در گروه ۱۰-۱۰ و ۱۰ گروه ۱۰ و ۱۰/۱۰ گروه آزمون در گروه ۱۰ و بالاتر بودند. ۱۰ ۱۰ با استفاده از آزمون T تفاوت آماری ۱۰ دار را بین دو گروه ۱۰ نشان داد. ۱۰/۱۰ گروه ۱۰ و ۱۰/۱۰ گروه آزمون دچار انفارکتوس ۱۰ و در گروه ۱۰/۱۰ و در گروه آزمون ۱۰/۱۰ انفارکتوس قدامی وسیع داشتند.

جدول شماره ۱. جدول توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش ۱۰ فشار خون ۱۰ (۱۰۰متر جیوه)

واحد های مورد پژوهش	۱۰۰		آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زیر ۱۰	۱	۱۰	۱۰	۱۰
۱۰-۱۰	۱۰	۱۰	۱	۱۰
۱۰ و بالاتر	۱	۱۰	۱	۱۰
۱۰۰	۱۰	۱۰۰	۱۰	۱۰۰

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

جدول شماره ۱ بیانگر آن است ۱۰ گروه ۱۰ دارای فشار خون ۱۰-۱۰ ۱۰۰متر جیوه و در گروه آزمون ۱۰ فشارخون ۱۰ زیر ۱۰ متر جیوه داشتند و ۱۰/۱۰ گروه آزمون و ۱۰/۱۰ گروه شاهد دارای فشار خون ۱۰ و بالاتر بودند. آزمون X^2 تفاوت آماری ۱۰ داری ۱۰ فشار خون ۱۰ در دو گروه نشان داد. ۱۰/۱۰ گروه آزمون و ۱۰/۱۰ گروه شاهد دارای فشار خون ۱۰-۱۰ میلیمتر جیوه و ۱۰/۱۰ گروه ۱۰ دارای فشار خون دیاستولیک زیر ۱۰ ۱۰۰متر جیوه بودند. ۱۰ ۱۰ فشار خون دیاستولیک ۱۰ دو گروه تفاوت آماری ۱۰ داری را نشان داد (جدول شماره ۱).

۱۰/۱۰ گروه شاهد و ۱۰/۱۰ گروه آزمون دارای ضربان ۱۰-۱۰ و ۱۰/۱۰ گروه شاهد دارای ضربان ۱۰

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 بیماران مراقبت های χ^2 و تخصصی لازم را 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 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. 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 داری افسردگی χ^2 بودند و % گروه شاهد و % گروه آزمون داری 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 χ^2 میزان افسردگی

میزان افسردگی	تعداد		درصد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
متوسط و شدید (1-3)	10	20	10	20
متوسط (4-5)	10	20	10	20
کم	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 χ^2 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 - سال بودند دارای اضطراب شدید و در گروه آزمون χ^2 افراد زیر χ^2 سال دارای اضطراب χ^2 و

تفاوت در دو گروه تفاوت داری را نشان داده است. این پژوهش حاضر همخوانی دارد [۱].

بررسی انجام شده Mitu و همکاران در بیمار مبتلا به انفارکتوس ب مدت 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 پژوهش خوانی دارد [۲].

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

بررسی انجام شده در بیمار مبتلا به انفارکتوس نشان دهد که انجام پیگیری ب مدت همراه های اجتماعی بعد از انفارکتوس عمده کننده مرگ و میر بعد از بیماری بوده و ارتباط بین افسردگی بیمار دارد [۳] که تا حدودی مشابه نتیجه حاصل از پژوهش حاضر می باشد. بررسی روی بیمار مبتلا به انفارکتوس نشان دهد پیگیری بیمار و اجرای بازتوانی بهبود کیفیت زندگی بیمار شود [۴].

بررسی Halm و همکاران بازتوانی افراد مبتلا به بیماری های عروق کرونری را جهت پیشگیری از حوادث حاد قلبی در زنان را نشان داد [۵].

بررسی انجام شده Karoff نشان دهد که اجرای بازتوانی های بازگشت کار و میزان اضطراب بعد از انفارکتوس شود [۶]. بیانگر آن بود که وزن در گروه آزمون کمتر شده است ولی از نظر آماری این

تفاوت در نبوده است میزان افسردگی دو گروه یکسان بوده است و این کوتاه مدت بودن زمان پیگیری و تعداد جلسات مراقبت در منزل بوده است نتوانسته بر وزن و افسردگی بیمار در گروه آزمون باشد.

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 [۷]. این که بازدید منزل توانسته است بعضی از عوامل جسمی و روحی را بهبود بخشد فرضیه بر مؤثر بودن پیگیری وضعیت و روحی بیمار و انفارکتوس شود.

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

نتیجه گیری

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

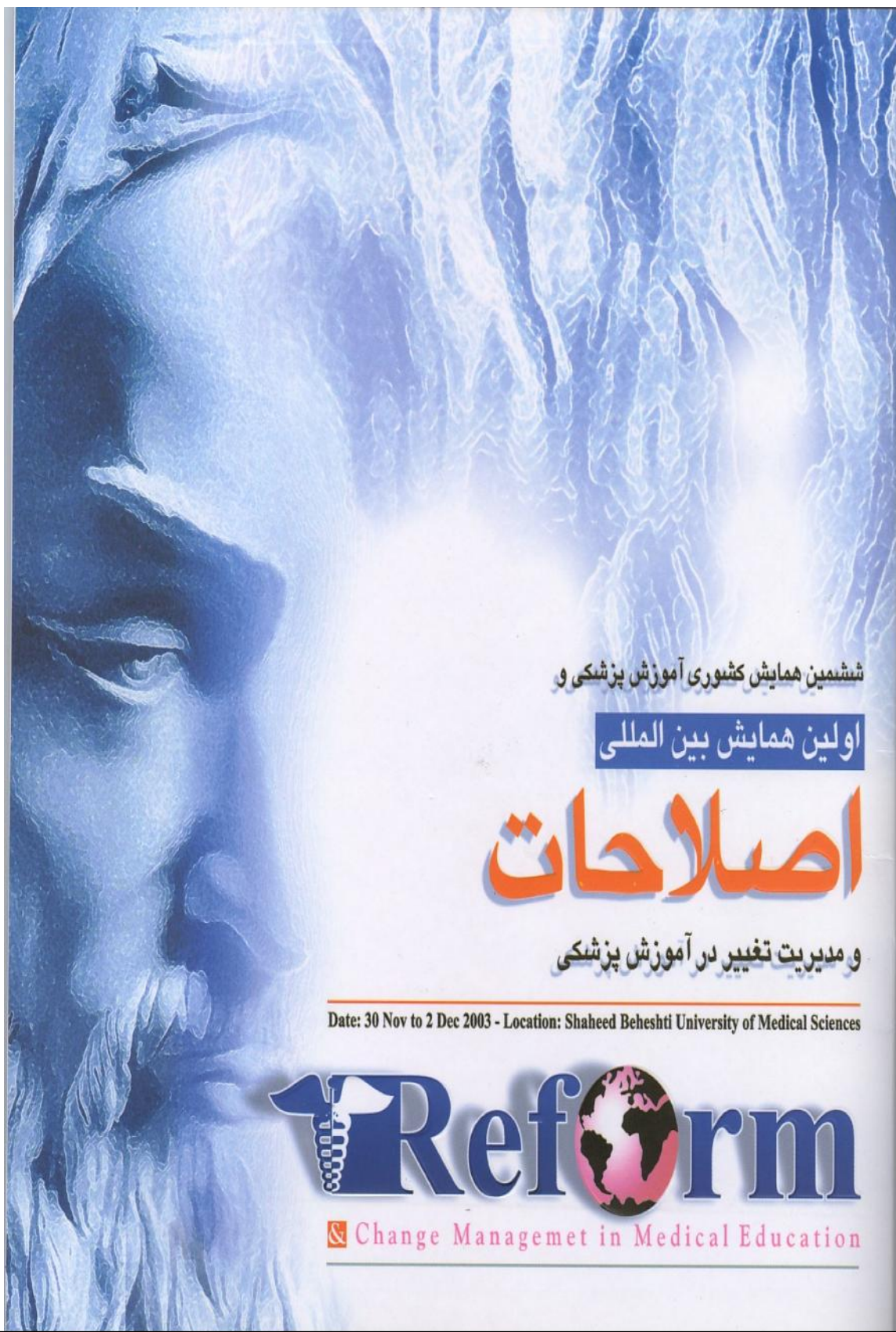
2- Fife A, Farr E. Acute myocardial infarction. Nurs Stand. 1998 Mar; 12(26): 49-54.

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-

- 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