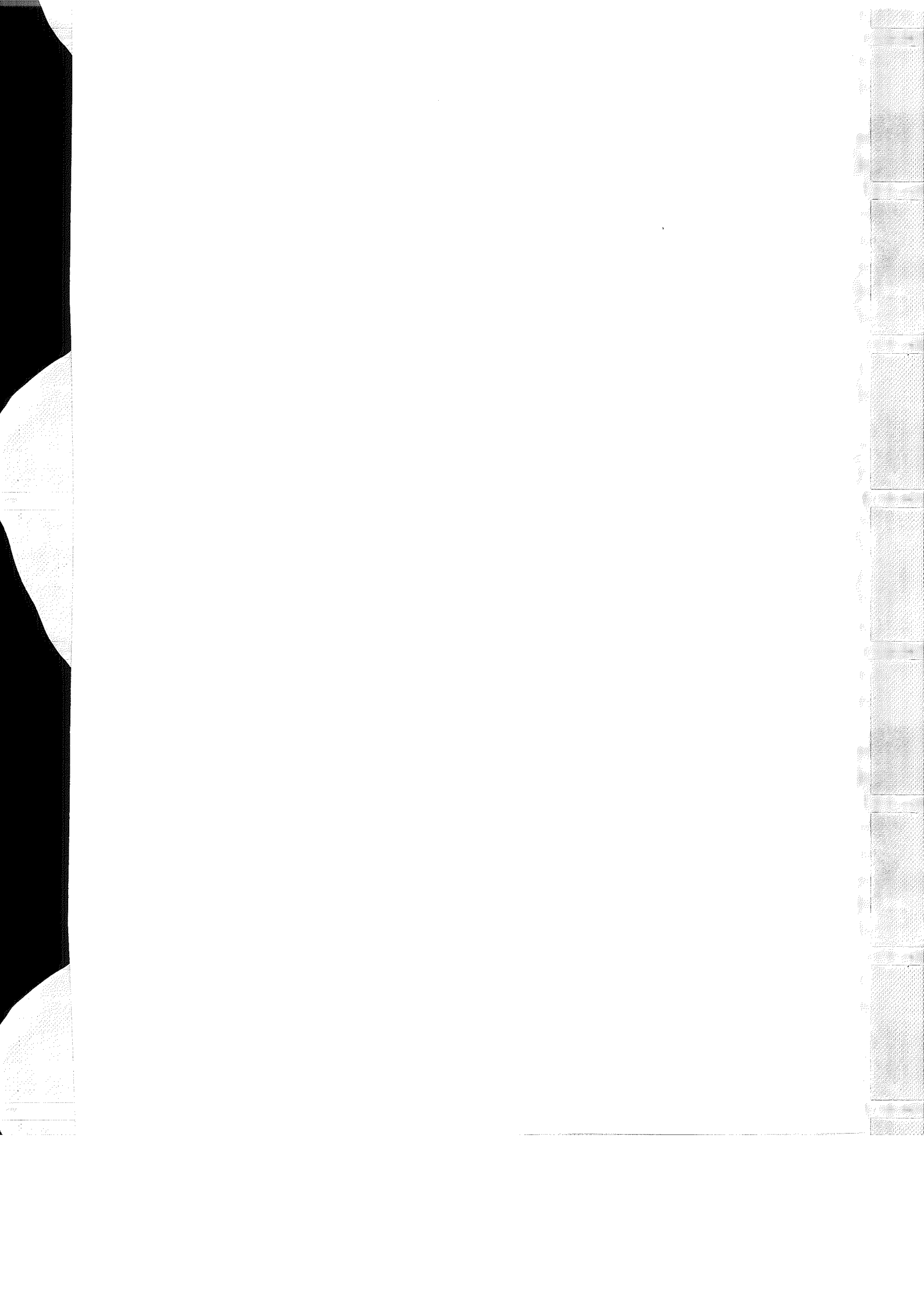






پرستاری و مامایی ایران

فصلنامه

نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران

سال دوم

۳



و من احياها فکانما احيا الناس جميعا

و هر کسی «نفسی» را حیات بخشد و از مرگ نجات دهد
مثل آنست که همه مردم را نجات بخشیده

فصلنامه پرستاری و مامایی ایران



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی ایران
دانشکده پرستاری و مامایی

فصلنامه پرستاری و مامایی ایران

مدیر مسئول و سردبیر: سادات سیدباقر مذاح
با همکاری: شورای نویسندگان
صفحه آرا: شاهرخ خره غانی
روش: علمی

نشانی: خیابان ولیعصر، خیابان رشید یاسمی
دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران
کد پستی ۱۹۹۶۴
حروفجینی لاینوترن، لیتوگرافی، چاپ و صحافی:
مرکز چاپ و انتشارات دانشگاه پیام نور
(آموزش از راه دور)

بحران در مراقبت - پرتندگی ترین تخصص های	
پرستاری ۴	رفیعی
بررسی نظرات مربیان پرستاری دانشکده های پرستاری و	
مامایی - دانشگاه علوم پزشکی تهران درباره مشکلات	
آموزش پرستاری ۸	سالمی و همکاران
مصونیت کافی نیست ۱۲	حیدری
تلویزیون و مشکلات آن برای بچه ها و نقش پرستار ۱۶	افضلی
روش تزریق صحیح به عضله بازو ۲۱	
بررسی مقایسه ای میزان آگاهی مربیان دانشکده های	
پرستاری و مامایی تهران و دبیران دبیرستانهای تهران در	
مورد مضرات اعتیاد به سیگار ۲۲	جوادی و همکاران
زخم معده و اثنی عشر به عنوان یک بیماری عفونی ۲۷	مرباغی
پرستار شدن: جنبه های اخلاقی آن ۳۶	بنی اسد
نگاهی به سیر تکاملی روشهای تدریس ۴۰	اسفندارمز
قوانین کافی نیستند ۴۳	نوری تاجر
چگونگی ارزشیابی کتابهای درسی پرستاری ۴۶	معزی
بررسی میزان آگاهی مربیان پرستاری از اصول ارزشیابی	
در دانشکده های پرستاری و مامایی وزارت بهداشت و	
درمان و آموزش پزشکی ۵۰	و همکاران
نقش پرستار بهداشت جامعه در مدارس ۵۶	مشکبید
سیانوز ۵۸	داننده
بررسی عواملی که از دیدگاه مادران شیرده باعث عدم	
موفقیت در ادامه شیردهی به شیرخوار از بدو تولد تا دو	
ماهگی می گردد در مراکز بهداشتی و درمانی تهران ۶۰	حاج کاظمی
آبونمان ۶۶	

نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران

سال دوم، شماره ۳

پرستاری از بیماران مبتلا به سرطان

ترجمه و تلخیص: فروغ رفیعی *

سرطان شناسی^۱ اغلب به عنوان رشته ای تنیدگی آور در پرستاری بشمار می آید و برخورداری از کاربرد مهارت های مناسب ارتباطی و داشتن يك تصور خوب از خوشتن، جهت ارائه مراقبت های پرستاری درازمدت از بیماران مبتلا به سرطان امری ضروری است.

به خوبی جا نیفتاده است. فریل^۵ «بیزاری» را به این صورت تعریف می کند «این سندرم عبارتست از فرسودگی جسم و روح که باعث بروز يك خودپنداری منفی^۶، نگرش منفی نسبت به شغل و بالاخره از دست دادن علاقه و احساس نسبت به مددجویان می شود». اگر بتوان تنش زها را به عنوان عوامل ایجاد فشار یا به خطر افکندن سیستم های جسمی، اجتماعی و روانی تعریف کرد، می توان «بیزاری» را نتیجه طبیعی افزایش تنیدگی دانست. بدیهی است که تنش زها بلافاصله باعث برانگیختن تنیدگی نمی شوند. تابلوی این مورد فرایند پیچیده ایست که نه تنها بستگی به شدت و وسعت تنش زها دارد

تنیدگی موضوعی است که اخیراً در نشریات پرستاری به کرات مورد بحث قرار گرفته است. اما با وجودیکه در مورد تنیدگی بحث و تحقیق می شود، به نظر می رسد که در حرفه ما هنوز هم همان نگرشها و ارزشهای قدیمی در مورد پرستارانی که علائم تنیدگی را ابراز می دارند وجود دارد.

نویسندگان مختلف از واژه هایی مثل «تنیدگی روانی»^۲ یا «تنیدگی بیش از حد»^۳ استفاده می کنند که نشان دهنده این است که تنیدگی يك جزء شناخته شده از پرستاری مدرن بوده و همچنین تنیدگی به مقدار کم مفید است. امروز «بیزاری»^۴ از کار» واژه ایست که بطور متداول کاربرد دارد. درحالیکه این واژه

1- Oncology

5- Friel

2- Psychological Stress

6- Negative Self - Concept

3- Over - Stressed

4- Burnout

* لیسانس پرستاری

بلکه همچنین با وضعیت عاطفی و ادراکات شخصی و تعامل اجتماعی در ارتباط است.

یاسکوا^۱ می‌گوید: هرچه مقدار تنیدگی درک شده در محیط کار بیشتر باشد، بیزاری به مقدار شدیدتری وجود خواهد داشت. بدین دلیل، همچنین به علت اینکه پرستار ممکن است قادر به سازگاری مناسب نباشد، اختلال در امر مراقبت از بیمار پدید می‌آید و به همکاران و سایر بیماران نیز از نظر روانی فشار وارد خواهد ساخت. منابع و عوامل ایجاد تنیدگی در پرستاری باید مورد مطالعه قرار گیرد تا بتوان در جهت حل مشکل، راههای مقابله‌ای را دنبال کرد.

این موضوع در نشریات پرستاری شناخته شده طرح و اظهار گردیده که پرستاران بخش سرطان به علت نوع کار خود با تنیدگی‌های بسیاری مواجه می‌شوند. سایر پرستاران نیز مراقبت از بیماران مشرف به مرگ را تنیدگی آور قلمداد می‌کنند. این منابع همچنین می‌گویند: متوسط مدت کار، در بخش سرطان قبل از ایجاد بیزاری از کار یا ترك محل کار توسط کارکنان بین ۱/۵-۳ سال است.

منابع تنیدگی موجود در پرستار بخش سرطان چیست؟ منابع را می‌توان به دو صورت خارجی که از محیط اطراف پرستار سرچشمه می‌گیرد و داخلی که از وجود وی برمی‌خیزد بیان کرد. فریل و همکاران منبع اولیه نگرانی پرستار بخش سرطان را ارتباط با بیمار و خانواده وی که مکرراً برای درمان و یا در اثر عود بیماری مراجعه می‌کنند می‌دانند. پرستار، افراد خانواده را در موقعیتی ملاقات می‌کند که در مشکل‌ترین زمان ممکن از زندگی خود بسر می‌برند. همچنین آنان در فشار بوده‌اند و احتمالاً از مرگ یا بیماری مرگ‌آور تجربه ناچیزی^۲ دارند.

فریل پیشنهاد می‌کند که ترس از فرایند بیماری سرطان، اغلب در پرستار با علائم پریشانی و اضطراب که وی خود را با آن تطبیق می‌دهد، بروز می‌کند. دونوان^۳ استدلال می‌کند که «پرستاران دچار اختلالات عاطفی

و روحی و بیماریهای جسمی نسبتاً فراوانی می‌شوند چون آنان بطور مداوم با درد و رنج رودررو هستند و در موقعیتی که بتوانند این عوامل را کنترل کنند، قرار ندارند».

ترسهای درونی با فشارهایی که خود پرستار بر خویش وارد می‌سازد، آغاز می‌شوند. در گزارشی از يك تحقیق، ۴۲ درصد از پرستاران بخش پاسخ داده بودند که تجربه آنها از تنیدگی، ناشی از بی‌کفایتی‌های شخصی و احساس عدم شایستگی بوده است. مابه حرفه‌ای مشغولیم که تعیین استانداردها در آن مشکل است. در مورد پرستار بخش سرطان که در کنار بیمار می‌نشیند و به مجموعه بفرنج ناراحتیها و اضطرابهای او گوش فرا داده و به او احساس آرامشی می‌بخشد که بسیار بیش از حمام دادن و شستشو مؤثر واقع می‌شود، چه نوع ارزشیابی می‌توان انجام داد؟

در فلسفه پرستاری عقیده مطلوب اینست که پرستار باید توان تحمل فشارها را داشته باشد. در مورد دانشجوی پرستاری پژوهشها، مبین این نکته است که با ورود دانشجوی پرستاری به بخش و رویارویی با واقعیت‌های حرفه پرستاری، آنها دچار شوک^۴ می‌شوند؛ مسلماً دانشجوی پرستاری باید بیاموزد که چگونه از بیمارانش به بهترین وجه مراقبت کند. اما این مورد به ندرت تحقق می‌یابد.

پرستاران شاغل در بیمارستانها در مقابل کار با بیماران مشرف به مرگ باید نوعی اعتماد به نفس و انگیزش بدست بیاورند. عامل نهایی که احتمالاً مهمترین عامل تنیدگی درونی نیز بشمار می‌آید، عاملی است که از ایجاد ارتباط بین پرستار بخش سرطان با بیمارانش منشاء می‌گیرد. البته این مورد تنها محدود به پرستاری در بخش سرطان نیست. روش نوین پرستاری که بیمارگرایی^۵ را بیش از وظیفه‌گرایی^۶ مورد نظر قرار می‌دهد، می‌تواند باعث افزایش تماس با بیمار گردد. همینطور وقتی بیشتر امور پرستاری که ارتباط مستقیمی با بیمار ندارد، توسط افراد کمکی انجام شود، پرستار برای تماس با بیمار خود وقت بیشتری خواهد داشت در این رابطه می‌توان به روشهای

1- Yasko

۲- کوبلرراس (Kubler-Ross) معتقد است که خانواده باید در جریان مراحل مختلف «انکار، خشم، معامله و معاوضه، افسردگی و قبول» قرار گیرند تا بتوانند بیماری مرگ‌آور را قبول کنند.

3- Donovan

4- Reality Shock

5- Patient - Oriented

6- Task - Oriented

پرستاری اولیه اشاره کرد که يك پرستار، مسئول تمام مراقبتهای لازم از يك بیمار بوده و خود تنظیم کننده برنامه مراقبت پرستاری از اوست. این امر منجر به ایجاد مسئولیت بیشتر برای پرستار شده، جنبه های علمی و پزشکی حرفه او را افزایش داده و درهای الفت و دوستی را می گشاید.

نیولین¹ معتقد است که تماس با این دسته از بیماران، فرمول مشخصی ندارد. جایجایی مکرر پرستار و بیمار که دائماً باعث آشنایی با بیمار تازه واردی می شود، تنیدگی آور خواهد بود. استوارت² استدلال می کند، در جایی که بین پرستار و بیمار دوستی وجود داشته باشد، پرستار شناخت بیشتری نسبت به بیمار خواهد داشت. به عنوان مثال بیمار مبتلا به تراتوما³ ممکن است تناسب سنی بیشتری با پرستاران خود داشته و در نتیجه، ارتباط فیما بین آنها دوستانه تر باشد.

آلبرخت⁴ در تکمیل این مطلب خاطر نشان می سازد که با آغاز برقراری ارتباط با بیمار و شناخت او، اگر پرستار موفقیتی نداشته باشد، دچار احساس گناه می شود که برانگیزنده مجدد تنیدگی در وی خواهد بود. استوارت همچنین عقیده دارد که در پرستاری از بیماران سرطانی، پرستار نسبت به مرگ خویش نیز بینش پیدا می کند.

البته عوامل دیگری نیز در بروز این بینش مؤثرند. از جمله اینکه پرستار خود را در وضعیت بیمار تصور می کند؛ علاوه این نکته بیانگر آنست که پرستاران بخش سرطان باید در مورد زندگی فلسفه ای داشته باشند که سازگار و مناسب با پرستاری و مراقبت از این بیماران باشد.

پارکر⁵ خاطر نشان می سازد که پرستار بخش سرطان متعهد است که در زندگی شخصی و حرفه ایش در جستجوی راههایی باشد تا از طریق آن قادر به کسب رضایت بوده و بتواند انرژی لازم را جهت انجام وظایف و مسئولیت های خود کسب کند.

نیولین معتقد است که پرستار بخش سرطان نهایتاً در طی انجام وظایف محوله به رشد و پختگی دست خواهد یافت که به وسیله آن قادر به سازگاری و ایجاد تغییرات مناسب به هنگام برقراری ارتباط با بیماران سرطانی خواهد شد. لازم است

پرستار اهداف حرفه ای خود را به گونه ای تنظیم کند که موفقیت او تنها در گرو حفظ حیات بیمار نباشد. در عوض او باید پاداش خود را در گرو مراقبت مناسب و حمایت روانی از بیمار و خانواده او تشخیص دهد.

فریل با استناد به کارکنان بخش سرطان بر این باور است که کار بخش سرطان، برای افرادی جاذب است که طبیعتاً ایده آلیست و متعهد باشند و به حرمت و ارزشهای فردی و عقاید شخصی احترام بگذارند. فریل یادآور می شود که اگر اهداف واقع گرایانه ای طرح ریزی نشود، یأس و ناامیدی و سرخوردگی به دنبال خواهد بود.

سلیه⁶ مراحل دلتنگی و ملالت، رکود، محرومیت و بی تفاوتی و بی توجهی را از علائم «سندرم عمومی سازگاری»⁷ می داند.

بهر حال با افزایش دانش و مهارت های بالینی، دیگر مرگ بیمار سبب شوک و سرخوردگی نخواهد شد. به عبارت دیگر، ارزش و کیفیت زندگی، والاتر و مهمتر از کمیت آن خواهد بود. از بسیاری پرستاران بخش سرطان سؤال شده است که آیا در مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان، دچار افسردگی شده اند یا خیر. البته این پرسش کاملاً درستی نیست. زیرا به نظر پارکر، احساس پرستار در آن هنگام اندوه و ماتم است و نه افسردگی. زمانی که نهایتاً مرگ بیمار فرا می رسد، احساس فقدان به پرستار دست داده و اندوه و ماتم حاصل از این واقعه، نیازمند رسیدگی و بکارگیری اقدامات حمایتی است.

شاید عاطفی ترین مسئله در پرستاری از بیماران سرطانی، برقراری ارتباط باشد. عقیده مشترکی که پرستاران بخش سرطان و پرستاران بخشهای عمومی ابراز می دارند، اینست که، یکی از تنیدگی آورترین جنبه های مراقبت از این بیماران، گفتگو کردن با آنان است. اگرچه پژوهش یاسکو در مورد پرستاران متخصص بخش سرطان، نشان داده است که بین افزایش تماس با بیماران و افزایش بیزاری از کار در پرستاران، ارتباط و همبستگی وجود ندارد. بنابراین، این دسته از پرستاران مورد پژوهش، باید چگونگی تشخیص مشکلات و مقابله با آنها

1- Newlin

2- Stewart

3- Teratoma

4- Albrecht

5- Parker

6- Selye

7- General Adaptation Syndrome

کار» وجود ندارد. اما نتایج این پژوهش مبین وجود ارتباط بین بیزاری از کار با کمبود تعداد پرستاران بخش بوده است؛ واقعیتی که لزوماً ارتباطی با آنچه تاکنون در مورد شواهد گفته شده است ندارد.

همچنین به نظر می‌رسد تاکنون پژوهشهای اندکی در مورد انجام شیمی درمانی توسط پرستاران بخش سرطان بعنوان يك تنش‌زا صورت گرفته باشد. اگرچه مطالعه استوارت بر روی پرستاران شاغل در درمانگاه سرطان نشان داد که تجویز داروهای ضدسرطان در درازمدت می‌تواند برای پرستاران تنیدگی‌آور شود. البته تجزیه و تحلیل این نتیجه به دلیل دخالت عامل زمان در افزایش وقوع بیزاری از کار مشکل است. اگرچه ممکن است مسئله شیمی درمانی و مقررات مربوطه، از جمله مواردی باشند که پرستاران توانایی مقابله و سازگاری با آن را داشته باشند.

تنش‌زاهای مشخص شده معمولاً درازمدت هستند. زیرا استوارت دریافته است که تنش‌زاهای کوتاه مدتی که او در پژوهش خود بدانها دست یافته، صرفاً منحصر به پرستاران بخش سرطان نبوده، بلکه در مورد سایر پرستاران نیز کاربرد دارند.

در خاتمه چنین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که جهت کسب مهارت در مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان، پرستاران نیاز به حمایت و تقویت جس اعتماد به نفس دارند. از این رو لازم است پرستاران با سایر متخصصین در تیم بهداشت و درمان همکاری داشته و از تك روی در جهت کسب هرچه بیشتر استقلال و جدایی از جرف دیگر خودداری کنند و به صورت گروهی منسجم فعالیت کنند. در این صورت بهبود ارتباط حرفه‌ای بین پزشك و پرستار نیز میسر خواهد شد. اگرچه هر پرستار دارای نقشی فردی است و ملزم به ایفای آن است، اما می‌توان امیدوار بود که به تدریج همگام با بهبود مهارت‌های ارتباطی، پرستاران بخش سرطان، به نحو بهتری قادر به شناخت و درك ارتباطات کلامی و غیرکلامی همکاران خود شوند.

را آموخته باشند که در نتیجه با برخورداری از تواناییهای لازم، برقراری ارتباط با بیماران مبتلا به سرطان را تنیدگی‌آور تلقی نمی‌کنند. رودن^۱ اخیراً متذکر شده است، محیطی که در آن به بیماران دروغ گفته می‌شود، بسیار تنیدگی‌آورتر از محیطی است که در آن پرستاران در صورت تمایل می‌توانند بدون ترس از متهم شدن به ضعف و داشتن رفتار غیرحرفه‌ای، همراه با بیمار بگریند. بنابراین اگر برقراری ارتباطی باز و صادقانه تنیدگی‌آور باشد، داشتن ارتباط خشك به مراتب تنیدگی‌آورتر خواهد بود.

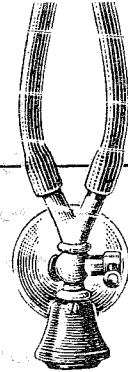
نتیجه آنکه نه تنها نیاز به کسب و پرورش مهارت‌های ارتباطی بینابینی وجود دارد، بلکه لازم است در نگرشها نیز تغییر ایجاد شود و پرستارانی که مایل به کسب این مهارتها هستند، مورد تشویق و حمایت قرار گیرند.

رودن بر این نکته تأکید دارد که «دانشجویانی که وارد این حرفه می‌شوند، آمادگی و جوهر کسب چنین مهارت‌هایی را دارند، اما پس از سپری ساختن دوره سه ساله آموزش پرستاری این خصوصیت به انواع طرق زیرکانه از آنها گرفته می‌شود».

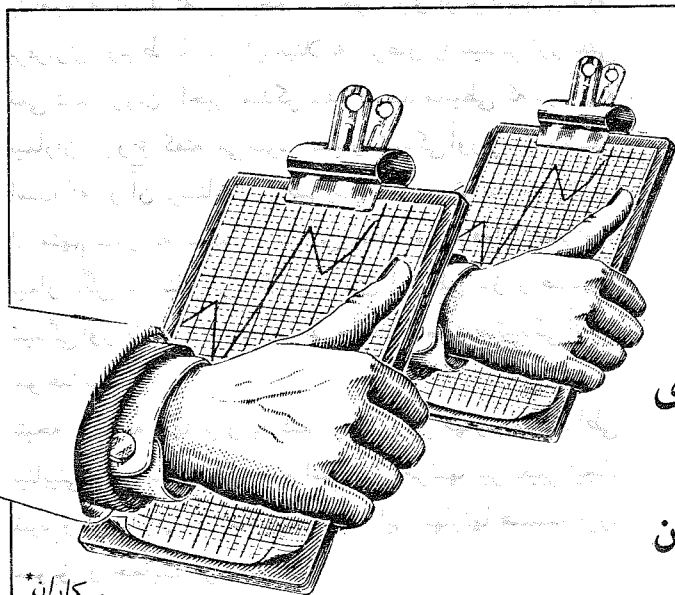
بیزاری از کار

پس این موارد می‌توانند به عنوان بارزترین تنش‌زها در پرستار بخش سرطان شناخته شوند. این تنش‌زها منحصر به کار در بخش سرطان نیستند و تهیه فهرستی قطعی از تنش‌زها ممکن نیست. تاکنون پژوهشهایی در مورد سیگار کشیدن یا اعتیاد به دخانیات در بین پرستاران و همچنین ارتباط بین تنش‌زهای شغلی و غیبت از محل کار انجام شده است. در کمتر حرفه‌ای مانند پرستاری مجموعه‌ای از انواع مسائل مانند نوبت کاری، حقوق اندك و توام بودن ادامه تحصیل در پرستاری با کار تمام وقت وجود دارد و کمتر حرفه‌ای است که اکثر افراد شاغل آن را زنان جوان و تنها تشکیل داده باشند.

مطالعه یاسکو بر روی پرستاران متخصص بخش سرطان بیانگر آن است که ارتباطی بین درآمد کم و افزایش میزان «بیزاری از



سال پژوهش: ۱۳۶۶



بررسی نظرات مربیان پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامائی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران درباره مشکلات آموزش پرستاری

پژوهشگر: صدیقه سالمی و همکاران*

زمینه پژوهش:

آموزش جریان مستمری است که از طریق کار و تجربه و کسب مهارت‌های انسانی در برخورد با موقعیت‌های مختلف به دست می‌آید. هدف اصلی آموزش، تغییر در رفتار فراگیر است. در آموزش پرستاری نیز هدف بوجود آوردن تغییر آگاهانه در رفتار دانشجو است.

آموزش پرستاری زیربنائی برای تأمین نیروی انسانی کار آمد جهت رفع نیاز جامعه است، تا از این طریق دانشجویان پرستاری بتوانند با احساس مسئولیت و تعهد در تأمین سلامت افراد جامعه مؤثر باشند.

بویس^۱ (۱۹۷۳) معتقد است که آموزش پرستاری نیاز به همکاری خدمات پرستاری دارد، تا از این طریق بر کیفیت خود بیافزاید و آموزشی هرچه ارزنده‌تر ارائه کند (صفحه ۲).

برای رسیدن به اهداف آموزش پرستاری، یادگیری باید از طریق معلمین لایق و کارآمد انجام گیرد تا دانشجو را قادر سازد که استعداد‌های خود را به کار اندازد و حداکثر استفاده مطلوب

را از توانائی خود بکند.

گلین^۲ (۱۹۸۶) معتقد است که برنامه‌های آموزشی دانشجویان باید منجر به رشد و توسعه فکری آنها شود و آنان را قادر سازد که با کیفیت بالائی، کار مراقبت از بیمار را به عهده بگیرند (صفحه ۴۰).

آماده کردن دانشجوی پرستاری برای قبول مسئولیت سنگین حرفه پرستاری، بردوش مربیان است و مربی، مهم‌ترین عامل در یادگیری دانشجو است. اگر مربی خود شناخت کافی از حرفه پرستاری و وظایف مربوط به آن را نداشته باشد، چگونه می‌تواند انرا به دانشجویی که مسئول آماده کردن اوست، منتقل کند (جنبش پرستار، ۱۳۵۹، صفحه ۴).

نیساری (۱۳۵۵) معتقد است که وظیفه هر معلم اینست که به بالا بردن سطح تفکر، دانش و مهارت زنان و مردان آینده این کشور به صورت مقتضی بکوشد (صفحه ۹۹).

به نظر پژوهشگر، یکی از مشکلات موجود در آموزش پرستاری، کمبود مربیان پرستاری است. این کمبود از نظر کمی

1- Bevis

2- Glynn

* آناهید کریمی، فوق لیسانس پرستاری داخلی و جراحی

سادات سید باقر مداح، سرپرست دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی ایران، فوق لیسانس آموزش پرستاری.
پرویز کمالی، استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه تهران.

در دانشکده‌های پرستاری و مامائی کشورمان می‌تواند عامل مهمی در کاهش کیفیت آموزش پرستاری باشد.

در این رابطه لاهوتی (۱۳۵۷) می‌نویسد، از ۷۷۰۰ پرستار فارغ التحصیل، تنها ۳۷۱ نفر بطور نیمه وقت و یا تمام وقت به کار تدریس اشتغال داشته‌اند و با توجه به تعداد دانشجویان پرستاری (۳۴۲۴ نفر) تقریباً برای هر ده دانشجو یک مربی وجود دارد که با حداقل استاندارد بین‌المللی مطابقت دارد (صفحه ۲).

همچنین پژوهشی که توسط زنوزی (۱۳۶۵) انجام شده است، نشان‌دهنده این واقعیت است که به علت کمبود مربی در مدارس پرستاری، اکثر اوقات، تجدیدنظر روی مواد درسی به عمل نیامده است و معمولاً دانشجویان همان مطالب قدیمی را که با روشها و شرایط فعلی هماهنگ نیستند می‌آموزند (صفحه ۱۴).

آنچه که باید در آموزش پرستاری مورد توجه قرار گیرد، این است که هر گونه نقص در آموزش، تأثیر مستقیم بر فراگیری دانشجویان دارد و دانشجو پس از فارغ التحصیلی و شروع خدمت انسانی خود در بیمارستانها، هر آنچه را که آموخته، بر روی بیماران پیاده می‌کند. بنابراین داشتن آموزش صحیح پرستاری توسط افراد با صلاحیت و کارآزموده، برای دانشجویان امری حیاتی است. در نشریه جنبش پرستار آمده است که یکی از مشکلات آموزش پرستاری در ایران، نداشتن مربیان مجرب و با صلاحیت آموزشی به تعداد کافی است (جنبش پرستار، ۱۳۵۹، صفحه ۹).

بطور کلی در مورد اعضاء آموزشی، تأکید بر آنست که این گروه باید هرچه بیشتر میزان اطلاعات، و فعالیتهای خود را رشد و توسعه دهند. اطلاعات، انگیزه، مهارت و رفتار مربی، تأثیر مستقیم بر دانشجو دارد و در برآوردن نیازهای آموزشی او و نیازهای آموزشی بطور کلی مؤثر است (لان و دیگران، ۱۹۸۱، صفحه ۱۱۲).

از دیگر ارکان مهم در آموزش پرستاری، محیط آموزش بالینی است. مراکز کارآموزی لازم است به میزان کافی از امکانات آموزشی برخوردار باشند. به علاوه هدف مراکزی که دانشجویان را جهت کارآموزی می‌پذیرند، باید در جهت کمک به

دانشجو و قرار دادن تمام امکانات آموزشی لازم در اختیار وی برای آموزش بیشتر باشد. در یک بررسی که توسط ایرانی‌نژاد (۱۳۶۱) به عمل آمده، چنین نتیجه‌گیری شده است که خدمات پرستاری کشور ما، در مقایسه با سایر کشورها، از نظر کیفیت و کمیت دچار نارساییها و کمبودهایی است (صفحه ۲).

یکی دیگر از مشکلاتی که در آموزش پرستاری با آن روبرو هستیم، نبود و یا کمبود امکانات برای آموزش نظری است. استفاده از امکانات آموزش نظری، نظیر وسایل دیداری شنیداری، در بوجود آوردن مهارت در دانشجوی پرستاری کمک مؤثری می‌کند. در این رابطه پیرسون^۲ (۱۹۷۷) معتقد است که اگر قبل از شروع کار بالینی، فراگیر جگونگی مراقبت از بیمار را به صورت کنفرانس شنیده و به صورت تصویر دیده باشد، در بالا بردن کیفیت کار او مؤثر است (صفحه ۴). و رهنما (۱۳۵۶) عقیده دارد که آموزش از راه‌های گوناگونی عرضه و کسب می‌شود، که یکی از این روشهای عرضه و کسب آموزش، استفاده از وسایل دیداری شنیداری است. (صفحه ۳۰۱).

بیان مسئله پژوهش:

بررسی نظرات مربیان پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامائی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران درباره مشکلات آموزش پرستاری.

اهداف پژوهش:

هدف کلی این پژوهش عبارتست از تعیین نظرات مربیان پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامائی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران درباره مشکلات آموزش پرستاری. دست‌یابی به هدف کلی پژوهش، از طریق اهداف جزئی زیر ممکن خواهد شد:

- ۱- تعیین نظرات مربیان پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامائی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران درباره مشکلات آموزشی، در ارتباط با کمیت و کیفیت مربیان پرستاری.
- ۲- تعیین نظرات مربیان پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامائی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران درباره مشکلات آموزشی، در ارتباط با محیط آموزش بالینی.

۳- تعیین نظرات مربیان پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامائی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران درباره مشکلات آموزشی، در ارتباط با محیط آموزش نظری.

سؤال‌های مورد پژوهش:

۱- نظرات مربیان پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامائی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران درباره کمیت و کیفیت مربیان پرستاری چیست؟

۲- نظرات مربیان پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامائی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران درباره محیط آموزش بالینی چیست؟

۳- نظرات مربیان پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامائی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران درباره محیط آموزش نظری چیست؟

روش پژوهش:

الف - نوع پژوهش: این پژوهش يك بررسی توصیفی تحلیلی است. در این پژوهش کسب اطلاعات و داده‌های آماری به منظور توصیف چگونگی نظرات مربیان پرستاری در مورد مشکلات آموزشی در ارتباط با کمیت و کیفیت مربیان پرستاری، محیط آموزش بالینی و محیط آموزش نظری به عمل آمده است، بر اساس همین داده‌ها، وجود همبستگی بین مشخصات فردی مربیان و نظر آنها راجع به مشکلات آموزشی توصیف می‌شود.

ب - جامعه پژوهش: در این پژوهش، کلیه مربیان پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامائی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران، جامعه مورد پژوهش را تشکیل داده‌اند.

ج - نمونه پژوهش: در این پژوهش ۱۰۰ نفر مربی به صورت تصادفی و به نسبت از سه دانشکده مورد مطالعه انتخاب شده است. روش نمونه‌گیری، مبتنی بر هدف^۱ و با استفاده از روش قرعه‌کشی انجام پذیرفت.

د - مشخصات واحد پژوهش: مشخصاتی که برای واحدهای مورد پژوهش در نظر گرفته شده، عبارتند از: کلیه مربیان پرستاری شاغل که دارای مدرک معادل لیسانس، لیسانس،

فوق لیسانس و یا دانشجوی فوق لیسانس بوده و در زمان انجام پژوهش در یکی از دانشکده‌های پرستاری و مامائی دانشگاه‌های علوم پزشکی در تهران، بطور تمام وقت مشغول به کار هستند.

ه - محیط پژوهش: محیط پژوهش در این بررسی، کلیه دانشکده‌های پرستاری و مامائی دانشگاه‌های علوم پزشکی در تهران بوده است.

و - روش گردآوری داده‌ها: داده‌ها در این پژوهش از طریق پرسشنامه گردآوری شده است. در تهیه و تنظیم پرسشنامه، سعی شده است که اطلاعات مورد لزوم از گروه پاسخگویان دریافت گردد.

ز - روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: جهت اولین هدف این پژوهش (تعیین نظرات مربیان پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامائی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران درباره مشکلات آموزشی در ارتباط با کمیت و کیفیت مربیان پرستاری) نظراتی است که واحدهای مورد پژوهش در همین زمینه اعلام کرده‌اند. برای کسب این نظرات ۱۱ سؤال در پرسشنامه مطرح شده و برای هر يك از سؤالها، پاسخ‌هایی در نظر گرفته شده بود که پاسخگو بنا به نظر خود به آنها پاسخ می‌داد، پاسخ برخی از سؤالات به صورت بلی و خیر و برخی سؤالات دیگر به صورت سه‌الی پنج پاسخی بوده است و پاسخگویان می‌توانستند به بیش از يك پاسخ جواب دهند.

در مورد هدف دوم پژوهش (تعیین نظرات مربیان پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامائی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران درباره مشکلات آموزشی در ارتباط با محیط آموزش بالینی) ۴ سؤال در پرسشنامه مطرح شده است این سؤالات نیز دارای دو و سه پاسخ بودند که واحدهای مورد پژوهش می‌توانستند براساس نظرات خود به آنها پاسخ دهند.

در مورد هدف سوم پژوهش (تعیین نظرات مربیان پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامائی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران درباره مشکلات آموزشی در ارتباط با محیط آموزش نظری) ۳ سؤال در پرسشنامه مطرح شده است که به صورت دو، سه و ده پاسخی بوده است، پس از گردآوری پرسشنامه‌های تکمیل شده، اطلاعات مورد نظر استخراج شد و

در قالب جداول، به صورت توزیع فراوانی مطلق و نسبی در متن در آمد داده های این پژوهش از نوع اسمی^۱ و گسسته^۲ است. برای تحلیل نتایج از استنباط آماری مناسب برای آمارهای توصیفی بهره گیری شده است. بدین منظور برای پی بردن به اختلافات از آزمون آماری کای دو (χ^2) استفاده شده است.

نتیجه گیری نهایی:

در جواب به قسمت اول سؤال اول این پژوهش (نظرات مربیان پرستاری درباره مشکلات آموزشی در ارتباط با کمبود مربی چیست؟) باید گفت که بطور کلی مربیان عقیده داشته اند که تعداد مربی در دروس نظری و عملی کم است. بطوری که از ۱۰۰ نفر مربی، ۹۰ نفر اظهار داشته اند که تعداد مربیان در دروس نظری و عملی کم است.

در جواب به قسمت دوم سؤال اول پژوهش (نظرات مربیان پرستاری در ارتباط با تحصیلات بعد از لیسانس و آموزش بالینی و تجربی مربی چیست؟) باید گفت که بیشترین تعداد مربیان، دوره سه ساله پرستاری را گذرانده اند. و بعد از آن به ترتیب دوره فوق لیسانس پرستاری و دوره چهار ساله پرستاری را گذرانده اند. در مرحله بعد افرادی بوده اند که در موقع انجام این پژوهش، دانشجوی فوق لیسانس بوده اند. ولی تمام مربیان موافق گذراندن دوره های آموزشی بعد از لیسانس بوده اند. در ضمن تحصیلات پرستاری مربیان بر چگونگی کار عملی دانشجویان تأثیر داشته است.

در جواب به سؤال دوم این پژوهش (نظرات مربیان درباره مشکلات آموزشی، در ارتباط با محیط آموزش بالینی چیست؟) باید گفت از کل مربیان، ۷۱ درصد عقیده داشته اند که این مراکز برای پذیرش دانشجو، مورد جبران کمبود پرسنلی را در نظر داشته است. ۲۹ درصد نیز غیر از این عقیده را داشته اند. ۷۵ درصد به مورد اجبار مقامات مسئول اشاره کرده اند و ۲۵ درصد آنرا رد کرده اند. ۹۰ درصد پاسخگویان، قرار دادن محیط مناسب برای یادگیری در اختیار دانشجو را رد کرده اند. در مورد مناسب بودن مراکز کارآموزی از نظر وسایل نیز، ۲۷ درصد مربیان این مراکز را نسبتاً مناسب دانسته، ۵۶ درصد بندرت مناسب دانسته و ۱۷ درصد اصلاً مناسب ندانسته اند.

در جواب به سؤال سوم این پژوهش (نظرات مربیان پرستاری درباره مشکلات آموزشی، در ارتباط با محیط آموزش نظری چیست؟) می توان گفت که ۸۲ درصد مربیان از وسایل دیداری شنیداری استفاده کرده و فقط ۱۸ درصد از آنها استفاده نمی کنند، ولی تمام مربیان به استفاده از این وسایل معتقدند.

موارد استفاده در پرستاری:

پژوهشگر امید دارد که یافته های این پژوهش بتواند در بهبود کیفیت سطح آموزش پرستاری کمک مؤثری باشد. با توجه به کمبود مربی، باید پرستارانی که دوره های تخصصی و آموزشی را گذرانده اند، جذب مراکز آموزشی شوند. همچنین امکانات تحصیلات بعد از لیسانس برای مربیانی که در حال حاضر مشغول انجام وظیفه اند فراهم گردد.

اطلاعات بدست آمده از پژوهش نشان داد که مراکز کارآموزی برای آموزش دانشجویان در حد مطلوبی نیستند. بخصوص از نظر وسایل دچار کمبودهای فراوانی می باشند و سیستم پرستاری بیمارستانها با این روشهای جدید آشنائی کمی دارند. با توجه به اینکه وجود اشکالات و نارسائیه ها در مراکز آموزش بالینی، تأثیر مستقیم بر چگونگی مراقبت از بیمار دارد، پژوهشگر امیدوار است که مطالب جمع آوری شده در اختیار پرستاران بیمارستانها گذاشته شود تا آنان با درک مشکلات آموزش پرستاری، آن قسمت از مشکلات را که ناشی از نبودن امکانات بیمارستانی است تا حد امکان بهبود بخشند و آن دسته از مشکلات که به عدم آگاهی خودشان از روشهای جدید برخورد می کند، مورد توجه قرار دهند و در رفع آن بکوشند. در ارتباط با استفاده از وسایل دیداری شنیداری مشکل کمی وجود دارد که بیشتر ناشی از خرابی این وسایل و در ارتباط نبودن آنها با دروس پرستاری است. پژوهشگر امید دارد آن دسته از مشکلات که مربوط به خرابی و در ارتباط نبودن وسایل است مورد توجه مؤسسه قرار گیرد و رفع گردد، و آن دسته از مشکلات که ناشی از عدم آگاهی خود مربی از کاربرد عملی این وسایل است، مورد توجه مربیان واقع شود و بکوشند این اشکال اساسی را در خود از بین ببرند.

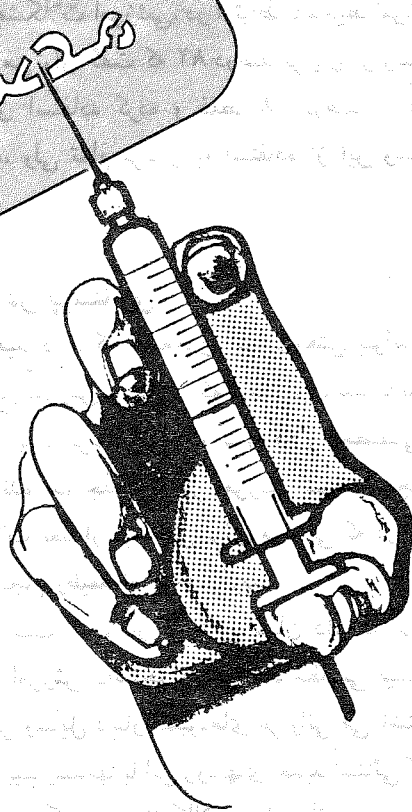
1- Nominal data

2- Discrete

منابع مورد مطالعه این پژوهش در دفتر انتشارات دانشکده موجود است.

ترجمه و تلخیص: اشرف حیدری *

مصرف واکسن کاذب نیست



در زمانهای گذشته، وبا بر سر زوآران مسلمانی که از خاور دور و سرزمینهای مغرب (مغرب زمین) به سوی مکه می رفتند، سایه می افکند. افراد کشتیهائی را که از کشورهای عربی به اروپا باز می گشتند، برای مدت چهل روز در ساحل و در قرنطینه نگه می داشتند. نگهداری افراد در قرنطینه به این علت بود که در این مدت، شخص مبتلا به وبا یا میمرد و یا شفا می یافت.

استفاده از واکسن، این نوید را می دهد که میکروب وبا کشته شود و خطر مرگ در اثر اسهال کشنده از بین برود. در هر حال چون اساساً میکروب وبا به روده باریک حمله می کند، واکسنهای مؤثری جهت پیشگیری و محافظت مخاط روده (سلولهای که در یک ردیف قرار دارند) بایستی به کار رود. از آنجا که واکسنها معمولاً به صورت تزریقی هستند، مشکلات زیر بروز می کنند:

۱- در سطح مخاط روده، مصونیتی ایجاد نمی گردد، زیرا: چنین واکسنی محدودیت اثر دارد.

۲- علاوه بر این، بدیهی است که واکسن، از بیماریهای

در علوم پزشکی، واکسنهای یکی از موهبتهای بشری است. زیرا هم شخص را در مقابل بیماریها مصون می دارند، هم عامل کار اساسی کنترل و ریشه کن کردن بیماریها هستند.

امروزه، مسافران از واکسنهای بی شماری می توانند استفاده کنند. گرچه همه آنها ضروری نیستند، اما اثرات جانبی مختلفی دارند. اشخاصی که واکسن بر علیه بیماری خاصی را دریافت می دارند، حتی مسافران، ممکن است فکر کنند که در برابر عفونتهای مشابه نیز مصونیت یافته اند. این طرز فکر نادرست است و خطری بیار خواهد آورد. یکی از روشهایی که مسافران را در طول مسافرت از بیماری مصون می دارد، تزریق واکسن است - مثل واکسن وبا - ما اکنون در دوره هفتمین همه گیری هستیم که در سال ۱۹۶۱ آغاز شد و ۹۲ کشور را مبتلا ساخت.

* لیسانس پرستاری

مُسری یا عفونتهای بدون دلیل پیشگیری نمی‌کند. به این علت واکسیناسیون معتبر وبا در مسافرت‌های بین‌المللی مورد نیاز است.

يك بررسی مقدماتی از کاربرد واکسن خوراکی وبا نشان می‌دهد که هفتاد درصد پیشگیری در مقابل این عفونت ایجاد گردیده است. به عبارت دیگر چنین به نظر می‌رسد که واکسن تزریقی آن که شامل میکروب زنده است، ممکن است نود درصد اثر پیشگیری داشته باشد، اما مقدار زیاد آن واکنشهای زیان‌آوری چون اسهال خواهد داشت.

طی سالیان متعددی، واکنشهای زیادی بر علیه تب تیفوئیدی تجویز شده است. این واکنشها بهترین گزارش منطقه‌ای را داشته و بین ۷۰ - ۶۵ درصد پیشگیری به عمل آورده است. با این همه افراد نیازمند آنند که تزریقاتی برایشان انجام شود تا قابلیت پذیرش دارو را بدست آورند. زیرا بروز واکنشهای شدید ممکن است آنها را از پای در آورد. مجدداً پژوهش در مورد واکنشهای امیدبخشی که به صورت خوراکی داده می‌شود، مطرح می‌گردد. در برابر وبا، شك کمی در مورد استفاده از واکسن تیفوئید و مؤثر بودن آن وجود دارد، درحالی که خطر این عفونت نیز، برای مسافران کم نیست.

مسافرانی که يك یا هر دو واکسن وبا و تیفوئید را دریافت می‌دارند، از مصونیت بیشتری برخوردار بوده‌اند و از انتشار این بیماریها جلوگیری به عمل آورده‌اند. درحالی‌که برای بیماریهای دیگری که مثل وبا و تیفوئید از راه غذا و آب انتشار پیدا می‌کنند، مصونیت کامل نیست. تنها راهی که مسافر می‌تواند خود را از ابتلا این بیماریها حفظ کند، اینست که به آنچه می‌خورد و می‌آشامد توجه کافی داشته باشد. یکی از راههای مهم پیشگیری بر علیه ویروس و میکروب بیماریهایی که از طریق آب منتشر می‌شود، زدن کلر به آب است. اگرچه کلر در حد ضد عفونی کردن آب، به طور معمول مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما کیست ژیا ردیا لامیسیا و انتاموئبا هیستولیتیکا را که عامل بیماری ژیا ردیا و آموئبایزیس هستند از بین نمی‌برد. در مناطقی که استفاده از آب کلر زده شده اجتناب‌ناپذیر است، هم‌چنین در جاهائی که از نظر بهداشت و اقدامات بهداشتی فقیر است، حفظ اقدامات سالم سازی زیر، امر آشامیدن را اطمینان می‌بخشد:

۱- آشامیدنیهای گرم، مثل چای و قهوه که با آب جوشیده تهیه می‌شوند.

۲- استفاده از آشامیدنیهایی که در قوطی و یا شیشه عرضه می‌شوند و شامل آب کربنات‌دار هستند.

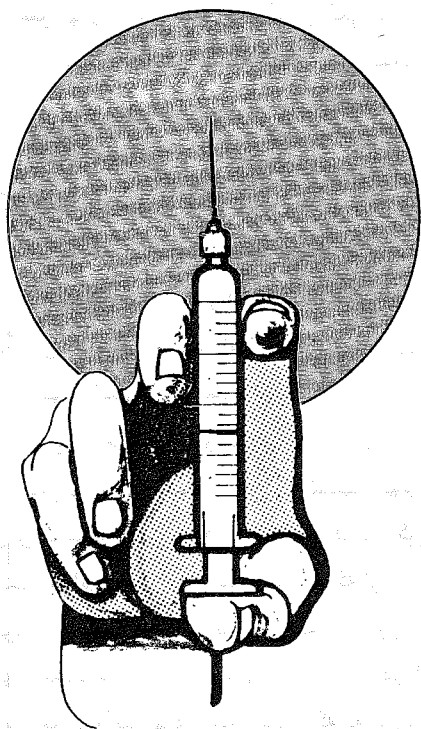
جائی که آب آلوده است، یخ هم باید از نظر آلودگی مورد بررسی قرار گیرد. باید ظرفهای نوشیدنی و جای یخ، پس از استفاده، کاملاً با آب گرم و صابون شسته شوند. بستنی نیز ممکن است منبعی برای عفونت باشد. نوشیدن مستقیم از قوطی و شیشه نوشابه به شرط اینکه دهانه مرطوب آنها قبل از باز شدن خشک و تمیز گردد، مطمئن تر است. آبی که خارج از قوطیها و بطریهای نوشابه مصرف می‌شود، به اندازه یخ می‌تواند در ایجاد بیماریها مؤثر باشد.

باید دقت لازم در انتخاب غذا به عمل آید، تا ایجاد بیماری نکند. در مناطقی از دنیا که بهداشت و بهداشت محیط رعایت نمی‌شود، بهتر است از مصرف شیر و فرآورده‌های غیر پاستوریزه آن - مثل پنیر - اجتناب شود. فقط از خوردنیهایی که پوست آنها کنده می‌شود و یا کاملاً پخته شده و هنوز گرم است، می‌توان استفاده کرد. از غذاهای پخته شده سرد نیز نباید استفاده کرد، زیرا ممکن است آلوده به باکتری و میکروب شده باشند.

بهر است در کشورهای درحال توسعه، از مصرف سبزیجات خام خودداری کرد، چون ممکن است آلوده به مدفوع انسان باشند. اغلب بیماری‌ها از آلودگی با کیست‌های آمیبی، تخم انگل یا باکتریهای بیماری‌زا ناشی می‌شوند. از خوردن گوشت و ماهی خام بایستی پرهیز کرد. زیرا بسیاری از انگلها، مثل کرمهای انگلی روده در انتقال بیماریها نقش تهاجمی دارند و مشکلات و زحمات فراوانی را بیار می‌آورند. صدف خام یا نیم‌پز ممکن است ناقل بیماری تیفوئید، وبا، فلج، هپاتیت و شبه وباي خونریزی دهنده باشد.

بیماریها به وسیله حشرات به سایر نقاط سرایت می‌کنند. مؤثرترین راه پیشگیری بر علیه همه حشرات ناقل بیماری، از بین بردن و نابود کردن آنهاست، نه فقط خنثی کردن اثر نیش آنها.

کودکان، همانند مسافران، باید مورد توجه ویژه‌ای قرار گیرند. مصون کردن آنها در محل سکونت خودشان نیز مهم



است. تاریخ شروع مصون سازی آنها باید طبق برنامه تنظیم شده ای صورت گیرد. با وجود این امکان ابتلا در ماههای اول زندگی وجود دارد، چون ممکن است، حتی با انجام به موقع برنامه، مصونیت کامل بعد از تجویز مقدار داروی توصیه شده، بزودی حاصل نشود کودکان در طول مسافرت با بچه های دیگر همبازی می شوند و از آنجا که بچه ها دوست داشتنی هستند و در ۶ سال اول زندگی، در معرض خطر بیشتری از بیماریهای معمولی قرار می گیرند، بنابراین توصیه می شود که بر علیه بیماریها، به ویژه فلج و سرخک واکسینه شوند. ضمن سفر یا در سن ۹ ماهگی، به این دلیل که کودکان هنوز مصونیت کافی ندارند - باید به آنها واکسن سرخک تزریق شود.

در اجرای برنامه مصونیت در محل سکونت، نباید بی اعتنایی شود. چنین به نظر می رسد که آنتی بادیهای مادرزادی در سن نه ماهگی در بدن اطفال از بین می رود و ناپدید می شود این سن بهترین موقع واکسینه کردن بچه هاست زیرا واکسن، یکی از عوامل دفاعی بدن است. لازم است واکسن خوراکی فلج اطفال در سه نوبت تجویز شود. دیفتری، کزاز و سیاه سرفه را هم باید در سه نوبت تزریق کنند. واکسن ب - ث - ژ بر علیه بیماری سل، زیر نظر پزشک باید تزریق شود.

گاماگلوبولین عامل دفاعی خوبی بر علیه دو نوع هپاتیت (A و B) است و مدت چهل سال است که جهت پیشگیری هپاتیت A به کار برده می شود. گلوبولین را از دهنده های مشخصی که این بیماری را گرفته اند، تهیه می کنند. هنوز قدرت دفاعی این نوع مصونیت نامعلوم است. چون دریافت کننده (گیرنده) از سیستم دفاعی دیگری استفاده کرده و آنتی بادی از آن خودش نیست. بلافاصله بعد از تزریق، سیستم ایمنی بدن شروع به فعالیت می کند که تاکنون ۸۰ یا ۹۰ درصد مصونیت ایجاد کرده است. بدیهی است جهت داشتن ایمنی و سلامتی لازم است که تزریقات به ترتیب و به موقع برای عموم، همچنین برای مسافرانی که از تکرار مجدد مقدار داروی لازم غفلت ورزیده اند انجام گیرد.

هپاتیت B برای اکثر مسافران خطر بزرگی محسوب نمی شود. زیرا، این نوع عفونت از تماس با بدن بیمار بوجود

می آید. اما چه کسانی در معرض خطراند؟

- ۱- از نظر شغلی، کسانی که شغلشان ایجاب می کند که با این قبیل بیماران در تماس باشند.
- ۲- از نظر جنسی، کسانی که ارتباط جنسی با این بیماران برقرار می کنند.

قدرت دفاعی و سیستم ایمنی بدن در مقابل هپاتیت، به وسیله پلاسمای جدا شده از تزریق واکسن بالا خواهد رفت و مجدداً D.N.A ایجاد خواهد کرد. در نتیجه حفاظت بسیار خوبی از بدن انجام خواهد گرفت. اقدامات حفاظتی انجام شده، بر علیه ایدز و سایر بیماری های مقاربتی تاکنون به نتیجه مثبتی نرسیده است.

بهترین اخبار برای مسافران، توسعه واکسنها بر علیه تب زرد و عفونتهای مننژوکوکی است. بهترین نوع واکسن تهیه شده که علیه مننژیت مننژوکوکی به کار رفته، حدود ۹۰ درصد اثر پیشگیری داشته است. البته اکثراً مسافران به این واکسن نیاز چندانی ندارند. مننژیت مغزی نخاعی (C.S.M) در بین

پیشقدم‌ترین ویروس‌ها است که دائماً در حال تغییر و دگرگونی می‌باشد. این تغییرات دائم، کمک و راهنمای خوبی جهت متخصصین است.

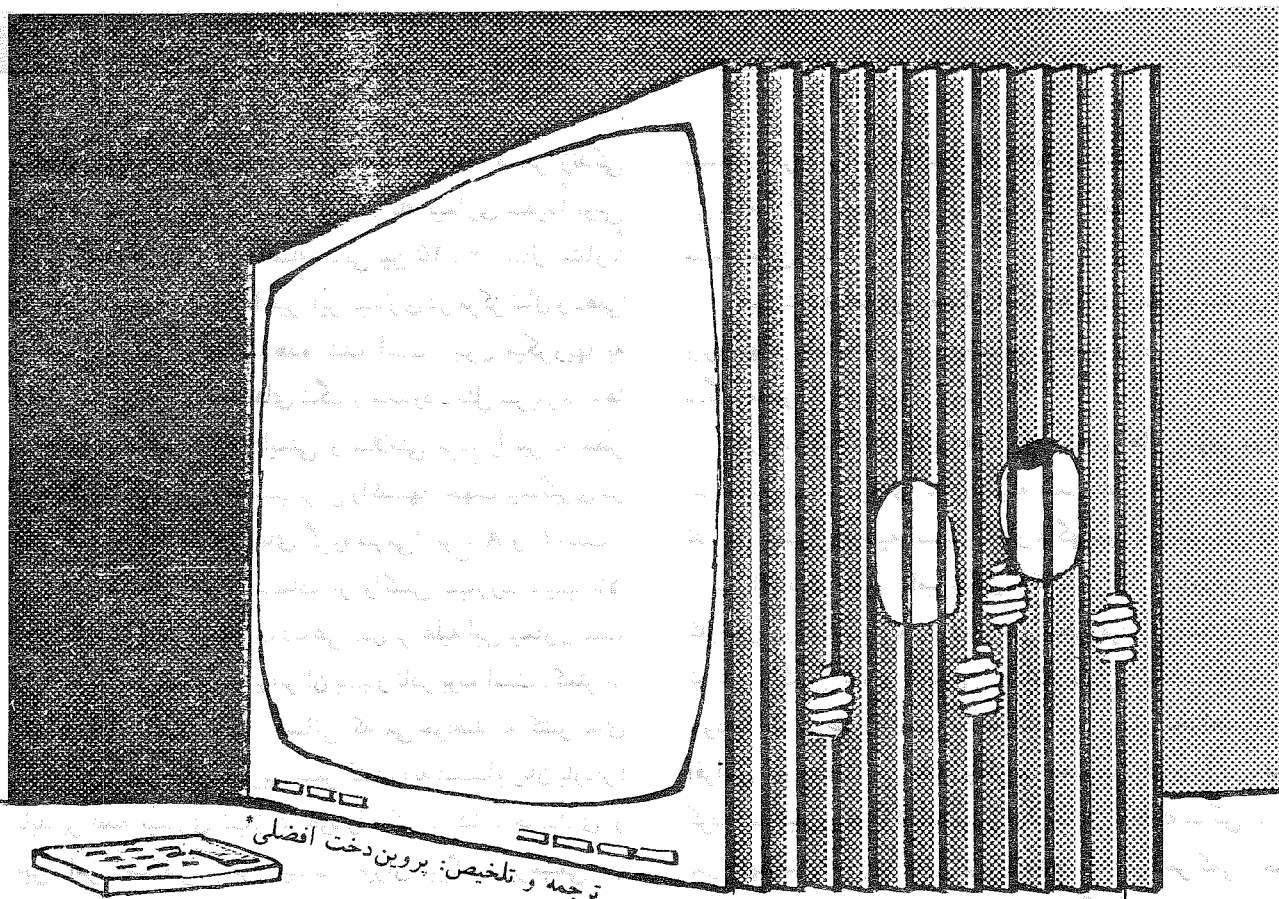
طبق شواهد موجود، ممکن است بدن در مقابل دسته‌ای از ویروسهای نامشخص مصونیت ایجاد نماید و در برابر دسته‌ای دیگر، مصونیتی بوجود نیاورد.

بازدیدکنندگان از کشورهایی که بیماری هاری بومی در آن جا شایع است، نیازی به واکسینه شدن علیه این بیماری را ندارند. بهترین توصیه اینست که از سگها دوری کنند. ولی لازم است افرادی مانند دامپزشکان، کشاورزان، مشاوران و یا کارکنان آزمایشگاه که در معرض خطر قرار دارند، واکسینه شوند. واکسن هاری انسانی به این دلیل انتخاب شده که سودمند و بی‌ضرر است و عارضه‌ای را ببار نخواهد آورد. افرادی که مطمئناً بر علیه بیماریها مصونیت لازم را دریافت کرده‌اند، نیازی به واکسینه شدن ندارند. از آنجا که ممکن است بدن آنها هنوز پادزهر کافی ترشح نکرده باشد، خطر کمی وجود دارد. از این جهت کسی که به وسیله سگ گاز گرفته شود باید واکسن دریافت دارد، چه قبلاً واکسن دریافت کرده باشد، چه نکرده باشد. با وجود مشکلات، اساساً واکسن برای مسافران به کار برده می‌شود.

شکی نیست که اشخاص می‌توانند علیه بیماریهای مشخص، ایمنی و قدرت دفاعی با وسعت زیادی را دریافت دارند، و بالاخره مصونیت وقتی مؤثر خواهد بود که با رعایت اصول بهداشتی به کار گرفته شود.

مردمانی که در ناحیه کم آب و نیمه خشک جنوب صحرا زندگی می‌کنند، شیوع بیشتری دارد. منتزیت يك بیماری شدیداً بومی است و همه‌گیری آن در فاصله زمانی بین ۱۵ - ۱۰ سال، متناوباً در حال نوسان می‌باشد. اخیراً این بیماری در مرکز نپال و دهلی به صورت همه‌گیری مشاهده شده است. چون میکروبها به آسانی می‌توانند در فضاهای تنگ و محدود - مثل سربازخانه‌ها - پخش و منتشر شوند، ایمنی و سلامتی مردم را نیز به خطر می‌اندازند. بهترین و مناسب‌ترین واکسنها، جهت پیشگیری در اکثر همه‌گیریها، واکسن‌های گروه سرمی^۱ نوع A و C است. در ده سال اخیر، استفاده از واکسن تب‌زرد، سبب بالا رفتن سیستم ایمنی و قدرت دفاعی بدن بر علیه این بیماری شده و عکس‌العمل شدید در برابر آن بسیار نادر بوده است (کمتر از يك در هر میلیون نفر). کسانی که می‌خواهند به کشورهای آفریقائی و آمریکای جنوبی سفر کنند، (به استثناء زنان باردار) باید بر علیه بیماری تب‌زرد، خود را واکسینه کنند. خودداری از این امر، حماقتی بیش نیست. میزان مرگ غیرطبیعی در مسافران، بیش از ۵۰ درصد است. در کشورهایی که وجود تب زرد، مسلّم است، برای مسافرتها بین‌المللی گواهی و کارت واکسیناسیون بر علیه بیماری و اعلان سلامتی مسافران لازم است. سالیانه توسط سازمان جهانی بهداشت، اطلاعات لازم بهداشتی در اختیار عموم قرار می‌گیرد.

اگر دیده شد، جانی در معرض همه‌گیری آنفلوانزا است، به مسافرانی که قصد سفر به آن نقطه را دارند. بایستی آگاهی‌های لازم درباره مصونیت و ایمنی داده شود. ویروس آنفلوانزا،



ترجمه و تلخیص: پروین دخت افولی*

تلویزیون

و مشکلات آن برای بچه‌ها

و نقش پرستار

نقش برنامه‌های خشونت‌آمیز تلویزیون در بروز
تخطی و تجاوز در کودکان

ایا برنامه‌های خشونت‌آمیز تلویزیون روی بچه‌ها اثر
می‌گذارد؟ در گزارشی که توسط يك گروه در سال ۱۹۷۲ انجام
گردید، چنین نتیجه گرفته شد که بین برنامه‌های خشونت‌آمیز

امروزه هر بچه‌ای برای تماشای تلویزیون بیشتر از آموزش
در مدرسه وقت صرف می‌کند. بررسیهای متفاوت نشان داده
است که يك دانش‌آموز تا زمانیکه از دبیرستان فارغ‌التحصیل
می‌شود، پانزده هزار ساعت را به تماشای تلویزیون می‌پردازد.
درحالیکه فقط یازده هزار ساعت را برای تعلیمات فرهنگی
گذرانده است. در عرض این پانزده هزار ساعت تماشای
تلویزیون هجده هزار قتل و سیصد و پنجاه هزار آگهی تجارتي
دیده است. نظر باینکه برنامه‌های تلویزیون در رفتار کودکان
تأثیر می‌گذارد لذا با آگاهی از خطرات احتمالی آن رسیدگی و
نظارت دقیق در نحوه انتخاب برنامه‌ها امری ضروری است.

* سرپرست درمانگاههای بیمارستان امام خمینی

عواملی که اثرات خشونت تلویزیون را کاهش می‌دهند:

عوامل دیگری هستند که اثر خشونت تلویزیون را روی بچه‌ها کم می‌کنند. مثلاً اگر يك فرد عاقل و آرام همراه با بچه‌ها به تماشای تلویزیون بپردازد و بخصوص اگر ایده‌های غیرواقعی و بد برنامه را به بچه گوشزد کند اثر خشونت تلویزیون روی بچه کم می‌شود.

مین ورلد سندرم^(۲)

بچه‌هایی که زیاد تلویزیون تماشا می‌کنند (در مقایسه با آنهایی که کم تلویزیون می‌بینند) ترس بیشتری از دنیای اطراف خود نشان می‌دهند. مین ورلد سندرم نشان دهنده بیماری تلویزیون است. خشونت زیاد باعث می‌شود که بچه‌ها ترسهای غیرواقعی از دنیا داشته باشند. ترس‌های درونی کودکان، شك و احساس عدم امنیت توسط تلویزیون تقویت می‌شود. يك کودک برای نمو و تکامل طبیعی باید به محیط اطراف خود اعتماد داشته باشد.

آگهی و بچه‌ها

آقای پرتزچوک^۳ رئیس کمیسیون تجارت آمریکا مسئله آگهی بچه‌ها را به صورت زیر بیان می‌کند: اینطور استدلال می‌شود که لازم است کودکان را در دیدن آگهی‌های تجارتي راهنمایی کرد، زیرا که آنها نمی‌توانند بین برنامه‌ها و تبلیغات تفاوت قائل شوند. آنها قادر نیستند تجارتي بودن آگهی را درك کنند و میل دارند هر چیزی را که تبلیغ می‌شود داشته باشند به عنوان مثال می‌توان اثر تبلیغ را در مورد کالاهای يك خواربارفروشی به شرح زیر مشاهده کرد:

بچه‌ها اسامی جذاب را که در برنامه‌های تلویزیون دیده‌اند به

تلویزیون و رفتار تجاوزکارانه بچه‌ها ارتباطی وجود دارد، به نحوی که بعد از تماشای اینگونه برنامه‌ها عمل تجاوز و تخطی در زندگی حقیقی برایشان عادی می‌شود. محققى دیگر بنام فینبلم^۱ این ارتباط را به طریق زیر بیان می‌کند:

۱- با دیدن برنامه‌های خشونت‌آمیز بچه‌ها به آزار رساندن به دیگران تمایل پیدا می‌کنند.

۲- این نوع برنامه‌ها باعث می‌شود که کودکان در بازیهایشان اغلب پرخاشجو و متجاوز باشند.

۳- خشونت بچه‌ها را به انتخاب تعرض به عنوان پاسخگویی و حرکت متقابل در مواقع زد و خورد و کشمکش وامی‌دارد.

عوامل مرتبط با تخطی و تجاوز

تحقیقات درباره کودکان این نظریه را تأیید می‌کند که بعضی از عوامل باعث بروز تخطی و تجاوز در بچه‌ها می‌شود که عبارتند از:

۱- بچه‌ها از مدل‌های شخصیتی که مشابه خودشان است بیشتر از شخصیت‌های کارتونی تقلید می‌کنند.

۲- بچه‌ها اغلب تمایل دارند بیشتر از هنرپیشه‌هایی که در فیلم به خاطر رفتارشان پاداش می‌گیرند تقلید کنند تا آنهایی که مجازات می‌شوند.

۳- وقتی بچه‌ها حرکات خشن را تقلید می‌کنند، این اعمال قسمتی از رفتار عادی آنها می‌شود.

۴- عکس‌العملی که بچه‌های بی تفاوت نسبت به خشونت تلویزیون از خود نشان می‌دهند اعتراض‌آمیز است.

۵- بچه‌هایی که هنگام تماشای خشونت به نظر شاد و علاقمند می‌آیند، بیشتر احتمال می‌رود که مرتکب تخطی و تجاوز بشوند.

1- Fienbloom

3- Pertschuk

2- Mean world syndrome

است، طفل دبستانی بزرگتر تلویزیون را با کنجکاری بیشتری نگاه می‌کند. تجربه زندگی به او آموخته است که مثلاً پلیس کارش فقط تیراندازی شبانه نیست و یا بچه‌ها مجبور نیستند همیشه اطاق خود را نظیر آنچه در فیلم‌ها نشان داده می‌شود تمیز کنند.

باید در نظر داشت که قدرت یادگیری افراد متفاوتست. قوه تخیل و وانمود کردن، مهارت ارزنده‌ای است. زیرا به بچه‌ها کمک می‌کند که خودشان را با دنیا مرتبط سازند. بچه‌ها از نظر میزان قوه تخیل و بازی تصویری با یکدیگر تفاوت دارند. بچه‌هایی که از نظر بازی تصویری در سطح بالائی هستند بعد از تماشای فیلمهای تجاوزکارانه و غیرتجاوزکارانه تخطی کمتری از خود نشان می‌دهند. بچه‌هایی که از نظر بازی تخیلی در سطح پائینتری هستند عکس العمل بیشتری نشان می‌دهند. نکته مثبت تلویزیون اینست که قوه تخیل و استعداد خیال‌پردازی را در بچه‌ها پرورش می‌دهد.

نتیجه اخلاقی

ارزشهای اخلاقی اطفال توسط تلویزیون شکل می‌گیرد. تلویزیون آنها را بسوی ماده‌گرایی و میل به داشتن وسایلی چون اسباب‌بازی سوق می‌دهد و این تأثیر را به جا می‌گذارد که دستیابی به دوستان به وسیله استفاده از برخی تولیدات، بهتر به نتیجه می‌رسد تا از طریق کامل کردن فضائل اخلاقی. تلویزیون به بچه می‌آموزد که حق را با زور می‌توان به دست آورد. تلویزیون خشونت را به عنوان راه حلی برای مشکلات معرفی می‌کند. در برنامه‌های تلویزیون هیچگاه مشاهده نمی‌شود که بچه‌ها تخت خود را مرتب کنند، زباله خالی کنند و یا ظرفها را بشویند. تصور کلی از کار یا اصلاً وجود ندارد یا خیلی طلسم شده و جادویی است. معیارهایی که به وسیله تلویزیون انتقال می‌یابند ممکن است با معیارهای تماشاچیان برخورد پیدا کند. آنها آرمانهای راست‌کرداری، عشق، برادری، کار و مسئولیت و احترام برای زندگی و فرد را بی‌حرمت می‌سازند. یک نوجوان که قادر به تشخیص این معیارها نیست از نظر اخلاقی با والدین

یاد می‌آورند. کوچکترها که قادر به خواندن نیستند شخصیت‌های فیلمهای تلویزیونی را روی جعبه‌ها تشخیص می‌دهند و بعضی از اجناس را با اصرار می‌خواهند، مادرهای گرفتار، تسلیم خواسته‌های آنها می‌شوند.

حال این سؤال پیش می‌آید که چرا برای مواد غذایی اصلی مانند گوشت، تخم مرغ، لوبیاسبز، آجیل و سیب تبلیغ نمی‌شود؟ اطفال با دیدن آگهی‌های تجارتي به طرف مواد قندی، ویتامینهای غیرضروری و نوشابه‌های مختلف کشیده می‌شوند، قبل از آنکه امکان یادگیری تغذیه خوب و صحیح را در مدرسه پیدا کنند. در نتیجه، دیدن برنامه‌های آگهی‌های تجارتي تلویزیون منجر به تغذیه بد، فربهی و پوسیدگی دندان آنها می‌گردد.

تکامل و تلویزیون - یادگیری و تلویزیون

بدون شك بچه‌ها از تلویزیون نکاتی را یاد می‌گیرند. کارتونهای دوست‌داشتنی و صداهاى جذاب و زیبای آنها توجه بچه را جلب می‌کنند. خیلی از بچه‌ها از دیدن فیلمهای آموزنده عروسکی زود خسته می‌شوند، در نتیجه توجه آنها به طرف آگهی‌های تجارتي جلب می‌شود. بدین ترتیب با تماشای برنامه‌های نامناسب تلویزیون بی‌توجهی، خستگی، بی‌ارادگی ترویج می‌یابد و مانع یادگیری مؤثر در مدرسه می‌شود. براساس تئوری یادگیری هر بچه در حد توانائی خود به تدریج نکات آموزنده را یاد می‌گیرد. ولی تلویزیون همه چیز را یکدفعه و با شتاب یاد می‌دهد، بنابراین فرصتی جهت توقف و برگشت برای بازتاب باقی نمی‌گذارد. اطفال به وسیله عمل و تمرین یاد می‌گیرند درحالی‌که تلویزیون مسئولیتی در قبال پاسخگوئی و شرکت مستقیم تماشاچی ندارد.

کودك ۲ تا ۴ ساله نسبت به تلویزیون حساس‌تر است چون کمتر در معرض رویارویی با دنیای اطراف خود بوده است. او به حال فکر می‌کند. هر چیزی که در تلویزیون می‌بیند از دید و نظر او واقعیت و وجود خارجی دارد. بچه كوچك نمی‌تواند واقعیت، وهم و خیال را از هم تمیز دهد. سن فهمیدن داستان و فرق گذاشتن بین واقعیت و وهم و خیال سن شش تا هفت سالگی

خود متفاوت خواهد بود.

و شکل هنرپیشه‌ها ساخته شده‌اند، بنابراین اطفال ما در بازیها به جای خلق کردن ایده‌های خود، برنامه‌های تلویزیونی را به نمایش در می‌آورند.

جنسیت و خردسالان

بچه‌ها ایده‌های نادرست در مورد رابطه جنسی را، از تلویزیون یاد می‌گیرند. بر اساس تحقیقی، تعداد مردان در برنامه‌های تلویزیونی سه برابر زنهای می‌باشند. هنرپیشه‌های مرد تلویزیون حکمفرما، مقتدر و منبع اصلی حمایت مالی‌اند. تلویزیون جنسیت را به جای عشق و ملائمت را با خشونت درهم می‌آمیزد. تلویزیون نظر کودکان را نسبت به دیگران بد می‌کند. سیاه‌پوستان معمولاً در نقشهای نامناسب ظاهر می‌گردند بنابراین بچه‌های سفیدپوست يك دید اشتباه نسبت به سیاه‌پوستان پیدا می‌کنند. اطفال سیاه‌پوست فکر می‌کنند که سفیدپوستان به آنها برتری دارند. در تلویزیون نقشهای خوب به پسران جوان سفیدپوست تعلق دارد. سیاه‌پوستان اغلب در نقش افراد فقیر، احمق و بی‌اعتناء ظاهر می‌گردند. در فیلمهای تلویزیون سرخ‌پوستانی را نشان می‌دهند که هنوز اسب سوار می‌شوند، سفیدپوستان را می‌کشند و بچه و پول می‌دزدند.

تلویزیون گرائی و بچه‌ها

تماشای بیش از حد تلویزیون باعث بی‌ازادگی، از دست دادن قدرت خلاقیت و گوشه‌گیری می‌شود. وقتی که برای تماشای تلویزیون صرف می‌شود، سبب کاهش فعالیت‌های فیزیکی، بازی، مطالعه، نقاشی و بحث و گفتگو و غیره می‌گردد. مطالعات نشان داده که کاهش در قدرت خلاقیت دویست و پنجاه شاگرد با استعداد بعد از سه هفته تماشای زیاده از حد تلویزیون به وجود آمده است. بچه‌ها در خانه برای دیدن برنامه‌های مورد علاقه خود کنار تلویزیون می‌نشینند. آنها خود را قسمتی از يك ماجرای تکان دهنده احساس می‌کنند. آنها فقط دچار وهم و خیال شده‌اند و تنها يك ماجرای تخیلی را مشاهده کرده‌اند و قدرت توجیه و روابط گرم انسانی را از دست داده‌اند. همچنین خیلی از اسباب بازیها براساس موضوع برنامه

پرستار و تلویزیون

چگونه پرستار می‌تواند بچه‌ها را در مورد تماشای تلویزیون کنترل کند؟ او ابتدا باید خود از مضرات تلویزیون آگاه باشد. سپس اطفال، والدین آنها و افراد دیگری را که با بچه‌ها در ارتباط هستند از این مضرات مطلع بکند، پرستار می‌تواند در جلساتی که به منظور دستیابی به برنامه ریزی بهتر برای کودکان تشکیل می‌شود شرکت کند.

ارزیابی و تشخیص پرستاری

از آنجائیکه علاقه بچه‌ها به تماشای تلویزیون معمولاً از سن دوسالگی تا دوره بلوغ و جوانی است، لازم است به اثرات مضر تلویزیون در این مراحل سنی توجه و رسیدگی شود. وظیفه پرستار در این مورد شامل نکات زیر است:

۱- تعیین مدت زمانی که بچه‌ها روزانه یا در طول هفته صرف تماشای تلویزیون می‌کنند.

۲- توجه به علائم و نشانه‌های فیزیکی ناشی از تماشای تلویزیون مانند خستگی مزمن، سردرد، خواب‌آلودگی، بی‌خوابی، خواب و رؤیا و دل بهم خوردگی.

۳- بررسی وضع تغذیه بچه، کاهش مصرف شیرینیجات و آموزش جهت استفاده صحیح از مواد اصلی مورد نیاز تغذیه‌ای و اطلاع از علائم کم‌خونی و کمبود ویتامینها.

۴- رسیدگی به وضع دندانهای بچه از نظر علائم پوسیدگی توأم با آموزش بهداشت دندان

۵- برقرار کردن برنامه ورزشی به منظور جلوگیری از فربهی و در صورت عدم دستیابی به نتیجه مطلوب، افزایش فعالیت بدنی و کاهش مدت زمان استفاده از تلویزیون.

۶- نظر به اینکه چاقی ممکن است ناشی از عدم فعالیت و

برخوری به هنگام تماشای تلویزیون باشد، لذا ضروری است به تغییرات وزن بچه توجه بشود.

۷- آموزش والدین در مورد مشکلاتی که تلویزیون برای بچه‌ها ایجاد می‌کند و دادن پیشنهادهای لازم جهت استفاده صحیح از تلویزیون.

۸- پرستار باید طرح فوق را به عنوان الگو در بیمارستان خود پیاده کند.

مراقبت و راهنمایی سرپائی

تماشای تلویزیون باید کنترل شود. فهرستی از برنامه‌های تلویزیون مناسب سن و ظرفیت بچه‌ها تهیه و در اختیار آنها والدینشان قرار گیرد، بچه‌های دوره ابتدائی از برنامه‌هایی نظیر: نمایشهای کودکان، حیوانات و کارتون استفاده کنند. سفرنامه‌ها، وقایع ورزشی و فیلم‌های مستند برای شاگردان بزرگتر مدرسه آموزنده است. در تنظیم این فهرست لازم است از گنجاندن داستانهای کارآگاهی، کارتونهای یکنواخت و پی‌درپی و سریالهای شورانگیز احساساتی اجتناب ورزید. اثرات بد و مضر تماشای برخی از برنامه‌های تلویزیون را به والدین گوشزد کرده و آنها را نسبت به مسئولیتشان در مورد نظارت و مراقبت بچه‌ها از تلویزیون واقف کنید. آنها را تشویق کنید که همراه با بچه‌هایشان تلویزیون تماشا کنند. به خانواده‌ها پیشنهاد کنید که محلی را برای دیدن تلویزیون در نظر بگیرند و ساعات تماشای روزانه را محدود کنند.

تلویزیون و بیمارستان

در بیمارستان تلویزیون مسائل جدیدی را به وجود می‌آورد، زیرا امکان دیدن آن زیاد است اغلب از صبح تا موقع خواب روشن است. بچه‌های مریض نسبت به مسائلی مانند ترس از جدائی، فلج و مرگ آسیب‌پذیرتر هستند و با دیدن تلویزیون این نوع ترسها زیاد می‌شود بچه‌های کوچک ترس و احساساتشان را با فعالیت بدنی و بازی خلاق از خود دور می‌کنند. تماشای

تلویزیون آنها را از انجام اینگونه فعالیتها باز می‌دارد. کارکنان بیمارستان باید امکانات لازم جهت بازیهای سازنده را فراهم کنند. آنها باید با دقت تمام محتوای برنامه‌های تلویزیون را زیر نظر بگیرند و مدت زمانی را که صرف تماشای تلویزیون می‌شود محدود کنند. والدین و سایر ملاقات کنندگان مجذوب برنامه‌های تلویزیون شده، نیازهای بچه را نادیده می‌گیرند و در نتیجه کودک دچار خستگی و فشارهای روانی می‌شود. پرستارها بهتر است والدین را به شرکت فعالانه در مراقبت از بچه تشویق و ترغیب کنند. تا این خستگی و فشارها کم شود. لازم است کتاب، وسایل تفریح و بازی، موسیقی و اسباب بازیهایی که والدین و بچه‌ها بتوانند مشترکاً از آنها استفاده کنند در دسترس قرار داده شود. همچنین مجموعه‌ای از کتابها و مقالات حاوی نکاتی در مورد مراقبت، بهداشت و سلامت طفل جهت مطالعه و یادگیری والدین وجود داشته باشد. تعداد تلویزیونهای بخش را به یک یا دو دستگاه محدود کرده جای مخصوصی را برای تماشا در نظر بگیرید. وقت مناسبی را برای دیدن تلویزیون به صورت دسته‌جمعی تعیین کنید و بچه‌ها را جهت تماشای یک برنامه مخصوص دور هم جمع کنید. یک فرد بزرگسال (در صورت امکان داوطلب) با آنها نشسته و به تماشای تلویزیون بپردازد که به حقایق و تصورات غلط از برنامه و تبلیغات اشاره کند. مهمتر از همه اینکه فعالیتهای دیگر به جای تماشای تلویزیون فراهم گردد.

تلویزیون را روشن و بچه را ساکت کنید

کنترل صحیح تلویزیون، بچه‌ها را در مقابل مشکلات آن محافظت می‌کند. آموزش در مورد تلویزیون از گسترش مسائل و مشکلات جلوگیری می‌کند. پرستارها باید بکوشند تا اثرات سوء تلویزیون را از بین ببرند. بخاطر داشته باشید با روشن کردن تلویزیون بچه را ساکت خواهید کرد.



خود متفاوت خواهد بود.

و شکل هنرپیشه‌ها ساخته شده‌اند، بنابراین اطفال مادر بازیها به جای خلق کردن ایده‌های خود، برنامه‌های تلویزیونی را به نمایش در می‌آورند.

جنسیت و خردسالان

بچه‌ها ایده‌های نادرست در مورد رابطه جنسی را، از تلویزیون یاد می‌گیرند. بر اساس تحقیقی، تعداد مردان در برنامه‌های تلویزیونی سه برابر زن‌های باشند. هنرپیشه‌های مرد تلویزیون حکمفرما، مقتدر و منبع اصلی حمایت مالی‌اند. تلویزیون جنسیت را به جای عشق و ملایمت را با خشونت درهم می‌آمیزد. تلویزیون نظر کودکان را نسبت به دیگران بد می‌کند. سیاه‌پوستان معمولاً در نقشهای نامناسب ظاهر می‌گردند بنابراین بچه‌های سفیدپوست يك دید اشتباه نسبت به سیاه‌پوستان پیدا می‌کنند. اطفال سیاه‌پوست فکر می‌کنند که سفیدپوستان به آنها برتری دارند. در تلویزیون نقشهای خوب به پسران جوان سفیدپوست تعلق دارد. سیاه‌پوستان اغلب در نقش افراد فقیر، احمق و بی‌اعتناء ظاهر می‌گردند. در فیلمهای تلویزیون سرخ‌پوستانی را نشان می‌دهند که هنوز اسب سوار می‌شوند، سفیدپوستان را می‌کشند و بچه و پول می‌دزدند.

تلویزیون‌گرانی و بچه‌ها

تماشای بیش از حد تلویزیون باعث بی‌ارادگی، از دست دادن قدرت خلاقیت و گوشه‌گیری می‌شود. وقتی که برای تماشای تلویزیون صرف می‌شود، سبب کاهش فعالیت‌های فیزیکی، بازی، مطالعه، نقاشی و بحث و گفتگو و غیره می‌گردد. مطالعات نشان داده که کاهش در قدرت خلاقیت دویست و پنجاه شاگرد با استعداد بعد از سه هفته تماشای زیاده از حد تلویزیون به وجود آمده است. بچه‌ها در خانه برای دیدن برنامه‌های مورد علاقه خود کنار تلویزیون می‌نشینند. آنها خود را قسمتی از يك ماجرای تکان دهنده احساس می‌کنند. آنها فقط دچار وهم و خیال شده‌اند و تنها يك ماجرای تخیلی را مشاهده کرده‌اند و قدرت توجیه و روابط گرم انسانی را از دست داده‌اند. همچنین خیلی از اسباب بازیها براساس موضوع برنامه

پرستار و تلویزیون

چگونه پرستار می‌تواند بچه‌ها را در مورد تماشای تلویزیون کنترل کند؟ او ابتدا باید خود از مضرات تلویزیون آگاه باشد. سپس اطفال، والدین آنها و افراد دیگری را که با بچه‌ها در ارتباط هستند از این مضرات مطلع بکند، پرستار می‌تواند در جلساتی که به منظور دستیابی به برنامه ریزی بهتر برای کودکان تشکیل می‌شود شرکت کند.

ارزیابی و تشخیص پرستاری

از آنجائیکه علاقه بچه‌ها به تماشای تلویزیون معمولاً از سن دوسالگی تا دوره بلوغ و جوانی است، لازم است به اثرات مضر تلویزیون در این مراحل سنی توجه و رسیدگی شود. وظیفه پرستار در این مورد شامل نکات زیر است:

- ۱- تعیین مدت زمانی که بچه‌ها روزانه یا در طول هفته صرف تماشای تلویزیون می‌کنند.
- ۲- توجه به علائم و نشانه‌های فیزیکی ناشی از تماشای تلویزیون مانند خستگی مزمن، سردرد، خواب‌آلودگی، بی‌خوابی، خواب و رؤیا و دل بهم خوردگی.
- ۳- بررسی وضع تغذیه بچه، کاهش مصرف شیرینیجات و آموزش جهت استفاده صحیح از مواد اصلی مورد نیاز تغذیه‌ای و اطلاع از علائم کم‌خونی و کمبود ویتامینها.
- ۴- رسیدگی به وضع دندانهای بچه از نظر علائم پوسیدگی توأم با آموزش بهداشت دندان
- ۵- برقرار کردن برنامه ورزشی به منظور جلوگیری از فربهی و در صورت عدم دستیابی به نتیجه مطلوب، افزایش فعالیت بدنی و کاهش مدت زمان استفاده از تلویزیون.
- ۶- نظر به اینکه چاقی ممکن است ناشی از عدم فعالیت و

برخوری به هنگام تماشای تلویزیون باشد، لذا ضروری است به تغییرات وزن بچه توجه بشود.

۷- آموزش والدین در مورد مشکلاتی که تلویزیون برای بچه‌ها ایجاد می‌کند و دادن پیشنهادهای لازم جهت استفاده صحیح از تلویزیون.

۸- پرستار باید طرح فوق را به عنوان الگو در بیمارستان خود پیاده کند.

مراقبت و راهنمایی سرپائی

تماشای تلویزیون باید کنترل شود. فهرستی از برنامه‌های تلویزیون مناسب سن و ظرفیت بچه‌ها تهیه و در اختیار آنها والدینشان قرار گیرد، بچه‌های دوره ابتدائی از برنامه‌هایی نظیر: نمایشهای کودکان، حیوانات و کارتون استفاده کنند. سفرنامه‌ها، وقایع ورزشی و فیلم‌های مستند برای شاگردان بزرگتر مدرسه آموزنده است. در تنظیم این فهرست لازم است از گنجاندن داستانهای کارآگاهی، کارتونهای یکنواخت و پی‌درپی و سریالهای شورانگیز احساساتی اجتناب ورزید. اثرات بد و مضّر تماشای برخی از برنامه‌های تلویزیون را به والدین گوشزد کرده و آنها را نسبت به مسئولیتشان در مورد نظارت و مراقبت بچه‌ها از تلویزیون واقف کنید. آنها را تشویق کنید که همراه با بچه‌هایشان تلویزیون تماشا کنند. به خانواده‌ها پیشنهاد کنید که محلی را برای دیدن تلویزیون در نظر بگیرند و ساعات تماشای روزانه را محدود کنند.

تلویزیون و بیمارستان

در بیمارستان تلویزیون مسائلی جدیدی را به وجود می‌آورد، زیرا امکان دیدن آن زیاد است اغلب از صبح تا موقع خواب روشن است. بچه‌های مریض نسبت به مسائلی مانند ترس از جدائی، فلج و مرگ آسیب‌پذیرتر هستند و با دیدن تلویزیون این نوع ترسها زیاد می‌شود بچه‌های کوچک ترس و احساساتشان را با فعالیت بدنی و بازی خلاق از خود دور می‌کنند. تماشای

۲۵ فصلنامه پرستاری و مامایی ایران

تلویزیون آنها را از انجام اینگونه فعالیتها باز می‌دارد. کارکنان بیمارستان باید امکانات لازم جهت بازیهای سازنده را فراهم کنند. آنها باید با دقت، تمام محتوای برنامه‌های تلویزیون را زیر نظر بگیرند و مدت زمانی را که صرف تماشای تلویزیون می‌شود محدود کنند. والدین و سایر ملاقات کنندگان مجذوب برنامه‌های تلویزیون شده، نیازهای بچه را نادیده می‌گیرند و در نتیجه کودک دچار خستگی و فشارهای روانی می‌شود. پرستارها بهتر است والدین را به شرکت فعالانه در مراقبت از بچه تشویق و ترغیب کنند. تا این خستگی و فشارها کم شود. لازم است کتاب، وسایل تفریح و بازی، موسیقی و اسباب بازیهایی که والدین و بچه‌ها بتوانند مشترکاً از آنها استفاده کنند در دسترس قرار داده شود. همچنین مجموعه‌ای از کتابها و مقالات حاوی نکاتی در مورد مراقبت، بهداشت و سلامت طفل جهت مطالعه و یادگیری والدین وجود داشته باشد. تعداد تلویزیونهای بخش را به یک یا دو دستگاه محدود کرده جای مخصوصی را برای تماشا در نظر بگیرید. وقت مناسبی را برای دیدن تلویزیون به صورت دسته‌جمعی تعیین کنید و بچه‌ها را جهت تماشای یک برنامه مخصوص دور هم جمع کنید. یک فرد بزرگسال (در صورت امکان داوطلب) با آنها نشسته و به تماشای تلویزیون بپردازد که به حقایق و تصورات غلط از برنامه و تبلیغات اشاره کند. مهمتر از همه اینکه فعالیتهای دیگر به جای تماشای تلویزیون فراهم گردد.

تلویزیون را روشن و بچه را ساکت کنید

کنترل صحیح تلویزیون، بچه‌ها را در مقابل مشکلات آن محافظت می‌کند. آموزش در مورد تلویزیون از گسترش مسائل و مشکلات جلوگیری می‌کند. پرستارها باید بکوشند تا اثرات سوء تلویزیون را از بین ببرند. بخاطر داشته باشید با روشن کردن تلویزیون بچه را ساکت خواهید کرد.



بررسی مقایسه‌ای میزان آگاهی مرییان دانشکده‌های پرستاری و مامائی تهران و دبیرستان‌های تهران در مورد مضرات اعتیاد به سیگار

پژوهشگر:

فاطمه جوادی و همکاران*

زمینه پژوهش:

مهمی از سرطانهاست (صفحه ۱۶۱). همچنین ۹۰ درصد علل
ایجاد آمفیژم دود سیگار است (لونی‌زین و سیلمن^۱، ۱۹۸۶،
صفحه ۲۳). این دو پژوهشگر معتقدند که استعمال سیگار موجب

در سال‌های اخیر مطالعات نسبتاً وسیعی در زمینه مضرات
استعمال سیگار صورت گرفته است. کراراً مطالبی در
رسانه‌های گروهی در ارتباط با این مسئله منتشر شده است. کل
این بررسی‌ها نشانگر این واقعیت است که مصرف سیگار یکی
از خطرناکترین و در عین حال ضد انسانی‌ترین اعتیادهاست
که موجب تلفات و ناتوانی‌های فراوان می‌گردد. به همین دلیل
سازمان جهانی بهداشت (۱۳۶۶) اذعان داشته که افزایش
مصرف این ماده خطرناک، يك مانع بزرگ در دسترسی
موفقیت‌آمیز به هدف این سازمان در راه رسیدن به بهداشت
برای همه تا سال ۲۰۰۰ است. (۱۳۶۵، صفحه ۱). گزارشی که
در این زمینه توسط ۳۱ کشور عضو سازمان جهانی بهداشت،
انتشار یافته، حاکی از این حقیقت تلخ و دردناک است که همه
ساله بیش از يك میلیون مرگ زودرس به دلیل استعمال سیگار
در جهان به وقوع می‌پیوندد (۱۳۶۵، صفحه ۵۹).

جی استجرنسواردا^۲ (۱۹۸۵) چنین می‌نویسد: با نگاهی
اجمالی به کل جهان تأثیر اساسی تعداد زیادی از عوامل
سرطانزا مشخص گردیده‌اند، اما تأثیر هیچکدام از آنها به
اهمیت سرطانزائی سیگار نیست، سیگار علت حدود ۳۰ درصد
از مرگهای ناشی از سرطان در ممالکی چون آمریکا و انگلیس
است. در ممالک در حال توسعه نیز مصرف سیگار عامل بخش

* فاطمه دباغی خامنه، فوق لیسانس پرستاری بهداشت جامعه

* منصوره یادآور نیک‌روش، فوق لیسانس پرستاری بهداشت مادران و نوزادان

* پرویز کمالی، استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه تهران

1- J. Stjernsward

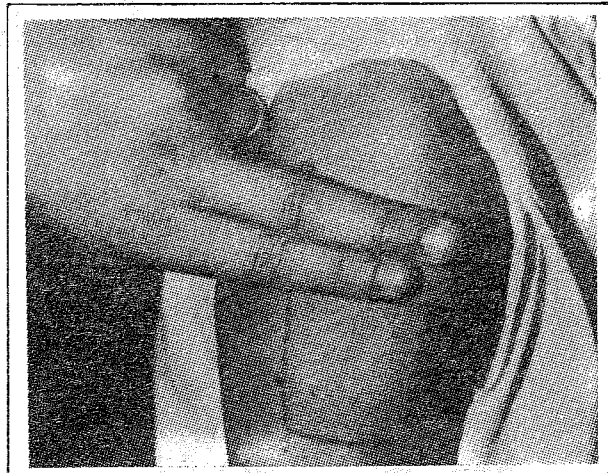
2- Loysen and Silman

برای استفاده از عضله «بازو» در تزریقات عضلانی رعایت نکات ذیل ضروری است:

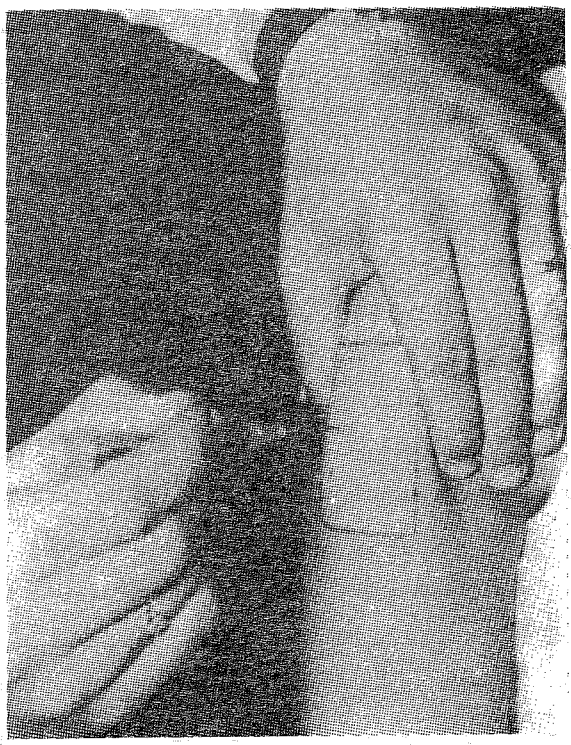
روش تزریق صحیح
به عضله بازو



الف - ابتدا مددجو را راحت روی صندلی بنشانید. دست او باید به حالت آویزان باشد و قسمت فوقانی بازویش کاملاً عریان شود. برجستگی اکرومیون^۱ استخوان بازو را مشخص کنید. اکرومیون، (در عکس) در قسمت چپ خط فوقانی نشان داده شده است.



ب - محل تزریق در داخل مستطیل است، یعنی دو انگشت پائین تر از برجستگی اکرومیون قرار دارد. قسمت پائین مستطیل، محل قوسی شکل زیر بغل را دربر می گیرد. وقتی سوزن را در قسمت خیلی پائین تزریق کنید این خطر وجود دارد که عصب رادیال^۲ صدمه ببیند.



ج - بعد از اینکه پوست را به دقت ضد عفونی کردید، عضله را مطابق شکل با دست بگیرید. به طوری که عضله مشخص و ثابت بماند، بعد هم خیلی نرم و سریع و مطمئن سوزن را فرو کنید. توصیه می شود سوزنی به کار برید که به اندازه طول انگشت شست باشد.

1- Acromion

2- Radial

خطر مرگ ناگهانی نیز می‌گردد. این خطر در افراد سیگاری که روزانه ۲۰ عدد سیگار می‌کشند و سن آنها کمتر از ۴۵ سال است به ۱۵ برابر می‌رسد. چنانچه سیگار کشیدن با بالا بودن کلسترول خون همراه باشد، خطر ابتلاء تقریباً دو برابر شخصی است که این عامل در او وجود ندارد (صفحه ۴۳).

منیز^۱ (۱۹۸۳) چنین اظهار نظر می‌کند: سیگار کشیدن مهمترین عامل تغییر پذیر و قابل پیشگیری در پیدایش بیماریهای عروق کرونر می‌باشد (صفحه ۱۱۴۴) و لوئیزین و سیلمن (۱۹۸۶) اضافه می‌کنند که خطر مرگ در اثر این بیماری برای کسانی که در روز کمتر از یک پاکت سیگار استعمال می‌کنند ۲ برابر و برای افرادی که بیش از ۲۰ سیگار در روز می‌کشند، بیش از سه برابر است (صفحه ۴۲).

مسجدی (۱۳۶۵) معتقد است که به طور متوسط عمر اشخاص سیگاری ۵ تا ۸ سال کمتر از حد معمول عمر دیگران است. بر اساس همین مطالب، تخمین زده می‌شود که با کشیدن هر یک نخ سیگار $\frac{1}{5}$ دقیقه از عمر شخص سیگاری کاسته می‌شود. عمر یک فرد ۲۵ ساله سیگاری که روزانه یک پاکت سیگار می‌کشد $\frac{4}{5}$ سال کم خواهد گردید و اگر فردی در همین سن روزانه دو پاکت سیگار بکشد، عمرش $\frac{8}{3}$ سال کمتر خواهد شد (صفحه ۳۳). از طرفی شخصی که در سنین پائین تر اقدام به کشیدن سیگار می‌کند احتمال ابتلا به بیماریهای تهدید کننده در او بیشتر است. مثلاً اگر کسی در سن ۱۴ سالگی شروع به کشیدن سیگار کند، احتمال پیدایش بیماریهای تهدید کننده به خصوص سرطان ریه ۱۵۰ بار در او نسبت به فردی که سیگار نمی‌کشد بیشتر می‌شود (وثوق، ۱۳۶۴، صفحه ۱۰).

اولشانسکی^۲ (۱۹۸۲) می‌گوید تا به امروز نه تنها دود ناشی از استعمال سیگار برای معتادین به آن بسیاری از بیماریهای وخیم و حاد را به ارمغان آورده، بلکه غیر سیگاری‌های بی‌گناهی هم که در هوای آکنده از دود سیگار اشخاص سیگاری تنفس می‌کنند، گاه به درجانی به مراتب بیشتر از خود سیگاری‌ها تحت تأثیر اجزاء متشکله دود سیگار قرار می‌گیرند (صفحه ۷۳۷).

پژوهشگر طی مطالعات خود به این نتیجه رسیده است که: مرگ و میر ناشی از استعمال مداوم سیگار در کشورهای

مختلف، حتی کشورهای رشد یافته رو به افزایش است و مضرات ناشی از مصرف آن یکی از مسائل مهم بهداشتی جوامع بشری است. همین ارتباط مستقیم استعمال سیگار با سلامتی افراد است که مسئولیت آنان خصوصاً اعضای تیم بهداشتی را که حفظ سلامتی افراد، پیشگیری از بیماریها و ارتقاء سطح بهداشت جامعه به عهده آنان است را زیاده‌تر و مهمتر می‌کند. پرستاران که از اعضای اصلی تیم بهداشتی محسوب می‌شوند و مسئولیت بس خطیری در این رابطه دارند، با کمال تأسف اغلب خود از این افیون خانمانسوز استفاده می‌کنند. در این رابطه منیز^۱ (۱۹۸۳) چنین بیان می‌دارد: جای بسی تأسف است که پرستاران به عنوان عضو تیم بهداشتی، خود عادات غیر بهداشتی داشته باشند، در این صورت آنان چگونه خواهند توانست از سیگار کشیدن دیگران پیشگیری کنند در حالیکه خود معتاد به سیگار هستند (صفحه ۱۱۴۷).

واگنر^۳ (۱۹۸۶) می‌نویسد، از افرادی که دست اندر کار آموزش پرستاری هستند این انتظار می‌رود که در دوره‌های آموزش پرستاری مضرات اعتیاد به سیگار را به دانشجویان خود بیاموزند و در ضمن ضروری است که مربیان پرستاری از نقش اساسی خود به عنوان الگوهای رفتاری برای شاگردانشان آگاه باشند (صفحه ۶۰).

سازمان جهانی بهداشت (۱۹۸۵) نیز برای پیشگیری از استعمال سیگار پیشنهاد می‌کند که تصویر مثبتی از یک فرد غیر سیگاری در رسانه‌های گروهی ترویج گردد و انگیزه‌های لازم برای عدم کسب این عادت اغوا کننده در نوجوانان و جوانان - این آینده سازان فردای جوامع بشری - به وجود آید. همچنین لازم است که معلمین مدارس و دیگر مسئولین در زمینه پخش صحیح پیامهای بهداشتی ضد سیگار آموزش کافی ببینند (صفحه ۱۰۶).

به اعتقاد پژوهشگر از آنجائی که رفتار نوجوان و جوانان به وسیله تأثیرات آموزش شکل می‌گیرد، و از آنجائی که آموزش توام با عمل می‌تواند مؤثرتر واقع شود، معلمین آنان بایستی از کشیدن سیگار احتراز کنند. خارج از کلاس درس نیز بسیاری از افراد این گروه سنی تحت تأثیر فعالیتهای مختلف قرار می‌گیرند، از این رو آموزش مضرات اعتیاد به سیگار نیز بایستی از طریق این فعالیتها صورت پذیرد. به علاوه افرادی که این

1- Mennies

2- Olshansky

3- Vagner

روش پژوهش:

الف: نوع پژوهش

این پژوهش يك مطالعه توصیفی تحلیلی^۱ است، که در آن میزان آگاهی دبیران دبیرستانها و مربیان دانشکده های پرستاری و مامایی تهران درباره مضرات اعتیاد به سیگار مورد بررسی قرار گرفته و وضعیت موجود توصیف و بیان گردیده است. این پژوهش يك متغیر^۲ دارد و از طریق استفاده از فن تجزیه و تحلیل يك متغیری مورد بررسی قرار گرفته است. دو گروه افراد (مربیان پرستاری و دبیران) شاغل بعنوان واحد مورد پژوهش انتخاب و کسب داده ها تنها يك مرتبه از واحدهای مورد پژوهش اخذ گردیده است. بنابراین، کسب اطلاعات به گونه تك مرحله ای انجام گرفته است.

ب: جامعه پژوهش

جامعه پژوهش در این مطالعه عبارت بوده اند از:
۱- کلیه مربیان پرستاری زن شاغل در دانشکده های پرستاری و مامایی وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تهران.
۲- کلیه دبیران زن شاغل در دبیرستانهای وابسته به وزارت آموزش و پرورش در تهران.

ج: نمونه پژوهش

در این پژوهش ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر مربی پرستاری و ۱۰۰ نفر دبیر) در نظر گرفته شده است. که نحوه انتخاب نمونه پژوهش از جامعه آماری مورد مطالعه به شرح زیر بوده است:
۱- با توجه به اینکه کل مربیان پرستاری زن لیسانس و معادل لیسانس دانشکده های پرستاری و مامایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران مطابق آمار در زمان انجام پژوهش بیشتر از ۱۰۰ نفر نبوده اند، لذا کلیه آنان انتخاب گردیدند.
۲- ابتدا لیست دبیرستانهای دخترانه مناطق بیست گانه تهران تهیه شد و سپس با روش نمونه گیری تصادفی^۳ از هر منطقه يك دبیرستان به عنوان نمونه انتخاب شد. از هر دبیرستان تعیین شده، ۵ نفر دبیر زن شاغل در آن مدرسه مورد بررسی قرار گرفتند.

آموزشها را می دهند خود نیز بایستی از کشیدن سیگار خودداری کنند. زیرا سیگار کشیدن يك معلم اثر مخربی در ذهن شاگردان خود خواهد گذاشت و به آنان آموزش منفی خواهد داد.

با توجه به اهمیت مضرات اعتیاد به سیگار و تأثیر آن بر سلامت جامعه و نسل آینده، پژوهشگر بر آن شد که «میزان آگاهی مربیان پرستاری و دبیران در دبیرستانها را در مورد مضرات اعتیاد به سیگار» تعیین کند تا شاید بتوان با استفاده از یافته های این پژوهش در زمینه کم کردن مصرف سیگار و جلوگیری از بیماریهای ناشی از آن، تا حدودی به برقراری و حفظ سلامت جامعه کمک کرد.

سئوال های پژوهش:

این پژوهش يك مطالعه توصیفی است. بنابراین به جای دارا بودن فرضیه، شامل سئوال هایی است که در این بررسی به آنها پاسخ داده شده است. سئوال های پژوهش عبارتند از:
۱- مربیان پرستاری چه اندازه از مضرات اعتیاد به سیگار آگاهی دارند؟
۲- دبیران چه اندازه از مضرات اعتیاد به سیگار آگاهی دارند؟
۳- آیا اختلافی بین میزان آگاهی دبیران و مربیان پرستاری نسبت به مضرات اعتیاد به سیگار وجود دارد؟

پیش فرض:

این پژوهش براساس پیش فرضهای زیر بنا شده است:
۱- نیکوتین بر روی سلامت افراد تأثیر دارد.
۲- احتمال ابتلاء به سرطان در سیگاریها بیشتر است.
۳- اطرافیان افراد سیگاری در معرض خطرات حاصله از دود سیگار قرار دارند.
۴- میزان آگاهی مربیان پرستاری و دبیران از مضرات اعتیاد به سیگار قابل اندازه گیری است.
۵- میزان آگاهی معلمین از مضرات سیگار در اعتیاد به سیگار شاگردان مؤثر است.
۶- وسایل ارتباط جمعی در آگاه کردن طبقات مختلف افراد جامعه از مضرات اعتیاد به سیگار نقش مؤثری دارند.

کلیه واحدها در این پژوهش دارای شرایط زیر بوده اند:

۱- کلیه واحدهای مورد پژوهش دارای مدرک لیسانس یا معادل لیسانس بوده اند.

۲- کلیه واحدهای مورد پژوهش (مربیان پرستاری، در زمان انجام پژوهش در یکی از دانشکده های پرستاری و مامایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران، شاغل بوده اند.

۳- کلیه دبیران مورد پژوهش نیز در زمان انجام پژوهش در یکی از دبیرستانهای وزارت آموزش و پرورش تهران شاغل بوده اند.

۴- کلیه واحدهای مورد پژوهش استخدام رسمی و تمام وقت بوده اند.

د: محیط پژوهش

این پژوهش در کلیه دانشکده های پرستاری و مامایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران و کلیه دبیرستانهای دخترانه وزارت آموزش و پرورش در تهران، انجام شده است. دلیل برگزیدن این مراکز از نظر سهولت دسترسی پژوهشگر به نمونه های موردنظر و از لحاظ نوع تفاوت های سازمانی و تشکیلاتی آنها بوده است. به عبارتی واحدهای مورد پژوهش در مکانهای فوق یافت می شدند و امکان جمع آوری داده ها از میان جمعیت مورد بررسی در این مکان ها بیشتر بوده است.

ه: روش گردآوری داده ها

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه^۱ بوده است، و به این علت که یک متغیر مورد بررسی قرار گرفته است، پرسشنامه همگون به هر دو گروه مربیان پرستاری و دبیران داده شد.

و: روش تجزیه و تحلیل داده ها:

همانطور که قبلاً گفته شد این پژوهش سه هدف عمده را تعقیب کرده است. برای رسیدن به اهداف اول و دوم یعنی

«تعیین میزان آگاهی مربیان پرستاری و دبیران در مورد مضرات اعتیاد به سیگار» معیار اندازه گیری توزیع فراوانی مطلق و نسبی بود که به وسیله جداول دوبعدی نشان داده شده است.

برای هدف سوم این پژوهش یعنی «مقایسه میزان آگاهی مربیان پرستاری و دبیران از مضرات اعتیاد به سیگار» از آزمون آماری T و کای دو^۱ و ضریب توافق چوپروف^۲ استفاده شده است.

نوع داده های به دست آمده در مجموع اسمی^۳، رتبه ای^۴ و از نوع گسسته^۵ بوده است. داده ها از طریق آمارهای توصیفی^۶ برای کلیه اهداف این پژوهش تجزیه و تحلیل شده است. اطلاعات توصیفی به وسیله نمایش جداول دوبعدی (توزیع فراوانی مطلق و نسبی) و درصد بیان شده است. آمارهای استنباطی^۷ در این پژوهش آزمونهای T و کای دو و ضریب توافق چوپروف بوده است که تأثیر عوامل مختلف روی متغیر وابسته و همچنین معنی دار بودن اختلاف بین دو گروه را بیان می کند. برای دریافت میزان آگاهی ۱۴ سؤال در مورد آگاهی از مضرات اعتیاد به سیگار در پرسشنامه تنظیم شده بود که با استفاده از روش نمره بندی به صورت زیر عمل گردید:

برای هر سؤال یک نمره داده شد و حداکثر نمره ۱۴ تلقی گردید. سپس سه حالت آگاهی کم، آگاهی متوسط و آگاهی زیاد در نظر گرفته شد، به این ترتیب که نمونه هایی که نمرات آنان ۵-۶ بود دارای آگاهی کم، نمونه هایی که نمراتشان بین ۱۰-۱۱ بود دارای آگاهی متوسط و نمونه هایی که نمراتشان بین ۱۴-۱۱ بود، دارای آگاهی زیاد محسوب شدند.

نتیجه گیری نهایی:

نتایج نهائی که از تجزیه و تحلیل یافته های این پژوهش به دست آمده نشان می دهد که ماهیت شغلی دو گروه نمونه مورد مطالعه در میزان آگاهی آنان در مورد مضرات اعتیاد به سیگار نقش تعیین کننده ای داشته است.

۱- یافته های مربوط به هدف کلی پژوهش نشان می دهد که میزان آگاهی مربیان پرستاری در زمینه مضرات اعتیاد به سیگار بیشتر از دبیران بوده است.

1- Questionnaire

2- Chi - Square

3- Tchouporoff

4- Nominal data

5- Ordinal

6- Discrete

7- Descriptive Statistic

8- Inferential Statistic

۲- یافته‌های مربوط به اهداف شماره یک و دو نشان می‌دهد که در سئوالات مطرح شده اختلاف معنی‌داری بین پاسخهای دو گروه افراد (مربیان پرستاری و دبیران) وجود داشته و درصد پاسخ مربیان پرستاری بیشتر بوده است.

۳- یافته‌های مربوط به هدف سوم نشان می‌دهد که در برابر ۸۴/۴۸ درصد از مربیان پرستاری (۴۹ نفر)، فقط ۱۵/۵۲ درصد از دبیران (۹ نفر) به ۱۱-۱۴ سؤال از ۱۴ سؤال مربوط به آگاهی پاسخ صحیح داده‌اند و ۳۸/۸۴ درصد از مربیان پرستاری (۴۷ نفر) و ۶۱/۱۵ درصد از دبیران (۷۴ نفر) به ۱۰-۶ سؤال و ۱۹/۰۴ درصد از مربیان پرستاری (۴ نفر) و ۸۰/۹۵ درصد از دبیران (۱۷ نفر) فقط به ۴-۰ سؤال جواب صحیح داده بودند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که میزان آگاهی مربیان پرستاری از مضرات اعتیاد به سیگار بیشتر از دبیران بوده است. لازم به تذکر است که کلیه واحدهای مورد پژوهش دارای مدرک لیسانس و یا معادل آن بوده‌اند.

با تکیه بر یافته‌های این پژوهش می‌توان به این نتیجه رسید که درست است که سطح آگاهی مربیان پرستاری در این زمینه نسبت به دبیران بیشتر بوده است، اما آگاهی مربیان پرستاری نیز در سطح ایده‌آلی نیست، زیرا فقط در حدود نیمی از آنان (۴۹ نفر)، ۱۱ نمره یا بیشتر را از ۱۴ سؤال آگاهی کسب کرده‌اند و این در حالیست که اینان تعلیم و تربیت افرادی را عهده‌دار می‌باشند که خود معلمان بهداشتی فردای جامعه بوده و باید در هر شرایطی با آموزشهای صحیح بهداشتی در برقراری سلامت افراد جامعه و ارتقاء بهداشت آنها کوشا باشند. لذا کمی آگاهی مربیان پرستاری موجب چنان صدماتی خواهد شد که جبران آن مشکل و گاهی نیز غیر ممکن خواهد بود.

موارد استفاده در پرستاری:

نتایج این پژوهش می‌تواند در موارد مختلف و از طریق زیر قابل استفاده باشد:

با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش، مشخص گردید که میزان آگاهی مربیان پرستاری از مضرات اعتیاد به سیگار در سطح مطلوبی نیست. لذا اطلاعات بدست آمده

می‌تواند مورد توجه مدیران دانشکده‌های پرستاری و مربیان پرستاری قرار گیرد.

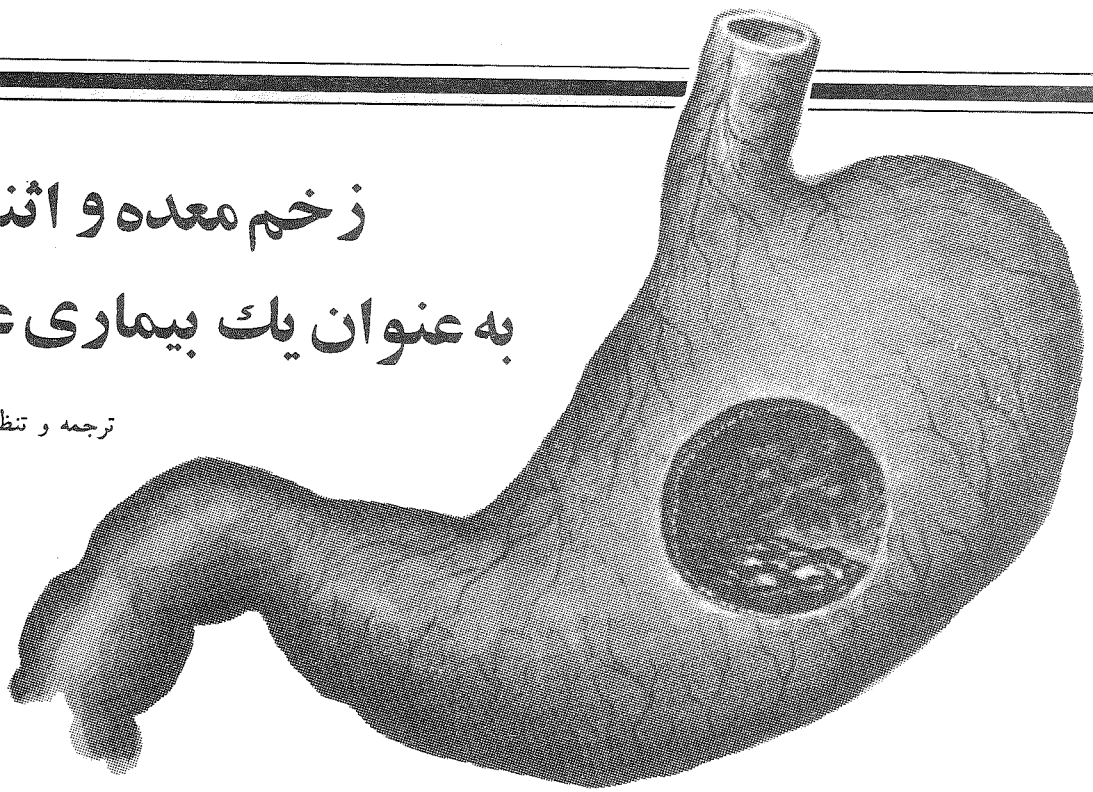
از طرفی نتایج حاصل از اکثر بررسی‌ها از آن جمله پژوهش واگنر (۱۹۸۵) بیانگر این واقعیت بود که اکثر پرستاران در زمان آموزش درس پرستاری (زمان دانشجویی) به سیگار اعتیاد پیدا می‌کنند (صفحه ۵۹). با توجه به این امر که آنان در این سنین از مربیان خود بیشتر به عنوان الگوی رفتاری پیروی می‌کنند، بنابراین چنانچه مربیان به سیگار اعتیاد داشته باشند و یا به دلیل کمی دانش در این زمینه، آگاهی لازم را به آنان ندهند احتمال اعتیاد به سیگار دانشجویان بیشتر خواهد شد. لذا یافته‌های این پژوهش می‌تواند در زمینه آموزش پرستاری و در جهت توسعه و بالا بردن سطح دانش دانشجویان پرستاری در این زمینه مؤثر واقع شود.

همچنین براساس نتایج حاصل از اکثر بررسیها از جمله تحقیق داری شیر (۱۹۸۶) اعتیاد به سیگار در پرستاران بیش از سایر افراد گروه بهداشتی درمانی است (صفحه ۴۹) و با توجه به این مسئله که آنان معلمان بهداشتی جامعه هستند و در هر شرایطی باید آموزشهای لازم را در مورد مسائل بهداشتی به افراد بدهند، و چنانچه خود رفتار غیربهداشتی داشته باشند آموزش آنان در افراد تأثیری نخواهد داشت. بنابراین یافته‌های این تحقیق می‌تواند دانش پرستاران را در زمینه مضرات اعتیاد به سیگار بالا ببرد تا آنان بتوانند به وظیفه خطیر خود که بالا بردن سطح بهداشت و حفظ سلامتی افراد جامعه است دست یابند.

در حیطه خدمات پرستاری مدارس، نتایج این پژوهش می‌تواند پرستاران بهداشت عمومی را در شناخت و تبیین ناآگاهی دبیران در این زمینه به عنوان گروهی از افراد جامعه یاری دهد، تا به عنوان یکی از افراد گروه بهداشتی مدارس طرح‌های آموزش بهداشت در مدارس را مورد بررسی دقیق قرار داده و تلاش مفید و مؤثری در جهت توسعه، گسترش و اجرای برنامه‌های آموزش بهداشت در سطوح مختلف آموزشی بکنند.

زخم معده و اثنی عشر به عنوان يك بیماری عفونی^۱

ترجمه و تنظیم: اکرم مرباغی*



پیشگفتار

«کمپیلوباکتریلوری^۲ در سال ۱۹۸۲ شناخته شد. به نظر می‌رسد که شناخت آن افکار پزشکی را در مورد شناخت و معالجه ورم معده^۳ مزمن و زخم معده عوض کند. بیش از ۹۰ درصد بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر و ۷۰ درصد بیماران مبتلا به زخم معده دارای عفونت سی‌پیلوری^۴ هستند. از بین بردن این میکرب باعث از بین رفتن ورم معده می‌شود. در نتیجه زخم اثنی عشر نیز ترمیم پیدا می‌کند و عود مجدد بیماری را کم می‌نماید.»

زمانی که ناهماهنگی بین اسید پپسین معده و مقاومت مخاطی معده وجود داشته باشد، زخم معده یا اثنی عشر بروز می‌کند. تعادل اسید معده، در اثر افزایش ترشح اسید و کاهش مقاومت مخاط و یا ترکیبی از هر دو بهم می‌خورد. نزدیک به ۵۰ سال است که تحقیقات و درمان بیماری زخم معده یا اثنی عشر بر روی افزایش اسیدیته معده متمرکز شده است. اخیراً محققین شروع به آزمایش‌هایی در رابطه با عواملی که ممکن است دفاع پوشش سطح داخلی معده را ضعیف کند، کرده‌اند. یکی از این عوامل، عفونت «کمپیلوباکتریلوری» است.

باکتریم استعداد بی نظیری در تغییر دادن محیط معده و حفاظت موضعی مخاط معده بر علیه اسید دارد، به قسمت متورم شده ایتلیوم و لایه محافظتی مخاط معده می‌چسبد و در نتیجه ناحیه‌ای از معده، عاری از مخاط می‌گردد. این مرحله، مرحله شروع زخم است.

از سال ۱۹۸۲ که، کمپیلوباکتریلوری شناخته شد، شهرت جهانی به دست آورد. همچنین بیشتر اطلاعات موجود نشان داده است که در افکار پزشکی، پیرامون علت و درمان ورم معده مزمن و زخم معده و اثنی عشر تغییراتی داده شده است. بیش از ۹۰ درصد از بیماران با زخم اثنی عشر و ۷۰ درصد از بیماران با زخم معده، عفونت سی‌پیلوری و ورم معده مزمن فعال در ناحیه آنتروم^۵ معده دارند. از بین بردن میکرب منجر به از بین رفتن ورم معده با التیام یافتن زخم می‌شود و امکان عود مجدد آن کم می‌گردد. محققان سی‌پیلوری علت تمامی التهابات نیست و ورم معده تحریک شده با سی‌پیلوری نیز مسئول همه علائم بیمارانی که دچار عفونت شده‌اند، نیست. در حال حاضر سی‌پیلوری معمولترین عفونت گوارشی در انسان است، که حدود ۲۰ درصد

1- peptic Ulcer An Infection Disease

2- Campylobacter Pylori

3- Gastritis

4- C. Pylori (Campylobacter Pylori)

5- Antrum

از افراد بالغ به آن مبتلا هستند.

بیشرفت زخم افرادی که مبتلا به زخم اثنی عشر ناشی از عفونت هستند ۲۰ مرتبه بیشتر از مبتلایان به زخمهای غیر عفونی است و به نظر می رسد که حداقل ده برابر آن گاستریت هیستولوژیک^۱ باشد. منبع بزرگ سی پیلوری در بین جمعیت می تواند حاکی از آن باشد که اکثر مردم در طول عمر در معرض آن قرار گرفته اند. علاوه بر این، افرادی که مبتلا به عفونت شده اند در حالت پایداری قرار می گیرند. سیستم دفاعی برخی از افرادی که در جدال با ورم حاد معده هستند قادر است ارگانیسم را از بین ببرد. سایر کسانی که مبتلا به ورم معده مزمن فعال از سالهای پیش بوده اند، طی یک دوره درمان با آنتی بیوتیک، معده آنها از وجود میکرب پاک گردیده است، اما ممکن است ضایعاتی پایدار در مخاط معده این بیماران باقی بماند که مستعد به فرسایش و تحلیل زخم گردد. این گروه فرعی می تواند شامل آن دسته از بیمارانی که مبتلا به زخم اثنی عشر یا معده هستند و سی پیلوری هنوز در آن ها کشف نشده است، قرار گیرند.

ورم معده در شکلهای مختلفی ایجاد می شود که تشخیص افتراقی بین آنها منجر به نظریات مبهمی می گردد. سی پیلوری با ورم معده مزمن فعال همراه است و از نظر تشخیص، بافت شناسی آن ممکن است با سایر اشکال ورم معده همراه باشد و یا همراه نباشد.

اصطلاح «ورم معده» معمولاً در زمینه اختلال هضم یا سوء هضم به کار برده می شود. به هر حال، علائم بالینی گاستریت همراه با تغییرات بافتی در مخاط معده است، همچنین ممکن است بدون تغییرات مخاطی باشد. (علیرغم مدارک بافت شناسی، آماس مخاط معده ممکن است بدون نشانه های مرضی باشد). حتی اگر آندوسکوپی ظاهراً ورم معده را به وسیله قرمزی، فرسایش مخاط یا خونریزی که ممکن است در اثر خراش یا ساییدگی بافت سالم پوششی معده باشد، گواهی دهد. در گذشته، اغلب ورم معده به رفلاکس^۲ صفرای معده اثنی عشر یا محرکاتی مثل الکل، غذای ادویه دار، داروهای مثل

آسپیرین نسبت داده می شد. با این که این عوامل، احتمالاً آسپیرین، ممکن است موجب قرمز شدن مخاط معده و ضایعات حاد سلولهای بافت پوششی گردد، ولی به ورم معده مزمن منجر نمی گردد، و الزاماً با علائم سوء هاضمه یا موارد غیرطبیعی میکروسکوپیك مخاط معده همراه نیست.

ورم معده مزمن به دو نوع تقسیم می شود:

در نوع «الف» التهاب مخاط جسم معده، خود ایمنی^۳ ایجاد کرده که در ارتباط با پادزهر سلولهای جداری^۴ و کم خونی^۵ بدخیم است. همین آتروفی شدن معده و گاهی اوقات به عنوان گاستریت آتروفیک^۵ شناخته شده است و به وسیله التهاب مزمن مخاط ترشح کننده اسید مشخص می گردد. نظر به این که سلولهای جداری اکثراً در جسم معده مستقر هستند، التهاب روی آنتروم بی اثر خواهد بود. به علاوه چون ترشح اسید کاهش می یابد. علائم اختلال هاضمه^۶ و زخمهای خوش خیم معده نادر است. غالباً بی نظمی هائی که در زخم معده به وجود می آید منتج به بدخیمی آن می گردد.

نوع «ب» یا التهاب ناحیه آنتروم معده، متأثر از ترشح بافت پوششی مخاطی تمام سطح معده است. همچنین التهاب ممکن است جسم معده و بیش از همه ناحیه ابتدائی باب المعده^۷ را سخت گرفتار سازد. ترشح اسید معمولاً طبیعی است و هیچ پادتن در سلولهای جداری نیز وجود ندارد. التهاب آنتروم تقریباً با تمام علائم مربوط به بیماری اختلال هاضمه، مخصوصاً اختلال هاضمه غیر زخمی و زخم معده و اثنی عشر همراه است. این نوع ورم معده مزمن «نوع ب» همراه با عفونت سی پیلوری است. در حالی که ورم معده نوع «الف» با عفونت سی پیلوری ارتباط ندارد، مگر مواقعی که ورم معده نوع «الف» با التهاب آنتروم همراه باشد.

ظاهر بافت شناسی، گاستریت نوع «ب» به مراحل التهابی مزمن اشاره شده که به عنوان ورم معده سطحی یا التهاب معده اثنی عشر بیان شده است.

البته چنین تحقیقاتی درهم برهم و غیر ضروری هستند، اما کافی است که افتراق بین ورم معده مزمن و گاستریت آنتروم

1- Histologic Gastritis

2- Reflux

3- Autoimmune

4- Parietal cells

5- Pernicious anemia

6- Atrophic gastritis

7- Dyspeptic Symptoms

8- Prepyloric

مزمّن فعال مشخص گردد. چنانچه مخاط مترشحه با سلولهای پلازما و لینفوسیتها باشد، ورم معده مزمّن است. همچنین اگر نتروفیل مشاهده گردد، نمایانگر ورم معده مزمّن و فعال است. سلولهای پوششی معمولاً غیرطبیعی است، و غدد مترشحه مخاطی نیز به نظر می رسد که از نظر تعداد کاهش یابند. سایر تغییرات بافت شناسی، مثل متاپلازی روده^۱، جمع شدن^۲، خیز و تشکیل نسوج لیفی^۳ غالباً با ورم معده مزمّن همراه است، اما در هر حال خود، دلیل بر وجود گاستریت نیست.

باکتری سی پیلوری گرم منفی و به شکل S است، این باکتری در سلولهای پوششی مترشحه مخاط معده ساکن است. در این محل از اسید معده به وسیله لایه مخاطی غنی از بیکربنات، که بافت پوششی را پوشانده است حفاظت می شود. از آنجا که میکرب تنها در سلولهای پوششی ترشح کننده مخاط مستقر است، و در سایر قسمتهای دستگاه گوارش ساکن نمی شود، نقش میکرب در زخم اثنی عشر، به وسیله استعداد و گرایش بیماران با داشتن ترشحات مخاطی بافت پوششی معده در ابتدای دوازدهه که باکتریوم ممکن است در آنجا بهم پیوند، توضیح داده می شود.

ابتدا به نظر می رسد که سی پیلوری با سایر انواع کمپیلو باکترها مشابهت زیادی دارد. معذالک سی پیلوری با تعداد خصوصیات که دارد آن را از سایر کمپیلوباکترها متمایز می سازد. این خصوصیات احتمالاً بطور کاملاً جدید در انواع مختلف طبقه بندی خواهد شد. سی پیلوری چهار عدد تازک دارد که به طور تک تک قرار گرفته و از غلاف پوششی خود بیرون آمده اند، این تازکها مشخص کننده نوع کمپیلوباکتر است، همچنین اجزاء ترکیب دهنده سلولهای دیواره و «دی. ان. آ»^۴ با سایر انواع آنها کاملاً تفاوت دارد. بالاخره پادزهرها در سی پیلوری واکنش ضربدیری قابل توجهی با سایر نمونه های بیماریزای کمپیلوباکتر مثل سسی ژزونی^۵ را انجام

نمی دهد.

سی- پیلوری تنها میکربی است که توانائی استقرار در مخاط معده شخص طبیعی را دارد. این میکرب در محیط اسیدی معده بیشتر زنده می ماند. باکتری باید سطح بالائی از فعالیت متابولیکی را که در مجاورت مقدار زیادی اوره آز^۶ و کاتالاز^۷ تولید می کند، متحمل شود. اوره آز آنزیمی است که آمونیم و بیکربنات را از اوره تولید می کند. کاتالاز آنزیمی است که قادر به تجزیه آب اکسیژنه است. سی پیلوری شباهت زیادی در تولید اسپیرال^۸ به اوره آز دارد و در نمونه معده تعدادی از حیوانات یافت شده است. در گاوها و سایر پستانداران تشخوارکننده وجود چنین میکربهایی کمک به فاسد شدن غذا می کند. احتمالاً منبع سی-پیلوری از نمونه حیوان به انسان منتقل می شود. میکرب در اثر فشار زیاد قوی نیست و در محیط استریل معده می تواند به آسانی بیش از حد رشد و نمو کند. اکثر محققین در مورد باکتری اسپیرال^۹ معده قبل از این که میکربها از هم جدا شوند و با گاستریت پیوسته شود مطالعه کرده اند.

در سال ۱۹۳۸ دونگس^{۱۰} میکربی شبیه به اسپیروکت را در اتوپسی معده پیدا کرد و در سال ۱۹۴۰ فردبرگ^{۱۱} میکرب مشابهی را در برشی از بافت معده بیماری که تحت عمل جراحی برداشتن معده قرار گرفته بود کشف نمود. دو نفر محقق دیگر به نامهای لاک^{۱۲} در سال ۱۹۲۶ و فیتزجرالد^{۱۳} در سال ۱۹۵۰، بطور اتفاقی در برش بافت معده وجود میکربی را کشف کردند که مقدار زیادی آنزیم اوره آز تولید می کرد. میکرب تا اواسط سال ۱۹۷۰ فراموش شده بود، تا این که در انجمن گاستریت فعال در بیماران مبتلا به زخم معده توضیح داده شد. بعد از شناخته شدن سی-پیلوری، در بررسی های بعدی، میکربی شبیه کمپیلوباکتر در مخاط ملتهب معده دیده شد.

علاقه نویسندۀ مقاله درباره سی- پیلوری زمانی شروع شد که در سال ۱۹۷۹ در استرالیا، شخصی که به نام جی، آر، وارن^{۱۴}

1- Intestinal Metaplasia

2- Atrophy

3- Fibrosis

4- DNA

5- C. Jejuni

6- Urease

7- Catalase

8- Spirilla

9- Spiral

10- Doenges

11- Freedberg

12- Luck

13- Fitzgerald

14- J. R. Warren

در بیمارستان رویال پرت^۱ باسیل کروی شکلی را در لام نمونه معده ای کشف کرد. وارن از بیمارانی که تحت عمل نمونه برداری از معده قرار می گرفتند، بیش از ۱۰۰ نمونه را جمع آوری کرد. نتیجه این جمع آوری را میکربی شبیه به کمپیلوباکتر (سی، ال، ا^۲) نامید.

نویسنده مقاله در ۱۹۸۲ بیمارانی که مبتلا به اختلال هضم بودند و قسمت فوقانی دستگاه گوارش آنها به وسیله آندوسکپی تحت بررسی و ارزیابی بود، نمونه هائی متوالی از آنتروم معده آنها گرفته و کشت داد. «سی، ال، ا^۳» در ۶۰ درصد بافت معده این بیماران کشف گردید. نتیجه بافت شناسی ثابت کرد که گاستریت این گونه بیماران، میکرب را پرورش می دهد. نظر به اینکه مخاط ناحیه آنتروم آنها از نظر بافت شناسی طبیعی و از وجود هر نوع میکربی عاری بود. حدود ۱۳ نفر از بیماران با زخم اثنی عشر و ۱۸ تا ۲۰ نفر که مبتلا به زخم معده بودند توسط «سی - ال - ا^۴» عفونت یافته بودند.

شناختن سی - پیلوری و رشد آن در کشت کمک بزرگی به تحقیقات کرد. سرم پادزرهر میکرب شناسائی شد و در سال ۱۹۸۳ تست ویروس ضد میکرب بر روی پوست جهت کشتن میکربها شروع شد. از بین بردن میکرب با ترکیباتی از نمک بیسموت (ستیرات بیسموت یا ساب سالیسیلات بیسموت) و یک آنتی بیوتیک مثل تینیدازول یا مترونیدازول و یا آموکسی سیلین موثر خواهد بود. نمک بیسموت فقط ممکن است التیام گاستریت را به وسیله حفاظت مخاط ملتهب شده از شیره معده ترویج دهد. تصور می رود که بیسموت بتواند معده بعضی از بیماران عفونی شده را از میکرب پاک سازد. عملکرد آن در متوقف کردن میکرب، بهتر از کشتن میکرب بیان گردیده است. بطور شاخص بیسموت در بیمارانی که سیستم دفاعی آنها صدمه دیده است، می تواند میکربها را از بین ببرد، در نتیجه میکرب در نمونه معده این بیماران پس از معالجه، قابل کشف نیست، ولی میکرب در عرض دو تا سه هفته به سرعت تکثیر و مستقر می شود و علائم عفونت در پیش بیمار دوباره آشکار می گردد. آنتی بیوتیک نیز بطور کامل میکرب را از بین نمی برد.

نویسنده مقاله در سال ۱۹۸۴ ترکیبی از نمکهای بیسموت

و آنتی بیوتیک را به ۱۱ گروه انتخاب شده از بیماران مبتلا به ورم معده و زخم اثنی عشر تجویز کرد. این داروها توانست که میکرب ۹ نفر از بیماران را محو سازد و ورم معده آنها را التیام بخشد همچنین ثابت شد که سی - پیلوری علت ورم معده است. دو نفر داوطلب سالم که با میکرب زنده سی - پیلوری عفونی شده بودند، یکی از فرضیات کنج^۵ یعنی قدرت بیماریزائی میکرب را به اثبات رساند. با انجام آزمایشهای مثل کشت و نمونه برداری از مخاط معده، ثابت شد که اولین داوطلب برای دو هفته به ورم معده حاد مبتلا شده و پس از آن به خودی خود عفونت از مخاط معده پاک گردیده است. همچنین ورم معده حاد در پیش دومین داوطلب نیز توسعه یافته و از این گذشته، بیماری وی به نمکهای بیسموت و آنتی بیوتیک جواب نداده و در نتیجه به ورم معده مزمن مبتلا گردید.

دو سال بعد بیمار بوی تنفس را حس می کرد، در حالی که هیچ نوع علائمی از ورم معده مزمن نداشت. بدیهی است برخی از بیماران میکرب مقاوم را در خود می پروراندند، در نتیجه با معالجات متداول و رایج نمی توانند میکرب را ریشه کن سازند.

نویسنده مقاله ارتباط عادی میان سی - پیلوری و ورم معده را ثابت کرده و متعهد شده است که از بین بردن میکرب برای مدت طولانی چه اثری ممکن است بر روی التیام ورم معده و زخمهای پپتیک و عود مجدد آن ها داشته باشد، معین کند. در سال ۱۹۸۵ در بیمارستان رویال پرت مطالعاتی بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به زخم اثنی عشر بطور متوالی انجام دادند. شروع عفونت با سی - پیلوری کاملاً مشهود گردید. آمار بدست آمده این بود که بیماران مدت ۸ هفته با سایمتدین یا بیسموت سترات کلونیدال^۴ تحت درمان بودند. دو گروه از بیماران به گروه های کوچک تقسیم شدند که به هر يك از آنها در ۱۰ روز اول درمان تینیدازول یا پلاسبو^۵ اضافه شد. نمونه از طریق آندوسکپی جهت بافت شناسی و کشت در هفته های ۲ و ۱۴ و ۲۶ و پنجاه و دومین هفته پس از اتمام معالجه تکرار شد. هیچ يك از بیماران در طی يك سال درمان نگهدارنده، بیماری را دنبال نکردند. در پایان هشتمین هفته درمان، سی - پیلوری یکی از ۵۱ بیماری که تحت درمان با سایمتدین به اضافه آنتی بیوتیک و

1- Royal perth Hospital

2- CLO (campylobacter - like - organism)

3- Koch's Postulates

4- Colloidal bismuth Citrate

5- Tinidazol or placebo

اتمسفر مرطوب، مثل هوای اطاق به اضافه ۱۰ درصد دی اکسید کربن کشت داده می شود. بهترین رشد سایر میکربهای سی - پیلوری در درجه حرارت ۴۲ درجه سانتی گراد است. در این شرایط رشد آنها سریع تر از سایر ارگانسیم هائی است که احتمالاً در کشت آلوده شده باشد. در عرض ۳ روز سی - پیلوری به شکل کلنی های شفاف به قطر يك میلی متر مشخص می شود. میکربها در کشت گرم منفی و اوره آز و کاتالاز گرم مثبت هستند.

با اینکه کشت سی - پیلوری آسان است، مستلزم هزینه و صرف وقت زیادی است. قدرت جمع آوری میکرب در تولید اوره آز آزمایش سریع آن، می تواند وجود آن را در عرض ۲۰ دقیقه به وسیله آندوسکپی تشخیص دهد. تست سریع اوره آز که مانند تست سی - ال - ا - که قبلاً جهت تحقیق در دسترس بود در بازار عرضه می شد. میزان حساسیت آن ۹۵ درصد و میزان مثبت کاذب آن به شدت پائین است.

تست سی - ال - ا برای مطالعه و بررسی بیماریهای معده روده ای هنوز به نمونه برداری و آندوسکپی نیاز دارد. آزمایش تنفسی اوره ایزوتوپ^۱ بیشتر عملی است. برای این کار نوشابه ای که دارای اوره با کربن ۱۴ (کربن ۱۳) است به بیماری که ناشتا است داده می شود. اگر بیمار باسی - پیلوری عفونی شده باشد، اوره با مدفوع طی مراحل دفع می شود. اما اگر بیمار عفونی شده باشد، اوره در معده به آمونیاك و بیکربنات تجزیه می شود. بیکربنات در داخل معده در عرض ۱۵ دقیقه جذب خون می شود و دی اکسید کربن توسط هوای بازدمی خارج می گردد. بدین وسیله مقدار کربن ۱۴ در نمونه تنفسی اندازه گیری می شود. اگر کربن ۱۳ استفاده شده باشد يك توده ایزوتوپ غیر رادیواکتیو در تنفس به وسیله طیف سنج نمایان خواهد شد.

در ۳۲ بیماری که در حال بررسی سی - پیلوری بودند با آزمایش قدرت تست تنفسی، ارتباط بین سی - پیلوری با ورم معده تشخیص داده شد. بطور متوسط بیمارانی که مبتلا به عفونت سی - پیلوری هستند ۲۰ بار بیشتر از آنهایی که این عفونت را نداشتند دی اکسید کربن را به وسیله بازدم خارج کردند. تست تنفسی اوره با کربن ۱۴ به نظر می آید که با نمونه برداری معده برای تشخیص عفونت سی - پیلوری قابل

پلاسمو بودند، از بین رفت. ۷ بیمار از ۲۱ بیماری که تحت درمان با بیسموت به اضافه پلاسمو بودند، همچنین ۲۱ نفر از ۲۸ بیماری که بیسموت همراه با آنتی بیوتیک مصرف کرده بودند از وجود میکرب عاری گشتند. ۲۹ نفر از بیماران هم که در بافت شناسی التهاب ناحیه آنتروم معده آنها به اثبات رسیده بود از وجود میکرب پاک گردید. این تغییرات به جز در مورد ۲ بیماری که عفونت سی - پیلوری مجدداً در آن ها ظاهر گشت، در بقیه بیماران پایدار ماند. گاستریت ۷۱ بیماری که میکرب آنها از بین نرفته بود، التیام نیافت.

زخم ۲۵ بیمار (۹۳٪) از ۲۷ بیماری که میکرب آنها در کشت منفی بوده، و ۴۳ بیمار (۶۱٪) از ۷۱ بیمار مبتلا به عفونت بودند، درمان پیدا کردند. در پایان سال اول، زخم یا علائم ورم معده در ۳۲ بیمار (۷۴٪) از ۴۳ بیمار عود کرد، و ۲ نفر بیماری که از میکرب سی - پیلوری پاک شده بودند، دوباره عفونی شدند. در بررسی برگشت بیماری، از ۲۷ بیماری که عاری از میکرب سی - پیلوری بودند - در پایان سال اول - در پنج بیمار (۱۹٪) رخ داد. در ابتدای بررسی همه بیماران دارای زخم شدید اثنی عشر بودند، و علائم عود بیماری مثل اختلال هضم را داشتند. تعریف بی قاعده آن به وسیله ۵ بیماری که در مرحله سی - پیلوری منفی باقی مانده بودند و در رده بیماران عودکننده دسته بندی شده بودند مشخص گردید. فقط ۲ بیمار عود فرسایشی در دوازدهه داشتند که هر دو نفر آنها بدون علامت مرضی بودند.

مطالعه سی - پیلوری، که عامل بزرگ بیماریزائی التهاب معده و زخم اثنی عشر است، نه تنها مورد حمایت قرار نگرفت، بلکه پیشنهاد شد که با ترکیبی از بیسموت - آنتی بیوتیک که ممکن است بهترین شکل درمان باشد مداوا شود. وقتی که شرایط همزیستی با عفونت سی - پیلوری وجود دارد. سایمتدین یا ترکیبی با تینیدازول اثر کمی روی میکرب و همچنین اثر کمی روی پیشروی زخم دارد.

سی پیلوری می تواند به وسیله کشت نمونه مخاط معده به آسانی شناخته شود. چون می تواند به میزان قابل توجهی در معده زنده بماند. همچنین لام نمونه کشت، معمولاً به وسیله سایر میکربها آلوده نمی شود. نمونه گرفته شده در روی لام آگارخونی^۱، به مدت ۳ روز در حرارت ۳۷ درجه سانتیگراد در

1- Blood Agar

2- Isotopic - Urea - Brith - Test

استفاده واقع شدند. پس از تزریق، بیمار به مدت يك هفته بدون علائم بالینی باقی می ماند و سپس يك التهاب روده و معده خفیف برایش پیش می آید. ناراحتیهای اپی گاستریت - که شامل نفخ، تهوع، استفراغ مخاطی است - در هفته سوم ظاهر می شود. هر چند که بعضی از بیمارها بدون علائم بیماری باقی می مانند و تراوش تروفیلها به صورت حاد در قسمت آنتروم و جسم معده در این موقع ظاهر می شود.

به طور طبیعی معده از يك لایه ۲/ میلی متری مخاط پوشیده که سلولهای پوششی را از اسیدی که به وسیله سلولهای جداری ترشح می شود، حفظ می کند. طی مرحله حاد عفونت، قبل از آن که پادتن بر علیه سی - پیلوری شکل بگیرد، به نظر می رسد که میکرب در زیر لایه های زیرین کار خودش را انجام می دهد، و در تمام سطح معده که شامل جسم و آنتروم معده است جمع می شود. همان طوری که میکربها مخاط را هضم می کنند، قشر محافظ نازکتر می شود و از بین می رود. در بعضی از ناحیه ها لایه های مخاطی کاملاً سائیده می شود اسید با مخاط تماس پیدا می کند و ایجاد سوء هضم و اختلال هضم می شود. آزمایشی که در طی هفته دوم عفونت روی محتویات معده انجام می شود، نشان می دهد که اسید به مقدار زیادی کم شده، یا از بین رفته است. به این پدیده در اوایل ۱۸۹۰ به آن اشاره شده است؛ موقعی که وی - اسلر^۱ يك نوع از التهاب معده و روده را بیان می کرد که با کاهش اسید معده، گاه به ورم معده مزمن تبدیل می شود. سندرم مشابه در تکزاس در سال ۱۹۷۹ نیز ذکر شده است. نیمی از يك گروه داوطلب سالم ۳۷ نفری که برای بررسی اسید معده لوله گذاری شده بودند، بطور ناگهانی به التهاب معده دچار شدند و معده آنها بدون اسید کلریدريك شده و سی - پیلوری هم زمان در نمونه معده بعضی از این داوطلبان پیدا شده و تجزیه اخیر سرم خون آنها به وسیله روش «اسکوگلند» نشان دهنده آن است که در آنها تغییرات سرمی ظاهر شده است. تمام نمونه های مشابه میکربها مسئول بروز مرطوب شدن الکترودهای «پ هاش»^۲ هستند که در بررسیها، عامل انتقال محسوب می شوند.

مقایسه باشد. حساسیت و ویژگیهای آن مشابه تست سی - ال - ا^۳ حدود ۹۵ درصد است. این تست احتیاج به تجهیزات کافی دارد و اشعه تابانی در این مورد کمتر از مورد رایج اشعه ایکس سینه است. این عمل هم برای آزمایش قبل، و هم برای سنجش بعد از درمان به کار برده می شود. با این حال چون نیاز به تجهیزات و دستگاه است این عمل به صورت کارهای بیمارستانی و آزمایشگاهی تلقی می شود.

پژوهشگران تعدادی از مؤسسات در حال تکامل تست سرم پادزهر هستند. (ای - ال - آی - اس - آ) که می تواند به عنوان وسیله کاملاً پذیرفته شده آزمایش برای تعیین سی - پیلوری بکار رود. تست (ای - ال - آی - اس - آ) گذشته از آنکه يك وسیله اپیدمی شناسی است، می تواند به عنوان وسیله مصونیت اعضای خانواده و یا نزدیکان مریضی بکار رود و به این ترتیب از شیوع عفونت جلوگیری کند. در غیر این صورت عفونت به صورت متناوب تکرار خواهد شد. اما باید در نظر داشت که «ای - ال - آی - اس - آ» به عنوان پادزهر سی - پیلوری بدون عوارض نیست.

میکرب حداقل ۱۰ پروتئین نوع آنتی ژن در اندازه های مختلف دارد. از طرف دیگر حدس زده می شود که بین ۸۰ تا ۹۰ درصد بیماران عفونی می توانند پادزهر بر علیه همان پروتئین تولید کنند که باعث می شود حدود ۱۰ الی ۲۰ درصد جواب منفی کاذب بدهد. ام - ال اسکوگلند^۴ آزمایش «ای - ال - آی - اس - آ» را برای ۲۳ بیمار به کار برد که نمونه برداری آنها برای سی - پیلوری مثبت بود. او متوجه شد که ۲۱ نفر برای پادتن ایموگلوبین جی^۵ پاسخ مثبت می دهند. از ۱۴ بیماری که گشت منفی داشتند به کار بردن پادتن. «ای - ال - آی - اس - آ» در مورد آنها همراه جواب مثبت بود. گذشته از آن تست پادتن سرمی ای - ال - آی - اس - آ بین بیماران عفونت فعال و کسانی که عفونتشان کاهش پیدا کرده تفاوت زیادی نمی کند. در هر دو مورد پیشگیری کاملاً مشخص شده و از نظر مصونیت و مراقبت بعد از درمان باید رعایت گردد. داوطلبانی که بر روی آنها تزریق سی - پیلوری زنده انجام گرفت، به عنوان مدارک کلینیکی عفونت حاد و پیشرفت عفونت به ورم معده متناوب فعال مورد

1- ELISA

2- M. L. Skoglund

3- IgG

4- W. Osler

5- PH

کاهش اسید در هفته دوم عفونت، به احتمال قوی مبنی بر وجود آمونیاک است که به وسیله سی - پیلوری تولید شده است و اسید معده را خنثی می کند. این امکان وجود دارد که میکرب در غدد جسم معده نفوذ کرده و به حد کافی آمونیاک ایجاد کند در نتیجه ترشحات اسید سلولهای جداری را خنثی می کند.

اگر میکرب ریشه کن نشود، بیماری برای تمام عمر وارد مرحله مزمن می گردد. نفوذ نوتروفیل به وسیله لیمفوسیت ها و سلولهای پلازما تکمیل می شود و ورم معده مزمن فعال را ظاهر می سازد. اگر مخاط جسم معده به صورت ملتهب باقی بماند، کمبود اسید ظاهر می شود. ولی در بعضی از بیماران ترشح اسید معده بعد از چهار ماه به حالت عادی خودش برمی گردد. همان طوری که پادتن سی - پیلوری شکل می گیرد، جسم معده و غدد معده تقریباً از میکرب رها می شود، و سلولهای جداری ترشح کردن اسید را دوباره از سر می گیرند. میکرب در ناحیه آنتروم نزدیک پیلور جای می گیرد و در آنجا زندگی نوین خود را آغاز می کند. در مرحله آخر، بیمار دارای مخاط متورم و غیر فعال است و مستعد سوء هضم و زخم معده و اثنی عشر است.

پیچ کوچک و سر اثنی عشر مستعدترین نواحی هستند. تحقیقات وسیعی که از شیوع نوع «ب» التهاب ناحیه آنتروم در اسکاتلندیناوی در سال ۱۹۶۸ و ۱۹۷۸ صورت گرفته، نشان داده است که در ۲۰٪ جوانان و ۶۰ درصد سالمندان، ورم معده در نمونه معده آنها که به وسیله آندوسکپی گرفته شده بود به اثبات رسیده است. از آنجائی که ارزیابی بافت شناسی در گزارشهای فوق الذکر ورم معده فعال مزمن را از ورم معده بدون ضایعه سلولی جدا نکرده، ارتباط دقیقی را با سی - پیلوری نمی توان کسب کرد. هر چند بررسیهای اخیر به این که علامت عفونت سی - پیلوری با علائم ورم معده مزمن فعال ارتباط دارد، دلالت پیدا می کند. تحقیقات سرولوژیکی دلالت بر این می کند که میکرب بر روی ۲۰ درصد بالغین کشورهای غربی اثر می گذارد. آنها نیمی از کسانی هستند که بیماری زخم معده و اثنی عشر دارند. ۱۰ درصد بقیه را می توان به طور مساوی به عده ای که بدون علامت مرضی هستند و کسانی که ورم معده فعال مزمن بدون زخم معده دارند تقسیم کرد. شیوع عفونت سی - پیلوری در دهه سوم زندگی است و در حدود ۱۰ درصد تا ۲۰ درصد است. البته به تدریج در دهه هفتم به ۴۵ درصد افزایش می یابد، با گذشت زمان و سن، میکرب ممکن است خود بخود پاک و یا ریشه کن شود. عده زیادی از بیماران زندگی خود را با

ورم معده خفیف ولی مداوم می گذرانند. گو این که به نظر می رسد که ممکن است علت ارتباط بین سی - پیلوری و ورم معده مزمن فعال و بیماری زخم معده و اثنی عشر هنوز هم به اثبات نرسیده باشد. اما در پی تردید، باید نمونه آندوسکپی از همه بیماران به طور روتین جهت ارزیابی سوء هضم گرفته شود. تشخیص عفونت سی - پیلوری می تواند به وسیله تست سریع اوره آز، تست تنفسی اوره، کشت یا مطالعه بافت شناسی مسجل شود. تشخیص ورم معده مزمن دیگر لازم نیست. بودن یا نبودن نوتروفیل ها تغییرات سلولهای پوششی و میکرب سی - پیلوری باید به طور دقیق شرح داده شود. زیرا ممکن است در تشخیص و پیش بینی و درمان تأثیر داشته باشد.

تاکنون درمانهای موجود برای التهاب معده مؤثر نبوده است و معالجه سوء هضم نیز در حوالی کاهش اسید معده با حفاظت معده از اسید، متمرکز بوده است. احتمال داده می شود که عوامل ایتولوژی بتواند ورم معده مزمن فعال را مشخص کند.

در این مورد باید سعی شود که معالجات محدودتر گردد تا آزمایشهای بالینی کنترل شود. سپس عوامل از بین برنده میکرب مؤثر جهت درمان التهاب معده و بیماری زخم معده و اثنی عشر داده شود. بررسی و مطالعه همه بیماران باید عفونت سی - پیلوری را به اثبات رسانده باشد. در حال حاضر دلیل خوبی جهت درمان عفونت سی - پیلوری که همراه با التهاب معده بدون علامت بالینی یا بدون عوارض باشد وجود ندارد. اما اگر بیماری سوء هضم شدید دارد (با زخم یا بدون آن) و به درمانهای رایج مقاوم است، دوره معالجه با داروهای از بین برنده میکرب ممکن است توصیه شود.

تعدادی از بیماران که توسط رژیم غذایی درمان می شوند، کنترل آزمایشهای بالینی وضع خوب آنان را به وضوح نشان می دهد. به طور قطع ارتباط بین سی - پیلوری با ورم معده ثابت نشده است، و علائمی که نشان دهنده واکنش به درمان باشد روشن نیست. درمانی که به طور متداول در يك سال صورت گیرد میزان شفا یافته ها را حدود ۷۵ تا ۸۰ درصد نشان می دهد، اگر درمان با روش غیرمهاجرانه و کنترل نشده صورت گیرد معالجه ناقص و نارسا خواهد بود. بالاخره ۲ تا ۳ هفته دوره درمان با دوز بالای آنتی بیوتیک برای بیمار بدون ریسک نیست.

با تجربه به دست آمده مشخص شده است که بهترین درمان شامل يك دوره ۱۴ تا ۲۱ روزه، درمان با آنتی بیوتیک و يك دوره ۲۸ روزه درمان با سوب سالسیلات بیسموت می باشد، در این

مورد که آیا سوب سالیسیلات بیسموت به صورت مایع موثر است یا به صورت قرص، هنوز تصمیم گیری نشده است. نویسنده مقاله معتقد است که برای راحتی بیمار اگر از قرص استفاده شود بهتر است. بیماران سه هفته بعد از اتمام دوره درمان، باید جهت آزمایشهای زیر که شامل: نمونه برداری از معده یا تست تنفسی اوره است مراجعه کنند. در تحقیقات به دست آمده براساس کشت، بافت شناسی، سرم شناسی این نتیجه گرفته شده است که ۹۳ درصد بیماران با زخم اثنی عشر همراه با التهاب آنتروم مزمن معده و عفونت سی - پیلوری هستند. در بیماری زخم اثنی عشر عفونت تا سر اثنی عشر پیشرفت کرده و معمولاً در جزایر مخاط پنهانی معده یا نزدیک حاشیه زخم مستقر می شود. در ۷۰ درصد بیماران با زخم معده، ورم معده و عفونت وجود دارد. بیشتر موارد التهاب به داخل جسم معده کشیده می شود و به زخم اثنی عشر منتهی می گردد. ۳۰ درصد از بیماران که مبتلا به زخم معده هستند، التهاب مزمن فعال معده و عفونت سی - پیلوری را ندارند. آن دسته از بیماران از داروهای غیراستروئیدی و ضد التهاب استفاده می کنند. معذالک سایرین ضایعه مخاطی پایداری از عفونت پیشین سی - پیلوری و به مقدار کم از زخم بدخیم معده را دارند.

همچنین عفونت سی - پیلوری در ۵۰ درصد بیماران مبتلا به اختلال هضم وجود دارد. که آنها علائم زخم معده اثنی عشر را دارند ولی دهانه زخمی را که در آندوسکپی مشخص شود ندارند. این عده دارای بیماریهایی بافت هیاتوس، التهاب مری در اثر برگشت غذا، التهاب اثنی عشر، کولن تحریک پذیر و بیماری کیسه صفرا هستند. محققین هنوز در این مورد که بین عفونت سی - پیلوری و التهاب معده و مری ارتباطی وجود دارد یا نه؟ در تردید هستند.

نویسنده مقاله با توجه به سوابق، به طور متوالی مخاط آنتروم معده و مری ۲۱ بیمار مبتلا به بیماری التهاب مری و معده در اثر برگشت غذا (جی - ای - آر - دی) را معاینه کرده و ۲۰ بیمار داوطلب سالم را در یک مؤسسه دیگر در سالهای ۱۹۷۷ تا ۱۹۸۲ آندوسکپی کرد. قبل از آن که ارتباطی بین سی - پیلوری و ورم معده به طور بارزی شناخته شود، از آنجائی که کشت میکرب نمی تواند انجام شود، سی - پیلوری نمی توانست وجودش را به طور مخصوصی مشخص کند و فقط وجود یا عدم وجود میکرب شبیه به کمپیلوباکتر می تواند ظاهر کند.

ورم معده پیدا شده در پیش ۱۶ بیمار (۷۶٪) مبتلا به

التهاب معده و مری، و ۲ بیمار (۱۰٪) داوطلب توسط بافت شناسی ثابت شد. میکرب مشابه کمپیلوباکتر در ۱۳ بیمار (۶۲٪) مبتلا به التهاب مری و معده و در یک بیمار (۵٪) داوطلب مشخص گردید. میکرب شبیه به کمپیلوباکتر و التهاب آنتروم معده معمولاً در یک بیمار با هم دیده می شود. گرچه میکرب شبیه به کمپیلوباکتر در برخی از نمونه های مری پیدا نشده است. در بیماران مبتلا به التهاب مری و معده در اثر برگشت غذا، زمانی که میکرب مشابه کمپیلوباکتر در معده موجود باشد ترشح اسید معده افزایش پیدا می کند.

شیوع ورم معده در کنترل افراد سالم قابل مقایسه با ۱۰ تا ۲۰ درصد این بیماری در افراد جوان بالغ که مبتلا به این بیماری هستند می باشد. یکی از ضعفهای این بررسی این است که بیمارانی که مبتلا به التهاب مری و معده در اثر برگشت غذا هستند مسن تر از آنهایی هستند که داوطلب آزمایش هستند (میانگین سن در بیماران ۵۳ سال و در افراد داوطلب ۳۰ سال است)، به خاطر سنشان شیوع این بیماری در بین این افراد بیشتر است. حتی بدون التهاب مری در اثر برگشت غذا. هرچند مدارک این طور نشان می دهند که هر دو مورد یعنی میکرب شبیه به کمپیلوباکتر و ورم معده و مری بیشتر در بیمارانی که مبتلا به التهاب مری و معده در اثر برگشت غذا هستند وجود دارد تا آنهایی که بدون علامت مرضی هستند.

عفونت سی - پیلوری ممکن است در بیمارانی که اختلال هضم غیر زخمی با علائم مبهمی مثل آروغ زدن، تنفس بدبو، نفخ شکم و پف کرده گی دارند موجود باشد. در کسانی که تشخیص دیگری در آنها نمی شود داد، آروغ زدن تنها علامتی بود که به خوبی عفونت سی - پیلوری را با یک بررسی مرتبط ساخت. علاوه بر این تنفس بدبوی مزمن ممکن است اولین علامت ورم معده باشد و سرانجام سوء هضم متناوب یا نفخ شکم و صداهای روده باریک در ۵۰ درصد از این بیماران توسعه پیدا می کند.

نویسنده سی - پیلوری را در تعدادی از بیماران با تنفس بدبوی شدید دهان و در شرایطی که میکرب به وسیله سوب سالیسیلات بیسموت و آموکسی سیلین ریشه کن شده بود تشخیص داد. بیمارانی که ترشح اسید پائین با تخلیه آرام معده دارند، نشان داده اند که بعد از مبتلا به میکرب مستعد تنفس

مثل سیگار کشیدن، فشار عصبی، رژیم، آسپیرین و دیگر داروها ارتباط دارد.

سی - پیلوری که با ورم معده در ارتباط است، در روشن سازی بیماریزائی، بیماری زخم معده بسیار مؤثر است. عامل ناشناخته ای در کاهش مقاومت مخاطی که به عنوان عفونت باکتریائی شناخته شده است همکاری دارد، دیگر نیازی نیست که تصور شود ترشح اسید معده يك نقش اولیه در علت بیماری داشته باشد.

زخم معده می تواند به وسیله جلوگیری از ترشح اسید معده با داروهائی مثل هیستامین، آنتاگونیست - گیرنده های H_2 بدرستی علاج پیدا کند. اما این برخورد جریان علت یابی اصلی را تعقیب نمی کند و بیمار با ورم معده بدون علامت و موضعهای مخاط لخت و متورم معده باقی می ماند. این امر به معنی عود مجدد و شدید زخم به خاطر عدم تداوم استفاده از داروهای ضداسیدی است. به همین سان عوامل برونزا مؤثرند، اما علت اصلی نیستند. این عوامل در يك شخص با مخاط معده سالم و طبیعی ایجاد زخم نمی کند. با این حال در بیماری با عفونت سی - پیلوری و ورم معده مزمن فعال هر کدام از این عوامل در رشد و شدت زخم به نوبه خود مؤثر واقع می شوند. بنابراین هرچند که ترشح اسید آشکارا نقش مهمی در زخم معده بازی می کند، مقاومت مخاطی رو به ضعف در عفونت سی - پیلوری احتمالاً اولین دلیل خیلی از موارد فوق خواهد بود.

بدبوی مزمن هستند.

همان طوری که میکرب اسید معده را کاهش می دهد، سایر باکتریهای غیرهوازی غذاهای ساکن را می گندانند. رژیم بیمار می تواند به بدبو شدن تنفس به وسیله مدت زمانی که غذا در معده می ماند و در گسترش و یا عامل بازدارنده تکثیر سی - پیلوری مؤثر کمک کند.

محققین در مورد بیماریهائی به غیر از گاستریت، زخم معده و التهاب مری در اثر برگشت غذا که ارتباط با عفونت سی - پیلوری دارند شروع به آزمایش کرده اند. برای مثال ممکن است میکرب با برخی از بیماریهای کبدی، بیماریهای پوستی، بیماریهای تنفسی یا التهاب مفاصل ارتباط داشته باشد. بیماران با نارسائی کلیه اغلب مبتلا به ورم معده هستند و قبل از انجام دیالیز کلیوی علائم بالای زخم اثنی عشر را دارند. این بیماران سه تا پنج برابر اوره در شیرۀ معده شان دارند که آنها را مستعد به عفونت سی - پیلوری می کند. میکرب همچنین در بچه هائی که درد شکم شدیدی دارند و در بسیاری از نوزادانی که سندرم نارسائی رشد¹ دارند، پیدا شده است.

هرچند علت اساسی بیماری زخم معده، تحلیل اسید معده و بیماری مخاطی اثنی عشر نهایتاً مسئول به وجود آمدن زخم حفره ای است. ولی بسیاری از بیماران مبتلا به زخمها افزایش ترشح اسید و پپسین معده ندارند. مشاهدات نشان می دهد که پاتوفیزیولوژی زخم با يك کاهش نامشخص در مقاومت مخاطی به اسید پپسین یا زیادی اسید معده ناشی از فاکتورهای برونزا

1- Failure - to - Thrive - Syndrome

منبع:

1-BARRY J. MARSHAL. "Peptic Ulcer: An Infectious disease"
Hospital Practice. August, 1987. PP: 87 - 96.

جنبه‌های اخلاقی آن

ترجمه و تلخیص: ماه‌منیر بنی‌اسد*

ضروری و حیاتی است. چنین آزمایش‌هایی برای پرستاران به عنوان اشخاص حرفه‌ای مورد نیاز است. پرستاران از مردم مراقبت می‌کنند و در واقع دریافت‌کنندگان معجزات پزشکی همین مردمی هستند که ما مدعی مراقبت از آنها هستیم؛ در این صورت اصول اخلاق در حرفه پرستاری باید محور اصلی و اساس روشها، مدلها و فرایندهای ما باشد.

درک جدید ادراک جامعه از حدود اخلاقیات و معیارهای اجتماعی رهنمود دهنده موجب تغییر به گونه‌ای گردیده، که بر حرفه پرستاری و دانشجویان ورودی این حرفه نیز تأثیر گذارده است. براساس اعترافات فزاینده‌ای، اصول اخلاقی موضوعی خصوصی تلقی می‌گردد.

استانداردهای اخلاقی دارای نکات ارجح متفاوتی از آنچه رفتار طبیعی توصیف می‌شود، هستند. این مهم است که برخی به مسئله اصول اخلاقیات به صورت انتزاعی نمی‌نگرند و تنها عده‌ای هستند که به معنی آن توجه می‌کنند.

موضوع اصول اخلاق در برنامه‌های آموزشی گنجانده شده است، ولی از نظر تاریخی بنحوی آموزش داده شده که انعکاسی از تصویر حرفه و لزوم آن دارد، وظیفه و اطاعت به میزان نسبتاً زیادی در آموزش علمی و عملی پرستاری جای گرفته است. معلمین پرستاری از ابتدا نیاز به ارتقاء این نگرشها دارند؛ گرچه با گذشت زمان از اهمیت این موضوع کاسته می‌شود، ولی پرورش این خصوصیات ادامه می‌یابد.

ده سال پیش يك برنامه آموزشی در استرالیا هدف اولیه از اصول اخلاق در پرستاری را این چنین بیان می‌کند: «درک و قبول قوانین مورد نظر در اداره بیمارستانها، به طوریکه رفتار مطلوب بجای اینکه رفتاری سطحی و تحمیلی بحساب آید، يك

این مقاله دیدگاههای دانشجویان تازه‌وارد پرستاری را، پیرامون روش دستیابی به ابعاد اخلاقی فعالیت‌های پرستاری مورد بررسی قرار می‌دهد. همچنین متذکر می‌گردد که تغییرات سریع در تکنولوژی پزشکی و ادراکات جامعه از اصول اخلاقی، آزمون انتقادی محتوای مربوط به روشهای آموزش اصول اخلاق در پرستاری را ضروری ساخته است. این مقاله پیشنهاد می‌کند که تأکید بیشتری بر روی رشد اخلاق فردی، قوانین اخلاقی و مقررات حقوقی، به عنوان بیانیه‌ای ایده‌آل و همینطور رهنمودی در بررسی موقعیتهای اخلاقی مراجع باید مبذول گردد. پاره‌ای از واکنشهای دانشجویان به شرح زیر گزارش می‌شود:

دانشجوی پرستاری هنگام ورود به حرفه‌اش، در جستجوی نقش روشن و واضح خویش در يك اجتماع در حال تغییر است. بررسی نکات مربوط به اصول اخلاق در پرستاری، همراه با تغییرات نیمه دوم قرن بیستم پیشرفت کرده است. ملاحظه پاره‌ای از تغییرات اجتماعی در پرستاری گذشته، ممکن است به پرستاران امروز برای ساختن پرستاران فردا کمک کند. دونمونه از این تغییرات ادامه بررسیهای اصول اخلاق در پرستاری را الزامی ساخته است. تغییر اول، انفجار تکنولوژی علمی، و بعد از آن وقوع سریع تغییرات ناشی از معیارهای اجتماعی، رفتاری و اعتقادات اخلاقی بوده است.

از اواسط این قرن علوم پزشکی - در کنار حرفه پزشکی و سایر حرف بهداشتی - محدودیتهایی را نیز برای حرفه پرستاری در نظر گرفته است. و نیز از همین زمان است که «بایدها» در پرستاری به طور گسترده‌ای در مصداق اداره امور دچار تیرگی گشته است. در این صورت نیاز به آزمایش بایدها در امر پرستاری که به طور فزاینده‌ای درگیر کاربرد تکنولوژی هستند

عملکرد منطقی تلقی گردد.»

این امر که آیا دانشجوی آن زمان در معرض چنین درکی و نیز چنین قبولی قرار داشته است یا نه، مورد تردید است. چنین امری در يك اجتماع در حال تغییر سریع، نامطلوب و دور از انتظار است. امروزه از دانشجویی که وارد آموزش پرستاری می شود، انتظار می رود که درکی از رفتارهای طبیعی و معاصر را داشته باشد. کمتر از او انتظار وظایف غیرمنطقی و اطاعت بی چون و چرا می رود.

بیلز^۱ در سال ۱۹۸۲ عملکردهای سنتی اخلاقی و روشهای روشن آن را برای پرستار به عنوان شخص استخدام شونده، و یا عاملی که در همه موارد بجز خلافهای جنائی به پزشك وفادار است توصیف می کند. کتابهای درسی گذشته این ارزش را منعکس ساخته و اذهان را در برابر این پرسش در سطحی هوشیار، آگاه می کند. در شروع قرن حاضر، این نظریه پزشكان که پرستاران بسیار زیاد می آموزند بی اساس تشخیص داده شد. استوارت و کاف^۲ در سال ۱۹۰۱ معتقد بودند که منظور از این نظر پرستارانی بوده اند که به طور ناکافی آموزش اصول پرستاری را آموخته، و در مورد تشخیص مسئولیت خطیر اطاعت، دچار نارسائی گردیده بودند و نیز آنهایی که از درمان پزشکی انتقاد کرده و حتی نحوه بهتر آن را پیشنهاد نموده بودند. تقریباً ۵۰ سال بعد بریج^۳ بنحو دیگری چنین می گوید:

وفاداری به پزشك، اولین قدم در امر آموزش است و درسهایی که داده می شود به نحوی است که پرستار می تواند هوشیارانه با پزشك در امر درمان بیمار همکاری کند. دانش اندکی که پرستار در طی سالهای آموزش و خدمت خود در بیمارستان کسب می کند، برای تشخیص پزشکی و تجویز درمان کافی و مناسب نیست، و پرستار را در موقعیت انتقاد از پزشك و روشهای درمانی او قرار نمی دهد.

پرستاری مراقبت از مردم بوده است. خصوصاً زمانی که علم پزشکی از تشخیص و درمان بیمار خسته می شد شکل می گرفت و هنگامیکه روش تشخیص و درمان شدت گرفت،

آموزش پرستاری گسترش و عمق بیشتری یافت. اما این امر چه تغییری در نگرش دانشجویان جدید تازه وارد بوجود آورده است؟

سیمپسون^۴ در سال ۱۹۷۹ طی مطالعه ای دریافت که دانشجویان تازه وارد، تمایل خود را در کمک به مردم به عنوان مهمترین نکته در ورود به این حرفه می دانند.

رمزی^۵ در سال ۱۹۸۲ اظهار می دارد که مجمع دانشجویان پرستاری نیوزلند خدمت را تحت عنوان از خودگذشتگی^۶ می دانند. از خود گذشتگی یکی از شرایط لازم در امر ورود به حرفه پرستاری است، گرچه تنها شرط آن نیست. حقیقت غیرقابل انکار این است که اکثر دانشجویان پرستاری را زنان تشکیل می دهند. این امر یعنی عاطفی بودن زنان سبب می شود که دانشجویان دختر بسیاری از خواستهای منفی از خود گذشتگی را پرورش دهند. مهمترین آن حرمت نگاه داشتن بدون استثناء به اشخاص صاحب قدرت و بخصوص مردان است (لاسکی، ۱۹۸۲ و اسپنگلر، ۱۹۷۶).^۷ چنین وضعی در تکامل تصویر ذهنی از خود، ایجاد کنده می نماید. مسئله هنگامی از اهمیت بیشتری برخوردار خواهد بود که می بینم بسیاری از پزشكان مرد هستند. در نتیجه این رابطه ثابت بین پرستاری و پزشکی (منظور حرمت بی چون و چرا به پزشك) همچنان ابقاء می گردد. این خصوصیات قابل پیش بینی دانشجویان پرستاری را، به علت اهمیت خاصی که دارد، باید در برنامه آموزش اصول اخلاق در پرستاری در نظر گرفت.

کوهن^۸ در سال ۱۹۸۱ دریافته است که دانشجویان مورد مطالعه وی سعی در حفظ ارزشها و نگرشهای عوام دارند، تا ارزشها و نگرشهای مربوط به حرفه خود. تصویر ذهنی دانشجویان از پرستاری محدود به نگرش عامه از آن، به عنوان کسی است که به شخص دیگری مراقبت می دهد. این شخص که در معیارها و ارزشهای جامعه سهیم است، مراقب خوانده می شود و دارای نهایت حسن وظیفه شناسی در ماهیت شخصیت خوشتن است. از طرف دیگر پرستاری حرفه ارائه مراقبت به افرادی است که

1- Bayles

2- Stewart & cuff

3- Burbidge

4- Simpson

5- Ramsay

6- Altruism

7- Lasky & spengler

8- Cohen

به طریقی نیازمند خدمات بهداشتی درمانی هستند. تحت چنین شرایطی تخصصی شدن اگر غیرممکن نباشد مشکل است. در این صورت اهداف آموزش پرستاری و ارزش آن آماده ساختن فرد به عنوان يك متخصص است نه آن چیزی که تقویت کننده نگرش عوام باشد، زیرا نگرش عامیانه واقعیت موجود و متعارف پرستاری حرفه‌ای را که تمرکزش بر نکات بسیار دیگری نیز می باشد، رد می کند.

بین عقاید عامه در مورد «مدرسه پرستاری» و واقعیت «حرفه پرستاری» تناقض مشهود است. چنانچه آموزش، به ویژه آموزش اصول اخلاق، دانشجو را به منظور احتمال چنین برخوردی آماده نسازد، یکی از دو واکنش زیر قابل پیش بینی است: یا ارزشهای مدرسه طرد می گردد، یا يك تصویر ذهنی ناقص از خود ممکن است به دانشجو یا فارغ التحصیل جدید که در درون خود برای تبیین این تناقضهای قابل رویت در کنکاش است آسیب رساند.

سئوالاتی از این قبیل برای کسانی که به دانشجوی پرستاری برای پرستار شدن کمک می کنند در درجه اول مربوط به محتوای تحصیلی و مراحل آن می گردد. چه محتوایی باید در نظر گرفته شود؟ چه نکاتی باید بیشتر مورد تأکید قرار گیرد؟ و مهمتر از همه چگونه به دانشجویان به منظور تقویت در امر تصمیم گیری رهنمود دهیم؟ آنها در پرستاری عملی خود چکار باید بکنند؟ ممکن است آنها را به بهترین نحوی جهت فراگیری مهارتهای بالینی و تصمیم گیریهای اخلاقی هدایت کرد تا بهترین نتیجه و محصول را هم برای خود آنان و مراجعین آنها و نیز حرفه شان داشته باشد.

بطور کلی به نظر می رسد که برای فرایند آموزش اولین قدم از يك مسافرت طولانی برداشته شده است. به دانش ارج نهاده شده و از دیدگاهی وسیع و از منبعی عمیق ارائه می گردد. در عصر تکنولوژی نوین پرستاران شروع به تمایز رابطه بین علم و قدرت نموده اند و در سایه روشنائی این تمایز به دنبال این پرسش هستند که نقش ارتباطی بین پرستاران و سایر حرفه بهداشتی چیست؟ (برور^۱، ۱۹۸۳). این نقطه نظر که بهترین علم و دانش ممکن از حقایق مربوط، برای دست یابی به

تصمیم گیریهای مبتنی بر اصول اخلاق ضروری است در حال پذیرش است؛ در نتیجه به این موضوع باید اهمیت داده شود. تأکید بر سیستم آموزشی باید باشد که به دانشجو در امر سنجش ماهیت رضایت بخش و تصمیم گیری های اخلاقی کمک کند. مروری بر ادبیات آموزش پرستاری نمایانگر آنست که گنجاندن آموزش اصول اخلاق پرستاری در برنامه آموزشی آنان همچون گذشته مورد نیاز است.

«خصائص اخلاقی چیزی است خلاقه که از طریق فرایندهای اجتماعی تأیید می شود و آن نه تنها در يك فرد عمل کننده بلکه در بینندگان وی تأثیر می گذارد و ارتباطی است بین عمل کننده و بیننده.

این موضوع که مدارس پرستاری آموزش اصول اخلاق را به وسیله گرفتن آزمون از نفوذ و انتشار ارزش های اخلاقی فراگرفته شده تأیید می کنند، قابل تحسین ولی اجرایش دشوار است (مورفی^۲، ۱۹۷۸). مدارس نیز همچون بیمارستانها زیاد شده اند در نتیجه بالاجبار ناگزیر به ارائه خدمات متعارف حرفه ای گردیده اند. یکی از روشهای مؤثر و فوری ممکن است آزمایش موضوعات قابل انتشار، آموزش قوانین و اخلاق در پرستاری باشد.

«چنانچه اختلافی بین اصول اخلاق پزشکی و پرستاری در مورد قدرت و اختیار موجود باشد، این امر مهم مطرح می شود که پرستاران غالباً با مسایل قابل انتظار از قبیل موقعیتهائی که موجب تهدید و ناراحتی وجدان می شود روبرو شده در حالیکه پزشکان غالباً در وضعیتهای مستقل فعالیت می کنند». ویج^۳ بیمار را عامل اولیه و فعال در امر تصمیم گیری تلقی می کند و اشاره بريك روش گروهی می کند که طی آن کلیه اعضا تیم بهداشت توسط تصمیم گیری های بیمار هدایت می گردند. اگرچه مطلوب ترین وضع حرکت در جهت قضاوتی، شورائی است که به عنوان الویت مورد نظر قرار می گیرد. اما بیلز در مورد روش شورائی هشدار می دهد. همه در تیم بهداشتی مسئولیتی جمعی جهت هدایت مددجو را دارند و هر کس به نوعی برای همه چیز مسئول است، ولی این روش ممکن است راه مناسبی باشد که هیچ کس برای هیچ چیز احساس مسئولیت

1- Brewer

2- Murphy

3- Veateh

نکند. در موقعیتهای نادر گروه نیاز به رهنمود دارد، اما از چه کسی؟

اگر پرستاران بیشتر و به طور واقع بینانه‌ای با حقایق دلایل وجدانی و حرفه‌ای روبرو گردند با مسئله اختیارات پزشکی و مؤسسه‌ای به نحو مفیدتر و موثرتری از طریق تجزیه و تحلیل موقعیتها مقابله خواهند کرد که يك شکل آن شروع تغییر در اصول اخلاقی مربوط به تجربه پزشکی است.

همچنانکه به عنوان مقدمه پرستاران در حال ایجاد تغییر در خود هستند و به همین ترتیب این تغییر در پزشکان نیز در حال شروع شدن است، به عنوان مثال تعدادی از انترنها که پرستاران به طور فزاینده‌ای با آنها کار می‌کنند اصول اخلاقی حرفه خود را مورد آزمایش قرار داده‌اند. کرافتز^(۱۹۸۳) اظهار داشت که آموختن اصول اخلاق راهی دشوار است، در حالی که متوجه این نقطه نظر می‌شویم که پزشکی با اصول اخلاق سروکار ندارد. اما يك چنین وضعی دیگر وجود ندارد و ایشان مدعی است که پزشکان و پرستاران در مشقت و سختی به منظور سازگاری بهتر با یکدیگر همکاری می‌کنند، لیکن وقتی صحبت از عملکرد می‌شود در کاربرد آنچه که آموخته نشده، ناتوانی مشهود است و این وضع در اتخاذ درمانی‌ترین تصمیمات که دارای آنچنان ابعاد اخلاقی است که مشکل می‌توان از آن چشم‌پوشی کرد وجود دارد و در برگزیده هزینه‌های مالی زیادی نیز می‌باشد. با روشن شدن این واقعیات کرافتز می‌گوید پزشکان به این عقیده رسیده‌اند که تصمیمات پزشکی الزاماً بهترین تصمیم‌گیریهای اخلاقی است. آگاهی پرستاران از وضعیت این دو حرفه ممکن است به جای احساس عدم قدرت القایی که در نتیجه اختیارات تام پزشکی ایجاد شده، پایه و اساسی سالم را برای آموزش پرستاری در دانشکده‌ها بوجود آورد. اگر مراحل و فرایند آموزش بتواند به پرستاران کمک کند تا تعادل هوشیارانه‌ای برای چنین ابهامی بیابند و بتوانند اعتماد بنفس و قدرت تحمل و رویارویی با مخاطرات را در خود پرورش دهند، این کشمکش به نحو سازنده‌ای تجربه خواهد شد. (راجرز^{۱۹۸۱}).

موضوع دیگر در آموزش اصول اخلاق تکیه عمیق بر قوانین اخلاقی پرستاری و اسناد حقوقی بیمار است. گرچه به عنوان اظهارهای عمومی از ارزشها و عقاید حرفه معرفی گردیده ولی مسلماً زمینه‌ای ایده‌آل و متناسب با از خود گذشتگی افراد تازه وارد است. آزمایش قوانین مبهم و متناقض اخلاقی به دانشجویان این فرصت را می‌دهد که دانشجویان بجای تکیه بر اظهارات گسترده و وسیع در موقعیتهای خاص، به کشف آن پرداخته و مورد ملاحظه قرار دهد.

ابهام دیگر، نارسائی در تمیز و تشخیص بین اصول اخلاقی و قانون است. گرچه رابطه بین قانون و اصول اخلاق باید شناخته شود، این مسئله نیز باید مورد تأکید قرار گیرد که بیان اخلاقیات عمومی در قانون ضروری است، گرچه برای دستیابی به آن تأخیر وجود داشته است، اما بر قانون بجای فرد و یا آزمایش اصول اخلاق حرفه‌ای نمیتوان تکیه کرد.

پرستار شدن به معنی تقبل يك برنامه آموزش به منظور دست یافتن به دانش‌ها و مهارت‌ها است. ولی از طرفی دیگر يك دید حرفه‌ای نسبت به تصمیم‌گیریهای منطبق بر اصول اخلاقی کسب می‌شود. آموزش جدید اخلاق باید تجربه شده و به موقعیتهای خاص مربوط به اخلاق پرستاری در فرایند آموزش بها داده شود. این بدان معنی است که در دو زمینه برنامه‌ریزی و آموزش به جوی که پرستار کار می‌کند، خصوصیات دانشجویان تازه وارد و موقعیتی که طی آن دانشجویان اولین تجربیات بالینی پرستاری را انجام می‌دهند، توجهی خاص معطوف گردد. غالباً مسایل پرستاری به صورت دلایل اخلاقی بحساب آورده نمی‌شود یا به صورت طرحی انتزاعی و پیچیده سبب سرگردانی يك پرستار مبتدی می‌شود. لذا برای تغییرات رفتاری و اخلاقی لازم، هر دو گروه، معلمین پرستاری و پرستاران بالینی باید به اخلاقیات در پرستاری توجهی پی‌گیر می‌پذول دارند. آنهایی که پرستار می‌شوند باید آماده گردند تا برای حل مشکل به بحث و گفتگو بنشینند، زیرا که آنها آینده‌سازان این حرفه خواهند بود، و باید قادر به ایجاد روشهای لازم برای تغییر باشند.

1- Crofts

2- Rogers

منبع:

Woodruff Ann, M. "Becoming a Nurse: The Ethical Perspective"

Int. J. Nurs. stud. 1985, vol. 22 No. 4PP: 295-302

نگاهی به

سیر تکاملی روشهای تدریس

ترجمه، گردآوری و تنظیم: شهین اسفندارمز*

ناگسستی سیر تحول خود را به وسیله آموزش و پرورش به عهد هخامنشیان تا آغاز اسلام کشیده و از آن پس نیز هسته اصلی این میراث، با وجود حوادث فراوان تا به امروز نگاهداری شده است. سیر بقا و پیشرفت هر جامعه مستلزم حفظ میراث گذشتگان و در عین حال تحول و تکامل آن میراث است. این امر فقط با کمک و پیشرفت آموزش و پرورش و دسترسی به دانشهای گوناگون جوامع دیگر امکان پذیر است.

هدفها

هدفهای آموزش و پرورش ایران باستان نیز در خلال دوره های مختلف طی شرایط زمانی گوناگون، در اثر خواستها و روابط اجتماعی تعیین شده است. فرد ایرانی باید چنان پرورش یابد که برای جامعه خود عضوی مفید باشد و وظایف خود را در قبال میهن و جامعه انجام دهد. به همین مناسبت خود را موظف به تربیت فرزند خویش می دانست. (در سینا چنین آمده است) «ای اهورامزدا به من فرزندی عطا فرما که از عهده انجام وظایف خود نسبت به خانواده، شهر و کشور من برآید»

پدران و مصادران در خانه آداب معاشرت و آئین زندگی را به فرزندان خود یاد می دادند و آنهایی که از وضع مالی بهتری

از دیرباز مسئله تعلیم و تربیت و روشهای مربوط به آن در بین ملل مختلف مورد توجه قرار داشته است. پیشوایان علم و ادب و اساتید و پژوهندگان راه دانش بشری در هر دوره و زمانی و به هر مناسبتی اقدام به ایجاد تغییر و دگرگونی در روشها کرده اند. تا امکان پیشرفت و موفقیت به منظور آموزش بهتر در اختیار جامعه قرار گیرد. مسلماً این تطوّر و دگرگونی در روشهای تعلیم و تربیت در طول زمان سیر تکاملی داشته است و هنگام صعود به مرحله بالاتر به صورت عالیتتری تجلی کرده است. تحولات در طی قرون و اعصار تدریجاً به شکلی کاملتر خودنمایی کرده است، تا به امروز که برای هر يك از دروس روشی خاص ابداع شده و در مقاطع مختلف مورد استفاده قرار می گیرد. اینک نظری اجمالی به تاریخ گذشته تعلیم و تربیت و روشهایی که از زمانهای دور به وسیله اساتید فن و مکاتب مختلف توصیه و سفارش شده است، می افکنیم و ابتدا به چگونگی آموزش و روشهای مربوط به آن در دوران ایران باستان نگاهی کوتاه می اندازیم.

فرهنگ و تمدن ایران باستان از دیرزمان مانند رشته ای

* لیسانس پرستاری

امروزه به منظور اخذ نتایج سودمند و سریع ابتداء توجه خاصی به امر کلاس داری می شود. به این معنی که معلم با ورود به کلاس دو مسئله مهم را باید سرآغاز کار خود قرار دهد:

الف - مقدمه ها

ب - نتیجه گیریها

هر کلاس احتیاج به يك مقدمه در ابتدای درس و يك استنتاج یا نتیجه گیری در خاتمه درس دارد که می تواند يك متن کوتاه و یا يك بحث و گفتگو با حالت اثباتی باشد. علاوه بر این راههایی وجود دارد که درس به وسیله مقدمه و استنتاج جالبتر شود. برخی از خوانندگان ممکن است تصور کنند که همه معلمان مسئله مقدمه و نتیجه گیری را به طور کامل می دانند و به آن عمل می کنند. در حالی که مدرسین آگاه، با اجرای این دو امر توانسته اند موفقیت شایان توجهی در امر تدریس حاصل کنند. مقدمه و نتیجه گیری اصولاً همان شرح و اظهارات تعدیل شده در بیان و دستوراتی است که مختصری تغییر در آنها داده شده است. بنابراین، این دو موضوع باهم مورد بررسی قرار می گیرند، بعلاوه مقدمه چینی و نتیجه گیری در يك کلاس با يك نطق و خطابه وضعیت تأکیدی دارند.

شاید در آماده سازی بیانیه ها تأمل زیادی بر روی مقدمه و استنتاج آنها شده باشد ولی بعضی مؤلفین عقیده دارند که يك بیانیه ممکن است خوب آماده و جزئی بندی نشده باشد، ولی عدم توجه به مقدمه و مؤخره می تواند متن را در بیان مطلب ضعیف و کلاس را برای فراگیران غیرقابل فهم و درک سازد.

مقدمه ها:

مقدمه نمی تواند يك موضوع ساده و تصادفی تلقی شود، بلکه اهدافی به دنبال دارد، که باید به منظور اثبات و کمک در توضیح درس مورد تدریس معلم طرح ریزی گردد.

این اهداف عبارتند از:

- ۱- جلب توجه فراگیران.
- ۲- متمرکز کردن توجه بر روی موضوع مورد بحث.
- ۳- ایجاد انگیزه و جلب توجه.
- ۴- آگاهی دادن.
- ۵- تنظیم آهنگ صدا.
- ۶- آماده سازی زمینه درسی.

به منظور شروع و ایجاد یادگیری، آموزش دهنده باید توجه فراگیر را بر روی موضوع مورد نظر جذب و متمرکز کند. به منظور رسیدن به هدف اصلی، بیان مطلب به صورت مثال مؤثر

برخوردار بودند فرزندان خود را به آموزشگاهها می فرستادند. در این دوره ظاهراً از دو نوع خط برای نوشتن زبان فارسی استفاده می شده است، یکی خط میخی و دیگری رسم الخط عمومی که به احتمال اغلب پژوهندگان خط اخیر همان خطی است که در زمان اشکانیان و ساسانیان مورد استفاده قرار می گرفته است. برنامه و روش آموزش در این دوره چنان بود که علاوه بر یاد دادن خواندن و نوشتن به نوآموزان، تعلیمات اخلاقی و اجتماعی را نیز می آموختند. شاگردان برای یاد گرفتن و به حافظه سپردن بندهای طولانی مذهبی (گاتها)، با آهنگ، آنها را همه با هم می خواندند. از جمله درسهای (تفریحی - عملی) دانش آموزان، کشاورزی و درختکاری بوده است که به طور وسیعی در میان جوانان رواج داشته.

در زمان هخامنشیان در روش تدریس به جنبه های عملی آموزش توجه زیادی شده است. در موقع یاد دادن درس، به هنگام لزوم، معلم می توانست شاگرد را تنبیه کند، اما سعی می شد که تنبیه به نسبت خطایی باشد که از شاگرد سر می زده است. البته تنبیه ها جنبه آموزشی داشته و در حد امکان از تنبیه بدنی خودداری می کرده اند.

مواد درسی که در آموزشگاهها تدریس می شد در درجه نخست مسایل دینی بوده است که مهمترین ماده درسی را تشکیل می داده. دروس مختلف مانند خواندن، نوشتن، حساب و علم الاشیاء از دروس اساسی بوده است. مراقبت و راهنمایی های معلم به دانش آموزان بسیار با مهربانی و پدران به بوده است. از آنچه درباره روش سوادآموزی گفته شده، می توان روشهای معمول در این دوره را به شرح زیر خلاصه کرد.

۱- در ابتدا دروس و مطالب را به نوآموزان زبانی می آموختند و بیشتر متکی به حافظه ایشان بودند.

۲- پس از یاد دادن دروس و مطالب به شاگردان، از آنها می خواستند تا آنچه را که یاد گرفته اند بیان کنند و محفوظات خود را بنویسند و بخوانند.

۳- در مرحله بعد، آنچه را که به صورت نظری فرا گرفته بودند، در صورت امکان عملاً نشان دهند.

۴- در مورد آموختن مطالب دینی، آنها را با آهنگ و صدای بلند بازگو می کردند.

اکنون با آشنایی به مواد درسی و روش تدریس در دوره هخامنشیان بازمی گردیم به نحوه ارائه روشهای جدیدی که در عصر ما در مؤسسات آموزشی اعمال می گردد.

خواهد بود. همچنین طرح سؤالاتی محرک هشدار دهنده و مهیج، مفید خواهد بود. بهتر است سخنران موضوعهای مورد بحث خود را به وضوح مطرح کند.

کارسون^۱ (۱۹۷۷) مراحل را جهت تدریس موفق عنوان می کند. بدین ترتیب که سخنران به روشهای مخصوص و مناسب برای رسیدن به هدف توجه داشته باشد، مانند:

۱- کمکهای سمعی و بصری.

۲- سؤال و جواب در کلاس درس.

۳- يك نطق و بیانیه مشخص.

۴- شرح (يك داستان و حکایت خوب).

۵- به وسیله ای کلاس را جالب کردن و از خشکی درآوردن.

۶- مثال یا نقل قول.

۷- دخالت دادن فراگیران در بحث.

اگر موضوع برای فراگیران مشکل باشد، خیلی بهتر است که از قبل زمینه مصوری از موضوع داشته باشند که منطبق بر موضوعی باشد که معلم دنبال می کند. ضروری است که بعضی مقدمه ها دستورالعمل هایی را برای مشارکت مستمعین به همراه داشته باشند یا اطلاعاتی در مورد اینکه چه وقتی برای سؤالات اختصاص داده شده در برگیرند. نقش معلم و فراگیر در بحث باید يك قسمت از اطلاعات تقسیم شده در مقدمه باشد. باید توجه گردد که مقدمه چینی کوتاه و مفید باشد، به طوریکه وقت کلاس را برای مطرح کردن مطلب اصلی به هدر ندهد.

استنتاج

استنتاج در واقع مروری است بر مقدمه، و اهدافی برای خود دارد. این اهداف عبارتند از:

۱- برقراری و بوجود آوردن يك خاتمه مطلوب برای کلاس.

۲- تحريك به ادامه علاقه.

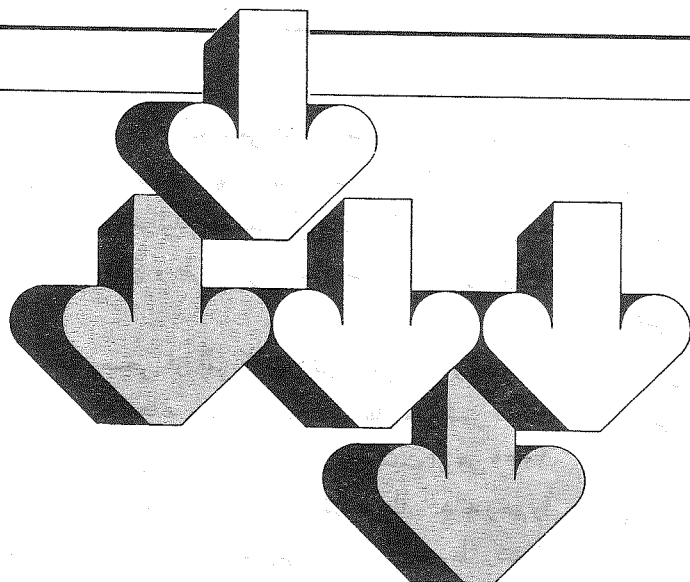
۳- پیشنهاد برای فعالیت بیشتر.

يكی یا بعضی از تکنیکهای ذکر شده در مورد مقدمه، می تواند برای اتمام کلاس هم مورد استفاده قرار گیرد. از قبیل کمکهای سمعی و بصری، سؤالاتی مربوط به معانی بیان، جنب و جوش کلاس و غیره. چنانچه ارتباط نزدیکی بین اطلاعات جدید و قدیم وجود دارد، معلم می تواند بر نتیجه موضوع درس مروری کند و به مثالهای مشابه رجوع کند و بحث را به مثالها و موارد جالب بکشد. تمامی نکات مهم را باهم گردآوری کردن و بهم پیوستن مطالب قدیمی و جدید، می تواند به شنوندگان احساس کلیت و تمامیت بحث را ببخشد. همچنین می تواند راهنما یا دستوری جهت عمل بعدی باشد. با مراجعه به مقدمه، معلمین تمایل دارند قسمتهای تدریس شده را با چنان تأییدی بیان کنند که مشوق فراگیران به سؤال کردن بشوند. در نتیجه گیری از يك بحث، روش مؤثر این است که موضوع با يك نتیجه گیری ساده خاتمه نیابد؛ بلکه نکات راهنما را روی تخته خلاصه کنیم یا از کلاس بخواهیم که نتیجه را توضیح دهند. ممکن است ضروری باشد که معلم رئوس مطالب را یکبار دیگر تکرار کند. يك نتیجه گیری قوی و مؤثر اجازه نمی دهد که موضوع بحث از ذهن فرار کند. ضعفهایی که اغلب در مؤخره ها وجود دارد، این است که یا اغلب طولانی و کسالت آور، بدون حرارت و تحرك؛ و یا مختصر و کم اهمیت بوده است. در آنها مطالب جدید بکار برده نمی شود و عقاید بی ارتباط بهم هستند. در يك نطق طولانی حداکثر ۱۰٪ زمان و حداقل ۵٪ زمان باید به مؤخره اختصاص داده شود. فقدان اوج در بحث می تواند کیفیت کلاس را به حداقل برساند. خلاصه اینکه تدریس را خوب شروع کنید و خوب خاتمه دهید.

منبع انگلیسی: Cooper, signe's. "Teaching Tips". The Journal of Continuing Education in Nursing. May - June, 1987. Volume 18, No. 3. PP: 103-104.

منبع فارسی:

حکمت، علیرضا. آموزش و پرورش در ایران باستان. تهران: مؤسسه تحقیقات و برنامه ریزی علمی و آموزشی، ۱۳۵۰



فوق‌العین کافی نیستند

گسترش بهداشتی خود و خانواده‌هایشان و جامعه تصمیماتی اتخاذ کنند. برای رهبران منطقه‌ای سازمانهای زنان در مناطق شهری و روستائی سمینارهای آموزشی به اجرا گذاشته می‌شود. اینان نیازهای بهداشتی و برنامه‌های خانوادگی و حقوق مشروع زنان و خدمات بهداشتی آنان را زیر پوشش قرار می‌دهند. در کوبا بیشتر از ۵۰/۰۰۰ زن که اغلب عضو اتحادیه زنان کوبا می‌باشند و در برنامه پیشرفت بهداشتی ملی شرکت می‌کنند، و همچنین با وزارت بهداشت نیز همکاری دارند. این زنان در سطح منطقه آموزش داده می‌شوند و آنها پیشرفت بهداشت را در بین ساکنین تمام ممالک توسعه می‌دهند.

حاملگی نوجوانان نمونه آشکاری در کارائیب^۱ است، در این محل مادرانی که در سنین باروری هستند، $\frac{1}{4}$ از موالید منطقه را تشکیل می‌دهند، در سال ۱۹۷۸ زنهای جامائیکا اولین مرکز را برای آموزش و آگاهی مادران نوجوان خود در دنیای توسعه یافته امروزه تأسیس کردند. این مرکز دختران جوان را به آموزش مراقبتهای قبل و بعد از زایمان تشویق کرد. همچنین این مرکز به پیشرفت‌های جامائیکا در تربیت و آموزش دختران

ده سال از گردآوری صدها زن در مکزیکوسیتی جهت يك کنفرانس انقلابی گذشته است، منظور از این گردآوری، توجه تمامی دنیا به همکاری‌هایی مشخص و غیرمشخص در امر تحول و پیشرفت زنان بود. آیا این اقدام سازمان ملل^۱ که جهت پیشرفت و آگاهی در امور زنان بود، تحولی در برداشته است؟! يك نظر اجمالی به آنچه که تضمین کننده بهداشت زنان در سراسر امریکاست، بر این عقیده است که این اقدامات بطور وضوح خدمات موثری در جهت سازماندهی ارائه خدمات انجام داده است. در سالهای اخیر ممالک شروع به جمع‌آوری قانون‌های جدیدی در امر برنامه‌ریزی و تدوین برنامه‌های نوینی در پاسخ به مسائل خصوصی بهداشت زنان و بوجود آوردن و بهبود در آموزش بهداشت برای گروههای مختلف زنان و اصلاح قوانین موجود جهت اصلاح موقعیت آنان وضع کرده است.

برای مثال: هوندراس^۲ در راه گسترش و بهبود برنامه‌های بهداشتی کودکان و مادران خود در جهت آموزش به مادران فعالیتی قابل توجه دارد. بنابراین زنان آنجا می‌توانند برای

1- United - Nation

3- Caribbean

2- Honduras

* فوق‌لیسانس آموزش بهداشت

حقوق زنان در ازدواج، طلاق، سقط، تجاوز، رفاه مادران، تساوی حقوق در خانه و اجتماع و پرداخت دستمزد و شکوفایی استعدادها، قوانین جدیدی را وضع کرده اند.

قوانین داخلی و خارجی:

برای مثال در کشور «کاستاریکا»^۴ بر تثبیت وضعیت کارگران زن قوانین بخصوصی وضع شده است، اجزاء این قوانین شامل مشارکت عمومی مردم در طرح و برنامه ریزی و ارزیابی خدمات بهداشتی با شرکت دادن زنان و مردان، و همچنین قوانینی جهت تأمین و مراقبت کودکان و زنان کارگر فقیر است. البته تدوین و وضع کردن قوانین به تنهایی منجر به تغییر سریع در شرایط موجود آماده نمی شود، و کمبود منابع و مأخذ، اغلب سبب کندی در تدوین قوانین می شوند. حتی ممکن است همین قوانین که به نفع زنان تدوین شده است سبب بروز مشکلاتی برای آنها شود، مانند قوانینی که ضرورت ترک محل کار برای شیر دادن بچه (از سینه مادر) را ایجاب کرده است، باعث شده که خیلی از شرکت ها و موسسات خصوصی در استخدام زنان برای کار مداوم محدودیت قائل شوند. مشکل عمده دیگر این است که درصد قابل توجهی از زنان به قوانینی که به آنها کمک می کند، بخوبی آگاهی ندارند و نمی دانند که چگونه از حق و حقوق خودشان استفاده کنند.

برای ارتقاء و تأثیر بهداشت زنان در قاره آمریکا و جهت تخمین موفقیت «بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰» کشورهای عضو PAHO در آمریکای لاتین و مناطق کارائیب تصمیم گرفته اند، که بهداشت زنان را گسترش دهند و آنان را در ایفای نقش خود در مراقبت های بهداشتی حمایت کنند. این امر باید به صورت يك برنامه بخصوصی، برای نیمه دوم دهه سازمان ملل (UN) درآید. برنامه ای به عنوان برنامه رسمی ۵ ساله بمنظور فعالیتهای بهداشت زنان، به وسیله PAHO در سال ۱۹۸۱ تصویب گردیده است. این برنامه خطوط اصلی راهنمایی

باردار در سنین مدرسه کمک می کند. جامائیکا امروزه به زنان جوان خود جهت آموزش بهداشت در مورد بهداشت دستگاه تناسلی و همچنین موالید آنها کمک می کند، تا آنها بیشتر بتوانند در تربیت و آموزش و طرح ریزی امور خانوادگی خود موثرتر باشند.

در منطقه وسیعی از آمریکای لاتین «جزایر کارائیب» در میان زنان سرطان دهانه رحم از دیگر سرطان ها بیشتر است. تقریباً هر سال در آمریکای لاتین و جزایر کارائیب از هر ۱۰۰۰ زن در سنین ۳۰ الی ۵۵ ساله یک نفر از آنها سرطان دهانه رحم را بروز می دهد. تلفات این بیماریها می تواند توسط کنترل برنامه ها و کاهش فشارها^۱ هیچ، یا حتی کم شود. در ابتدا بعضی از کشورها با سازمان "PAHO"^۲ برای مدتها بمنظور طبقه بندی فرمها و چگونگی طرز عمل و برنامه ریزی و کنترل سرطان دهانه رحم بخوبی همکاری می کردند و آنهایی که در انجمن های سرطان با سابقه ترند داوطلب می شدند و برنامه های با ارزشی را طرح و عرضه می نموده و برنامه های موجود خود را نیز به درستی ارزشیابی می کردند.

سال گذشته سازمان PAHO جهت تشکیل و برنامه ریزی کنترل سرطان دهانه رحم یکی از اولین ملاقاتهای عمومی را با گردهم آیی صاحب منصبان دولت و شاغلین بهداشت و داوطلبان انجمن سرطان و نمایندگان ۱۸ کشور پایه گذاری کرد. در این گردهمایی شرکت کنندگان که با یکدیگر راجع به این موضوع بحث و همکاری کردند و باربادوس^۳ «برزیل»^۴ و «کلمبیا»^۵ به ارزشیابی فعالیتهای کنترل سرطان دهانه رحم پرداختند.

قانون حمایت و حفاظت برای زنان تحت پوشش این قوانین اولین قدم را در جهت مراقبت اصلاحی زنان و پیشرفت آنها بوجود آورده است، گرچه کشورهای زیادی در ابتدا، قانون عدم تبعیض جنسی را حتی قبل از دهه "UN" برای زنان وضع کرده بودند. اما در سالهای اخیر بسیاری از کشورها در زمینه

1- Stress

2- Pan American Health Organization

3- Barbados

4- Brazil

5- Colombia

6- Castarica

کشورها انجام می‌گردد. بعضی از کشورها منابع اطلاعاتی خود را در مورد وضعیت بهداشتی زنان توسعه داده و در تلاش هستند، تا در جهت کسب اطمینان از اینکه اطلاعات بهداشتی جمع‌آوری شده براساس جنسیت منتشر شود، قدم مهم دیگری که جهت پیشرفت بهداشت زنان برداشته شده است، بررسی وضعیت اجتماعی و اقتصادی آنها در بسیاری از کشورهای منطقه می‌باشد و در حال حاضر مشغول انجام تحقیقات ویژه و بررسی برنامه‌های خاصی هستند، کلیه مطالب تحت بررسی و تحقیق شامل بهداشت شغلی زنان و استفاده درست از تکنولوژی‌های جدید و مراقبت‌های صحیح بهداشتی در دوران حاملگی، بیماری مادران و مرگ و میر آنان، حوادث سقط جنین، شیر دادن از پستان مادر، انتقال بیماری‌های جنسی و اثرات جلوگیری از حاملگی، احتیاجات دوران بلوغ، چگونگی کنترل سرطان‌ها و علل آنها مورد بررسی قرار می‌گیرد. برنامه ۵ ساله سازمان ملل برای زنان تاکنون نتوانسته است تمامی مشکلات آنان را که در قاره آمریکا با آن مواجه هستند حل کند، گرچه تا حدودی سبب افزایش و بالا بردن سطح آگاهی زنان در برخورد با مشکلات خدماتی آنها شده است. این خود یکی از مهمترین کارهایی است که در بکارگیری برنامه و ارزیابی آنها به وسیله تشريك مساعی و ارتقاء سطح آگاهی آنان مورد استفاده قرار می‌گیرد، جهت رسیدن به هدف «سلامتی و بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰» باید اتمام دوره ده ساله را به عنوان شروع، و اولین قدم کوششهای پیوسته در هر کشور و سپس سرتاسر منطقه در نظر داشت.

و هدایت چگونگی آنرا برای کمک به PAHO و دولتهای عضو را در جهت توجه بیشتر به احتیاجات زنان برای رشد برنامه‌هایی بهداشتی حال و آینده فراهم می‌کند، همچنین جهت تشخیص رابطه نزدیک بین بهداشت زنان و وضعیت اقتصادی و اجتماعی آنان برنامه‌هایی تدوین می‌شود، این برنامه‌ها جهت هماهنگ ساختن فعالیتهای بهداشتی زنان و توسعه و ترغیب آنان بکار گرفته می‌شود. همچنین همه ساله مروری بر اجرای برنامه‌ها و ارزیابی آن صورت می‌گیرد و نتایج حاصله مورد ارزیابی قرار گرفته و توجه بیشتری به مناطقی که احتیاج به بررسی بیشتری دارند، می‌گردد. به منظور هماهنگی و تشویق این فعالیتهای هر ۳۳ کشور عضو از ۲۵ عضو دولتی PAHO نقاط مرکزی خاصی در وزارتخانه‌های بهداشت و یا در سازمانهای ملی زنان تشکیل شده است این موضوع سبب شده که قدم مهمی برای انتقال منابع و مآخذ اطلاعاتی و کارهای تشویقی دربرداشته باشد.

جهت تشویق فعالیتهای ملی، PAHO يك سری سمینارهای منطقه‌ای را رهبری کرده و تاکنون ۱۲ کشور در آن شرکت کرده‌اند، در طول سمینار شرکت کنندگان تجربیات خود را مورد بررسی قرار می‌دهند و همچنین در «توسعه وضعیت بهداشتی زنان» بعنوان يك کار ضروری در هر گردهمائی اعضاء برنامه‌هایی را به عنوان «پروژه» معین و مشخص کرده و سپس بوسیله نماینده آن سازمان انجام یا مورد حمایت قرار می‌گیرد. سمینارهای بین‌المللی و کارآگاه آموزشی که در نقاط مرکزی تشکیل می‌شود، خدمات شایانی در بالا بردن آگاهی و درک مطالب با استفاده از حداکثر منابع در جهت هماهنگی بیشتر

1 - (Woman's Health and Development) WHD

Enright, Tracy. "Laws are not enough". World Health Organization. April, 1985. PP: 9-11.



چگونگی ارزشیابی کتابهای درسی پرستاری

پیروی از يك سری راهنماهای اساسی سبب می شود
که انتخاب کتاب درسی مناسب يك دوره آموزشی، آسان تر شود.

اول خصوصیات محتوا، برای دوره آموزشی مورد
انتظار، در نظر گرفته شود.

دوم تاثیر سازماندهی محتوای کتاب طوری باشد که
دانشجو را ترغیب به مطالعه و یادگیری کند. به منظور ارزیابی
دقیق محتوای کتابهای درسی، هیئت علمی دانشگاه احتیاج به
يك سری اطلاعات قبلی دارند. يك مربی باید به نکاتی که در
حین آموزش پرستاری و هنگام ارائه مطالب پیش می آید آگاهی
داشته و بتواند پاسخگو باشد. نظم و ترتیب موضوعات پرستاری
و غیرپرستاری در دوره های مختلف برنامه پرستاری، تغییر
می کند.

با ارائه برنامه های متنوع آموزش پرستاری، هیئت علمی
نمی توانند تضمین کنند که يك کتاب درسی (اصول پرستاری)
مناسب برای شروع هر دوره از دانشجویان پرستاری است؛ در
عوض کتابهای درسی پرستاری اغلب براساس آموزش
دوره های مختلف دانشجویان انتخاب می شود. به عنوان مثال:

کتابهای درسی به عنوان ابزار استاندارد شده، در اکثر
دوره های پرستاری به کار می رود. این کتابها باید ابتدا توسط
مربی پرستاری ارزیابی شود. هیئت علمی دانشگاهی که کتابی
را به عنوان کتاب درسی معرفی می کند باید قبل از انتخاب، به
دقت کتابهای درسی موجود را بررسی کند. چون کتابهای
درسی منبع اصلی اطلاعات هستند، محتوا و نظم و ترتیب آنها از
نقطه نظر یادگیری به اندازه محتوا و چهارچوب تدریس مربی
اساسی و حیاتی است.

به منظور ارزشیابی مناسب از کتاب، چهارچوب زمانی
بایستی در روند فعالیتهای اعضای هیئت علمی در نظر گرفته
شود. به طوریکه این فرآیند ماهها قبل از انتخاب کتاب شروع
شود. در ارزیابی کتاب درسی بر روی دواصل بیشتر تکیه
می شود:

* لیسانس پرستاری

هیئت علمی و مولف، کتابی را بر مبنای آموزش دوره‌های قبلی که فیزیولوژی و روانشناسی و سایر دروس را گذرانده‌اند انتخاب می‌کنند.

محتوای یک کتاب درسی بنابر اطلاعاتی که نویسنده به آن معتقد است، جهت دانشجویان در مورد علوم تخصصی پرستاری آماده می‌شود. این اطلاعات، فراگیر را قادر می‌کند که فرق بین کتاب درسی و محتوایی را که باید قبلاً یاد می‌گرفته تشخیص دهد. فراگیر می‌تواند تعیین کند که آیا توانایی‌های استنباطی‌اش پیشرفت کرده یا باز داشته شده است. اگر کتاب درسی که نهایتاً انتخاب شده پیوستگی ساختار محتوای قبلی را نداشته باشد، فراگیر متوجه می‌شود که احتیاج به تقویت آن محتوا را دارد.

اولین نکته برای استفاده از یک کتاب درسی در یک دوره پرستاری، توجه به فلسفه پرستاری از جهت یاددهی و یادگیری است. دومین نکته چگونگی کاربرد مفاهیمی نظیر، انسان، سلامتی، اجتماع و پرستاری است که در برنامه پرستاری و کتاب درسی منعکس می‌باشد. تناقض بین نظریه مولف و فلسفه برنامه پرستاری سبب کاهش ارزش کتاب می‌شود. راهنمایی‌های متضاد مطالب ممکن است، دانشجویان مبتدی پرستاری را سردرگم کند. و بالاخره وقتی تعبیر مفاهیم مختلف باشد، کتاب درسی توضیحات مربی را کاهش می‌دهد.

مطلب مهم دیگر این است که در کتاب درسی اهداف موضوع درسی که در ارتباط با محتوای دوره درس است، موجود باشد. بعد از مشخص شدن اهداف دوره درسی و انتخاب محتوا، فراگیر ممکن است به یک شبکه موثر جهت ارزیابی کتابهای درسی دست یابد. پس بهتر است که توسط متخصصین و کارشناسان دانشگاه، مطالب و محتوای تخصصی بررسی مجدد شده تا بتواند تکافوی دانشجویان را بکند. این امر اکثراً در فضای آموزشی امکان پذیر است. به عنوان مثال: یک عضو هیئت علمی که متخصص نیازهای علوم زیستی روانی اجتماعی مددجویان سالمند است، برای تنظیم محتوای مطالب مربوط به بیماران سالخورده مناسب است. همچنین یک مربی ماهر آزمایشگاهی باید یک ارزیاب متخصص باشد، تا بتواند تمام مهارت‌های گوناگون پرستاری را به خوبی توضیح دهد. این روش ممکن است از نظر صحت و درستی ارتباط مطالب و کامل بودن، بهترین روش برای ارزیابی محتوای کتابهای درسی باشد. برای ارزیابی ساختار یا توضیحات کتاب درسی، مربی باید

درس را با مروری بر مقدمه کتاب شروع کند تا تاثیر هدف مولف بر روی شنوندگان را مورد بررسی قرار دهد. هرچند این اطلاعات فقط هدف مولف را معرفی می‌کند، ولی معلم بعد از مرور مطالب درسی ممکن است نتیجه دیگری را برداشت کند. تاریخ انتشار کتاب و گذشته حرفه‌ای مولف مهم است. و باید دید که آیا کتاب به خوبی شامل اطلاعات جاری در مورد عنوان‌های تخصصی هست یا نه. به علاوه قیمت کتاب برای اکثر دانشجویان خیلی مهم است، از این رو این عامل مهم باید مورد توجه قرار گیرد. مسئله بعدی فهرست مندرجات باید دقیقاً ذکر شود، و بالاخره باید دید که آیا در محتوای معرفی شده، سلسله مراتب به طور مدلل و صحیح در نظر گرفته شده است یا نه؟ برای ارزیابی یک کتاب، مطالعه یک فصل از آن می‌تواند بیانگر نحوه ارائه مطالب باشد، و لزومی ندارد که تمامی فصول آن به طور کامل خوانده شود. اهداف باید در شروع هر فصل گنجانده شود، تا توجه فراگیران به نکات مهم موجود در آن جلب شود. همچنین بهتر است فهرستی از اصطلاحات جدید نوشته شود که در این صورت تعریف لغات باید واضح بوده و به سادگی قابل درک باشد.

مقدمه باید با اهم مطالب بعدی تناسب داشته باشد. در حین خواندن یک فصل از کتاب درسی مربی باید توجه داشته باشد که آیا مفاهیم و تصاویر موجود، مناسب با مطالب هست؟ چون کتابهای پرستاری اکثراً به وسیله مؤلفین مختلف نوشته می‌شود، عاقلانه این است که سایر فصول مورد بررسی قرار گیرد. لذا این مسئله مهم است که مولف مطالب را چگونه به هم مرتبط می‌سازد. این رابطه اکثراً با مثالهای مخصوص توضیح داده می‌شوند. مربیان باید دقت کنند که مثالها طوری باشند که مورد علاقه فراگیر باشد و مفاهیم را روشن و واضح بیان کند.

تراکم اطلاعات داده شده نیز مهم است؛ باید توجه شود که آیا مفاهیم به چند صفحه محدود شده یا در تمام فصل به درستی جا داده شده است و دارای فاصله‌گذاری مناسبی است؟ مربی باید دقت کند که در یک فصل، مطالب مهم به صورت سرفصل بالاتر نوشته شود و مطالب کم اهمیت‌تر زیر آنها بیاید. سرفصلها باید کوتاه و مختصر باشد، مطالب جدید را دربرگیرند، و تکراری نباشند. زیرا سبب تداخل در محیط و تداوم مطالعه می‌شود. این مسئله نیز قابل توجه است که آیا مولف از روش‌هایی که موجب توجه و روشن شدن آنها می‌شود مثل به

نکات عمومی

- ۱- ساختار کتاب بر مبنای محتوای پیش نیاز است.
- ۲- توضیحات مطالب کتاب بیانگر انعکاس فلسفه برنامه پرستاری است.
- ۳- کتاب درسی نشانگر اهداف دوره ای ذیل است.
- ۱- ...
- ۲- ...
- ۳- ...
- ۴- ...
- ۴- مقدمه کتاب نماینده کل آن می باشد.
- ۵- قیمت کتاب.
- ۶- سابقه حرفه ای مولف.
- ۷- فهرست مطالب کتاب به طور قابل استفاده و تنظیم شده باشد.
- ۸- فهرست انتهایی کتاب دقیق و مفید باشد.
- نکات مهم فصل
- ۱- اهداف فصل معرفی شوند.
- ۲- فهرست و تعریف اصطلاحات معرفی شود.
- ۳- مقدمه، معرف موضوعات مهم فصل باشد.
- ۴- نثر کتاب باید محتوای مورد بحث را مجسم کند.
- ۵- مطالب و مفاهیم فصل و ترسیمهای آن باهم مرتبط باشند.
- ۶- مثالهای روشن و مرتبط با موضوع فصل سبب جلب علاقه فراگیران می شود.
- ۷- مفاهیم ارائه شده در هر فصل به خوبی جایگزین شده است.
- ۸- سرفصلها مختصر بوده و ارتباط کافی با فصول کتاب داشته باشد.
- ۹- از روشهایی برای چشمگیر شدن مطالب مهم استفاده شده باشد.
- ۱۰- عکسها، نمودار و منحنی طوری به کار گرفته شود که رابطه بین مفاهیم را مورد تاکید قرار دهد.
- ۱۱- عکسها یکنواخت نبوده و تعصب جنسی در آن به کار نرفته باشد.
- ۱۲- مطالب کتاب باید دور از تعصبات جنسی باشد.
- ۱۳- اصطلاحات پزشکی و پرستاری با اصول صحیح به کار برده شود.
- ۱۴- خلاصه فصل مطالب مهم را دربر گرفته باشد.
- ۱۵- توجه به عکس العمل فراگیران نسبت به این کتاب.

کار بردن جوهر رنگی، خط کشی زیر مطالب و داخل کادر گذاشتن مطالب مهم استفاده کرده است؟

استفاده از این روشها توجه خواننده را به مطالب مهم جلب می کند. اما اگر تعداد آنها زیاد باشد تاثیر خود را از دست می دهد. به طوری که دانشجویان ممکن است نسبت به آن بی تفاوت شوند و یا فقط قسمت های مشخص شده ای را مطالعه کنند.

مربی باید برای بررسی عکسها، نمودارها و منحنی های موجود در کتاب وقت صرف کند. در صورت استفاده از امکانات بصری، باید توجه داشت که آنقدر تکراری نباشند که باعث سر درگمی دانشجو شود.

عکس، نمودار و منحنی در اثبات رابطه مطالب و روشن شدن آنها و همچنین نحوه بیان نقل قول مطالب نوشته شده مفید

است. اگر از عکس و تصویر استفاده می شود، باید کلیشه شده و مشخص و مناسب باشد. به عنوان مثال: مربی باید دقت کند که عکسهای استفاده شده زن و مرد مناسب هست یا نه؟ آیا مولف، عکس پرستار زن را در اطاق نوزادان و پرستار مرد را در کار مخصوص مردان به کار برده است؟ مولف باید تعصبات نژادی و غیره را به کار نگرفته باشد. آیا مولف از اصطلاحات پزشکی و پرستاری ناآشنا که معنی آنها توضیح داده نشده، استفاده کرده است یا نه؟ دانشجویان پرستاری نیاز دارند که با اصطلاحات پزشکی و پرستاری آشنا شوند. اما کتاب درسی نباید آنها را قبل از موعد مقرر با اصطلاحات ناآشنا مواجه کند. ارزیابی کتاب از این جنبه مستلزم دقت خاصی است. چون يك مربی بعد از سالها ارائه مطالب و اصطلاحات مراقبتهای بهداشتی، ممکن است به آنها تسلط کامل نداشته باشد. مربی

باید قضاوت کند که آیا مولف از مجموعه لغات و اصطلاحات عملی^۱ و قابل درک استفاده کرده است یا نه؟ نهایتاً خلاصه هر فصل باید به تنهایی بررسی شود، تا این نتیجه به دست آید که آیا مطالب مهم يك فصل را به خوبی دربرگرفته است یا نه؟ اگر خلاصه خیلی کوتاه یا مبهم است ارزش چندانی برای دانشجویان ندارد. بعد از ارزیابی نمونه‌هایی از فصول، کنترل فهرست راهنمای^۲ آخر کتاب مطرح است. تعدادی از موضوعات کتاب و ارتباط آن با فهرست آخر کتاب باید تطبیق داده شود. يك فهرست راهنمای خوب به دانشجویان كمك می‌کند که عناوین

عمومی و اختصاصی را در کتاب بیابند. در پایان، مادامی که هیئت علمی مسئولیت ارزیابی کتاب درسی را تقبل می‌کنند، بازده فراگیران هم ارزشمند خواهد بود. لذا بهتر است از دانشجویانی که علاقمند به كمك در ارزیابی کتابها هستند خواسته شود که قسمت‌هایی از کتاب درسی، تعاریف و اصطلاحات، فهرست راهنما و سایر جنبه‌هایی که مربوط به بازخورد^۳ از جانب آنها است، مرور و مطالعه کنند. با شرکت دادن آنها در این فرآیند میزان مشکل بودن درک کتاب درسی که ممکن است کمتر مورد توجه هیئت علمی قرار گیرد مشخص می‌شود.

1- Technical

3- Feed Back

2- Index

منبع:

Wake Field - Fisher, Mary. "How To Evaluate Nursing Text book." *Nursing Outlook*. Mar. April, 1986. PP: 72-74.

توجه:

(انتشار کتابچه‌های علمی)

کمیته انتشارات دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، اقدام به نشر داخلی — کتابچه‌های علمی زیر نموده است:

- ۱- مراقبتهای اولیه بهداشتی و نقش پرستار در ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی. (کتابچه علمی شماره ۱)
- ۲- ایدز (کتابچه علمی شماره ۲)
- ۳- انتقال خون و مراقبتهای پرستاری (کتابچه علمی شماره ۳)
- ۴- مزایای شیر مادر و مشکلات مادران شیرده (کتابچه علمی شماره ۴)
- ۵- تصویر ذهنی از خویشتن (کتابچه علمی شماره ۵)
- ۶- ارتباط (ارتباط درمانی و غیردرمانی و نقش روانپرستار در ارتباط درمانی) (کتابچه علمی شماره ۶)
- ۷- بازگشت به خانه پس از انفارکتوس قلبی (کتابچه علمی شماره ۷)
- ۸- عفونت و تدابیر پرستاری (کتابچه علمی شماره ۸)
- ۹- بررسی و شناخت خانواده (کتابچه علمی شماره ۹)
- ۱۰- وقتی کلیه‌ها نارسا می‌شوند (کتابچه علمی شماره ۱۰)
- ۱۱- راهنمای رشد و نمو و واکسیناسیون و تغذیه کودک از تولد تا پایان شش سالگی (کتابچه علمی شماره ۱۱)

بررسی میزان آگاهی مربیان پرستاری از اصول ارزشیابی در دانشکده‌های پرستاری مامایی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تهران

سال پژوهش: ۱۳۶۵

حمیده عسکریان خجسته و همکاران*

زمینه پژوهش

انسان پژوهشگر چون معتقد است که اگر اطلاع کافی از جهان اطراف خود داشته باشد می‌تواند نارسائیه‌ها را از میان بردارد، پیوسته در جستجوی اطلاعات است تا به یاری آنها مشکلات را حل کند و با آگاهی از کمبودها به کار خود ادامه دهد. (قاسمی پریا ۱۳۶۰ ص ۱). پدیده یادگیری همواره مورد توجه جوامع بشری به ویژه پژوهشگران و پرورشکاران بوده است. از دیرباز فیلسوفان و جامعه‌شناسان آموزش و پرورش را یکی از بنیادی‌ترین عوامل رشد اجتماعی فرهنگی دانسته و معتقد بوده‌اند که بدون یک نظام تربیتی صحیح نمی‌توان انتظار هیچگونه پیشرفتی داشت (پارسا ۱۳۵۷ ص ۵). قاسمی (۱۳۶۰) معتقد است که هسته مرکزی آموزش و پرورش رسمی را فراگیر و معلم تشکیل می‌دهند این دو فعالیت می‌کنند تا جریان آموزش و پرورش انجام گیرد (ص ۱). نقش معلم تنها به عنوان فردی نیست که در کلاس درس سخنرانی می‌کند. بلکه شخصی است که دانش را به فراگیران انتقال می‌دهد، فراگیران را راهنمایی و با آنها مشاوره می‌کند آنها را به درس علاقمند می‌سازد و با روش منظم میزان پیشرفت آنها و کار خود را ارزشیابی می‌کند (زنکنه ۱۳۵۹ ص ۱۴). ما در زندگی روزمره همواره آگاهانه یا ناآگاهانه موقعیت‌ها را ارزشیابی می‌کنیم و با توجه به نتیجه ارزشیابی خود تصمیم به انجام دادن کاری می‌گیریم. ارزشیابی از زندگی جدا نیست، تنها ما گاه از شیوه کردار خود آگاه نیستیم و یا ناخود آگاه ارزشیابی می‌کنیم. در فرایند برنامه‌ریزی آموزش معلم موظف است که فرایند

تجربیات آموزشی را مداوم ارزشیابی کند و هر زمان آگاه باشد که چه هدفهایی و به چه میزان به ثمر رسیده‌اند. وظیفه معلم به عنوان ارزشیاب دو بعد اصلی دارد که یکی اینکه به پیشرفت همه افراد کلاس به عنوان یک گروه توجه کند و دیگر اینکه جهت بررسی وضع فرد شاگردان و تشخیص کمبودهای آموزشی و نواقص پیشرفت هر یک از آنها و کشف عوامل مهمی که سبب این کمبودها و نواقص شده‌اند بکوشد. هر دو عامل از جنبه‌های مهم ارزشیابی هستند و در یک فرایند آموزشی درست هرگز نباید از نظر دور بمانند (شهاب ۱۳۵۹ ص ۵-۳). طبق نظر دیکسون^۱ (۱۹۷۹) نیز نتایج حاصل از ارزشیابی هنگامی ارزش دارد که نه تنها در شناخت، بلکه در جبران ضایعات و کمبودها نیز مؤثر باشد (ص ۵). هارمن^۲ (۱۹۷۳) یکی از هدفهای اصلی ارزشیابی را تعیین رفتار دانشجویان در رابطه با نقطه شروع درس می‌داند (ص ۸۰). ربادا^۳ (۱۹۸۶) می‌نویسد که استفاده از روشهای گوناگون ارزشیابی می‌تواند در تعیین و بهبود روش تدریس مؤثر باشد. ارزشیابی این امکان را می‌دهد که توانائیهای فراگیری شاگردان تعیین شوند و نقاط ضعف هر یک از آنها در فراگیری آشکار گردد (ص ۲۵۵). اطلاعات به دست آمده از طریق ارزشیابی به شاگرد کمک می‌کند که خود به ارزشیابی توانائیهای خویش بپردازد (راینز^۴ ۱۹۷۰ ص ۷). اهمیت ارزشیابی در آموزش ایجاد تغییر و بهبود در روش تدریس تأثیر بر رشد و بهبود برنامه‌های آموزشی، کمک به شاگردان و معلم جهت پی بردن به نواقص خود است (نفیسی ۱۳۶۰ ص ۵).

1- Dickson

2- Harman

3- Rabado

4- Rines

*فاطمه دباغی خامنه؛ فوق‌لیسانس آموزش پرستاری بهداشت جامعه

پرویز کمالی؛ استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه تهران

با توجه به اهمیت ارزشیابی در فرایند آموزش و مشاهدات تجربی و عملی پژوهشگر انجام پژوهش را در زمینه ارزشیابی ضروری دانسته و امید دارد که این پژوهش مقدمه‌ای برای پژوهشهای بعدی باشد.

هدف پژوهش:

هدف این پژوهش اندازه‌گیری و سنجش میزان آگاهی مربیان پرستاری دانشکده‌های پرستاری مامایی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تهران از اصول ارزشیابی است.

سؤال‌های پژوهش:

این پژوهش يك مطالعه توصیفی تحلیلی است که به سؤالات زیر پاسخ داده است.

- ۱- آگاهی مربیان پرستاری دانشکده‌های پرستاری مامایی از اهداف ارزشیابی چقدر است؟
- ۲- آگاهی مربیان پرستاری از انواع ارزشیابی چقدر است؟
- ۳- آگاهی مربیان پرستاری از روش گردآوری داده‌ها چقدر است؟
- ۴- آگاهی مربیان پرستاری از تعیین معیارهای مطلوب چقدر است؟
- ۵- آگاهی مربیان پرستاری از کاربرد نتایج ارزشیابی در برنامه‌ریزی‌های درسی چقدر است؟

پیش فرض:

- این پژوهش براساس پیش فرض‌های زیر بنا شده است.
- ۱- ارزشیابی جهت پیشرفت آموزش ضروری است (ورتن^۱ ۱۹۷۳ ص ۲).
 - ۲- ارزشیابی از یادگیری موجب آموزش موفقیت‌آمیز می‌شود (نفیسی ۱۳۶۰ ص ۱).
 - ۳- میزان آگاهی مربیان پرستاری از اصول ارزشیابی قابل

اندازه‌گیری است.

روش پژوهش:

۱- نوع پژوهش: این پژوهش يك مطالعه توصیفی تحلیلی است. در این پژوهش میزان آگاهی مربیان پرستاری از اصول ارزشیابی توصیف شده و رابطه بین متغیرها و دلایل آن تجزیه و تحلیل می‌گردد.

۲- جامعه پژوهش: کلیه مربیان پرستاری شاغل در دانشکده‌های پرستاری مامایی جامعه پژوهش می‌باشد.

۳- روش نمونه‌گیری: در این پژوهش ۱۰۰ مربی پرستاری از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفتند.

۴- محیط پژوهش: دانشکده‌های پرستاری مامایی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

۵- روش گردآوری داده‌ها: ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه است که با کمک استادان راهنما تهیه گردیده که برای تکمیل کردن به مربیان پرستاری ارائه گردیده است.

۶- تعیین اعتبار^۲ و اعتماد^۳ علمی ابزار گردآوری داده‌ها: پرسشنامه تهیه شده با مطالعه کتب و نشریات مختلف به تأیید استادان راهنما رسیده و با انجام آزمون مجدد^۴ اعتبار و روایی آن سنجیده شد.

۷- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: داده‌های این پژوهش با استفاده از جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی نشان داده شده است. به منظور تعیین رابطه بین میزان آگاهی مربیان پرستاری با متغیرهایی که در پرسشنامه در نظر گرفته است از آزمون آماری کای‌دو^۵ و ضریب همبستگی پیرسون^۶ و ضریب توافق چوپروف^۷ استفاده شده است. در مجموع مشخصات داده‌ها اسمی، نسبی، رتبه‌ای و گسسته می‌باشد. جهت دریافت میزان آگاهی سه حالت آگاه، نیمه‌آگاه و ناآگاه که به ترتیب نمراتی معادل ۲۷-۲۰، ۱۹-۱۰ و ۹-۰ در نظر گرفته شده است که با توجه به امتیاز داده شده اطلاعات آماری استخراج گردیده است.

1- Worthen

2- Validity

3- Reliability

4- Test Retest

5- Chisquare

6- Pearson

7- Tchouproff

جدول ۱ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی مربیان پرستاری بر حسب سن و میزان آگاهی

آگاهی سن (سال)	آگاه		نیمه آگاه		ناآگاه		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کمتر از ۲۹ سال	۶	۳۰/۰۰	۱۴	۷۰/۰۰	۰	۰/۰۰	۲۰	۱۰۰
۳۰ - ۳۹	۱۸	۳۳/۳۳	۲۸	۵۱/۸۵	۸	۱۴/۰۲	۵۴	۱۰۰
۴۰ - ۴۹	۲	۸/۳۳	۲۲	۹۱/۶۷	۰	۰/۰۰	۲۴	۱۰۰
ذکر نشده	۰	۰/۰۰	۲	۱۰۰/۰۰	۰	۰/۰۰	۲	۱۰۰
جمع	۲۶	۲۶	۶۶	۶۶	۸	۸	۱۰۰	۱۰۰

جدول فوق نشان دهنده این است که در گروه سنی کمتر از ۲۹ سال ۷۰٪ نیمه آگاه در گروه سنی ۳۰-۳۹ سال ۵۱/۸۵٪ نیمه آگاه و در گروه سنی ۴۰ - ۴۹ سال ۹۱/۶۷٪ نیمه آگاه می باشند. همبستگی بسین سن، آگاهی از طریق فرمول پیرسون محاسبه گردید، نتیجه نشان دهنده همبستگی بسیار کم و نزدیک به صفر است ($\chi^2 = ۰/۰۱$).

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی مربیان پرستاری بر حسب آگاهی، مدرک تحصیلی.

آگاهی مدرک تحصیلی	آگاه		نیمه آگاه		نا آگاه		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
فوق لیسانس	۱۲	۵۰/۰۰	۱۰	۴۱/۶۶	۲	۸/۳۴	۲۴	۱۰۰
لیسانس	۱۰	۱۸/۵۱	۳۸	۷۰/۲۷	۶	۱۱/۲۱	۵۴	۱۰۰
معادل لیسانس	۴	۱۸/۱۸	۱۸	۸۱/۸۲	۰	۰/۰۰	۲۲	۱۰۰
جمع	۲۶	۲۶	۶۶	۶۶	۸	۸	۱۰۰	۱۰۰

جدول فوق نشان دهنده آن است که ۵۰٪ از مربیان با مدرک تحصیلی فوق لیسانس آگاه، و ۷۰/۲۷٪ با مدرک تحصیلی لیسانس نیمه آگاه و ۸۱/۸۲٪ با مدرک تحصیلی معادل لیسانس نیمه آگاه هستند. آزمون آماری کای دو نشان دهنده همبستگی معنی داری بین صفات است. ($P > ۰/۰۰۵$) شدت بستگی

برابر با $P = 0/270$ است.

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی مربیان پرستاری برحسب آگاهی و سنوات فارغ التحصیلی.

آگاهی سنوات فارغ التحصیلی		آگاه		نیمه آگاه		ناآگاه		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۰-۹		۲۲	۵۵/۰۰	۱۶	۴۰/۰۰	۲	۵/۰۰	۴۰	۱۰۰
۱۰-۱۹		۲	۵/۸۸	۲۶	۷۶/۴۷	۶	۱۷/۶۵	۳۴	۱۰۰
۲۰+		۰	۰/۰۰	۴	۱۰۰/۰۰	۰	۰/۰۰	۴	۱۰۰
ذکر نشده		۲	۹/۰۹	۲۰	۶۰/۹۱	۰	۰/۰۰	۲۲	۱۰۰
جمع		۲۶	۲۶	۴۶	۴۶	۸	۸	۱۰۰	۱۰۰

همانطوری که جدول فوق نشان می دهد ۵۵٪ از مربیانی که در گروه ۰-۹ سال قرار دارند آگاه، ۷۶/۴۷٪ از مربیانی که در گروه ۱۰-۱۹ سال قرار دارند نیمه آگاه، و ۱۰۰٪ از مربیان در گروه ۲۰+ سال نیمه آگاهی باشند. محاسبات از طریق ضریب همبستگی پیرسون نشان دهنده همبستگی معکوس ($\gamma = -0/10$) بین صفات می باشد.

جدول ۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی مربیان پرستاری برحسب سابقه تدریس و میزان آگاهی

آگاهی سابقه تدریس (سال)		آگاه		نیمه آگاه		ناآگاه		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱-۴		۶	۱۵/۷۸	۳۰	۷۸/۱۴	۲	۵/۲۸	۳۸	۱۰۰
۵-۹		۶	۲۷/۲۷	۱۴	۶۳/۶۲	۲	۹/۰۰	۲۲	۱۰۰
۱۰-۱۴		۱۲	۵۰/۰۰	۱۲	۵۰/۰۰	۰	۰/۰۰	۲۴	۱۰۰
۱۵+		۲	۱۴/۲۸	۱۰	۷۰/۴۲	۲	۱۴/۳۰	۱۴	۱۰۰
ذکر نشده		۰	۰/۰۰	۰	۰/۰۰	۲	۱۰۰	۲	۱۰۰

جمع	۲۶	۲۶	۶۶	۶۶	۸	۸	۱۰۰	۱۰۰
-----	----	----	----	----	---	---	-----	-----

همانطور که در جدول فوق نشان داده شده ۷۸/۱۴٪ از مریبان در گروه ۱-۴ سال ۷۰/۴۲٪ از مریبان در گروه ۱۵+ و ۶۳/۶۲٪ در گروه ۵-۹ سال و ۵۰٪ در گروه ۱۰-۱۴ سال نیمه آگاه می باشند. نتیجه محاسبات از طریق فرمول بیرسون نشان دهنده همبستگی مستقیم بین صفات است (۸/۱۸ = ۰/۸۸).

جدول ۵- توزیع فراوانی مطلق و نسبی مریبان پرستاری بر حسب آگاهی طبقه آشنائی با ارزشیابی.

آگاهی	آگاه		نیمه آگاه		نا آگاه		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آموزش حین خدمت	۶	۱۶/۶۶	۲۸	۷۷/۷۷	۲	۵/۵۷	۳۶	۱۰۰
آموزش دوره فوق لیسانس	۸	۴۰/۰۰	۱۰	۵۰/۰۰	۲	۱۰/۰۰	۲۰	۱۰۰
آموزش دوره لیسانس	۱۲	۳۱/۵۷	۲۴	۶۳/۱۵	۲	۵/۲۸	۳۸	۱۰۰
ذکر نشده	۰	۰/۰۰	۴	۶۶/۶۶	۲	۳۲/۳۴	۶	۱۰۰
جمع	۲۶	۲۶	۶۶	۶۶	۸	۸	۱۰۰	۱۰۰

جدول فوق نشان دهنده این است که در گروه مریبان نیمه آگاه ۷۷/۷۷٪ از طریق آموزش حین خدمت، ۵۰٪ در طول آموزش دوره فوق لیسانس و ۶۳/۱۵٪ در آموزش دوره لیسانس با ارزشیابی آشنا شده اند.

جدول ۶- توزیع فراوانی مطلق و نسبی مریبان پرستاری بر حسب آگاهی و انجام ارزشیابی از کلاس درس.

انجام	آگاه		نیمه آگاه		نا آگاه		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بلی	۲۶	۲۸/۲۶	۶۲	۶۷/۳۹	۴	۴/۳۵	۹۲	۱۰۰
خیر	۰	۰/۰۰	۴	۶۶/۶۶	۲	۳۳/۳۴	۶	۱۰۰
ذکر نشده	۰	۰/۰۰	۰	۰/۰۰	۲	۱۰۰	۲	۱۰۰

جمع	۲۶	۲۶	۶۶	۶۶	۸	۸	۱۰۰	۱۰۰
-----	----	----	----	----	---	---	-----	-----

همانطور که جدول فوق نشان می‌دهد از میان مربیانی که از کلاس درس خود ارزشیابی به عمل می‌آورند ۲۸/۲۶٪ آگاه ۶۷/۳۹٪ نیمه آگاه و ۴/۲۵٪ ناآگاه هستند آزمون آماری χ^2 نشان‌دهنده همبستگی بین صفات است ($P > 0/005$) شدت بستگی برابر با $P = 0/260$ است.

نتیجه‌گیری نهائی

یافته‌های حاصل از این پژوهش براساس اهداف و سؤالات پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. این پژوهش در رابطه با هر يك از مشخصات فردی با متغیرهایی از قبیل سن، مدرک تحصیلی، سنوات فارغ التحصیلی، سابقه تدریس، طریقه آشنایی با ارزشیابی می‌باشد و اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل گردیده است. آزمون‌های آماری کای دو ضریب توافق چوپروف و ضریب همبستگی پیرسون و یافته‌های حاصل از آنها نشان می‌دهد که سن، سنوات فارغ التحصیلی، طریقه آشنایی با ارزشیابی عامل تعیین کننده‌ای نمی‌باشد، لیکن متغیرهایی چون سوابق تدریس، مدرک تحصیلی و انجام دادن ارزشیابی از کلاس درس به میزان آگاهی مربیان پرستاری تأثیر دارد.

پژوهشگر معتقد است: که در دوره‌های آموزشی فوق لیسانس به دلیل ارائه واحدهای مربوط به آموزش باعث افزایش میزان آگاهی مربیان از اصول ارزشیابی می‌گردد و چون انجام دادن ارزشیابی به طور عملی از کلاس درس به دلیل انجام تجربی ارزشیابی موجب ازدیاد میزان آگاهی مربیان می‌گردد، لذا ضروری است که مربیان به منظور انجام دوره‌ای ارزشیابی از کلاس درس تشویق گردند تا با استفاده از بازخورد آن اشکالات و نواقص تدریس رفع گردد. همچنین ضروری است که از تجربیات آموزش مربیان با سابقه جهت تدریس استفاده شود و در دوره‌های آموزش ضمن خدمت واحدهای آموزش برای مربیان ارائه گردد که بهتر است توأم با تمرین عملی برای آنان باشد.

استفاده در پرستاری:

هر مربی پرستاری باید بداند که ارزشیابی چیست؟ اهداف

آن چه هستند؟ و چه اصولی باید در انجام دادن آن رعایت گردد (راینز، ۱۹۷۰، ص ۷). ارزشیابی یکی از ارکان مهم آموزش پرستاری است با رعایت اصول ارزشیابی کمبودها و اشکالات برنامه‌های آموزش پرستاری تعیین می‌شود و در فرایند ارزشیابی با استفاده از بازخوردها، مشکلات و نارسائیها مرتفع گشته و سطح آموزش پرستاری ارتقاء می‌یابد. بهمین دلیل مربی پرستاری باید به مهارت ارزشیابی دست یابد.

پژوهشگر معتقد است که برای افزایش کیفیت آموزش پرستاری که می‌تواند بر ارائه خدمات پرستاری تأثیر داشته باشد، باید از کلاسهای درس پرستاری ارزشیابی به عمل آید. همانگونه که فریدمن (۱۹۷۳) بر این اعتقاد است که ارزشیابی از کلاس درس و کار معلم موجب توسعه روش تدریس می‌گردد (ص ۹). البته باید توجه داشت که هدف از ارزشیابی باید برای معلم و شاگرد روشن باشد.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند راهنمایی برای مربیان پرستاری باشد تا با توجه به اهمیت ارزشیابی در فرایند یادگیری و تدریس، کار آموزشی خویش را ارزشیابی نموده و در صورت وجود نقایص و اشکالات در رفع آنها بکوشند. همچنین مسئولین دانشکده‌های پرستاری توجه بیشتری به ارزشیابی کار مربیان پرستاری و کلاسهای آموزشی مبذول نمایند، تا هرچه بیشتر کیفیت آموزش پرستاری و در نتیجه آن کیفیت ارائه خدمات پرستاری ارتقاء یابد. نتایج این پژوهش همچنین می‌تواند در تقویت و گسترش برنامه‌های آموزش پرستاری مؤثر باشد و همچنین راهگشایی جهت برنامه‌ریزان آموزش پرستاری می‌باشد تا از مربیان پرستاری با تجربه آموزشی بیشتر جهت آموزش استفاده نمایند. همچنین با ایجاد تسهیلات و امکانات آموزشی و مطالعاتی و با تشکیل کلاسهای بازآموزی برای مربیان، موجب ارتقاء آموزش پرستاری گردند.

منابع مطالعه این پژوهش در دفتر انتشارات دانشکده موجود است.

نقش پرستار بهداشت جامعه در مدارس

دلیل سازمان جهانی بهداشت با توجه به وظایفی که در قبال سلامت و بهداشت جامعه، بخصوص آینده سازان مملکت دارد، در سال ۱۹۸۴ شعار خود را «سلامت کودکان سرمایه فردا» قرار داد تا با محتوای پر بار این شعار توجه دست اندرکاران بهداشت را به این مهم جلب کند. بدنبال آن در سال ۱۹۸۵ بهداشت جوانان و نوجوانان را مطرح کرد که به وسیله شعار «جوانان سالم بهترین پشتوانه ما» ارزش این گروه عظیم را برای همگان روشن تر ساخت. زیرا تأمین سلامت این سرمایه های ذیقیمت بشریت از اولین و مهمترین وظایف هر ملت، و اصلی ترین برنامه های هر دولت به شمار می آید. بنابراین به وجود آوردن امکانات لازم جهت تأمین رشد طبیعی و سلامت این سرمایه های عظیم آینده باید مورد توجه خاص قرار گیرد. سازمان جهانی بهداشت ضمن تأکید بر این مهم، برنامه های آموزشی خاصی را که قابل اجرا در تمام کشورها باشد ارائه نمی دهد، و عقیده دارد که هر کشوری باید مطابق با امکانات، طرز فکر، تفاهم و دانش جاری موجود در کشور خود، برای مردمش برنامه ریزی بهداشتی کند و آگاهیهای لازم را به آنها بدهد. با توجه به اینکه صحت علمی آن نیز حتماً مدنظر باشد.

همانطور که گفته شد حفظ و پیشرفت بهداشت مدارس یکی از وظایف اساسی و مهم دولتهاست و دولتها نیز این وظیفه را به سازمانهای بهداشتی مملکت و مسئولین تربیت بهداشتی سپرده اند و از آنجائیکه رعایت بهداشت در سطح فردی و همگانی تأثیر مستقیم بر روی تأمین سلامت دانش آموزان دارد؛ تربیت بهداشتی باید به طریقی باشد که دانش آموزان در حفظ

امروزه همه این واقعیت را، که تندرستی و بهداشت یکی از هدفهای تعلیم و تربیت است، قبول دارند. زیرا امر تعلیم و تعلّم احتیاج به کوششهای زیادی دارد که کسب آن در پرتو نعمت سلامت و تندرستی امکان پذیر خواهد بود. رشد و سلامت هر انسان را می توان مرتبط با مراحل مختلف زندگی او دانست که دوران مدرسه نیز یکی از مهمترین این مراحل به حساب می آید. چون در این دوران با توجه به قدرت فراگیری خاصی که وجود دارد، خانه، مدرسه و جامعه می توانند بر روی بهداشت جسمی، روحی، اجتماعی و همچنین مسائل مختلف آموزشی آنها تأثیر عمیقی بر جای بگذارند و بچه ها را که پدران و مادران، صاحب نظران و رأی دهندگان آینده هستند، پرورانند.

مدرسه به عنوان کانون تعلیم و تربیت و مکانی که دسترسی به دانش آموزان در آنجا به راحتی امکان پذیر است، می تواند محل کسب آگاهی و تربیت بهداشتی آنها نیز باشد. آموزش در آنجا باید به گونه ای صورت پذیرد که اهمیت و ارزش سلامتی، برای دانش آموزان مشخص شود تا با میل و رغبت، آنها را در زندگی روزمره خود بکار گیرند.

اقداماتی که در جهت حفظ سلامتی افراد يك جامعه انجام می گیرد، نوعی سرمایه گذاری اجتماعی است که دولتها جهت پیشرفت جامعه، در تأمین آن می کوشند. زیرا هر قدر نیروهای انسانی يك جامعه سالم تر و نیرومندتر باشد، چرخهای امور آن جامعه، بهتر و با سرعت بیشتری به حرکت درمی آید. به همین

* فوق لیسانس پرستاری بهداشت جامعه

سلامت خود کوشا شوند و به استناد مثل معروف «عقل سالم در بدن سالم است» می توان گفت که برای پرورش نیروی فکری و عقلی دانش آموزان و همچنین اعتلای سطح علمی آنها وجود جسمی سالم ضروری است. بنابراین سلامتی و تعلیم و تربیت را باید مکمل هم دانست.

بهداشت در مدارس از دیرباز مورد توجه مسئولین و دست اندرکاران تعلیم و تربیت و بهداشت ملل بزرگ بوده است بطوری که قدمت اقدامات انجام شده در این مورد به پیش از سال ۱۹۰۰ میلادی می رسد. نقش پرستار در بهداشت مدارس نیز مربوط به همان سالها است و امروزه در بسیاری موارد، پرستار مدرسه در تیم مدرسه تنها فردی است که درک کاملی از نیازهای بهداشتی دانش آموز دارد و به عنوان طرفدار او و همچنین به عنوان هماهنگ کننده خدمات بین مدرسه، خانواده و تأمین کنندگان مراقبتها عمل می کند. حال با در نظر گرفتن اینکه، هدف برنامه های بهداشت مدارس، ارتقاء حداکثر سلامت و بهداشت دانش آموزان است و نهایتاً توانائی یادگیری آنها را به حداکثر می رساند و با در نظر داشتن اهمیت والائی که کارکنان مدارس و مسئولین بهداشت در جهت به ثمر رساندن يك نسل سالم برای آینده هر مملکت دارند؛ می توان اذعان داشت، که پرستار بهداشت به عنوان عضوی فعال در مدارس، می تواند نقشی بس مهم را بر عهده گیرد و بدینوسیله در جهت رفع مشکلات موجود بهداشتی دانش آموزان بسیار مؤثر باشد و کیفیت آموزش بهداشت در مدارس را بالا ببرد تا رفتارهای صحیح بهداشتی، در دانش آموزان رواج یابد.

پرستار بهداشت به اقتضای حرفه ای که دارد می تواند با اقشار مختلف مردم ارتباط برقرار کند و وظایف متعددی در زمینه های پیشگیری، درمان، نوتوانی و آموزشهای بهداشتی گروههای مختلف از جمله دانش آموزان مدارس را به عهده گیرد. بنابراین می توان گفت که یکی از مهمترین و اساسی ترین

وظایف پرستار بهداشت جامعه مداخله در امر بهداشت مدارس است. بخصوص در مدرسی که امکان دسترسی به پزشك در آنجا كم است.

در کشور عزیز ما ایران که قریب $\frac{1}{5}$ از جمعیت آن را دانش آموزان تشکیل می دهند متأسفانه به علت نداشتن پرستار بهداشت مدارس و كمبود چشمگیر پرستار بهداشت جامعه این وظیفه به خوبی به مرحله اجرا درنیامده و پرستاران بهداشت موجود قادر نیستند. وظایف خود را در مورد بهداشت مدارس به نحو مطلوب انجام دهند. اما از جائیکه بهتر است، هر مملکت به اقتضای امکانات مادی و معنویش برنامه ریزی بهداشتی کند؛ با فعالیت بیشتر همین تعداد، و كمك گرفتن از سایر همکاران پرستار و برنامه ریزی صحیح جهت بکارگیری آنها می توان با زیر پوشش درآوردن مدارس و با آموزش به والدین، کارکنان مدارس بخصوص آموزگاران، به گسترش و تعمیم اهداف پرستار بهداشت همگانی جامعه عمل پوشاند. زیرا دانش آموز که یکی از مراجعین پرستار بهداشت است، با گروههای مهم دیگری چون خانواده، مدرسه و جامعه ارتباط دارد. این کار تا آنجا ادامه پیدا می کند که مفهوم بهداشت مدارس در سطح وسیعی گسترش خواهد یافت. از آنجا که پرستاران بهداشت مدرسه روابطی را می پروراند که ممکن است اثر پایداری بر برنامه های بهداشتی مدارس و حتی خود حرفه پرستاری داشته باشد، نفوذ پرستاران فراتر از محیط مدرسه می رود و به جامعه تعمیم داده خواهد شد. بعلاوه می توان با اطمینان بیان کرد که دانش آموزان مدارس ضمن اینکه قادرند در حفظ سلامتی خود بکوشند، قادرند به عنوان «رهبران سلامتی» در اشاعه بهداشت جامعه نقشی بس ارزنده داشته باشند و با گسترش بهداشت و سلامتی به طریقی دیگر نیز به اهداف پرستاری بهداشت، جامعه عمل ببوشانند.

۱- گزارش محرمانه از مرکز امار ایران طی سرشماری سال ۱۳۶۵، تعداد دانش آموزان ۶ سال به بالای کشور را ۱۰/۶۷۰/۸۵۹ نفر بیان نموده است.

منابع مطالعه این مقاله در دفتر انتشارات دانشکده موجود است.

سیانوز

ترجمه و تنظیم: فرحناز داننده *

در دسی لیتر یا بیشتر از آن هموگلوبین اشباع نشده وجود داشته باشد که نهایتاً این سیانوز در پوست و غشاهای مخاطی نمایان می شود. با توجه به این تعریف یعنی فشار اکسیژن با میزان هموگلوبین همتراز نیست.

در بررسی و شناخت یکی از اهداف با دو شرط اساسی باید روبرو شد، قبل از اینکه شما بتوانید به سیانوز به عنوان یک وسیله شناخت و بررسی دقیق اعتماد کنید، این دو شرط اساسی یکی هموگلوبین و هماتوکریت طبیعی و دیگری مایع میان بافتی طبیعی است.

هموگلوبین و هماتوکریت:

در بیماری با هموگلوبین و هماتوکریت طبیعی، به طور دقیق به میزان ۵ گرم هموگلوبین اشباع نشده فشار اکسیژن کاهش پیدا می کند، بنابراین میزان هموگلوبین و کاهش اکسیژن خون شریانی به طور مستقیم باهم در ارتباط هستند. در صورتی که اگر در بیماری، هموگلوبین و هماتوکریت غیرطبیعی باشد، ممکن است تشخیص سیانوز یا عدم وجود آن درست نباشد.

بیماری با داشتن بیماری مزمن ریوی که پلی سیمی هم در آن توسعه یافته است، به عنوان مثال برای جبران کمبود فشار

(سیانوز را نمی توان یک علامت محسوب کرد)

آیا سیانوز در مورد فشار اکسیژن خون (paO2) بیمارتان به شما اطلاعاتی می دهد؟ باید گفت، خیلی کم، زیرا در این زمینه فرضیات بی شماری وجود دارد.

شاید یکی از اقدامات اولیه ای که انجام می دهید بررسی و شناخت بیمارتان باشد. مثلاً با مشاهده رنگ پوست و انقباض عروقی آن و با دیدن مختصر رنگ آبی تیره در بستر ناخنهای بیمار فرض می کنید که فشار اکسیژن شریانی اش کم است و یا اینکه اگر بیمار سیانوتیک (کبود) به نظر نیاید تصور شما این است که فشار اکسیژن شریانی طبیعی است. البته این تصورات برای شما و بیمارتان ممکن است خالی از اشکال نباشد. پائین بودن فشار اکسیژن مشخص کننده سیانوز نیست و بالعکس بیماری با فشار اکسیژنی پائین همیشه سیانوتیک به نظر نمی رسد.

حال باید دید که چرا اینگونه تفسیر می شود: در این جا لازم است ارتباط هموگلوبین را بررسی کنیم.

ارتباط هموگلوبین:

همانگونه که می دانیم خون شریانی به واسطه اکسی هموگلوبین موجود در آن به رنگ قرمز روشن است. هموگلوبین اشباع نشده همان هموگلوبینی است که با اکسیژن ترکیب نشده است و در نتیجه خون وریدی به رنگ آبی تیره است. سیانوز زمانی اتفاق می افتد که در جریان خون شریانی ۵ گرم

اکسیژن خون عمل اکسیژن گیری بافتی افزایش یافته و نهایتاً بدن شروع به ساختن هموگلوبین اضافی می کند. به طوری که بیماری ممکن است هموگلوبینی بالاتر از ۲۰ گرم و هماتوکریت بالای ۶۰٪ داشته باشد. اما اگر چه بیمار ممکن است به قدر کافی اکسیژن شریانی با ۱۵ گرم هموگلوبین اشباع شده داشته باشد، احتمالاً به قدر کافی ۵ گرم هموگلوبین اشباع شده اضافی نخواهد داشت.

[یادآوری این نکته ضروری است که همانگونه که قبلاً توضیح داده شد وقوع سیانوز وقتی است که حداقل ۵ گرم هموگلوبین غیراشباع وجود داشته باشد]. چنین بیماری با وجود داشتن اکسیژن کافی سیانوتیک به نظر می رسد که يك سیانوز واقعی است. به این دلیل که تعداد بسیاری از سلولهای آن دچار کمبود اکسیژن نیستند و در نتیجه ۵ گرم هموگلوبین غیراشباع وجود دارد.

حال فرض می کنیم بیماری را که دچار کم خونی است، میزان هموگلوبین او ۸ گرم و میزان هماتوکریت او ۲۵٪ را نشان می دهد، اکسیژن بدن این فرد به راحتی با ۸ گرم هموگلوبین ترکیب می شود و بنابراین در جریان خون شریانی بیمار هموگلوبین اشباع نشده وجود ندارد. زیرا قبل از اینکه سیانوز ظاهر شود فشار اکسیژنی استثناً کم شده و شدیداً از کاهش اکسیژن شریانی بدون هیچگونه علائمی از سیانوز رنج می برد. مایع میان بافتی (رساندن مایع از طریق ورید به بافتهای بدن):

لازم است مایع میان بافتی به طور طبیعی باشد. برای مثال در بیمارانی که بعد از اعمال جراحی از اتاق بهبودی برمی گردند، به دلیل انقباض عروق بدن آنها سرد است که می توان با تغییر جهت دادن مرکز ثقل او، جریان گردش خون را تغییر داده تا بدن او گرم شود. بنابراین به دلیل کاهش انتشار محیطی، بستر ناخن بیمار سیانوز به نظر می رسد. در حالیکه فشار اکسیژنی طبیعی است.

لازم است که شما جریان خون اعماق بدن (مناطق جریان خون مرکزی) را مشاهده کنید برای مثال جهت مشاهده سیانوز، غشاء حفره دهان و ملتحمه چشم (غشاهای مخاطی) را بررسی کنید.

سایر عوامل:

در بیماری که پوست او به رنگ طبیعی است، بررسی ظهور سیانوز به مراتب راحت تر و آسان تر از بیمارانی است که پوست تیره تر دارند یا به عبارتی دیگر سیاهپوست هستند.

در اینجا غشاهای مخاطی برای بار دوم دقیقاً مشاهده می شوند، آیا عامل دیگری نیز تاثیر دارد؟ برای مثال روشنایی و رنگ اتاق؛ در این مورد نمونه ای را ذکر می کنیم: یکبار که در بخش نوزادان کار می کردم (البته زمانی بعد از رنگ آمیزی دیوارهای بخش با رنگ آبی) به علت انعکاس رنگ دیوارها رنگ نوزادان تیره به نظر می رسید. حتی ملافه های آبی نیز تاثیری مشابه دارند، به طور کلی شما می توانید سیانوز را به طور دقیق در يك اتاق با رنگ خنثی (بی رنگ) و روشنایی مناسب بررسی کنید.

تکمیل ارزیابی و شناخت شما:

در تکمیل ارزیابی شما، البته سیانوز فقط يك علامت است که با سایر علائم نیز ممکن است اشتباه شود. در ضمن شما می توانید علائم و نشانه های دیگری را که نشانه های اساسی هستند، مشاهده کنید. مثل کاهش اکسیژن خون، گیجی، تغییرات شخصیتی (تغییرات خلقی)، تعریق، تکیکاردی، انقباضات زودرس - بطنی، افزایش تعداد تنفس، تنگی نفس.

در ضمن، گرچه دانستن اینکه سیانوز ممکن است آبی واقعی نباشد کاربرد فشار اکسیژن در بررسی و شناخت مهارتهای ارزیابی، به شما کمک موثری خواهد کرد.

1-Arterial Hypoxemia

2- Perfusion

PATRICIAL, Fuchs carroll. "cyanosis"
Nursing. March, 1988. PP: 50 .

«والادات یرضعی اولادهن حولین کاملین»
 «مادران باید ۲ سال تمام فرزندان خود را شیر دهند»
 (سوره بقره آیه ۲۳۳)

بررسی عواملی که از دیدگاه مادران شیرده باعث عدم موفقیت در ادامه شیردهی به شیرخوار از بدو تولد تا دو ماهگی می گردد در مراکز بهداشتی و درمانی تهران

پژوهشگر: افتخارالسادات حاج کاظمی و همکاران*

زمینه پژوهش:

دوران شیرخوارگی در چند ماهه اول از نظر رشد فیزیکی تکامل مغزی دورانی بسیار بحرانی و حساس می باشد. کمیت و کیفیت مواد غذایی مصرفی در این دوره به شدت در سلامتی شخص و طول عمر او تاثیر می گذارد (نور محمدی، ۱۳۶۵، ۱). امروزه در تمام جوامع تغذیه با شیر مادر اساس سلامت کودکان محسوب میگردد، چرا که تغذیه با شیر مادر، کودک را از نظر غذایی بطور کامل تامین می کند، از ابتلا به بیماریهای عفونی جلوگیری به عمل می آورد. بین مادر و کودک رابطه عاطفی برقرار می سازد، یک روش پیشگیری از حاملگی می باشد، از ایجاد حساسیتها و عدم تحمل مواد غذایی پیشگیری می کند نیاز به تدارکات قبلی نداشته و از نظر اقتصادی مقرون به صرفه می باشد (هوستون، ۱۹۸۶، ۳۵). ویلی و ونگ^۲ (۱۹۸۷) نیز می نویسند: بدون تردید شیر مادر برای تغذیه نوزاد به سایر روشهای تغذیه ارجح می باشد. به همین علت در آمریکا به منظور تشویق مادران به شیردهی از پستان و تداوم هرچه بیشتر آن اقدام به آموزش مادران در تمام

سطوح اجتماعی می کنند (۳۲۱). سلیمانی نیز با تاکید بسیار بر ارزش حیاتی شیرمادر برای شیرخوار می نویسد: توجه به مادر در دوران بارداری و شیردهی مسئله مهمی بوده، زیرا که مادر مسئول تغذیه نوزاد بوده و به تائید صاحب نظران بهترین غذای انتخابی کودک، شیر مادر می باشد، زیرا شیر مادر امکان تغذیه کامل را برای رشد بدن و رشد مغز در ۶-۴ ماه اول زندگی بطور اخص فراهم می آورد؛ زیرا اسیدهای آمینه موجود در شیر برای رشد عمومی و خاصه رشد مغز کودک جنبه اختصاصی دارد. همچنین کلسترول شیر مادر برای رشد مغز عامل حیاتی بحساب می آید (۱۳۶۵، ۱۷).

محققین اقدام به بررسی های متعددی در زمینه اثرات شگرف تغذیه از پستان در جلوگیری از مرگ و میر، اسهال، عفونت، سوء تغذیه و معلولیت ناشی از آن کرده اند نمونه ای از این بررسی در جدول زیر آمده است:

مرگ و میر ناشی از اسهال در ارتباط با روش تغذیه

مرگ و میر		موارد اسهال		روش تغذیه	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
۰%	۰	۴/۳۵	۶	۶۶/۶۰	۶۴۰۸
۰%	۰	۵/۸	۸	۶/۳۵	۶۱۲
۱۰۰%	۳۸	۸۹/۸۵	۱۲۴	۲۷/۰۵	۲۶۰۳
۱۰۰%	۳۸	۱۰۰%	۱۳۸	۱۰۰%	۹۶۲۳

(پارسایی، ۱۳۶۵، ۳۵)

1- Houston

2- Whaly & Wong

* الگا داوود، فوق لیسانس پرستاری بهداشت مادران و نوزادان.

* لیدا الوندیان، فوق لیسانس پرستاری بهداشت جامعه.

* پرویز کمالی، استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه تهران.

همچنین اماره‌هایی که اخیراً از برزیل و عراق رسیده تفاوت خطر مرگ و میر با این دو روش تغذیه را بیش از ۲۰ برابر نشان می‌دهد (بهداشت جهان، ۱۳۶۶، ۱۶).

متخصصین امر، گذشته از توافق بر مزایای بیوشیمیایی و خواص ضد عفونت شیر مادر بر اثرات عاطفی شیر دادن از پستان برای مادر و فرزند تاکید بسیار دارند. اسپاک^۱ (۱۳۶۴) معتقد است هرچه موفقیت مادر در انجام تغذیه نوزاد با شیر پستان بیشتر باشد و هرچه طفل رضایت خاطر بیشتری از پرستاری حاصل کند، احساس مادرانه زن بیشتر خواهد بود. به همین علت تغذیه با شیر مادر در مناسبات مادر و فرزند نقش مهم و شگفت‌انگیزی را بازی می‌کند و موجب سرور و رضایت نفس هر دو و عشق روزافزون آنها به یکدیگر میشود (۷۰) تعجب در اینجاست علیرغم این همه شواهد و نشانه‌های ارجحیت شیر مادر و نشانه‌های نامطلوب تغذیه با شیر خشک آمار همچنان نزول تغذیه با شیر مادر همراه با افزایش سوء تغذیه و بیماریهای عفونی را نشان می‌دهد (پارسایی ۱۳۶۵، ۳۴).

صابری (۱۳۶۱) می‌نویسد: در پی عرضه اولین شیرخشک در سال ۱۹۱۵ به بازار، موج تبلیغات کمپانی‌ها نیز برای ترویج تغذیه با شیرخشک شروع شد و روز به روز موجب کاهش شیردهی مادران گردید (۵). البته نمی‌توان منکر وجود مشکلات مادران در دوران شیردهی گردید. بطوریکه هوستون (۱۹۸۶) می‌نویسد: هفته‌های اول شروع شیردهی، مشکلاتی برای مادران شیرده بوجود می‌آید که موجب ترك شیردهی مادران می‌گردد. مك دونالد و پریت چارد^۱ (۱۹۸۵) به عوامل جسمی مثل ترك، زخم، فرورفتگی نوک پستان، تجمع شیر در مجاری و تورم و دردناك شدن پستان اشاره نموده و علاوه بر آن وجود عواملی چون خستگی، نداشتن آمادگی، عدم علاقه را در ترك شیردهی مادران موثر می‌داند (۷۴۲). شرلی‌یان^۲ (۱۹۸۶) علل قطع شیردهی را مشکلات عدیده مادران در این رابطه دانسته و مشکلات پستان، کمی شیر، خواب‌آلودگی کودک، برگشت مادر به کار را از این زمره می‌داند (ص ۱).

رضا (۱۳۶۴) با استناد به تحقیقات جیسلر^۳ و دیگران؛ می‌نویسد: در طی يك تحقیق در مورد مادران طبقه اجتماعی متوسط و پائین تهرانی مشخص گردید که ۸۰٪ مادران در طی ماه اول پس از تولد کودک را با پستان تغذیه می‌کنند، و تا ماه

سوم شیردهی با پستان تا ۴۰٪ کاهش یافته و در ماه ششم به ۲۰٪ تقلیل می‌یابد (۱۰).

صابری (۱۳۶۳) در همین زمینه می‌نویسد: در سال ۱۳۶۱ کودکان ایرانی، ۴۶/۳۱۱/۳۳۰ قوطی شیرخشک به ارزش ۹/۶۴۸/۹۲۷/۲۱۳ ریال و تعداد ۱۵/۸۰۸/۶۲۵ قوطی غذای کودک به ارزش ۳/۱۰۹/۶۸۸/۷۲۵ ریال مصرف نموده‌اند که با توجه به آمار نوزادان متولد شده در همان سال و نیز در مقایسه با آمار مصرف شیرخشک در کشورهای دیگر رقم بسیار بالایی را تشکیل میدهد و این امر باعث اتلاف میلیونها ریال ارز کشور و میلیونها تن شیر مادران شده است (۶).

می‌بینیم که عدم تغذیه شیرخواران با شیر مادر علاوه بر زیانهای یاد شده، جامعه را در جهت وابستگی هرچه بیشتر به تولیدات بیگانگان سوق میدهد و زیانهای جبران ناپذیری را نیز به پرورش نیروی انسانی سالم وارد می‌آورد.

پژوهشگر نیز به لحاظ ارتباط دایمی با مادران به کرات شاهد عدم موفقیت مادران در تداوم شیردهی بوده است. اهمیت حیاتی شیر مادر برای شیرخوار و مادر و نقش بسیار مهم عوامل بازدارنده شیردهی، پژوهشگر را بر آن داشت تا نسبت به بررسی عواملی که منجر به قطع شیردهی در مادران می‌گردد علاقه‌مند گردد. چرا که تغذیه با شیر مادر با تاثیر مستقیم بر سلامت کودکان، سلامت جامعه آینده را تامین می‌کند و کشور را در جهت قطع وابستگی از بیگانگان یاری می‌کند.

بیان مسئله پژوهش:

بررسی عواملی که از دیدگاه مادران شیرده باعث عدم موفقیت در ادامه شیردهی به شیرخوار از بدو تولد تا ۲ ماهگی می‌گردد، در مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران.

اهداف پژوهش:

هدف کلی پژوهش، بررسی و تعیین عواملی که شیردهی مادران را تحت تاثیر قرار داده و سبب قطع شیردهی آنان به شیرخوارشان قبل از اتمام سن ۲ ماهگی می‌گردد. به منظور دستیابی به هدف کلی پژوهش اهداف جزئی زیر مورد نظر می‌باشد:

بررسی عوامل جسمی که از دیدگاه مادران شیرده منجر به

1- Spoke

2- Mac Donald & Pritchard

3 - Shirleyanne

4 - Gessler et Etall Al

قطع شیردهی می‌گردد.

بررسی عوامل روانی که از دیدگاه مادران شیرده منجر به قطع شیردهی می‌گردد.

بررسی عوامل خانوادگی و اجتماعی که از دیدگاه مادران شیرده منجر به قطع شیردهی می‌گردد.

بررسی عوامل مربوط به کودک که از دیدگاه مادران موجب قطع شیردهی می‌گردد.

سؤال‌های پژوهش:

سوالات مورد نظر پژوهشگر به شرح زیر می‌باشند:

چه عوامل جسمی سبب قطع شیردهی می‌گردند؟

چه عوامل روانی سبب قطع شیردهی می‌گردند؟

چه عوامل خانوادگی، اجتماعی سبب قطع شیردهی می‌گردند؟

چه عواملی در رابطه با کودک منجر به قطع شیردهی می‌گردند؟

پیش فرض:

این پژوهش براساس پیش فرض‌های زیر انجام می‌گیرد: برای نوزاد انسان که مرکز نقل امیدها و آرزوهای آدمی است، غذایی مناسب‌تر از شیر مادر وجود ندارد.

«لیس لبن للصبی خیر من لبن امه» رسول اکرم (ص) برای کودک شیری بهتر از شیر مادر وجود ندارد. (انتشارات دفتر آموزش بهداشت، ۱۳۶۷، ۱۲).

مادران در دوران شیردهی با مشکلاتی مواجه می‌گردند که تاثیر بر ادامه شیردهی گذاشته و قطع آن را سبب میشود. این عوامل و مشکلات قابل بررسی و اندازه‌گیری می‌باشد.

روش پژوهش

نوع پژوهش:

این پژوهش يك مطالعه توصیفی تحلیلی است و کسب داده‌ها جهت توصیف و تحلیل عواملی که منجر به قطع شیردهی مادران گردیده، بوده است. متغیر وابسته پژوهش علل قطع شیردهی مادران می‌باشد و علاوه بر آن تاثیر عواملی چون میزان تحصیلات، تعداد فرزندان و شغل نیز به عنوان متغیرهای مستقل

مورد توجه بوده است.

جامعه پژوهش:

در این پژوهش، کلیه مادران تهرانی که واجد شرایط و معیارهای تعیین شده برای واحدهای پژوهش بوده‌اند جامعه پژوهش را تشکیل داده‌اند.

نمونه و محیط پژوهش:

تعداد کل نمونه‌های مورد پژوهش ۲۰۰ مادر بوده است که کلیه شرایط لازم جهت اهداف این پژوهش را دارا بوده‌اند محیط پژوهش شامل ۲۰ مرکز بهداشتی و درمانی در سطح تهران بوده است که به طریق تصادفی از بین کل مراکز بهداشتی و درمانی مناطق چهارگانه (شمال، جنوب، شرق و غرب) انتخاب گردیده بودند.

روش گردآوری داده‌ها:

روش گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه بوده است که حاوی ۳۶ سوال بسته در زمینه عوامل جسمی، روانی، خانوادگی، اجتماعی و عوامل مربوط به کودک که می‌توانسته موجب قطع شیردهی گردد، بوده است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:

در تجزیه و تحلیل داده‌ها اهداف پژوهش موردنظر قرار گرفت و جداولی تنظیم گردید که در آن عوامل قطع شیردهی بوسیله فراوانی مطلق و نسبی نشان داده شد و به منظور بررسی تاثیر متغیرهای غیر وابسته مثل میزان تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان از آزمون‌های آماری کای دو^۱ (X^2) ضریب همبستگی پیرسون (r)، آزمون تی (T) استفاده شد. و به منظور تعیین شدت همبستگی از فرمول ضریب توافق چوپروف^۲ استفاده گردید.

بحث و بررسی یافته‌ها:

از آنجائیکه عوامل و مشکلاتی که منجر به قطع شیردهی می‌گردند گوناگون بوده و می‌تواند جسمی، روانی، خانوادگی، اجتماعی و یا مربوط به کودک باشند، سوالات به گونه‌ای تنظیم گردیده که در برگرنده هر چهار عامل بوده و سنجش هر يك را میسر می‌سازد.

جداول ۱-۳ بیانگر مشخصات عمومی جامعه پژوهش می باشد. و جداول شماره ۱۱-۴ در رابطه با هدف اول پژوهش یعنی بررسی عوامل جسمی که منجر به قطع شیردهی می گردند، تنظیم گردیده اند. از ارقام جداول چنین برمی آید که ۷۲/۷۳٪ از مادران بی سواد در دوران حاملگی به مراکز بهداشتی و درمانی دولتی مراجعه می کنند و این میزان با افزایش میزان تحصیلات کاهش می یابد تا جائیکه مادران با تحصیلات دانشگاهی فقط ۱۷/۴ درصد به مراکز بهداشتی و درمانی دولتی مراجعه می نمایند عدم مراجعه به هیچ مرکزی در بین مادران بی سواد ۱۸/۱۹ درصد و در بین مادران دانشگاهی صفر می باشد به منظور بررسی دقیق وجود رابطه معنی دار بین میزان تحصیلات و انتخاب نوع مرجع جهت مراقبتهای دوران بارداری آزمون کای دو بعمل آمد. نتایج محاسبات با اطمینان قابل ملاحظه ای وجود همبستگی معنی دار را تأیید نمود یعنی مادران با تحصیلات دانشگاهی بیشتر به مراکز خصوصی مثل مطب پزشکان و مادران بی سواد و کم سواد به مراکز بهداشتی و درمانی دولتی مراجعه می کنند ($p > 0/005$) و شدت این همبستگی براساس فرمول توافق چوپروف $PT = 35\%$ می باشد علیرغم اهمیت معاینه نوك پستان در دوران بارداری نتایج مبین آن است که اکثریت مادران در دوران بارداری هیچگونه معاینه ای به منظور تعیین وضعیت نوك پستان نمی گردند. این رقم در نزد مادران بی سواد ۸۴/۸۵ درصد، ابتدایی ۸۶/۳۷ درصد، راهنمایی (متوسطه) ۷۵/۸۶ درصد، دیپلمه ۸۱/۴۳ درصد و دانشگاهی ۴۵/۸۳ درصد بوده است.

همچنین نتایج نشان دهنده آنست که ۳۶٪ درصد از مادران دچار مشکلات پستان پس از زایمان گردیده اند که شیوع مشکلات در نزد مادرانی که دارای پنج و یا بیشتر از پنج فرزند بوده اند کمتر بوده است. به منظور مقایسه میانگین تعداد فرزندان گروهی که مشکلات پستان پس از زایمان داشته اند و گروهی که مشکلات پستان پس از زایمان نداشته اند آزمون T بعمل آمد. نتیجه نشان داد میانگین تعداد فرزندان دو گروه برابر بوده و اختلاف معنی داری از این جهت وجود ندارد. بطور کلی نتایج نشان می دهند عوامل جسمی قطع شیردهی عبارتند از:

وجود مشکلات نوك پستان (فروفتگی، صافی.....) ۶/۵ درصد
وجود مشکلات نوك پستان پس از زایمان (ترك، زخم، تورم، آبسه...) ۱۲/۵ درصد
وجود پس درد ۳ درصد
درد ناشی از بخیه سزارین و اپی زیاتومی ۶ درصد

وجود بیماری های مزمن (قلبی، آسم، قند) ۶ درصد
تب یا درد ناشی از ابتلا مادر به بیماری پس از زایمان ۳/۵ درصد
عدم کفایت شیر مادر ۶۲/۵ درصد

قابل توجه آنکه اکثریت مادران هیچگونه تغییری در جهت افزایش مصرف مواد غذایی در رژیم غذایی خود در دوران بارداری نداده بودند. جداول ۱۲-۲۳ در رابطه با هدف دوم پژوهش یعنی بررسی عوامل روانی که منجر به قطع شیردهی می گردند تنظیم گردیده اند نتایج به قرار زیرند:

با اینکه ایجاد آمادگی قبلی از عوامل بسیار مهم در موفقیت مادر در شیردهی می باشد، معهدا ارقام عدم ایجاد آمادگی در دوران بارداری را ۷۲/۵ درصد نشان می دهند.

به دلیل وجود نظام غلط شیردهی در بیمارستان، آغاز شیردهی از پستان با تاخیر صورت گرفته و فقط ۱۱٪ از مادران توانسته اند در ۱۲ ساعت اول به نوزاد خود شیر پستان بدهند و ۵۶٪ درصد اصلاً اجازه شیردادن در مدت اقامت در بیمارستان نداشته اند. از جمله عوامل روانی که بطور مستقیم قطع شیردهی را سبب گردیده اند می توان عوامل زیر را ذکر نمود:

اضطراب و نگرانی در دوران شیردهی ۲۷ درصد
ترس در دوران شیردهی ۱۸/۵ درصد
اتفاق ناگوار در دوران شیردهی ۱۳ درصد
نبودن محیط خلوت در دوران شیردهی ۳/۵ درصد

نکته قابل توجه اینکه ۶۳/۱۵ درصد از مادران مورد پژوهش در امر شیردهی به فرزندان قبلی خود موفق نبوده اند. جداول شماره ۲۴-۲۷ در رابطه با هدف سوم پژوهش یعنی بررسی عوامل خانوادگی، اجتماعی که منجر به قطع شیردهی می گردند تنظیم شده اند و نتایج مهم آن شامل موارد زیر می باشد:

رابطه معکوس بین میزان استراحت مادر پس از زایمان و تعداد فرزند وجود دارد و ۵۵ درصد مادرانی که دارای پنج و یا بیشتر از پنج فرزند بوده اند، توانسته اند بین ۶-۱۰ روز پس از زایمان استراحت نمایند. آزمون پیرسون وجود رابطه معکوس بین این دو عامل را تأیید نموده است ($r = 0/16$).

بطور کلی نتایج حاصله نشان می دهند عوامل خانوادگی، اجتماعی قطع شیردهی عبارتند از:

خستگی و تحلیل انرژی در دوران شیردهی ۱۵/۰۰ درصد
اخلال در کار منزل و وقت گیر بودن شیردهی ۱۱/۰۰ درصد
نداشتن مرخصی کافی (در مادران شاغل) ۴۱/۹۴ درصد

قابل توجه آنکه مادرانی که شیردهی را بدلیل خستگی و تحلیل انرژی ترك نموده اند، اکثراً دارای بیش از چهار فرزند بوده اند همچنین ترك شیردهی بدلیل وقت گیر بودن و اخلاص در کار منزل در بین همین گروه از مادران دارای اکثریت می باشد. نکته مهم دیگر قطع شیردهی بدلیل نداشتن مرخصی و تسهیلات کافی در محیط کار در بین مادران شاغل به میزان ۴۱/۹۴ درصد می باشد.

جدول شماره ۲۸، در رابطه با هدف چهارم پژوهش « بررسی عوامل مربوط به كودك كه منجر به قطع شیردهی می گردد» تنظیم گردیده است. نتایج بیانگر آنند ۸/۵ درصد از مادران به دلیل خواب آلودگی یا ناآرامی و ۷٪ به دلیل وجود نفخ، اسهال یا یبوست و ۵٪ بدلیل ابتلا كودك به یرقان شیردهی از پستان را قطع نموده اند.

نتیجه گیری نهایی:

براساس نتایج بدست آمده می توان نتیجه گرفت اکثریت مادران بویژه مادران بی سواد و یا مادران با تحصیلات ابتدایی به مراکز بهداشتی و درمانی دولتی مراجعه می نمایند. بنابراین فرصت بسیار مناسبی است كه آموزش های لازم در این مراکز در دوران حاملگی به آنان داده شود و آمادگی های لازم جهت شیردهی در آنان بوجود آمد.

متأسفانه اکثریت بسیار بالایی از مادران از جهت نوك پستان مورد معاینه و بررسی قرار نمی گیرند و این عدم معاینه در بین مادران بیسواد بالاتر می باشد.

عمده ترین عامل قطع شیردهی عدم كفایت شیر مادر برای شیرخوار می باشد، كه ضرورت بررسی دلایل عدم كفایت شیر مادران در اینجا مشخص می گردد. عامل مهم دیگر قطع شیردهی وجود مشكلات نوك پستان می باشد كه ۱۲/۵ درصد از دلایل قطع شیردهی را به خود اختصاص می دهد درحالیكه این مشكل تا حد زیادی با آموزش قابل پیشگیری باشد. همچنین عدم افزایش مصرف مواد غذایی در دوران شیردهی نیز می تواند عاملی در جهت كاهش شیر باشد كه اگرچه این تغییر رژیم در بین مادران با تحصیلات بالاتر بیشتر بوده لیكن به نظر میرسد

هنوز مادران در این زمینه نیاز به آموزش دارند.

از نتایج مهم دیگر كه در رابطه با هدف دوم پژوهش یعنی بررسی عوامل روانی كه منجر به قطع شیردهی می گردند حاصل گردید، وجود میزان بالای قطع شیردهی به دلیل اضطراب و نگرانی در دوران شیردهی كه در بین تمام گروه های تحصیلی این میزان بالا نشان داده شده بود.

همچنین عدم ایجاد آمادگی برای شیردهی كه رقم ۷۲/۵ درصد را به خود اختصاص داده است و نیز تاخیر در آغاز شیردهی از پستان از عوامل مهم بوده كه فقط ۱۱ درصد مادران توانسته اند در ۱۲ ساعت اول به نوزاد خود شیر پستان بدهند.

از نکات قابل توجه دیگر كه در رابطه با هدف سوم پژوهش حاصل گردید، قطع شیردهی به دلیل خستگی و تحلیل انرژی در میزان بالا (۱۵/۰۰ درصد) بویژه در نزد خانواده های پراولاد كه ضرورت حمایت از این دسته از مادران را مشخص می سازد.

همچنین ۴۱/۹۴ درصد از مادران شاغل نداشتن مرخصی کافی و عدم وجود تسهیلاتی نظیر مهدكودك، مرخصی ساعتی جهت شیر دادن، دوری منزل از محیط كار را دلیل قطع شیردهی ذكر نموده اند كه این رقم بالا می تواند مورد توجه مسئولین و مدیران و نیز مورد توجه طراحان قوانین كار قرار بگیرد و نظر آنان را نسبت به حمایت از این دسته از مادران جلب نماید.

در رابطه با هدف چهارم علمی كه در رابطه با كودك منجر به قطع شیردهی گردیده قابل پیشگیری و درمان می باشد.

موارد استفاده در پرستاری:

از آنجائیکه پژوهش كوششی است برای بدست آوردن راه حل مشكلات، و یکی از مشكلات بهداشتی جوامع در حال توسعه مشكلات تغذیه ای، بالاخص تغذیه شیرخواران می باشد، پژوهشگر امیدوار است نتایج این پژوهش بتواند پرستاران را عموماً پرستاران بهداشت جامعه و مادر و كودك را خصوصاً در این راستا كمك نماید.

بدیهی است كه بدو می بایست دانشجویان پرستاری و پرستاران شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی با برتری های تغذیه نوزاد با شیر مادر آشنا گردند و عمیقاً بپذیرند «برای شیرخوار هیچ شیری برتر از شیر مادر نیست»* تا بتوانند دانسته های خود را در مراکز بهداشتی صمیمانه و با اعتقاد كامل به مادران منتقل سازند. و این مهم به

همت والای مدرسین دانشکده‌های پرستاری و مامایی انجام خواهد پذیرفت.

یافته‌های پژوهش می‌تواند در برنامه دروس بهداشت جامعه، بهداشت مادر و کودک گنجانیده شود، تا دانشجویان با مشکلات مادران شیرده در جامعه کنونی آشنا گردند و تدابیر مناسب پرستاری جهت حل آنها ارائه نمایند.

پژوهشگر بر این باور است که نتایج حاصله از پژوهش می‌تواند بطور مؤثری ماماها‌ی شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی، پرستاران بخش زایمان، نوزادان را در کمک به مادرانی که مایل به شیردادن از پستان می‌باشند یاری نماید. از آن گذشته شوق و تمایل شیردادن را با دادن آگاهی لازم به مادران تقویت کند.

همچنین نتایج پژوهش می‌تواند در آموزش مامایی مثبت واقع گردد. زیرا که این گروه در تماس مداوم‌تری با مادران می‌باشند.

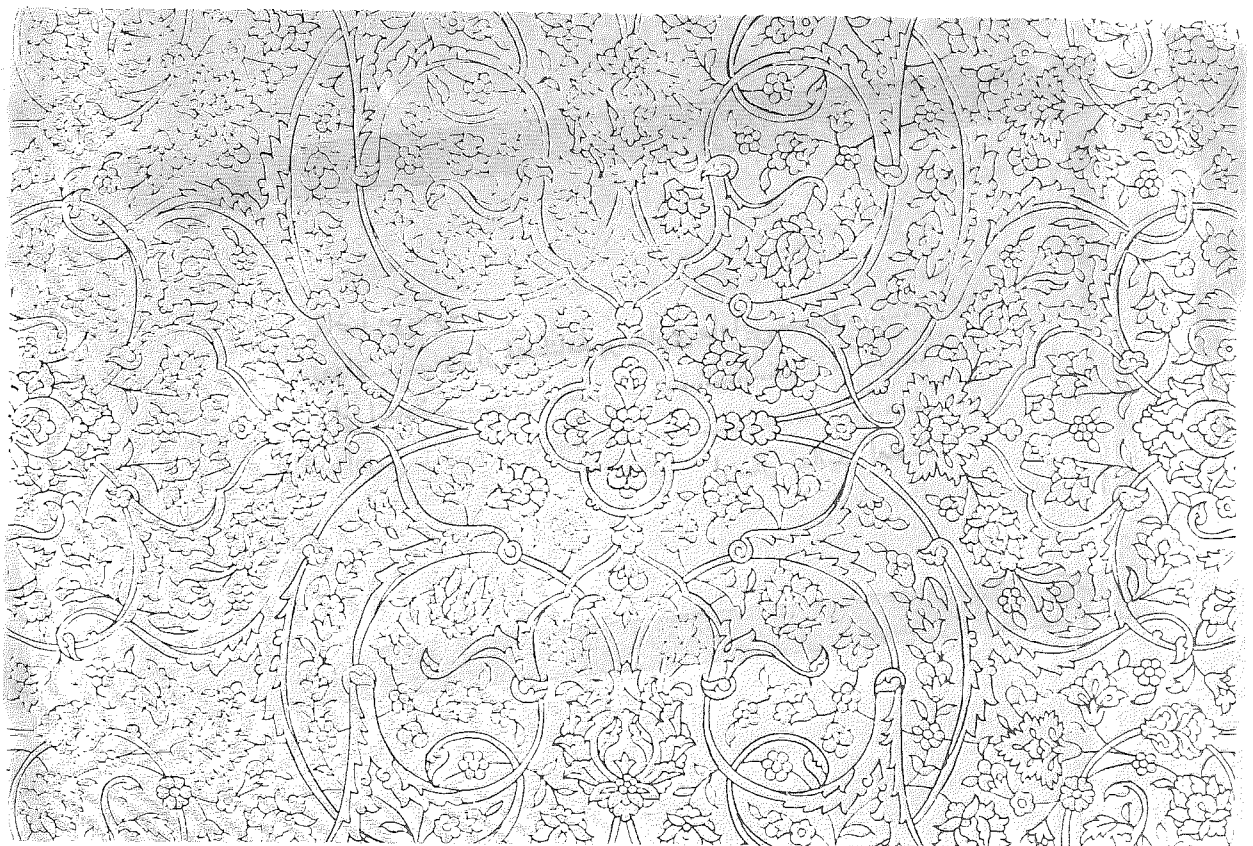
مسئولین مراکز بهداشتی و درمانی نیز می‌توانند با توجه به نتایج پژوهش اقدام به تشکیل کلاسهای آموزشی به منظور مقابله با مشکلات مادران باردار و شیرده بنمایند.

نتایج پژوهش می‌تواند پرستاران را در کسب کمک از جوامع غیررسمی مثل جلسات دینی جمعیت‌های خیریه جهت کمک به مادران پرآلاد و کمک در کارهای منزل راهنمایی کند. همچنین انعکاس نتایج پژوهش از طریق مراکز بهداشتی و درمانی می‌تواند موجب جلب حمایت برای مادران شاغل شیرده از طریق ساعات کار قابل تغییر، کار نیمه وقت، مرخصی ساعت شیر، اطلاق شیر در محل کار و مهدکودک در محیط کار گردد. به امید روزی که تشکیلات منظم پرستاری جهت پی‌گیری مادران شیرده در منازل بوجود آید و نتایج پژوهش حاضر رهگشای آنان گردد.

1- Follow up

جداول در دفتر انتشارات موجود است

منبع مطالعه در دفتر انتشارات موجود است



توجه

همکاران محترمی که مایل به آبونمان شدن فصلنامه هستند، لطفاً قبول زحمت فرموده وجه اشتراك آن را به شماره حساب ۱۲۴ خزانه نزد بانك مرکزی منظور و قبض آن را به آدرس دانشكده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران به انضمام ورقه تکمیل شده زیر ارسال فرمایند.



تقاضا می شود
تعداد.....جلد از فصلنامه پرستاری مامایی شماره.....
برای اینجانب.....
به آدرس.....
ارسال نمائید. امضاء