



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران

دانشکده پرستاری مامایی

"بررسی تاثیر تغییر وضعیت بدن بر عوارض کاتتریسیم تشخیصی قلبی"

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد

(گرایش آموزش داخلی - جراحی)

استاد راهنما:

سرکارخانم شیوا سادات بصام پور

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

نگارش:

معصومه سبزه علی گل

مهر ماه ۱۳۸۷



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران

دانشکده پرستاری مامایی

"بررسی تاثیر تغییر وضعیت بدن بر عوارض کاتریشم تشخیصی قلبی"

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد

(گرایش آموزش داخلی - جراحی)

استاد راهنما:

سرکارخانم شیوا سادات بصام پور

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

استاد مشاور:

سرکارخانم شکوه ورعی

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

استاد مشاور آمار:

جناب آقای عباس مهران

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

نگارش:

معصومه سبزعلی گل

مهرماه ۱۳۸۷

بیت اطلاعیه مرکز علمی پژوهش
تهیه مدارک

۱۳۸۸/۵/۱۷

مسئولیت صحت کلیه مطالب ذکر شده در این پژوهش به عهده پژوهشگر می باشد.

معصومه سبزی علی گل

"چکیده پژوهش"

عنوان پژوهش: بررسی تاثیر تغییر وضعیت بدن بر عوارض بعد از کاتتریسم تشخیصی قلبی

زمینه: بیماریهای قلبی عروقی به عنوان شایعترین بیماری جدی در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه محسوب می شود، کاتتریسم قلبی یک پروسیجر تشخیصی معمول جهت بیماریهای عروق کرونر است. فعالیت و حرکت بیماران بعد از این پروسیجر به علت خطرات بالقوه عوارض عروقی محدود می گردد و به طور معمول بیماران به مدت ۲۴-۸ ساعت پس از کاتتریسم استراحت در تخت در وضعیت خوابیده به پشت دارند. این پژوهش با هدف کاهش این مدت زمان و تغییر وضعیت در تخت صورت گرفت.

مواد و روشها: در این مطالعه نیمه تجربی، ۹۰ بیمار تحت کاتتریسم بستری در بخش بعد از کاتتریسم

بیمارستان شریعتی با نمونه گیری آسان وارد مطالعه شدند و در ابتدا بیماران گروه مداخله (۴۵ نفر) انتخاب و سپس بیماران گروه کنترل (۴۵ نفر) انتخاب شدند. بیماران گروه کنترل مراقبت معمول را دریافت می کردند و به مدت ۲۴-۸ ساعت در پوزیشن خوابیده به پشت و زاویه سر تخت صفر درجه قرار می گرفتند و کیسه شن در ۸ ساعت اول بر روی اندام مبتلا قرار داشت. در بیماران گروه مداخله تغییر وضعیت در تخت به صورت ساعت اول خوابیده به پشت و زاویه سر تخت ۱۵ درجه، و سپس در ساعت دوم به مدت یک ساعت در زاویه ۳۰ درجه و خوابیده به پشت و در ساعت سوم خوابیده به پشت و در زاویه ۴۵ درجه قرار می گرفتند. در تمام طول مدت سه ساعت فوق الذکر کیسه شن ۲ کیلوگرمی بر روی محل ورود کاتتر قرار داده می شد و در پایان سه ساعت، بیمار مجاز به خوابیدن به پهلوئی راست و چپ و طبق زاویه دلخواه وی (۴۵-۱۵ درجه) بود. حین تغییر وضعیت به طرفین پانسمان فشاری توسط پژوهشگر گذاشته و نیز با استفاده از انگشتان دست خود بیمار (که چگونگی آن به بیمار آموزش داده شده بود) روی محل کاتتر فشار اعمال می گردید، بیماران در ساعت ششم از تخت خارج می گردیدند. شدت کمردرد و میزان راحتی در بدو ورود به بخش، ۶ ساعت پس از مطالعه، ۲۴ ساعت پس از مطالعه و میزان خونریزی، هماتوم و اکیموز در مقاطع بدو ورود به بخش ۶ ساعت پس از مطالعه، ۲۴ ساعت پس از مطالعه و ۷ روز پس از مطالعه مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد بین دو گروه از نظر سن، جنس، میزان تحصیلات، شدت کمردرد، میزان راحتی، خونریزی، اکیموز و هماتوم در بدو ورود به بخش تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت. در مقاطع زمانی ۶ ساعت و ۲۴ ساعت پس از مطالعه در گروه مداخله شدت کمردرد کمتر و میزان راحتی بیشتر از گروه کنترل بوده ($P < 0.001$) و در مقاطع زمانی ۶ ساعت، ۲۴ ساعت و ۷ روز پس از مطالعه میزان خونریزی، اکیموز و هماتوم در دو گروه تفاوت معنی دار آماری ($P = 1$) نداشتند.

نتیجه گیری: بیماران را می توان پس از کاتتریسم تشخیصی قلبی بصورت ایمن در تخت تغییر وضعیت

داد و زودتر از موعد (ساعت ششم) از تخت خارج نمود.

واژه های کلیدی: کاتتریسم تشخیصی قلبی، بیماران قلبی، تغییر وضعیت، خروج زودتر از بستر،

عوارض پس از کاتتریسم.

فهرست

فصل اول: معرفی پژوهش

۱.....	زمینه و اهمیت پژوهش.....
۸.....	اهداف پژوهش.....
۹.....	فرضیات پژوهش.....
۹.....	تعریف واژه ها.....
۱۳.....	پیش فرضها.....

فصل دوم: دانستیهای موجود در زمینه پژوهش

۱۵.....	چارچوب پژوهش.....
۴۰.....	مروری بر مطالعات.....

فصل سوم: روش پژوهش

۵۰.....	نوع پژوهش.....
۵۰.....	جامعه پژوهش.....
۵۰.....	روش تعیین حجم نمونه.....
۵۱.....	روش نمونه گیری.....
۵۱.....	معیارهای ورود به مطالعه.....
۵۲.....	معیارهای خروج از مطالعه.....
۵۳.....	محیط پژوهش.....
۵۳.....	روش گردآوری داده ها.....
۵۳.....	ابزار گردآوری داده ها.....
۵۵.....	روش تعیین اعتبار علمی ابزار.....
۵۵.....	روش تعیین اعتماد علمی ابزار.....
۵۵.....	روش تجزیه و تحلیل داده ها.....
۵۶.....	ملاحظات اخلاقی.....
۵۷.....	روش و نوع مداخله.....
۵۹.....	محدودیت های پژوهش.....

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

۶۰..... جداول

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۸۳..... تجزیه و تحلیل داده‌ها

۹۵..... نتیجه‌گیری نهایی

۹۷..... کاربرد یافته‌ها در پرستاری

۹۸..... پیشنهادات جهت پژوهش‌های آینده

منابع فارسی و انگلیسی

ضمائم

فهرست جداول

جدول شماره (۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی جنس واحدهای مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله

بیماران تحت کاتتریسیم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۲) توزیع فراوانی مطلق و نسبی سن واحدهای مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله

بیماران تحت کاتتریسیم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۳) توزیع فراوانی مطلق و نسبی سطح تحصیلات واحدهای مورد پژوهش در دو گروه

کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسیم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۴) توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت کمردرد بدو ورود به بخش در واحدهای مورد

پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسیم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۵) توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان راحتی بدو ورود به بخش در واحدهای مورد پژوهش

در دو گروه کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسیم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۶) توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان خونریزی بدو ورود به بخش در واحدهای مورد

پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسیم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۷) توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان اکیموز بدو ورود به بخش در واحدهای مورد پژوهش

در دو گروه کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسیم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۸) توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان هماتوم بدو ورود به بخش در واحدهای مورد پژوهش

در دو گروه کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسیم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۹) توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت کمردرد ۶ ساعت پس از شروع مطالعه در واحدهای

مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۱۰) توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان راحتی ۶ ساعت پس از شروع مطالعه در واحدهای

مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۱۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان خونریزی ۶ ساعت پس از شروع مطالعه

در واحدهای مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۱۲) توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان اکیموز ۶ ساعت پس از شروع مطالعه در واحدهای

مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۱۳) توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان هماتوم ۶ ساعت پس از شروع مطالعه در واحدهای

مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۱۴) توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت کمردرد ۲۴ ساعت پس از شروع مطالعه در

واحدهای مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۱۵) توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان راحتی ۲۴ ساعت پس از شروع مطالعه در واحدهای

مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۱۶) توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان خونریزی ۲۴ ساعت پس از شروع مطالعه در

واحدهای مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۱۷) توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان اکیموز ۲۴ ساعت پس از شروع مطالعه در

واحدهای مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۱۸) توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان هماتوم ۲۴ ساعت پس از شروع مطالعه در

واحدهای مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسیم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۱۹) توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان خونریزی ۷ روز پس از شروع مطالعه در واحدهای

مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسیم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۲۰) توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان اکیموز ۷ روز پس از شروع مطالعه در واحدهای

مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسیم تشخیصی قلبی

جدول شماره (۲۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان هماتوم ۷ روز پس از شروع مطالعه در واحدهای

مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله بیماران تحت کاتتریسیم تشخیصی قلبی

تقدیم به :

پدر و مادر فداکارم

آنان که با مهربانی همیشگی شان زندگی ام را سرشار از شادی می کنند.

برادران عزیزم: حمید ، مجید و سعید

که همیشه در زندگی حامی و همراهم هستند.

سرکار خانم بصام پور استاد مهربانم

که اگر راهنمایی های همیشگی و بی دریغ ایشان نبود این مطالعه به سرانجام نمی رسید.

و تقدیم به:

همه پرستاران دنیا

سپاس و قدردانی

سپاس خدا را بر آنچه از وجود مبارکش به ما شناسانده و بر آنچه از شکرش به ما الهام فرموده و بر آن درهای دانش که به پروردگارش به ما گشوده و بر اخلاص ورزی در توحید و یگانگی خود ما را رهنمون شده است.

سرکار خانم بصام پور ، استاد راهنمای بزرگووارم ، که با گشاده رویی و رهنمودهای همیشگی تان مسیر تحقیق را برایم هموار و لذت بخش نمودید، سپاسگزار زحماتتان هستم.

سرکارخانم ورعی ، استاد مشاور گرامیم ، تشویق و هدایتتان روشنگر راهم بود، از لطفتان کمال تشکر را دارم.

جناب آقای مهران ، استاد محترم آمار از یاری و زحمات بی دریغتان متشکرم.

مراتب قدردانی و تشکر خالصانه خود را حضور ریاست دانشکده جناب آقای دکتر نگارنده ، مسئول تحصیلات تکمیلی سرکارخانم دهقان نیری ، معاون محترم آموزش دانشکده سرکارخانم خسروی و معاونت محترم پژوهشی سرکارخانم رحیمی کیان و کلیه اساتید و مدیر محترم گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری مامایی که همواره در ۶ سال دوران تحصیلم از حضورشان بهره مند شدم، اعلام می دارم.

لازم است از همکاری صمیمانه ریاست محترم بخش بعد از کاتتریسیم بیمارستان شریعتی جناب آقای دکتر طباطبایی ، سرپرستار بخش سرکار خانم یوسفی و پرسنل محترم این بخش که در انجام این پژوهش یاریم نمودند ، قدردانی نمایم.

"فصل اول"

معرفی پژوهش

زمینه و اهمیت پژوهش

امروزه بیماریهای قلبی عروقی به عنوان شایعترین بیماری جدی در کشورهای پیشرفته در نظر گرفته می شوند و اولین عامل مرگ و میر در بین زنان و مردان در تمام نژادها و سنین محسوب می گردد (آلترز و شیف^۱، ۲۰۰۶، صفحه ۳۲۸). از میان بیماریهای قلبی، بیماریهای عروق کرونر، شایعترین بیماری مزمن و تهدید کننده حیات می باشد و بیش از هر بیماری دیگری، باعث ناتوانی، صدمات اقتصادی و مرگ می شود. از نظر اقتصادی هر ساله هزینه های گزافی صرف درمان، پیشگیری و بازتوانی بیماران مبتلا به عروق کرونر می شود (ری موند و بار^۲، ۲۰۰۰، صفحه ۱۵۷). تردیدی نیست کم تحرکی و فقدان فعالیت بدنی به عنوان دستاورد زندگی ماشینی نقش مهمی در بروز این اختلالات دارد. تحولاتی که در چند سال اخیر از لحاظ پیشرفت عوامل اجتماعی و اقتصادی در کشورهای مختلف به وقوع پیوسته، الگوی ابتلا به این بیماریها را در معرض دگرگونی قرار داده است (اثنی عشری، ۱۳۸۱، صفحه ۳). انجمن قلب آمریکا در گزارش خود در سال ۲۰۰۴ اعلام کرد: نزدیک به ۸۰ میلیون آمریکایی (۱ نفر از هر ۳ نفر) یکبار نوعی از بیماریهای قلبی را تجربه کرده اند (کاسپر، برانوالد، فوکی، هاسر، لونگو، جامسون^۳، ۲۰۰۸، صفحه ۲۵۴). همچنین این انجمن، اعلام کرد در صورت حذف بیماریهای قلبی - عروقی امید به زندگی به میزان ۷ سال در این کشور افزایش خواهد یافت (پورت^۴، ۲۰۰۶، صفحه ۲۵۳). آمار دیگری موید این نکته است که در ایالات متحده آمریکا ۱/۴ میلیون

1-Alters, S., Schiff, W.

2-Raymond, D. , Bahr, M.D.

3-Kasper, D.L. , Braunwald, E., Fauci, A.S., Hauser, S.L., Longo, D.L., Jameson, J.L.

4-Porth, C.M.

فرد بالغ از آنژین قلبی رنج می برند و ۲۷۵/۰۰۰ نفر نیز سالیانه یکبار حمله قلبی را تجربه کرده اند (تویس، سیور، مک کافری^۱، ۲۰۰۶، صفحه ۲۲۴). در میان انواع بیماریهای قلبی، بیماریهای عروق کرونر قلب مقام اول را از نظر میزان ابتلا، به خود اختصاص داده است. این دسته از بیماریها مهمترین عامل مرگ و میر در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه به شمار می روند (بهار، فقیهی، حقیقت، کبیر، پوراسلامی، ۱۳۸۳، صفحه ۱۵). انتظار می رود که در سال ۲۰۲۰ این دسته از بیماریها برای اولین بار در تاریخ بشریت به شایعترین عامل مرگ و میر دنیا تبدیل شوند، به طوریکه گزارش شده در هر ۲۶ ثانیه یک آمریکایی دچار یک مشکل کرونری شده و هر یک دقیقه یک بیمار در اثر مشکلات عروق کرونری جان خود را از دست می دهد (پورت، ۲۰۰۶، صفحه ۲۵۸). در انگلستان نیز بیماریهای قلبی عروقی با ۱۶۰/۰۰۰ مورد مرگ در سال به عنوان عامل شماره یک مرگ و میر در نظر گرفته می شود. شیوع کلی این دسته از بیماریها در مردان انگلیسی ۶٪ و در زنان این کشور ۴/۱٪ می باشد. در سوئد نیز یک پنجم بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی دچار علائم بیماریهای کرونری هستند و ۲۰ هزار نفر از این افراد در سال تحت آنژیوگرافی قرار می گیرند (یولا و جرکر^۲، ۲۰۰۱، صفحه ۲۰۱). روند رو به رشد ابتلا به بیماریهای قلبی-عروقی مختص کشورهای غربی نمی باشد کیتا^۳ (۲۰۰۴) در مطالعه خود نشان داد که در حال حاضر در کشور ژاپن نیز این دسته از بیماریها به طور فزاینده ای در حال افزایش است (صفحه ۹). میانگین هزینه های درمانی و تشخیصی این بیماریها در امریکا از ۱۱/۶۱۱ دلار در سال ۱۹۹۳ به ۲۴/۸۹۳ دلار در سال ۲۰۰۳ افزایش یافته بود (آکسوی، کاپلی، کاسیم، کاسکانماز، کارتال، اوزیز^۴، ۲۰۰۳، صفحه ۴۰۴). در ایران نیز بیش از یک سوم مرگ های کشور به علت حوادث قلبی و عروقی بروز می کند. در حالیکه اغلب مرگ های ناشی از حوادث قلب و عروق در کشورهای پیشرفته در سنین بالای ۷۰ سال به وقوع می پیوندد این سنین در ایران زیر ۷۰ سال می باشد. (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵) و دومین و شایعترین علت مرگ و میر در هر دو جنس در کشورمان بیماری های قلبی عروقی است و از مجموع ۷۰۰-۸۰۰ مورد مرگ

¹-Twiss, E., Seaver, J., Ruth, M.C., Caffery, E.

²-Ulla, M., Jerker, E.

³-Kieta, T.

⁴-Aksoy, L., Kopeli, S., Kasim, A.B., Kusunmaz, B., Kartal, U., Oziz, E.

روزانه ۳۱۷ نفر به علت بیماری قلبی عروقی می میرند (فخرزاده، پورابراهیم، نوری، رامین، جوادی، رحیمی و همکاران، ۱۳۸۴، «صفحه ۴۲»). بر طبق آمار بهشت زهرای تهران هر ماهه بین ۹۰۰ تا ۱۲۰۰ نفر در شهر تهران به دلیل بیماری قلبی فوت می کنند که ۱۵ درصد موارد ناشی از اختلالات عروق کرونری می باشد (یشربى راد، عزیزى زاده، علیزاده، ۱۳۸۲، صفحه ۲۷). در سالهای اخیر روشهای نوین تشخیصی و درمانی بیماریهای قلب و عروق از میزان مرگ و میر حاصل از این بیماریها تا ۵۰٪ کاسته است (هاشمی، ۱۳۸۷، صفحه ۴). روشهای تشخیصی متفاوتی جهت بررسی بیماران مبتلا به مشکلات قلبی عروقی وجود دارد. با افزایش چشمگیر جراحیهای قلب، کاتتریسیم تشخیصی (آنژیوگرافی) قلبی یک پروسیجر متداول شده است. آنژیوگرافی عروق کرونر یک روش انتخابی برای تایید یا رد بیماریهای شریان کرونری و جمع آوری اطلاعات جهت تصمیم در مورد نیاز به درمان دارویی، آنژیوپلاستی یا جراحی بای پس عروق کرونر^۱ می باشد (وودز، سیواراجان، آندرهیل و بریجز^۲، ۲۰۰۵، صفحه ۴۰۹). در امریکا سالانه ۵۰۰ هزار نفر جهت تشخیص و درمان بیماریهای کرونری تحت آنژیوگرافی قرار می گیرند (دولینگ، تاد، سیسکین، استینکن، دولن و سان سیورو^۳، ۲۰۰۲، صفحه ۶۱۸). همچنین استفاده از روش تشخیص کاتتریسیم در ایران روند رو به رشدی داشته است به طوریکه در مطالعه ای که توسط حنیفی، احمدی، معماریان و خانی در سال ۱۳۸۴ در شهر زنجان انجام شد، نتایج نشان داده میزان کاتتریزاسیون قلبی در بیمارستان شهید بهشتی این شهر از ۷۸۰ مورد در سال ۱۳۸۰ به ۱۲۰۰ مورد در سال ۱۳۸۱ افزایش یافته است که رشدی ۵۶ درصدی داشته است (صفحه ۲۸۸). همچنین طبق آمار به دست آمده از دو بیمارستان امام خمینی و شریعتی تهران از فروردین ۱۳۷۹ تا اردیبهشت ۱۳۸۰، هفت هزار و دویست نفر در این مراکز تحت آنژیوگرافی کرونری قرار گرفتند (اثنی عشری، ۱۳۸۱، صفحه ۶). مطالعات نشان می دهد که پس از انجام کاتتریسیم به دلیل ترومای وارده به عروق عوارضی چون خونریزی، هماتوم و آمبولی در ناحیه دیستال از محل ورود کاتتر ممکن است رخ دهد (چیر، تایلور، لم^۴، ۲۰۰۳، صفحه ۴۷۳). عوارض عروقی شامل عوارض هموراژیک و

^۱ - Coronary Artery Bypass Graft

^۲ - Woods, S.L., Sivarajan, E., Underhill, S., Bridges, E.

^۳ - Dowling, K., Todd, D., Siskin, G., Stainken, B., Dolen, E., Sansivero, G. *et al*

^۴ - Chair, S.Y., Taylor, R.E., Lam, G.

ترومبوتیک می باشد که در این میان خونریزی از محل ورود کاتتر شایعترین عارضه می باشد. شیوع کلی عوارضی چون خونریزی، ترومبوز، آمبولی آنوریسم کاذب و فیستول شریانی وریدی از ۰/۴ تا ۰/۷ درصد گزارش گردیده است (دابز، والش، بک، دمکو، کاناز^۱، ۱۹۹۹، صفحه ۲۵). جهت جلوگیری از بروز این عوارض به ویژه خونریزی از ناحیه ورود کاتتر، بسته به خط مشی موسسه مربوطه ۲۴-۸ ساعت بیمار تحت استراحت مطلق در وضعیت خوابیده به پشت قرار می گیرد. لذا درد پشت به علت محدودیت حرکت و نیز بی حرکتی طولانی مدت در تخت رایج ترین شکایت این بیماران می باشد (چیروهمکاران، ۲۰۰۳، صفحه ۴۷۳). لاندن، بنگستون، لاندگرن^۲ (۲۰۰۶) در یک پژوهش کیفی با بررسی تجربیات بیماران حین و پس از آنژیوگرافی به این نتیجه دست یافتند که درد پشت یکی از مشکلات شایع پس از آنژیوگرافی است (صفحه ۲۷۸). مطالعات نشان می دهد که فشار داخل عضلانی در عضلات کمری ارتباط مستقیمی با پوزیشن و بار وارد شده به عضلات دارد (فاراسیا و موسن^۳، ۲۰۰۵، صفحه ۳۸۰)، همچنین بی حرکتی و استراحت طولانی در تخت در وضعیت خوابیده به پشت، منجر به احساس ناراحتی بیمار (از جمله احساس ناراحتی حین خوردن، برقراری ارتباط، تخلیه ادرار و مدفوع و ...) (کیلینگ، تایلور، نوردت، پاورز و فیشر^۴، ۱۹۹۶، صفحه ۲۷۳) و همچنین نقص در امر مراقبت از خود به علت محدودیت ایجاد شده می گردد. علاوه بر ناراحتی های جسمی در بیمار اثرات منفی روانی به علت اشکال در ارتباط با دیگران (چیروهمکاران، ۲۰۰۳، صفحه ۴۷۴) و نهایتاً اضطراب و خستگی در بیمار شیوع پیدا می کند که همه این مسائل می تواند منجر به افزایش بار کاری پرستاران در ارائه مراقبت به دلیل وجود عوارض ناخواسته ناشی از افزایش طول مدت استراحت مطلق در این بیماران گردد (دابز و همکاران، ۱۹۹۹، صفحه ۲۵) از آنجایی که هدف پرستاری سوق دادن بیمار به سوی پذیرفتن مسئولیت بیشتر در امر مراقبت از خود می باشد و از طرفی استراحت طولانی مدت در تخت باعث نقص در مراقبت از خود می گردد، کاهش زمان استراحت در تخت می تواند سبب ارتقاء در امر مراقبت از خود گردد. استراحت طولانی

¹ -Dabz, A., Walsh, R., Beck, J., Demco, S., Kanaskje, M.

² -Lunden, M.H. , Bengston, A., Lundgren, S.M.

³ -Farasya, A., Meeusen, R.

⁴ -Keeling, A., Taylor, V., Nordt, L.A., Powers, E., Fisher, C

مدت در تخت پس از کاتتریسم در افزایش هزینه های درمانی ناشی از بستری و همچنین کاهش رضایت بیمار از خدمات پرستاری نیز نقش اساسی دارد (چیر و همکاران، ۲۰۰۳، صفحه ۴۷۴). منس، سیمون، راسل^۱ (۲۰۰۱) نیز در مطالعه خود نشان دادند که وضعیت قرارگیری نامناسب در تخت با بروز دردهای عضلانی ارتباط مستقیم دارد (صفحه ۲۵۳). خوابیدن در یک وضعیت ثابت باعث ایسکمی در نقاط تحت فشار می گردد بطوریکه فشار وارد شده به بافت سبب کاهش جریان خون بستر عروقی بافت و موضع گردیده و در نهایت قطع جریان خون آن ناحیه رخ می دهد. قطع خونرسانی به ناحیه، منجر به ایسکمی سلول و درد حاصله، منجر به فعال شدن پاسخ استرس می گردد. که نتیجه آن فعال شدن سیستم سمپاتیک است که خود منجر به بالا رفتن ضربان قلب (یوردن، استیسی، لاف^۲، ۲۰۰۵، صفحه ۲۵۳، لو، زلتزر، تسائو کیم، تورک نالی بوف^۳، ۲۰۰۵، صفحه ۱۸۵) فشار خون (وودرو^۴، ۲۰۰۴، صفحه ۲۰، پیکرینگ^۵، ۲۰۰۳، صفحه ۳۵۷، بروئل، چانگ، وارد، جانسون، مک کوبین^۶، ۲۰۰۲، صفحه ۱۹۵) تعداد تنفس و کاهش حجم های ریوی و سرانجام این موارد ایسکمی میوکارد می شود (بریجز^۷، ۲۰۰۲، ص ۲۴). این نحوه وضعیت دهی بیمار از کاتتریسم براساس نظر پزشک معالج و مراقبتهای متداول (روتین) در هر بیمارستان است و مدت زمان ضروری جهت استراحت در تخت براساس مطالعات تجربی (کار آزمایشی های بالینی) تعیین نگردیده است. (مک کاب، مک فرسون، لس، ویور^۸، ۲۰۰۱، صفحه ۳۳۱) از طرفی گاهی اوقات به علت عدم حضور مداوم پزشک در بخش و یا بیمارستان جهت دستور خروج از تخت (برای بیمار)، گاهاً بیمار به مدت بسیار طولانی در تخت بستری می شود (دابز و همکاران، ۱۹۹۹، صفحه ۲۵۳). در بررسی های انجام شده مشخص گردیده است که کاهش مدت استراحت در تخت در وضعیت خوابیده به پشت و خارج کردن زود هنگام بیمار از تخت به طور معنی داری باعث بهبود میزان درد و راحتی بیمار از کاتتریسم بدون افزایش احتمال بروز خونریزی از محل ورود کاتتر می شود (روزنتین،

^۱-Mense, S., Simon, D.G., Russel, G.

^۲-Urden, L.D., Stacy, K.M., Logh, M.E.

^۳-Lu, Q., Zeltzer, L.K., Tsao, G.C.I., Kim, S.C., Turk, N., Nalibof, B.D.

^۴-Woodrow, P.

^۵-Pickering, T.G.

^۶-Bruehl, S., Chung, O.y., Ward, P., Johnson, B., Mc Cubbin, J.A.

^۷Brigges, E.

^۸-Mc Cabe, P.J., Mc Pherson, L.A., Lohse, C.M., Weaver, A.L.

کافری ، وینستین ، یروسیاوتسر^۱، ۲۰۰۴، صفحه ۲۲ ، تنگیز ، ارکان ، بوزدمیر ، دورماز^۲، ۲۰۰۳ ، صفحه ۹۳) . کاهش درد به طور مستقیم باعث افزایش میزان راحتی می گردد که هر دو این مفهوم در ارتباط با هنر پرستاری است(پوتر و پری^۳، ۲۰۰۷، صفحه ۱۱۸۳). کولکابا (۲۰۰۱) در " تئوری راحتی " خود آورده است که اقدامات مراقبتی پرستاری که تاثیر مثبت آنها به اثبات رسیده باشد ، باعث افزایش راحتی بیماران می گردد(صفحه ۸۸). در مطالعه ای که توسط چپرو همکاران در سال ۲۰۰۳ با هدف بررسی تاثیر تغییر وضعیت بر میزان درد کمرو عوارض عروقی انجام شد مشخص گردید که تغییر وضعیت بیمار در تخت می تواند درد کم بیماران را بدون افزایش خطر خونریزی کاهش دهد (صفحه ۴۷۸). همچنین در مطالعه ای که توسط گال ، تارک ، ناتاراجان و زمان^۴ در سال ۲۰۰۷ با هدف بررسی تاثیر کاهش مدت زمان استراحت در بستر به ۹۰ دقیقه انجام شد نشان داد که این افراد با افزایش معنی داری در میزان خونریزی و هماتوم روبرو نشدند و این مدت زمان استراحت در بستر را به عنوان یک شیوه ایمن و مقرون به صرفه معرفی کرده اند. اگر چه در پایان ذکر نموده است بهتر است مطالعات بیشتری در این رابطه صورت گیرد (صفحه ۳۵). همچنین در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۶ توسط دوایل ، کونز، لنون، برسناهان، ریهاال و تینگ^۵ به منظور بررسی تاثیر کاهش مدت زمان استراحت در تخت (۱ ساعت) بر عوارض پس از آنژیوگرافی انجام شد نشان داده شد این روش یک شیوه ایمن جهت خروج از تخت بیماران بدون افزایش خطر خونریزی و سایر عوارض عروقی است (،صفحه ۱۵۳۸). در کشور ایران نیز در بسیاری از موارد مشاهده گردیده که استراحت طولانی مدت در وضعیت خوابیده به پشت باعث شکایت دائم بیماران از درد کمر می شود و در بسیاری از موارد مشاهده شده که توان کاری پرستار جهت قانع کردن بیمار در مورد عدم تغییر وضعیت ، هدر می رود. از طرف دیگر به دلیل عقاید مذهبی و زمینه های فرهنگی خاص در کشورمان بسیاری از بیماران اکراه شدیدی نسبت به انجام عمل دفع در تخت دارند که خود این امر از جمله علل پا فشاری بیماران جهت خارج شدن سریعتر از تخت جهت برآوردن نیازهای مربوطه

¹- Rosentin, G., Cafri, C., Weinstein, J.M., Yerosiavtser, S.

²-Tengiz, I., Ercan, E., Bozdemir, H., Dormaz, O.

³-Potte, P.A., Perry, A.G

⁴-Gall, S., Tarique, A., Natarajan, A., Zaman, A.

⁵-Doyl, B.J., Konz, B.A., Lennon, R. J., Bresnahan, J.F., Rihal, C.S., Ting, H.H.

می باشد ، در مواردی حتی مشاهده شده که بیماران با وجود نیاز به انجام عمل دفع ، خود را تا زمان مجاز جهت خروج از تخت کنترل کرده اند(رضایی آدریانی ،۱۳۸۵،صفحه ۹). طولانی بودن مدت زمان استراحت مطلق در تخت در وضعیت خوابیده به پشت باعث بروز مشکلات دیگری مانند افزایش مدت زمان بستری بودن در بیمارستان و به دنبال آن افزایش میزان هزینه های درمانی و افزایش میزان استفاده بیمار از خدمات درمانی(که خدمات پرستاری بخش عمده آن را تشکیل می دهد) و نهایتاً وارد شدن هزینه های اضافی به سیستم بهداشت و درمان می شود(روزتین و همکاران،۲۰۰۴،صفحه ۲۳). با توجه به اینکه تاکنون مطالعات اندکی در زمینه کاهش طول مدت استراحت و تغییر وضعیت در تخت بعد از کاتتریسیم تشخیصی درایران صورت گرفته و نتایج تحقیقات کارآزمایی بالینی بر خلاف توصیه استراحت طولانی مدت در تخت بعد از کاتتریسیم می باشد واینکه پژوهشگر در تجربیات شخصی خود با بیمارانی مواجه شده که اغلب پس از کاتتریسیم از کمردرد و کاهش میزان راحتی شاکی بوده و احساس نارضایتی از قرارگیری طولانی مدت و بدون تحرک در این وضعیت داشته اند، لذا به نظر می رسد انجام مطالعه ای در این زمینه ضروری باشد.

هدف کلی

تعیین تاثیر تغییر وضعیت بدنی بر عوارض بعد از کاتتریسیم تشخیصی قلبی

اهداف ویژه

۱. مقایسه شدت کمردرد در بدو ورود به بخش در گروه کنترل و مداخله
۲. مقایسه میزان راحتی در بدو ورود به بخش در گروه کنترل و مداخله
۳. مقایسه میزان خونریزی در بدو ورود به بخش در گروه کنترل و مداخله
۴. مقایسه میزان اکیموز در بدو ورود به بخش در گروه کنترل و مداخله
۵. مقایسه میزان هماتوم در بدو ورود به بخش در گروه کنترل و مداخله
۶. مقایسه شدت کمردرد ۶ ساعت بعد از مطالعه در گروه کنترل و مداخله
۷. مقایسه میزان راحتی ۶ ساعت بعد از مطالعه در گروه کنترل و مداخله
۸. مقایسه میزان خونریزی ۶ ساعت بعد از مطالعه در گروه کنترل و مداخله
۹. مقایسه میزان اکیموز ۶ ساعت بعد از مطالعه در گروه کنترل و مداخله
۱۰. مقایسه میزان هماتوم ۶ ساعت بعد از مطالعه در گروه کنترل و مداخله
۱۱. مقایسه شدت کمردرد ۲۴ ساعت بعد از مطالعه در گروه کنترل و مداخله
۱۲. مقایسه میزان راحتی ۲۴ ساعت بعد از مطالعه در گروه کنترل و مداخله
۱۳. مقایسه میزان خونریزی ۲۴ ساعت بعد از مطالعه در گروه کنترل و مداخله
۱۴. مقایسه میزان اکیموز ۲۴ ساعت بعد از مطالعه در گروه کنترل و مداخله
۱۵. مقایسه میزان هماتوم ۲۴ ساعت بعد از مطالعه در گروه کنترل و مداخله
۱۶. مقایسه میزان خونریزی ۷ روز بعد از مطالعه در گروه کنترل و مداخله
۱۷. مقایسه میزان اکیموز ۷ روز بعد از مطالعه در گروه کنترل و مداخله
۱۸. مقایسه میزان هماتوم ۷ روز بعد از مطالعه در گروه کنترل و مداخله

فرضیات پژوهش

۱. شدت کمردرد در بیماران تحت کاتتریسم تشخیصی قلب با تغییر وضعیت در تخت و خروج زودتر از موعد کاهش می یابد.
۲. میزان راحتی در بیماران تحت کاتتریسم تشخیصی قلب با تغییر وضعیت در تخت و خروج زودتر از موعد افزایش می یابد.
۳. میزان خونریزی در بیماران تحت کاتتریسم تشخیصی قلب با تغییر وضعیت در تخت و خروج زودتر از موعد تغییر نمی کند.
۴. میزان اکیموز در بیماران تحت کاتتریسم تشخیصی قلب با تغییر وضعیت در تخت و خروج زودتر از موعد تغییر نمی کند.
۵. میزان هماتوم در بیماران تحت کاتتریسم تشخیصی قلب با تغییر وضعیت در تخت و خروج زودتر از موعد تغییر نمی کند.

تعریف واژه ها

تغییر وضعیت^۱ (تعریف نظری):

جابه جایی و تغییر حالت هدفمند بدن و یا اعضاء جهت بهبود سلامت جسمی و یا روحی را گویند (آندرسون آندریوز، آندریوز، آشر، بیت، بامر و همکاران^۲، ۲۰۰۶، صفحه ۲۵۳).

تغییر وضعیت (تعریف عملی):

در این پژوهش منظور از تغییر وضعیت بیماران، استراحت بیمار در تخت در یک ساعت اول بعد از کاتتریسم در وضعیت خوابیده به پشت و زاویه سر بیمار ۱۵ درجه، سپس به مدت یک ساعت در زاویه ۳۰ درجه

¹-Change Position

²- Andereasen, C., Andrews, A.J., Andrews, C., Ascher, L., Bates, P.M., Baummer, C.L. et al