

بررسی کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری بعد از عمل جراحی به بیماران بستری در بخش‌های جراحی عمومی مراکز آموزشی، درمانی شهر رشت

پژوهش از: مرکان بقایی - شیرین حنرودی*

چکیده

این تحقیق مطالعه‌ای توصیفی می‌باشد که به منظور بررسی کیفیت مراقبت پرستاری پس از عمل جراحی در بیماران بستری در بخش‌های جراحی عمومی انجام شده است. نمونه‌های پژوهش را ۳۹ بیمار تحت جراحی‌های شکم و قفسه سینه تشکیل می‌دادند که در مرحله پس از عمل جراحی و پس از ورود به بخش‌های جراحی به روش تصادفی انتخاب می‌شدند. ابزار گردآوری داده‌ها چک لیستی مشتمل بر هفت بخش بود که بر روش مشاهده توسط پژوهشگران تکمیل شده است. یافته‌های پژوهش نشان دادند که تمامی (۱۰۰٪) مراقبت‌های ارائه شده در زمینه کنترل وضعیت خورسانی بافتی نامطلوب و در زمینه حفاظت و ایمنی و حفظ حرارت مطلوب بود. ۱۵/۴ درصد از مراقبت‌های پرستاری مربوط به مایعات و الکترولیتها ۱۶/۷ درصد حفظ راحتی بیمار مطلوب بود. علاوه بر آن اکثر موارد مراقبت‌های فراهم شده در زمینه مراقبت از زخم (۷۷٪) نامطلوب بود. در کل یافته‌های پژوهش در ارتباط با هدف کلی نشانگر آن بود که فقط ۷/۷ درصد مراقبت‌های پرستاری ارائه شده در مرحله پس از عمل جراحی در حد مطلوب بوده است.

مقدمه:

درمان بیماری یا صدمه غالب مواقع با روشی تهاجمی از درمان بنام عمل جراحی همراه می‌باشد. در جهان روزانه هزاران نفر تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند (الیس و نولیس ۱۹۹۴^۱) که نشانگر وسعت استفاده از این روش درمانی در جامعه می‌باشد این روش درمانی بدون توجه به وسعت و عامل آن واقعه‌ای تنیدگی آور برای مددجو و خانواده وی بوده و موجب تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی بسیار

در مددجو خواهد شد که نیازمند سازگاری وی با این تغییرات است (تیلور^۲ ۱۹۹۷). شوارتز و همکاران (۱۹۹۴) نیز ضمن تأکید بر این نکته شیوع عوارض بعد از عمل را با آمار ۴ درصد احتباس ادراری. ۵۰ تا ۹۰ درصد مرگ و میر ناشی از بروز نارسایی حاد کلیه و ۲۵ درصد مرگ و میر ناشی از عوارض تنفسی (آتלקتازی، پنومونی، ادم ریوی، نارسایی تنفسی و سندروم دسترس تنفسی بزرگسالان) و ۱/۰ تا ۷/۰ درصد آنفارکتوس قلبی در جراحی‌های عمومی عنوان نموده‌اند.

*کارشناس ارشد پرستاری داخلی - جراحی و عضو هیئت علمی دانشکده

پرستاری مامایی شهید بهشتی رشت

تدابیر خاص مربوط به عامل ناراحتی)، ۶) بهبود تغذیه و دفع، ۷) تسریع بهبودی زخم (بررسی زخم از نظر ترشحات و قرمزی)، ۸) حفظ و بهبود فعالیت و حرکت و ۹) حمایت عاطفی مناسب طبقه‌بندی کرده است.

بنابراین تمرکز اصلی پرستار در مراقبت پس از عمل، پیشگیری از عوارض در صورت امکان و شناسایی آنها در زودترین زمان ممکن است (الیس و نولیس ۱۹۹۴) از این رو مراقبت آگاهانه و ماهرانه از مددجو در مرحله پس از عمل برای بهبودی موفقیت‌آمیز بیمار تحت جراحی ضروری است (تیلور و همکاران ۱۹۹۷).

پژوهشگران با داشتن سابقه آموزش بالینی در بخشهای جراحی و شناخت اثرات مثبت مراقبت صحیح بر اساس فرایند پرستاری و طبق استانداردهای موجود بر پیش‌آگهی بیماران در مرحله بعد از عمل جراحی، بر آن شدند که نحوه مراقبت پرستاری از بیماران بعد از جراحی در مراکز آموزشی - درمانی شهر رشت را مورد بررسی و مطالعه قرار دهند، تا شاید با کسب اطلاعات دقیق نسبت به وضعیت موجود مراقبتی و شناخت نقاط ضعف و قوت آن، گامی در جهت اجرای صحیح این مراقبت‌ها برداشته باشند.

اهداف پژوهش:

هدف کلی:

تعیین کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری بعد از عمل جراحی به بیماران بستری در بخشهای جراحی عمومی مرکز آموزشی درمانی شهر رشت.

اهداف ویژه:

- ۱ - تعیین کیفیت ارائه مراقبت پرستاری بعد از عمل جراحی به بیماران بستری در بخشهای جراحی عمومی مراکز آموزشی - درمانی شهر رشت در رابطه با سیستم تنفسی.
- ۲) تعیین کیفیت ارائه مراقبت پرستاری بعد از عمل جراحی به بیماران بستری در بخشهای جراحی عمومی مراکز آموزشی -

موارد ذکر شده نشانگر لزوم تلاشهای بسیار تمامی اعضای تیم مراقبتی - بهداشتی به منظور آماده‌سازی کافی بیمار و خانواده برای تجربه جراحی و مراقبت مؤثر از آنان در مرحله بعد از عمل جراحی می‌باشد (الیس و نولیس ۱۹۹۴). در این رابطه شوارتز و همکاران (۱۹۹۴) عنوان می‌کنند که مراقبت کامل از بیمار نیازمند آگاهی کامل از عوارض احتمالی دوره قبل و بعد از عمل است. زیرا برخی از این عوارض و مشکلات جدی و احتمالاً کشنده از طریق ارزیابی کامل قبل از عمل، آمادگی بیمار، تکنیکهای دقیق جراحی و مشاهده دقیق بعد از عمل جراحی قابل پیشگیری می‌باشند. در این میان پرستاران با داشتن بیشترین امکان تماس و طولانی بودن زمان ارتباط با بیمار نقش مهمی را ایفاء می‌کنند به عبارتی مراقبت پرستاری از بیمار تحت جراحی، دارای اهمیت خاص بوده و نیازمند آگاهی از فرایند پرستاری و داشتن مهارت‌های تکنیکی و احساس مسئولیت در تمامی مراحل جراحی است (بلاک و جاکوبس^۱ ۱۹۹۷).

در این مسیر استانداردهای پرستاری به دلیل تعریف مسئولیت‌های پرستار حرفه‌ای در مراکز جراحی می‌توانند راهنمای مفیدی برای پرستاران باشند و تمامی پرستاران نیازمند شناخت این استانداردها به منظور درک حیطه فعالیتی و مسئولیت خود نسبت به مرکز، همکاران، جامعه و از همه مهمتر بیماران می‌باشند (کراون^۲ ۱۹۹۵) از طرف دیگر با استفاده از این استانداردها و اجرای مراقبت پرستاری دقیق بر اساس فرآیند پرستاری می‌توان از بسیاری عوارض ذکر شده پیشگیری نمود و یا آنها را سریعاً شناسایی و درمان مناسب با آن را انجام داد (الیس و نولیس ۱۹۹۴).

بلاک متاسارین جاکوبس^۳ (۱۹۹۷)، اهداف مراقبتی پرستاران در مرحله بعد از جراحی را در ۹ دسته ۱) حفظ هموستاز و پیشگیری از عوارض ۲) حفظ راه هوایی و بهبود فعالیت تنفسی (تشویق به سرفه و تمرینات تنفسی عمیق و کنترل خلط)، ۳) حفظ فعالیت قلبی و بهبود خون‌رسانی بافتی (کنترل فشار خون و نبض)، ۴) حفظ تعادل مایعات و الکترولیتها و فعالیت کلیوی (ثبت دقیق مایعات جذب و دفع شده، بررسی الکترولیت‌های سرم)، ۵) ارتقاء راحتی و استراحت (بررسی درد، تغییر وضعیت بیمار، دادن مسکن و

1 - Black & metassarian Jacobs.

2 - Craven

3 - Black & metassarian Jacobs

درمانی شهر رشت در رابطه با کنترل وضعیت خون‌رسانی بافتی.

(۳) تعیین کیفیت ارائه مراقبت پرستاری بعد از عمل جراحی به بیماران بستری در بخش‌های جراحی عمومی مراکز آموزشی - درمانی شهر رشت در رابطه با کنترل تعادل مایعات و الکترولیتها.

(۴) تعیین کیفیت ارائه مراقبت پرستاری بعد از عمل جراحی به بیماران بستری در بخش‌های جراحی عمومی مراکز آموزشی - درمانی شهر رشت در رابطه با حفظ راحتی بیمار.

(۵) تعیین کیفیت ارائه مراقبت پرستاری بعد از عمل جراحی به بیماران بستری در بخش‌های جراحی عمومی مراکز آموزشی - درمانی شهر رشت در رابطه با مراقبت از زخم جراحی.

(۶) تعیین کیفیت ارائه مراقبت پرستاری بعد از عمل جراحی به بیماران بستری در بخش‌های جراحی عمومی مراکز آموزشی - درمانی شهر رشت در رابطه با حفاظت و ایمنی بیمار.

(۷) تعیین کیفیت ارائه مراقبت پرستاری بعد از عمل جراحی به بیماران بستری در بخش‌های جراحی عمومی مراکز آموزشی - درمانی شهر رشت در رابطه با حفظ حرارت بیمار.

نوع پژوهش:

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی است که به منظور بررسی کیفیت مراقبت‌های پرستاری بعد از عمل جراحی از بیماران بستری در بخش‌های جراحی عمومی مراکز آموزشی درمانی شهر رشت در سال ۱۳۷۷ انجام گرفته است.

این پژوهش تک متغیری بوده و داده‌های آن از نوع کیفی و بر حسب مقیاس سنجش اسمی و رتبه‌ای است.

این مطالعه تک گروهی و تک مرحله‌ای است بدین معنا که داده‌ها در یک مرحله از آزمودنیها گردآوری شده است.

نمونه پژوهش:

نمونه‌های این تحقیق بیماران تحت عمل جراحی شکمی و قفسه سینه بودند که در زمان گردآوری اطلاعات در شیفت صبح تحت عمل جراحی قرار گرفته و بعد از انتقال به

بخش جراحی مورد مراقبت قرار گرفته‌اند.

روش انتخاب نمونه این پژوهش تصادفی بود، پژوهشگران با مراجعه روزانه در شیفت صبح به محیط پژوهش، تعداد نمونه مورد نظر را از تاریخ شروع پژوهش تا تکمیل تعداد حجم نمونه بطور تصادفی انتخاب کرده‌اند (با مراجعه یک روز در میان به هر یک از مراکز آموزشی درمانی که بعنوان محیط پژوهش انتخاب شده بودند).

تعداد نمونه‌های این پژوهش ۳۹ نفر از بیماران تحت جراحی شکمی و قفسه سینه بود که پس از خروج از اتاق بهبودی و انتقال به بخش جراحی، مورد مراقبت قرار گرفته بودند.

محیط پژوهش:

محیط پژوهش، محیطی طبیعی و مشتمل بر بخش‌های جراحی عمومی مردان و زنان در مراکز آموزشی - درمانی شهر رشت بود.

ابزار و گردآوری داده‌ها:

ابزار و گردآوری داده‌ها در این پژوهش برگه مشاهده (چک لیست) دارای ۷ قسمت مشتمل بر مراقبت از راه هوایی و فعالیت تنفسی (۱۰ عبارت) کنترل وضعیت خون‌رسانی بافتی عبارت کنترل تعادل آب و الکترولیتها (۵ عبارت)، حفظ راحتی بیمار (۷ عبارت)، مراقبت از زخم جراحی (۲ عبارت)، حفاظت و ایمنی (۱۲ عبارت) و حفظ حرارت (۲ عبارت) بود.

به منظور تعیین اعتبار علمی برگه مشاهده از روش اعتبار محتوا استفاده شد. اعتماد علمی برگه مشاهده استفاده از روش آزمون همزمان (با همکاری ۲ پژوهشگر) تعیین گردید که با توجه به همبستگی نتایج حاصل به میزان بیش از ۹۵ درصد، اعتماد علمی آن تأیید گردید.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:

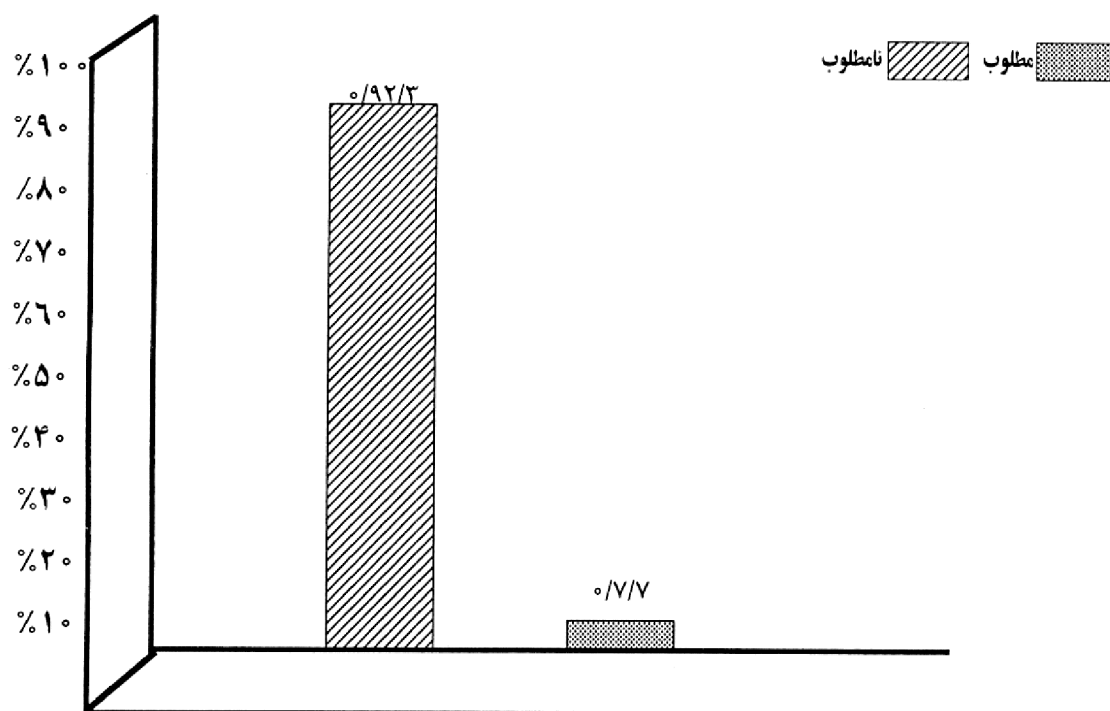
با توجه به برگه مشاهده که در مقابل هر عبارت سه ستون بلی، خیر و موردی نداشت در نظر گرفته شده است، به اقدامات مراقبتی مورد مشاهده امتیاز یک (۱) به اقدامات مراقبتی انجام نشده و یا انجام غیر صحیح اقدامات امتیاز

(۳ - ۰) طبقه‌بندی گردید. در رابطه با سومین هدف که تعیین کیفیت ارائه مراقبت پرستاری بعد از عمل جراحی به بیماران در زمینه کنترل مایعات و الکترولیتها بود نیز ۵ عبارت طرح گردید که به دو دسته مطلوب (۴ - ۵) و نامطلوب (۳ - ۰) طبقه‌بندی شد.

در رابطه با چهارمین هدف پژوهش که تعیین کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری بعد از عمل جراحی به بیماران در زمینه حفظ راحتی بود، ۷ عبارت طرح که نتایج نهایی به دو دسته مطلوب (۷ - ۵) و نامطلوب (۴ - ۰) طبقه‌بندی شد در ارتباط با هدف پنجم یعنی تعیین کیفیت ارائه مراقبت پرستاری از زخم جراحی، ۲ عبارت طرح گردید که نتایج به دو دسته نامطلوب (۰ - ۰) و مطلوب (۲ - ۱) و در خصوص هدف ششم که تعیین کیفیت مراقبت پرستاری بعد از عمل جراحی در زمینه حفاظت و ایمنی بیمار بود، ۱۲ عبارت با دو دسته مطلوب (۱۲ - ۸) و نامطلوب (۸ - ۰) و همچنین در رابطه با هدف هفتم که تعیین کیفیت مراقبت پرستاری در زمینه حفظ حرارت بیمار بود، ۲ عبارت طرح گردید که نتایج به دو دسته مطلوب (۲ - ۱) و نامطلوب (۰ - ۰) طبقه‌بندی شد.

صفر (۰) داده شده و مواردی که جزء موردی نداشت محسوب می‌شد از محاسبات کنار گذاشته شدند. به منظور تعیین کیفیت ارائه مراقبت‌ها با توجه به تعداد موارد مشاهده شده در هر یک از بخشهای مورد نظر و معیار سنجش که موارد بلی بوده است و میزان امتیاز کسب شده بر حسب تعداد سوالات مربوط به هر بخش، تجزیه و تحلیل لازم صورت گرفت و نتایج به دو دسته مطلوب و نامطلوب طبقه‌بندی شد. جهت دستیابی به هدف اول پژوهش یعنی «تعیین کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری بعد از عمل جراحی به بیماران در رابطه با سیستم تنفسی»، ۱۰ عبارت در نظر گرفته شده است که نسبت مقدار مراقبت‌های ارائه شده در هر یک از موارد به تعداد کل مراقبت‌های مورد لزوم برای هر یک از واحدهای مورد پژوهش محاسبه شد و سپس بر حسب آن کیفیت‌ها به دو دسته مطلوب (۱۰ - ۷) و نامطلوب (۶ - ۰) طبقه‌بندی شد.

در رابطه با دومین هدف پژوهش که تعیین کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری بعد از عمل جراحی به بیماران در رابطه با کنترل وضعیت خورسانی بافتی می‌باشد، ۵ عبارت طرح گردید که نتایج به دو دسته مطلوب (۵ - ۴) و نامطلوب



نمودار شماره ۱: توزیع فراوانی نسی واحدهای مورد پژوهش بر حسب امتیازات کسب شده در رابطه با کیفیت مراقبت‌های پرستاری بعد از عمل جراحی

بحث و بررسی یافته‌ها:

یافته‌ها نشان می‌دهند که از تعداد کل واحدهای مورد پژوهش (۳۹ نفر)، ۱۵ نفر (۳۸/۵٪) در بیمارستان رازی و ۲۴ نفر (۶۱/۵٪) در بیمارستان پورسینا مورد مطالعه قرار گرفته‌اند.

براساس یافته‌های این پژوهش بیشترین درصد (۱۰۰٪) اقدامات ارایه شده مرتبط با سیستم تنفسی مربوط به دادن اکسیژن در مواقع نیاز و پائین‌ترین درصد (۰٪) مراقبت‌ها مربوط به کنترل تعداد و نوع تنفس در ساعت دوم و سمع ریه‌ها بوده است و در کل ۱۰۰ درصد مراقبت‌ها در این حیطه نامطلوب است.

بررسی نتایج نشان می‌دهد که کنترل تعداد و نوع تنفس در ۹۲/۳ درصد و تأکید بر تنفس عمیق و سرفه مؤثر در ۵۳/۱۵ درصد از موارد انجام شده است. در صورتی که انجام این اقدامات از ضروریات بعد از عمل جراحی است. چنانچه کوپزر و ارب^۱ (۱۹۹۵) می‌نویسند: پرستار باید بیمار را به انجام تمرینات تنفسی عمیق و سرفه مؤثر در هر ساعت از زمان بیداری تشویق نماید. پژوهشگران معتقدند که عدم اجرای مراقبت‌های فوق توسط پرسنل پرستاری می‌تواند به دلیل کمبود تعداد پرستاران هر بخش تعداد زیاد بیماران تحت عمل جراحی، عدم وجود برنامه‌های آموزش ضمن خدمت و عدم پیگیری مدیران پرستاری در ارتباط با مراقبت‌های تنفسی باشد.

یافته‌های مرتبط با هدف دوم پژوهش یعنی تعیین کیفیت مراقبت‌های پرستاری ارایه شده در رابطه با کنترل وضعیت خون‌رسانی بافتی (جدول ۱) نشان می‌دهند که بیشترین درصد (۸۴/۶٪) مراقبت‌های ارایه شده مربوط به بررسی سطح هوشیاری و کمترین درصد (۰٪) مربوط به کنترل نبض و فشار خون در ساعت دوم بوده است. در حالی که کنترل علائم حیاتی بیمار از مهمترین مراقبت‌ها جهت تعیین و بررسی وضعیت بیمار در ساعات اول بعد از عمل جراحی است. پوتر و پری^۲ (۱۹۹۵) می‌نویسند که پرستار بطور معمول وضعیت مددجو را باید هر ۱۵ دقیقه مورد بررسی قرار دهد و در

صورت، نیاز کنترل علائم حیاتی باید به دفعات بیشتر و فاصله کمتر صورت پذیرد.

اطلاعات گردآوری شده در رابطه با سومین هدف پژوهش، یعنی تعیین کیفیت مراقبت‌های پرستاری بعد از عمل در زمینه کنترل تعادل مایعات و الکترولیتها و فعالیت کلیوی، نشانگر آن بودند که بیشترین درصد (۲۵٪) مراقبت‌های انجام شده مربوط به ثبت مایعات جذب و دفع شده و کمترین درصد (۱۰٪) مربوط به بررسی مثانه از نظر احتباس ادرار بوده است. نتایج نشان می‌دهند که فقط ۱۵/۴ درصد از مراقبت‌های مربوطه در حد مطلوب بوده است. در صورتی که روزدال^۳ (۱۹۹۵) می‌نویسد که ثبت دقیق مایعات جذب و دفع شده، (شامل هر نوع مایعات وریدی و خوراکی و هر گونه درناژ، ادرار و استفراغ) ضروری است، که باید حداقل به مدت ۲ روز یا تا زمان ثابت شدن تعادل آب و الکترولیتها ادامه یابد در ارتباط با کنترل مثانه نیز پوتروپری (۱۹۹۵) معتقد بودند که بیمار را باید مکرراً از نظر نیاز به ادرار کردن و مثانه را از نظر احتباس در مرحله بعد از جراحی بررسی نمود. پژوهشگران معتقدند که احتمالاً علت کیفیت نامطلوب این مراقبت‌ها بر بالین بیمار، کمبود آگاهی پرستاران از اهمیت این مراقبت در بیماران و نبود پروتکل رسمی از طرف مرکز آموزشی درمانی جهت بررسی مایعات جذب و دفع شده بیماران است.

جهت دستیابی به هدف چهارم پژوهش، یعنی تعیین کیفیت مراقبت‌های بعد از عمل در رابطه با حفظ راحتی بیمار، جدول شماره ۲ تنظیم گردیده است. اطلاعات بیانگر آن است که بیشترین درصد (۸۳/۳٪) مربوط به بررسی علت درد و کمترین درصد (۰٪) مرتبط با تغییر یا اصلاح وضعیت بوده است. این جدول نشانگر آن است که فقط در ۲۰ درصد موارد در صورت نیاز بیمار، به وی مسکن تزریق شده است. در خصوص اهمیت حفظ راحتی بیمار، پوتر و

1 - Kozier & Erb

2 - Potter & perry

3 - Rosdhal

حرارت برای واحدهای مورد پژوهش انجام شده است. جدول شماره ۵ توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نحوه ارایه مراقبت‌های مرتبط با هدف کلی نشانگر آنست که بالاترین درصد کیفیت مطلوب (۱۰۰٪) مربوط به حفاظت و ایمنی و حفظ حرارت بیمار و کمترین درصد مراقبت‌های ارایه شده با کیفیت مطلوب (۰٪) مربوط به سیستم تنفسی و خونرسانی بافتی بوده است.

در حالی که بیمار باید در بدو پذیرش در بخش، از نظر کیفیت تنفس شامل تعداد، عمق و صدای تنفسی مورد بررسی قرار گرفته و در مورد تغییر وضعیت، سرفه و تنفس عمیق توضیحات لازم را دریافت نماید (اسملتزر و بار ۱۹۹۶).

نمودار شماره ۱ مرتبط با امتیازات کسب شده در رابطه با کیفیت مراقبت‌های پرستاری بعد از عمل جراحی نشانگر آنست که فقط ۷/۷ درصد از مراقبت‌های پرستاری بعد از عمل جراحی در حد مطلوب بوده است. پژوهشگران معتقدند که کیفیت نامطلوب مراقبت‌های بعد از عمل جراحی می‌تواند احتمالاً ناشی از کمبود امکانات کافی، کمی تعداد کارکنان پرستاری، عدم وجود پروتکل مراقبتی خاص، عدم نظارت و کنترل مناسب و دقیق و فقدان برنامه‌های آموزش ضمن خدمت برای پرستاران بخش‌های جراحی باشد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مراقبت‌های

پرستاری ارائه شده در رابطه با کنترل وضعیت خونرسانی بافتی

ارائه مراقبت	نسبی		خبر		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مرتبط با کنترل خونرسانی	۳۳	۸۴/۶	۶	۱۵/۴	۳۹	۱۰۰
بررسی سطح هوشیاری	۳۳	۸۴/۶	۶	۱۵/۴	۳۹	۱۰۰
کنترل نبض در ساعت اول	۳	۷/۷	۳۶	۹۲/۳	۳۹	۱۰۰
کنترل نبض در ساعت دوم	۰	۰	۳۹	۱۰۰	۳۹	۱۰۰
کنترل BP در ساعت اول	۶	۱۵/۴	۳۳	۸۴/۶	۳۹	۱۰۰
کنترل BP در ساعت دوم	۰	۰	۳۹	۱۰۰	۳۹	۱۰۰

پری (۱۹۹۵) می‌نویسند که پرستار باید درد بیمار را به طور کامل بررسی نماید، و نباید درد را صددرصد با انسزیون جراحی مرتبط بداند و هنگامی که مددجو درخواست مسکن می‌کند، باید ماهیت و خصوصیات درد تعیین شده و تا حد امکان تسکین لازم برای وی فراهم شود.

به نظر پژوهشگران عدم استفاده کافی از مسکن‌ها در مرحله بعد از عمل جراحی به علت وجود این دیدگاه است که بیمار تا مدت‌ها بعد از عمل جراحی نباید مسکن دریافت کند تا اثرات داروهای بیهوشی و مسکن ضرری بر وی وارد نسازد. جدول شماره ۳ جهت تعیین کیفیت مراقبت‌های پرستاری بعد از عمل در رابطه با مراقبت از زخم جراحی که هدف پنجم این پژوهش بود، نشان می‌دهد که بیشترین درصد (۹۲/۳٪) مراقبت‌های مربوط به بررسی پانسمان از نظر خونریزی و ترشحات انجام شده و فقط ۲۳ درصد موارد بر حفاظت از زخم جراحی در هنگام سرفه تأکید داشته‌اند.

در ارتباط با هدف ششم پژوهش یعنی تعیین کیفیت ارایه مراقبت‌ها در رابطه با حفاظت و ایمنی، جدول شماره ۴ نشانگر آن است که بیشترین درصد (۱۰۰٪) مراقبت‌های ارایه شده مرتبط با وجود ساکشن آماده در بخش، بررسی لوله‌های متصل از نظر باز بودن آنها، قراردادن کیسه‌های تخلیه درناژ در وضعیت صحیح و مراقبت‌های مرتبط با مسیر داخل وریدی بوده است.

پژوهشگران یکی از دلایل این آمار مطلوب را کنترل و نظارت موجود در سیستم بیمارستانها در ارتباط با موارد ذکر شده می‌دانند. مواردی که آمار کمی را به خود اختصاص می‌دهد: شامل بالا قراردادن نرده‌های تخت تا هوشیاری کامل (۳۳/۳٪) و ثبت ترشحات از نظر رنگ و مقدار آن (۴۴/۴٪) بوده است. در حالی که پولاسکی و تاترو^۱ (۱۹۹۶) می‌نویسند که پرستار باید تمامی لوله‌های متصل به بیمار (شامل سند، هموواک، درن‌ها و ...) را مورد بررسی قرار داده و مقدار ترشحات را ثبت نماید. همچنین نتایج بررسی‌های آماری در زمینه هدف هفتم پژوهش نشانگر آن است که ۱۰۰ درصد موارد مرتبط با حفظ

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مراقبت‌های پرستاری بعد از عمل ارائه شده در رابطه با حفظ راحتی

ارائه مراقبت		نسبی		خیبر		موردی داشت		جمع	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
مراقبت در رابطه با حفظ راحتی									
بررسی علت درد		۸۳/۳	۱۵	۱۶/۷	۳	۲۱	۲۱	۱۸	۱۰۰
تغییر / اصلاح وضعیت		۰	۰	۱۰۰	۶	۳۳	۳۳	۶	۱۰۰
مسکن		۲۰	۳	۱۲	۱۲	۸۰	۲۴	۱۵	۱۰۰

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مراقبت‌های پرستاری بعد از عمل در رابطه با مراقبت از زخم جراحی

ارائه مراقبت		نسبی		خیبر		جمع	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
مراقبت مربوط به زخم جراحی							
بررسی پانسمان از نظر خونریزی و ترشحات		۹۲/۳	۳۶	۷/۷	۳	۷/۷	۳۹
تأکید بر حفاظت از زخم جراحی هنگام سرفه		۲۳	۹	۳۰	۳۰	۷۷	۳۹

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مراقبت‌های پرستاری بعد از عمل در رابطه با حفاظت و ایمنی

ارائه مراقبت		نسبی		خیبر		موردی داشت		جمع	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
مراقبت در رابطه با حفاظت و ایمنی									
آماده بودن تخت بعد از عمل		۹۲/۳	۳۶	۷/۷	۳	۰	۰	۳۹	۱۰۰
آماده بودن رسیور در اطاق		۷/۷	۳	۹۲/۳	۳۶	۰	۰	۳۹	۱۰۰
آماده بودن ساکشن در بخش		۱۰۰	۳۹	۰	۰	۰	۰	۳۹	۱۰۰
وجود Air way در ترالی اورژانس		۷۷	۳۰	۹	۹	۲۳	۲۳	۳۹	۱۰۰
قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب		۹۲/۳	۳۶	۷/۷	۳	۰	۰	۳۹	۱۰۰
بالا قرار دادن نرده‌های تخت تا هوشیاری کامل		۳۳/۳	۶	۱۲	۱۲	۶۶/۷	۲۱	۱۸	۱۰۰
کنترل لوله‌ها از نظر باز بودن لوله‌ها		۱۰۰	۲۷	۰	۰	۰	۰	۲۷	۱۰۰
ثبت ترشحات از نظر رنگ و مقدار		۴۴/۴	۱۲	۵۵/۶	۱۵	۰	۰	۲۷	۱۰۰
قرار دادن کیسه‌های تخلیه در نازد در وضعیت صحیح		۱۰۰	۲۷	۰	۰	۰	۰	۲۷	۱۰۰
کنترل باز بودن راه وریدی		۱۰۰	۳۹	۰	۰	۰	۰	۳۹	۱۰۰
تنظیم فطرات مایع وریدی طبق تجویز		۱۰۰	۳۹	۰	۰	۰	۰	۳۹	۱۰۰
وجود برچسب مشخصات بر روی سرم		۱۰۰	۳۹	۰	۰	۰	۰	۳۹	۱۰۰

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نحوه مراقبتها

مراقبتها مرتبط با:		مطلوب (≤ 60)		نامطلوب (> 60)		جمع	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
سیستم تنفسی		۰	۰	۳۹	۱۰۰	۳۹	۱۰۰
خونسازی یافتی		۰	۰	۳۹	۱۰۰	۳۹	۱۰۰
کنترل تعادل مایعات و الکترولیتها		۶	۱۵/۴	۳۳	۸۴/۶	۳۹	۱۰۰
حفظ راحتی بیمار		۳	۱۶/۷	۱۵	۸۳/۳	۱۸	۱۰۰
مراقبت از زخم جراحی		۹	۲۳	۳۰	۷۷	۳۹	۱۰۰
حفاظت و ایمنی بیمار		۳۹	۱۰۰	۰	۰	۳۹	۱۰۰
حفظ حرارت بیمار		۲۱	۱۰۰	۰	۰	۲۱	۱۰۰

نتیجه گیری نهایی:

یافته های پژوهش در کل بیانگر آن است که فقط ۷/۷ درصد از مراقبت های پرستاری ارائه شده به بیماران بعد از عمل جراحی در بخش های جراحی عمومی در حد مطلوب می باشند

منابع

Black, Joyce M. and Matassarini - Jacobs Esther.

Medical - Surgical Nursing Philadelphia: W.B.Saunders Compang. 1997.

Craven Ruth F. and Hirnle Constance J. *Fundamentals of Nursing Human Health and Function*. Philadelphia: Lippincottco. 1995.

Ellis, J.R. and Nowlis E.A. *Nursing a human needs approach*. Philadelphia: J.B. Lippincott co. 1994.

Kozier, Barbara and Erb, Glenora. *Fundamentals of Nursing, Concepts and Procedures*. California: Addison Wesley co 1995.

Polaski, Arlene and Tatro suzanne E. *Luckman's Care Principles and practice of Medical Surgical Nursing* Philadelphia: W.B. Saunders Co. 1996.

Potter and Perry. *Fundamentals of Nursing, concept process and practice*. Mosby. 1995.

Rosdhall, Caroline Banker. *Text book of basic Nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott Co. 1995.

Schwartz, Seymour. I. etal. *Principles of Surgery*. Newyork: Mc. Grow - Hill, Inc, co .1994.

Smeltzer and Bare. *Brunner and Suddarth textbook of medical - Surgical Nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott Co. 1996.

Taglor, carol; Lillis Carol; etal. *Fundamentals of Nursing* Philadelphia: J.B. Lippincott Co. 1997.