

بررسی تأثیر آمادگی قبل از عمل بر وضعیت بهبودی بعد از عمل جراحی شکمی

فاطمه معصوم قنوتی^{*}، علی اصغر حیدری^{*}، میترا زندیه^{*}، ناهید محمدی^{**}، دکتر حسین محجوب^{***}

دریافت: ۸۶/۱۱/۱، پذیرش: ۸۷/۷/۱۶

چکیده:

مقدمه و هدف: بیمارانی که تحت عمل جراحی شکمی قرار می‌گیرند، دچار عوارض مختلفی می‌شوند، که آمادگی جسمی و روحی در مرحله قبل از عمل خطرین جراحی را کاهش می‌دهد و آموزش مهم‌ترین جنبه این آمادگی است. لذا پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر آمادگی قبل از عمل بر وضعیت بهبودی بعد از عمل جراحی شکمی بیمارانی مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی شهر همدان صورت گرفته است.

روش کار: ابزار گرد آوری داده ها چک لیست، مصاحبه با استفاده از فرم فهرست کنترل که شامل سه قسمت بود. قسمت اول شامل اطلاعات (زمینه ای، قسمت دوم اطلاعات مربوط به حرکت و فعالیت بعد از عمل، قسمت سوم اطلاعات مربوط به درد و معیاس دیداری سنجش درد است که با ۵ کلمه توصیفی از بدون درد تا درد فوق العاده شدید مشخص شده است. تعداد نمونه در این پژوهش ۱۹۶ نفر بودند که در دو گروه شاهد و تجربه به صورت تصادفی انتخاب شده و از لحاظ سن و جنس با یکدیگر همسان گروهی بوده اند.

نتایج: یافته های حاصل نشان داد که بین دو گروه از نظر مشخصات فردی اختلاف معنی داری وجود نداشته است. مدت زمان بستری بیمارانی در گروه تجربه که آموزشهای قبل از عمل را دیده بودند کمتر از گروه شاهد بوده است ($P < 0/001$). از نظر زمان حرکت اختلاف معنی دار بود و بیمارانی در گروه تجربه حرکت و فعالیت خود را زودتر شروع کرده بودند ($P < 0/001$). از نظر تزریق مسکن در گروه شاهد با توجه به درخواست بیمار تزریق صورت گرفته در حالی که در گروه تجربه طبق روتین بخش اینکار صورت گرفته است. بین دو گروه اختلاف معنی داری وجود داشت و در گروه شاهد در ۲۴ ساعت اول و دوم بعد از عمل تزریق مسکن بیشتر بوده است ($P < 0/05$). شدت درد نیز در دو گروه تفاوت معنی داری داشته است ($P < 0/001$).

به طوری که بیمارانی در گروه تجربه هنگام انجام فعالیت نسبت به گروه شاهد درد کمتری داشته اند. نتیجه نهایی: در مجموع یافته های این تحقیق نشان داد که آموزش قبل از عمل جراحی بر میزان بهبودی بیمار و کاهش مدت بستری بعد از عمل تأثیر داشته است.

کلید واژه ها: آمادگی قبل از عمل / بهبودی / جراحی شکم / بیمارانی بستری

* عضو هیئت علمی گروه اطاق عمل و هوشبری دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان (ghonoti@umsha.ac.ir)

** عضو هیئت علمی گروه بهداشت دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان

*** عضو هیئت علمی گروه آمار حیاتی و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان

مقدمه :

بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند، به دلایل مختلف محدودیت حرکت دارند، از جمله بیحسی نخاعی، بیهوشی عمومی، درد در ناحیه عمل و اطراف آن، تزریقات وریدی، سند ودرن که همه این مسائل باعث بوجود آمدن عوارض بعد از عمل می‌شود (۱). بیشترین عوارض ریوی مربوط به اعمال جراحی قفسه صدری و قسمت فوقانی شکم می‌باشد و آتلکتازی بیشترین عارضه ای است که به علت عدم انجام تنفس عمیق، سرفه کردن و خروج ترشحات بروز می‌کند (۲). کاهش فعالیت‌ها در بیمار نه تنها باعث درد بیشتر بعد از عمل می‌شود بلکه باعث بروز مشکلات عدیده ای از جمله ترومبوز وریدی می‌گردد. تهویه ناقص به صورت محدودیت انتشار اکسیژن و دی اکسید کربن از طریق آلونل‌ها و غشای مویرگ‌ها می‌باشد، که با حرکت بعد از عمل جراحی بسیاری از مشکلات کاهش می‌یابد و بهبودی تسریع می‌گردد (۳). آمادگی روحی و جسمی در مرحله قبل از عمل خطر حین جراحی را کاهش داده و سلامتی بیمار را در دوره بعد از عمل تأمین می‌کند، که آموزش مهم‌ترین جنبه این آمادگی است و خطر عوارض بعد از عمل را کاهش می‌دهد (۴). آموزش مدون در مرحله قبل از عمل توانایی بیمار را برای انجام تنفس عمیق، سرفه، حرکت سریع و بدست آوردن فعالیت‌های روزانه تقویت می‌کند و اضطراب را کمتر کرده، بیمار از نظر جسمی احساس بهبودی می‌کند و از مدت اقامت در بیمارستان کاسته می‌شود (۵). تحقیقات نشان می‌دهد، آمادگی بیمار قبل از عمل نه تنها باعث برقراری تعادل روانی بعد از عمل می‌شود، بلکه از مقدار داروی مصرفی کاسته و دوران بستری شدن را کوتاهتر می‌کند (۶). خوگرفتن به محیط نامانوس، جدا شدن از افراد خاص، تجسم روش‌های تشخیصی و ترس از نتایج آنها عامل عادی اضطراب هستند، که بستگان بیمار را هم دچار تشویش و نگرانی می‌کند ولی بیماری که آموزش قبل از عمل دریافت کرده کمتر رنج می‌برد، تحمل بهتری دارد و احساس امنیت و آرامش بیشتری می‌کند. این

بیماران همه چیزهایی را که آموخته‌اند به یاد می‌آورند و عکس‌العمل مثبتی نسبت به تجارب جراحی دارند. آموزش باعث تغییر رفتار می‌شود و بیماران می‌توانند در برنامه مراقبت از خود شرکت کنند و از نظر جسمی و عاطفی آمادگی پیدا کنند و در مراقبت بعد از عمل همکاری نمایند (۷). آماده کردن بیمار از نظر جسمی و روحی از مسئولیت‌های مهم پرستار است و پرستار یکی از اعضای کلیدی در گروه مراقبت بهداشتی می‌باشد (۸). نقش پرستاران باید افزایش توانایی بیماران در مقابل با عوامل تنش‌زا باشد و آموزش از موثرترین مکانیسم‌های مقابله عمومی جهت کاهش اضطراب و تنش بیمار قبل از عمل می‌باشد (۹).

یکی از مهم‌ترین تدابیر پرستاری قبل از عمل آموزش است، که بدان وسیله می‌توان بیمار را به سوی مراقبت از خود سوق داد. بیمار باید بداند که چه فعالیت‌هایی بعد از عمل به او کمک خواهد کرد تا تحرک خود را به نحو مطلوب بدست آورد. پرستار می‌تواند ضمن برقراری ارتباط و ارائه توضیحات کافی و دقیق در مورد مسائل مختلف قبل از عمل از ایجاد عوارض بعد از آن بکاهد و آموزش به همه کودکان - بالغین - سالمندان فرصت خودکفایی و عدم اتکاء به دیگران را به آنها می‌دهد، تا بتوانند نیازهای خود را رفع نموده، احساس رضایت بیشتری داشته باشند (۱۰). بیماری که بعد از عمل از انجام هر حرکتی امتناع می‌ورزد و اظهار می‌دارد، می‌ترسم بخیه‌هایم پاره شود هم چنین بیماری که ممکن است دچار عفونت تنفسی متعاقب جراحی شکم شود که همه و همه با تدابیر پرستاری قابل پیشگیری می‌باشند.

با توجه به اینکه مطالعات متعددی در کشورهای مختلف تأثیر آموزش قبل از عمل را بر کسب نتایج مثبت بعد از عمل تأکید کرده‌اند، پژوهشگر بر آن شد تا پژوهشی در زمینه تأثیر آموزش قبل از عمل بر بهبود وضعیت بعد از عمل جراحی شکم انجام دهد، به این امید که از نتایج آن در جهت ارتقاء کیفیت پرستاری و کاستن هزینه‌های درمانی، کاهش اضطراب، تنش،

داشته اند مورد سنجش قرار گرفت. جهت ارزیابی شدت درد بعد از عمل، میانگین امتیازات مرتبط با سوالات ۷ الی ۹ از چک لیست مربوط به درد در هر فرد را بدست آورده، همچنین جهت وضعیت حرکتی بیماران، میانگین امتیازات مرتبط با سوالات ۱ - ۲ - ۵ از چک لیست مربوط به حرکت بیمار در هر فرد محاسبه شده و همین روش در جهت ارزیابی فعالیت بیمار با استفاده از میانگین امتیازات سوالات شماره ۳ - ۴ - ۶ از چک لیست مربوط به حرکت بیمار به کار گرفته شده است.

نتایج:

از بین ۱۹۶ بیمار مورد مطالعه در گروه شاهد ۳ / ۶۶٪ بیماران را مردان و در گروه تجربه هم ۶۷٪ را مردان تشکیل می دادند. در رابطه با میزان تحسيلات در گروه شاهد ۷ / ۳۵٪ و در گروه تجربه ۲ / ۳۹٪ در سطح راهنمائی و متوسطه بوده اند. در گروه شاهد به میزان ۴ / ۶۸٪ و در گروه تجربه ۴ / ۷۱٪ برای اولین بار، تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند. در گروه شاهد ۲ / ۴۱٪ و در گروه تجربه ۹ / ۴۵٪ رضایت بیماران از کنترل درد در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل متوسط بوده است. در گروه شاهد ۵ / ۵۱٪ از بیماران در ۲۴ ساعت دوم بعد از عمل از کنترل درد، رضایت متوسطی داشته در حالی که در گروه تجربه ۹ / ۴۲٪ رضایت زیادی داشته اند و بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود داشته است ($P = 0/03$). شدت درد در دو گروه متفاوت بوده است و با توجه به اینکه ($T = 3/77$) و ($P < 0/001$) بود، تفاوت معنی داری در دو گروه شاهد و تجربه وجود داشته است به طوری که بیماران گروه تجربه درد کمتری بعد از عمل داشته اند (جدول ۱).

جدول ۱: مقایسه میانگین امتیازات شدت درد

در دو گروه شاهد و تجربه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	مقدار P
شاهد	۹۷	۲/۸۷	۰/۳۹	۳/۷۷	۰/۰۰۱
تجربه	۹۸	۲/۶۷	۰/۳۳		

درد و کوتاه کردن دوره بهبودی بیماران استفاده گردد و به نحوی برنامه ریزی نمایند، که اکثر بیماران قبل از بستری شدن در بیمارستان، آموزش های لازم را جهت آمادگی قبل از عمل کسب نمایند. هم چنین دانشکده های پرستاری و مامائی به این امر توجه خاص مبذول داشته و دانشجویان را در جهت کسب مهارت های لازم و آموزش قبل از عمل جراحی هدایت نمایند.

روش کار:

این پژوهش کارآزمایی بالینی (نیمه تجربی) است که در آن پژوهشگر آمادگی قبل از عمل را به وسیله آموزش در زمینه فعالیت بعد از عمل، آشنا کردن بیمار با کلیه اقدامات ضروری قبل از عمل و دادن اطلاعات در مورد احساساتی که بیمار بعد از عمل تجربه خواهد کرد مثل احساس درد - تهوع - خشکی دهان - احساس سرما و تاثیر آن بر وضعیت بهبودی بیمار مورد بررسی و ارزیابی قرار داده است. ابزار گرد آوری داده ها چک لیست، مصاحبه با استفاده از فرم فهرست کنترل بود که شامل سه قسمت است. قسمت اول شامل اطلاعات زمینه ای، قسمت دوم اطلاعات مربوط به حرکت و فعالیت بعد از عمل، قسمت سوم اطلاعات مربوط به درد و مقیاس دیداری سنجش درد است که با ۵ کلمه توصیفی مشخص شده است. سوالات با استفاده از کتب علمی و پرسشنامه مک گیل تدوین شد. مقیاس دیداری سنجش درد یک خط ۱۰ سانتیمتری عمودی یا افقی که میزان شدت درد را با کلمات توصیفی از بدون درد تا درد فوق العاده شدید نمره گذاری کرده است. آموزش قبل از عمل شامل حرکت بیمار در تخت، انجام تنفس عمیق، سرفه بعد از بهوش آمدن و انتقال به بخش بوده است. هم چنین زمان شروع فعالیت طبیعی بیمار و کنترل درد در ۲۴ ساعت اول و ۲۴ ساعت دوم بعد از عمل بررسی شده است. پژوهشگر قبلاً بیماران در گروه تجربه را ملاقات نموده و آموزش های لازم را که باید قبل از عمل انجام دهند به آنها داده است. سپس تاثیر این آمادگی با گروه شاهد که صرفاً مراقبت های روزمره بخش را دریافت

بعد از عمل شروع کرده اند ($P = 0/05$) (جدول ۴).

جدول ۴: مقایسه زمان حرکت و شروع فعالیت طبیعی بیمار در دو گروه شاهد و تجربه

زمان شروع فعالیت طبیعی بعد از عمل	گروه شاهد		گروه تجربه		جمع کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۲۴ ساعت اول	۱۶	۱۶/۷	۲۵	۲۵/۵	۲۱/۱
۲۴ ساعت دوم	۴۴	۴۵/۸	۵۱	۵۲	۴۹
۲۴ ساعت سوم	۳۶	۳۷/۵	۲۲	۲۲/۴	۲۹/۹
جمع کل	۹۶	۱۰۰	۹۸	۱۰۰	۱۹۴

مدت زمان بستری، در دو گروه شاهد و تجربه متفاوت بوده است و با توجه به این که ($T = 9/77$) و ($P < 0/001$) بود تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود داشته است و گروه تجربه که آموزش لازم را دیده بودند مدت زمان بستری شان کوتاه تر بود (جدول ۵).

جدول ۵: مقایسه میانگین مدت زمان بستری در دو گروه شاهد و تجربه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	مقدار P
شاهد	۹۷	۶/۳۱	۱/۱۳	۹/۷۷	$P < 0/001$
تجربه	۹۸	۴/۹۲	۰/۸۲		

در گروه شاهد ۱/۳۷٪ بیماران در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل ۳ بار تزریق مسکن داشته اند و در گروه تجربه ۴۹٪ بیماران ۱ بار مسکن دریافت نموده اند. ($P = 0/400$) بدین معنی بود که بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود داشته است و بیماران در گروه تجربه با توجه به آموزش هایی که دیده اند و انجام تمرینات مسکن کمتری دریافت کرده اند. در گروه شاهد ۱/۳۶٪ از بیماران در ۲۴ ساعت دوم بعد از عمل ۲ بار مسکن دریافت کرده اند و در گروه تجربه ۸/۴۲٪ بیماران هیچ مسکنی دریافت نکرده اند. ($P = 0/001$) (جدول ۶).

در گروه شاهد ۲/۷۳٪ از بیماران و در گروه تجربه ۷/۸۳٪ روز عمل در تخت حرکت داشته اند. در گروه شاهد ۵/۵۰٪ از بیماران و در گروه تجربه ۸/۳۷٪، مهم ترین علت محدودیت حرکتی را درد بیان نموده اند. وضعیت حرکتی در دو گروه شاهد و تجربه متفاوت بوده است با توجه به این که ($T = 10/39$) و ($P < 0/001$) بود تفاوت معنی داری در دو گروه وجود داشته است به طوری که بیماران در گروه تجربه وضعیت حرکتی بهتری نسبت به گروه شاهد داشته اند (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه میانگین امتیازات وضعیت حرکتی در دو گروه شاهد و تجربه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	مقدار P
شاهد	۹۷	۱/۴۹	۰/۲۱	۱۰/۳۹	$P < 0/001$
تجربه	۹۸	۱/۱۷	۰/۲۲		

در گروه شاهد ۷/۸۹٪ از بیماران روز اول بعد از عمل از تخت خارج نشده اند و در گروه تجربه ۳/۶۵٪ روز اول بعد از عمل از تخت خارج شده بودند ($P < 0/001$).

فعالیت بیماران در دو گروه شاهد و تجربه متفاوت بوده است به طوری که ($T = 11/52$) و ($P < 0/001$) بود و بدین معنی است، که بین دو گروه ارتباط معنی داری وجود داشته است و بیماران گروه تجربه فعالیت خود را زودتر شروع نموده اند (جدول ۳).

جدول ۳: مقایسه میانگین امتیازات فعالیت بیمار در دو گروه شاهد و تجربه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	مقدار P
شاهد	۹۷	۱/۷۹	۰/۲۱	۱۱/۵۲	$P < 0/001$
تجربه	۹۸	۱/۴۱	۰/۲۴		

در گروه شاهد ۸/۴۵٪ بیماران و در گروه تجربه ۵۲٪ فعالیت و حرکت طبیعی خود را ۲۴ ساعت دوم

جدول ۶: مقایسه دفعات تزریق مسکن در ۲۴ ساعت دوم بعد از عمل در دو گروه شاهد و تجربه

تعداد دفعات تزریق مسکن	گروه شاهد		گروه تجربه		جمع کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰	۱۸	۱۸/۶	۴۲	۴۲/۸	۳۰/۸
۱	۲۹	۲۹/۹	۳۳	۳۳/۷	۳۱/۸
۲	۳۵	۳۶/۱	۲۱	۲۱/۴	۲۸/۷
۳	۱۵	۱۵/۴	۲	۲/۱	۸/۷
جمع کل	۹۷	۱۰۰	۹۸	۱۰۰	۱۹۵

بحث:

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته های این پژوهش نمایانگر تاثیر آموزش قبل از عمل بر وضعیت بهبودی بیمار بعد از عمل جراحی شکم (کله سیستکتومی) بود. یافته های بدست آمده نشان دهنده آن بود که تغییر وضعیت در تخت، تمرینات ورزشی، حرکت در تخت، تنفس عمیق، سرفه عمدی و کمک به هنگام خروج از تخت قبل از عمل، منجر به خارج شدن بیماران گروه تجربه از تخت به میزان ۶۵/۳٪ در روز اول بعد از عمل شده و به میزان ۵۲٪ از بیماران گروه تجربه فعالیت طبیعی خود را ۲۴ ساعت دوم بعد از عمل شروع کرده اند. جانسون مطالعه ای به این صورت که اثرات آموزش قبل از عمل را در دو گروه بیماران منتظر جراحی - گروهی که آموزش دریافت کرده اند و گروهی که خدمات روزمره را دریافت داشته اند، انجام داد و نتیجه گرفت گروهی که آموزش دیده خیلی زود حرکت کرده و آرامش روحی و جسمی و رضایت بیشتری نسبت به گروه کنترل داشته اند (۱۱). هورسلی و همکاران در سال نتایج تحقیقات جانسون و همکارانش را در مورد اثرات آمادگی و اطلاعات قبل از عمل در بهبود بعد از عمل جراحی را رسید، بیمارانی که آموزش قبل از عمل را دیده بودند، بعد از ظهر روز عمل شروع به حرکت پاها و تغییر وضعیت در تخت کرده اند (۱۲). در این بررسی در گروه شاهد ۴۷/۴٪ از بیماران در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل دردشان هنگام حرکت در تخت شدید بوده است در حالی که در گروه تجربه ۵۶/۱٪ از بیماران دردی متوسط داشته اند و در ۲۴ ساعت دوم بعد از عمل در

گروه تجربه ۷۱/۴٪ از بیماران درد شان بعد از عمل کم بوده است. رایس به نقل از اسمیت و و اوتینگ می نویسد، درد بعد از عمل متغیر است و شدیدترین درد در ۴۸ ساعت اول بعد از عمل خواهد بود، با توجه به این مسئله باید به بیمار آموزش داده شود که در صورت عدم حرکت دچار عوارضی چون ترومبوز، زخم بستر، پنومونی، احتباس ادرار، بیوست می شود و چنانچه تمرینات قبل از عمل هم چون تنفس عمیق، سرفه، ورزش پاها، تغییر وضعیت را انجام دهد درد کمتری خواهد داشت (۱۳). تحقیقی که توسط ذکایی انجام شد بین دادن اطلاعات در ۱۲ ساعت اول بعد از عمل و شدت درد هنگام انجام برنامه های بهداشتی اختلاف معنی داری وجود نداشته است. اما بیماران در گروه تجربه بیشتر حرکت کرده اند و زودتر فعالیت خود را باز یافته اند (۱۴). کاتو و دیگران در بررسی خود دریافتند که دادن اطلاعات قبل از عمل و انجام تمرینات همچون تنفس عمیق، سرفه، جابجا شدن در تخت باعث می شود بیمار درد کمتری داشته، سریعتر بهبود یابد، از تخت زودتر پایین بیاید و مدت اقامت او در بیمارستان کمتر شود (۱۵). یافته بدست آمده نشان دهنده آن است که در گروه شاهد میانگین مدت زمان بستری ۶/۳۱ با انحراف معیار ۱/۱۳ و در گروه تجربه میانگین ۴/۹۲ با انحراف معیار ۰/۸۲ بوده است و در گروه تجربه که آموزش های لازم را دیده بودند مدت زمان بستری کمتر بوده است. جانسون و همکاران تحقیقی بر روی ۸۱ بیمار (۶۳ زن و ۱۸ مرد) که عمل کله سیستکتومی داشته اند و ۶۸ بیمار (۶۰ مرد و ۸ زن) که عمل هرنی داشته اند انجام دادند و نتیجه آموزش قبل از عمل را بر طول مدت بستری بررسی کرده اند. در این تحقیق آموزش هایی در مورد تنفس عمیق، سرفه کردن، ورزش پاها، چرخش در تخت و خارج شدن از تخت هم داده شد و در نهایت به این نتیجه رسیده اند که طول مدت بستری بیماران آموزش دیده کوتاه تر شده بود (۱۱). کینگ می نویسد پالمس و همکارانش مطالعه ای در دو بیمارستان و بر روی دو گروه بیمار ۲۴۸ نفر در گروه تجربه که

در تخت ، تنفس عمیق ، سرفه عمودی ، کمک به هنگام خروج از تخت قبل از عمل منجر به خارج شدن بیماران گروه تجربه از تخت در روز اول بعد از عمل شده است و بیماران گروه تجربه فعالیت طبیعی خود را ۲۴ ساعت دوم بعد از عمل شروع کرده اند.

سپاسگزاری :

از زحمات جناب آقای فتحی ، خانم شیرانی و سایر همکاران شان در بیمارستان بعثت و مباشر همدان نهایت سپاسگزاری را می نمایم . هم چنین از ریاست ، مدیریت و پرسنل محترم بخش جراحی بیمارستان بعثت و مباشر تشکر و قدردانی می نمایم.

منابع :

1. Haj Amiri P. [The science of surgery: origin and progress]. Cultural and scientific Publication of Gahade Da neshgahi & Islamic Society of the students of Tehran University 1993; 5(1): 83(Persian)
2. King M. Preoperative evaluation: A replication. Nurs Rese 2000; 6(2): 236 - 320.
3. Nayeri F. [The impact of instruction of post-op exercises on patients having undergone gall-bladder surgeries to prevent respiratory disorders in surgery ward of one of tehran's medical university hospitals]. MS Thesis of Shahid Behesti nursing & midwifery school. 1992 : 40-72 (Persian)
4. Linda M, Delamar C. Preparing your patient for surgery, topic in advanced practice nursing. E Journal 2005 ;22(3): 120 - 170 .
5. Potter S, Patricia A, Perry P. Anne basic nursing theory and practice. Philadelphia :Mosby , 1991 : 95 .
6. Miller TA, Louice S. Modern surgical care: Physiologic foundations and clinical applications: Quality medical, Philadelphia: Elseiveir Saunders , 1998:723 - 740.
7. Sandberg M. Fundamentals of nursing with clinical procedures 2001; 44(4):33 - 38.
8. Taylor C. [Taylor's nursing principles: nursing concepts]. Tehran Boshra 2004: 44 (Persian)
9. Bilery FC. Nurses perception of stress in preoperative surgical patient. Adv Nurs 1999 ; 62 (5) : 22 - 45 .
10. Bean M. Preoperative for surgery in an Ambulatory surgery unit. Anesth Nurs 1990; 5: 33.

آموزش مدون دیده و ۲۶۵ نفر در گروه شاهد که آموزش غیر مدون داشته اند، صورت گرفت و اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر عملکرد در سه روز بعد از عمل (ظرفیت حیاتی - تعداد و جریان بازدم و حجم بازدمی در یک دقیقه) - مدت اقامت در بیمارستان و تعداد مسکن دریافتی مشاهده کرده است(۲). در این بررسی در ۲۴ ساعت دوم بعد از عمل ۳۶/۱٪ از بیماران گروه شاهد ۲ بار تزریق مسکن داشته اند و در گروه تجربه ۴۲/۸٪ از بیماران هیچ مسکنی دریافت نکرده اند و میانگین مصرف مسکن در ۲۴ ساعت اول و دوم در گروه تجربه کمتر بوده است. میلر می نویسد، لانگر و دیگران در بررسی خود به این نتیجه رسیده اند که بیمارانی که قبلاً آموخته بودند، که چطور با درد بعد از عمل کنار بیایند خیلی کمتر از بیمارانی که تعلیم نگرفته بودند احتیاج به مصرف داروی مخدر داشته اند . هم چنین نویسنده می نویسد، اگبرت و دیگران در سال ۱۹۹۱ در دو گروه از بیماران تحقیق کرده اند که یک گروه از نظر روحی برای عمل جراحی آماده و گروه دوم فقط برنامه عادی بخش برایشان اجرا شد و نتیجه گرفته اند که گروه اول داروی ضد درد کمتری مصرف کرده اند و زودتر بیمارستان را ترک نموده اند (۶). لین در بررسی خود که بین دو گروه از بیماران انجام پذیرفت، به این نتیجه رسید، که بیماران گروه کنترل که تنفس عمیق ، تغییر پوزیشن و سرفه را انجام داده بودند درد کمتری داشته همچنین برقراری ارتباط باعث شده بود بیماران زودتر از تخت پایین بیایند و مرخص شوند (۱۶). کانتو و دیگران در بررسی خود دریافتند، که دادن اطلاعات قبل از عمل باعث می شود بیمار درد کمتری بعد از عمل داشته و مسکن کمتری نیز دریافت کند (۱۵).

نتیجه نهایی :

نتایج یافته های این تحقیق نشان داد که آموزش قبل از عمل جراحی بر میزان بهبودی بیمار و کاهش مدت بستری بعد از عمل تاثیر داشته است. به طوری که تغییر وضعیت در تخت ، تمرینات ورزشی ، حرکت

11. Johnson S. *Preoperative teaching a need for change. Nurs Manag 2004; 20 (5) : 55 – 97.*
12. Horsely C, Ann S. *Preoperative sensory preparation to promote recovery. New York : Grunex Stration ; 1991: 244 – 289 .*
13. Rice V H. Johnson J E. *Preadmission self in struction booklets, Post – admission exercises performance and teaching time . Nurs Rese 2000; 33 (3) : 18 – 44 .*
14. Zokahi Yazdi S. *[The effect of pre-op preparation on patients' healing following abdominal surgeries in Tehran's selected medical university hospitals]. Ms thesis ,surgery-internal nursing 1994 : 31- 65(Persian)*
15. Kanto J. *Preparative preparation. Nurs Tim 1990; 86 (20): 65 – 95 .*
16. Line Li – Y, Wang, Ruey – H. *Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. Adv Nurs 2005;51(3):172 – 199.*