



نیازهای مراقبتی بیماران ترخیص شده از بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان های شهر گناباد

مهری علویانی^{۱*}، شهلا خسروان^۲، راضیه السادات حسینی^۳، مرضیه السادات حسینی^۴

^{۱*} مربی گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی مراغه، مراغه، ایران
^۲ دانشیار گروه سلامت جامعه و روان دانشکده پرستاری مامایی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

^۳ دانشجوی دکترای سالمندشناسی، مرکز تحقیقات روانی اجتماعی و عوامل موثر بر سالمندی و گروه آموزش سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۴ کارشناس ارشد آموزش پرستاری، بیمارستان امام حسین(ع)، اصفهان، ایران

(دریافت: ۱۳۹۴/۰۳/۲۰ - پذیرش: ۱۳۹۴/۰۵/۱۴)

چکیده

مقدمه: برای بسیاری از بیماران ترخیص‌شده از بیمارستان‌ها، نیازهای مراقبتی در منزل بسیار پیچیده‌تر از ترخیص و بازگشت به منزل می‌تواند تشخیص داده شود. به طور کلی بیماران بعد از ترخیص نیازهای برآورده نشده دارند؛ که این می‌تواند باعث افزایش اضطراب، افت سلامت جسمانی و روانی، مشکلات عاطفی و کاهش توانایی سازگاری بیمار شود.

هدف: این مطالعه با هدف نیازهای مراقبتی بیماران بخش داخلی و جراحی ترخیص شده از بیمارستان های شهر گناباد در سال ۱۳۹۳ انجام شده است.

روش: در این مطالعه مقطعی، ۱۵۰ نفر از بیماران بخش های داخلی و جراحی که یک هفته قبل از بیمارستان های شهرستان گناباد مرخص شده بودند؛ به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه پژوهشگر ساخته، جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.20 و بهره‌گیری از شیوه‌های آمار توصیفی در سطح معنی‌داری $P \leq 0.05$ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بر طبق آزمون‌های آماری نتایج مطالعه نشان داد، که در هفته اول بعد از ترخیص بیشترین نیازهای مراقبتی بیماران جراحی در خصوص مراقبت از لوله‌های داخل بدن (۱۰۰٪)، مراقبت از عضو گچ گرفته (۱۰۰٪)، مراقبت از زخم و پانسمان (۱۰۰٪) است و بیشترین نیازهای مراقبتی بیماران داخلی در خصوص مراقبت از لوله‌های داخل بدن (۱۰۰٪)، مراقبت از زخم و پانسمان (۱۰۰٪) و فعالیت بدنی و تحرک (۹۲٪) بوده است. نتایج مطالعه نشان داد، نیازهای درمانی و مراقبتی تخصصی بعد از ترخیص اغلب در درمانگاه و توسط پرسنل درمانی برآورده می‌شود و مهمترین پیامدهای آن نیز بهبودی طبق پیش بینی می‌باشد.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که ترخیص بیماران قبل از بهبودی کامل و در دوره نقاهت، لزوم تاکید بر ترخیص برنامه ریزی شده، پیش‌بینی تمهیدات لازم برای تداوم فرایند بهبودی و مراقبت تخصصی در منزل و پیشگیری از عوارض را برای بیماران مطرح می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: ترخیص، نیازهای مراقبتی، بیماران داخلی - جراحی

مقدمه:

عاطفی و کاهش توانایی سازگاری بیمار شود (۱۲، ۱۳) و حدود ۱۲٪ از این بیماران دچار علائم جدید یا بدتر شدن علائم بعد از ترخیص می شوند (۱۴، ۱۰).

بیماران به خصوص بیمارانی که تحت جراحی قرار می گیرند، نگرانی و مشکلات زیادی بعد از ترخیص دارند (۲). این بیماران به تعدادی از مداخلات مانند پانسمان و گچ، استفاده از وسایل کمک حرکتی مانند واکر و عصا، مراقبت از سوند و درن، مصرف داروها به خصوص داروهای ضد انعقاد (۳، ۱۵)، مدیریت درد و نظارت بر عوارض و کیفیت زندگی نیاز دارند (۱۶). بیماری توانایی و عملکرد فرد را تغییر می دهد که این بر توانایی خود مراقبتی بیماران در کنترل درد، خستگی و در بعضی افراد مراقبت از زخم باز و بسته موثر است (۱۶)، بنابراین این بیماران برای مشکلات اساسی سلامتی که در روند بهبودی موثر است نیاز به نظارت از نزدیک دارند (۳).

اگرچه در سایر کشورها بیماران بعد از ترخیص از بیمارستان پیگیری می شوند، ولی اجرای برنامه ترخیص برنامه ریزی شده، برخلاف اهمیت آن، در ایران مورد توجه زیادی نیست (۶). در ایران و بر اساس کتاب استانداردهای اعتبار بخشی بالینی ایران، آخرین اقدام مربوط به بیماران، ترخیص اعلام شده و دستوری مبنی بر پیگیری بیمار بعد ترخیص وجود ندارد (۱۷).

بنابراین با وجود اهمیت فراوان تداوم مراقبت از مددجو، اغلب ترخیص مددجو، بدون بررسی نیازهای مددجو و خانواده او انجام می گیرد و برنامه ای منسجم و اصولی برای تداوم مراقبت ها از بیمارستان به منزل وجود ندارد (۷). این وضعیت می تواند منجر به کاهش توان بیماران در رعایت رژیم غذایی، دارویی و فعالیتی مناسب شده و در نهایت به بستری مجدد یا برگشت زودرس بیمار به بیمارستان و افزایش نامطلوب و نگران کننده

امروزه طول مدت بستری بیماران در بیمارستان کوتاه شده است و بیماران در یک مرحله بینابینی بهبودی، از بیمارستان مرخص می شوند (۱). به طوری که بعد از ترخیص فرایند بهبودی در منزل باید ادامه یابد؛ در حالی که دوره نقاهت و بهبودی بیماران بدون بهره مندی از مراقبت مستمر پزشکی و پرستاری در منزل سپری می شود (۲، ۱). اقامت کوتاه در بیمارستان منجر به کاهش فرصت برای ترخیص برنامه ریزی شده و آموزش بیماران می شود (۳). این برنامه بر تداوم مراقبت از شخص به خصوص بعد ترخیص از بیمارستان تاکید دارد (۴). برنامه ترخیص از اجزاء اساسی و مهم رایج در سیستم بهداشتی درمانی بسیاری از کشورها است (۵). هدف از برنامه ترخیص کاهش مدت بستری بیماران، کاهش هزینه، کاهش مراجعه مجدد بیماران، ادامه مراقبت در جامعه، کاهش مرگ و میر، سلامت روانی بیمار، رضایت از اعضاء تیم مراقبت، بهبود پیامد بیماری و انتقالی آرام و سالم به منزل است، در این راستا، کمک به مددجویان برای دستیابی باز یافتن استقلال در امر مراقبت از خود، مهمترین هدف تیم درمانی است (۶، ۷). شواهد نشان می دهد اگر ترخیص برنامه ریزی شده با حمایت های بعد ترخیص ترکیب شود، منجر به کاهش میزان بستری مجدد بیماران می شود (۸). فعالیتهای پس از ترخیص در واقع از زمان بستری بیماران شروع و در طول بستری آنها و پس از ترخیص از بیمارستان ادامه می یابد (۹).

برای بسیاری از بیماران ترخیص از بیمارستان نامطلوب است، ولی برای بسیاری دیگر ترخیص به منزله می تواند یک مشکل باشد (۱۰، ۱۱). اکثر بیماران در شش هفته اول به خصوص هفته اول بعد ترخیص از بیمارستان با مشکلات زیادی روبرو هستند (۱۱). براساس مطالعات بیماران پس از ترخیص نیازهای برآورده نشده دارند که این میتواند باعث افزایش اضطراب، افت سلامت جسمانی و روانی، مشکلات

میزان بستری مجدد و افزایش هزینه‌های درمانی و کاهش کیفیت زندگی بیماران نیز شود (۷).

بر اساس پژوهش انجام شده سال ۱۳۸۳ در ارومیه، ۷۳٪ به علت عوارض جراحی و ۲۱/۳٪ از بیماران جراحی شده به علت عفونت پس از عمل جراحی، بستری مجدد داشته‌اند؛ که نحوه مراقبت پس از ترخیص از بیمارستان از فاکتورهای موثر بر آن بوده است (۱۸). این در حالی است که بسیاری از عوارض بعد از عمل‌های جراحی مانند آمبولیا پنومونی با آموزش بیماران و پیگیری مراقبت در منزل قابل کنترل است (۱۸، ۱۹). پس با توجه به شواهد متعدد مبنی بر نبود برنامه مدون پس از ترخیص، بروز عوارض متعدد برای بیماران ترخیص شده و نیز مورد بررسی قرار نگرفتن چگونگی تداوم مراقبت از بیماران ترخیص شده، در ایران پژوهش و مطالعات ضروری به نظر می‌رسد. تحقیق حاضر با هدف کلی تعیین نیازهای مراقبتی بیماران ترخیص شده از بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان‌های شهر گناباد طراحی و انجام شد.

روش مطالعه:

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی بود، که در سال ۱۳۹۳ انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش بیماران ترخیص شده از بخش‌های داخلی بیمارستان ۲۲ بهمن و جراحی بیمارستان ۱۵ خرداد شهر گناباد بود و با استفاده از برآورد حجم نمونه، تعداد ۱۵۰ نفر از این بیماران به شیوه سهمیه‌ای در دسترس که تا رسیدن به حجم نمونه ادامه یافت، انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه‌های پژوهشگر ساخته مبتنی بر نیازهای عمومی و اختصاصی بیماران جراحی و داخلی بود که در طی ۳ مرحله زیر طراحی شد.

در مرحله اول با مراجعه به بیمارستانهای بیدخت و ۲۲ بهمن و مصاحبه با پرستاران بخش جراحی و داخلی نیازهای بیماران داخلی و جراحی ترخیص شده در منزل، از نظر آنها بررسی شد، سپس در مرحله دوم با چند نفر از بیماران ترخیص شده از بخش‌های داخلی و جراحی مصاحبه و نیازهای آنان در منزل تعیین شد و در مرحله سوم از کتب و مقالات مشابه جهت تکمیل این پرسشنامه استفاده شد.

پرسشنامه در بخش مقدماتی حاوی سوالاتی مشترک در خصوص اطلاعات فردی، علت بستری، چگونگی ترخیص در بیمارستان، مدت زمان بستری و وضعیت حین ترخیص مراقبت‌کننده اصلی در منزل بود.

قسمت دوم پرسشنامه حاوی سوالات اختصاصی که در پرسشنامه جراحی مربوط به مراقبت شامل مراقبت از عضو گچ گرفته، زخم و پانسمان لوله جراحی، لوله ادراری و در پرسشنامه داخلی مربوط به مراقبت شامل مراقبت از زخم و پانسمان، لوله داخل بدن، لوله ادراری که هر فرد با توجه به وضعیت خود قسمت مربوطه را پاسخ می‌داد.

قسمت سوم پرسشنامه سوالات مربوط به داروها، رژیم غذایی، فعالیت بدنی و تحرک و وضعیت پیگیری آنان بعد از ترخیص بود، که توسط بیماران مورد بررسی پاسخ داده می‌شد. برای سنجش اعتبار پرسشنامه‌ها از روش اعتبار محتوی استفاده شد. بدین ترتیب پرسشنامه‌ها که

بر اساس مصاحبه با توجه به منابع معتبر علمی، تهیه شده در اختیار ۱۰ تن از اساتید مربوط داخل دانشگاه که دارای تخصص و تجربه کافی بودند قرار داد و اصلاحات مورد نظر ایشان، اعمال و اعتبار آن تأیید شد. سنجش پایایی پرسشنامه نیز از طریق روش آزمون آلفای کرونباخ انجام شد. با

او(مانند بیماران کودک) تکمیل می‌شد. افراد با سواد، خود پرسشنامه را تکمیل نموده و برای افراد بی سواد فقط سوالات مندرج در پرسشنامه توسط محقق بدون توضیح اضافی قرائت و پاسخ ارائه شده در پرسشنامه ثبت شد. داده‌ها در مدت زمان ۳ ماه جمع‌آوری شد. داده‌های گردآوری شده به نرم افزار SPSS v.20 وارد شده و با استفاده از آمار توصیفی شامل تعداد(درصد)، میانگین(انحراف معیار) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها:

دراین مطالعه ۷۵ آزمودنی از بخش جراحی و ۷۵ آزمودنی از بخش داخلی مورد بررسی قرار گرفت که به طور خلاصه یافته‌ها گویای آن بود که اغلب بیماران ترخیص شده از بخش داخلی (۵۲٪) و بخش جراحی (۵۸/۷٪) مرد و میانگین(انحراف معیار)سن آزمودنی‌ها در بخش جراحی ۴۶/۹۵ (۲۰/۴)، و در بخش داخلی ۴۷/۶۸ (۱۹/۵) سال بود(جدول ۱).

یک مطالعه مقدماتی با نمونه ۲۰ نفر، آلفای کرونباخ، همبستگی رونیو سولالاترا ۵/۸۳ درصد نشان داد. جهت گردآوری داده‌ها پس از کسب مجوز از دانشگاه و هماهنگی‌های لازم، ابتدا محقق با مراجعه به بیمارستان ۱۵ خرداد و ۲۲ بهمن گناباد و به شیوه نمونه‌گیری در دسترس لیست بیماران بخش‌های داخلی و جراحی که حداکثر در مدت ۳-۱۰ روز قبل مرخص شده بودند؛ تهیه کرده، سپس تماس تلفنی با این افراد برقرار و اهداف طرح به ایشان ارائه می‌شد، و در صورت تمایل و اعلام رضایت آنان، و با اعمال معیارهای ورود شامل بستری بودن حداقل به مدت ۴۸ ساعت در بخش داخلی بیمارستان ۲۲ بهمن و یا جراحی ۱۵ خرداد، داشتن قدرت و درک توانایی برقراری ارتباط، مدت زمان ترخیص از بیمارستان حداقل ۴ و حداکثر ۱۰ روز و معیار خروج عدم تمایل فرد به ادامه همکاری نمونه‌ها، به درب منزل این افراد مراجعه کرده و پرسشنامه‌ها توسط خود فرد یا مراقب اصلی

جدول شماره (۱): مشخصات بیماران ترخیص شده از بخش‌های داخلی و جراحی

عوامل جمعیت‌شناختی	داخلی	جراحی
سن(میانگین/انحراف معیار)	(۱۹/۵)۴۷/۶۸	(۲۰/۴)۴۶/۹۵
جنسیت(تعداد/درصد)		
زن	(۴۸/۰)۳۶	(۴۱/۳)۳۱
مرد	(۵۲/۰)۳۹	(۵۸/۷)۴۴
محل سکونت(تعداد/درصد)		
شهر	(۶۲/۷)۴۷	(۷۳/۳)۵۵
روستا	(۳۷/۳)۲۸	(۲۶/۷)۲۰
وضعیت تاهل(تعداد/درصد)		
مجرد	(۱۶/۰)۱۲	(۱۴/۷)۱۱
متاهل	(۶۵/۳)۴۹	(۶۶/۷)۵۰
بیوه	(۱۸/۷)۱۴	(۱۴/۷)۱۱
مطلقه	(۰/۰)۰	(۴/۰)۳
تحصیلات(تعداد/درصد)		
بی‌سواد	(۲۶/۷)۲۰	(۲۹/۳)۲۲
ابتدایی	(۴۲/۷)۳۲	(۳۰/۷)۲۳
بالتر از ابتدایی	(۳۰/۶)۲۳	(۴۰/۰)۳۰

عوامل جمعیت‌شناختی		داخلی	جراحی
وضعیت اشتغال (تعداد/درصد)			
آزاد	(۳۷/۳)۲۸	(۳۴/۷)۲۶	
دولتی	(۱۸/۷)۱۴	(۱۶/۰)۱۲	
بازنشسته	(۲/۷)۲	(۵/۳)۴	
خانه‌دار	(۲۵/۳)۱۹	(۲۵/۳)۱۹	
بیکار	(۱۶/۰)۱۲	(۱۸/۷)۱۴	
وضعیت بیمه (تعداد/درصد)			
دارای بیمه	(۶۴/۰)۴۸	(۶۹/۳)۵۲	
فاقد بیمه	(۵/۳)۴	(۴/۰)۳	
تحت پوشش کمیته امداد یا سایر نهادها	(۳۰/۷)۲۳	(۲۶/۷)۲۰	
مدت‌زمان بستری (میانگین/انحراف معیار)	(۱/۷)۳/۸۰	(۱/۷)۳/۶۵	
مدت‌زمان ترخیص (میانگین/انحراف معیار)	(۱/۴)۶/۸۹	(۱/۵)۶/۷۵	

ترخیص ۳۲/۱٪ افراد به طور کامل، ۵۳/۶٪ تا حدودی آموزش دریافت کرده و ۱۴/۳٪ افراد نیز هیچ آموزشی دریافت نمیکنند، اما اکثریت نیازهای مراقبتی واحدهای پژوهش بعد از ترخیص در زمینه مراقبت از زخم و لوله های داخل بدن ۱۰۰٪ عنوان شد (جدول ۲).

یافته ها نشان داد که در بخش جراحی (۲۹/۳٪) بیماران ترخیص شده جراحی ارتوپدی، (۴۴٪) جراحی ارولوژی ، (۲۶/۷٪) جراحی شکم داشتند و در بخش داخلی (۳۰/۷٪) بیماران به دلایل گوارشی، (۴۲/۷٪) بیماران به دلایل قلبی عروقی ، (۲۶/۷٪) به دلایل مغزو اعصاب بستری و ترخیص شده بودند. با توجه به نتایج، حین ترخیص در زمینه نیازهای بعد

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی نیازهای مراقبتی اظهار شده ی واحدهای پژوهش

نیازهای مراقبتی	داخلی		جراحی	
	دارد	ندارد	دارد	ندارد
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
نحوه مصرف داروها	۰	۰/۰	۴۱	۵۴/۷
مراقبت از عضو گچ گرفته	۰	۰/۰	۱۸	۱۰۰/۰
مراقبت از لوله های داخل بدن	۲۰	۱۰۰/۰	۲۹	۱۰۰/۰
مراقبت از زخم و پانسمان	۲۸	۱۰۰/۰	۲۸	۱۰۰/۰
فعالیت بدنی و تحرک	۶۹	۹۲/۰	۷۱	۹۴/۷
رعایت رژیم غذایی	۴۵	۶۰/۰	۵۱	۶۸/۰

منازل بعد از ترخیص عنوان کردند ولی ارائه دهنده مراقبت تخصصی بعد از ترخیص اکثراً پرسنل درمانی عنوان شد (جدول ۳)

باتوجه به اینکه در این مطالعه اکثریت واحدهای پژوهش (۴۵/۴٪) همسران خود را به عنوان مراقب اصلی خود در

جدول شماره (۳): توزیع فراوانی تامین کنندگان مراقبت های تخصصی واحدهای پژوهش پس از ترخیص

نوع مراقبت	مراقب		خودم		همسرم		فرزندانم		اقوام		پرسنل درمانی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ارائه دهنده مراقبت از زخم - در منزل	۰	۰/۰	۲	۳/۵	۰	۰/۰	۶	۱۰/۷	۴۸	۸۵/۷	۰	۰/۰
ارائه دهنده مراقبت از سوند در منزل	۰	۰/۰	۲۰	۵۵/۵	۳	۸/۳	۴	۱۱/۱	۹	۲۵/۰	۰	۰/۰
ارائه دهنده تزریقات	۴	۲/۷۹	۰	۰/۰	۸	۵/۵۹	۱۸	۱۲/۵۸	۱۱۳	۷۹/۰	۰	۰/۰

باتوجه به داده های حاصل از مطالعه مکان ارائه مراقبت های تخصصی اکثرا در منزل و درمانگاه وبا هزینه متوسط نسبت به درآمد واحدهای پژوهش بوده است (جداول ۴ و ۵).

جدول شماره (۴): توزیع فراوانی مکان ارائه مراقبت های تخصصی واحدهای پژوهش پس از ترخیص

نوع مراقبت	مکان		منزل		بیمارستان		مطب		درمانگاه		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تعویض پانسمان	۱۲	۲۶/۳	۲۲	۴۷/۸	۴	۸/۶	۸	۱۷/۳	۴۶	۱۰۰/۰	۴۶	۱۰۰/۰
مراقبت از سوند	۲۶	۷۲/۳	۴	۱۱/۱	۰	۰/۰	۶	۱۶/۶	۳۶	۱۰۰/۰	۳۶	۱۰۰/۰
انجام تزریقات	۲۶	۲۷/۹	۳	۳/۳	۴	۴/۳	۶۰	۶۴/۵	۹۳	۱۰۰/۰	۹۳	۱۰۰/۰

جدول شماره (۵): توزیع فراوانی هزینه ارائه مراقبت های تخصصی نسبت به درآمد واحدهای پژوهش پس از ترخیص

نوع مراقبت	میزان		کم		متوسط		زیاد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
هزینه تعویض پانسمان نسبت به درآمد	۸	۱۴/۳	۱۶	۲۸/۵	۳۲	۵۷/۲	۰	۰/۰
هزینه مراقبت از سوند نسبت به درآمد	۴	۱۱/۲	۲۴	۶۶/۶	۸	۲۲/۲	۰	۰/۰
هزینه تزریق نسبت به درآمد	۸	۸/۷	۵۳	۵۶/۹	۳۲	۳۴/۴	۰	۰/۰

طبق پیش بینی و ۳۴/۷٪ بستری مجدد بوده است، اما پیامد حاصل از مراقبت های تخصصی در جدول ۶ بیان شده است.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که پیامد نهایی درمان در افراد مورد بررسی در بخش جراحی ۷۰/۷٪ بهبودی طبق پیش بینی و ۲۹/۳٪ بستری مجدد و در بخش داخلی ۶۵/۳٪ بهبودی

جدول شماره (۶). توزیع فراوانی پیامد حاصل از مراقبتهای تخصصی واحدهای پژوهش پس از ترخیص

پیامد	میزان	تعداد	درصد
	بهبودی	۳۵	۶۲/۵
تعویض پانسمان	عفونت	۱۲	۲۱/۴
	بستری مجدد	۹	۱۶/۱
مراقبت از سوند	عملکرد صحیح	۱۸	۵۰/۰
	عفونت ادراری	۱۸	۵۰/۰
	گرفتگی لوله	۵	۳۸/۴
لوله داخل بدن (درن)	عملکرد صحیح	۵	۳۸/۴
	عفونت محل لوله	۳	۲۳/۲

بیمارستان تا زمان بهبودی کامل مخالف هستند، ولی نتایج حاکی از آن است که ۷۸/۷ درصد واحدهای پژوهش از بخش داخلی و ۸۹/۸ درصد از بخش جراحی متقاضی پیگیری بعد از ترخیص به صورت تلفنی و بازدید از منزل بودند.

وهبی و برنر نیز در مطالعات خود به نتایجی همسو با نتایج این مطالعه دست یافتند (۱). بنابراین به نظر می رسد برنامه آموزش حین ترخیص (حتی با کیفیت بالا که غالباً نیز اینگونه نمی باشد) نمی تواند جوابگوی نیازهای بیماران و خانواده های آنها برای برآورده سازی نیازهای بیماران باشد.

نتایج مطالعه حاضر در ارتباط با چگونگی تعیین نیازهای بیماران ترخیص شده نیز نشان داد، که در زمینه مراقبت از زخم و نحوه مصرف داروهای تزریقی پرسنل درمانی و در زمینه مراقبت از لوله های داخل بدن (سوند ادراری، درن)، همسر بیماران ارائه دهنده اصلی مراقبت بودند. مراقبت مربوط به زخم و پانسمان و تزریقات پس از ترخیص در درمانگاه بیمارستان و مراقبت از سوند در منزل ارائه می شد. هرچند طبق بررسی های پژوهشگر مطالعه - ای مشابه مطالعه حاضر که وضعیت بیماران بعد از ترخیص را با اهداف مشابه بررسی نکرده اند، اما مطالعات نشان می دهد که در برخی از کشورها مراقبت و پیگیری بیماران بعد از ترخیص از

یافته های حاصل از این تحقیق نشان داد که اکثریت واحدهای پژوهش (۱۰۰/۰٪) عنوان کرده اند، که نیازهای درمانی آنها بعد از ترخیص از بخش داخلی بیمارستان توسط سازمان خاصی پیگیری نمی شود و اینکه ۱۰۰٪ افراد با اقامت طولانی در

بحث:

تلاش پژوهشگر در جهت " تعیین نیازهای مراقبتی (آموزشی و درمانی) بیماران داخلی و جراحی ترخیص شده نشان داد، با توجه به اینکه به طور متوسط حین ترخیص بیماران آموزش هایی در زمینه مراقبت از خود در منزل را دریافت می کنند، ولی نتایج نشان داد، که در هفته اول بعد از ترخیص بیشترین نیاز بیماران جراحی در مورد مراقبت از عضو گچ گرفته، استفاده از وسایل کمک حرکتی، مراقبت از سوند ادراری و زخم و بیشترین نیاز بیماران داخلی در مورد مراقبت از سوند ادراری و زخم بوده است. همسو با یافته های مطالعه حاضر، بصام پور و همکاران در مطالعه خود با عنوان " بررسی نیازهای آموزشی خود مراقبتی بیماران تحت عمل جراحی بای پاس عروق کرونرو خانواده های آنان " به این نتیجه دست یافتند که بیشترین نیاز بیماران و خانواده های آنها در لحظه ترخیص و یک ماه بعد از ترخیص در مورد چگونگی مصرف داروها و مراقبت از زخم بیمارانشان بوده است.

ترخیص می شوند؛ مراقبت‌های تخصصی آنها پس از ترخیص توسط پرستاران اطفال اجتماعی در منازلشان پیگیری می شود (۲۲). نتیجه مطالعات متعدد در ایران نیز نشان دهنده نیاز بیماران و خانواده‌های آنها به تداوم مراقبت پرستاری در منزل و نیز تاثیر تداوم این مراقبت‌ها بر سلامت بیماران و خانواده‌های آنها بوده است (۲۳).

نتیجه گیری نهایی:

نتایج این مطالعه نشان داد، که ترخیص بیماران قبل از بهبودی کامل و در دوره نقاهت لزوم تاکید بر برنامه ترخیص برنامه ریزی شده، پیش‌بینی تمهیدات لازم برای تداوم فرایند بهبودی و مراقبت تخصصی در منزل و پیشگیری از عوارض را برای آنان مطرح می‌سازد. شایان ذکر است، که از جمله محدودیت‌های این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی، پژوهش به صورت مقطعی و با نمونه گیری در دسترس انجام شد، لذا پیشنهاد می‌شود که تحقیقات مشابه پژوهش حاضر در فاصله‌های زمانی ۳ و ۶ ماه بعد از ترخیص و نیز بررسی مراقبت پیگیر در منزل در این بیماران بعد از ترخیص انجام شود.

تقدیر و تشکر:

این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی گناباد انجام شده است. در خاتمه بر خود لازم می‌دانیم از همکاری و مساعدت معاونت‌های محترم آموزشی، تحقیقات و فناوری، و همچنین از مسئولین و همکاران بیمارستان ۲۲ بهمن و ۱۵ خرداد و کلیه بیماران عزیزی که در این مطالعه مشارکت داشتند، سپاسگزاری نمائیم.

بیمارستان به صورت ملاقات در منزل و توسط پرستاران اجتماعی به عمل می‌آید، که این در واقع بخش مهمی از برنامه ترخیص مدون است (۱،۵). همچنین یافته‌ها نشان داد که این بیماران هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های تخصصی را نسبت به درآمدشان متوسط و زیاد عنوان کردند. یکی از مشکلات مهم برای تداوم مراقبت‌ها پس از ترخیص خصوصاً به صورت مراقبت در منزل هزینه‌های آنها است، که به تحت پوشش بیمه قرار نداشتن خدمات پرستاری مربوط می‌شود (۲۰).

در ارتباط با تعیین پیامد تامین نیازهای مراقبتی بیماران داخلی و جراحی ترخیص‌شده از بیمارستان‌های شهر گناباد "یافته‌ها در بیماران مورد بررسی ۲۱/۴٪ عفونت زخم و در لوله‌های داخل بدن (سوند ادراری و درن) ۷۳/۰٪ عفونت و گرفتگی لوله نشان داد. خوش کلام و همکاران عفونت پس از جراحی را که مهمترین دلیل بستری مجدد بیماران بود در بخش عنوان کرد که نتایج مشابه مطالعه ما را داشتند (۱۸). در مطالعه حاضر بیماران بخش جراحی مورد مطالعه ۱۰/۷٪ و بیماران بخش داخلی ۱۶٪ بستری مجدد داشتند، که خوش کلام و همکاران در مطالعه‌ی خود میزان بستری مجدد در بیماران جراحی را ۲۱/۳٪ بیان کرد، که این میزان در مطالعه‌ای در آمریکا ۲۷٪ عنوان شد که از دلایل تفاوت در این یافته‌ها، احتمالاً وضعیت بیماران در حین ترخیص و نحوه پیگیری پس از آن می‌باشد (۱۸،۲۱).

تمامی واحدهای پژوهش در پژوهش حاضر مخالف اقامت طولانی تا بهبودی کامل در بیمارستان بودند و پس از ترخیص از بیمارستان نیز پیگیری نمی‌شدند.

این در حالی بود، که اغلب بیماران مورد بررسی احساس نیاز به پیگیری یوزی شدند، تا خود پس از ترخیص به صورت مراقبت منزل یا پیگیری تلفنی بودند.

Smith و Daughtrey در مطالعه خود در ایالت کینگدام نشان دادند، کودکانی که قبل از بهبودی کامل از بیمارستان

References:

1. BasampourSh, Monjamed Z, Nikbakhtnasrabadi A, BabaieGh, Moshtaghian M. Assessment of educational needs of patients and their families after coronary artery bypass graft (CABG) surgery at discharge and one month later. *Hayat Magazine*. 2004; 10(20): 15-24.
2. Donna D, Ignatavicious M, Workman L, Mishler M. *Medical- Surgical Nursing Across the Health care Continuum*. Philadelphia: Lippicott Co. 1999.
3. Louiselle L, Ouellet, Marilyn H. Hodgins, Sandra Pond, Shelley Knorr and Geri Geldart. Post-discharge telephone follow-up for orthopaedic surgical patients: a pilot study. *Journal of Orthopaedic Nursing*. 2003; (7): 87-93.
4. Grimmer K, Kumar S, FalcoJ, Moss J. *Discharge Planning Resource Kit*. 3rd ed. Australia: Department of Veterans' Affairs. 2005.
5. Shepperd S, Parkes J, McClaren J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (1): CD000313.
6. Mohammadi A, Delir Z, Hamzegardeshi F, Ziaei SH. Study nurses' views on the causes of the discharge codified programs in the Burn section at 1389. 2011; 21(83): 67- 72.
7. Ghafari S, Mohamadi E. The reasons of lack of discharge planning performance by nurses. *Iran J Nurs*. 2007; 48(19): 55-66 [in Persian].
8. Martens KH, Mellor SD. A study of the relationship between home care services and hospital readmission of patients with congestive heart failure. *Home Healthc Nurse*. 1997; 15(2): 123-9.
9. Hekmatpour D, Mohammadi E, Ahmadi F, Arefi S. Lack of sensitivity to readmission: A grounded theory study for explaining the process of readmitting patients suffering from congestive heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2009; 8(5): 355–363.
10. Williard M. Post-Discharge Call Programs: Patient safety & Quality Healthcare. Available at: <http://www.psqh.com/mayjune-2010/519-post-discharge-call-program-improving-satisfaction-and-safety.html>. Accessed May / June 2010.
11. Braun E, Baidusi A, Alroy G, Azzam Z. Telephone follow-up improves patients satisfaction following hospital discharge. *European Journal of Internal Medicine*. 2009; 20: 221–225.
12. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Hanestad B R. A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2005; 4: 37– 44.
13. Holland D E, Mistiaen P, Bowles K H. Problems and Unmet Needs of Patients Discharged “Home to Self-Care”. *Professional Case Management*. 2011; 16(4): 240- 250.

14. Kripalani S, Price M, Vigil V, & Epstein K R. Frequency and predictors of prescription-related issues after hospital discharge. *Journal of Hospital Medicine*. 2008; 3(1): 12-19.
15. Bowman SG, Howden J, Allen S, Webster RA, Thompson DR. A telephone survey of medical patients one Week after discharge from hospital. *Journal of Nursing Care Quality*. 1994; 13(1): 63-70.
16. Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, Kulwicki P, Frattaroli M, Sidor D, et al. Discharge Information Needs of Patients After Surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2006; 33: 281-291.
17. Ghafari S, Mohamadi E. The reasons of lackof discharge planning performance by nurses. *Iran J Nurs*. 2007; 48(19): 55-66 [in Persian].
18. Khoshkalam M, Zare Z. The Study of rehospitalizaition reasons in operated inpatients in Emam Hospital Orumeh city 1383. *Iranian Journal of Orthodontics*. 2007; 5(1): 8-11.
19. Ehrenfreund M. "The discharge petition's role in the immigration reform debate, explained". *The Washington Post*. 2013.
20. Kabayama M, Kamide K S, Hayakawa K. "The Role of Public Health Nurses in Japanese Long-term Care Prevention Projects in the Community." *Journal of Nursing and Care*. 2014; 3(3): 1-5.
21. Shipton S. Risk factors associated with multiple hospital readmissions. *Home Care Provid*. 1996; 1(2): 83-5.
22. Smith L, Daughtrey H. Weaving the seamless web of care: an analysis of parents' perceptions of their needs following discharge of their child from hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 31(4): 812-820.
23. Aliabadi M, Mojali M, Khosravan S, Mohamadzadeh F. The effect of empowering family caregivers of brain damaged patients base on problem solving by telephone follow-ups on knowledge, attitude and skills of caregiving. 2015; 1(2): 10-21.

Original Article**Caring needs of discharged patients from medical-surgical wards of Gonabad hospitals**M. Alaviani^{*1}, SH. Khosravan², R. Hosseyni³, M. Hosseyni⁴

^{1*}Lecturer of Nursing Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Maragheh Faculty of Medical Sciences, Maragheh, Iran.

²Associate professor of Community and Mental Health Department, Social Determinants of Health Research Centre, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

³PhD Student of Gerontology, Iranian Research of Aging and Gerontology Educational Group, University of Social welfare and Rehabilitation Sciences. Tehran. Iran.

⁴Master Science in Nursing, EmamHosseyn Hospital, Esfahan, Iran

(Received: 10 Jun, 2015 – Accepted: 5 Aug, 2015)**Abstract**

Introduction: Discharge is favorable for many patients, but it can be assumed as a problem for many other patients. Generally, patients have unmet needs after discharge that can increase their anxiety, decrease physical and mental health, create emotional problem, and decrease patients' abilities to adjust.

Objective: The purpose of this study is to assess caring needs of discharged patients from medical-surgical wards of Gonabad hospitals.

sectional study, 150 patients of medical-surgical wards were enrolled with convenience -**Method:** In this cross sampling method. They were discharged from 15th-khordad and 22th-Bahman hospitals one week before entering the study. Data were collected with a reliable questionnaire that was validated and analyzed using SPSS software and descriptive methods with $p \leq 0/05$ as the significant level.

Results: According to results about 75 patients in medical and 75 patients in surgical wards, needed the most caring in the first week after discharge' in surgical patients, the needs were caring for intra body catheter (100%), caring for fractured limb(100%), caring for wound and dressing (100%), and most caring needs in medical wards were caring for intra body catheter (100%), caring for wound and dressing (100%), and physical activity and mobility (92%).

Conclusion: Result showed that patients discharged before full recovery and in convalescence period signifies the necessity of emphasizing a planned discharge, predicting necessary implementations for the continuation of home expertise caring and recovery process and prevention of side effects proposed for them.

Key words: discharge, medical-surgical patients, caring needs