

تأثیر خارج شدن زود هنگام از تخت بر تهوع بیماران آپاندکتومی شده

فاطمه اسدی^۱، حمید ابراهیمی^۲، سیدرضامظلوم^۳، علی جنگجو^۴، مهدیه صبوری نوقابی^۵

۱. کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، ایران
۲. دانشجوی کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، ایران
۳. دکترای تخصصی پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، ایران
۴. دانشیار جراحی عمومی، مرکز تحقیقات جراحی سرطان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
۵. کارشناس پرستاری، پرستار بالینی بخش مراقبت های ویژه جراحی بیمارستان قائم (عج)، مشهد، ایران

*نویسنده مسؤول: مشهد، چهارراه دکتر، دانشکده پرستاری و مامایی
پست الکترونیک: ebrahimih5@mums.ac.ir

چکیده

مقدمه: آپاندکتومی متداول ترین عمل جراحی اورژانس است. تهوع به عنوان یک عارضه نگران کننده بعد از عمل، باعث ناراحتی و تجربه ناخوشایند بیماران از عمل جراحی می شود. به نظر می رسد که این عارضه با خروج زود هنگام بیماران از تخت کاهش می یابد.

هدف: تعیین تأثیر خارج شدن زود هنگام از تخت بر تهوع (وقوع، شدت، مدت، دفعات) بیماران آپاندکتومی شده.

روش: در این کارآزمایی بالینی، ۶۰ بیمار با عمل آپاندکتومی در بیمارستان امام رضا (ع) و دکتر شیخ شهر مشهد به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده ها معیار شبیه سازی بصری شدت تهوع، مقیاس دیداری سنجش درد بود. بیماران در گروه آزمون در چهار مرحله بعد از عمل جراحی آپاندکتومی از تخت خارج شدند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های آماری تی مستقل، من ویتنی و مجذور کای تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: در مرحله ۴ ساعت بعد از عمل، تفاوت معنی داری در وقوع، شدت و مدت تهوع بیماران در دو گروه وجود نداشت. وقوع تهوع در ۶ و ۸ ساعت بعد از عمل در گروه آزمون کمتر از گروه کنترل بود ($p < 0/001$). شدت تهوع نیز در مرحله دوم و سوم خروج زودرس از تخت در گروه آزمون ($5/2 \pm 10/8$) کمتر از گروه کنترل ($25/8 \pm 22/4$) بود ($p < 0/001$). مدت تهوع در گروه آزمون کمتر از گروه کنترل بود ($p < 0/001$). دفعات تهوع در بیماران آپاندکتومی شده در گروه آزمون $1/5$ برابر کمتر از گروه کنترل بود ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که خروج زود هنگام بیمار از تخت بعد از عمل جراحی با کاهش وقوع، شدت، مدت و دفعات تهوع بیماران همراه است.

کلیدواژه ها: تهوع و استفراغ بعد از عمل جراحی، خارج شدن زود هنگام، حرکت زود هنگام، آپاندیسیت، آپاندکتومی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۲/۱۴

مقدمه

آپاندیسیت از شایع‌ترین علل مراجعه بیماران به اورژانس جراحی می‌باشد و آپاندکتومی متداول‌ترین عمل جراحی اورژانس در جهان است (۱-۳). از هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر در جمعیت کلی، یک نفر به آپاندیسیت حاد مبتلا می‌شود. نسبت ابتلای جنس مذکر به مؤنث ۱/۳ به ۱ می‌باشد. دامنه سنی مشاهده شده در این بیماری از ۱ تا ۸۹ سالگی متغیر است (۴). در ایالت متحده آمریکا سالانه حدود ۲۵۰/۰۰۰ مورد آپاندکتومی انجام می‌شود و از هر ۱۰۰۰ کودک زیر ۱۸ سال، ۴ نفر تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند (۵).

در گروه سنی کودکان نسبت به بالغین کمتر اتفاق می‌افتد. علل ایجاد آن متعدد می‌باشد؛ ولی معمولاً انسداد لومن آپاندی سبب بروز علائم آن می‌شود (۶). گفته می‌شود که حدود ۷ درصد افراد را می‌تواند در طول عمر مبتلا سازد. در صورتی که در مبتلایان به آپاندیسیت حاد، عمل جراحی آپاندکتومی در اسرع وقت انجام نگیرد گانگرن و پارگی در بافت جدار آپاندیس ایجاد خواهد شد (۷). درمان آپاندیسیت حاد جراحی است و هر چقدر عمل جراحی در فاصله کمتری نسبت به شروع علائم انجام شود، عوارض کمتری بر جای خواهد گذاشت (۸). تهوع یک عارضه ناراحت کننده در بیماران با عمل جراحی آپاندکتومی است. تهوع و استفراغ بعد از عمل جراحی

Post Operation Nausea and Vomiting (PONV) از عوارض مهم و شایع عمل جراحی می‌باشد (۹-۱۱). تهوع و استفراغ بعد از عمل جراحی می‌تواند منشأ مشکلاتی همچون تأخیر در ترخیص بیمار از اتاق ریکاوری و بیمارستان، اختلالات الکترولیتی، کاهش آب بدن، باز شدن بخیه‌ها و خونریزی از محل آن‌ها و افزایش شیوع اسپیراسیون ریوی باشد (۱۲). تهوع و استفراغ بعد از عمل جراحی، حالتی ناراحت کننده برای بیمار و کارکنان رسته درمانی می‌باشد. این مسأله به ویژه در روز عمل جراحی مشکل‌زا است (۱۳).

بیماران اغلب از تهوع و استفراغ، بیشتر از سایر علائم به وجود آمده در اتاق ریکاوری ناراضی هستند. علاوه بر ناراحتی و ناراضی‌بندی بیمار، این عوارض باعث افزایش هزینه‌های پزشکی، تأخیر در ترخیص از اتاق ریکاوری، عوارض داروهای تجویز شده کاهنده تهوع و استفراغ، افزایش کار پرستار، بستری طولانی مدت در بیمارستان و احتمال دوباره بستری شدن می‌شود (۱۴).

در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۲ توسط هینی جوسا انجام شد؛ به این نتیجه رسید که مداخلات پرستار در بررسی تهوع و استفراغ بعد از عمل جراحی، بسیار کم می‌باشد و تنها شامل دارو دادن است و پرستاران به آموزش برای پیشگیری و تسکین این

عوارض نیاز دارند (۱۰). مدیریت تهوع و استفراغ بیماران شامل مداخلات دارویی، رژیم و رفتاری می‌باشد و از فاز قبل از اطاق عمل شروع می‌شود (۱۵-۱۶). گرچه پروفیلاکسی معمول ممکن است کافی به نظر برسد؛ اما داروهای ضدتهوع مناسب، بسیار متنوع است و بعضی از این داروها گران می‌باشد؛ به طوری که استفاده از آن‌ها مقرون به صرفه نیست. از آن جایی که اکثر داروهای ضدتهوع، دارای آثار جانبی ناخوشایندی می‌باشد و یا گران قیمت است؛ درمان‌های جایگزین برای کاهش تهوع و استفراغ بیماران بعد از عمل جراحی بررسی شده است (۱۳). خارج شدن زودهنگام از تخت، یک جزء مراقبتی بسیار مهم به دنبال عمل‌های جراحی باز شکمی می‌باشد و به طور وسیعی استفاده می‌شود. با خروج زودهنگام از تخت، مدت زمان برگشتن بیمار به وضعیت قبل از عمل و همچنین عوارض ریوی در آن‌ها کاهش می‌یابد. حرکتی که شامل یک وضعیت ایستاده باشد به نظر می‌رسد که بیشترین فواید را در دوران بعد از عمل جراحی و به علت ارتقای وضعیت ریوی بیماران داشته باشد.

خارج شدن زودهنگام بیمار از تخت، از کاهش عملکرد سیستم‌های بدن جلوگیری می‌کند و ممکن است نقش مثبتی بر روی افسردگی و اضطراب بیماران داشته باشد (۱۷). خارج شدن زودهنگام به خروج شدن بیمار از تخت در روز عمل جراحی اطلاق می‌شود. به طور کلی، در منابع پرستاری، خارج شدن زودهنگام بیمار از تخت را مهم‌ترین ابزار پرستار برای جلوگیری از عوارض بعد از عمل جراحی دانسته‌اند.

مهم‌ترین و شایع‌ترین فواید پذیرفته شده خارج شدن زودهنگام از تخت عبارت است از: ۱- کاهش استاز وریدی؛ ۲- تحریک گردش خون در رگ‌ها؛ ۳- جلوگیری از ترمبوز وریدی و آمبولی ریوی؛ ۴- افزایش قدرت عضلانی؛ ۵- بهبود عملکرد دستگاه گوارشی، ادراری-تناسلی و ریوی (۱۸)

با توجه به توضیحات بالا که به راه اقتادن بیمار بعد از عمل جراحی، به ویژه در عمل‌های شکمی توصیه اکید شده است (۱۷) و از طرف دیگر، بیماران از تهوع و استفراغ بیشتر از سایر علائم به وجود آمده بعد از عمل ناراضی هستند و از سویی، مطالعه‌ای که کاربرد راه رفتن زودرس بیمار را بر روی تهوع نشان دهد، انجام نشده است؛ بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر خارج شدن زودهنگام از تخت بر تهوع بیماران آپاندکتومی شده طراحی شده است. پژوهشگر در صدد پاسخ به این پرسش است که «آیا خروج زودهنگام بیمار از تخت در کاهش تهوع بیماران آپاندکتومی شده تأثیری دارد؟»

روش‌ها

زدن علامت روی این خط مشخص نماید. سپس شدت تهوع بیمار با محاسبه فاصله محل علامت از نقطه صفر (بدون تهوع) تعیین می‌گردد.

فرم مشخصات فردی و فرم مربوط به بیماری فعلی دارای پرسش‌هایی بود که با مصاحبه و از طریق پرونده بیمار تکمیل می‌شد. مقیاس دیداری سنجش درد شامل یک خط افقی به طول ۱۰ سانتی‌متر بود. از بیمار خواسته می‌شد که شدت دردی را که در آن لحظه احساس می‌کند را با زدن علامت روی این خط مشخص نماید.

به منظور تعیین روایی ابزارهای مذکور، از اعتبار محتوی استفاده شد. پایایی علمی معیار تعیین شدت تهوع در یکی از مطالعات انجام شده در خارج کشور با ضریب همبستگی ۰/۸۳ که از مقایسه اندازه‌گیری دو بار پیاپی شدت تهوع به فواصل ۱۵-۱۰ دقیقه به دست آمده، تأیید گردیده است (۱۹-۲۰). پایایی مقیاس دیداری درد که در این پژوهش استفاده شده است در مطالعات مختلف تأیید شده است (۲۱-۲۲). از فشارسنج جیوه‌ای آلپی‌کادو ساخت کشور ژاپن برای ثبت فشارخون بیماران استفاده شد.

مدت تهوع بیماران نیز توسط کرنومتر دیجیتالی کاسیو ساخت کشور ژاپن بر حسب ثانیه محاسبه شد. برای تعیین اعتبار دستگاه‌های فشارسنج و کرنومتر، حتی‌الامکان از وسایل نو و سالم و با مدرک معتبر استفاده شد و پایایی آن‌ها به روش آزمون مجدد تأیید شد. به منظور ارزیابی پایایی ابزار سنجش فشارخون، برای ۱۰ بیمار توسط پژوهشگر در دو مرحله، فشارخون به فاصله ۵ دقیقه گرفته و مقایسه شد؛ که با $r=0/97$ پایایی آن تأیید شد و برای ارزیابی پایایی ابزار سنجش ضربان قلب (کرنومتر)، برای ۱۰ بیمار توسط پژوهشگر در دو مرحله، ضربان قلب به فاصله ۵ دقیقه گرفته و مقایسه شد؛ که با $r=0/95$ پایایی آن تأیید شد.

به منظور گردآوری داده‌ها، ابتدا پژوهشگر و همکاران، طرح پژوهشی خود را به واحد پژوهش معرفی نمودند و چک‌اسیت انتخاب واحد پژوهش تکمیل می‌گردید و از افراد واجد شرایط، رضایت‌نامه کتبی اخذ می‌گردید. رضایت‌نامه کتبی در افراد بین ۱۸-۱۰ سال، از والدین بیمار اخذ می‌شد و سپس داده‌های دموگرافیک از طریق مصاحبه با بیماران و از پرونده آن‌ها استخراج می‌شد.

بیماران ابتدا به روش در دسترس بر مبنای معیارهای ورود و خروج پژوهش انتخاب می‌شدند و سپس با تخصیص تصادفی، قرعه‌کشی در دو گروه آزمون و کنترل قرار می‌گرفتند. نمونه‌گیری هر روز از ساعت ۶ صبح تا ۱۲ ظهر بود و مداخله در گروه آزمون به مدت ۱۰ ساعت ادامه پیدا می‌کرد و این روند

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی دوگروهه می‌باشد که با هدف تعیین تأثیر خارج شدن زود هنگام بیمار از تخت بر تهوع بیماران بعد از عمل جراحی آپاندکتومی در بیمارستان‌های امام‌رضاع) و دکتر شیخ شهر مشهد در سال ۱۳۹۱ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیمارانی بود که در بازه زمانی مورد مطالعه در بخش‌های جراحی یا اورژانس جراحی بیمارستان‌های فوق با تشخیص آپاندیسیت بستری شده و با تشخیص قطعی آپاندیسیت با تأیید پزشک متخصص تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار گرفتند. نمونه پژوهش شامل ۶۰ بیمار در رده سنی ۵۰-۱۰ سال بودند که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند. این بیماران رضایت به شرکت در مطالعه داشتند؛ قادر به صحبت کردن به زبان فارسی بودند و از هوشیاری کافی برای تعیین شدت تهوع برخوردار بودند.

معیارهای خروج از مطالعه عبارت بود از: داشتن اختلال حرکتی و یا نقص در اندام‌های تحتانی در گروه آزمون؛ اعتیاد به مواد مخدر؛ ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای و مزمن؛ انجام عمل جراحی دیگری به غیر از آپاندکتومی؛ استفاده از داروهای کاهنده تهوع و استفراغ؛ و خروج بیماران از تخت در گروه کنترل در بازه زمانی مورد مطالعه.

نمونه‌گیری در این پژوهش به روش در دسترس و تقسیم واحدهای پژوهش به دو گروه مراقبت‌های مرسوم و خروج زود هنگام از تخت به روش تصادفی به طریق قرعه‌کشی در هر مورد بود. حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی بر روی ۱۰ نفر در هر گروه و با استفاده از دو فرمول مقایسه میانگین‌ها و مقایسه شاخص دو نسبت محاسبه و معادل ۲۴ نفر در گروه (۴۸ نفر در کل) برآورد شد و به عنوان حداقل حجم نمونه در نظر گرفته شد. برای اطمینان از باقی ماندن تعداد کافی افراد و بالا بردن اعتبار داخلی پژوهش، ۳۰ نفر در هر گروه و جمعاً ۶۰ نفر وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش عبارت بود از: فرم انتخاب واحد پژوهش، فرم گردآوری مشخصات فردی، مقیاس دیداری سنجش درد (VAS)، فرم مصاحبه و فرم داده‌های مربوط به بیماری فعلی، فرم بررسی علایم حیاتی در مراحل مختلف خروج از تخت، فرم معیار شبیه‌سازی بصری شدت تهوع، فشارسنج جیوه‌ای، خط‌کش و کرنومتر دیجیتالی برای ثبت مدت تهوع.

مقیاس دیداری سنجش شدت تهوع شامل یک خط عمودی به طول ۱۰۰ میلی‌متر می‌باشد که از صفر تا ۱۰۰ شماره‌گذاری شده است. یک طرف آن عبارت «بدون تهوع» و طرف دیگر آن عبارت «تهوع شدید» نوشته شده است. برای اندازه‌گیری شدت تهوع با این ابزار، ضمن نشان دادن آن به بیمار، از وی خواسته می‌شد که شدت تهوعی را که در آن لحظه احساس می‌کند با

ادامه داشت تا حجم نمونه بر اساس فرمول مربوطه به حد کفایت رسید.

پژوهشگر و همکاران طرح بعد از بدست آوردن هوشیاری کامل بیمار، در گروه آزمون، پس از حاضر شدن بر بالین بیمار، نحوه خارج شدن از تخت را بر طبق موارد ذیل آموزش می‌دادند. بیماران در گروه آزمون، ۴ ساعت بعد از عمل جراحی برای اولین بار از تخت خارج می‌شدند.

روش خارج شدن از تخت بدین صورت بود که ۳/۵ ساعت بعد از ورود بیمار به بخش، ابتدا سطح هوشیاری و علائم حیاتی پایه (فشارخون، نبض، تنفس) در وضعیت خوابیده گرفته می‌شد. سپس در صورت هوشیاری کامل و نداشتن درد غیرقابل تحمل، به مدت ۱۰ دقیقه در کنار تخت می‌نشستند و در این مرحله نیز علائم حیاتی مجدداً کنترل می‌شد و در صورت عدم تغییر، بیماران به مدت ۵ دقیقه بر روی صندلی یا نیمکت موجود در کنار تخت می‌نشستند. در این مرحله نیز علائم حیاتی مجدداً کنترل می‌شد و در صورتی که علائم حیاتی تغییری نمی‌کرد و وضعیت بیمار تأیید می‌شد، بیمار به اندازه ۱۵ متر با کمک همراهی از تخت خارج شده و در اطراف تخت راه می‌رفت. سپس به تخت برگردانیده می‌شد و وقوع، شدت، مدت و دفعات تهوع در آن‌ها با ابزارهای مربوطه پایش می‌شد و مدت زمان تهوع به ثانیه ثبت می‌گردید.

پس از گذشت ۲ ساعت از اولین خروج از تخت، بیمار برای دومین بار، ابتدا ۵ دقیقه کنار تخت و ۵ دقیقه بر روی صندلی یا نیمکت می‌نشست و علائم حیاتی کنترل می‌شد و در صورت تأیید، با کمک همراهی و به مدت ۳-۵ دقیقه در راهرو بخش راه می‌رفت و شاخص‌های تهوع مجدداً به روش مذکور بررسی می‌شد. در تمام طول مدت راه رفتن، همراهی بیمار در کنار وی بود تا از سقوط احتمالی بیمار جلوگیری نماید و این روند تا پایان مطالعه هر ۲ ساعت تکرار شد.

در گروه کنترل نیز پژوهشگر و همکاران طرح طبق معمول موجود در بخش عمل کردند؛ به این صورت که به بیماران بعد از عمل جراحی تا اخذ دستور کتبی از پزشک یا دستیار تخصصی جراحی اجازه خروج از تخت داده نمی‌شد (اجازه کتبی شب و یا روز بعد از عمل به صورت مکتوب در برگه دستورات پزشک توسط دستیار تخصصی نوشته می‌شد). پژوهشگر و همکاران طرح پس از توضیح در مورد مطالعه و اهداف آن، شبیه گروه آزمون، تهوع بیماران را با ابزار مربوطه از نظر وقوع، شدت، مدت و دفعات تهوع پایش می‌کردند.

پس از گردآوری و کدبندی داده‌ها، به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. در توصیف داده‌ها، از جداول، توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار

استفاده شد. ابتدا نرمال بودن توزیع متغیرهای کمی توسط آزمون کولموگراف-اسمیرنوف تعیین شد و در صورت نرمال بودن از آزمون تحلیل واریانس، تحلیل واریانس با مقادیر تکراری، تی مستقل و تی وابسته استفاده شد. در صورت غیرنرمال بودن، از روش تبدیل متغیرها به توزیع نرمال استفاده می‌شد. در صورت تبدیل نشدن متغیرها به صورت نرمال، در متغیرهای کمی از آزمون من‌ویتنی استفاده شد و برای متغیر کیفی از آزمون مجذورکای استفاده شد. اثر متغیرهای مخدوش کننده در این مطالعه نیز با استفاده از روش تخصیص تصادفی واحدهای پژوهش به دو گروه کنترل و مداخله کنترل گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی در گروه آزمون $22/9 \pm 11/0$ سال و در گروه کنترل $20/5 \pm 8/9$ سال بود. $73/3$ درصد (۴۴ نفر) از واحدهای پژوهش مذکر بودند. بیماران دو گروه از نظر سن، جنس و نیز سایر خصوصیات دموگرافیک از قبیل سابقه بیماری مسافرت (Motion Sickness)، مصرف سیگار، سابقه عمل جراحی قبلی، سابقه فامیلی تهوع و استفراغ در عمل جراحی، قد، وزن، شاخص توده بدنی، نوع و مقدار داروی بیهوشی و شل‌کننده عضلانی و مخدر استفاده شده در شروع بیهوشی تفاوت معنی‌داری نداشتند و همگن بودند (جدول ۱). در اولین خروج بیمار از تخت در مرحله اول (۴ ساعت بعد از ورود بیمار به بخش) میزان وقوع تهوع در گروه کنترل ۸۰ درصد و در گروه مداخله $66/7$ درصد بود. نتایج آزمون آماری مجذورکای نشان داد که دو گروه مورد مطالعه از لحاظ وقوع تهوع در مرحله اول خارج شدن بیماران از تخت همگن بودند ($p=0/243$).

در دومین خروج بیمار از تخت در مرحله دوم (۶ ساعت بعد از ورود بیمار به بخش)، میزان وقوع تهوع در گروه کنترل ۹۰ درصد و در گروه مداخله $23/3$ درصد بود. نتایج آزمون مجذورکای نشان داد که دو گروه مورد مطالعه از لحاظ وقوع تهوع در مرحله دوم خارج شدن بیماران از تخت تفاوت آماری معنی‌داری داشتند ($p<0/001$).

در سومین خروج بیمار از تخت در مرحله سوم (۸ ساعت بعد از ورود بیمار به بخش)، میزان وقوع تهوع در گروه کنترل $73/3$ درصد و در گروه مداخله $10/0$ درصد بود. نتایج آزمون مجذورکای نشان داد که دو گروه مورد مطالعه از لحاظ وقوع تهوع در مرحله سوم خارج شدن بیماران از تخت تفاوت آماری معنی‌داری داشتند ($p<0/001$) (جدول ۲).

در چهارمین خروج بیمار از تخت در مرحله چهارم (۱۰ ساعت بعد از ورود بیمار به بخش)، میزان وقوع تهوع در گروه کنترل $30/0$ درصد و در گروه مداخله $23/3$ درصد بود. نتایج آزمون مجذورکای نشان داد که دو گروه مورد مطالعه از لحاظ وقوع

از ورود بیمار به بخش)، میانگین شدت تهوع در گروه آزمون $4/3 \pm 1/4$ و در گروه کنترل $11/7 \pm 2/3$ بود؛ که آزمون آماری من‌ویتنی تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($p=0/372$) (جدول ۳).

نتایج آزمون تحلیل واریانس با مقادیر تکراری نشان داد که میانگین شدت تهوع در مراحل اول تا چهارم خروج از تخت تفاوت معنی‌داری دارد ($p < 0/001$)؛ که این تفاوت بر طبق آزمون تعقیبی LSD در مورد «مرحله اول با سوم» و «چهارم و دوم با چهارم» معنی‌دار بوده است؛ اما گروه به طور مشترک اثر معنی‌داری بر شدت تهوع نداشته است ($p=0/163$).

در اولین خروج بیمار از تخت در مرحله اول (۴ ساعت بعد از ورود بیمار به بخش)، میانگین مدت تهوع در گروه آزمون $1/6 \pm 1/4$ دقیقه و در گروه کنترل $2/3 \pm 1/6$ دقیقه بود؛ که آزمون آماری تی‌مستقل تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($p=0/073$). در دومین خروج بیمار از تخت در مرحله دوم (۶ ساعت بعد از ورود بیمار به بخش)، میانگین مدت تهوع در گروه آزمون $0/6 \pm 1/3$ دقیقه و در گروه کنترل $2/5 \pm 1/5$ دقیقه بود؛ که آزمون آماری تی‌مستقل تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/001$).

در سومین خروج بیمار از تخت در مرحله سوم (۸ ساعت بعد از ورود بیمار به بخش)، میانگین مدت تهوع در گروه آزمون $0/6 \pm 0/6$ دقیقه و در گروه کنترل $2/2 \pm 1/8$ دقیقه بود؛ که آزمون آماری تی‌مستقل تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/001$) (جدول ۳). در چهارمین خروج بیمار از تخت در مرحله چهارم (۱۰ ساعت بعد از ورود بیمار به بخش)، میانگین مدت تهوع در گروه آزمون $0/4 \pm 0/7$ دقیقه و در گروه کنترل $0/6 \pm 1/2$ دقیقه بود؛ که آزمون آماری من‌ویتنی تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($p=0/568$) (جدول ۳).

نتایج آزمون تحلیل واریانس با مقادیر تکراری نشان داد که میانگین مدت تهوع در مراحل اول تا چهارم خروج از تخت تفاوت معنی‌داری دارد ($p < 0/001$)؛ که این تفاوت بر طبق آزمون تعقیبی LSD در مورد «مرحله اول با سوم و چهارم»، «دوم با چهارم» و «سوم با چهارم» معنی‌دار بوده است؛ اما گروه به طور مشترک اثر معنی‌داری بر مدت تهوع نداشته است ($p=0/348$).

میانگین دفعات تهوع در بیماران آپاندکتومی شده مورد مطالعه در مرحله اول، دوم، سوم و چهارم خروج از تخت در گروه آزمون $1/2 \pm 0/7$ مرتبه و در گروه کنترل $2/7 \pm 0/9$ مرتبه بود؛ که آزمون من‌ویتنی تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/001$) (جدول ۳). یافته‌های پژوهش نشان داد که بین مشخصات فردی از جمله سن، جنس، سابقه بیماری مسافرت، مصرف سیگار، شاخص توده بدنی، سابقه عمل جراحی قبلی، سابقه فامیلی

تهوع در مرحله چهارم خارج شدن بیماران از تخت تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند ($P=0/559$) (جدول ۲).

جدول ۱: مقایسه مشخصات فردی و سوابق بیماری بیماران آپاندکتومی شده مورد پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه آزمون	گروه کنترل	آزمون آماری-p value
سن (سال)	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	تی‌مستقل $P=0/358$
جنس	مؤنث مذکر	۷ ۲۳	مجدورکای $P=0/559$
مصرف سیگار	بلی خیر	۱ ۲۹	مجدورکای $P=0/554$
بیماری مسافرت	بلی خیر	۳ ۲۷	مجدورکای $P=0/301$
BMI	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	تی‌مستقل $P=0/631$
عمل جراحی قبلی	بلی خیر	۸ ۲۲	مجدورکای $P=0/095$
سابقه PONV قبلی	بلی خیر	۲ ۲۸	مجدورکای $P=1/000$
سابقه فامیلی PONV قبلی	بلی خیر	۱۴ ۱۶	مجدورکای $P=0/058$
دُر بیهوشی (Mg/kg)	۱/۵-۲/۵ ۲/۵-۳	۲۰ ۱۰	مجدورکای $P=0/781$
دُر شل کننده عضلانی (Mg/kg)	۰/۳-۰/۵ ۰/۵	۱۰ ۲۰	مجدورکای $P=1/000$
دُر مخدر ($\mu\text{g/kg}$)	۲ ۳	۲۰ ۱۰	مجدورکای $P=1/000$
طول مدت بیهوشی (دقیقه)	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	من‌ویتنی $P=0/171$

در اولین خروج بیمار از تخت در مرحله اول (۴ ساعت بعد از ورود بیمار به بخش)، میانگین شدت تهوع در گروه آزمون $1/3 \pm 1/3$ و در گروه کنترل $2/7 \pm 2/3$ بود؛ که آزمون آماری من‌ویتنی تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($p=0/134$). در دومین خروج بیمار از تخت در مرحله دوم (۶ ساعت بعد از ورود بیمار به بخش)، میانگین شدت تهوع در گروه آزمون $1/8 \pm 1/2$ و در گروه کنترل $2/4 \pm 2/5$ بود؛ که آزمون آماری من‌ویتنی تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/001$).

در سومین خروج بیمار از تخت در مرحله سوم (۸ ساعت بعد از ورود بیمار به بخش)، میانگین شدت تهوع در گروه آزمون $1/4 \pm 2/1$ و در گروه کنترل $2/3 \pm 2/3$ بود؛ که آزمون آماری من‌ویتنی تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/001$). در چهارمین خروج بیمار از تخت در مرحله چهارم (۱۰ ساعت بعد

تهوع و استفراغ در عمل‌های جراحی قبلی، طول مدت بیهوشی، مقدار مخدر و داروی بیهوشی ارتباط معناداری وجود ندارد. جدول ۲: میزان وقوع تهوع در بیماران آپاندکتومی شده مورد مطالعه در مرحله اول، دوم، سوم و چهارم خروج از تخت در دو گروه کنترل و مداخله

نتایج آزمون	کل		مداخله		کنترل		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
کای اسکوئر							
$X^2=1/3$	۷۳/۳	۴۴	۶۶/۷	۲۰	۸۰/۰	۲۴	بلی
$dF=1$	۲۶/۷	۱۶	۳۳/۳	۱۰	۲۰/۰	۶	خیر
$P=0/243$	۱۰۰/۰	۶۰	۱۰۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰	۳۰	کل
وقوع تهوع مرحله اول							
$X^2=27/1$	۵۶/۷	۳۴	۲۳/۳	۷	۹۰/۰	۲۷	بلی
$dF=1$	۴۳/۳	۲۶	۷۶/۷	۲۳	۱۰/۰	۳	خیر
$P=0/001$	۱۰۰/۰	۶۰	۱۰۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰	۳۰	کل
وقوع تهوع مرحله دوم							
$X^2=24/7$	۴۱/۷	۲۵	۱۰/۰	۳	۷۳/۳	۲۲	بلی
$dF=1$	۵۸/۳	۳۵	۹۰/۰	۲۷	۲۶/۷	۸	خیر
$P=0/001$	۱۰۰/۰	۶۰	۱۰۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰	۳۰	کل
وقوع تهوع مرحله سوم							
$X^2=0/3$	۲۶/۷	۱۶	۲۳/۳	۷	۳۰/۰	۹	بلی
$dF=1$	۷۳/۳	۴۴	۷۶/۷	۲۳	۷۰/۰	۲۱	خیر
$P=0/559$	۱۰۰/۰	۶۰	۱۰۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰	۳۰	کل

جدول ۳: میانگین شدت، مدت و دفعات تهوع بیماران آپاندکتومی شده مورد مطالعه در مرحله اول، دوم، سوم و چهارم خروج از تخت در دو گروه کنترل و مداخله

نتایج آزمون آماری	مداخله		کنترل		متغیر	مراحل خروج از تخت
	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین		
$Z=1/4$ $P=0/134$	۳۰	$13/3 \pm 10/3$	۳۰	$26/3 \pm 27/7$	شدت تهوع	اول
$t=1/8$ $dF=58$ $P=0/073$	۳۰	$1/6 \pm 1/4$	۳۰	$2/3 \pm 1/6$	مدت تهوع	
$Z=4/4$ $P=0/000$	۳۰	$5/2 \pm 10/8$	۳۰	$25/8 \pm 22/4$	شدت تهوع	دوم
$t=5/1$ $dF=58$ $P=0/000$	۳۰	$0/6 \pm 1/3$	۳۰	$2/5 \pm 1/5$	مدت تهوع	
$Z=4/5$ $P=0/000$	۳۰	$2/1 \pm 6/4$	۳۰	$20/3 \pm 23/8$	شدت تهوع	سوم
$t=5/7$ $dF=58$ $P=0/000$	۳۰	$0/2 \pm 0/6$	۳۰	$2/2 \pm 1/8$	مدت تهوع	
$Z=0/8$ $P=0/372$	۳۰	$4/3 \pm 8/4$	۳۰	$11/7 \pm 23/3$	شدت تهوع	چهارم
$Z=0/5$ $P=0/568$	۳۰	$0/4 \pm 0/7$	۳۰	$0/6 \pm 1/2$	مدت تهوع	
$Z=1/5$ $P=0/000$	۳۰	$1/2 \pm 0/7$	۳۰	$2/7 \pm 0/9$	میانگین دفعات تهوع (مجموع چهار مرحله)	

t: آزمون تی

Z: آزمون من ویتنی

سپس با ۱۶/۷ درصد کاهش، به ۷۳/۳ درصد در مرحله سوم رسید. با توجه به این که گروه‌های مورد مطالعه همگن بودند، می‌توان نتیجه گرفت که مداخله در مطالعه حاضر (خروج زود هنگام از تخت) توانسته است بر وقوع تهوع بیماران در گروه آزمون نتیجه مثبت بگذارد و آن را کاهش دهد. این کاهش وقوع تهوع در مرحله دوم و سوم خروج زودرس تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($p < 0/001$)؛ ولی در مرحله اول خروج زودرس، این تفاوت معنی‌دار نبود؛ که می‌تواند ناشی از زمان اثر حرکت زود هنگام باشد.

بحث

نتایج مطالعه حاضر که به منظور بررسی تأثیر خارج شدن زود هنگام از تخت بر تهوع بیماران آپاندکتومی شده طراحی شده بود، نشانگر تأثیر مثبت این پروتکل در مراحل خروج زودرس بیماران از تخت بود. وقوع تهوع در گروه مداخله از مرحله اول تا مرحله سوم خروج زودرس از تخت، دارای سیر نزولی بود؛ به طوری که از ۶۶/۷ درصد در مرحله اول به ۱۰/۰ درصد در مرحله سوم رسید. این روند در گروه کنترل دارای نظم نبود؛ به طوری که وقوع تهوع از ۸۰/۰ درصد در مرحله اول به ۹۰/۰ درصد در مرحله دوم رسید و ۱۰/۰ درصد افزایش نشان داد و

در اولین مرحله خروج زود هنگام از تخت طبق آزمون تی مستقل، گروه‌های مورد مطالعه از لحاظ مدت تهوع، تفاوت آماری معنی‌داری با یکدیگر نداشتند؛ که می‌تواند ناشی از زمان اثر حرکت زود هنگام باشد. ولی در مرحله دوم و سوم خروج زود درس بیماران از تخت، این تفاوت معنی‌دار بود. با توجه به همگنی بیماران مورد مطالعه، می‌توان نتیجه گرفت که مداخله در پژوهش حاضر (خروج زود هنگام از تخت) توانسته است بر روی مدت تهوع بیماران اثر مثبت گذاشته و آن را به طور معنی‌داری کاهش بدهد. در مرحله چهارم با توجه به کم بودن مدت تهوع بیماران در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت. در مطالعه فیروز کوهی (۱۳۷۸)، میانگین مدت تهوع در بیماران تحت شیمی‌درمانی در وضعیت خوابیده $(5/25 \pm 5/4)$ بوده است؛ که در وضعیت نیمه‌نشسته تقریباً به نصف، یعنی $2/48 \pm 3/5$ کاهش پیدا کرده بود. آزمون تی مستقل این کاهش را معنی‌دار نشان داده بود ($p < 0/001$)؛ که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۳). میانگین مجموع دفعات تهوع در بیماران آپاندکتومی شده مورد مطالعه در مرحله اول، دوم، سوم و چهارم خروج از تخت در گروه آزمون، در مجموع $1/5$ برابر کمتر از گروه کنترل بود. همچنین بر اساس آزمون آماری من‌ویتنی، تفاوت معنی‌داری بین دفعات تهوع در دو گروه مورد مطالعه وجود داشت ($p < 0/001$)؛ که نشان‌دهنده تأثیر مثبت خارج شدن زود هنگام بیمار از تخت بر روی دفعات تهوع است. در مطالعه فیروز کوهی، میانگین دفعات تهوع در وضعیت خوابیده $(1/38 \pm 1/3)$ بود؛ که در وضعیت نیمه‌نشسته تقریباً به نصف یعنی $0/76 \pm 0/9$ کاهش پیدا کرده بود؛ که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۳). از زمانی که رجینالد فیتز هبر (Reginald Fitz Heber) واقیعت آپاندیسیت حاد را کشف نمود و به پراکنندگی موجود در بین نظریات مربوط به فیزیوپاتولوژی و درمان این بیماری پایان داد ۱۱۰ سال می‌گذرد؛ ولی هنوز هم آپاندیسیت حاد یکی از مشکلات تشخیصی علم پزشکی محسوب می‌شود (۸). با توجه به رشد روزافزون جمعیت، عمل‌های جراحی نقش مهمی را در بازگرداندن بیمار به عملکرد قبلی‌شان بازی می‌کند و هر روزه به تعداد بیمارانی که نیاز به عمل جراحی آپاندکتومی دارند افزوده می‌شود و جلوگیری از عوارض بعد از عمل جراحی، بسیار مهم و حیاتی می‌باشد. جلوگیری از تهوع و استفراغ بعد از عمل جراحی از دید بیماران، خیلی مهم است و همچنین این عارضه یک مشکل طبی و مالی است که می‌تواند با تبعیت از استانداردها به طور مؤثری کاهش یابد. تهوع و استفراغ بعد از عمل می‌تواند یک نشانگر برای ارزیابی کیفیت مراقبت‌ها محسوب شود. آپفل و همکارانش در سال ۲۰۰۲ پیشنهاد کردند که اندازه‌گیری تهوع و استفراغ باید

در چهارمین مرحله خروج زودرس از تخت، تفاوت معنی‌داری بین وقوع تهوع در گروه‌های مورد مطالعه نبود؛ ولی در گروه کنترل، $6/7$ درصد بیشتر از گروه مداخله بود. در مطالعه فیروز کوهی (۱۳۷۸) در خصوص بررسی تأثیر وضعیت نیمه‌نشسته، ضمن شیمی‌درمانی بر تهوع و استفراغ بیماران سرطانی بیمارستان امید مشهد، وقوع تهوع در وضعیت نیمه‌نشسته نسبت به وضعیت خوابیده، تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($p < 0/002$).

میزان وقوع تهوع در وضعیت خوابیده $64/8$ درصد و در وضعیت نیمه‌نشسته $48/4$ درصد بود؛ که $16/4$ درصد کاهش در وضعیت نیمه‌نشسته وجود داشت. با توجه به تعریف حرکت زود هنگام که نشستن و حرکت بیمار در تخت را نیز شامل می‌شود؛ می‌توان نتیجه گرفت که مطالعه فوق با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۳). در مطالعه روبرتسون (۱۹۸۰)، بررسی وضعیت دادن بعد از میلوگرافی، وقوع تهوع در وضعیت خوابیده 63 درصد، در وضعیت 45 درجه 40 درصد و در بیماران دارای تحرک 20 درصد بود و در بیماران دارای تحرک، وقوع تهوع به طور معنی‌داری کاهش پیدا کرده بود ($p < 0/05$)؛ که با توجه به تعریف حرکت زود هنگام بعد از عمل، با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۴).

همان گونه که نتایج نشان داد، میانگین شدت تهوع در مرحله اول خروج زود هنگام بیماران از تخت، دارای تفاوت آماری معنی‌داری نبود؛ که می‌تواند ناشی از زمان اثر حرکت زود هنگام باشد؛ ولی در مرحله دوم و سوم خروج زودرس بیماران از تخت، این تفاوت معنی‌داری بود؛ که می‌توان به مداخله مورد بررسی در مطالعه حاضر (خارج شدن زود هنگام از تخت) نسبت داد.

در مرحله چهارم، تفاوت آماری معنی‌داری در شدت تهوع بیماران مشاهده نشد؛ ولی میانگین شدت تهوع در گروه مداخله $4/3 \pm 8/4$ و در گروه کنترل $11/7 \pm 21/3$ بود؛ که بیشتر از گروه مداخله بود. هر چند که گروه‌های مورد مطالعه از لحاظ شدت تهوع در مرحله اول و چهارم خروج بیماران از تخت، تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند؛ ولی میانگین شدت تهوع در گروه کنترل بیشتر از گروه مداخله بود. در نتیجه، می‌توان استدلال کرد که حرکت زود هنگام توانسته است بر روی میانگین شدت تهوع بیماران نتایج مثبتی بگذارد و میانگین شدت تهوع را در بیماران مورد مطالعه کاهش دهد. در مطالعه فیروز کوهی، $41/8$ درصد از بیماران در وضعیت خوابیده و $39/6$ درصد از بیماران در وضعیت نیمه‌نشسته، شدت تهوع کمی داشتند. همچنین در حالی که در وضعیت خوابیده $23/1$ درصد از واحدهای پژوهش تهوع متوسط داشته‌اند؛ در وضعیت نیمه‌نشسته، این میزان حدود یک سوم ($8/8$ درصد) بوده است؛ که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۳).

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه در مجموع، نشان‌دهنده مفید و مؤثر بودن خارج شدن زودرس بیمار از تخت بر تهوع بیماران بعد از عمل جراحی آپاندکتومی است. با توجه به نارضایتی بیمار و کارکنان پرستاری از تهوع و استفراغ بعد از عمل، توصیه می‌شود که به جای استفاده از داروهای ضدتهوع و استفراغ، از راه‌انداختن زودهنگام بیمار از تخت به محض به دست آوردن هوشیاری و تثبیت علائم حیاتی بعد از ورود بیمار به بخش استفاده گردد؛ روشی که هیچگونه هزینه‌ای برای بیمار ندارد و بر عملکرد سایر نقاط بدن نیز تأثیر مثبتی دارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد طرح ۹۱۰۰۸۹ است. پژوهشگران بر خود واجب می‌دانند از همکاری صمیمانه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی، مدیریت محترم بیمارستان دکتر شیخ و امام‌رضا(ع)، مسئولین و کلیه کارکنان بخش جراحی و اورژانس جراحی این مراکز تشکر و قدردانی نمایند.

در ۲۴ ساعت بعد از عمل سنجیده شود و این در حالی است که این عارضه فقط در اطاق ریکاوری اندازه‌گیری می‌شود (۱۹). در سال ۱۹۹۴، ویلیام مشخص کرد که پیشگیری و درمان تهوع و استفراغ معمولاً به خاطر نداشتن مهارت و دانش کافی پرستاران به شکست منجر می‌شود. بنابراین، پرستاران باید دانش خود را برای شناسایی، درمان و پیشگیری از این عوارض بالاتر ببرند و علت تهوع و استفراغ را در بیماران بررسی کنند (۱۰). کارول و همکاران در سال ۱۹۹۴ اعلام کردند که میانگین هزینه درمان بیمارانی که تهوع و استفراغ بعد از عمل را تجربه می‌کنند ۱۴/۹۴ دلار بود. هزینه‌ها شامل دستمزد کارکنان رسته درمانی، تهیه داروها، زیاد شدن طول ماندن در اطاق ریکاوری و بیمارستان می‌باشد. این عوارض در بعضی از بیماران بیشتر از سایر بیماران است (۱۵). تأکید خارج شدن زودهنگام به خارج شدن بیمار از تخت در روز عمل جراحی می‌باشد. به طور کلی، در منابع پرستاری، خروج زودهنگام را مهم‌ترین ابزار پرستار برای جلوگیری از عوارض بعد از عمل جراحی دانسته‌اند (۱۸)؛ که ممکن است از تهوع و استفراغ بیماران جلوگیری کند.

References

1. Rezaee E, Ghaemi M, Motamedoshariati M, Rashedi T. Value of Measuring CRP Serum and WBC Count in Diagnosis Acute Appendicitis in Suspected Patients. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 1383;14:83-6. (persian)
2. Mohebi H, Mehrvarz S, Khorrami M. Evaluation of Serum CRP, Procalcitonin and WBC in the Diagnosis of Acute Appendicitis. *Iranian Journal of Surgery*. 2010;1. (persian)
3. Amini M, Hosseini A, Jandy Y. The Diagnostic Value of Blood Antioxidants in the Diagnosis of Acute Appendicitis. *Arak Medical University Journal*. 2011;13(53):8-14. (persian)
4. Sarmastshostari M, Hafezi M, Askarpour s, Hasanian H. Is Necessity Antibiotic Administration After Acute Suprative Appendicitis Surgery? *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 1385;676-80. (persian)
5. Ahmadi A, Khadivi R. Epidemiologic Cluster Appendicitis in Chehar Mahal and Bakhtiari Province. *The Persian Gulf Biomedical Research institute*. 1387;1:40-6. (persian)
6. Joudi M, Fathi M, Hiraifar M. Acute Appendicitis After Blunt Abdominal Trauma. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2011;13(9):56-8. (persian)
7. Yeganeh R, Hajinasrollah E, Parnian G, Ahmadi M, Bashashati M. Acute Appendicitis in Elderly Patients Evaluation Clinical Manifestations, Diagnostic Problems, Morbidity, and Mortality in Loghman Hakim Hospital. *Iranian Journal of Surgery*. 1997-2004. (persian)
8. Ahmadi J. Assessment Patients With Appendicitis for Appendicitis Status During Appendectomy and its Complications. *Tehran University Medical Journal*. 1384;5:415-8. (persian)
9. Abtahi D, Ashari A, Lotfi M. Acupressure Treatment in Postoperative Nausea and Vomiting Prevention. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 1384;3:204-11. (persian)
10. Sue J, . Postoperative Nausea and Vomiting. *Nurs stand*. 2000:32-4.
11. Ku CM, Ong BC. Postoperative Nausea and Vomiting. *Singapor Med J*. 2003;44:366-74.
12. Naseri K, shami S, Ahsan B. The Effect of Acupressure on Postoperation Nausea and Vomiting. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 1385;4:357-62. (persian)

13. Sadri B, Nematollahi M, Shahrami R. The Effect of Acupressure on The Reduction of PONV(Postoperative Nausea and Vomiting)After Adenotonsilectomy. Iranian Journal of Medical Sciences. 1385;53. (persian)
14. Lewthwaite BJ. What Do Nurses Know About Post-Operative Nausea and Vomiting?Medsurg Nurs. 2009;18:110-33.
15. Hailair T. The Management of Postoperation Nausea-Vomiting. J Adv Nurs. 1999;29:1130-6.
16. McCracken G, Houston P, Lefebvre G. Guideline for The Management of Postoperative Nausea and Vomiting. J Obstet Gynaecol Can. 2008;209:600-7.
17. Browning L, Denehy L, Scholes RL. The Quantity of Early Upright Mobilisation Performed Following Upper Abdominal Surgery is Low. Aust J of Physiother. 2007;53:47-52.
18. Beverly A, Benetti M, Marro H, Rosenthal CK. Clinical Practice Guidelines for Early Mobilization Hours After Surgery.J Orthop Surg Res. 2010;29:290-316.
19. Agarwal A, Bose N, Gaur A, Singh U, Gupta M, Singh D. Acupressure and Ondansetron for Postoperative Nausea and Vomiting After Laparoscopic Cholecystectomy.Can J Anesth. 2002;49(6):554-60.
20. Nunley C, Wakim J, Guinn C. The Effects of Stimulation of Acupressure Point p6 on Postoperative Nausea and Vomiting. J Perianesth Nurs. 2008;23(4):247-61.
21. Gallagher E, Bijuri P, Latimer C, silver W. Reliability and Validity of a Visual Analog Scale for Acute Abdominal Pain in The ED.Am J Emerg Med. 2002;4:287-90.
22. Gift A. Visual Analogue Scale: Measurement of Subjective Phenomena. nurs reserch. 1989;38:286-8.
23. Firouzkohi M, Mazloun SR. Effect of Semi – Upright Position on Nausea and Vomiting, in The Cancer Patients, Who Are Under Chemotherapy in Omid Hospital of Mashad, in 1999.Thesis presented for Master of Science Degree in Nursing. 1999. (persian)
24. Robertson WD, Lapoint JS. Positioning of Patients After Metrizamide Lumbar Myelography. AJR Am J Roentgenol. 1980;947-8.
25. Franck M, Radtke FM, Apfel CC, Kuhly R, Baumeyer, Brandt C, et al. Documentation of Post-operative Nausea and Vomiting in Routine Clinical Practice. J Int Med Res. 2010;38:1034-41.

Archive of SID

The Effect of early ambulation on nausea in patients undergoing Appendectomy

Fatemeh asadi¹, *hamid ebrahimi², seyed reza mazluom³, Ali jangjou⁴, mahdieh sabori noghabi⁵

1. Instructor, medical surgical nursing Department, nursing and Midwifery School, Mashhad university of medical sciences, Mashhad, Iran

2. MSc in nursing, nursing and Midwifery School, Mashhad university of medical sciences, Mashhad, Iran

3. Ph.D.in nursing, nursing and Midwifery School, Mashhad university of medical sciences, Mashhad, Iran

4. Associate Professor of surgery, Surgical Oncology Research Centre, Mashhad University of medical sciences, Mashhad, Iran

5. BSc in nursing and clinical nurs in surgery intensive care unit of Ghaem Hospital

* Corresponding author, Email: ebrahimih5@mums.ac.ir

Abstract

Background: Achieving quality care is an important issue which is often paid attention to in providing nursing care. It seems that communication skills can affect the quality of care.

Aim: This study investigated the effect of training the communication skills on the quality of nursing care in patients.

Methods: The study was a pretest/posttest experimental design with control group. 60 nurses working in Qhaem and Emamreza hospitals were selected using stratified sampling and then randomly allocated to one of the two groups. In addition, three patients per each nurse were selected using convenience sampling before and also one, two and three weeks after the intervention. The intervention included communication skills training workshop which was held for eight hours over two days in 2012. Data collection tools included demographic data sheet, Quality Patient Care Scale (QUALPAC) and communication skills Check list. The data were analyzed by SPSS software version 16 using t student test, Mann-Whitney, Wilcoxon and ANOVA tests.

Results: The mean score for overall quality of care in communication skills training group was significantly higher at the 2nd, 3rd, and 4th weeks after the intervention compared with the control group ($p<0/001$). This increase was not similar in different dimensions of quality care. It was 50.8% in the individual psychosocial, 63.8% in the group psychosocial, 54.4% in the relationship, 50/6% the physical, 41% in the general and 98% in the professional dimension. In both intervention and control group, the mean score for overall quality of care significantly decreased at the 2nd, 3rd, and 4th weeks after the intervention compared with preintervention period ($p<0/001$).

Conclusion: As communication skill training is an effective method to improve the quality of care, it is suggested that managers and staff should consider it to improve the quality of patients' care.

Keywords: Education, nursing, communication Methods, quality of health care

Received: 11/03/2013

Accepted: 04/05/2013