

کن شد



Shariqul Kabir

1011-0



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی ایران

عنوان پایان نامه

بررسی تاثیر تماس پوستی پیاز بر احتباس حاد ادراری
بیماران مرد پس از کاتتریسیم قلبی در مرکز آموزشی
و درمانی افشاریزد - ۱۳۸۶

استاد راهنما: صدیقه عاصمی

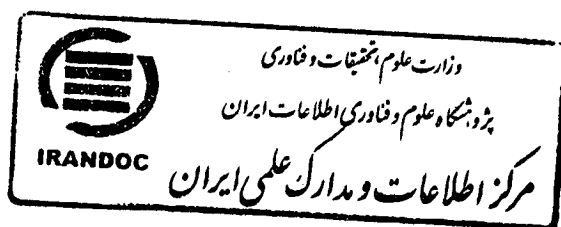
دانشجو: محمد تقی ساربان حسن آبادی

استاد مشاور: دکتر لیلی بریم نژاد

استاد مشاور آمار: فاطمه حسینی

پایان نامه برای پایان رساندن برنامه آموزشی
جهت اخذ کارشناسی ارشد رشته پرستاری
گرایش داخلی و جراحی

خرداد ۱۳۸۷



۱۵۸۲۰۵

۳۹۰/۳/۱۶

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
دانشکده پرستاری و مامائی

تصویب پایان نامه

آقای محمد تقی ساربان حسن آبادی دانشجوی دوره کارشناسی ارشد در تاریخ ۸۷/۳/۲۲ از پایان نامه خود تحت عنوان:

بررسی تأثیر تماس پوستی پیاز بر احتباس حاد ادراری بیماران مرد پس از کاتتریسیم قلبی در مرکز
آموزشی درمانی افشار یزد - ۱۳۸۶

جهت اخذ دانشنامه کارشناسی ارشد ناپیوسته در رشته پرستاری گرایش داخلی و جراحی دفاع نموده اند و پایان نامه
ایشان با درجه عالی (نمره = ۱۹/۴۲) به تصویب رسید.

امضاء: استاد راهنما: صدیقه عاصمی

امضاء: استاد مشاور: دکتر لیلی بریم نژاد

امضاء: استاد مشاور آمار: فاطمه حسینی

امضاء: استاد داور اول: فریبا نصیری زیبا

امضاء: استاد داور دوم: مه لقا علامی

امضاء: نماینده شورای تحصیلات تکمیلی: دکتر حمید پیروی

این پایان نامه طرح مصوبه دانشگاه است (کد: ۴۳۶/پ) ^{تفصیلات}

امضاء: دکتر سیده فاطمه اسکونی
رئیس دانشکده

تقدیم به خداوند بزرگ و مهربان که به راستی او هدایت‌گر ماست

تقدیم به منجی عالم بشریت حضرت مهدی (عج ا...)

تقدیم به پدر و مادرم که رسم صداقت را به من آموختند

تقدیم به خانواده همسرم که یاریگر و همراه من بودند

و تقدیم به

همسر مهربان و فداکار و علی کوچولو بابت تمامی لحظاتی که از آنها دریغ نمودم

حمد و سپاس ایزد بی‌همتا را که بندگان را به وادی بیکران دانش رهنمون ساخت و توان گام نهادن در این راه را به آنها عطا نمود.

با تشکر و سپاس فراوان از سرکار خانم صدیقه عاصمی استاد راهنمای صبور و مهربان، سرکار خانم دکتریریم‌نژاد استاد مشاور دانا و رؤوف، سرکار خانم حسینی استاد مشاور آمار راهنما، سرکار خانم نصیری زیبا استاد ناظر مهربان و فداکار، جناب آقای دکتر پیروی مسئول تحصیلات تکمیلی، معاونت محترم پژوهشی و آموزشی، ریاست محترم دانشکده، سرکار خانم شاهپوریان و سرکار خانم یارندی مشاوران افتخاری، آقایان رفیع پور، حسینی زری و زارع پرستاران همکار، آقایان رحیمی و سلیمی خدمات، سرکار خانم رهنمایی مسئول سایت، مسئولین و پرسنل محترم بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان افشار یزد، مسئولین بایگانی بیمارستان افشار یزد، جناب آقای دکتر میرشمسی مشاور افتخاری، بیماران مورد مطالعه، پرسنل محترم کتابخانه دانشکده پرستاری و مامایی ایران، پدر و مادر گرامی‌ام که دعای آنها همیشه بدرقه راهم بود، خانواده همسر خوبم که همیشه یاریگر من در همه حال بودند، همسر فداکار، همراه همیشگی و یار مهربانم که سختیها را تحمل نمود، علی کوچولو، فرزندمان بابت دوری از او و تمامی دوستان و همکاران عزیزم که مرا در این تحقیق یاری نموده تا بتوانیم صادقانه و با نیت خیر گام کوچکی برای رفع مشکل بیماران برداریم. خدایا تو خود از همه ما قبول کن.

فصل اول: معرفی پژوهش

۱ بیان مسئله پژوهش

۸ اهداف پژوهش

۸ فرضیه پژوهش

۹ تعریف واژه ها

فصل دوم: مروری بر متون

۱۰ چهارچوب پژوهش

۴۱ گزارش پژوهش های انجام شده

فصل سوم: روش پژوهش

۵۳ نوع پژوهش

۵۳ جامعه پژوهش

۵۳ نمونه پژوهش

۵۴ روش نمونه گیری

۵۴ معیار ورود و خروج

۵۴ توصیف نمونه

۵۶ محیط پژوهش

۵۶ ابزار گردآوری داده ها

۵۷ - اعتبار علمی

۵۷ - اعتماد علمی

۵۸ روش کار

۵۸ ملاحظات اخلاقی

فهرست مطالب

محدودیت های پژوهش ۵۹

فصل چهارم: نتایج

روش تجزیه و تحلیل داده ها ۶۰

جداول آماری ۶۲

فصل پنجم: بحث

بحث و بررسی یافته ها ۶۸

نتیجه گیری نهایی ۷۲

پیشنهاد برای کاربرد یافته ها ۷۳

پیشنهاد برای پژوهش های بعدی ۷۵

فهرست منابع و ماخذ ۷۷

پیوست ها
.....

چکیده انگلیسی
.....

فهرست جدول‌ها

- جدول شماره ۱: توزیع سنی بیماران در دو گروه واحدهای
مورد پژوهش، سال ۱۳۸۶ ۶۲
- جدول شماره ۲: توزیع فراوانی وزن بیماران در دو گروه واحدهای
مورد پژوهش، سال ۱۳۸۶ ۶۲
- جدول شماره ۳: توزیع فراوانی قد بیماران در دو گروه واحدهای مورد
پژوهش، سال ۱۳۸۶ ۶۳
- جدول شماره ۴: توزیع فراوانی شاخص توده بدنی (BMI) بیماران
در دو گروه واحدهای مورد پژوهش، سال ۱۳۸۶ ۶۴
- جدول شماره ۵: توزیع فراوانی نوع کاتتریسیم قلبی بیماران در دو گروه
واحدهای مورد پژوهش، سال ۱۳۸۶ ۶۴
- جدول شماره ۶: توزیع فراوانی دفعات انجام کاتتریسیم قلبی بیماران در
دو گروه واحدهای مورد پژوهش، سال ۱۳۸۶ ۶۵
- جدول شماره ۷: توزیع فراوانی سابقه ابتلا به احتباس ادراری بیماران در
دو گروه واحدهای مورد پژوهش، سال ۱۳۸۶ ۶۵
- جدول شماره ۸: توزیع فراوانی مصرف داروها قبل، حین و بعد از کاتتریسیم قلبی بیماران در
دو گروه واحدهای مورد پژوهش، سال ۱۳۸۶ ۶۶
- جدول شماره ۹: توزیع فراوانی وجود سایر بیماریها در بیماران در دو
گروه واحدهای مورد پژوهش، سال ۱۳۸۶ ۶۶
- جدول شماره ۱۰: توزیع فراوانی رفع احتباس حاد ادراری بیماران و مقایسه آن در
دو گروه واحدهای مورد پژوهش، سال ۱۳۸۶ ۶۷
- جدول شماره ۱۱: توزیع فراوانی و مقایسه میانگین مدت زمان رفع احتباس حاد ادراری بیماران در
دو گروه واحدهای مورد پژوهش، سال ۱۳۸۶ ۶۷

- پیوست ۱: ابزار گردآوری داده‌ها
پیوست ۲: تأییدیه رئیس دانشکده جهت اجرای پژوهش
پیوست ۳: اظهارنامه ملاحظات اخلاقی
پیوست ۴: فرم رضایت از بیمار

مقدمه و هدف: احتباس حاد ادراری یک وضعیت اورژانسی حاد است که با عدم توانایی ناگهانی در دفع ادرار و درد قسمت تحتانی شکم مشخص می‌گردد. این عارضه عموماً بعد از روشهای جراحی و کاتتریسیم قلبی شایع بوده و انجام سونداژ جهت رفع آن باعث شیوع عفونتهای ادراری می‌گردد. با توجه به تأثیر پوستی پیاز بر رفع احتباس ادراری در طب سنتی، مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر تماس پوستی پیاز بر احتباس حاد ادراری بیماران مرد پس از کاتتریسیم قلبی انجام گردید.

روش کار: این مطالعه از نوع کار آزمایشی بالینی با گروه کنترل بود. تعداد ۶۲ بیمار مرد پس از کاتتریسیم قلبی که دچار احتباس حاد ادراری شده بودند، به روش بلوک متعادل در دو گروه آزمون (استفاده از گاز آغشته به پیاز) و کنترل (استفاده از گاز مرطوب) قرار داده شدند، و رفع یا عدم رفع احتباس حاد ادراری در دو گروه بررسی و در فرم ثبت اطلاعات جمع‌آوری و داده‌ها توسط برنامه نرم‌افزاری SPSS (ویرایش ۱۱/۵) تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج: علیرغم اینکه نتایج آزمون کای دو تفاوت معنی‌داری در رفع احتباس حاد ادراری بین دو گروه را نشان نداد، احتباس حاد ادراری در هر دو گروه به میزان قابل توجهی بدون استفاده از سونداژ برطرف گردید. به طوریکه میزان نیاز به سونداژ در گروه آزمون ۱/۵۸٪ و در گروه کنترل ۷۱٪ کاهش را نشان داد. همچنین میانگین رفع احتباس در گروه آزمون ۱۷/۲۷ دقیقه و در گروه کنترل ۱۶/۶۳ دقیقه بود که آزمون تی مستقل تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش و کاهش میزان قابل توجه سونداژ در دو گروه، پیشنهاد می‌گردد تا برای رفع احتباس حاد ادراری و پیشگیری از عوارض ناشی از سونداژ در بیماران مرد پس از کاتتریسیم قلبی از گاز مرطوب شده با آب ولرم بر روی ناحیه فوق‌عانه استفاده گردد.

کلیدواژه‌ها: احتباس حاد ادراری، پیاز، کاتتریسیم قلبی، طب سنتی

فصل اول

بیان مسئله

اهداف پژوهش

سئوال‌های پژوهش

تعریف واژه‌ها

بیان مسئله پژوهش

احتباس حاد ادراری یک وضعیت اورژانسی حاد می‌باشد که با عدم توانایی ناگهانی در دفع ادرار همراه با درد قسمت تحتانی شکم مشخص می‌گردد [۱]. امبرتون و آنسون^۱، (۱۹۹۹) در این باره می‌نویسند احتباس ادراری به معنای عدم توانایی در ادرار کردن است که به طور ناگهانی و غیر منتظره عارض گردیده و معمولاً همراه با ناراحتی و غالباً دردناک می‌باشد [۲]. همچنین باری^۲ و همکاران وی، (۲۰۰۱) احتباس ادراری را بر پایه حجم باقیمانده ادراری پس از ادرار کردن بیش از ۳۰۰ میلی‌لیتر تعریف نموده‌اند [۳]. آندرسون و گرانت^۳، (۱۹۹۱) بیان می‌کنند احتباس ادراری به مواردی اطلاق می‌شود که عدم توانایی در ادرار کردن حداقل برای ۱۲ ساعت ایجاد شود که این وضعیت با بیش از ۵۰۰ میلی‌لیتر ادرار خارج شده در هنگام سوند زدن تایید می‌گردد [۴]. تخمین زده می‌شود که ۱۰٪ از مردان در سن ۷۰ سالگی و یک سوم از آنان در سن ۸۰ سالگی در طی ۵ سال بعد دچار احتباس ادراری می‌گردند [۵]. همچنین لوکاس و همکاران وی، (۲۰۰۵) با توجه به مطالعات جمعیتی گزارش کردند که از هر ۱۰۰۰ مرد ۵ الی ۲۵ نفر به دلایلی دچار احتباس ادراری می‌گردند [۶]. شیوع احتباس حاد ادراری گزارش شده بعد از اعمال جراحی در بیماری‌های آنورکتال خوش خیم بالای ۳۲٪، پس از عمل لاپاراتومی بالای ۲۳٪، به دنبال آرتروپلاستی کامل هیپ بیش از ۲۸٪، بعد از هرنیورافی اینگوینال در حدود ۱۲٪ [۴] و در بیماران دچار شکستگی هیپ ۸۷٪ می‌باشد [۷].

بنظر می‌رسد بیهوشی عمومی و انواع بی‌حسی‌ها سبب احتباس حاد ادراری می‌گردد بطوری که مطالعات انجام شده نشان داده است که ۱۵-۱۰ درصد بیماران بعد از جراحی با بی‌حسی عمومی و ۲۵-۲۰ درصد از بیماران بعد از جراحی با بی‌حسی موضعی یا نخاعی دچار احتباس ادراری می‌گردند [۸].

¹ - Emberton & Anson

² - Borrie

³ - Anderson JB, Grant

کوپر^۴ (۱۹۹۹)، لوکاس و همکاران وی (۲۰۰۵) علل و عوامل موثر در احتباس ادراری را شامل موارد زیر می دانند: نارسایی مثانه همراه با شرایط نورولوژیک، انسداد در مجاری ادراری، سکتة مغزی و مشکلات طناب نخاعی، مصرف داروهای بلوک کننده بتا- آدرنرژیک، مخدرها، ضد افسردگی‌های سه حلقوی، ضد احتقانها، آتروپین، عوامل روانی (ناتوانی در شل کردن پیشابراه به علت عدم رعایت خلوت و اضطراب). آنها همچنین بکارگیری روشهای تهاجمی و اعمال جراحی را نیز از علل احتباس ادراری می دانند [۸، ۶]. پوتر و پری^۵ (۲۰۰۱) بیان می کنند که عوامل زیادی بر حجم و کیفیت ادرار و توانایی مددجو جهت دفع تاثیر می گذارند. برخی شرایط پاتولوژیک ممکن است حاد و قابل برگشت (عفونت مجرای ادرار) و برخی دیگر ممکن است مزمن و غیر قابل برگشت باشند (گسترش آهسته و پیشرونده اختلال کلیه). عوامل اجتماعی- فرهنگی و روانی ممکن است بر انتظار مددجو در مورد خلوت، محل و نیاز به دفع ادرار تاثیر بگذارند. پوتر و پری همچنین ضایعات اعصاب محیطی مثانه را در احتباس ادراری تاثیرگذار می دانند و می نویسند: این عارضه موجب از دست دادن تن عضلانی مثانه، کاهش احساس پری و مشکل در دفع ادرار می گردد. آنها معتقدند: بیماری‌هایی که فعالیت جسمی را کاهش می دهند در توانایی جهت تخلیه ادرار اختلال ایجاد می کنند [۹]. فیتزپاتریک^۶ و همکاران وی، (۲۰۰۶) می نویسند: احتباس حاد ادراری یک مساله مهم و رایج در مردان با بزرگی خوش خیم پروستات می باشد [۵]. بزرگی خوش خیم پروستات در مردان بالای ۴۰ سال معمول بوده و بروز و شیوع آن با بالا رفتن سن افزایش می یابد و ۳۰٪ از افراد بالای ۷۰ سال دارای علائمی در این رابطه می باشند [۶].

بیمارانی که تحت کاتتریسیم قلبی قرار می گیرند به دلایل مختلفی ممکن است دچار احتباس ادراری گردند به طور مثال دستکاری کشاله ران و اسپاسم عضلات کف لگن، مصرف داروهای چون سولفات مورفین، آرامبخشها و آتروپین، شیوع هیپرتروفی پروستات در مردان مسن، اجبار بر استراحت

⁴ - Cooper

⁵ - Potter & Perry

⁶ - Fitzpatrick

مطلق در تخت تا ۲۴ ساعت و عدم برخورداری از خلوت از جمله این مورد می‌باشد [۸،۱۱، ۱۰]. کریمی، (۱۳۸۲) مینویسد: از دلایل مهم احتباس حاد ادراری در آنژیوگرافی واکنش به ماده حاجب استفاده شده در این روش می‌باشد [۱۱]. احتباس ادراری عارضه شایعی است که پس از آنژیوگرافی عروق کرونر در عده زیادی از بیماران رخ می‌دهد و باعث ناراحتی و درد پس از آنژیوگرافی می‌گردد. طی مطالعه‌ای که توسط کریمی، (۱۳۸۲) در مرکز آموزشی و درمانی افشار یزد انجام شد، مشخص گردید که ۱۱/۸ درصد بیماران بعد از آنژیوگرافی عروق کرونر دچار احتباس حاد ادراری شده‌اند [۱۱]. احتباس حاد ادراری عارضه‌ای نسبتاً شایع، دردناک و اضطراب‌آور برای بیماران می‌باشد [۶].

فیس^۷، (۲۰۰۷) و همکاران وی می‌نویسند: احتباس ادراری خطرآفرین است زیرا رکود ادرار باعث کاهش قدرت و تون عضلانی مثانه؛ افزایش فشار در لگنچه، کالیس‌های کلیوی و پارانشیم کلیه، عفونت مجاری ادراری، تشکیل سنگ، آسیب ساختاری به مثانه، حالب و کلیه شده و در نهایت به هیدرونفروز منجر می‌گردد. اگر این وضعیت ادامه داشته باشد منجر به نارسایی کلیوی و در نهایت مرگ بیمار می‌گردد [۱۲].

برطرف کردن احتباس حاد ادراری و برقراری جریان طبیعی ادرار مداخله‌ای است که در جهت برقراری آسایش بیمار باید به طور اورژانس توسط پرستار انجام شود زیرا تجربه‌ای بس ناخوشایند است. در این رابطه اقدامات اولیه شامل تحریک مثانه برای ادرار کردن است که با روشهایی چون ایجاد وضعیت دفع برای بیمار، تحریک شنوایی از طریق باز کردن شیر آب، تحریک لمسی به صورت ریختن آب ولرم روی پرینه یا قرار دادن دستهای بیمار در آب گرم و غیره می‌باشد [۱۳]. سوند زدن روشی است که جهت خروج ادرار مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما این مداخله پرستاری به عنوان آخرین روش باید به کار گرفته شود. زیرا خود دارای عوارض و خطراتی بوده که از مهمترین آن ایجاد عفونت مجاری ادراری می‌باشد. سونداژ علت زمینه‌ای برای بیش از ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به عفونت‌های ادراری گزارش گردیده است [۱۳].

پوتر و پری، (۲۰۰۱) نیز می نویسند: قسمت اعظمی از عفونت‌های مجاری ادراری، ناشی از کاتتریزاسیون یا دستکاریهای جراحی هستند. آنها می افزایند علت اصلی عفونت، وارد کردن ابزارآلات به مجرای ادراری است، که با ایجاد مسیر مستقیم برای میکرواورگانیزم و تداخل در مکانیسم طبیعی دفع ادرار و تحریک موضعی مجرا و مثانه، بافتها را بیشتر مستعد تهاجم باکتریها می کند [۹]. فیپس و همکاران وی، (۲۰۰۷) می نویسند: سوند زدن با ایجاد جراحت به مجاری ادراری، بیمار را مستعد عفونت، تنگی و انقباض و خونریزی مجاری ادراری می نماید. از طرفی ترس ناشی از احساس سوزش بدنبال ادرار کردن پس از جراحت مجاری ادراری به احتیاس بیشتر ادراری دامن می زند [۱۲]. ریبی^۸، (۲۰۰۶) می نویسد: هر ساله در حدود دو میلیون بیمار در ایالات متحده دچار عفونتهای بیمارستانی می گردند و عفونت مجاری ادراری نزدیک به ۳۵٪ از این موارد را به خود اختصاص می دهد. در کل حدود ۹۰۰۰۰ نفر از افرادی که به عفونتهای بیمارستانی مبتلا می گردند به دنبال عوارض آن جان خود را از دست می دهند. تخمین زده شده است که سالانه در حدود ۴/۵ تا ۵/۷ میلیارد دلار صرف مداوای این گونه بیماران می گردد. همچنین میانگین مدت زمان بستری بیمارانی که سوند ادراری دارند ۹/۱ روز است در حالی که در افراد بدون سوند ۴/۷ روز گزارش شده است [۱۴]. در یک مطالعه گسترده دوپیل^۹ و همکاران وی، (۲۰۰۱) گزارش کردند که ۲۵٪ از بیماران بستری دارای سوند ادراری بوده اند و در بین آنها ۳٪ تا ۱۰٪ دچار عفونت مجاری ادراری گردیده بودند و به این ترتیب نرخ مرگ و میر آنها ۳ برابر افزایش را نشان داد. آنها معتقدند ۸۰٪ تا ۹۰٪ از عفونتهای مجاری ادراری متعاقب سونداژ و دستکاری مجاری ادراری بوده است [۱۵]. بلاک و هاکس^{۱۰}، (۲۰۰۵) می نویسند: خطر ایجاد عفونت ادراری پس از سونداژ از ۴٪ در ۲۴ ساعت اولیه پس از سوندگذاری تا ۹۵٪ (در صورت ابقاء سوند) تا ۴ هفته، بر حسب طول مدت باقی ماندن سوند افزایش

⁸ - Ribby

⁹ - Doyle

¹⁰ - Black & Hawks

می‌یابد [۱۳]. بر اساس علت ایجاد کننده احتباس ادراری حدود ۷۰٪ از افراد دچار احتباس در طی هفته اول بعد از سوندگذاری خصوصاً افراد دچار بزرگی خوش خیم پروستات مجدد نیاز به مراجعه را پیدا می‌کنند [۱۶].

با توجه به روند روز افزون انجام آنژیوگرافیهای تشخیصی و درمانی و خطرات احتباس ادراری ناشی از آن و عوارض و خطرات ناشی از سوند زدن که هر دو نیز می‌توانند عاملی برای یکدیگر باشند برطرف کردن این عارضه بسیار حیاتی به نظر می‌رسد و در طب مکمل^{۱۱} راهکارهایی جهت رفع این عارضه آورده شده است.

آیزنبرگ^{۱۲}، (۱۹۹۸) می‌نویسد: از اواخر قرن بیستم، غرب به اشاعه طب مکمل و جایگزین پرداخت و استفاده از غذاها، ورزش، تکنیکهای تن آرامی، عبادت و ... در درمان بیماریها از جمله این اقدامات می‌باشد که بی‌شک ریشه در فرهنگ شرق دارد. تحقیقات انجام شده نشان دهنده افزایش تمایل مردم به استفاده از این روشها بوده است [۱۷]. اسپاربر^{۱۳}، (۲۰۰۱) بیان می‌کند که کارایی، اثربخشی و ایمنی استفاده از طب مکمل در تحقیقات گذشته به کرات تایید شده است. این تحقیقات نقش پرستار را در این زمینه حیاتی و غیر قابل انکار دانسته‌اند [۱۸]. بورکی^{۱۴} و همکاران، (۲۰۰۴) مطرح می‌کنند که در برخی از دانشگاهها دوره کارشناسی ارشد و دکترا در زمینه طب مکمل برای پرستاران گذاشته شده است. یکی از دلایل کارایی پرستاران در این رشته غیرتهاجمی بودن روش بیان شده است. در برخی تحقیقات نیز گنجاندن دروس مربوط به طب مکمل را در برنامه پرستاری ضروری دانسته‌اند [۱۹].

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، طب مکمل (درمانهای موازی) شامل مجموعه‌ای از دانش، باورها، راه‌کارها و روشهای عملی است که با استفاده از داروهای سنتی (با منشاء گیاهی، جانواری و معدنی)، درمانهای روحی، تکنیکها و تمرینات عملی، بصورت منفرد یا تلفیقی در جهت

¹¹ - Complementary Medicine

¹² - Eisenberg

¹³ - Sparber

¹⁴ - Burke

درمان، تشخیص و پیش‌گیری از بیماری‌ها و یا حفظ سلامتی فرد مورد استفاده قرار می‌گیرد.

دلایل سازمان جهانی بهداشت برای استفاده از روشهای سنتی شامل موارد زیر می‌باشد:

۱- کیفیت ذاتی: پزشکی سنتی از سیستم مراقبت بهداشتی خود مردم نشأت گرفته و بخوبی در بین آنها پذیرفته شده است. چراکه بخشی از فرهنگ آنان می‌باشد.

۲- روشهای منحصر به فرد و جامع: دیدگاه پزشکی سنتی به انسان یک دیدگاه کل‌نگر می‌دهد که او را درون یک اکوسیستم جامع بررسی می‌کند. محور عملکرد آن نیز بر پایه تعادل یا عدم تعادل این اکوسیستم بنا شده است.

۳- قابلیت اجرایی: روشهای پزشکی سنتی از چنان قابلیت اجرایی برخوردار بوده که بالغ بر ۲۰۰۰ سال دوام آورده و همچنان مقبولیت خود را حفظ کرده است [۲۰].

با توجه به غنای فرهنگی ایران باستان و مروری بر طب سنتی، راهکارهایی برای برطرف کردن احتباس ادراری توسط داروهای گیاهی ذکر شده است که یکی از آنها ضماد پیاز می‌باشد. پژوهشگر که خود در بخشهای قلبی شاهد مشکلات و گرفتاری‌های بیماران پس از کاتتریسیم قلبی بوده، امیدوار است با استفاده از کتب و منابع قدیمی و تجربه طبائی چون بوعلی سینا و ... با بهره‌گیری از اثرات بعضی از گیاهان و با برطرف شدن احتباس حاد ادراری پس از عمل یا آنژیوگرافی یکی از مهمترین عوامل عفونتهای بیمارستانی که همان عفونت ادراری ناشی از سوند زدن می‌باشد را به روش سنتی و بدون هیچگونه عوارض برطرف نماید و گامی دیگر در معرفی یک روش درمانی از سوی ایرانیان برداشته شود.

پیاز روی سیستم‌های مختلف اثرات درمانی مهمی دارد یکی از اثرات درمانی پیاز بر مجاری ادراری بوده و باعث افزایش ادرار و یا رفع احتباس می‌شود [۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵].

محمد سرورالدین در کتاب طب الکبیر می‌نویسد: «پیاز ادرار آور قوی است و در بیماریهایی که مخصوصاً احتیاج به ادرار زیاد هست مثل حبس البول، سنگ کلیه و مثانه، ورم ساق پاها، ورم مثانه،

پروستات، سیروز و غیره مصرف آن مفید است.» «پیاز سرشار از ویتامین است پس وقتی که احتباس ادراری بدن را مسموم می‌سازد، از پیاز کمک می‌گیرند و ادرار را به خارج دفع می‌کنند. ضمادی که از پیاز خام رنده شده تهیه می‌شود اگر بر پایین شکم گذاشته شود، خروج ادرار را آسان می‌کند» [۲۶].

پیاز ادرارآور قوی است و خام و پخته آن هر دو این اثر را دارند و اگر پیاز را له کنید و در زیر شکم شخصی که مبتلا به احتباس است قرار دهید ادرار را باز می‌کند [۲۳].

اینکه ماده مؤثر در پیاز چیست و چگونه باعث برطرف شدن احتباس ادراری می‌گردد، تا کنون در هیچ کتابی اشاره نشده است. پژوهشگر امیدوار است در صورت معنی دار بودن این بررسی، نتایج حاصل از این پژوهش به عنوان یکی خط مشی صحیح مورد استفاده پرستاران در تمام بخشها در جهت برطرف کردن احتباس ادراری و جلوگیری از مهمترین عفونت بیمارستانی قرار گیرد.

اهداف پژوهش

الف) هدف کلی پژوهش

تعیین تاثیر تماس پوستی پیاز روی ناحیه فوق عانه بر احتباس حاد ادراری بیماران مرد پس از کاتتریسیم قلبی در مرکز آموزشی و درمانی افشار یزد- ۱۳۸۶

ب) اهداف ویژه

- ۱- تعیین فراوانی رفع احتباس حاد ادراری پس از تماس پوستی پیاز روی ناحیه فوق عانه در بیماران مرد پس از کاتتریسیم قلبی
- ۲- تعیین فراوانی رفع احتباس حاد ادراری پس از قرار دادن گاز مرطوب روی ناحیه فوق عانه در بیماران مرد پس از کاتتریسیم قلبی
- ۳- مقایسه فراوانی رفع احتباس حاد ادراری در دو گروه تماس پوستی پیاز و قرار دادن گاز مرطوب روی ناحیه فوق عانه در بیماران مرد پس از کاتتریسیم قلبی
- ۴- تعیین مدت زمان رفع احتباس حاد ادراری پس از تماس پوستی پیاز روی ناحیه فوق عانه در بیماران مرد پس از کاتتریسیم قلبی
- ۵- تعیین مدت زمان رفع احتباس حاد ادراری پس از قرار دادن گاز مرطوب روی ناحیه فوق عانه در بیماران مرد پس از کاتتریسیم قلبی
- ۶- مقایسه میانگین مدت زمان رفع احتباس حاد ادراری در دو گروه تماس پوستی پیاز و قرار دادن گاز مرطوب روی ناحیه فوق عانه در بیماران مرد پس از کاتتریسیم قلبی

فرضیه پژوهش

- ۱- تماس پوستی پیاز روی ناحیه فوق عانه بر رفع احتباس حاد ادراری بیماران مرد پس از کاتتریسیم قلبی تاثیر دارد.

تعریف واژه‌ها :

احتباس حاد ادراری (تعریف نظری): احتباس حاد ادراری به معنای عدم توانایی در ادرار کردن که به صورت ناگهانی و غیر منتظره بوجود می‌آید و معمولاً همراه با ناراحتی و غالباً دردناک است و با احساس مثانه متورم در بالای استخوان سمفیز پوبیس همراه است [۲].

احتباس حاد ادراری (تعریف عملی): منظور از احتباس حاد ادراری در این پژوهش همان تعریف نظری است و ملاک آن احساس و ابراز بیمار از مثانه پر و لمس مثانه متورم از روی شکم توسط معاینه‌گر پس از کاتتریسیم می‌باشد.

تاثیر تماس پوستی پیاز (تعریف عملی): منظور از تاثیر تماس پوستی پیاز در این پژوهش اختلاف معنی‌دار فراوانی و میانگین مدت زمان رفع احتباس ادراری بین دو گروه با تماس پوستی پیاز و گاز مرطوب در بیماران مرد پس از کاتتریسیم قلبی می‌باشد.

گاز آغشته به پیاز (تعریف عملی): منظور از گاز آغشته به پیاز در این پژوهش گازی است به ابعاد ۱۰ × ۲۰ سانتیمتر، که بین دولایه آن پیاز سفید رنده شده جهت تماس پوستی در قسمت بالای سمفیز پوبیس بیماران مرد پس از کاتتریسیم قلبی قرار داده می‌شود. لازم به ذکر است که در قسمت خارجی این گاز یک لایه پوشش پلاستیکی نازک جهت پیشگیری از انتشار رطوبت و بوی پیاز به خارج گذاشته می‌شود.

گاز مرطوب (تعریف عملی): منظور از گاز مرطوب در این پژوهش گازی است به ابعاد ۱۰ × ۲۰ سانتیمتر که در آب ولرم خیسانده شده و جهت تماس پوستی در قسمت بالای سمفیز پوبیس بیماران مرد پس از کاتتریسیم قلبی استفاده می‌گردد. لازم به ذکر است که در قسمت خارجی این گاز یک لایه پوشش پلاستیکی نازک جهت پیشگیری از نفوذ رطوبت گاز مرطوب به خارج گذاشته می‌شود.