کیفیت مراقبت از بیماران دارای کاتتر ادراری درجا در بیمارستان‌های آموزشی کاشان، سال ۱۳۸۴

محسن ادیب حاج باقری [۱*]، محمد آقاجانی [۲]

خلاصه

سابقه و هدف: به دلیل نقش مراقبت صحیح از کاتتر ادراری در جلوگیری از عفونت ادراری و نیز با توجه به کمبود مطالعه‌ی قبلی در زمینه کیفیت مراقبت از بیماران دارای کاتتر، این پژوهش در سال ۱۳۸۴ با هدف بررسی کیفیت مراقبت از بیماران دارای کاتتر ادراری در بیمارستان-های آموزشی کاشان انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۳۷۷ بیمار دارای کاتتر ادراری بستری در بیمارستان‌های نقوی، شهید بهشتی و زایشگاه شبیه‌خوانی انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌هایی بود که پژوهش‌گر با استفاده از مطالعه‌ی کتابخانه‌ای طراحی کرد و سپس روایی محتوای آن را به تایید صاحب‌نظران رسانید. داده‌ها به کمک آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: از ۳۷۷ بیمار بررسی شده ۶۱/۸ درصد زن و ۳۸/۲ درصد مرد بودند. از این عده ۴۶ نفر مشاهده شدند و ۳۳۱ نفر دیگر نظرات خود را درباره‌ی کیفیت مراقبت از کاتتر خود بیان کردند. بیشتر موارد کاتترگذاری در بخش‌های جراحی انجام شده بود. بیشترین بیماران به دلیل ضرورت بی‌حرکت ماندن در تخت کاتترگذاری شده بودند. کیفیت مراقبت در هنگام کاتترگذاری از نظر بیماران در حد متوسط و با توجه به موارد مشاهده شده در حد ضعیف بود. کیفیت آموزش ارایه شده به بیمار به صورت قابل توجهی از سایر معیارهای مورد بررسی ضعیف‌تر بود. کیفیت مراقبت در مدت درجا بودن کاتتر ادراری نیز در حد متوسط قرار داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که کیفیت مراقبت از کاتتر در طیف متوسط تا ضعیف قرار داشت توجه مسوولین را به برگزاری دوره‌های آموزش مداوم برای به روز رسانی دانش و مهارت پرستاران در زمینه‌ی مراقبت از بیمار دارای کاتتر ادراری جلب می‌نماید.

واژگان کلیدی: کیفیت مراقبت، کاتتر ادراری درجا، کاشان

۱- استادیار گروه داخلی ـ جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۲- کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* نویسنده مسوول: محسن ادیب‌حاج‌باقری

آدرس: کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، گروه داخلی ـ جراحی

پست الکترونیک: adib1344@yahoo.com

تلفن: ۰۳۶۱ ۵۵۵۰۰۲۱

دورنویس: ۰۳۶۱ ۵۵۵۶۶۳۳

تاریخ دریافت: ۸۵/۱۰/۲۷

تاریخ پذیرش نهایی: ۸۷/۳/۱

مقدمه

کاتترهای ادراری امروزه به صورت رایج در مبتلایان به مشکلات ادراری [۱] و غیرادراری [۲] استفاده می‌شود. بر اساس گزارشات ۱۵-۵ درصد از بیماران بستری در مراکز مراقبت طولانی‌مدت [۳] و ۲۵ درصد از بیماران بستری در مراکز مراقبت از بیماران حاد [۴] و تا ۸۸ درصد از بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه [۵] به کاتتر ادراری نیاز پیدا می‌کنند. این میزان ۲۶-۲ مورد در هر ۱۰۰ مورد بستری [۶] و ۴ میلیون مورد در سال برای بخش‌های ویژه برآورد شده است [۷] به گونه‌ای که در مطالعه‌ی انجام شده در یک مرکز سوختگی ایران، از حدود ۲۰۰۰ فرد ـــ روز بستری نزدیک به ۱۰۰۰ فرد ـ روز بیماران دارای کاتتر ادرای بوده‌اند [۸]. همچنین سالانه میلیون‌ها بیمار به دلایل مختلف مانند احتباس ادرار، بی‌اختیاری و عدم کنترل بر دفع ادرار، اعمال جراحی، اندازه‌گیری برونده ادراری و غیره کاتترگذاری می‌شوند [۳، ۹، ۱۰]. اگرچه استفاده از کاتترهای ادراری در بسیاری از موارد دارای دلایل منطقی بوده و تنها راه رفع یا کاهش مشکلات بیماران است، با وجود این، برخی از گزارشات حاکی از آن است که تعداد زیادی از بیماران به دلایل غیرمنطقی و در مواردی غیرضروری کاتترگذاری شده‌اند. این میزان در یک مطالعه ۲۷ درصد و در مطالعه‌ی دیگر تا ۵۰ درصد گزارش شده است [۱۱ و ۱۲]. کاربرد نا به جا و ناصحیح کاتتر ادراری عوارض متعددی را در پی دارد. در یک مطالعه مشخص شد که از ۵۴ بیمار

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-03]

بستری در بیمارستان و یا در خانه که دارای کاتترهای طولانی مدت درجا بوده‌اند، دوسوم آنها گرفتار عوارض مختلفی مانند انسداد کاتتر، نشت ادرار از اطراف کاتتر و دوره‌هایی از وجود خون در ادرار (هماچوری) شده بودند. افراد با کاتترهای درجا برای بیش از ۳ ماه علاوه بر عوارض بالا مشکلاتی چون درد در ناحیه زیر شکم، پیشابراه، پنیس یا واژن را نیز گزارش کرده‌اند [۱۳]. عفونت ادراری از رایج‌ترین عوارض پس از کاتترگذاری بوده و میزان آن بعد از یک کاتترگذاری ساده ۵-۱ درصد است [۱۴]. عفونت ادراری ۴۰ درصد از کل عفونت‌های بیمارستانی را تشکیل داده و بر اساس برخی گزارشات ۸۰ درصد از این عفونت-ها در پی استفاده از کاتترهای ادراری رخ می‌دهند [۴، ۱۵، ۱۶]. یک مطالعه از ایران نیز گزارش نموده است که سالمندان مبتلا به عفونت ادراری در بسیاری از موارد سابقه استفاده از کاتتر داشته‌اند [۱۷]. سایر مطالعات نیز نشان داده‌اند که فراوانی وجود باکتری در ادرار (باکتریوری) ناشی از کاتتر در بخش جراحی اعصاب بیمارستان طالقانی تهران ۴۸ درصد [۱۸] و شیوع وجود قارچ در ادرار (فونگوری) و وجود باکتری در ادرار در بیماران دارای کاتتر فولی در بیمارستان شریعتی تهران در مردان ۲۵ درصد و در زنان ۳۸ درصد بوده است [۱۹]. مطالعه‌ی دیگری نیز میزان بروز عفونت ادراری در بیماران دارای کاتتر ادراری مرکز سوختگی شیراز را بیش از ۸۵ درصد گزارش نموده است [۸]. نحوه مراقبت از کاتتر در هنگام جای‌گذاری، در طول آن و نیز پس از آن تاثیر مهمی در ایجاد یا جلوگیری از عفونت ادراری ناشی از کاتتر دارد. بر اساس یک مطالعه، تمامی بیمارانی که بیش از ۴ روز کاتتر ادراری داشته و سیستم تخلیه‌ی ادراری باز برای آنها استفاده شده است دچار عفونت گردیده‌اند [۲۰]. بر اساس نتایج یک پژوهش، آلودگی دست‌های کارکنان بهداشتی مهم‌ترین عامل انتقال عفونت بوده و شستشوی دست‌ها قبل و بعد از تماس با کاتتر نقش مهمی در کاهش بروز این عفونت‌ها ایفا می‌نماید [۲۱]. بر اساس گزارشات دیگر نیز روش نادرست جای‌گذاری کاتتر مهم‌ترین عامل خطر عفونت بوده و بیشترین خطر آلودگی ناشی از کاتتر نیز مربوط به زمان جای‌گذاری آن است [۱۶ و ۲۲]. با توجه به شیوع روزافزون استفاده از کاتتر ادراری و نقش مراقبت صحیح از آن در طی مراحل مختلف اعم از هنگام جای‌گذاری یا در مدت درجا بودن و یا بعد از آن در جلوگیری از عفونت و سایر عوارض و نیز با توجه به کمبود مطالعه‌ی قبلی در زمینه کیفیت مراقبت از بیماران دارای کاتتر در بیمارستان‌های ایران و کاشان، این پژوهش با هدف بررسی کیفیت مراقبت از بیماران دارای کاتتر ادراری انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش به صورت مقطعی در طی چهار ماهه سوم سال ۱۳۸۴ بر روی ۳۷۷ بیمار دارای کاتتر ادراری بستری در بیمارستان‌های نقوی، بهشتی و شبیه‌خوانی کاشان انجام شد. بستری بودن، داشتن کاتتر درجا یا وجود برنامه برای کاتترگذاری و تمایل بیمار به همکاری در پژوهش به عنوان معیار ورود در نظر گرفته شد. همچنین بیمارانی که کاتترگذاری آنها به خاطر برداشت پروستات انجام شده بود در مطالعه وارد نشدند. در ابتدا بررسی اولیه از بیمارستان‌های فوق انجام و با توجه به این که به طور متوسط روزانه ۳-۲ مورد کاتترگذاری درجا در یک روز معمول کاری (برای بیماران بدون تشخیص بزرگی پروستات) انجام می‌شد حجم نمونه برای مدت ۴ ماه حداقل ۳۵۰ مورد پیش‌بینی شد. انتخاب نمونه برای بررسی نظرات بیماران به صورت سرشماری و برای مشاهده به صورت سهمیه‌ای انجام شد. به این منظور تا تکمیل نمونه، پژوهش‌گر و همکاران روزانه به هر یک از بیمارستان‌ها مراجعه و موارد دارای کاتتر ادراری درجا را که مطابق با معیارهای ورود بودند مورد بررسی قرار می‌دادند. همچنین دو نمونه نیز به طور تصادفی در هر یک از بخش‌های بیمارستان‌ها مورد مشاهده قرار گرفت. به این ترتیب تا پایان دوره پژوهش ۳۷۷ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها چک‌لیست‌هایی بود که پژوهش‌گر با استفاده از مطالعه کتابخانه‌ای و نیز بر اساس راهنمای پیشگیری از عفونت ادراری در بیماران دارای کاتتر ادراری درجا که توسط ونگ و هوتون [۱] تهیه و توسط مرکز کنترل بیماری‌ها منتشر شده است، طراحی گردید. ابزار فوق در دو فرم "الف" (برای بررسی نظرات بیماران) و "ب" (برای مشاهده) تهیه شد. (سه نمونه از گویه‌های فرم "الف" عبارتند از: "قبل از سوندگذاری، کسی که می‌خواست این کار را انجام دهد علت آن را برایم شرح داد"، "برای جلوگیری از خروج سوند آن را با چسب به پایم چسباندند"، "به من گفته شده که در موقع راه رفتن کیسه ادرار را پایین نگه‌دارم". همچنین سه نمونه از گویه‌های فرم "ب" عبارتند از: "آیا پیش از سوندگذاری روش کار و هدف از سوندگذاری به بیمار شرح داده شد؟"، "آیا علایم شروع عفونت (درد خفیف، سوزش ادرار، ...) به بیمار آموزش داده شد؟"، "آیا کیسه ادراری در زیر سطح مثانه قرار داده شده است؟") روایی محتوای ابزار فوق توسط ۸ نفر از اعضای هیئت علمی و پایایی آن از طریق آزمون مجدد بر روی ۱۰ بیمار دارای کاتتر (با آلفا کرونباخ ۸۱ درصد و ضریب همبستگی اسپیرمن ۸۹ درصد) تایید شد. چک‌لیست‌های نهایی هر یک دارای ۷ سوال در زمینه سن، جنس، سطح سواد بیمار، نام بیمارستان و بخش، و فرد

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-03]

کاتترگذار و نیز ۲۲ گویه در زمینه کیفیت مراقبت از کاتتر بود که در چهار حیطه اقدامات پیش از کاتترگذاری، حین کاتترگذاری، پس از کاتترگذاری، و آموزش قرار داشت. گویه‌ها به صورت دو گزینه‌ای (بلی و خیر) و نیز همیشه، گاهی، به ندرت و هرگز طراحی گردیده بود. پژوهش‌گران، بیماران دارای کاتتر درجا را شناسایی و لااقل یک روز پس از سوندگذاری به آنها مراجعه نموده و پس از توضیح اهداف و محتوای پرسشنامه، پرسشنامه فرم "الف" را برای تکمیل در اختیار بیمار قرار می‌دادند. در مورد بیماران کم‌سواد یا بی‌سواد سوالات توسط پژوهش‌گر برای بیمار خوانده شده و پاسخ بیمار در پرسشنامه وارد می‌شد. مشاهده با استفاده از چک‌لیست فرم "ب" انجام شد. مشاهده توسط پژوهش‌گران و نیز دو مشاهده‌گر که آموزش داده شده بودند طی سه نوبت (در هنگام کاتترگذاری و نیز دو نوبت دیگر پس از آن) انجام شد. در نوبت اول فرم مشاهده به طور کامل تکمیل شد و طی دو نوبت بعدی که در شیفت یا روزهای بعد انجام شد ۶ گویه از فرم مشاهده که به مراقبت‌های پس از کاتترگذاری مربوط می‌شد دوباره مورد مشاهده قرار گرفت. داده‌ها پس از کدگذاری در برنامه SPSS وارد و به کمک آمارهای توصیفی تجزیه و تحلیل شد. همچنین وضعیت مراقبت توسط جداول توزیع فراوانی و نمودار نمایش داده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در موارد بلی ـ خیر به پاسخ بلی امتیاز ۱ و به پاسخ خیر امتیاز صفر تعلق گرفت (در فرم "الف" برای ۴ گویه و در فرم "ب" برای ۳ گویه گزینه‌ی خیر پاسخ مطلوب بود، به همین دلیل نمره‌دهی در این سوالات به صورت معکوس انجام شد). همچنین به گویه‌های همیشه تا هرگز امتیاز ۳ تا صفر تعلق گرفت. در مجموع پرسشنامه بیمار دارای امتیازی بین ۴۰-۰ و فرم مشاهده دارای امتیاز ۳۸-۰ بود. امتیازات حاصل به عنوان معیار قضاوت در مورد کیفیت استفاده شد. به این ترتیب در مواردی که ۱۰۰-۷۵ درصد از امتیازات مربوطه کسب شد کیفیت خوب، در مواردی که بین ۷۴ تا ۵۰ درصد امتیارات کسب شد کیفیت متوسط و در مواردی که میزان کمتری از امتیاز کسب شد کیفیت نامطلوب تلقی شد. چک لیست مشاهده نیز دارای ۲۲ گویه است و به صورت مشابه تجزیه و تحلیل شد. این پژوهش به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه رسیده و جمع‌آوری داده‌ها توسط افراد هم‌جنس با بیماران انجام شده است.

نتایج

در این مطالعه ۳۷۷ بیمار دارای کاتتر ادراری مورد بررسی قرار گرفتند که از این عده ۲۳۳ نفر (۶۱/۸ درصد) زن و ۱۴۴ نفر (۳۸/۲ درصد) مرد بودند. از مجموع واحدهای پژوهش ۴۶ نفر مورد مشاهده قرار گرفته و ۳۳۱ نفر نیز نظرات خود را درباره کیفیت مراقبت از کاتتر خود بیان کرده‌اند. جدول شماره‌ی ۱ ویژگی‌های فردی واحدهای پژوهش را نشان می‌دهد و مشخص می‌کند که بیشترین تعداد واحدهای پژوهش در بخش‌های جراحی (۳۱/۸ درصد) و زایمان (۲۴/۹ درصد) بستری بوده‌اند. همچنین بیشترین کاتترگذاری به علت ضرورت بی‌حرکت ماندن در تخت (۳۲/۶ درصد) انجام شده بود. از میان موارد مشاهده شده بیشترین کاتترگذاری‌ها توسط کارکنان پرستاری (۸۷ درصد) و باقی‌مانده توسط اینترن‌های پزشکی انجام شد. جداول شماره‌ی ۲ و ۳ و نیز نمودارهای شماره‌ی ۱ تا ۴ کیفیت مراقبت از بیمار را در طی مراحل پیش از کاتترگذاری، حین کاتترگذاری و پس از آن و نیز وضعیت آموزش‌های ارایه شده به بیماران را نشان داده و مشخص می‌کند که کیفیت مراقبت در بیشتر حیطه‌ها در حد متوسط و در زمینه‌ی آموزش به بیمار در حد ضعیف بوده است.

جدول ۱- ویژگی‌های واحدهای مورد پژوهش

متغیر مورد بررسی		تعداد (٪)
جنس	زن	۲۳۳ (۶۱/۸)
	مرد	۱۴۴ (۳۸/۲)
سن	گروه نظرسنجی	۴۷/۸±۱۲/۷
$\overline{X} \pm SD$	گروه مشاهده	۵۰/۴۵±۱۹/۷
سطح سواد	بی‌سواد	۱۲۹ (۳۴/۲)
	ابتدایی	۸۶ (۲۲/۸)
	راهنمایی	۶۲ (۱۶/۴)
	دبیرستان	۷۷ (۲۰/۴)
	بالاتر	۲۳ (۶/۱)
بیمارستان	بهشتی	۱۷۵ (۴۶/۴)
	نقوی	۸۹ (۲۳/۶)
	زایشگاه	۱۱۳ (۳۰)
علت کاتترگذاری	بی اختیاری ادرار	۶۴ (۱۷)
	احتباس ادرار	۱۱۹ (۳۱/۶)
	کنترل جذب و دفع مایعات	۷۱ (۱۸/۸)
	ضرورت بی‌حرکت ماندن در تخت	۱۲۳ (۳۲/۶)
بخش بستری	اورژانس و حوادث	۳۵ (۹/۳)
	طبی	۵۵ (۱۴/۶)
	جراحی	۱۲۰ (۳۱/۸)
	عفونی	۲۰ (۵/۳)
	CCU & ICU	۱۸ (۴/۸)
	اعصاب	۱۳ (۳/۴)
	زایمان و پس از زایمان	۹۴ (۲۴/۹)
	بیماری‌های زنان	۲۲ (۵/۸)

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-03]

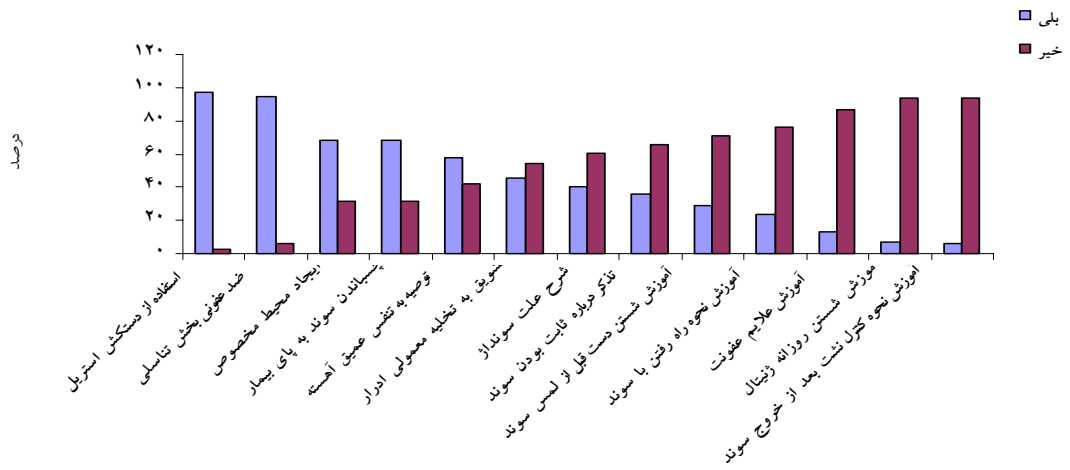
جدول ۲- درصد نمرات کسب شده از مراحل مختلف کاتترگذاری

حیطه سنجش		روش بررسی	
		از منظر بیماران	مشاهده
هنگام کاتترگذاری	پیش از سوندگذاری	۵۵±۲۰	۵۶/۶±۲۰
	حین سوندگذاری	۶۵±۲۷/۵	۸۳/۳±۲۱/۶
پس از کاتترگذاری (در مدت درجا بودن کاتتر)		۷۱/۴±۱۳/۳	۴۳/۱±۱۳/۵
آموزش ارائه شده		۲۰/۲±۲۴	۷±۱۳/۵
امتیاز کل		۶۳±۱۱	۳۲/۲±۸/۱

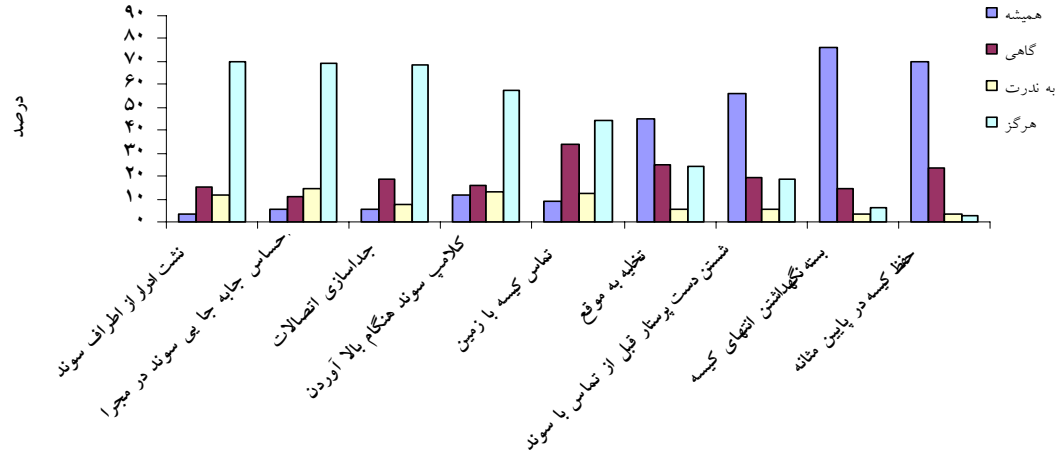
جدول ۳- توزیع فراوانی بیماران دارای کاتتر ادراری درجا برحسب نحوه سنجش و کیفیت مراقبت

نحوه سنجش	کیفیت مراقبت			
	خوب	متوسط	نامطلوب	جمع
اظهار نظر بیمار	* ۴۱(۱۲/۴)	۲۶۲(۷۹/۲)	۲۸(۸/۴)	۳۳۱(۱۰۰)
مشاهده	۱(۲/۲)	۲۴(۵۲/۲)	۲۱(۴۵/۷)	۴۶(۱۰۰)

* اعداد خارج از پرانتز تعداد و اعداد داخل پرانتز درصد را نشان می دهند

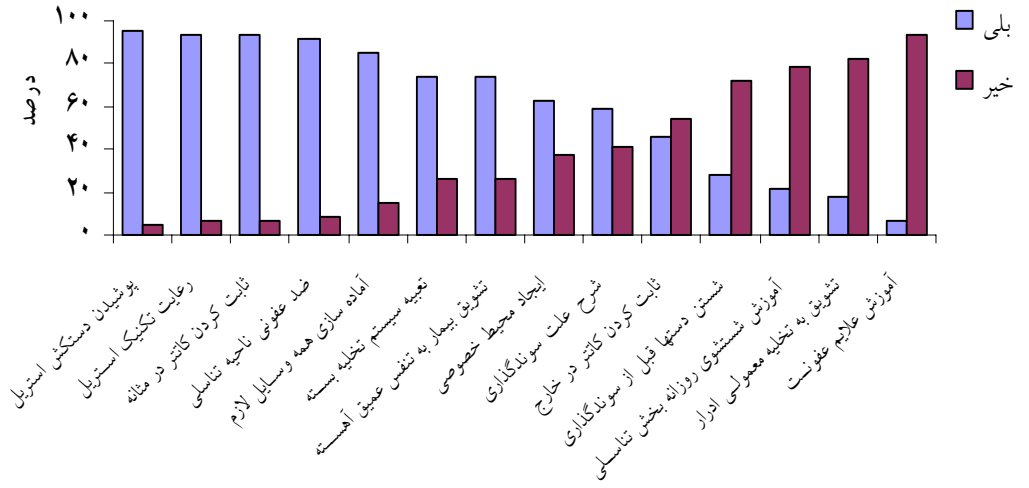


نمودار ۱- کیفیت مراقبت در هنگام کاتترگذاری از دید بیماران

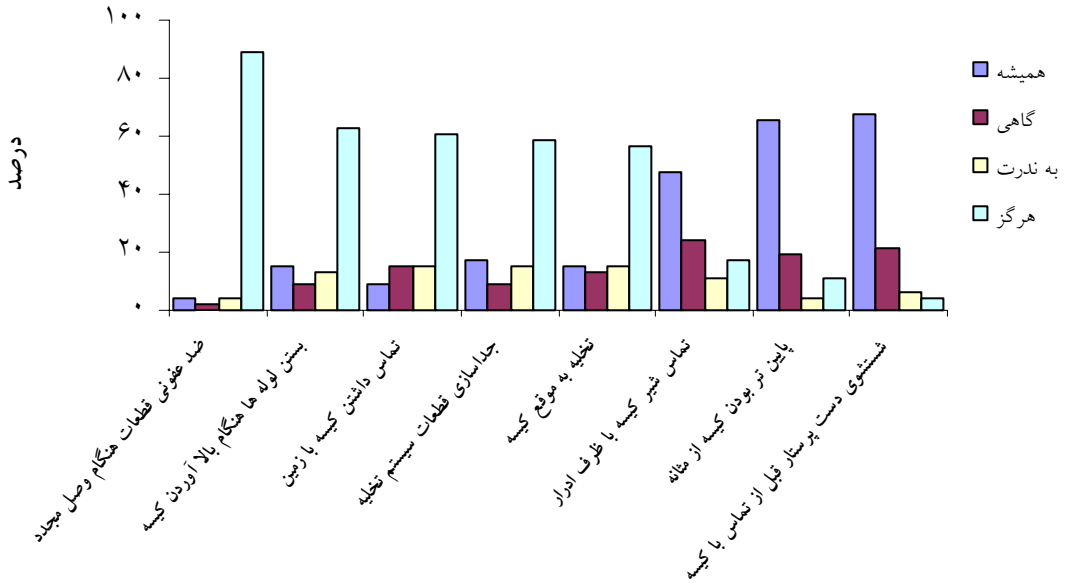


نمودار ۲- کیفیت مراقبت پس از کاتترگذاری و در مدت درجا بودن کاتتر از دید بیماران

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-03]



نمودار ۳- کیفیت مراقبت در هنگام کاتترگذاری در بیماران مشاهده شده



نمودار ۴- کیفیت مراقبت پس از کاتترگذاری در بیماران مشاهده شده

بحث

پژوهش حاضر نشان داد که در مجموع کیفیت مراقبت از بیماران دارای کاتتر ادراری مطلوب نبوده و در حالی که با کسب ۶۳ درصد از کل امتیاز، از منظر بیماران در حد متوسط قرار داشته است با کسب حدود ۳۲ درصد امتیاز از موارد مشاهده شده در حد ضعیف بوده است. با وجودی که عفونت‌های بیمارستانی یکی از پیامدهای عمده بستری شدن در بیمارستان بوده [۲۳] و عفونت-هایی که در پی کاتترگذاری در دستگاه ادراری ایجاد می‌شوند از علل اصلی این عفونت‌ها هستند [۴، ۲۳، ۲۴] اما بررسی کیفیت مراقبت از بیمار دارای کاتتر کمتر مورد توجه قرار گرفته و اکثر مطالعات انجام شده نیز وجود باکتری در ادرار و عفونت ادراری را عمدتا به عنوان معیار کیفیت مد نظر قرار داده‌اند. درحالی که در سال‌های اخیر نظرات و رضایت مددجویان از خدمات ارایه شده

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-03]

نیز به عنوان معیار مهمی برای کیفیت مورد توجه قرار گرفته است [۲۵، ۲۶]. در یکی از معدود مطالعاتی که نحوه‌ی مراقبت از کاتتر مورد توجه قرار گرفته است کرو و همکاران به مشاهده وضعیت مراقبت از کاتترهای اداری درجا پرداخته و گزارش دادند که روش‌های پیشگیری از عفونت عمدتا در ابتدای کاتترگذاری مورد توجه قرار گرفته و در مراحل بعدی کمتر رعایت می‌شود. به گونه‌ای که اگرچه تقریبا در همه موارد در ابتدا سیستم تخلیه بسته برقرار شده بود اما تداوم این سیستم در ۴۲درصد از بیماران شکسته شده و در مجموع نیز کیفیت مراقبت از حد استاندارد کمتر بود [۲۱]. مهم‌ترین علل کاتترگذاری در پژوهش حاضر ضرورت ماندن در تخت و نیز احتباس ادرار بود. در پژوهش انجام شده توسط Hazelett بر روی سالمندان نیز ضرورت ماندن در تخت به دلیل گیجی و نیز نارسایی قلبی بیشترین ولی احتباس ادرار کمترین علل کاتترگذاری را به خود اختصاص داده است [۷]. این یافته که دومین علت اقدام به کاتترگذاری در پژوهش حاضر احتباس ادرار بوده است نشان می‌دهد که تعداد زیادی از بیماران تنها برای کاستن از بارکاری مراقبان کاتترگذاری شده‌اند، در صورتی که در بسیاری از موارد انجام برخی از اقدامات آموزشی و پرستاری می‌تواند تحریک لازم برای خروج ادرار را فراهم و نیاز به کاتترگذاری را مرتفع سازد [۴]. به همین دلیل پژوهش‌گران تاکید می‌کنند که کاتتر ادراری نباید جایگزینی برای مراقبت پرستاری محسوب شود [۱، ۴، ۲۷]. از طرفی نیز ۱۷ درصد از بیماران ما به دلیل بی‌اختیاری ادراری کاتترگذاری شده‌اند در حالی که استفاده از کاتترهای کاندم‌دار بهترین گزینه برای بیماران مذکر مبتلا به بی‌اختیاری ادراری است [۱، ۲۸]. همچنین این یافته که بیشترین تعداد بیماران مورد بررسی ما مربوط به بخش‌های جراحی بوده‌اند با گزارشات دیگر مبتنی بر این که جراحی‌ها و به ویژه جراحی‌های دستگاه ادراری و اندام‌های مجاور آن از دلایل اصلی کاتترگذاری هستند مطابقت دارد [۲۷، ۲۸]. بر اساس یافته‌ها، میانگین امتیاز کیفیت مراقبت در زمان پیش از کاتترگذاری در حد متوسط قرار دارد. به گونه‌ای که در بیش از نیمی از موارد علت کاتترگذاری برای بیمار تشریح نشده و در اکثر موارد بدون تشویق بیمار به تخلیه ادرار از راه‌هایی مانند گوش دادن به صدای آب و ریختن آب گرم بر روی مثانه، اقدام به کاتترگذاری شده است. این یافته می‌تواند موید کیفیت نه چندان مطلوب ارتباط مراقبان بهداشتی با بیمار و بی‌توجهی به امر آموزش به بیمار باشد. به اعتقاد صاحب‌نظران، برقراری ارتباط مناسب با بیمار و توضیح علل اقدامات مراقبتی از اهمیت خاصی در جلب اعتماد و کاهش اضطراب بیمار برخوردار است [۴، ۲۸] و نیز نقش مهمی در جلب رضایت بیمار از مراقبت ارایه شده دارد [۲۹]. گزارش ادیب از موانع مراقبت مبتنی بر شواهد نیز نشان می‌دهد که بسیاری از مراقبت‌ها بدون برقراری ارتباط مناسب با بیمار انجام می‌شود [۳۰]. کمبود ارتباط می‌تواند به کاربرد نا به جا و بیش از حد کاتتر منجر شود به گونه‌ای که به گزارش گاردان، ۵۰ درصد از موارد کاتترگذاری دلایل قابل قبولی نداشته است [۱۲]. کتب مرجع پرستاری تاکید می‌کنند که پیش از کاتترگذاری باید بیمار را تشویق نمود تا با کمک تحریکات حسی مانند قرار دادن دست‌ها در آب گرم، ریختن آب گرم روی مثانه یا بازگذاری و شنیدن صدای شیر آب بکوشند تا مثانه خود را تخلیه نمایند [۲۸، ۳۱]. گاردان نیز محدود نمودن استفاده از کاتتر ادراری را اولین اقدام برای پیشگیری از عفونت‌های ادراری ناشی از کاتتر دانسته است [۱۲]. با وجود این ظاهرا مراقبت‌های اولیه پرستاری معمولا نادیده گرفته شده و اقدام به کاتترگذاری به عنوان گام اول در کمک به تخلیه ادرار در نظر گرفته می‌شود. یافته‌های پژوهش در زمینه مراقبت‌های حین کاتترگذاری نشان داد که میانگین امتیاز مراقبت در حد متوسط قرار دارد. به گونه‌ای که توضیح به بیمار در مورد این که سوند در مثانه ثابت شده است در بیش از ۶۰ درصد موارد انجام نشده و نیز در درصد قابل توجهی از بیماران کاتتر در خارج از مثانه ثابت نگردیده است. کیفیت مراقبت در حین کاتترگذاری در شرایطی امتیاز متوسط کسب نموده که گزارش هامپتون نشان داده است که زمان کاتترگذاری با بیشترین خطر برای انتقال عوامل عفونی و کسب عفونت ادراری ناشی از کاتتر همراه است [۱۶]. در مورد وضعیت آموزش ارایه شده نیز داده‌ها نشان می‌دهد که آموزش‌های لازم در بیش از ۹۰-۷۰ درصد از بیماران ارایه نشده و میانگین نمره‌ی آموزش در حد ضعیف بوده است. نامطلوب بودن کیفیت آموزش‌های ارایه شده در حالی است که مطالعات نشان داده است که آموزش باعث بهبود عملکرد پرستار و بیمار در مراقبت از کاتتر شده است [۴، ۳۲]. از طرف دیگر برخی از گزارشات نشان داده‌اند که آموزش تاثیر طولانی مدت ندارد [۳۲، ۳۳]. بنابراین ضرورت تکرار آموزش هم برای بیمار و هم برای مددجویان مشخص می‌شود. صاحب‌نظران، آموزش مراقبت‌های عمومی نگهداری از کاتتر مانند حفظ جریان رو به پایین ادرار در کاتتر و لوله‌ها، شستشوی مکرر دست‌ها و اطراف محل کاتتر، نوشیدن آب کافی و علایم عفونت ادراری را برای همه بیماران دارای کاتتر ضروری دانسته است [۱، ۴، ۲۸]. در مجموع نیز کیفیت مراقبت قبل و حین کاتترگذاری در حد ضعیف قرار داشت. مقایسه نتایج موارد مشاهده شده با نظرات بیماران تشابه زیادی را نشان داد به گونه‌ای که میزان فراهم‌سازی محیط خصوصی، توصیه

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-03]

به انجام اقداماتی مانند قرار گرفتن بدن در وضعیت مناسب و ریختن آب گرم روی مثانه و پوشیدن دستکش استریل با کسب درصدهای نسبتا مشابه، نزدیکی مشاهدات با نظرات بیماران را نشان می‌دهد. از طرف دیگر، تفاوت میان بیان هدف از کاتترگذاری در اظهارات بیماران و موارد مشاهده شده نشان می‌دهد که احتمالا توضیحات افراد عمل‌کننده در برخی از موارد روشن و متناسب با درک بیماران ارایه نشده و یا برخی از بیماران به دلیل وضعیت و نگرانی‌های خود متوجه توضیحات نشده‌اند. از سوی دیگر ۵۴-۴۱ درصد عدم توضیح هدف از کاتترگذاری و نیز درصد ناچیز آموزش به بیمار در مورد رعایت بهداشت پرینه و علایم عفونت ادراری نشان می‌دهد که مراقبان بهداشتی توجه کافی به آموزش بیماران مبذول نداشته‌اند. یافته‌ها نشان داد که کیفیت مراقبت در مدت درجا بودن کاتتر در حد متوسط قرار دارد به گونه‌ای که در بیش از نیمی از موارد، هنگامی که کیسه‌ی ادرار بالاتر از سطح مثانه قرار گرفته است لوله آن کلامپ نشده و نیز تنها در حدود نیمی از موارد وقتی پرستار یا پزشک خواسته‌اند به کاتتر دست بگذارند دست خود را شسته‌اند. این در حالی است که صاحب‌نظران رعایت این موارد را از اصول اساسی جلوگیری از عفونت ادراری ناشی از کاتتر برشمرده‌اند [۱، ۴، ۱۶، ۲۸، ۳۱]. مقایسه موارد مشاهده شده با نظرات بیماران اگرچه تشابه زیادی را میان مشاهدات و اظهارات بیماران نشان می‌دهد اما بیانگر کمتر بودن کیفیت در موارد مشاهده شده است. در مجموع نیز کیفیت مراقبت در مدت درجا بودن کاتتر در موارد مشاهده شده در حد ضعیف قرار داشت. یافته‌های فوق با نتایج مطالعه کرو و همکاران هم‌خوانی دارد به گونه‌ای که در مطالعه آنها نیز تنها نیمی از کیسه-های ادراری در هنگام مشاهده در موقعیت صحیح قرار داشت.

همچنین دفعات دست شستن توسط مراقبان، هم قبل و هم بعد از تماس با کاتتر و مجرای ادرار و خالی کردن کیسه کم بود [۲۷]. از طرف دیگر کمتر بودن کیفیت در موارد مشاهده شده نسبت به اظهارات بیماران نشان می‌دهد که احتمالا بیماران در برآورد کیفیت سطح توقع کمتری دارند. این امر می‌تواند نشانه ناآگاهی بیماران از کیفیت مطلوب مراقبت از کاتتر بوده و ضرورت توجه به امر آموزش به بیمار را نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی کیفیت مراقبت از بیمار دارای کاتتر ادراری در بیمارستان‌های کاشان انجام شد و چنانچه نتایج نشان داد در مجموع کیفیت مراقبت از نظر بیماران در حد متوسط و با توجه به موارد مشاهده شده در حد ضعیف قرار داشت. در این میان کیفیت آموزش‌های ارایه شده به بیمار به صورت قابل توجهی از سایر معیارهای مورد بررسی ضعیف‌تر بود. بنابراین توجه مسوولین امر را به ضرورت آموزش مداوم حرفه‌های مراقبتی به ویژه پرستاری جلب می‌کند. همچنین با توجه به نقش مدیریت و نظات و نیز نقش موثر سوپروایزرهای آموزشی و بالینی در این زمینه توصیه می‌شود که این افراد عملکرد نظارتی خود را تقویت نمایند. علاوه بر این به مدیران ارشد سیستم توصیه می‌شود تا با برآورد کمبود نیروی انسانی پرستاری و جذب نیروی انسانی مناسب زمینه لازم را برای ارتقای کیفیت مراقبت فراهم نمایند.

تشکر و قدردانی

هزینه این پژوهش توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان تامین شده است.

References:

[1] Wong ES. Hooton TM. Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections. Center for disease control, Issues In healthcare settings, [http://www.cdc.gov/ ncidod/hip/GUIDE/uritract.htm], 2005.

[۲] اسملتزرس اسملتزرس سوزان، بیر برندا. بیماریهای کلیه و مجاری ادرار. ترجمه علیرضا فتحی. چاپ نهم، انتشارات ارجمند، تهران، ۱۳۷۹.

[3] Gammack JK. Use and management of chronic urinary catheters in long-term care: much controversy, little consensus. ***J Am Med Dir Assoc*** 2003; 4 (2 Suppl): S 52-59.

[4] Smith JM. Indwelling catheter management: from habit-based to evidence-based practice. ***Ostomy Wound Manage*** 2003; 49: 34-45.

[5] Lorente L. Huidobro MS. Martín MM. Jiménez A. Mora1ML. Accidental catheter removal in critically ill patients: a prospective and observational study. ***Crit Care*** 2004; 8: 229-233.

[6] Scottish Centre for Infection and Environmental Health. Catheter Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) Surveillance. http://www.hps.scot.nhs.uk/haiic/sshaip/guidelinedetail.aspx?id=30707. 2004.

[7] Hazelett SE. Tsai M. Gareri M. Allen K. The association between indwelling urinary catheter use in the elderly and urinary tract infection in acute care. ***BMC Geriatrics*** 2006; 6: 15.

[۸] عسگریان مهرداد، حسینی سیدرضا، خیراندیش پرستو. میزان بروز عفونتهای خونی و ادراری در بیماران سوخته بستری شده در مرکز سوختگی قطب الدین شیراز در سالهای ۷۹-۸۰. ***مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*** ۱۳۸۲، سال ۱۳ شماره ۳۸: صفحات ۳۳ تا ۳۹.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-03]

[9] Warren JW. Nosocomial urinary tract infections. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases, 5th ed. Philadelphia: ***Churchill Livingstone***, 2000: 3028-3039.
[10] Warren, JW. Catheter-associated bacteriuria. ***Clinics in Geriatric Medicine*** 1992; 8: 805-819.
[11] Ribeiro BJ. Smith SR. Evaluation of urinary catheterization and urinary incontinence in a general nursing home population. ***J Am Geriatr Soc*** 1985; 33: 479-482.
[12] Gardon MA. Amihod B. Orenstein P. Consolacion N. Miller MA. Overutilization of indeweling urinary catheters and the development of nosocomial urinary tract infections. ***Clin Perform Qual Health care*** 1998; 6: 99-102.
[13] Kohler-Ockmore J. Feneley RCL. Long-term catheterization of the bladder: Prevalence and morbidity. ***British Journal of Urology*** 1996; 77: 347-351.
[14] Turrck M. GoffeB, petersdorfRG. the uretral catheters and urinary tract infections. ***J urol*** 1962; 88: 834-837.
[15] Martin CM. BookrajianEN. Bacteriouria prevention after indeweling urinary catheterization. ***Arch Intern Med*** 1963, 110: 703-711.
[16] Hampton S. Nursing management of urinary tract infectionsfor catheterized patients. ***Brj nurs*** 2004; 13: 1180-1184.
[۱۷] قنبری پروین. بررسی سالمندان مبتلا به عفونت ادراری بستری در بیمارستان سینای کرمانشاه در سالهای ۱۳۷۱-۱۳۷۴. پایان نامه پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۳۷۵.
[۱۸] شریفی مسعود. باکتریوری به دنبال استفاده از کاتتر در بخش جراحی اعصاب مرکز آموزشی درمانی آیت الله طالقانی کرمانشاه. ***مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*** ۱۳۸۰: سال ۳۵ شماره ۵۱: صفحات ۴۵ تا ۵۱.
[۱۹] پاک شیر کیوان، مقدمی مهین، امامی مسعود، کردبچه پریوش. بررسی میزان شیوع نقطه ای فونگوری و شناسایی عوامل آن در استفاده کنندگان از کاتتر فولی. ***مجله تحقیقات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز*** ۱۳۸۳: سال ۲، شماره ۳ صفحات ۳۳ تا ۴۱.
[20] Kass EH. Asymptomatic infections of the urinary tracts. ***Transe Assoc AM Phisicians*** 1995; 69: 56-63.
[21] Crow R. Mulhall A. Chapman R. Indwelling catheterization and related nursing practice. ***J Adv Nurs*** 1988; 13: 489-495.
[22] Tunney MM. Gorman SP. Patrick S. Infection associated with medical devices. ***Reviews in Medical Microbiology*** 1996, 74: 195-205.
[23] Tambyah PA. Knasinski V. Maki DG. The direct costs of nosocomial catheter-associated urinary tract infection in the era of managed care. ***J Urol*** 2003; 170: 339.
[24] Tambyah PA. Maki DG. The relationship between pyuria and infection in patients with indwelling urinary catheters: a prospective study of 761 patients. ***Arch Intern Med*** 2000; 160: 673-677.
[25] larson BW. larson G. patients views on quality of care: do they merely refrect their sense of coherence?. ***J Adv Nurs*** 1999; 30: 33.
[26] Vuori H. patient satisfaction-an attribute or indicator of the quality of care. ***ORB-Qval Rev Bull*** 1987; 13: 106.
[27] Pittsburgh university medical center. Urinary Catheter Care, Information for Patients. 2006 www. upmc. com.
[28] Smeltzer SC. Bare BG. Brunner and Sudarth's text book of medical surgical nursing. 10th ed. Philadelphia. Williams and wiilkins Lippincott: 2004.
[29] Idvall E. Hamrin E. Sjöström B. Unosson M. Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. ***Qual Saf Health Care*** 2002; 11: 327-334.
[۳۰] ادیب حاج باقری محسن. بررسی موانع و عوامل موثر بر پرستاری مبتنی بر شواهد در بیمارستانهای کاشان (سال ۱۳۸۴). گزارش طرح تحقیقاتی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ۱۳۸۴: صفحه ۱۱.
[31] Phipps WJ. Sands JK. Neighbors M. Monahan FD. Marek JF. Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives. St. louis, Mosby Company, 2003. P. 1202-1249.
[32] Lockwood C. Page T. Conroy-Hiller T. Florence Z. Management of Short Term Indwelling Urethral Catheters to Prevent Urinary Tract Infections. ***JBI REPORTS*** 2004; 2: 271-291.
[۳۳] ادیب حاج باقری محسن. بررسی موانع موجود برای ارائه خدمات استاندارد به مبتلایان وقفه قلبی ریوی در بیمارستانهای کاشان در سال۱۳۷۷. گزارش طرح تحقیقاتی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ۱۳۷۸. صفحات ۸۶-۸۹.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-03]