



Determining of the Quality of Postoperative Recovery and its Predictors in the Elderly Undergoing Surgery

Sanaz Mohammadi¹, Kian Nourozi Tabrizi^{2*}, Farahnaz Mohammadi Shahbolaghi³, Mehdi Nourozi⁴

1- MSc of Geriatric Nursing, Nursing Department, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran.

2- Associate Professor, Nursing Department, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran

3- Professor, Nursing Department, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran.

4- Associate Professor, Biostatistics Department, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran.

Corresponding author: Kian Nourozi Tabrizi, Associate Professor, Nursing Department, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran.

E-mail: dr.kian_nourozi@yahoo.com

Received: 6 April 2022

Accepted: 10 May 2022

Abstract

Introduction: Surgery is very sensitive in the elderly and more important than the surgery itself is the quality of its recovery, which is very important in determining its predictors in geriatric nursing. The aim of this study was to determine the quality of recovery after surgery and its predictors in the elderly undergoing surgery at Imam Hossein Hospital in Tehran in 1400.

Methods: The present study was a descriptive-analytical study in which the research community consisted of the elderly candidates for surgery at Imam Hossein Hospital in Tehran in the first half of 1400. 250 eligible elderly were included in the study through available sampling and for data collection, the elderly demographic information questionnaire and the Quality of Recovery score 40-item were used. Data were analyzed using SPSS software version 20 using descriptive and inferential statistical tests.

Results: Most of the elderly participants were male, married, illiterate and with a mean age of 67.94 ± 7.05 years. 88.4% had a history of previous hospitalization and 64.8% had a history of previous surgery. 72% had at least one underlying disease, the most common disease being diabetes (36%). The mean score of the total quality of recovery was 104.39 ± 18.16 (Moderate). Among the dimensions, physical independence with a score of 2.84 was the highest and emotional status with a score of 2.29 and pain with a score of 2.61 received the lowest score of 5. Multiple linear regressions showed that age, number of surgeries, delirium, marital status, housing status, cohabitation status, education and type of surgery are the most important factors affecting the quality of postoperative recovery.

Conclusions: It is very important to pay attention to the quality of recovery after surgery, especially in the elderly. Maintaining and improving the status quo in the present study by focusing on the predictive factors obtained can be helpful.

Keywords: Quality of recovery, Surgery, Aged.



تعیین کیفیت بهبودی پس از جراحی و عوامل پیش بینی کننده آن در سالمندان تحت جراحی

ساناز محمدی^۱، کیان نوروزی تبریزی^{۲*}، فرحناز محمدی شاهبلاغی^۳، مهدی نوروزی^۴

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
 ۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
 ۳- استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
 ۴- دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: کیان نوروزی تبریزی، دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
ایمیل: dr.kian_nourozi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۲/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱/۱۷

چکیده

مقدمه: جراحی در سالمندان بسیار حساس بوده و مهمتر از خود جراحی، کیفیت بهبودی آن است که تعیین عوامل پیش بینی کننده آن در پرستاری سالمندی از اهمیت بالایی برخوردار است. هدف از مطالعه ی حاضر تعیین وضعیت کیفیت بهبودی پس از جراحی و عوامل پیش بینی کننده آن در سالمندان تحت جراحی بیمارستان امام حسین (ع) تهران در سال ۱۴۰۰ است. **روش کار:** مطالعه حاضر یک مطالعه ی توصیفی-تحلیلی است که جامعه ی پژوهشی آن را سالمندان تحت جراحی بیمارستان امام حسین (ع) تهران در نیمه ی اول سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. ۲۵۰ نفر از سالمندان واجد شرایط بعد از اعمال جراحی از طریق نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک سالمندان و پرسشنامه ی کیفیت بهبودی ۴۰ سوالی QOR-40 استفاده شد. داده ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه ی ۲۰ و با استفاده از آزمون های آماری توصیفی و استنباطی تحلیل شدند.

یافته ها: بیشتر سالمندان شرکت کننده مرد، متأهل، بی سواد و با میانگین سنی 71.05 ± 67.94 سال بودند. ۸۸/۴ درصد سابقه ی بستری قبلی و ۶۴/۸ درصد نیز سابقه ی جراحی قبلی داشتند. ۷۲ درصد حداقل یک بیماری زمینه ای داشتند که شایعترین بیماری نیز دیابت (۳۶ درصد) بود. میانگین و انحراف معیار کل کیفیت بهبودی بیماران $18.16 \pm 10.4/39$ (در حد متوسط) بود. از میان ابعاد نیز استقلال جسمی با کسب نمره ۲/۸۴ بالاترین و درد با کسب نمره ۲/۶۱ از ۵ کمترین نمره را گرفتند. رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که سن، تعداد جراحی، دلیریوم، وضعیت تاهل، وضعیت مسکن، وضعیت همزیستی، تحصیلات و نوع جراحی مهمترین عوامل موثر بر کیفیت بهبودی بعد از جراحی می باشند.

نتیجه گیری: توجه به کیفیت بهبودی پس از جراحی مخصوصاً در سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است. حفظ و ارتقای وضعیت موجود در مطالعه ی حاضر با تمرکز و توجه به عوامل پیش بینی کننده ی بدست آمده می تواند کمک کننده و مفید باشد.

کلیدواژه ها: کیفیت بهبودی، جراحی، سالمند.

سالمندی بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی عبور از مرز شصت سالگی است. افزایش طول عمر انسان ها و اضافه شدن جمعیت سالمندان یکی از دستاوردهای قرن ۲۱ بوده و سالخورده‌گی جمعیت پدیده‌ای است که برخی از جوامع بشری با آن روبرو شده یا خواهند شد (۱). در سال ۲۰۰۰ حدود ۶۰۰ میلیون نفر در جهان در سن ۶۰ سالگی و یا بیشتر قرار داشتند و پیش بینی می شود که تا سال ۲۰۲۵ این آمار به یک میلیارد و دویست میلیون نفر و تا سال ۲۰۵۰ به ۲ میلیارد نفر برسد (۲). مشخصه اصلی سن فیزیولوژیک یا پیری کاهش ذخیره عملکردی جبرانی سیستم های اعضای حیاتی بدن است که منجر به کاهش توانایی این سیستم ها در تطابق با شرایطی نظیر استرس های جراحی می شود. تقریباً ۵۰ درصد کل جراحی های اورژانسی و ۷۵ درصد از مرگ میرهای ناشی از جراحی مربوط به بیماران بالای ۶۵ سال است (۳). از بین کل اعمال جراحی که انجام می گیرد ۵۳ درصد آن را بیماران سالمند به خود اختصاص داده اند (۴). عوارض جراحی خصوصاً عوارض قلبی عروقی، مغزی، آنلکتازی ریه ها، پنومونی، آمبولی ریه و اسپیراسیون محتویات معده در این بیماران شیوع بالایی دارد (۵). افراد سالمند به دلیل کاهش ذخایر انرژی اندام ها، استرس شدید را به خوبی کنترل نمی کنند. اگرچه در بیشتر موارد از درمان غیر جراحی برای کمک به سالمندان استفاده می شود اما نباید از روش جراحی چشم پوشی کرد چون هیچ سن تقویمی خاصی منعی برای عمل جراحی نمی باشد (۶).

جراحی به ویژه برای بیماران آسیب پذیر مانند سالمندان می تواند خطرناک باشد و افت عملکردی برگشت ناپذیری را رقم زند (۷). مراقبت با کیفیت برای بیماران سالمند تحت جراحی باید نتیجه ای مطابق با اهداف بیمار داشته باشد و نیاز به ارتباط و هماهنگی روشن بسیاری از متخصصان بهداشت دارد. برای ارائه مراقبت با ارزش در سالمندان، یک سیستم بیمارستانی قابل اعتماد، با فرهنگ ایمنی شفاف و مراقبت همزمان با پروتکل های مراقبت که به راحتی در دسترس هستند، ضروری است (۸). توجه به جزئیات در حین عمل و بعد از عمل جراحی بسیار ضروری است و این مقوله در سالمندان اهمیت چند برابری پیدا می کند (۹).

یکی از این شاخص های مهم بیمار محور که از نظر بالینی بعد تمام از جراحی ها بسیار حائز اهمیت است، کیفیت بهبودی (Quality Of Recovery) می باشد (۱۰). فرآیندی که بیمار در طی رسیدن به هدف و وضعیت ثابت قبل از عمل جراحی تجربه می کند به عنوان کیفیت بهبودی تعریف می شود (۱۱). کیفیت بهبودی مقوله ای است که به شدت تحت تاثیر نظرات، دیدگاه ها و سوگیری های بیمار، پزشک و موسسه یا بیمارستان قرار می گیرد و از نظر ایدئولوژیکی با بحث رضایتمندی بیماران و کیفیت مراقبت درک شده توسط آنان متفاوت است (۱۲). البته این وضعیت می تواند از دیدگاه بیمار و پزشک و سایر کادر درمان متفاوت باشد (۱۳). بهبودی بعد از عمل جراحی یک فرآیند پیچیده با ابعاد فیزیولوژیکی، عملکردی و روانشناختی و وابسته به زمان است (۱۴) که می تواند تحت تاثیر عواملی چون خواب، تحرک، وضعیت فیزیولوژیکی، دریافت مسکن، سلامت روان (۱۵) و وضعیت شناختی بیمار قرار دارد (۱۶). در مطالعه ای که توسط Myles و همکاران انجام گرفت نتایج نشان داد که کیفیت بهبودی زمان جراحی به عنوان پیش بینی کننده ی وضعیت کیفیت زندگی در مدت زمان سه ماهه بعد از عمل جراحی است و رابطه ی مستقیمی بین آن دو وجود دارد و بیمارانی که نمره ی کیفیت بهبودی پایین تری داشتند کیفیت زندگیشان پایین بود (۱۷). در سال ۲۰۰۱ گروهی از جراحان آکادمیک در لندن راهنمای عملی برای بهبود کیفیت اعمال جراحی را تدوین نمودند که باعث کاستن از عوارض جراحی و تسریع در برگشت بیمار به جامعه می شود و این برنامه با نام بهبودی بعد از جراحی مطرح شد و متولیان آن معتقدند که در صورت توجه به وضعیت بهبودی و ارتقای کیفیت آن، کاهش طول مدت اقامت بیمار و به تبع آن کاهش هزینه های درمانی را به دنبال خواهد داشت (۱۸).

عوامل متعددی همچون سن، جنس، نوع و مدت زمان جراحی، وجود سایر بیماری های زمینه ای و حتی استفاده از مسکن ها می تواند میزان کیفیت بهبودی بیماران را پس از جراحی تحت تاثیر قرار دهد (۱۹). عامل دیگری که می تواند بر وضعیت بهبودی بعد از جراحی اثر گذار باشد عوامل روانشناختی و مخصوصاً اضطراب و استرس است (۲۰). در مطالعه ای که توسط Jaensson و همکاران

انجام شد ارتباط بین جنس، سن، سلامت روان و سواد سلامت بیماران با کیفیت بهبودی بعد از عمل جراحی معنی دار بود و محققان اعلام نمودند که شناسایی عواملی که تأثیر منفی بر کیفیت بهبودی بیماران پس از جراحی دارند، به مراقبان سلامت در حمایت از بیماران آسیب پذیر، مانند بیماران با سواد سلامت محدود و سلامت روان کمک می کند (۱۷). Cristelo و همکاران اعلام نمودند که بیمارانی که دچار هذیان بعد از بیهوشی شده بودند کیفیت بهبودی پایین تری داشتند که احتمالاً دلیریوم می توان بر کیفیت بهبودی موثر باشد (۲۱).

ارتقای کیفیت بهبودی از آن جهت حائز اهمیت است که با کیفیت زندگی بعد از عمل جراحی، مدت ماندگاری در بیمارستان، مرگ و میر و حتی میزان ناتوانی بعد از عمل ارتباط دارد (۲۲). با وجود اهمیت مقوله ی کیفیت بهبودی پس از اعمال جراحی و در نظر گرفتن آن برای پیش بینی میزان دستیابی به نتایج مدنظر کادر درمان، اما در کشور ایران به موضوع پرداخته نشده است. از طرفی بدون تعیین عوامل موثر بر آن و پیش بینی کننده ی آن نمی توان برای ارتقای آن برنامه ریزی درستی داشت لذا با توجه به زمینه کاری پژوهشگر در مراقبت از سالمندان بعد از جراحی، بر آن شد که با انجام یک پژوهش با هدف تعیین کیفیت بهبودی پس از جراحی و عوامل پیش بینی کننده آن در سالمندان تحت جراحی بیمارستان امام حسین (ع) تهران در سال ۱۴۰۰ گام مهمی را در کمک به این بیماران و همچنین شیوه مراقبت پرستاری از آن ها بردارد.

روش کار

تحقیق حاضر یک مطالعه ی توصیفی- تحلیلی است که جامعه ی آماری آن را سالمندان تحت عمل جراحی بستری در بیمارستان امام حسین (ع) تهران در نیمه ی اول سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و بر اساس کیفیت بهبودی خوب در ۲۰ درصد افراد بر اساس مطالعه Stessel و همکاران (۲۳) و فرمول آماری مشخص ۲۵۰ نفر تعیین شد که بر اساس معیارهای ورود وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: علاقه مندی به شرکت در مطالعه و انجام همکاری های لازم (برگه رضایت نامه ی آگاهانه را امضا نماید)، عدم

ابتلا به بیماری های روانی (با توجه به پرونده ی پزشکی و اخذ شرح حال و خودگزارشی)، برخورداری از سلامت شناختی، دارای سن بالای ۶۰ سال و تحت عمل جراحی باشد. معیارهای خروج هم شامل تکمیل ناقص پرسشنامه ها و انصراف از ادامه ی همکاری بود. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک سالمندان شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل حال یا قبلی، درآمد ماهیانه، وضعیت مسکن، وضعیت همزیستی، بیماری زمینه ای، تعداد فرزندان، نوع جراحی، نوع بیهوشی، مدت زمان عمل جراحی، سابقه ی جراحی قبلی، سابقه بستری، وضعیت بیمه، وضعیت بینایی، وضعیت شنوایی، مصرف دارو و تعداد داروها، مصرف دخانیات (سیگار)، مصرف مشروبات الکلی، تجویز مخدر و مسکن و طول مدت بستری و پرسشنامه کیفیت بهبودی ۴۰ سوالی QOR-40 استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۴۰ سوال است که وضعیت سلامتی و بهبودی بیماران بعد از عمل جراحی را می سنجد و شامل پنج بعد وضعیت عاطفی (۹ سوال)، راحتی جسمی (۱۲ سوال)، حمایت و پشتیبانی از بیمار (۷ سوال)، استقلال فیزیکی (۵ سوال) و درد (۷ سوال) می باشد. نمره دهی به صورت لیکرت ۵ امتیازی از بدترین (۱) تا بهترین (۵) است. سوالات منفی (سوالات ۱۹ تا ۴۰) به صورت معکوس تفسیر می شوند. نمره کل ابزار عددی بین ۴۰ تا ۲۰۰ خواهد بود. نمره بالاتر کیفیت بهبودی بالاتری را نشان می دهد (۲۴). روایی صوری و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط یعقوبی و همکاران (۲۰۱۵) انجام شده است. برای انجام پایایی با توزیع بین ۳۰۰ بیمار از روش آلفای کرونباخ و آزمون- بازآزمون با استفاده از ضریب همبستگی درون طبقه ای بهره گرفته شد که برای کل پرسشنامه همبستگی درون طبقه ای ۰/۸۱ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد (۲۵). نسخه ۱۵ سوالی فرم تعدیل شده و خلاصه ی شده ۴۰ سوالی می باشد که در مطالعه ی حاضر به جهت جامع بودن از نسخه ی ۴۰ سوالی استفاده گردید. در مطالعه ی حاضر نیز ترجمه ی مجدد و روایی صوری آن توسط سه نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی بررسی شده و نظرات ایشان اعمال گردید. برای پایایی نیز بین ۲۰ سالمند به روش آلفای کرونباخ انجام شده و $\alpha=0/81$ برای کل پرسشنامه بدست آمد. ابزار

بدست آمد. در سنجش تعادل (هم ارزی) نیز دو پرستار به طور مستقل بدون اطلاع از نمره ارزیابی یکدیگر، ۱۵ بیمار را از نظر دلیریوم با پرسشنامه مذکور مورد ارزیابی قرار دادند که ضریب پیرسون ۰/۹۹/ بدست آمد (۲۸). ابزار سنجش وضعیت شناختی AMT که جهت بررسی وضعیت شناختی سالمندان استفاده شد. این ابزار حاوی ده سؤال است که از پرکاربردترین آزمون های غربالگری وضعیت شناختی سالمندان در جهان محسوب می شود. نمره کل آزمون ۱۰ می باشد. نمره پایین تر از ۷ در این آزمون به معنی وجود اختلال شناختی است (۲۹). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط فروغان و همکاران در سال ۲۰۱۷ مورد تأیید قرار گرفته است. به طوری که روایی افتراقی آزمون کوتاه شده شناختی برای تشخیص افراد بدون اختلال شناختی یا با اختلال شناختی مناسب بوده است (۳۰).

روش نمونه گیری به صورت در دسترس بود که در آن پژوهشگر روزانه به بخش های مورد نظر مراجعه کرد و پس از توضیح اهداف پژوهش به سالمندان تحت جراحی یا همراهان آن ها، سالمندانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، فرم رضایت نامه آگاهانه کتبی جهت شرکت در پژوهش را پس از مطالعه امضاء نموده و وارد مطالعه شدند بر اساس منابع موجود زمان سنجش کیفیت بهبودی بعد از عمل جراحی سه روز در نظر گرفته شد (۲۵) اما برای اعمال جراحی که فقط ۲۴ ساعت بستری بودند زمان ترخیص بیمار پرسشنامه ها تکمیل شد که در کل می توان این زمان را ۱ تا ۳ روز بعد از عمل جراحی در نظر گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ و آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون کولموگروف اسمیرنوف، t مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون) انجام گردید.

یافته ها

در این پژوهش ۲۵۰ نفر شرکت داشتند که پرسشنامه تمامی آنها قابل تجزیه و تحلیل بود. ۵۹/۲ درصد از نمونه های پژوهش مرد، ۷۸/۸ درصد متاهل، ۳۵/۲ درصد شغل آزاد با میانگین سنی آنها $7/05 \pm 67/94$ سال بودند (جدول ۱).

سنجش وضعیت دلیریوم NeeCham که یک ابزار پرستاری غربالگری دلیریوم می باشد که سریع و بدون وقفه در بالین بیمار می تواند به عنوان ارزیابی رفتار بیمار مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه توسط Neelon و Champagne در سال ۱۹۹۶ جهت سنجش دلیریوم طراحی شد. دارای سه آیتم اصلی شامل فرایند (توجه، دستور، آگاهی با امتیاز ۰-۱۴)، رفتار (ظاهر، حرکت، کلام با امتیاز ۰-۱۰) و کنترل فیزیولوژیکی (علایم حیاتی، اشباع اکسیژن و دفع ادرار با امتیاز ۰-۶) می باشد. این پرسشنامه در مجموع ۳۰ نمره دارد. بر اساس نمره کلی کسب شده توسط بیمار به ۴ دسته تقسیم می شود؛ فرد سالم با نمره ۳۰-۲۷، در معرض گیجی با نمره ۲۶-۲۵، دلیریوم خفیف با نمره ۲۴-۲۰، دلیریوم متوسط تا شدید با نمره ۱۹-۰. مدت زمان پر کردن این پرسشنامه ۱۰-۸ دقیقه می باشد و در سال های اخیر با توجه به فعالیت ۲۴ ساعته پرستار یعنی براساس فعالیت و مشاهدات روزانه پرستار ساخته شده است. این پرسشنامه ابزاری قابل اعتماد جهت ارزیابی دلیریوم توسط پرستار در بخش های عمومی تلقی شده و در سال های اخیر از آن در بخش های ICU برای بیماران غیر اینتوبه نیز استفاده می شود (۲۶). Rompaey در سال ۲۰۰۷ مطالعه ای با هدف مقایسه دو پرسشنامه NeeCham و CAM-ICU بر روی ۱۷۲ بیمار غیر اینتوبه بستری در ICU جنرال انجام داد و به این نتیجه رسید که NeeCham بهتر از CAM-ICU می تواند دلیریوم را شناسایی کند و مزیت برتر آن تقسیم بندی کردن سطوح گیجی بیمار می باشد. در این مطالعه حساسیت NeeCham ۸۷ درصد و ویژگی آن ۹۵ درصد به دست آمد (۲۷). برای ارزیابی روایی محتوایی این پرسشنامه در ایران، توسط جنتی و همکاران ابتدا پرسشنامه از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد. بعد از ترجمه، نظرات افراد متخصص در این زمینه که شامل یک روانپزشک و سه روان پرستار بودند مورد استفاده قرار گرفت و با توجه به معیارهای روان بودن، مرتبط بودن و واضح بودن سؤالات نظرات اصلاحی آنان اعمال شد. برای سنجش پایایی این ابزار از پیوستگی درونی و تعادل استفاده شد که در ارزیابی پیوستگی درونی ۳۰ بیمار با استفاده از پرسشنامه Neecham از نظر دلیریوم مورد بررسی قرار گرفتند و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک سالمندان شرکت کننده در مطالعه

متغیر	انحراف معیار \pm میانگین	کمینه	بیشینه
سن	۶۷/۹۴ \pm ۷/۰۵	۶۰	۸۷
تعداد بستری	۴/۸۳ \pm ۲/۶۳	۱	۱۰
تعداد جراحی	۲/۱۳ \pm ۱/۳۸	۱	۵
تعداد فرزند	۳/۷۴ \pm ۱/۵۲	۱	۷
طول مدت جراحی	۳/۴۰ \pm ۱/۲۹	۲	۷
مدت زمان ماندگاری در ریکاوری	۱/۳۰ \pm ۰/۶۳	۰/۵	۴
نمره دلیریوم	۲۶/۸۷ \pm ۱/۷۲	۲۰	۳۰
دسته بندی	تعداد	درصد	
جنسیت	مرد	۱۴۸	۵۹/۲
	زن	۱۰۲	۴۰/۸
وضعیت تاهل	متاهل	۱۹۷	۷۸/۸
	بیوه	۴۷	۱۸/۸
	مطلقه	۶	۲/۴
	بیسواد	۱۱۱	۴۴/۴
	زیر دیپلم	۸۸	۳۵/۲
تحصیلات	دیپلم	۲۹	۱۱/۶
	کاردانی	۱۲	۴/۸
	کارشناسی	۱۰	۴
	بیکار	۳۲	۱۲/۸
	آزاد	۸۸	۳۵/۲
شغل	بازنشسته	۴۰	۱۶
	خانه دار	۸۵	۳۴
	کارمند	۵	۲
سابقه بستری	بله	۲۲۱	۸۸/۴
	خیر	۲۹	۱۱/۶
سابقه جراحی	بله	۱۶۲	۶۴/۸
	خیر	۸۸	۳۵/۲

میانگین و انحراف معیار کل کیفیت بهبودی بیماران ۱۸/۱۶ \pm ۱۰۴/۳۹ (در حد متوسط) بود. از میان ابعاد نیز استقلال جسمی با کسب نمره ۲/۸۴ از ۵ بالاترین و وضعیت عاطفی با کسب نمره ۲/۲۹ و درد با کسب نمره ۲/۶۱ از ۵ کمترین نمره را گرفتند (جدول ۲).

جدول ۲. وضعیت توصیفی متغیر کیفیت بهبودی و ابعاد آن در بیماران سالمند تحت جراحی

متغیر	تعداد سوال	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	میانگین برحسب تعداد سوال
وضعیت عاطفی	۹	۱۱	۲۸	۲۰/۶۱	۵/۳۰	۲/۲۹ (۰/۵۸)
راحتی جسمی	۱۲	۱۲	۴۰	۳۱/۸۹	۵/۹۰	۲/۶۵ (۰/۴۹)
حمایت از بیمار	۷	۹	۲۸	۱۹/۳۴	۶/۱۵	۲/۷۶ (۰/۸۷)
استقلال جسمی	۵	۶	۲۵	۱۴/۲۱	۵/۸۱	۲/۸۴ (۰/۱۶)
درد	۷	۷	۲۸	۱۸/۳۲	۵/۲۱	۲/۶۱ (۰/۷۴)
کیفیت بهبودی کل	۴۰	۴۹	۱۲۷	۱۰۴/۳۹	۱۸/۱۶	۲/۶۱ (۰/۴۵)

استیجاری حدود ۱۵ نمره کیفیت بهبودی کمتری داشتند. افزایش یک نمره در مورد دلیریوم ۲/۳۷ نمره از کیفیت بهبودی می‌کاهد. سابقه‌ی یک بار جراحی بیشتر ۲/۵۲ کیفیت بهبودی را کاهش می‌دهد. متاهل شدن ۵/۹۲ نمره کیفیت بهبودی را بالا می‌برد (جدول ۳).

سن ($\beta=0/68$)، وضعیت مسکن ($\beta=0/27$)، دلیریوم ($\beta=0/21$)، تعداد جراحی قبلی ($\beta=0/17$) و وضعیت تاهل ($\beta=0/13$) قوی‌ترین عوامل موثر بر وضعیت کیفیت بهبودی بیماران بودند به گونه‌ای که با افزایش هر سال سن، ۱/۸۵ واحد از نمره‌ی کیفیت بهبودی کاسته می‌شود. افراد دارای مسکن

جدول ۳. رگرسیون خطی چندگانه برای تعیین تاثیر مشخصات فردی و بیماری بر کیفیت بهبودی

متغیر	ضرایب غیر استاندارد		t	P-Value	فاصله اطمینان ۹۵٪	
	B	انحراف استاندارد			حد پایین	حد بالا
سن	-۱/۸۵	۰/۱۷	-۱۰/۷۵	$P<0/001$	-۲/۱۹	۱/۵۱
تعداد جراحی	۲/۵۲	۰/۷۳	۳/۴۱	۰/۰۰۱	۱/۰۶	۳/۹۸
مدت جراحی	-۰/۹۹	۰/۸۷	-۱/۱۴	۰/۲۵	-۲/۷۲	۰/۷۲
طول ماندگاری در ریکاوری	-۱/۰۱	۱/۹۹	-۰/۵۰	۰/۶۱	-۴/۹۵	۲/۹۳
نمره دلیریوم	-۲/۳۷	۰/۴۶	-۵/۱۳	$P<0/001$	-۳/۲۸	-۱/۴۵
تاهل	۵/۹۲	۲/۲۴	-۲/۶۳	۰/۰۰۹	-۱۰/۳۵	-۱/۴۸
بیماری زمینه‌ای	-۳/۷۹	۳/۰۳	-۱/۲۴	۰/۲۱	-۹/۷۸	۲/۲
دیابت	۳/۲۱	۱/۶۹	۱/۸۹	۰/۰۶	-۰/۱۳	۶/۵۶
فشارخون	۱/۷۷	۱/۶۹	۱/۰۴	۰/۲۹	-۱/۵۷	۵/۱۲
بیماری کلیه	-۲/۱۷	۱/۹۷	-۱/۰۹	۰/۲۷	-۶/۰۸	۱/۷۳
بیماری گوارش	-۰/۰۴۵	۱/۸۱	-۰/۰۲۵	۰/۹۸	-۳/۶۳	۳/۵۴
وضعیت مسکن	-۱۴/۹۹	۲/۳۳	-۶/۴۱	$P<0/001$	-۱۹/۶۱	-۱۰/۳۸
نوع بیهوشی	۳/۰۶	۲/۱۰	۱/۴۵	۰/۱۴	۱/۰۹	۷/۲۱
وضعیت شنوایی	۴/۲۵	۲/۹۱	-۱/۴۶	۰/۱۴	-۱۰	۱/۵۰
سابقه مصرف دارو	۱/۱۴	۳/۵۷	۰/۳۲	۰/۷۴	-۸/۲۰	۵/۹۰
سابقه مصرف دخانیات	۰/۶۷	۲/۱۵	۰/۳۱	۰/۷۵	-۳/۵۸	۴/۹۳
سابقه مصرف الکل	۸/۹۲	۵/۹۸	۱/۴۹	۰/۱۳	-۲/۹۰	۲۰/۷۴

بحث

بعد از بیهوشی به دنبال اعمال جراحی اورژانسی «کیفیت بهبودی متوسط داشتند» (۳۲). یک مطالعه توسط Oreskov و همکاران (۲۰۲۰) در کشور دانمارک تحت عنوان «کیفیت بهبودی بعد از اعمال جراحی اورژانسی شکمی» انجام شد و در آن ۳۷ بیمار با ابزار ۱۵ سوالی کیفیت بهبودی مورد بررسی قرار گرفتند که بر اساس نتایج مشخص شد که ۶۲ درصد بیماران بررسی شده کیفیت بهبودی متوسط داشتند (۳۳). با توجه به اهمیت وضعیت بهبودی بعد از عمل جراحی و مخصوصاً به دنبال بیهوشی به نظر می‌رسد که تحقیقات در خارج از کشور به صورت گسترده‌ای در حال بررسی این موضوع می‌باشند. از نظر محقق عوامل متعددی همچون استفاده از ابزار مشترک جهت سنجش کیفیت بعد از بهبودی می‌تواند از دلایل یکسانی و همسویی نتایج باشد. اما غیر اورژانسی بودن و انجام مطالعه بر روی سالمندان از نکاتی

بر اساس نتایج، وضعیت کیفیت بهبودی بیماران در حد متوسط بدست آمد. از میان ابعاد نیز استقلال جسمی با کسب نمره ۲/۸۴ از ۵ بالاترین و وضعیت عاطفی با کسب نمره ۲/۲۹ و درد با کسب نمره ۲/۶۱ از ۵ کمترین نمره را گرفتند. اهمیت کیفیت بهبودی بعد از عمل جراحی به حدی است که فراز و همکاران (۲۰۱۸) آن را معادل وضعیت سلامتی بعد از عمل می‌دانند (۳۱). با توجه به اهمیت این مقوله در بیماران سالمند حفظ وضعیت موجود و حتی تلاش برای ارتقای آن ضروری است. در این راستا مطالعاتی انجام گرفته که بسیاری از آنها همسو با مطالعه‌ی حاضر می‌باشد. ۵۵/۸ درصد بیماران ۵۹-۱۸ ساله بررسی شده با ابزار ۴۰ سوالی کیفیت بهبودی در مطالعه‌ی Hartawan و همکاران (۲۰۲۱) در کشور اندونزی تحت عنوان «کیفیت بهبودی

بود که در این زمینه بررسی نشده بود و لذا در مطالعه ی حاضر مورد بررسی قرار گرفت. در مطالعه ی اسما عبدالرحمن و همکاران (۲۰۱۷) تحت عنوان "بررسی عوامل پیش بینی کننده ی کیفیت بهبودی بعد از عمل جراحی در بیماران تحت عمل جراحی" مشخص شد که کیفیت بهبودی ۳۶ درصد در حد خوب بود و حدود ۶ درصد کیفیت بهبودی پایین داشتند (۳۴). انجام مطالعه در کشورهای مختلف و با شرایط و امکانات و تجهیزات متفاوت لازم تا ابعاد پنهان این پدیده بیشتر نمایان شود. شرایط و امکانات کشورهای اروپایی مانند دانمارک، کشورهای آفریقایی مانند مصر و کشورهای شرق آسیا مانند اندونزی با وجود داشتن تشابهات و اشتراکات متفاوت است و در واقع انجام مطالعات در هر شرایطی ضروری است. در شرایط موجود کشور ایران کمتر به عوامل موثر بر وضعیت بهبودی بعد از جراحی و کیفیت آن توجه شده است و پیگیری بیماران بعد از ترخیص نیز کمتر اتفاق می افتد اما با توجه به اهمیت آن باید هم در تحقیقات و هم در بالین بدان توجه شود. کیفیت بهبودی یک واژه ی کلی است که از چند بعد تشکیل شده است و در مجموع این ابعاد هستند که کل را می سازند بنابراین توجه به تک تک ابعاد مهم بوده و مخصوصا ابعادی که نمرات پایین تری می گیرند باید زیر ذره بین باشند تا بتوان ضمن آسیب شناسی و پیدا کردن دلایل این نمرات پایین به صورت حساب شده و دقیق برای ارتقای آن ها گام برداشت که در کل ارتقای همان کیفیت بهبودی است. در مطالعه ی حاضر وضعیت عاطفی بیماران کمتر مورد توجه قرار گرفته و سالمندان تحت جراحی این وضعیت را قبول نداشتند. با وجود مشغله ی کاری پرستاران، عدم رعایت استانداردهایی مانند تعداد پرستار به تخت و کمبود امکانات اما باز باید پرستاران به شرایط عاطفی بیماران و مخصوصا سالمندان توجه نمایند. ارتباط عاطفی و توجه به نیازهای عاطفی بیماران از ضروریات حرفه ی پرستاری است که قابلیت جایگزین ندارد. ابراز و تجربه ی درد توسط بیماران بالا بود و نمره ی کمتری را در وضعیت بهبودی کسب نموده بود. اکثر بیماران بعد از جراحی درد دارند و باید مدیریت درد و تجویز داروها و روش های غیر دارویی مدنظر پرستاران و پزشکان باشد. در گذشته و حتی وضعیت کنونی نیز بعد از عمل جراحی فقط علائم حیاتی بیمار مانند درجه حرارت، تعداد تنفس، تعداد ضربان قلب و فشار خون مورد بررسی قرار می گرفت در حالی که وضعیت بهبودی فقط این علائم نیست و هر گونه حالتی که برگشت بیمار به وضعیت قبل جراحی را تحت تاثیر قرار دهد باید مورد

توجه و بررسی شود (۳۱). در جراحی های بزرگ مانند جراحی ستون فقرات، دو عامل استرس زای اصلی، بیهوشی و درد بعد از عمل می باشد. بدین منظور تلاش می شود تا با اجتناب از بیهوشی عمومی و استفاده از بی حسی در ترکیب با آرام بخش های قوی اثرات منفی و استرس زا کاهش یابد. این اثرات منفی شامل بی ثباتی همودینامیک، استرس قلبی، از دست دادن حافظه و تهوع بعد از عمل است (۳۵). برخی از مطالعات هم ناهمسو گزارش شده اند و در واقع در حد بالا یا پایین تر بوده اند. به طور مثال نتایج حاصل از مطالعه ی استیسل و همکاران (۲۰۱۵) تحت عنوان «بررسی شیوع و عوامل پیش بینی کننده ی کیفیت بهبودی در روزهای بعد از عمل جراحی در خانه» نشان داد که فقط کیفیت بهبودی ۱۷/۳ درصد در حد خوب بود و حدود ۴۸ درصد کیفیت بهبودی پایین داشتند (۲۳). البته در برخی مطالعات هم بر خلاف نتایج مطالعه ی حاضر میزان رضایت از وضعیت بهبودی بالا بود. میلز و همکاران (۲۰۰۰) با بررسی ۵۶۷۲ بیمار اعلام نمودند که بیش از ۹۰ درصد بیماران از وضعیت بیهوشی بعد از عمل رضایت داشتند (۳۶). زمان و مکان انجام پژوهش، گروه های هدف مختلف و استفاده از ابزارهای متفاوت جهت سنجش کیفیت بهبودی از مهمترین دلایل تفاوت ها می تواند باشد. میلز ۲۰ سال پیش و صرفا با بررسی میزان رضایت از بیهوشی و عوارض آن، کیفیت بهبودی بعد از جراحی را مورد بررسی قرار داده است. استیسل نیز در یک کشور دیگر به نام بلژیک مطالعه را انجام داده است و گروه هدف آن نیز با مطالعه ی حاضر که سالمندان بودند متفاوت است.

از دیگر نتایج مطالعه این بود که ارتباط وضعیت تاهل، تحصیلات، وضعیت همزیستی و وضعیت مسکن سالمندان با کیفیت بهبودی بعد از عمل جراحی معنی دار بوده و کیفیت بهبودی بیماران بی سواد، مجرد، بدون مسکن شخصی که به صورت تنها زندگی می کردند پایین تر بود. در مطالعه ی کریستلو و همکاران (۲۰۱۹) تحت عنوان "کیفیت بهبودی در سالمندان مبتلا به دلیریوم بعد از عمل جراحی" کیفیت بهبودی در روز جراحی با هیچ یک از مشخصات دموگرافیک ارتباط نداشت اما ۲۴ ساعت بعد از جراحی افراد مبتلا به دلیریوم، کیفیت بهبودی پایین تری داشتند و به مدت طولانی تری در بخش ویژه مانده بودند (۲۱). جانسون و همکاران (۲۰۱۹) با انجام یک مطالعه تحت عنوان "بررسی عوامل موثر بر کیفیت بهبودی بیماران بعد از عمل جراحی و رضایت از بهبودی آنان" پیشنهاد دادند که سن و جنس بیماران چون می توانند عوامل پیش بینی کننده ی وضعیت

بعد از تحلیل رگرسیون مشخص شد که سن ($\beta=0/68$)، وضعیت مسکن ($\beta=0/27$)، دلیریوم ($\beta=0/21$)، تعداد جراحی قبلی ($\beta=0/17$) و وضعیت تاهل ($\beta=0/13$) قوی ترین عوامل موثر بر وضعیت کیفیت بهبودی بیماران بودند به گونه ای که با افزایش هر سال سن، $1/85$ واحد از نمره ی کیفیت بهبودی کاسته می شود. افراد دارای مسکن استیجاری حدود ۱۵ نمره کیفیت بهبودی کمتری داشتند. افزایش یک نمره در مورد دلیریوم $2/37$ نمره از کیفیت بهبودی می کاهد. سابقه ی یک بار جراحی بیشتر $2/52$ کیفیت بهبودی را کاهش می دهد. متاهل شدن $5/92$ نمره کیفیت بهبودی را بالا می برد. انجام مراقبت های با کیفیت و ارتقای کیفیت بهبودی بعد از اعمال جراحی مورد اتفاق همگن می باشد اما این که از چه روشی و با تمرکز بر چه عواملی بتوان این کار را انجام داد مورد چالش است (۲۲). متعدد بودن عوامل موثر بر کیفی بهبودی بعد از اعمال جراحی حاکی از این است که باید تلاش ها در تمام ابعاد و جوانب برای ارتقای آن لازم است. از طرفی گروهی بودن کار تیمی در میان کادر درمان نیز همین موضوع را برجسته می کند. پرستاران با توجه به این که از زمان ورود بیمار به بخش همراه بیمار بوده باید در زمان پذیرش بیمار و گرفتن شرح حال، نکات مهم و عواملی که کیفیت بهبودی بیماران را تحت تاثیر قرار خواهد داد را مورد توجه قرار دهند. پرستاران باید ضمن کسب اطلاع از اینکه دلیریوم بیماران می توانند کیفیت بهبودی را تحت تاثیر قرار دهد باید ضمن شناخت افراد مستعد باید با اقدامات پرستاری سعی در کاهش آن نمایند (۳۹). علاوه بر کنترل منظم علائم حیاتی بیمار به سایر نیازهای دیگر مانند حمایت عاطفی، مراقبت معنوی، مدیریت درد نیز توجه کنند. پزشکان جراح، متخصصان بیهوشی و حتی پرسنل دیگر که در عمل جراحی به گونه ای نقش دارند باید ضمن اجرای دقیق و علمی کار خود با همکاران خود هماهنگ باشند.

در یک مطالعه که توسط جانسون و همکاران (۲۰۱۹) انجام شد، وضعیت سلامت روان و میزان سواد سلامت بیماران به عنوان عوامل پیش بینی کننده ی وضعیت کیفیت بهبودی بیماران شناخته شدند (۳۷). نوع جراحی، طول مدت جراحی و ابتلا به بیماری های دیگر در مطالعه ی اسماعیل الرحمن و همکاران (۲۰۱۷) از عوامل مهم پیش بینی کننده ی کیفیت بهبودی بیماران بودند (۳۴). نتایج حاصل از مطالعه ی استیسل و همکاران (۲۰۱۵) تحت عنوان "بررسی شیوع و عوامل پیش بینی کننده ی کیفیت بهبودی در

کیفیت بهبودی بیماران باشند باید قبل از عمل ارزیابی شوند (۳۷). از نتایج دیگر در مطالعه ی اسماعیل الرحمن و همکاران (۲۰۱۷) این بود که ارتباط آماری قوی بین سن ($P=0/001$) و جنسیت ($P=0/032$) با کیفیت بهبودی بیماران وجود دارد (۳۴). از میان مشخصات دموگرافیک بیماران در مطالعه ی استیسل و همکاران (۲۰۱۵) تحت عنوان «بررسی شیوع و عوامل پیش بینی کننده ی کیفیت بهبودی در روزهای بعد از عمل جراحی در خانه» سن ($P=0/001$) و وضعیت اشتغال به عنوان عوامل پیش بینی کننده ی کیفیت بهبودی مطرح شدند (۲۳). با بررسی این مطالعات در زمینه ی کیفیت بهبودی بعد از عمل جراحی در وهله ی اول تفاوت نتایج مطالعات در مورد تاثیرات مشخصات دموگرافیک بیماران بر میزان کیفیت بهبودی بعد از عمل جراحی به چشم می خورد و به طور قطع نمی توان یک یا چند مشخصه از مشخصات دموگرافیک را با میزان کیفیت بهبودی مرتبط دانست و بنظر می رسد برحسب شرایط از زمانی به زمان دیگر و از محیطی به محیط دیگر و حتی در گروه های هدف مختلف متفاوت است. اما آنچه قطعی و یکسان است اهمیت توجه به مشخصات دموگرافیک در برنامه ریزی هاست. اما بر حسب نتایج بدست آمده در مطالعه ی حاضر و حمایت مطالعات انجام شده و در بررسی تک تک این مشخصات می توان استنباط نمود که سن می تواند با کیفیت بهبودی بعد از عمل جراحی ارتباط داشته باشد. از آن جا که با افزایش سن شانس ابتلا به بیماری های متنوع و متفاوت بیشتر می شود و شرایط فیزیولوژیکی بدن ناپایدار و ضعیف می باشد (۳۸) لذا منطقی به نظر می رسد که کیفیت بهبودی بعد از عمل جراحی کاهش یابد. انجام هر گونه عمل جراحی استرس زاست و افراد نیاز به منابع حمایتی مالی، معنوی، عاطفی و اجتماعی دارند لذا طبیعی است افراد دارای منابع حمایتی بیشتر مانند افراد متاهل که با همسر و فرزندان زندگی می کنند، وضعیت مالی مناسب دارند و شاغل هستند بهتر می توانند مشکلات و عوارض را تحمل نمایند. داشتن تحصیلات بالا اگر به معنای داشتن اطلاعات بیشتر در مورد بیماری، جراحی و عوارض آن و همچنین میزان دسترسی بیشتر به منابع اطلاعاتی در این زمینه در نظر گرفته شود می تواند در ارتقای کیفیت بهبودی کمک کننده باشد. به طور کلی می توان گفت که مشخصات دموگرافیک مهم باید مورد توجه باشند و در مورد سایر عوامل ضمن مطالعه ی آن ها در هر محیط، با برنامه ریزی های آن محیط مرتبط باشد و باید برحسب نتایج آن محیط مورد توجه قرار گیرد.

روزهای بعد از عمل جراحی در خانه " نشان داد که طول مدت جراحی، سابقه ی قبلی جراحی، میزان ترس از جراحی و شدت درد تجربه شده به عنوان عوامل پیش بینی کننده ی کیفیت بهبودی می باشند (۲۳). در مطالعه ی حسینیان و همکاران (۱۳۹۳) یک مطالعه تحت عنوان " بررسی عوارض زودرس جراحی پیوند عروق کرونری در یک ماه اول پس از عمل در بیمارستان امام خمینی اردبیل " بین ابتلا به بیماری فشارخون بالا و بروز عفونت ارتباط معنی داری وجود داشت (۴۰). از نتایج مطالعه ی پورشیخیان و همکاران (۱۳۹۱) تحت عنوان " بررسی میزان بروز عوارض پس از بیهوشی عمومی در واحد ریکاوری " این بود که بین مدت جراحی با لرز، شدت درد و تاخیر در بیداری پس از بیهوشی ارتباط معنی داری وجود داشت. در پایان محققان استناد نمودند که شیوع نسبتاً بالای عوارض در ریکاوری، اهمیت بکارگیری کارکنان هوشیار و تجهیزات مانیتورینگ (وسایل) کافی در واحد مراقبت های پس از بیهوشی برای کاهش مرگ و میر و بیماربازایی بیماران و تحمیل هزینه های بیمارستانی نشان می دهد (۴۱).

کیفیت بهبودی بعد از عمل جراحی در سه فاز مطرح می باشد: تشخیص و تعیین عمل جراحی تا رفتن به اتاق عمل (فاز اول)، اتاق عمل و جراحی تا زمان ترخیص از بیمارستان (فاز دوم) و از زمان بعد از ترخیص تا برگشت به وضعیت قبل از عمل جراحی (فاز سوم) (۳۱، ۴۲) و پرستاران ضمن شناسایی و تعیین عوامل موثر بر آن باید در تمام فازها به این مهم توجه نمایند. انجام مداخلات و اقدامات اصلاحی زمانی میسر و اثربخش بخش است که در مورد مشکلات و عوامل موثر بر آن ها اطلاعات دقیق و درستی در دسترس باشد. تعیین عوامل موثر بر کیفیت بهبودی بعد از جراحی نیز از این واقعیت مستثنی نیست. کسب اطلاع از عوامل موثر بر آن و تعیین آن ها مفید و کمک کننده است اما از آنجا که نمی توان بر روی همه ی عوامل تمرکز کرد لذا تعیین مهمترین عوامل با قدرت پیش بینی کنندگی بالا می تواند دستیابی به هدف که همان ارتقای کیفیت بهبودی بعد از عمل جراحی است را آسان تر نماید.

از محدودیت های این مطالعه می توان به انجام مطالعه مقارن با ایام اپیدمی وسیع کرونا در شهر تهران اشاره کرد که این امر دسترسی به نمونه های پژوهش را با چالش جدی روبرو ساخت. همچنین حالات روحی و روانی حاکم بر جامعه در این ایام بر حالات روحی روانی نمونه ها اثر

داشته و می تواند نحوه پاسخگویی به سوالات را تغییر دهد.

نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر در پاسخ به سوالات پژوهش نشان داد که وضعیت کیفیت بهبودی بعد از جراحی در سالمندان شرکت کننده در مطالعه با استفاده از ابزار استاندارد در وضعیت متوسط می باشد و ضمن حفظ وضعیت موجود باید برای ارتقای آن و مخصوصاً با تمرکز بر ابعاد ضعیف گام برداشت. همچنین رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که سن، تعداد جراحی، دلیریوم، وضعیت تاهل، وضعیت مسکن، وضعیت همزیستی، تحصیلات و نوع جراحی مهمترین عوامل موثر بر کیفیت بهبودی بعد از جراحی می باشند لذا پیشنهاد می شود که در برنامه ریزی ها برای ارتقای کیفیت بهبودی به این عوامل توجه شود و پرستاران ضمن توجه به این عوامل باید در کنار هماهنگی و همکاری با سایر اعضای کادر درمان از اقدامات پرستاری برای ارتقای آن تلاش نمایند.

ملاحظات اخلاقی

جهت رعایت اخلاق در پژوهش، محقق ضمن تایید انجام پژوهش از طرف کمیته ی اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با کد اخلاق IR.USWR.REC.1400.125 و کسب مجوز اجرا، اهداف پژوهش را برای نمونه ها تشریح کرده و یادآور شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است و اطلاعات شرکت کنندگان محرمانه خواهد ماند. همچنین محقق در هنگام پرکردن پرسشنامه در کنار بیماران بوده و به سوالات آنان پاسخ داد.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب در تاریخ ۱۴۰۰/۰۶/۰۳ در دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران بمی باشد که در بیمارستان امام حسین (ع) تهران انجام گردید. لذا از تحصیلات تکمیلی دانشگاه و همکاری صمیمانه ی سالمندان و همراهان محترمی که بدون همکاری آنها این تحقیق ممکن نبود نهایت سپاسگزاری به عمل می آید.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی توسط هیچ کدام از نویسندگان گزارش نشده است.

References

1. Baqer Maddah Sadat S, Ghasemi S, Rahgozar M. The effect of educational program on health promotion behaviors on elderly life style. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2019;5(2):47-54.
2. Mirzaie M, Darabi S. Population aging in Iran and rising health care costs. *Iranian Journal of Ageing*. 2017;12(2):156-69. <https://doi.org/10.21859/sija-1202156>
3. Pak H. Surgical considerations in the elderly. *Interdisciplinary Conference on Geriatrics; Karaj, Iran* 2018.
4. Kapoor P, Chen L, Saripella A, Waseem R, Nagappa M, Wong J, et al. Prevalence of preoperative cognitive impairment in older surgical patients.: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Anesthesia*. 2022;76:110574. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2021.110574>
5. Ver Berne J, Politis C, Meyns J, Li J, Jacobs R. Prevalence of systemic conditions in an orthognathic surgery population: a 20-year single-center study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2022. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2022.01.003>
6. Karakoc D. Surgery of the elderly patient. *International Surgery*. 2016;101(3):161-6. <https://doi.org/10.9738/INTSURG-D-15-00261.1>
7. Audisio R. Tailoring surgery to elderly patients with cancer. *British Journal of Surgery*. 2016;103(2):e10-e1. <https://doi.org/10.1002/bjs.9948>
8. Berian JR, Rosenthal RA, Baker TL, Coleman J, Finlayson E, Katlic MR, et al. Hospital standards to promote optimal surgical care of the older adult. *Annals of surgery*. 2018;267(2):280-90. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002185>
9. Katlic MR. Consider surgery for elderly patients. *Cmaj*. 2010;182(13):1403-4. <https://doi.org/10.1503/cmaj.100780>
10. Chazapis M, Walker E, Rooms M, Kamming D, Moonesinghe S. Measuring quality of recovery-15 after day case surgery. *BJA: British Journal of Anaesthesia*. 2016;116(2):241-8. <https://doi.org/10.1093/bja/aev413>
11. Borrell-Vega J, Humeidan ML, Bergese SD. Defining quality of recovery-What is important to patients? *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2018;32(3-4):259-68. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2018.07.002>
12. Xu X, An J, Zhang Y, Liu L, Chen Y, Gong R. Investigation of the quality of recovery of surgical patients based on the Chinese version of the quality of recovery-15 survey, a cross-sectional study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2022;37(2):199-203. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.04.002>
13. Myles PS. Clinically important difference in quality of recovery scores. *Anesthesia & Analgesia*. 2016;122(1):13-4. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000001060>
14. Ferraz SM, Moreira JP, Mendes LC, Amaral TM, Andrade AR, Santos AR, et al. Evaluation of the quality of recovery and the postoperative health status after elective surgery. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*. 2018;68(6):577-83. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.06.002>
15. Farokhnezhad Afshar P, Bastani F, Haghani H, Valipour O. Hospital Anxiety and Depression in the Elderly with Chronic Heart Failure. *Iran Journal of Nursing*. 2019;32(120):80-9. <https://doi.org/10.29252/ijn.32.120.87>
16. Mori M, Angraal S, Chaudhry SI, Suter LG, Geirsson A, Wallach JD, et al. Characterizing Patient-Centered Postoperative Recovery After Adult Cardiac Surgery: A Systematic Review. *Journal of the American Heart Association*. 2019;8(21):e013546. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.013546>
17. Myles PS, Hunt JO, Fletcher H, Solly R, Woodward D, Kelly S. Relation between quality of recovery in hospital and quality of life at 3 months after cardiac surgery. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*. 2001;95(4):862-7. <https://doi.org/10.1097/00000542-200110000-00013>
18. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced recovery after surgery: a review. *JAMA surgery*. 2017;152(3):292-8. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.4952>
19. Rahman AARA, Mahdy NE, Kamaly AM. Predictive Factors Affecting Postoperative Quality of Recovery for Patients Undergoing Surgery.
20. Mavros MN, Athanasiou S, Gkegkes ID, Polyzos KA, Peppas G, Falagas ME. Do psychological variables affect early surgical recovery? *PloS one*. 2011;6(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020306>

21. Cristelo D, Ferreira MN, e Castro JS, Teles AR, Campos M, Abelha F. Quality of recovery in elderly patients with postoperative delirium. *Saudi journal of anaesthesia*. 2019;13(4):285. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_747_18
22. Myles P. More than just morbidity and mortality-quality of recovery and long-term functional recovery after surgery. *Anaesthesia*. 2020; 75:e143-e50. <https://doi.org/10.1111/anae.14786>
23. Stessel B, Fiddelaers AA, Joosten EA, Hoofwijk DM, Gramke H-F, Buhre WF. Prevalence and predictors of quality of recovery at home after day surgery. *Medicine*. 2015;94(39). <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001553>
24. Guimarães-Pereira L, Costa M, Sousa G, Abelha F. Quality of recovery after anaesthesia measured with QoR-40: a prospective observational study. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*. 2016;66(4):369-75. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2014.11.010>
25. Yaghoobi S, Hamidfar M, Lawson DM, Fridlund B, Myles PS, Pakpour AH. Validity and reliability of the Iranian version of the quality of recovery-40 questionnaire. *Anesthesiology and pain medicine*. 2015;5(2). <https://doi.org/10.5812/aapm.20350>
26. Jannati Y, Sohrabi M, Bagheri-Nesami M. Delirium and its diagnostic tools: a new approach to nursing. *Clinical Excellence*. 2013;1(2):85-96.
27. Van Rompaey B, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Elseviers M, Bossaert L. A comparison of the CAM-ICU and the NEECHAM Confusion Scale in intensive care delirium assessment: an observational study in non-intubated patients. *Critical Care*. 2008;12(1):1-7. <https://doi.org/10.1186/cc6790>
28. Zeighami R, Alipour Heydari M, Babae R. The effect of a multifactorial intervention on the incidence of delirium in cardiac surgery unit. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2016;3(4):48-57.
29. Ghadampoor E, Moradzadeh S, Shakarami M. The study of effectiveness of training of mindfulness on reduction of the elderly's feeling of loneliness and death anxiety in Sedigh center of Khoramabad city. *Med Sci*. 2019;26(4):44-53.
30. Foroughan M, Wahlund LO, Jafari Z, Rahgozar M, Farahani IG, Rashedi V. Validity and reliability of a abbreviated Mental T Est S core (AMTS) among older Iranian. *Psychogeriatrics*. 2017;17(6):460-5. <https://doi.org/10.1111/psyg.12276>
31. Ferraz SM, Moreira JP, Mendes LC, Amaral TM, Andrade AR, Santos AR, et al. Evaluation of the quality of recovery and the postoperative health status after elective surgery. *Revista brasileira de anesthesiologia*. 2018;68:577-83. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.06.002>
32. Hartawan IGAGU, Yani MVW, Senapathi TGA, Widnyana IMG, Ryalino C, Sinardja CD, et al. Postoperative Recovery Quality after General Anesthesia in Patients Undergoing Emergency Surgery. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2021;9(B):715-9. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.6549>
33. Oreskov JO, Burcharth J, Nielsen AF, Ekeloef S, Kleif J, Gögenur I. Quality of recovery after major emergency abdominal surgery: a prospective observational cohort study. *Minerva chirurgica*. 2020;75(2):104-10. <https://doi.org/10.23736/S0026-4733.20.08226-7>
34. Rahman A, Mahdy NE, Kamaly AM. Predictive factors affecting postoperative quality of recovery for patients undergoing surgery. *IOSR J Nurs Health Sci*. 2017;6:50-60. <https://doi.org/10.9790/1959-0603085060>
35. Rezaeimirghaed O, Hajiesmaeili M, Ebrahimzadeh K, Noorossana R, Shafaghsoorkh O, Nateghinia S. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for Spine Surgery, a Review Article. *Journal of Anesthesiology and pain*. 2019;10(1):63-71.
36. Myles PS, Reeves M, Anderson H, Weeks A. Measurement of quality of recovery in 5672 patients after anaesthesia and surgery. *Anaesthesia and intensive care*. 2000;28(3):276-80. <https://doi.org/10.1177/0310057X0002800304>
37. Jaensson M, Dahlberg K, Nilsson U. Factors influencing day surgery patients' quality of postoperative recovery and satisfaction with recovery: a narrative review. *Perioperative Medicine*. 2019;8(1):1-7. <https://doi.org/10.1186/s13741-019-0115-1>
38. Kooshyar H, Shoovazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health literacy and its relationship with medical adherence and health-related quality of life in diabetic community-residing elderly. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*.

- 2015;23(1):134-43.
39. Lawlor PG, Bush SH. Delirium diagnosis, screening and management. Current opinion in supportive and palliative care. 2014;8(3):286. <https://doi.org/10.1097/SPC.000000000000062>
40. Hosseinian A, Kasayi V, Mohammadzade A, Habibzadeh S, Saghi F, Davari M, et al. Evaluation of early complications of coronary artery bypass grafting surgery (CABGS) in the first month after operation in imam Khomeini hospital of Ardabil during 2013-2014. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2014;14(1):18-27.
41. Poorsheykhian M, Emami Sigaroodi A, Kazamnejad E, Raoof M. Incidence of post general anesthesia complications in recovery room. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2012;21(82):8-14.
42. Lee L, Tran T, Mayo NE, Carli F, Feldman LS. What does it really mean to “recover” from an operation? Surgery. 2014;155(2):211-6. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2013.10.002>