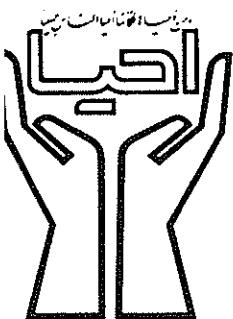


سازگاری روانی - اقتصادی در

AIDS & ARC

ترجمه: مهرانگیز میکاییلی



دانشکده پرستاری و مامائی

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

Crystal, Stephen/Jackson, M, Margurite.
"Psychosocial adaptation and economic
circumstances of Persons with AIDS
and ARC".
Family and Community Health.
Aug, 1989. Vol, 12. No, 2. P, 77-87.

قرار می‌گیرند، سلامتی ایشان با وضعیت اقتصادی - اجتماعی‌شان، درهم آمیخته است. در فاصله اکتبر ۱۹۸۶ و فوریه ۱۹۸۷ در استان سان‌دیگو، مطالعات و بررسی - هائی به منظور آگاهی بیشتر از نیازها و منابع رفع نیازهای مربوط به اشخاص مبتلا به ایدز و عوارض آن، به عمل آمد. هدف از این بررسی‌ها، تعیین میزان نیازهای پزشکی، اجتماعی و اقتصادی و سایر نیازهای این اشخاص و نحوه تامین این نوع نیازها بود. اشخاص مبتلا به عوارض ایدز (ARC) از این نظر در این بررسی گنجانیده شدند که، تعداد آنها به نحو قابل ملاحظه‌ای از اشخاص مبتلا به ایدز بیشتر است، لیکن توجه چندانی به تامین نیازهای آنها نمی‌شود. وسایل و روش‌های مربوط به شناسایی و تامین نیازها: این بررسی مسائل متعددی همچون مشخصات مردم‌شناسی، حمایت‌های اجتماعی

اشخاص مبتلا به سندرم نقص ایمنی اکتسابی و عوارض مربوط به آن، از نظر مراقبت‌های پزشکی و حمایت‌های اجتماعی به شدت نیازمند توجه و رسیدگی هستند. برطبق مطالعاتی که در سال ۱۹۸۶ توسط انستیتو پزشکی آکادمی ملی علوم آمریکا انجام گرفته، کل هزینه مراقبت از هر بیمار مبتلا به ایدز، بین ۵۰ تا ۱۵۰ هزار دلار برآورد شده است. برپایه همین مطالعات، اعلام شد که در مورد هزینه جاری و پیشنهادی جهت مراقبت از بیماران مبتلا به عوارض ایدز (ARC)، اطلاعات چندانی در دست نیست. بنا به آخرین بررسی‌ها، هزینه مراقبت از مبتلایان به ایدز در تمام عمر، بین ۶۰ تا ۹۰ هزار دلار برای هر فرد، برآورد شده است. این بیماران، علاوه بر مراقبت‌های پرخرج، نیازمند حقوق، مسکن، مراقبت در محل سکونت و سایر مراقبت‌های پزشکی هستند. از آنجائی که غالب مبتلایان به ایدز و عوارض آن در خانه خود تحت مراقبت

وضعیت اقتصادی و خدمات بهداشتی تحت پوشش قرار می‌داد. در فاصله بیه اکتبر ۱۹۸۶، و فوریه ۱۹۸۷، اطلاعات از ۱۰۴ نفر از اشخاص انتخابی، جمع‌آور گردید. تمامی تلاش، صرف تشخیص بسیار ایدز و ARC در این اشخاص گردید. طریق توزیع پرسش‌نامه نامه‌هائی از آن خواسته شد که، تاریخهای تشخیص بیمار در خود را بیان نمایند. ۵۰ نفر خود مبتلا به ایدز تشخیص دادند. در حال ۵۴ نفر از عوارض ایدز رنج می‌بردند پرسش‌نامه‌ها در هر منطقه جغرافیائی میان مبتلایان به ایدز یا مبتلایان عوارض آن توزیع گردید. اطلاعاتی بدین طریق جمع‌آوری شد به کمک برنامه کامپیوتری SPSS آماده نمود. آماری گردید. از اکتبر لغایت دسامبر ۱۹۸۶، ۴۸ پرسش‌نامه توسط بیماران تحت پوشش درمانی استان سان‌دیگو گردید. داشتند، تکمیل گردید. از آن جائی اکثر پرسش‌نامه‌ها زمانی تکمیل گردید

بیماران جهت درمان مراجعه می نمودند، لذا تصمیم گرفته شد که با توزیع پرسش نامه هائی از سایر اشخاص بیمار هنگام شرکت آنها در گروه های پشتیبانی و رویدادهای اجتماعی که توسط پروژه ایدز سان دیاگو برگزار گردید، اطلاعات مورنظر جمع آوری گردد. بدین طریق اشخاصی که طی بررسی ها به مراقبت های پزشکی نیاز نداشتند، نیز تحت پوشش قرار گرفتند. بدین ترتیب ۲۹ پرسش نامه، تکمیل گردید.

به منظور توسعه حجم نمونه ها و جلوگیری از هر نوع تعصب در گزینش افراد، جمع آوری اطلاعات بار دیگر در درمانگاه بیماران سرپایی دانشکده پزشکی سان دیاگو واقع در دانشگاه کالیفرنیا، تکرار گردید. این درمانگاه به مراجعه کنندگانی که آلوده به ویروس ایدز (HIV⁺) هستند، اختصاص داشته و تاکید آن روی ایدز و ARC است. بیمارانی که مبتلا به بیماری ایدز بوده یا اینکه دچار عوارض ایدز هستند از سوی این کلینیک، به جلسات مصاحبه کلینیکی ارجاع می شوند. از ۳۰ نفر از بیماران خواسته شد که در این بررسی شرکت نمایند.

نتایج حاصله از بررسی ها

همانطوری که انتظار می رفت، با توجه به اطلاعات موجود مربوط به مشخصات مردم شناسی (استان سان دیاگو آمریکا)، اکثر بیماران از گروه سفید پوست بودند. کلیه پاسخ دهندگان مرد بوده، به طوری که ۹۸٪ از موارد ایدز در میان ساکنین استان سان دیاگو در مردان مشاهده گردید. بیشتر از ۹۳٪ از موارد ایدز گزارش شده در سان دیاگو، همجنس باز و یا با زنان ارتباط داشته اند. بیماران تحت بررسی، همگی از تحصیلات خوبی برخوردار بودند. فقط یک نفر از آنها، دوران دبیرستان را تمام نکرده بود. ۳۸٪ بیماران دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. درآمد متوسط سالیانه بیماران تا قبل از تشخیص بیماری ۲۰/۳۰۰ دلار بوده حدود نیمی از بیماران (۴۹٪) در

گروه سنی ۳۹ - ۳۵ - ۲۹٪ در گروه سنی ۴۰ سال یا بیشتر و ۲۲٪ باقیمانده زیر ۳۰ سال بودند.

بنا به یافته هائی که از این بررسی به دست آمد، بیماری ایدز یا عوارض آن اثرات اجتماعی و اقتصادی عمیقی از خود برجای می گذارند. تنها ۱۸٪ اشخاص مورد مطالعه هنگام بررسی دارای شغل تمام وقت بودند، ۹٪ به طور نیمه وقت کار می کردند و بقیه بی کار بودند.

هنگامی که در مورد مبرم ترین نیاز برآورده نشده بیماران سؤال شد، پاسخ اکثر آنها مشکلات مالی و اوضاع و احوال نامناسب اقتصادی بود. این بیماران در نتیجه از دست دادن شغل و در خیلی از موارد به علت کمک های بسیار پائین دولتی یا اصولاً عدم دریافت پولی از دولت محلی، زندگی

رقت باری داشتند. علاوه بر ازدست دادن درآمد، بیماران دچار عواقب اجتماعی اقتصادی ناشی از بیماری شده بودند.

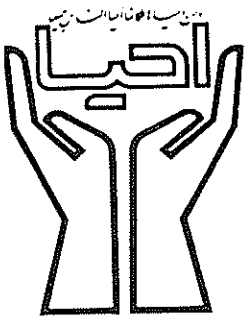
تقریباً ۴۶٪ بیماران قادر به پرداخت هزینه بهداشتی مورد نیاز خود نبودند. ۶۴٪ این رقم را بیماران مبتلا به عوارض ایدز (ARC) و تقریباً ۲۹٪ آن را بیماران مبتلا به ایدز تشکیل می دادند.

جهت آگاهی بیشتر و دقیق تر به جداول ذیل مراجعه نمائید.

جدول شماره ۱

مشخصات مردم شناسی (۵۴ نفر بیمار مبتلا به ARC و ۵۰ نفر بیمار مبتلا به ایدز)

بیماران مبتلا به ایدز		بیماران مبتلا به ARC		مشخصات مردم شناسی	
درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۲۸/۳	۱۳	۱۸/۸	۱۰	سن ۲۹-۲۰ سال	-
۴۱/۳	۱۹	۶۰/۴	۳۲	سن ۳۹-۳۰ سال	-
۳۰/۴	۱۴	۲۰/۸	۱۱	سن ۴۰ سال به بالا	-
۱۰۰	۴۶	۱۰۰	۵۲	جمع:	
				نژاد	
				سفید	۵۱
				سیاه، از نژاد اسپانیائی، سرخ پوست	۱
				جمع:	۵۲
				تحصیلات	
				تحصیلات دبیرستانی یا کمتر	۵
				تحصیلات ناقص دانشگاهی	۲۴
				درجه لیسانس	۱۸
				آموزش فنی	۶
				جمع:	۵۳
				وضعیت شغلی و درآمد	
				تمام وقت	۱۳
				نیمه وقت	۶
				بدون شغل (بیگار)	۳۵
				جمع:	۵۴
				بستری در بیمارستان	
				بستری از زمان تشخیص بیماری	۲۰
				بستری بیش از ۹ روز بعد از تشخیص بیماری	۸
				جمع:	۲۸



دانشکده پرستاری و مامائی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

برنامه ریزی مالی در پرستاری

Mc Alvanah, Margaret.
"Fiscal Planning-The capital Budget".
Pediatric Nursing. Jan/Feb, 1989.
Vol, 15.No, 1.P, 70.

ترجمه: فاطمه فطوره چی

مقدمه‌ای بر ترجمه:

امروزه در اغلب بیمارستان‌های کشور ما مسئله مورد بحث - در توجهات پرستاری - کمبود لوازم و امکانات اساسی مورد نیاز، می‌باشد. این موضوع، مترجم را بر آن داشت تا مطالب زیر را از مجله پرستاری کودک، ترجمه و در اختیار صاحب‌نظران و مسئولین پرستاری بیمارستانها قرار دهد تا شاید بتواند راهگشائی هر چند کوچک برای حل معضلات پرستاری باشد.

۴ - تجزیه و تحلیل فواید، در مورد هر راه حل
۵ - تهیه طرح ارزشیابی
۶ - تهیه طرح اجرائی برای بهترین راه حل (۱) گردآوری آمار:
اغلب مشاهدات غیررسمی و شکایات کارکنان (پرسنل)، در مورد یک وسیله و یا کم شدن آن، می‌تواند اساس جمع‌آوری آمار مورد نیاز، در بودجه کلی باشد. مدیریت پرستاری باید آمار و سائلی را که تقاضا می‌شود، تهیه نموده و لیستی از کلیه لوازم مستعمل و بی‌مصرف را جمع‌آوری نماید. در ضمن تعداد دفعاتی که وسائل مورد نیاز دسترس نبوده‌اند، مخارجی که جهت تعمیر آنها پرداخت شده و یا قیمت وسیله جدیدی که به جای ابزار بی‌مصرف و یا مستعمل تهیه

اغلب برای ۵ - ۳ سال دوام و کارآئی دارند. این لوازم ممکن است، شامل محصولات جدیدی باشند که جایگزین ابزار و وسائل قدیمی و غیرقابل تعمیر نیز می‌شوند. این‌گونه مخارج، بایستی با توجه به میزان نیاز و نحوه بهره‌برداری از آنها، تنظیم گردد.

مراحل تهیه و تنظیم برنامه بودجه:

- ۱- گردآوری آمار
- ۲- تجزیه و تحلیل آمار
- ۳- بررسی راه‌حلهای مختلف

یک برنامه‌ریزی مالی صحیح، اساس موفقیت مدیریت واحد پرستاری در بیمارستان است. طرح برنامه‌های مالی کوتاه مدت و درازمدت در فعالیتهای واحد پرستاری تاثیر مستقیم داشته و بیشترین اثر خود را در توجهات پرستاری برجای خواهد نهاد. به همین دلیل مدیر پرستاری در بیمارستان، بایستی دقت و توجه خاصی در برنامه‌ریزی سالیانه بودجه داشته باشد.
یک مرحله از برنامه‌ریزی مالی آماده نمودن بودجه سرمایه‌ای است. این بودجه عمده می‌تواند برای (حداقل) یک و یا (حداکثر) ۱۰ - ۵ سال طراحی شود اما عملی‌ترین بودجه، آن است که برای مدت زمان سه سال تهیه گردد. لوازم و سائلی اصلی، که دارای قیمت‌های بالائی هستند،

[Downloaded from ahya.iums.ac.ir on 2022-02-20]

گردیده است، باید گزارش و ثبت شوند. قبل از خرید یک وسیله جدید، می‌توان در یک محدود زمانی معین، دفعاتی را که این وسیله مورد استفاده قرار گرفته است ثبت نمود، تا ضرورت خرید آن قطعی شود (۲) تجزیه و تحلیل آمار:

پس از تهیه آمار، بایستی اطلاعات را به دقت بررسی و تجزیه و تحلیل نمود، تا نتایج مختلف حاصل از آن، در تصمیم‌گیری برای تهیه و خرید وسائل مورد نیاز موثر باشند.

(۳) راه‌حل‌های مختلف:

کلیه آمار بدست‌آمده، بایستی با راه‌حل‌های پیشنهاد شده، هماهنگ باشد. این پیشنهادات می‌توانند شامل: تعمیر وسائل، تهیه لوازم جدید به جای وسائل مستعمل، تهیه وسائل از مراکز دیگر و بالاخره اجاره نمودن و یا استفاده موقت از وسائل سایر قسمت‌های بیمارستان، باشند. این مرحله از برنامه‌ریزی ارتباط مستقیم با تجزیه و تحلیل آماری در رابطه با سود و بهره برای تهیه "لوازم خاص" دارد.

(۴) تجزیه و تحلیل فوائد هر راه حل: منظور از این مرحله آن است که فهرستی از فوائد و مخارج هر یک از راه‌حل‌های پیشنهادی تهیه شود. البته قابلیت اجراء هر راه‌حل نیز در این تجزیه و تحلیل نقش دارد.

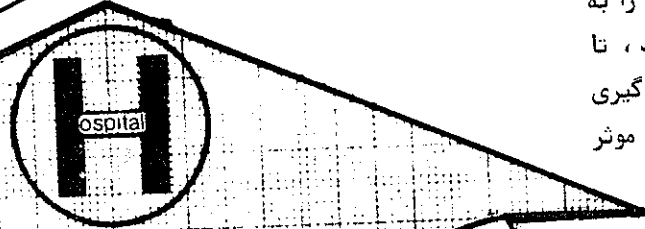
(۵) تهیه طرح ارزشیابی:

مهم‌ترین مرحله تنظیم بودجه، بی‌شک ارزشیابی تصمیمات اتخاذ شده، درباره بودجه کلی پرستاری است ارزشیابی به ثبات در تصمیم کمک نموده و تصمیم‌گیری‌های آینده در مورد مسائل مالی را آسان می‌کند. ارزشیابی به مدیر پرستاری کمک خواهد نمود تا طرح و برنامه‌ریزی او در مرتفع ساختن نیازها، با موفقیت بیشتری توأم گردد.

(۶) تهیه طرح اجرائی:

زمانی که تصمیمات کاملاً مشخص شد، طرح اجراء برنامه با جدول زمانی مشخص تهیه می‌گردد. این مرحله نیز، نظیر سایر

بودجه عمده‌ای که به طور صحیح تنظیم شده باشد، کلید موفقیت مدیریت هر واحد پرستاری، در بیمارستان خواهد بود. بودجه فوق خواهد توانست، لوازم مورد نیاز را جهت توجهات پرستاری در بیمارستان، فراهم نماید.



— برنامه جهت آشنائی پرسنل با این وسیله هم چنان ادامه دارد.

— در اواسط اردیبهشت ماه، دستگاه خریداری شده در بخش مورد استفاده خواهد بود.

بدین ترتیب، بودجه عمده‌ای که به خوبی در یک واحد بیمارستانی تهیه شود، می‌تواند نیازهای سرویس پرستاری را به خوبی تامین نماید. مدیریت پرستاری بیمارستان نیز، قادر خواهد بود که در ارائه خدمات پرستاری بیش از پیش، موفق باشد.

مراحل قبلی انجام می‌پذیرد. به عنوان نمونه: تصمیم برای خرید دستگاه E K G گرفته شده است. طرح اجراء این تصمیم می‌تواند به شکل زیر باشد:

الف — اسفندماه — مناقصه با شرکت‌های مختلف جهت عرضه نمودن دستگاه E K G — تنظیم برنامه جهت آشنائی پرسنل با روش استفاده از آن.

— تنظیم فرم ارزشیابی پرسنل از نحوه استفاده.

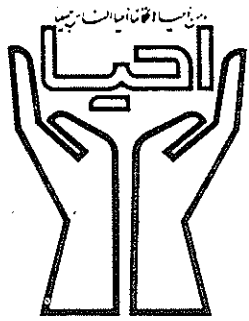
ب — فروردین‌ماه — تصمیم نهائی برای تهیه نوع معینی از دستگاه E K G.

ج — اردیبهشت‌ماه — دستگاه خریداری شده تحویل بیمارستان می‌گردد و توسط قسمت مهندسی پزشکی بازرسی می‌گردد.



موهوم درناژ سریع مثانه

توجه: زهره پارسا یکتا



دانشکده پرستاری و ماماژی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

منبع: Bristoll, Sheril/Teresa, Fadden
Richard, J. Fehring/Lori, Rohde/Prue, K. Smith/Barbara, A. Wohltz
"The Mythical Danger of Rapid Unirary Drainage".
American Journal of Nursing. March 1989, PP 344-345.

و نبض همه واحدهای مورد پژوهش، قبل، در جریان و بعد از سوندگذاری کنترل گردید و چون در گروه دوم، تخلیه مثانه در در مرحله انجام می شد، بدیهی است که در مجموعه مختلف از کنترل فشار خون و نبض اندازه گیری شد.

فشار خون سیستول و دیاستول در حالت خوابیده به پشت و نبض برآکیال همه بیماران با دستگاه الکترونیکی کنترل فضا خون و نبض ثبت گردید.

هنگامی که یک پژوهشگر در فواصل از پیش تعیین شده علائم حیاتی را کنترل می کرد پرستار مراقب بیمار، سوند فولی را، مثانه وارد می نمود و پژوهشگر دیگر، ۵ دقیقه یکبار از ادرار نمونه برداری می نمود (این نمونه ها از نظر وجود خون، مور آزمایش قرار می گرفت). که نتایج از آزمایش توسط پژوهشگر سوم و پرستار برر می شد.

این بیماران در مورد واکنش های ناخوشی از روش کار نظیر درد، تعریق خونریزی واضح، (که تصور می شد، در نیم ساعت اول سوندگذاری بوجود آید) تحت کنترل قرار گرفتند. سپس هر یک نمونه های ادرار از نظر عفونت، کشت

است، که بخش عمده ای از آنها نسبتاً قدیمی بوده و یا بر روی حیوانات انجام شده است. تعداد دیگری هم فاقد فلسفه تحقیق بودند. بنابراین مدارک محدودی، مسدود نمودن سوند را در یک حد آستانه، یا حتی ایمنی این رویه را تأیید می نمود.

روش کار:

ابتدا از شش بیمار که مدت شش ساعت یا بیشتر، ادرار نکرده بودند، رضایت نامه رسمی گرفته شد. به نظر می رسید که همگی - شان بیش از هزار میلی لیتر ادرار در مثانه داشتند. (از ۱۰۵۰ تا ۱۹۵۰ میلی لیتر). کلیه افراد تحت مطالعه بالغ بوده و بنا به دستور پزشک می بایست برای همه سوند گذارده می شد.

بیمارانی که دچار اختلالات مربوط به مامائی و آسیب نخاعی بودند و یا طی شش ماه اخیر تحت عمل جراحی دستگاه ادراری قرار گرفته بودند، از این تجربه حذف شدند. بیماران، به طور تصادفی، به دو گروه یک و دو تقسیم گشتند. در گروه اول، مثانه کلیه افراد پس از سوندگذاری، به طور کامل تخلیه می شد. در گروه دوم، تخلیه آستانه ای انجام می شد. فشار خون

در ساعت ۱۰/۳۰ شب، فردی به دلیل احتباس ادرار، در بیمارستان پذیرفته شد. فرد مذکور در عرض بیست و چهار ساعت گذشته، ادرار نکرده بود، و به وضوح احساس ناراحتی می نمود. پرستار برای وی، سوند فولی گذارد و تجمع ادرار را درون کیسه متصل به کانتیر^۱ مشاهده نمود. زمانی که حجم ادرار درون کیسه به یک لیتر رسید، پرستار با خود فکر کرد: آیا بایستی سوند را مسدود^۲ کند؟

کتاب و مقالات پرستاری هنوز هم، ملو از بیان خطرانی است که به دنبال تخلیه ناگهانی مثانه^۳ متسع، بوجود می آید. (خطرانی نظیر خونریزی، سنگوپ^۴، عفونت و شوک). و بر همین اساس است که معتقدند بایستی سوند را مسدود کرد، علیرغم آن که دلیل محکمی برای حمایت از پیشنهاداتشان ندارند.

ما تصمیم گرفتیم در مورد این مسئله، یعنی تخلیه کامل مثانه^۵ پر، کلمپ یا مسدود نمودن سوند در یک آستانه و چگونگی اثر آنها بر فشار خون، نبض و بروز خونریزی به تحقیق بپردازیم.

در مورد اینکه، کدامیک از دو رویه^۶ فوق بهتر است، پژوهش های اندکی صورت گرفته

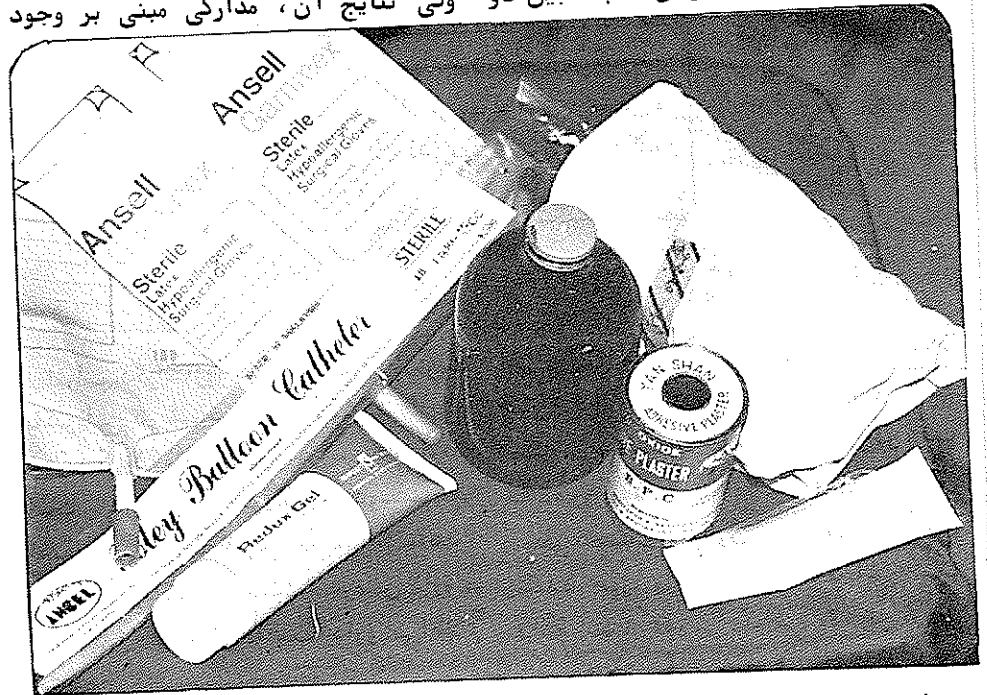
[Downloaded from hcp.ia.ia.ac.ir on 2025-07-02]

شدند. این آزمایش می‌توانست توجیه‌کننده هماتوری باشد. گروه تحقیق از دو روش Celeration Line Technique و Shewart Chart برای کشف ارتباط موجود بین تغییرات مهم فشار خون و نبض برآکیال با احتباس ادراری و مراحل درناژ در هر دو رویه تخلیه کامل و تخلیه کلمپ آستانه‌ای، استفاده می‌کرد. نتایج تحقیق در گروه اول (بدون کلمپ):

از نقطه نظر آماری (و غیر بالینی) تغییرات معنی‌داری در فشار خون، با توجه به چارت شوارت و ضربان قلب، بین دو

Line ، فشار خون دیاستولیک در مرحله پربودن مثانه و اولین مرحله درناژ بیمارانی که سوندشان کلمپ شده بود اختلاف داشت (فشار خون بالا رفته بود) از سوی دیگر در هر سه بیمار، ضربان قلب در طی اولین مرحله درناژ، اندکی پائین آمده بود.

تغییرات فشار خون دیاستولی و نبض، بین مرحله کلمپ و مرحله دوم تخلیه، از نظر آماری اهمیت داشت، ولی از نظر بالینی بی‌اهمیت بود. در واقع گرچه در این مطالعه، تعداد نمونه‌ها محدود بود، ولی نتایج آن، مدارکی مبنی بر وجود



مرحله احتباس و تخلیه کامل مثانه مشاهده گردید. در صورتی که، هیچ‌گونه تغییر غیر منتظره‌ای در فشار خون و نبض طی پنج دقیقه اول و سی دقیقه پس از تخلیه کامل مثانه، در هیچ‌یک از سه بیمار مشاهده نشد فقط مقدار اندکی خون، در نمونه یک بیمار که بلافاصله پس از شروع تخلیه تهیه شده بود، مشاهده شد. و احتمالاً به علت ضربه ناشی از ورود سوند به مثانه بوده است، زیرا کشت ادرار فاقد باکتری بود. نتایج تحقیق در گروه دوم (با کلمپ):

بنا به روش دیگر یعنی Celeration

در ابتدا اینگونه به نظر می‌رسید که نتایج حاصل از این تجربه، متضاد با یافته‌های مطالعات قبلی پژوهشگران (چه در حیوانات و چه در انسان) است. مطالعات قبلی حاکی از آن بودند که، تخلیه کامل مثانه تغییرات بعدی در فشار خون و ضربان قلب ایجاد نمی‌کند. اگر بخواهیم سقوط فشار خون و نبض را، ناشی از اتلاف خون، حذف فشار بر مثانه یا آسیب آن بدانیم، بایستی علائم بالینی دیگری نیز مانند افزایش تعداد نبض، تعریق یا تغییر در وضعیت ذهنی وجود می‌داشت. حال آن که در نمونه‌های ادرار هیچ یک از بیماران، یافته مهمی از خون در ادرار مشاهده نشد تا مستلزم انجام تدابیر بالینی باشد.

این یافته‌ها، تأییدی است بر نظرات پژوهشگران قبلی، مبنی بر اینکه، صدمات وارد بر مثانه ناشی از عفونت و طول زمان توقف ادرار در مثانه بوده و ارتباطی به کم کردن فشار مثانه نداشته است. بنابراین، نتایج این مطالعه مختصر، یافته‌های مطالعات قبلی را مورد تأیید قرار داد.

ما خوانندگان را دعوت می‌کنیم تا این تجربه را تکرار نموده و خود نیز نتیجه می‌گیریم که، احتمالاً درناژ کامل مثانه متسع، موجب فراهم کردن راحتی بیشتر برای بیمار می‌شود، زیرا حداکثر، خطر آن برابر خطر روش کلمپ آستانه‌ای است.

تفاوت‌های آماری مهمی در فشار خون و نبض دو حالت احتباس ادرار و مراحل درناژ فراهم نمود.

به هر تقدیر این اختلافات از نظر بالینی اهمیتی نداشته و به نظر نمی‌رسد، ارتباطی با رویه‌ها داشته باشند. کاهش فشار خون و نبض می‌توانست بدلیل بهبودی حال بیمار، در اثر تخلیه مثانه و اتمام عمل سوندگذاری باشد و در واقع، افزایش اولیه این دو، در درجه اول به علت ناراحتی حاصل از اتساع مثانه و اضطراب ناشی از انجام رویه سوندگذاری بوده است.

ترس بی‌اساس:

- 1/Drainage
- 2/Catheter
- 3/Clamp
- 4/Syncope
- 5/Procedure
- 6/Threshold clamping