

طراحی و اعتباربخشی دستورالعمل‌های مراقبتی مبتنی بر شواهد در بی‌خوابی و بی‌بوست بیماران اعصاب و روان

مریم عزیزی^۱، مسعود سیرتی نیر^۲، جمیله مختاری نوری^۳، *الهه متحدیان تبریزی^۴

۱. مربی گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران
۲. استادیار گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
۳. استادیار گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
۴. مربی و عضو هیأت علمی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

* نویسنده مسؤول: تهران، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)
پست الکترونیک: elahemmmm@yahoo.com

چکیده

مقدمه: اجرای دستورالعمل‌های مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد یکی از شیوه‌های جدید در ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری و افزایش رضایت‌مندی بیماران به حساب می‌آیند. بیماران اعصاب و روان علاوه بر مشکلات روحی و روانی از مشکلات جسمی متعدد نیز رنج می‌برند. از جمله مشکلات شایع زیستی روانی این بیماران، بی‌خوابی و بی‌بوست می‌باشد.

هدف: طراحی و اعتباربخشی دستورالعمل‌های مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد در بی‌خوابی و بی‌بوست بیماران اعصاب و روان.

روش: این پژوهش به روش تکاملی در بخش اعصاب و روان بیمارستان بقیه‌الله(عج) در سال ۱۳۹۲ انجام شد. دستورالعمل‌های مراقبت پرستاری بر اساس مدل استنلر و با رویکرد مبتنی بر شواهد طراحی شد. برای بررسی اعتبار محتوای دستورالعمل‌ها با روش دلفی، نظرات ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های منتخب در سه مرحله لحاظ گردید. کاربردی بودن دستورالعمل‌ها به روش بحث گروهی متمرکز با ۱۰ نفر از کارشناسان بخش مربوطه بررسی شد. علاوه بر بررسی کتب پرستاری، ۱۰۰ مقاله از پایگاه‌های اینترنتی شامل Proquest, Google scholar, Pubmed, Elsevier, SID, Magiran با کلیدواژه‌های دستورالعمل مراقبتی، پرستاری مبتنی بر شواهد، بی‌بوست، بی‌خوابی و پروتکل مطالعه شد.

یافته‌ها: در این مطالعه، ۴ دستورالعمل مراقبتی مبتنی بر شواهد، شامل تشخیص پرستاری، علل، معیار ارزشیابی و مداخلات پرستاری طراحی گردید؛ که می‌تواند به عنوان راهنمای بالینی برای مراقبت از بیماران اعصاب و روان بر اساس معتبرترین متون علمی و با رویکرد مبتنی بر شواهد استفاده شود. **نتیجه‌گیری:** با طراحی دستورالعمل‌های مراقبتی مبتنی بر شواهد در بیماران اعصاب و روان، بخشی از نیاز پرستاران بالینی در مواجهه با این بیماران مرتفع می‌گردد و همچنین منجر به ارتقای کیفیت مراقبتی، کاهش عوارض و مدت زمان بستری در بیمارستان می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: دستورالعمل، مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد، بی‌خوابی، بی‌بوست، بیماران روانی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۳/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۷/۱۷

مقدمه

با توجه به عوارض ناشی از بی‌بوست، سالانه حدود ۲۳۵ میلیون دلار هزینه برای درمان این بیماری برآورد می‌گردد؛ که حدود ۵۵ درصد آن به هزینه بستری این بیماران اختصاص می‌یابد (۱۲). متأسفانه ۶۵ درصد از این بیماران به منظور رفع مشکل و درمان از مسهل‌ها و داروها استفاده می‌کنند و از دستورالعمل‌های مراقبتی ساده ولی مؤثر بی‌بهره‌اند (۱۳)؛ به طوری که نتایج تحقیقات انجام گرفته نشان می‌دهد که مداخلات پرستاری با کیفیت، نقش بسیار اساسی در بهبود بیماران با مشکل خواب و بی‌بوست ایفا می‌کند (۱، ۱۴ و ۱۵).

یکی از مؤثرترین راهکارها برای بالا بردن کیفیت خدمات پرستاری، با هدف تأمین ایمنی و رضایت‌مندی مددجو، ارتقاء و ارزشیابی دستورالعمل‌های بالینی است (۱۶). دستورالعمل‌های بالینی دستورات نظام‌مندی هستند؛ که پرستاران را قادر می‌سازد تا در شرایط بالینی و مراقبت‌های بهداشتی تصمیمات مناسب و درستی را اتخاذ کنند (۱۷). از طرفی، کاهش هزینه‌ها، بالا بردن سطح سلامت جامعه و هم‌سطح نمودن استانداردهای ملی با استانداردهای بین‌المللی از دیگر دلایل به‌کارگیری دستورالعمل‌های بالینی است (۱۸). به منظور نیل به این اهداف مهم، باید از دستورالعمل‌های نظام‌مند، خلاصه و مبتنی بر بهترین و به‌روزترین شواهد استفاده گردد (۱۶). در واقع، عملکرد مبتنی بر شواهد به‌کارگیری تحقیقات جدید در بالین برای از بین بردن اختلاف موجود در درک و اجرای دستورالعمل‌ها و یا به عبارتی «انجام دادن کار درست به طریق درست» می‌باشد (۱۹).

گنیز پرستاری مبتنی بر شواهد را در اولویت قرار دادن منافع بیمار از طریق تصمیم‌گیری بالینی با استفاده از بهترین شواهد در مراقبت از مددجو تعریف کرده است (۲۰). اعتباربخشی و درجه‌بندی بیمارستان‌ها از طریق اجرای دستورالعمل‌های مراقبت مبتنی بر شواهد صورت می‌گیرد؛ که اخیراً به شدت مورد تأکید سیاست‌گذاران نظام سلامت کشور قرار گرفته است (۲۱). ولی متأسفانه کمتر از ۵۰ درصد از دستورالعمل‌ها در ایران با استانداردهای بین‌المللی تطابق دارد و به فرایند مراقبت از بیمار کمتر توجه شده است (۲۲).

از آن جایی که انجام بررسی و شناخت بیماران در بخش اعصاب و روان به دلیل وضعیت خاص مددجو و عدم همکاری در ارائه اطلاعات و معاینات بسیار مشکل است و با توجه به عوارض داروهای اعصاب و روان و نقش اساسی پرستاران در ارائه مراقبت‌های بالینی و نبود برنامه مشخصی برای به-روزرسانی دستورالعمل‌های مراقبتی، طراحی و اجرای دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد ضروری به نظر می‌رسد؛ تا مراحل اجرایی مراقبت بالینی را توضیح دهد و از کارهای بالینی

امروزه با صنعتی شدن کشورها، اختلالات روان‌پزشکی در افراد رو به افزایش است. بیماری‌هایی که در بخش‌های روان‌پزشکی قرار دارند، علاوه بر مشکلات روحی و روانی، از مشکلات جسمی که به واسطه بیماری، عوارض دارویی، کم‌تحرکی و ... به وجود می‌آید، رنج می‌برند. بی‌خوابی و بی‌بوست از مشکلات شایع زیستی روانی بیماران بستری در بخش‌های اعصاب و روان می‌باشد؛ که ممکن است در نتیجه بیماری جسمی و روانی، عوارض دارویی و شرایط خاص بخش‌های روان‌پزشکی باشد (۱).

خواب یکی از عوامل حیاتی در سلامت جسمی و روانی انسان است که وضعیت طبیعی بدن در بازیابی توان از دست رفته و خستگی ناشی از فعالیت‌های روزمره است (۲). هر گونه اختلال در جریان طبیعی آن که ممکن است به صورت کابوس و سحرخیزی، الگوی خواب منقطع، اشکال در به خواب رفتن، احساس خستگی بعد از بیدار شدن، سندرم بی‌قراری بروز کند، را اختلالات خواب می‌نامند (۳)؛ که یکی از مشکلات شایع در جوامع پیشرفته امروزی است (۴). به طوری که تقریباً ۳۰ درصد از جمعیت بزرگسالان و بیش از ۴۰ درصد از بیماران با مشکلات اعصاب و روان، از این اختلال رنج می‌برند (۵). اختلالات روانی از شایع‌ترین علل بی‌خوابی است و در این میان، اختلالات اضطرابی و افسردگی بیشترین عامل بی‌خوابی محسوب می‌شود (۶).

اختلالات خواب ممکن است پیامدهای جدی نظیر: تصادف‌های مهلک مربوط به خواب‌آلودگی، سوء مصرف مواد، کاهش کیفیت زندگی و عملکرد افراد، غیبت از محل کار، تهدید سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و عاطفی، شناختی و خلقی را به همراه داشته باشد (۷). بیماران مبتلا به اختلالات اعصاب و روان ناگزیر به استفاده از انواع داروهای اعصاب می‌باشند. از عوارض این داروها علاوه بر اختلالات خواب، می‌توان به کم‌تحرکی و در نتیجه آن، بی‌بوست اشاره کرد؛ که به معنای کاهش حرکات روده‌ای و دفع کمتر از سه بار در هفته می‌باشد (۸).

طبق آمار، تقریباً ۱۲ درصد از کل مردم جهان از بی‌بوست رنج می‌برند (۹)؛ که در این میان، بیش از ۶۰ درصد از بیماران بستری در بخش اعصاب و روان نیز چنین مشکلی را تجربه می‌نمایند (۱۰). مطالعات اپیدمیولوژیک وسیعی در ایران به منظور ارزیابی شیوع و بروز بی‌بوست انجام نشده است و فقط در جوامع کوچک، مطالعات محدودی منتشر شده است. به عنوان مثال، در مطالعه دانشگاه یزد، ۵۵ درصد از بیماران از مشکلات دفعی شاکمی بودند (۱۱).

Cochrane, Magiran با کلیدواژه‌های مبتنی بر شواهد، دستورالعمل، بیوست، اختلالات خواب، کم‌خوابی، پروتکل را که متن کامل (Full text) آن‌ها در دسترس باشد، انجام شد. با توجه به معیارهای ورود، مقالات و نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۵۰ مقاله منتخب از ۱۰۰ مقاله مطالعه شده حجم نمونه این مطالعه را تشکیل دادند.

اعتباربخشی: در این مرحله، دستورالعمل‌های جدید برای بیماران با تشخیص پرستاری بی‌خوابی و بیوست بر اساس روش مبتنی بر شواهد و در چارچوب فرآیند پرستاری طراحی گردید (۲۴). برای تعیین اعتبار محتوای دستورالعمل‌ها، از نظرات اعضای هیأت علمی تخصصی دانشگاه‌های علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، ارتش، تهران، شهیدبهشتی، تربیت مدرس و سبزواری به شیوه دلفی و در سه مرحله نظرسنجی استفاده گردید. در واقع، اعتبارسنجی محتوی توسط خبرگان انجام شد. مرحله بررسی مقایسه‌ای شامل تعیین عملی بودن دستورالعمل‌ها و بررسی فواید و خطرات آن‌ها می‌باشد (۲۱).

در این مرحله، جلسات بحث گروهی متمرکز (Focus Group Discussion) در خصوص عملیاتی کردن این دستورالعمل‌ها برگزار گردید. ابتدا دستورالعمل‌های طراحی شده به منظور مطالعه در اختیار ۱۰ نفر از پرستارانی که مسؤل آرایه مراقبت مستقیم و غیرمستقیم در بخش اعصاب و روان بودند، قرار گرفت. سپس تمامی مداخلات به جهت اجرایی بودن، در طی ۲ جلسه ۴ ساعته بحث و تبادل نظر شد. در ابتدا، رضایت افراد به منظور شرکت آن‌ها در مطالعه و ضبط صوتی جلسات با استفاده از MP4 گرفته شد. مشارکت کنندگان به طور واضح مسایل مورد نظر خود را بازگو نمودند و با توجه به شرایط و امکانات بخش، دستورالعمل‌ها از نظر قابلیت اجرایی بودن به بحث گذاشته می‌شد. پس از اتمام هر جلسه، مطالب ضبط شده کلمه به کلمه نوشته شد و سپس بر اساس نظرات اعضاء و در نهایت، با تأیید نظرات اعضای هیأت علمی جمع‌بندی نهایی صورت گرفت.

در مرحله کاربرد، با استفاده از نظرات پرستاران، دستورالعمل‌های نهایی با تعیین کدهای عملیاتی آماده اجرا گردید (۲۴).

در مرحله اجرا و ارزشیابی، تأثیر تغییرات ایجاد شده از طریق پژوهش مذکور بر کیفیت فعالیت‌های مؤسسه مراقبت بهداشتی، کارکنان و بیماران ارزشیابی می‌شوند (۲۱). انجام این امر به دلیل محدودیت زمانی و همچنین مشکلات مراحل اجرایی و ارزشیابی از قبیل هماهنگی با مسئولین ذی‌ربط و برگزاری برنامه‌های آموزشی به منظور نحوه اجرای دستورالعمل‌ها، در مقطع کارشناسی ارشد امکان‌پذیر نبوده و برای پژوهش‌های

غیراستاندارد جلوگیری شود. با عنایت به موارد فوق و برای برطرف کردن بخشی از نیاز پرستاران بالینی بخش اعصاب و روان به دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد، این مطالعه با هدف «طراحی دستورالعمل‌های مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد در بی‌خوابی و بیوست بیماران اعصاب و روان» انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه به روش «تکاملی» با رویکرد عملکرد مبتنی بر شواهد و با استفاده از مدل استتار انجام شد. تحقیقات تکاملی طراحی، توسعه و ارزیابی یک فرآیند، طرح، محصول یا برنامه می‌باشد.

این روش تحت عنوان تکامل دستورالعمل‌ها نیز نامیده می‌شود؛ به طوری که دستورالعمل‌ها پس از انجام مطالعات جامع بر منابع و مقالات جدید و با توجه به نیاز گروه هدف طراحی می‌شود (۲۳). سپس توسط افراد مجرب و متخصص بررسی و ارزیابی می‌شود. از آن جایی که هدف این مطالعه نیز طراحی دستورالعمل‌ها و بررسی آن توسط افراد خبره و باتجربه بود؛ بنابراین، از این روش استفاده گردید.

جامعه مورد مطالعه مشتمل بر مجموعه آثار منتشره در قالب مقالات و کتب علمی انگلیسی و فارسی مرتبط با موضوع و همچنین تمامی پرستاران شاغل در بخش‌های اعصاب و روان (زنان و مردان) بیمارستان بقیه‌الله (عج) در سال ۱۳۹۲ است. مدل استتار یک مدل آغازین برای کاربرد تحقیق در پرستاری و برای تسهیل عملکرد مبتنی بر شواهد می‌باشد و شامل پنج مرحله آمادگی، اعتباربخشی، بررسی مقایسه‌ای، کاربرد، اجرا و ارزشیابی است (۲۱).

مرحله آمادگی شامل جمع‌آوری دستورالعمل‌های موجود در بخش، تشخیص‌های پرستاری موجود در کتب مرجع و مقالات و نظر پرستاران می‌باشد (۲۱). در خصوص دستورالعمل‌های موجود، متأسفانه هیچ‌گونه دستورالعمل اختصاصی در بخش‌های بیمارستان منتخب وجود نداشت. به منظور جمع‌آوری تشخیص‌های موجود در کتب علمی مرجع و مقالات منتشر شده از روش طرح پرسش‌های بالینی (PICO: جمعیت یا مشکل، مداخله، مقایسه و پیامد) استفاده گردید.

بررسی متون شامل مرور کلیه مقالات به زبان‌های فارسی و انگلیسی و به دلیل نیاز داشتن به اطلاعات به‌روز بین سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۳ به ترتیب اولویت بر اساس هرم مبتنی بر شواهد از مطالعات مروری سیستماتیک، متآنالیز، آزمون‌های کارآزمایی بالینی، هم‌گروهی یا کوهورت، مورد شاهدهی، گزارش موردی، مطالعات آزمایشگاهی، نظرات متخصصین و صاحب‌نظران و پایگاه‌های اطلاعاتی اعم از داخلی و خارجی شامل Proquest, Pubmed, Google scholar, Elsevier, SID,

بخش بانوان بودند. همچنین ۲ نفر از پرستاران دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۸ نفر دیگر دارای مدرک کارشناسی بودند و میانگین سابقه کاری پرستاران $12 \pm 6/6$ بود. همچنین سه مرحله نظرسنجی به شیوه دلفی با مشارکت ۱۰ نفر از اعضای محترم هیأت علمی تخصصی دانشگاه‌های علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، ارتش، تهران، شهیدبهشتی و سبزواری صورت گرفت. ۳ نفر از اساتید دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۷ نفر دارای مدرک دکتری تخصصی بودند و میانگین سابقه کار آموزشی اعضای هیأت علمی $15 \pm 5/5$ بود.

بعدی پیشنهاد می‌گردد. در این پژوهش، با تهیه مقالات و کتب مرتبط به موضوع، حق مطالب و شیوه استناددهی مستقیم و غیرمستقیم رعایت گردید. به منظور ثبت و ضبط اطلاعات مربوطه، از مشارکت کنندگان رضایت لازم گرفته شد.

یافته‌ها

افراد شرکت کننده در جلسات گروهی متمرکز متشکل از ۱۰ نفر از پرستاران با میانگین سنی $37 \pm 6/5$ سال که در بخش اعصاب و روان بیمارستان بقیه‌الله (عج) مشغول به کار بودند، تشکیل می‌شد. ۴ نفر از شرکت کنندگان از بخش آقایان و ۶ نفر از

جدول ۱: 402. Sleep Deprivation (NANDA)

تشخیص پرستاری

محرومیت از خواب

مربوط به:

- اضطراب شدید
معیار ارزشیابی / علائم

کابوس و سحرخیزی، خستگی، الگوی خواب منقطع، مشکل در به خواب رفتن، احساس خستگی بعد از بیدار شدن از خواب، سندرم بی‌قراری (نارکولپسی)، راه رفتن در خواب، دمانس، ترس از خواب، پرخوابی

مداخلات پرستاری

۱. بررسی الگوی خواب بیمار (۳، ۴، ۱۲، ۱۳، ۲۵-۳۲)
۲. ایجاد محیط آرام و حتی الامکان تاریک و کم نور (۱۲، ۱۳، ۲۹، ۳۳-۳۷)
۳. گرفتن دوش آب گرم قبل از خواب (۶، ۲۵، ۲۸، ۳۸)
۴. انجام ورزش آرام بخش ۱-۲ ساعت قبل از خواب (۱، ۱۳، ۲۵، ۳۳، ۳۸، ۳۹)
۵. اجتناب از مصرف چای، قهوه، سیگار و شکلات و کولا، ۴ ساعت قبل از خواب (۱۲، ۲۵، ۳۸-۴۰)
۶. اجتناب از بحث پیرامون مسایل استرس زا قبل از خواب (۶، ۲۵، ۲۹، ۳۵، ۳۸)
۷. تهیه ی برنامه زمانی مشخص برای خوابیدن و پرهیز از چرت زدن در طول روز (۱۲، ۱۳، ۲۶-۳۰، ۳۳، ۳۵)
۸. شرکت در جلسات گروه‌های حمایتی (۳، ۲۵، ۲۶، ۴۱-۴۳)
۹. استفاده از رختخواب فقط برای خوابیدن (۱۳، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۴۴)
۱۰. استفاده از پتو و بستر خوابی مناسب (۶، ۱۲، ۲۶، ۳۲، ۴۵، ۴۶)
۱۱. تنظیم دمای اتاق بین ۶۸-۷۲ درجه فارنهایت (۱۲، ۱۳، ۲۹، ۳۵، ۳۹)
۱۲. مصرف غذاهای مختصر و سبک حاوی کربوهیدرات قبل از خواب (۱۳، ۲۵، ۲۷، ۲۹، ۴۰)
۱۳. نوشیدن یک لیوان شیر داغ قبل از خواب (۲۵، ۲۷، ۳۰، ۴۵، ۴۷)
۱۴. محدود کردن مصرف مایعات ۴-۵ ساعت قبل از خواب (۲، ۴، ۵، ۲۵، ۴۶)
۱۵. گوش دادن به موسیقی مجاز و آرام بخش (۲۶، ۲۸، ۴۴، ۴۵)
۱۶. انجام ماساژ پشت (۲، ۲۶، ۳۴، ۴۸، ۴۹)
۱۷. تنظیم برنامه‌های فعالیتی بیمار در طول روز (۱۳، ۲۷، ۳۳، ۳۹، ۴۴)
۱۸. تشویق بیمار به بیان اضطراب و رابطه آن با خواب او (۵، ۶، ۲۶، ۳۵، ۴۸)
۱۹. آموزش روش‌های آرام سازی (۲۷، ۳۸، ۴۰، ۵۰-۶۱)
۲۰. آموزش ترک محل خواب در صورت بیخوابی و رفتن به اتاق دیگر و انجام فعالیت آرام بخش و بازگشت به تخت در صورت احساس خواب آلودگی (۱۳، ۲۹، ۴۸، ۴۹)

Impaired in drug regimen (NANDA): نقص در رعایت رژیم دارویی

Knowledge Deficient (NANDA): نقص دانش

۲. دستورالعمل‌های طراحی شده: این دستورالعمل‌ها بر اساس فرایند پرستاری طراحی شدند و دارای بخش‌هایی مانند تشخیص پرستاری، علایم و نشانه‌ها و اقدامات پرستاری هستند. از آن جایی که امکان ارایه تمامی دستورالعمل‌ها در این مقاله نیست؛ فقط به مهم‌ترین آن‌ها از قبیل بی‌خوابی و یبوست می‌توان اکتفا نمود (دستورالعمل‌های شماره ۴۰۲ و ۴۰۳) (جدول ۱ و ۲).

نتایج این پژوهش منجر به طراحی ۴ دستورالعمل اختصاصی برای بی‌خوابی و یبوست بیماران اعصاب و روان گردید.

دستورالعمل‌های طراحی شده دارای ۲ بخش بودند.

۱. شناسنامه دستورالعمل: شامل هدف از طراحی دستورالعمل‌ها، تشخیص پرستاری، گروه هدف، روش‌های مورد استفاده، نام متخصصین، معیارهای ورود و خروج برای انتخاب شواهد، قوانین، منابع مورد استفاده و در نظر گرفتن تاریخ اعتبار دستورالعمل‌ها می‌باشد. تشخیص‌های پرستاری اختصاصی در بی‌خوابی و یبوست به شرح ذیل می‌باشد.

Constipation (NANDA): یبوست

Insomnia (NANDA): بی‌خوابی

جدول ۲: 403 Constipation (NANDA)

تشخیص پرستاری

یبوست

مربوط به:

کاهش سطح فعالیت، کاهش میزان اشتها به دنبال اضطراب، کاهش مایعات مصرفی، فیبر ناکافی در غذا، اختلال عاطفی، فقدان یک محیط امن برای دفع، تغییر محیط، کاهش حرکات دودی ناشی از کاهش پتاسیم، کم کاری تیروئید، عوارض جانبی داروها مانند آنتی کولینرژیک‌ها، ضد افسردگی‌ها، آنتی سایکوتیک‌ها، مخدرها، آنتی اسیدها، آهن، باریوم معیار ارزشیابی / علائم کاهش تناوب در عمل دفع، مدفوع سخت و شکل یافته و فشرده، احساس پری یا فشار در رکتوم، درد شکمی، توده قابل لمس در شکم، اختلال در اشتها، کمر درد، سردرد، استفاده از مسهل‌ها.

مداخلات پرستاری

۱. بررسی الگوی معمول دفع (زمان دفع روزانه، محرک معمول، قوام، مقدار و تناوب دفع، تاریخچه عادات دفع، استفاده از مسهل‌ها، الگوی ورزشی، تمهیدات فردی برای یبوست، سابقه مسایل زنان و زایمان، مصرف داروها، اعمال جراحی، تغییرات حسی در اطراف رکتوم) (۶۳، ۶۲، ۴۰-۳۸، ۷)
۲. بررسی الگوی غذایی (نوع تغذیه، مقدار و زمان غذای مصرفی، مقدار مایع مصرفی) (۶۳، ۶۲، ۴۰-۳۸، ۷)
۳. بررسی شکم بیمار از نظر داشتن نفخ و صداهای روده ای (۶۳، ۶۲، ۴۰-۳۸، ۷)
۴. بررسی اضطراب و احساس ناراحتی هنگام دفع (۶۳، ۶۲، ۳۸)
۵. انجام ماساژ شکمی (۶۷-۶۲)
۶. فراهم سازی محیطی ایمن و راحت برای دفع (۶۳، ۶۲)
۷. تنظیم برنامه منظم برای دفع با توجه به عادات شخصی و قبلی افراد (۶۳، ۶۲، ۷)
۸. تشویق بیمار به افزایش مصرف مایعات بیش از ۸ لیوان در روز (۷، ۳۹، ۴۰، ۶۲-۶۴)
۹. تشویق بیمار به داشتن برنامه ورزشی مداوم (۷، ۳۸، ۴۰، ۶۲، ۶۴، ۶۶)
۱۰. تشویق بیمار به مصرف (انجیر، زیتون و سایر میوه‌های تازه مسهل و سبزیجات) حدود ۳۰ گرم در روز (۷، ۳۸-۴۰، ۶۲-۶۴).
۱۱. آموزش تنفس عمیق در هنگام دفع و انبساط ماهیچه‌های لگن و استفاده از ماهیچه‌های شکمی برای راحتی در دفع (۷، ۳۸)

بحث

نظر متخصصان و مشاوران، در نهایت، به نشر و اشاعه دستورالعمل‌های مراقبتی به منظور بهبود یبوست پرداختند (۲۵). ون‌دیجیک و همکارانش نیز برای کمک به این بیماران، پس از بررسی ۷۱ مقاله چاپ شده به صورت الکترونیکی و مجلات چاپی از سال‌های ۱۹۹۴ تا ۲۰۰۷ که عمدتاً از مطالعات مروری نظام‌مند و کارآزمایی‌های بالینی بودند، به طراحی دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد (مداخلات رفتاری) در درمان یبوست افرادی که از داروهای اعصاب و روان استفاده می‌کردند، پرداختند و پس از اجرای دستورالعمل‌ها به نقش اقدامات پرستاری در کاهش یبوست این دسته از بیماران پی بردند (۸).

با تحلیل یافته‌های پژوهش، ذکر چند نکته ضروری به نظر می‌رسد. اولاً، فقدان دستورالعمل‌های اختصاصی برای مراقبت از بیماران اعصاب و روان با مشکلات شایعی همچون بی‌خوابی و یبوست، لزوم انجام چنین پژوهشی را تأیید کرد. ثانیاً از نظر متدولوژی این مطالعه، انتخاب روش پژوهش تکاملی و انجام مراحل آن کاملاً علمی و مطابق چندین پژوهش است. در همین راستا، کرازویکو و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش خود به شیوه تکاملی، پس از جمع‌آوری تشخیص‌های پرستاری، تشکیل گروه مدیریت برنامه، جستجو در منابع علمی و پژوهشی، لحاظ کردن

شیوه فوق‌الذکر، به اعتباربخشی دستورالعمل‌های مراقبتی مبتنی بر شواهد در بیماران با مشکل یبوست پرداختند (۱۰).

در مطالعه حاضر، تعداد ۴ دستورالعمل بر اساس عملکرد فوق طراحی گردید. مرادی و همکاران (۲۰۱۳) نیز در مطالعه‌ای مشابه، به طراحی ۲۲ دستورالعمل مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد برای بیماران تحت تهویه مکانیکی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه پرداختند (۲۷). در همین راستا، نظام‌زاده و همکاران نیز به طراحی ۸ دستورالعمل مراقبتی مبتنی بر شواهد برای بیماران با تشخیص آنژین صدری بستری در بخش مراقبت‌های ویژه پرداختند (۲۸).

مطابق آنچه به عنوان یکی از دلایل انجام این پژوهش ذکر شد، اجرای دستورالعمل‌های پرستاری در بالین نقشی اساسی در ارایه مراقبت‌های باکیفیت ایفا می‌کنند (۲۹). در همین راستا، نیکولاس لوفتوس و همکاران (۲۰۱۱) اجرای دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد را سبب بهبود کیفیت خواب بیماران بستری در بخش اعصاب و روان گزارش کردند (۳۰). بلسی و همکاران (۲۰۱۰) نیز انجام دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد را سبب بهبود یبوست در بیماران و ارتقای کیفیت زندگی آنان دانستند (۳۱).

امید است که ارایه این دستورالعمل‌ها علاوه بر رفع نیاز بالینی پرستاران بخش اعصاب و روان، سبب کاهش عوارض مشکلات شایع روان‌پزشکی در بیماران گردد.

از محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به عدم دسترسی به برخی منابع و کتب خارجی به علت هزینه بالا، عدم دسترسی به تمامی پایگاه‌های تخصصی، هماهنگی با پرستاران به منظور برگزاری جلسه گروهی متمرکز و فقدان پیشینه نظری و عملی موضوع مورد پژوهش در ایران اشاره کرد. از طرفی، در این پژوهش، اجرا و ارزشیابی این دستورالعمل‌ها به دلیل محدودیت زمانی، امکان‌پذیر نبود و برای پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌گردد. اجرا و ارزشیابی این دستورالعمل‌ها برای پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

از آن جا که دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد در خصوص مشکلات شایع بیماران روان در بخش‌ها موجود نیست و به استناد مطالعات، استفاده از این دستورالعمل‌ها، منجر به ارتقای کیفیت مراقبتی، کاهش عوارض و مدت زمان بستری در بیمارستان می‌گردد. بنابراین، انجام مطالعاتی در خصوص ارزشیابی این دستورالعمل‌ها به عنوان مرجعی استاندارد در ارایه خدمات پرستاری در بخش اعصاب و روان و سایر بخش‌ها توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

ولری و همکاران (۲۰۱۱) برای تعیین اقدامات و محورهای اصلی در مراقبت از بیماران با مشکل یبوست در بخش اعصاب و روان، مطالعه‌ای به روش مبتنی بر شواهد انجام دادند. ایشان نیز از مقالات سال‌های ۱۹۹۴ تا ۲۰۱۱ با کلیدواژه‌های مبتنی بر شواهد، دستورالعمل، یبوست، پروتکل، به منظور طراحی دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد بهره بردند (۱۵).

در این پژوهش نیز همانند سایر مطالعات، پس از تدوین تشخیص‌های پرستاری، بررسی متون و تعیین گروه‌های اعتباربخشی، دستورالعمل‌های مراقبتی بر اساس فرایند مبتنی بر شواهد در رابطه با مشکلات خواب و یبوست بیماران بستری در بخش اعصاب و روان طراحی گردید. لازم به ذکر است که تفاوت عمده مطالعه حاضر با سایر مطالعات، فقط استفاده از مطالعات و شواهد ۶ سال اخیر بود؛ در صورتی که محدوده زمانی در سایر مطالعات وسیع‌تر بود. همچنین تفاوت دیگر این مطالعه با سایر مطالعات، طراحی ۲۰ اقدام پرستاری به منظور بهبود خواب بیماران و ۱۰ اقدام پرستاری برای بهبود یبوست بیماران اعصاب و روان به طور اختصاصی بود؛ به طوری که سعی شد اقدامات با در نظر گرفتن حالات بیمار، شرایط فرهنگی و امکانات موجود در بیمارستان طراحی شود.

ایدلمن و همکاران (۲۰۱۰) نیز در مطالعه‌ای مشابه مطالعه حاضر به همان شیوه فوق‌الذکر، به طراحی دستورالعمل‌های مراقبتی مبتنی بر شواهد در بیماران با مشکل اختلالات خواب پرداختند (۱۰)؛ که تحقیقات فوق، مؤید عملکرد پژوهشگر در مرحله آمادگی است.

در این پژوهش، به منظور اعتبارسنجی دستورالعمل‌های طراحی شده، دستورالعمل‌ها توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی و ۱۰ نفر از پرستاران بالینی که در بخش اعصاب و روان مشغول به کار بودند، از لحاظ در نظر گرفتن ارزش‌های بیمار و قابلیت اجرایی بودن مداخلات بررسی شد. به طوری که در طی دو جلسه ۴ ساعته، دستورالعمل‌ها و تمامی اقدامات پرستاری برای پرستاران مربوطه قرائت شد و نظرات آنان اعمال شد و در نهایت، دستورالعمل‌های قابل اجرا مشخص گردید.

بر همین اساس، فولر و همکاران (۲۰۱۱) پس از طراحی دستورالعمل‌های بهبود خواب، برای اعتبارسنجی دستورالعمل‌های جدید، از نظرات خبرگان و پرستاران بالینی بهره بردند. سپس دستورالعمل‌ها را بر روی بیماران اجرا نمودند (۱۴). کورتزنیز (۲۰۱۰) پس از تدوین مداخلات روانی مبتنی بر شواهد در کودکان با مشکل اعصاب و روان، با برگزاری جلساتی متشکل از متخصصین و پرستاران بالینی به اعتباربخشی دستورالعمل‌های خود پرداخت؛ که در نهایت، منجر به بهبود خواب بیماران گردید (۲۶). تک و همکاران (۲۰۱۱) نیز به همان

شهییدبهشتی، تربیت مدرس و سبزواری که در زمینه‌های علمی ما را حمایت کردند و همچنین مسؤولین و پرستاران بخش‌های اعصاب و روان بیمارستان بقیه‌الله (عج) که ما را در انجام این طرح یاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

مقاله حاضر منتج از پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری بهداشت روان است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از همکاری پژوهش دانشکده پرستاری بقیه‌الله (عج) و مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اعضای محترم هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، ارتش، تهران،

References

1. Primary Care Management of Sleep Complaints in Adults. Guidelines and Protocols Advisory Committee. 2004;2(1):22-9.
2. Abbasi S, S. M, Bousari P. Relationship between General Health Level and Sleep Quality in Chemical Warfare Victims with Bronchiolitis Obliterans. J Military Medicine. 2012;14(1):15-9.
3. Spoomaker VI, Montgomery P. Disturbed Sleep in Post-Traumatic Stress Disorder: Secondary Symptom or Core Feature? Sleep med Res. 2008;12(3):169-84.
4. Pires GN, Tufik S, Andersen ML. Relationship between Sleep Deprivation and Anxiety – Experimental Research Perspective Einstein. 2012;10(4):519-23.
5. Roth T. Insomnia: Definition, Prevalence, Etiology, and Consequences. . clin Sleep Med 2007;3(5):7-10.
6. Franzen P, Siegle GJ, DJ. B. Relationships between Affect, Vigilance, and Sleepiness Following Sleep Deprivation. J Sleep Res. 2008;17(3): 34–41.
7. Krystal Ad, THakur M, Roth T. Sleep Disturbance in Psychiatric Disorders: Effects on Function and Quality of Life in Mood Disorders, Alcoholism, and Schizophrenia. Ann Clin Psychiatry, 2008. 2008; 20(1):39–46.
8. van Dijk M, Benninga MA, Grootenhuis MA, Nieuwenhuizen AMO, Last BF. Chronic Childhood Constipation: a review of the literature and the introduction of a protocolized behavioral intervention program. Patient Education and Counseling. 2007;67(1):63-77.
9. Wald A, C S, Mueller-Lissner, S, al. e. A Multinational Survey of Prevalence and Patterns of Laxative Use Among Adults with Self-defined Constipation. Aliment Pharmacol Ther. 2008;28:917–30.
10. Tack J, Muller S, Stanghellini V, Boeckxstaen G, et al. Diagnosis and Treatment of Chronic Constipation –a European perspective. Neurogastroenterol Motil 2011;23: 697–710.
11. Amirbaigy MK, Salman Roushani H, Hosseini N, Bootorabi Z. Assessment Of Colon Transit Time In Idiopathic Chronic Constipation. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci. 2006;14(3):20-4.
12. Martin BC, Barghout V, Cerulli A. Direct Medical Costs of Constipation in the United States. Managed Care Interface,. 2006;19(12):43–9.
13. Johanson J, Kralstein J. Chronic constipation: a survey of the patient perspective. Aliment Pharmacol Ther. 2007;25:599–608.
14. Fuller JM, Wong KK, Krass I, Grunstein R, Saini B. Sleep Disorders Screening, Sleep Health Awareness, and Patient Follow-up by Community Pharmacists in Australia. Patient Education and Counseling. 83(3):325-35.
15. Woolery M, Annette Bisanz, Hannah F. Lyons, Lindsay Gaido, Mary Yenulevich, Stephanie Fulton, et al. Putting Evidence Into Practice: Evidence-Based Interventions for the Prevention and Management of Constipation in Patients With Cancer Clin J Oncol Nurs. 2011;12(12):370-1.
16. Hewitt-Taylor J. Clinical Guidelines and Care Protocols. Intensive Crit Care Nurs. 2004 Feb;20(1):45-52.
17. Spiby H, Munro J. The Development and Peer Review of Evidence-based Guidelines to Support Midwifery Led Care in Labour. Midwifery. 2009 Apr;25(2):163-71.

18. Mohammadpor A. Comparative Standards of Hospital Hygiene Standards of the International Joint Commission on Hospital Accreditation, in Management and Information. Iran medical science university tehran . 2009;3(2): 2-3 (persian).
19. Salsali M BL ,Taleghanizade F,. Research in Nursing Process, Critical Thinking, Application, Boshra. 2003:123-73.(persian).
20. L G. Applying Research to Making Life-affecting Judgments and Decisions. Research on Social. WorkbPractice. 2007;17:143-50.
21. Dehghannayyeri N, Sayalani KH, Movahedi A, Farsi Z, Babamohammadi H. The Practice of Nursing Research Conduct, critique and utilization. Tehran: : Andishe rafie;2010.(persian).
22. mohamadpor A. Comparative Standards of Hospital Hygiene Standards of the International Joint Commission on Hospital Accreditation. tehran: Iran medical science universit ,2006:23-38 (persian).
23. Richey R, Klein JD, Nelson WA. Developmental Research: Studies of Instructional Design and Development. 2012:29-38.
24. Hamilton. National Collaborating Centre for Methods and Tools.Stetler Model of Evidence-Based Practice. 2011:235-80.
25. Krassioukov A, Eng JJ, Claxton G, Sakakibara BM, Shum S. Neurogenic Bowel Management After Spinal Cord Injury: a systematic review of the evidence. Spinal cord.48(10):718-33.
26. Cortesi F, Giannotti F, Ivanenko A, Johnson K. Sleep in Children with Autistic Spectrum Disorder. Sleep med Res.11(7):659-64.
27. Moradi A, Khademolhoseini M, Madani J, Mokhtari Nouri J. Designing Evidence Based Nursing Care Instructions for Mechanically Ventilated Patients in Intensive Care Unit. Iran J Crit Care Nurs 2013;6(2):109-18.(persian).
28. Nezamzadeh M, Khademolhosseini M, Mokhtari Nouri J, Ebadi A. Design of Guidelines Evidence-Based Nursing Care in Patients with Angina Pectoris. Iran J Crit Care Nurs 2012;4(4):69-76.(persian).
29. Habibi S, Wong KK, Krass I, Grunstein R, Saini B. Enhancing Information Literacy as a Base of Developing Evidence-based Nursing. Health Information Management. 2010;7(3).(persian).
30. Lofthouse N, . MAF, Splaingard. M, . KK, . JH, Resko. S. Web-survey of Pharmacological and Non-Pharmacological Sleep Interventions for Children with Early-onset Bipolar Spectrum Disorders. J Affect Disord. 2010;120: 267–71.
31. Belsey J, Greenfield s, Candy D. Systematic Review: Impact of Constipation on Quality of Life in Adults and Children. Aliment Pharmacol Ther , 2010;31:938–49.

Designing and accrediting the evidence-based care guidelines on insomnia and constipation in psychiatric patients

Maryam Azizi¹, Masoud Sirati Nayer², Jamileh Mokhtari Nouri³, *Elaheh Motahedeyan Tabrizi⁴

1. Instructor of Psychiatric Nursing, School of Nursing, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Assistant professor of Nursing, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Assistant professor of Nursing, Department of Management Nursing, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Instructor of Nursing, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* Corresponding author, Email: elahehmmmm@yahoo.com

Abstract

Background: Evidence-based care guidelines are one of the new ways to improve the quality of care and increase patient satisfaction. In addition to the mental and emotional problems, mentally ill patient suffers from multiple health problems. The most common patient's bio-psycho problems are insomnia and constipation.

Aim: The aim of this study was to designing and Accredited the evidence-based care guidelines on **insomnia**, and constipation in psychiatric patients.

Methods: This study is a developmental research and was performed in mental wards of the Baqiyatallah hospital in Tehran in 1392.

Evidence-based care guidelines were designed based on the stetler model in evidence-based approach. To check the validity of the content instruction with Delphi method, comments of ten elected faculty members were considered in three different stages. Application of the guidelines was examined using ten experts in focused group discussions.

In addition to nursing books, 100 articles from proquest, Pubmed, Google scholar, Elsevier, SID, and Magiran with evidence based nursing care, insomnia, constipation, psychiatric patients, protocol keywords were studied.

Results: In this study, 4 evidence-based care guidelines, including nursing diagnosis, etiology, evaluation criteria, and nursing interventions were designed. These guidelines can be used as a clinical guide for the care of psychiatric patients based on the credible scientific literature and evidence-based approach.

Conclusion: With designing evidence-based nursing care instructions for psychiatric patients, the need of clinical nurses in confronting these patients was removed. It also leads to improve the quality of care and reduce complications in duration of the hospital stay.

Keywords: protocols, evidence based nursing care, insomnia, constipation, psychiatric patients

Received: 18/06/2013

Accepted: 09/10/2013