

The Impact of an ICU Liaison nurse Program on Physiological Parameter and Level of Consciousness in Discharging Patients in the Intensive Care Unit: A Randomized Clinical Trial

Ensieh Elyasi¹, Mahnaz Khatiban², Younes Mohammadi³, Morteza Shamsizadeh^{*4}

1. Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. Associate Professor, Department of Epidemiology, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Instructor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article Info

Received: 2019/02/20;
Accepted: 2019/05/06;
Published Online: 2020/01/17

 [10.30699/sjnhmf.28.3.216](https://doi.org/10.30699/sjnhmf.28.3.216)

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Patients transferred from ICU to general ward need a higher level of nursing attention and care than other patients admitted to the ward. The aim of this study was to investigate the effect of the role of the liaison nurse on physiological indicators and the level of consciousness of patients transferred from the intensive care unit.

Methods: The present article is the result of a two-group clinical trial that was performed on 90 patients admitted to the special and general wards of Besat Hospital in Hamadan, Iran. Available sampling and patients were randomly assigned to the two groups. The control group received routine care and in the intervention group was visited twice a day by the liaison nurse for up to three days. The instrument used was a checklist of physiological indices and the GCS scale. Mean, standard deviation, variance and frequency percentage were used to describe the data by SPSS 16.

Results: There was no significant difference between the demographic and clinical characteristics of the two groups at the beginning of the study. After the intervention of the intensive care unit nurse, the two groups were not significantly different in terms of physiological parameters and level of consciousness ($P > 0.05$).

Conclusion: In nursing services, the interface is not effective on physiological indicators and level of consciousness in patients transferred from the intensive care unit to the general ward. Further studies in this area are recommended.

Keywords: Liaison nurse, Physiological indices, Intensive care unit, Level of consciousness

Corresponding Information:

Morteza Shamsizadeh, Instructor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
. Email: mortezashamsizadeh@gmail.com

Copyright © 2020, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Elyasi E, Khatiban M, Mohammadi Y, Shamsizadeh M. The Impact of an ICU Liaison nurse Program on Physiological Parameter and Level of Consciousness in Discharging Patients in the Intensive Care Unit: A Randomized Clinical Trial. Avicenna J Nurs Midwifery care. 2020; 28 (3) :227-238

تأثیر نقش پرستار رابط بر شاخص‌های فیزیولوژیک و سطح هوشیاری بیماران انتقالی از بخش مراقبت‌های ویژه: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

انسیه الیاسی^۱، مهناز خطیبان^۲، یونس محمدی^۳، مرتضی شمسی زاده^{۴*}

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. استاد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. دانشیار، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. مربی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۱۲/۰۱	
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۱۶	
انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۱۰/۲۷	
نویسنده مسئول: مرتضی شمسی زاده، استاد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران پست الکترونیک: mortezashamsizadeh@gmail.com	مقدمه: بیماران انتقالی از ICU به بخش عمومی، نیازمند توجه و مراقبت پرستاری در سطح بالاتری نسبت به سایر بیماران بستری در بخش دارند. این مطالعه با هدف تأثیر نقش پرستار رابط بر شاخص‌های فیزیولوژیک و سطح هوشیاری بیماران انتقالی از بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد روش کار: مقاله حاضر، حاصل یک کارآزمایی بالینی دو گروهی است که در بخش‌های ویژه و عمومی بیمارستان بعثت همدان بر روی ۹۰ بیمار بستری انجام شد. نمونه‌گیری در دسترس و بیماران به دو گروه به صورت تخصیص تصادفی، تخصیص یافتند. گروه کنترل مراقبت‌های معمول را دریافت کردند و در گروه مداخله تا سه روز، روزی دو بار توسط پرستار رابط ویزیت شدند. ابزار مورد استفاده چک لیست شاخص‌های فیزیولوژیک و مقیاس GCS بود. برای توصیف داده‌ها از میانگین، انحراف معیار، واریانس و درصد فراوانی توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. یافته‌ها: اختلاف معنی‌داری بین مشخصات دموگرافیک و بالینی دو گروه در ابتدای مطالعه مشاهده نشد. بعد از مداخله پرستار رابط بخش مراقبت‌های ویژه، دو گروه از نظر شاخص‌های فیزیولوژیک و سطح هوشیاری تفاوت آماری معنی‌داری با یکدیگر نداشتند ($P>0/05$). نتیجه‌گیری: در خدمات پرستار رابط بر شاخص‌های فیزیولوژیک و سطح هوشیاری در بیماران انتقالی از بخش مراقبت‌های ویژه به بخش عمومی موثر نیست. مطالعات بیشتر در این زمینه توصیه می‌گردد. کلیدواژه‌ها: پرستار رابط، پارامترهای فیزیولوژیکی، بخش مراقبت‌های ویژه، سطح هوشیاری

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.



مقدمه

به افزایش بیماری‌های مزمن و هم‌چنین روند درمان آنها که در واقع ممکن است به افزایش طول عمر آنها در حالت مراقبت تحت ونتیلاتور بیانجامد، تعداد بیماران بدحال رو به افزایش است و برای تخت‌های ICU تقاضای زیادی وجود دارد [۲]. با توجه به ضریب اشغال تخت مراقبت‌های ویژه، حدود ۸۰ تا ۹۰ درصد، انتقال به‌موقع بیماران از بخش مراقبت ویژه در حین حفظ کیفیت مراقبت از ضرورت خاصی برخوردار است [۴].

واحد مراقبت ویژه (ICU) یک مرکز ویژه در بیمارستان است مخصوص مراقبت از افراد دچار بیماری‌ها یا جراحات شدید یا تهدیدکننده حیات است که نیاز به نظارت دقیق و مداوم به‌وسیله تجهیزات اختصاصی دارند تا کارکردهای طبیعی بدن در آنان حفظ شود [۱]. تخت‌های مراقبت‌های ویژه (ICU) از منابع گران و کمیاب در بسیاری از بیمارستان‌ها هستند [۲] در ایالت متحده و بسیاری از کشورهای اروپایی هزینه‌های بخش مراقبت‌های ویژه بسیار بالاست [۳]. با توجه

^۱ Intensive care unit - I

پرستاران بخش‌های عمومی دانش و مهارت لازم برای مراقبت پرستاری متناسب با این دسته از بیماران را ندارند [۱۱].

پرستاری رابط از مراقبت‌های بالینی مدرن و کاربردی است که در دهه‌های اخیر به علت افزایش تکنیک‌های مراقبتی شکل گرفته است. این نوع مراقبت را "مراقبت‌های ویژه بدون دیوار" نامیده‌اند [۱۲]. پرستار رابط، خدمات پرستاری را برای بیماران گسترش داده و موجب تسهیل مراقبت از بیماران انتقالی می‌شود [۱۳]. بسیار حائز اهمیت است یک پرستار رابط ICU بتواند خلاهای موجود را پر نماید. پرستار رابط پرستاری است که در بخش مراقبت ویژه کار می‌کند و به روند درمان بیمار آگاه است [۱۳]. بسیاری از تحقیقات، حضور پرستار رابط بخش مراقبت‌های ویژه را در بهبود مهارت و دانش پرستاران بخش‌های عمومی و همچنین، کاهش اضطراب بیماران حین انتقال از بخش مراقبت‌های ویژه را بسیار مثبت دانسته‌اند [۱۴]. همچنین پرستار رابط بخش مراقبت‌های ویژه موجب بهبود پیامدهای ترخیص، کاهش اضطراب خانواده و کاهش زمان بستری شدن در بیمارستان می‌شود [۱۴، ۱۱]. به‌طور کلی پرستار رابط میزان وقوع تغییر وضعیت سلامت بیمار به شرایط حاد و نیاز به بستری مجدد در بخش مراقبت‌های ویژه را از ۲/۳ به ۰/۵٪ کاهش می‌دهد [۱۵].

مسئولیت‌های پرستار رابط شامل تسهیل در مراحل انتقال با ایجاد آمادگی و آگاهی در بیمار و خانواده بیمار از علت انتقال، پیگیری تداوم انجام مراقبت‌ها در بخش‌های عمومی، بررسی اقدامات انجام‌شده در بخش‌های عمومی، مدیریت بیماران در موقعیت‌های ناپایدار وضعیت همودینامیک و سطح سلامتی، حمایت بیمار در برنامه‌های خودمراقبتی، آموزش به بیمار و خانواده بیمار در ارتباط با مراقبت و حفظ سلامتی، فعال نگه‌داشتن بیمار در امر خودمراقبتی و منبعی برای آموزش مراقبت ویژه برای پرستاران بخش‌های عمومی است [۱۶]. از دیگر مسئولیت‌های پرستار رابط می‌توان به نقش پیشگیری‌کننده و کاهش‌دهنده از پذیرش مجدد بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه، تسهیل در مداخلات به‌موقع پرستاران بخش‌های عمومی، تقویت ارتباط و هماهنگی بین پرستار بخش‌های مراقبت ویژه و پرستاران بخش‌های عمومی اشاره کرد [۱۷].

بین بخش مراقبت‌های ویژه و بخش عمومی تفاوت‌های مشخصی از نظر محیط و تکنولوژی پیشرفته ICU و تعداد پرستاران وجود دارد [۱۵]. تحقیقات نشان داده است که انتقال از ICU نیاز به برنامه‌ریزی جدی دارد و قبل و بعد از انتقال باید برنامه‌ریزی شده باشد [۱۵]. بیمارانی که از ICU منتقل می‌شوند به علت فیزیولوژی پیچیده وضعیت سلامتی و کاهش قابل توجه در نظارت که در اثر انتقال این بیماران به بخش عمومی رخ می‌دهد، آسیب‌پذیر هستند [۱۶].

ترخیص از بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) با تعدادی از عواقب جسمی و روانی همراه است که به‌طور کل به‌عنوان یک سندرم پس از مراقبت‌های ویژه (PICS) شناخته می‌شود که بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر می‌گذارد [۱۷]. خدمات پیگیری ویژه ICU خدمات نسبتاً جدیدی در سیستم‌های بهداشتی است و ممکن است با توجه به نیازهای بیمار، وضعیت ناشی از تجربه بستری در بخش‌های ویژه PICS را برطرف کند [۱۷]. انتقال بیماران از بخش مراقبت‌های ویژه به بخش عمومی یکی از وظایف پرستاران است که روزانه اتفاق می‌افتد [۱۸]. اگر این امر به‌طور صحیح و موثر انجام شود، موجب کاهش اضطراب، افزایش اعتماد خانواده‌ها به پرستاران و کاهش پذیرش مجدد می‌شود [۱۸]. بسیاری از بیماران بعد از انتقال از ICU به بخش مراقبت‌های عمومی می‌روند که گاهی مجدداً در ICU بستری می‌شوند و یا حتی می‌میرند که دلایل مختلفی دارد. از جمله غیرماهر بودن پرستار بخش عمومی، ناآشنا بودن از سیر تغییرات بیمار، عدم مراقبت از خود... که موجب عدم بهبودی بیمار می‌گردد [۱۹]. پذیرش مجدد به بخش مراقبت‌های ویژه عوارضی را برای بیمار و سیستم درمانی به همراه دارد [۸، ۹] که از این میان، افزایش طول مدت بستری، میزان مرگ و میر، هزینه‌های درمانی، عفونت‌های بیمارستانی و ایجاد استرس مضاعف برای بیمار و خانواده وی مشاهده می‌شود [۱۰].

انتقال بیمار از بخش مراقبت‌های ویژه فرایند پیچیده‌ای است؛ این پیچیدگی به دلیل اهمیت تبادل اطلاعات مربوط به بیمار بین پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه و پرستاران داخلی جراحی، انتقال مسئولیت و پاسخگویی در برنامه مراقبتی از بیمار است [۱۱]. بیماران انتقال داده‌شده از بخش مراقبت‌های ویژه به بخش‌های عمومی گروه آسیب‌پذیر در نظر گرفته می‌شوند و اغلب به مراقبت‌های گسترده‌تر نسبت به سایر بیماران بستری‌شده در آن بخش‌ها نیازمندند که اغلب

هوشیاری اینگونه بیماران داشته باشد. تجربه پژوهشگر در رویارویی با مسایل و مشکلات این بیماران و همچنین اهمیت موضوع و عدم وجود تحقیقات کافی در این زمینه، و نبود بخش POST ICU در برخی از مراکز درمانی، موجب طراحی پژوهشی با هدف بررسی تاثیر پرستار رابط ICU بر شاخص‌های فیزیولوژیک و سطح هوشیاری در بیماران در حال ترخیص از بخش مراقبت‌های ویژه شد.

روش بررسی

مقاله حاضر، حاصل یک کارآزمایی بالینی دو گروهی در بخش مراقبت‌های ویژه و بخش عمومی بیمارستان بعثت شهر همدان در سال ۱۳۹۷ است. کلیه بیماران انتقالی از بخش مراقبت‌های ویژه به بخش‌های عمومی در بیمارستان بعثت بودند. این مطالعه در یک بیمارستان منطقه‌ای در شهر همدان انجام شد. بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) بیمارستان دارای ۲۸ تخت و شامل بیماران MPT، جراحی‌های عمومی و عروقی، بیماری‌های نروژوژیک و ... است. این بیماران به‌طور مداوم پایش می‌شوند. در بخش مراقبت‌های ویژه، هر پرستار ۲ الی ۳ بیمار دارد. ICUMAN در هر شیفت وجود دارد که بیماران را ویزیت می‌کند. بخش عمومی شامل ۳۰ تخت است که در شیفت صبح توسط ۳ پرستار و در شیفت‌های عصر و شب توسط ۲ پرستار که معمولاً سابقه کاری کمتری دارند، اداره می‌شود. بعد از انتقال بیمار، پرستار ICU مسئولیتی در قبال بیمار و وضعیت بالینی وی در بخش ندارد. بیمار در بخش عمومی در کنار بیماران الکتیو و تحت مراقبت‌های عمومی بخش قرار می‌گیرد. به مراقب (مراقبین)، آموزش‌های لازم برای مراقبت از بیمار داده نمی‌شود و امکانات لازم جهت مانیتورینگ مداوم بیماران وجود ندارد. پرستار رابط در این پژوهش، پرستار مراقبت‌های ویژه با مدرک کارشناسی ارشد و با ۹ سال سابقه کار بود که قادر بود با استفاده از مطالعات و تجارب خود، اهداف خود را تحقق بخشد. معیارهای ورود برای بیماران: بستری در بخش مراقبت‌های ویژه که حداقل به مدت ۷۲ ساعت بستری شده باشند؛ طبق دستور پزشک از بخش ویژه به بخش‌های عمومی قابل انتقال باشند؛ سن بیماران بین (۱۸۶۵) سال باشد؛ بیمارانی که سابقه بیماری قلبی، سکتة مغزی، بیماری‌های خودایمن، سرطان، ایست قلبی تنفسی و بیماری‌های روانی نداشته باشند؛ اولین تجربه بستری در ICU را داشته باشد؛ بیمار ناتوانی‌های ذهنی و جسمی قبل از پذیرش و بعد از ترخیص از ICU را نداشته باشد.

پرستاران نقش مهمی در افزایش کیفیت مراقبت، رضایتمندی گیرندگان خدمت و درنهایت موجب تعالی سازمان می‌شوند [۱۷]. پرستاران رابط نقش بسیار مهمی در کاهش اضطراب بیماران و خانواده آنها به دلیل تغییر بخش، نبودن امکانات و دستگاه‌های مجهز بخش مراقبت‌های ویژه در بخش داخلی - جراحی، عدم حضور دایمی پرستاران بر بالین دارند. مطالعات نشان می‌دهند که در حدود ۴٪ از بیمارانی که از بخش‌های مراقبت‌های ویژه مرخص می‌شوند دچار عوارض جانبی مانند اضطراب و استرس (تغییرات علائم حیاتی دارند) می‌گردند که حدود ۳/۴ از این عوارض جانبی منجر به ناتوانی می‌شوند [۱۸]. با اینکه ترخیص بیمار از بخش ویژه به بخش عمومی قدم مثبت محسوب می‌شود ولی بیمار و خانواده‌اش اغلب اضطراب و استرس را تجربه می‌کنند. این اضطراب که به‌عنوان اضطراب جدایی نامیده می‌شود اغلب بیمار و خانواده‌اش را درگیر می‌کند [۱۹]. تجربیات بیماران حین ترخیص از بخش‌های ویژه به بخش عمومی را به سه دسته جسمی، روانی و مراقبتی تقسیم کرده‌اند [۲۰]. تجربیات بیماران از یک احساس مثبت شامل مستقل بودن تا احساس منفی شامل اضطراب و استرس می‌تواند متفاوت باشد [۲۱]. بسیاری از تحقیقات حضور پرستار رابط بخش مراقبت‌های ویژه را در بهبود مهارت و دانش پرستاران بخش‌های عمومی و همچنین، اضطراب و استرس بیماران حین انتقال از بخش مراقبت‌های ویژه را بسیار مثبت دانسته‌اند [۲۲]. بیماری جدی و ورود به بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) یک تجربه تهاجمی است که می‌تواند منجر به تحول قابل ملاحظه‌ای در زندگی بیمار و نزدیکان آنها شود. اعضای خانواده بیماران بدحال اغلب با افزایش مشکلات روحی و جسمی روبرو هستند [۲۳]. بسیاری از بیماران و اعضای خانواده در طول تجربه ICU علائم روانی را تجربه می‌کنند که از این میان، استرس، اضطراب و افسردگی شایع‌تر هستند؛ این علائم با وضعیت بیمار تشدید می‌شود [۲۴].

مداخله از طریق پرستار رابط ICU به‌عنوان روش آموزشی مفیدی بیان شده است، اما تاکنون در کشور ما تأثیر پرستار رابط ICU بر شاخص‌های فیزیولوژیک و سطح هوشیاری این بیماران به خوبی مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است. از سوی دیگر به نظر می‌رسد مداخله آموزشی توسط پرستار رابط ICU که خود تجربه کافی در مورد برخورد با بیماران ICU را دارد بتواند سهم بسیار بزرگی در پایداری علائم حیاتی و سطح

(اکسیژن، ساکشن، بخور، تشک مواج و...) و وضعیت اطاق را از نظر تهویه، نور و فضا بررسی نمود. به پرستاران بخش عمومی درباره انتقال بیمار و وضعیت وی حداقل ۲-۳ ساعت قبل از انتقال بیمار اطلاع رسانی شد.

۳- مراقبت و حمایت جسمی و عاطفی از بیمار و آموزش به او: قبل از انتقال، وضعیت جسمی و روانی بیمار با دقت مورد بررسی قرار گرفت. به بیمار در مورد علت انتقال وی به بخش، امکانات مراقبتی بخش و پرستار مسئول بیمار در بخش توضیحات لازم و به سوالات بیمار در این زمینهها پاسخ داده شد. همچنین به وی اطمینان داده می شد که پرستار رابط ICU به صورت روزانه با بیمار ملاقات و وضعیت بیمار و مراقبت های لازم وی را نظارت می کند. در صورت لزوم یا با درخواست بیمار، آموزش های لازم در مورد نحوه خودمراقبتی داده شد. پس از آموزش از بیمار خواسته شد تا در حضور پرستار رابط آنها را انجام یا تکرار نماید و سعی در رفع اشکالات شد. از وی خواسته شد تا اگر سوالی دارد بپرسد و تمامی سوالات بیمار در مورد مراقبت با دقت پاسخ داده شد.

۴- حمایت و آموزش به خانواده بیمار: شرایط جسمی و روانی بیمار به خانواده توضیح داده شد. با توجه به شرایط بیمار و نوع مراقبت ها، آموزش توسط پرستار رابط داده شد. آموزش هایی چون ساکشن ترشحات در تراکتوستومی، گاوژ بیمار، فیزیوتراپی تنفسی، ماساژ پوست، تغییر پوزیشن صحیح، مراقبت از چشم و پوست بیمار، پیشگیری از Drop foot، رعایت بهداشت دهان و دندان، شستن دست ها برای پیشگیری از عفونت های بیمارستانی، مراقبت از آتل، حمام در تخت و... همچنین آموزش مراقبت های بیمار بعد از ترخیص (انجام فیزیوتراپی، ارجاع به روانپزشک و...) نیز به خانواده داده شد.

در بیماران گروه کنترل بدون هیچ مداخله ای فرآیند انتقال از بخش مراقبت های ویژه به بخش عمومی انجام و در فواصل زمان انتقال، ۲۴ و ۷۲ ساعت پس از حضور در بخش وضعیت جسمی و روانی آنها بررسی و در فرم بررسی وضعیت جسمی و روانی ثبت شد. پرسشنامه دموگرافیک شامل اطلاعات هویتی (سن، جنس، تاهل، محل سکونت، شغل، وزن، قد، شاخص توده بدنی، تحصیلات، وضعیت بیمه، فرد سرپرست خانواده، افرادی که با وی در منزل زندگی می کنند، و نیز افرادی که قرار است پس از ترخیص از وی مراقبت کنند)، تاریخچه سلامت (تاریخ بستری در بیمارستان، تاریخ بستری در ICU، تاریخ انتقال، تشخیص فعلی، مدت زمان اینتوبه، سابقه حساسیت، سابقه قبلی بستری در بیمارستان، سابقه مصرف مواد مخدر و دخانیات، سابقه ابتلا به بیماری، رژیم غذایی، وجود درد، تنگی نفس، تپش قلب، ضعف، و

قرار گرفتن بیمار گروه کنترل و آزمون در یک اطاق و انصراف بیمار و خانواده اش از معیارهای خروج بود. بیماران و خانواده هایی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند شناسایی شدند. سپس برای انتخاب آنها به دو گروه کنترل و آزمون از بلوک چهارتایی جایگشتی استفاده شد. در ابتدا فرم رضایت نامه از خانواده بیماران شناسایی شده (در صورت تمایل به شرکت در این پژوهش) گرفته شد. بعد از دستور انتقال به بخش عمومی توسط پزشک یا پزشکان، پرستار رابط پژوهش خود را شروع و حداقل تا ۲ ساعت بعد از استقرار بیمار در بخش عمومی ادامه داد. ابتدا با بیمار و خانواده او ارتباط برقرار کرده و انتقال بیمار را به بخش عمومی اطلاع می دهد و سپس خود را به عنوان پرستار رابط معرفی می کند. در هر دو گروه آزمون و کنترل پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک و بیماری در بدو ورود به پژوهش تکمیل شد و علائم حیاتی (فشار خون، تعداد تنفس، تعداد نبض، فشار متوسط شریانی، سطح اشباع اکسیژن خون) و سطح هوشیاری در هر دو گروه قبل از انتقال و بعد از استقرار در بخش عمومی توسط پرستار رابط کنترل و ثبت شد. در گروه کنترل، مراقبت معمول شامل اطلاع به بیمار درباره انتقال به بخش و انتقال وی با هماهنگی انجام می شود. بیمار در گروه مداخله علاوه بر مراقبت های روتین از خدمات پرستار رابط برخوردار شد. گروه مداخله، روزانه به مدت ۳ روز، روزی دو بار (۷ صبح - ۷ شب) توسط پرستار رابط ویزیت شد. بر اساس مطالعات انجام شده پرستار رابط ICU در چهار حوزه فعالیت می نماید که شامل: ۱- آموزش به پرستاران بخش عمومی درباره نیازهای مراقبتی بیماران و حمایت از آنهاست. در این راستا پرستار رابط، پرستار مسئول بیمار در بخش را شناسایی و با وی ارتباط برقرار نمود. روند کلی مراقبت هایی که از بیمار در زمان بستری در ICU برای وی انجام شده بود را به پرستار بیمار اطلاع داد و بر اساس فرم ارزیابی پرستاری، بیمار را بررسی و پرونده بیمار را مطالعه کرد. در پایان ارزیابی پرستاری، فهرستی از مراقبت های لازم، مراقبت های دارویی، میزان استقلال بیمار به دست آمد که بر اساس آنها برنامه مراقبتی تدوین شد. این برنامه مراقبتی به صورت کاردکس در اختیار پرستاران بخش عمومی قرار داده شد. در صورت لزوم به پرستار بخش عمومی آموزش داده شد. شماره تماس پرستار رابط در اختیار پرستاران بخش قرار داده می شد، تا در صورت نیاز با وی در تماس باشند.

۲- برقراری ارتباط بین ICU و بخش و آماده کردن هر دو بخش برای فرآیند انتقال: در این راستا پرستار رابط قبل از انتقال بیمار، تخت مورد نظر در بخش عمومی را از لحاظ سالم بودن، پوزیشن دهی و داشتن نرده کنار تخت و نیز امکانات مورد نیاز بیمار

با معیار گلاسکو (GCS) به پاسخ کلامی تکیه نمی‌کند. در ICU شرایط مختلفی نظیر راه هوایی مصنوعی، تراکتوستومی، خواب‌آلودگی یا توهم، مانع ارزیابی صحیح پاسخ کلامی می‌شوند. بنابراین چنین به نظر می‌رسد که معیار FOUR ابزاری مناسب جهت اندازه‌گیری سطح هوشیاری باشد. در مطالعه ما آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۹/۹ بیان شده است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار برای داده‌های کمی و فراوانی و درصد فراوانی برای داده‌های کیفی استفاده می‌شود. همچنین از آزمون‌های T-test مستقل و زوجی و آزمون کای دو توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (SPSS Inc., Chicago, Ill., USA) استفاده شد.

یافته‌ها

مجموعاً ۹۰ بیمار (۴۵ نفر در گروه آزمون و ۴۵ نفر در گروه مداخله) وارد شدند و هر دو گروه در نهایت از نظر متغیرهای دموگرافیک و بالینی با یکدیگر تطبیق داشته و همگن بودند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در دو گروه مورد مطالعه (کنترل و مداخله) از نظر میزان تعداد مراقبت‌ها مشابه بودند و آزمون دقیق فیشر، تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه نشان نداد ($P > 0/05$). لذا هر دو گروه از این نظر همگن بودند.

نیز وجود اختلالات در خواب، اشتها، دفع مدفوع و ادرار، همچنین داشتن نیاز به کمک در انجام فعالیت‌های روزانه، نیاز به آموزش، نیاز به داشتن اطلاعات، وضعیت تحرک) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. همچنین فرم تعیین نوع و مشخصات مراقبت‌های لازم برای بیمار (مراقبت از دهان، بهداشت فردی، سوند فولی، سوند معده، تراکتوستومی، کلستومی، پانسما، سوچور، درن، تراکشن، آتل یا گچ، چست تیوب، زخم بستر، فیزیوتراپی تنفسی و فیزیوتراپی اندام‌ها) نیز استفاده شد.

فرم ثبت وضعیت هوشیاری بیمار شامل دو قسمت زیر بود. الف) معیار گلاسکو (GCS) برای کنترل سطح هوشیاری بیمار که معیاری استاندارد برای تعیین هوشیاری در افراد بالای پنج سال است. این مقیاس معمولاً در آسیب‌های مغزی، اورژانس‌ها و سایر موارد مختل‌کننده هوشیاری به کار می‌رود. حداکثر امتیاز ۱۵ است و حداقل آن ۳ است. در مطالعه آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بیان شد.

ب) مقیاس معیار جامع بی‌پاسخی (FOUR (Full Outline of Unresponsiveness) که کمترین نمره (۰) و بیشترین نمره (۱۶) است. این معیار در سال ۲۰۰۵ توسط محققان کلینک مایو (Mayo Clinic) و برای ارزیابی تغییرات سطح هوشیاری پیشنهاد شده است. این ابزار متشکل از چهار قسمت پاسخ چشمی، حرکتی، رفلکس ساقه مغز و الگوی تنفسی است. معیار FOUR در مقایسه

جدول ۱. مقایسه توزیع فراوانی نوع مراقبت‌های روزانه در دو گروه کنترل و مداخله

نوع مراقبت‌ها	مداخله		کنترل		نتایج آزمون کای دو
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
مراقبت از دهان	۴۵	۱۰۰/۰	۴۵	۱۰۰/۰	$X^2 = \dots, df = 1, P = 0/99$
بهداشت فردی	۴۵	۱۰۰/۰	۴۵	۱۰۰/۰	$X^2 = \dots, df = 1, P = 0/99$
سوند فولی	۴۵	۱۰۰/۰	۴۵	۱۰۰/۰	$X^2 = \dots, df = 1, P = 0/99$
سوند معده	۵	۱۱/۱	۵	۱۱/۱	$X^2 = 0/00, df = 1, P = 0/99$
تراکتوستومی	۲	۴/۴	۳	۶/۷	$X^2 = 0/212, df = 1, P = 0/654$
کلستومی	۲	۴/۴	۰	۰/۰	$X^2 = 2/045, df = 1, P = 0/153$
پانسما	۳۹	۸۶/۷	۳۹	۸۶/۷	$X^2 = 0/00, df = 1, P = 0/99$
سوچور	۴۰	۸۸/۹	۳۹	۸۶/۷	$X^2 = 0/104, df = 1, P = 0/748$
درن	۲	۴/۴	۱۴	۳۱/۱	$X^2 = 10/946, df = 1, P = 0/001$
تراکشن	۴	۸/۹	۳	۶/۷	$X^2 = 0/155, df = 1, P = 0/694$
آتل یا گچ	۷	۱۵/۶	۵	۱۱/۱	$X^2 = 0/385, df = 1, P = 0/535$
چست تیوب	۸	۱۷/۸	۱۲	۲۶/۷	$X^2 = 1/029, df = 1, P = 0/310$
زخم بستر	۰	۰/۰	۲	۴/۴	$X^2 = 2/045, df = 1, P = 0/153$
فیزیوتراپی تنفسی	۴۳	۹۵/۶	۴۳	۹۵/۶	$X^2 = 0/00, df = 1, P = 0/99$

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار شاخص‌های فیزیولوژیک بیماران قبل از انتقال از ICU به بخش‌های عمومی در دو گروه مداخله

آزمون T	مداخله		کنترل		گروه‌ها
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
T= ۰/۴۲ P-value=۰/۶۷۴	۱۰/۴۲۸	۱۱۷/۴۸۸	۱۸/۴۱۲	۱۱۸/۸۲۲	فشارخون سیستولیک (۱۴۰-۱۰۰ میلی متر جیوه)
T= ۰/۳۱ P-value=۰/۷۵۷	۸/۲۹	۷۰/۶۰	۱۱/۱۸	۶۹/۹۶	فشارخون دیاستولیک (۹۰-۶۰ میلی متر جیوه)
T= -۰/۲۶ P-value=۰/۷۹۳	۸/۴۸	۸۵/۶۹	۱۲/۰۲	۸۶/۲۷	متوسط فشار خون (۹۰-۷۰ میلی متر جیوه)
T= ۰/۵۶۲ P-value=۰/۵۷۵	۱۱/۹۱	۸۸/۲۴	۱۵/۲۶	۸۶/۲۲	تعداد ضربان قلب (۱۰۰-۶۰ دقیقه)
T= -۵/۶۰ P-value=۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱۵/۷۶	۰/۹۷	۱۶/۷۸	تعداد تنفس (۲۰-۱۲ دقیقه)
T= -۲/۳۶ P-value= ۰/۰۲۰	۰/۱۴	۳۷/۰۲	۰/۳۲	۳۷/۱۵	درجه حرارت (۳۶/۵-۳۷/۲ سانتیگراد)
T= ۴/۷۴ P-value= ۰/۴۲۶	۰/۰۱	۹۵	۰/۰۲	۹۳	SO ₂ (۹۹-۹۲ درصد)

تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. لذا هر دو گروه از این نظر همگن بودند. میانگین تعداد تنفس ($P=0/001$) و میانگین درجه حرارت ($P=0/020$) در دو گروه معنی‌دار آماری بود هر چند که در هر دو گروه در محدوده‌های طبیعی بودند.

نتایج آزمون T مستقل در جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین فشار خون سیستول ($P=0/674$) و میانگین فشارخون دیاستول ($P=0/757$)، میانگین فشار متوسط شریانی ($P=0/793$) و تعداد ضربان قلب ($P=0/255$) قبل از انتقال بین دو گروه کنترل و آزمون

جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار شاخص‌های فیزیولوژیک بیماران در پایان مطالعه در دو گروه مداخله

آزمون T	مداخله		کنترل		متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
T= ۰/۶۸۹ df=۸۸ P-value=۰/۴۹۳	۱۵/۶۶۹	۱۱۹/۳۵۶	۱۸/۴۹۲	۱۲۱/۸۴۴	فشارخون سیستولیک (۱۴۰-۱۰۰ میلی متر جیوه)
T= ۰/۰۵۴ P-value=۰/۹۵۷	۹/۹۶۶	۷۲/۰۰۰	۱۰/۸۲۰	۷۲/۱۱۱	فشارخون دیاستولیک (۹۰-۶۰ میلی متر جیوه)
T= -۰/۳۲۰ P-value=۰/۷۵۰	۱۰/۸۲۰	۸۷/۳۹۱	۱۱/۱۶۹	۸۸/۱۳۳	متوسط فشار خون (۹۰-۷۰ میلی متر جیوه)
T= ۰/۱۹۴ P-value=۰/۸۴۶	۱۱/۱۸۶	۸۸/۱۵۶	۱۴/۶۳۲	۸۷/۶۲۲	تعداد ضربان قلب (۱۰۰-۶۰ دقیقه)
T= ۰/۵۸۷ P-value=۰/۵۵۸	۰/۹۰۰	۱۶/۹۱۱	۰/۸۹۴	۱۶/۸۰۰	تعداد تنفس (۲۰-۱۲ دقیقه)
T= ۱/۳۸۸ P-value= ۰/۱۶۹	۰/۲۹۸	۳۷/۱۶۷	۰/۲۹۷	۳۷/۰۷۸	درجه حرارت (۳۶/۵-۳۷/۲ سانتیگراد)
T= ۰/۱۵۱	۰/۰۲۴	۰/۹۳۷	۰/۰۱۸	۰/۹۳۶	SO ₂ (۹۹-۹۲ درصد)

P-value= ۰/۸۸۰

جدول ۴. شماره ۴. مقایسه میانگین و انحراف معیار سطح هوشیاری بیماران در دو گروه کنترل و مداخله

آزمون T	مداخله		کنترل		متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
T= - ۱/۰۸۲ df=۸۸ P-value=۰/۲۸۲	۱/۵۳۴	۱۴/۰۸۸	۵/۷۲۴	۱۵/۰۴۴	قبل از انتقال
T=۱/۷۰۹ df =۸۸ P-value=۰/۰۹۱	۰/۹۳۹	۱۴/۷۳۳	۱/۵۷۲	۱۴/۲۶۶	بعد از انتقال
T= -۰/۴۱۹ Df= ۸۸ P-value=۰/۶۷۷	۱/۵۱۶	۱۵/۵۳۳	۰/۹۳۳	۱۵/۶۴۴	قبل از انتقال
T= -۰/۷۴۲ df=۸۸ P-value=۰/۴۶۰s	۱/۰۹۰	۱۵/۷۵۵	۶/۱۳۳	۱۵/۴۴۴	بعد از انتقال

GCS

FOUR

تست‌های آزمایشگاهی، نوع داروهای دریافتی، تعداد و نوع مراقبت روزانه و شاخص استقلال در انجام فعالیت‌های روزانه Katz مشابه هم بودند.

مراقبین بیماران در بیمارستان در این پژوهش، اکثراً اعضای درجه یک خانواده (والدین، همسر، خواهر یا برادر و فرزندان) بودند. تمامی مراقبین با بیمار خود همجنس بودند و اکثر مراقبین بیمار در هر دو گروه، فرزندانشان بودند. اکثر مراقبین با بیمار در یک مکان زندگی نمی‌کردند. سایر مشخصات فردی بررسی شده مراقبین در این پژوهش در دو گروه با یکدیگر مشابه بود.

هر دو گروه از نظر توزیع سنی یکسان بودند بیشترین افراد شرکت‌کننده در مطالعه مرد بودند. در گروه کنترل ۶۸/۹٪ و در گروه مداخله ۷۱/۱٪ مرد بودند. بیشتر بیماران در هر دو گروه متاهل و ساکن شهر بودند. از نظر میزان تحصیلات تفاوت معنی‌داری نداشتند. بیشترین علت بستری در هر دو گروه به علت تروما و جراحی بود. میانگین بستری در گروه مداخله ۷/۲۶ و در گروه کنترل ۸/۹۵ و میانگین اینتوباسیون در گروه مداخله ۸/۱۴ روز و در گروه کنترل ۹/۸۴ روز بود.

یافته‌های تحقیق نشان داد که پرستار رابط تاثیر معنی‌داری بر روی پارامترهای همودینامیک و سطح

نتایج آزمون T مستقل در جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین فشار خون سیستول ($P=۰/۴۹۳$) و میانگین فشارخون دیاستول ($P=۰/۹۵۷$)، میانگین فشار متوسط شریانی ($P=۰/۷۵۰$) و میانگین تعداد ضربان قلب ($P=۰/۸۴۶$) و میانگین تعداد تنفس ($P=۰/۵۵۸$)، و میانگین درج G حرارت ($P=۰/۱۶۹$) و میزان SO_2 ($P=۰/۸۸۰$)، بعد از انتقال بین دو گروه کنترل و آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. لذا هر دو گروه از این نظر همگن بودند

سطح هوشیاری بیماران توسط مقیاس گلاسکو (GCS) و FOUR در هر دو گروه سنجیده شد. در مقیاس GCS حداقل نمره ۳ و حداکثر ۱۵ است. در مقیاس FOUR حداقل نمره ۴ و حداکثر نمره ۱۶ است. در این دو مقیاس، اگر نمره بیمار بالاتر باشد سطح هوشیاری و آگاهی او به زمان و مکان بیشتر است. جدول شماره ۴ نشان داد که در دو گروه مورد مطالعه (کنترل و مداخله) از نظر میزان سطح هوشیاری یکسان بودند و آزمون کای دو تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه نشان نداد.

بحث

بیماران دو گروه مداخله و کنترل از نظر ویژگی‌های فردی، تاریخچه سلامت، سطح هوشیاری، پارامترهای

قبل از ترخیص از بیمارستان، مجدداً در ICU بستری می‌شوند. Elliott علت آن را دریافت خدمات درمانی ناکارآمد و همودینامیک ناپایدار در بخش عمومی می‌داند. در تحقیق آنها مشخص شده است که پرستاران رابط می‌توانند این خلا مراقبتی را با ارزیابی بیماران در بخش عمومی از بین ببرند [۲۸]. در مطالعه Green و همکاران (۲۰۰۴) از کشور استرالیا، بیان می‌کند پرستار رابط برطرف‌کننده شکاف بین بخش ویژه و عمومی است. او نقش پرستار رابط در ترخیص سریع تر بیماران و عدم بستری مجدد در بخش ویژه را تأیید می‌کند و همچنین بیان می‌کند که در صورت نبود تخت در بخش ویژه، پرستاران رابط می‌توانند به خوبی از بیماران بدحال مراقبت کنند [۲۹]. مطالعه Chaboyer و همکاران (۲۰۰۵) در استرالیا در مورد تأثیر پرستار رابط، نشان می‌دهد که پرستار رابط با پرستاران بخش بهتر ارتباط برقرار می‌کند و موجب همدلی در آنها می‌شود و موجب ارتقای همکاری و افزایش سطح آگاهی می‌شود [۱۲]. با این حال، McIntyre و همکاران (۲۰۱۲) از کشور استرالیا که با بررسی نگرش پرستاران شاغل به خدمات پرستار رابط در بیمارستان آموزشی دریافتند که خدمات پرستار رابط در بهبود کیفیت مراقبت و ارتقای دانش و مهارت پرستاران موثر است. احتمالاً به دلیل گسترش مهارت و تخصص پرستار رابط است که به آن مراقبت‌های ویژه بدون دیوار می‌گویند و موجب افزایش اطلاعات در پرستاران بخش می‌شود [۱۵]. O'Sullivan و همکاران (۲۰۱۵) از ایرلند با پیاده‌سازی و ارزیابی پست پرستار مراقبت‌های ویژه نوزادان پس از زایمان، متوجه شدند که پرستاران رابط بخش نوزادان می‌توانند ۶۶ تخت را در سال از طریق فراهم آوردن ایمنی، کیفیت و کارایی مراقبت‌های بهداشتی ذخیره کنند، که موجب کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی (۳۱۴۱۶ دلار) می‌شوند. معرفی یک پرستار رابط مراقبت از نوزاد در بخش پس از زایمان به‌عنوان وسیله‌ای برای ارائه مراقبت‌های ایمن، مقرون به صرفه و با کیفیت بالا توصیه می‌شود [۳۰].

Doric و همکاران (۲۰۰۸) از استرالیا در تحقیقی با هدف تأثیر پرستار رابط بر بهبودی بیماران بستری در بخش ویژه متوجه شدند که پرستاران رابط از طریق ارزیابی مکرر بیمار و نظارت بر نشانه‌های حیاتی و تعادل آب و الکترولیت‌ها و ارائه آموزش به بیمار در بخش‌های عمومی، توانایی‌ها و نتایج بیماران را بهبود می‌بخشند [۳۱]. در

هوشیاری در بیماران انتقالی از بخش مراقبت‌های ویژه ندارد. این یافته با مطالعات قبلی در مورد اثرات نقش پرستار رابط در تعارض است [۹، ۲۵].

هر دو گروه از نظر فشارخون سیستول، فشار خون دیاستول، تعداد ضربان قلب و SO_2 تفاوت معنی‌داری نداشتند ولی از نظر تعداد تنفس و درجه حرارت با هم تفاوت معنی‌داری داشتند که از نظر بالینی اهمیتی ندارد زیرا تعداد تنفس و درجه حرارت در محدوده‌های طبیعی هستند.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده این فرضیه رد می‌شود و پرستار رابط تأثیری بر شاخص‌های فیزیولوژیک ندارد. این یافته‌ها با برخی از مطالعات قبلی در مورد اثرات نقش پرستار ارتباطی متضاد دارد. مطالعات مختلفی در رابطه با پرستار رابط و بیماران بستری و انتقالی از بخش ویژه انجام شده است اما نتیجه یکسانی به‌دست نیامده است. مطابق با یافته‌های فعلی، مطالعه Williams و همکاران (۲۰۱۰) در کشور استرالیا که با ارزیابی مراقبت‌های پرستار رابط در ترخیص بیماران از بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد، نشان داد که آموزش و خدمات مراقبت‌های ویژه ارائه شده توسط پرستاران رابط ICU تأثیری بر پذیرش مجدد و مدت بستری در بخش ویژه نداشت [۲۵]. Green و همکاران (۲۰۱۲) یک نظرسنجی در مورد پرستار رابط در استرالیا انجام دادند که طبق آن بیان کردند که عملکردهای پرستاران رابط یا همان liaison nurse با هم یکسان است. تفاوت نتیجه این مطالعه با مطالعه حاضر می‌تواند به دلیل مهارت و صلاحیت پرستاران رابط و یا شرایط پیچیده بیماران بخش ویژه باشد [۲۶]. مطالعه Caffin و همکاران (۲۰۰۷) که در ملبورن استرالیا با هدف بررسی نقش پرستار رابط در بخش ویژه اطفال انجام شد، اشاره می‌کند که پرستار رابط بخش ویژه اطفال نتایج مثبتی در بهبود اطفال و افزایش سطح آگاهی مادران آنها داشته است و موجب کاهش نرخ پذیرش شده است. نود و نه درصد از والدین مورد نظر موافق بودند که نقش LN ایده خوبی است. محقق نقش پرستار رابط را بسیار مفید می‌داند. این تضاد می‌تواند به این دلیل باشد که تعداد تخت‌های بخش ویژه اطفال کمتر است و همچنین مادران انگیزه بیشتری برای ارتباط و آموزش دارند [۲۷]. در مطالعه Elliott و همکاران (۲۰۱۳) از کشور استرالیا که تأثیر پرستار رابط بر بهبودی بیماران بخش ویژه را می‌سنجد اشاره می‌کند که بیماران منتقل شده از ICU به بخش‌های عمومی

در بخش عمومی نیز مراقبت کنند و به پرستاران بخش در شناسایی و مدیریت بیماران بدحال کمک کنند. پرستاران رابط با ارزیابی دقیق، مهارت‌های بالینی و ارتباطی می‌توانند از بیمار و خانواده‌های آنها مراقبت کنند. با توجه به مجرب بودن و توانایی‌هایشان می‌توانند با تشخیص به موقع علائم خطر، آموزش به بیمار و خانواده‌های آنان، کنترل عفونت، مدیریت راه هوایی در بیماران تراکئوستومی، پیشگیری از سقوط و آسیب‌های چشمی، مراقبت از پوست، حفظ عملکردهای فیزیکی نقش خود را برای ارتقای سلامت ایفا کنند. علاوه بر این، انجام مطالعات در زمینه استراتژی برای بهبود کیفیت مراقبت بعد از انتقال از بخش مراقبت‌های ویژه توصیه شده است. اگر چه پرستار رابط بر شاخص‌های فیزیولوژیک و سطح هوشیاری موثر نبود اما یافته‌های این مطالعه چارچوبی برای توسعه و ارزیابی نقش پرستار رابط در آینده را فراهم می‌کند.

سیاسگزاری

نویسندگان از همکاری پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه و بخش عمومی و افرادی که در این مطالعه شرکت کردند تشکر و سپاسگزاری می‌کنند. همچنین مجوز اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان، با کد IR.UMSHA.REC.1396.411 و اخذ گردیده و مطالعه در مرکز کارآزمایی بالینی ایران، با کد IRCT20160110025929N12 ثبت شده است.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد

منابع مالی

منابع مالی این پژوهش توسط معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی همدان تامین شده است.

مطالعه Tabanejad و همکاران (۲۰۱۶) تاثیر پرستاران رابط ICU بر بهبود بیماران بعد از انتقال از بخش ویژه به بخش عمومی بررسی شده است؛ این مطالعه نشان می‌دهد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری از نظر شاخص‌های فیزیولوژیک و مدت زمان بستری نیست [۳۲]. این یافته‌های متضاد را می‌توان به علت تفاوت در ساختار سازمانی، سیستم‌های مراقبتی و مدیریت، ارتباطات، صلاحیت و مهارت پرستاران، نگرش پرستاران بخش نسبت به نقش پرستار رابط، طول مطالعات و حمایت و حیطه اختیارات پرستار رابط دانست. مطالعات بیشتر در مقیاس بزرگ در چند مرکز مطالعاتی می‌توانند شواهد قویتری در رابطه با پرستار رابط و نتایج آن ارائه دهند. بر این اساس، در مقیاس بزرگتر، نقش پرستاران ارتباطی بیشتر قابل توجه است زیرا در چنین شرایطی ارائه مراقبت‌های تخصصی به تعداد بیشتری از بیماران ممکن می‌شود. این اولین مطالعه در همدان بود؛ بر این اساس، یکی از محدودیت‌های مطالعه ناآشنا بودن پرستاران و مدیران مطالعه ایجاد هماهنگی با این نقش بود. علاوه بر این، در این مطالعه مراقبت ویژه پس از ICU تنها توسط یک پرستار رابط در بازه زمانی کوتاه انجام شد. تعداد نمونه‌ها و بازه زمانی مطالعه نیز کم بود که ممکن است بر نتایج موثر باشد.

نتیجه‌گیری

بیماران بستری در بخش ویژه، یک گروه آسیب‌پذیر با نیازهای پیچیده مراقبتی هستند که به دلیل بهبود نسبی در معرض خطر هستند. این بیماران و خانواده‌های آنها در مرحله بحران و عوارض آن به سر می‌برند و نیاز به حمایت و پشتیبانی دارند. بیماران به گواه اکثر مطالعات پیشین، از نظر جسمی و روانی دچار مشکلات متعدد هستند. پرستار رابط به دلیل آشنایی با بیمار و خانواده وی می‌تواند مدیریت سریع و جامع‌تری برای بهبود وضعیت بیمار انجام دهد. پرستاران رابط علاوه بر بیماران بخش ویژه، می‌توانند از بیماران بدحال

References

1. Urden LD, Stacy KM, Lough ME. Critical Care Nursing-E-Book: Diagnosis and Management: Elsevier Health Sciences; 2017.
2. Falk A-C, Wallin E-M. Quality of patient care in the critical care unit in relation to nurse patient ratio: A descriptive study. Intensive and Critical Care Nursing. 2016;35:74-9. [DOI:10.1016/j.iccn.2016.01.002] [PMID]
3. Tan SS, Bakker J, Hoogendoorn ME, Kapila A, Martin J, Pezzi A, et al. Direct cost analysis of intensive care unit stay in four European countries: applying a standardized costing methodology. Value

- in Health. 2012;15(1):81-6.
[\[DOI:10.1016/j.jval.2011.09.007\]](#) [\[PMID\]](#)
4. Corrêa TD, Ponzoni CR, Rabello Filho R, Neto AS, de Freitas Chaves RC, Pardini A, et al. Nighttime intensive care unit discharge and outcomes: A propensity matched retrospective cohort study. *PLoS one*. 2018;13(12):e0207268.
[\[DOI:10.1371/journal.pone.0207268\]](#) [\[PMID\]](#)
[\[PMCID\]](#)
 5. Häggström M, Asplund K, Kristiansen L. How can nurses facilitate patient's transitions from intensive care?: a grounded theory of nursing. *Intensive and critical care nursing*. 2012;28(4):224-33.
[\[DOI:10.1016/j.iccn.2012.01.002\]](#) [\[PMID\]](#)
 6. Stelfox HT, Perrier L, Straus SE, Ghali WA, Zygun D, Boiteau P, et al. Identifying intensive care unit discharge planning tools: protocol for a scoping review. *BMJ open*. 2013;3(4):e002653.
[\[DOI:10.1136/bmjopen-2013-002653\]](#) [\[PMID\]](#)
[\[PMCID\]](#)
 7. Schofield-Robinson OJ, Lewis SR, Smith AF, McPeake J, Alderson P. Follow-up services for improving long-term outcomes in intensive care unit (ICU) survivors. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2018;11:Cd012701.
[\[DOI:10.1002/14651858.CD012701.pub2\]](#) [\[PMCID\]](#)
 8. So HM, Yan WW, Chair SY. A nurse-led critical care outreach program to reduce readmission to the intensive care unit: A quasi-experimental study with a historical control group. *Australian Critical Care*. 2018. [\[DOI:10.1016/j.aucc.2018.11.005\]](#) [\[PMID\]](#)
 9. Endacott R, Chaboyer W, Edington J, Thalib L. Impact of an ICU Liaison Nurse Service on major adverse events in patients recently discharged from ICU. *Resuscitation*. 2010;81(2):198-201.
[\[DOI:10.1016/j.resuscitation.2009.10.011\]](#) [\[PMID\]](#)
 10. Chaboyer W, Thalib L, Foster M, Ball C, Richards B. Predictors of adverse events in patients after discharge from the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2008;17(3):255-63.
[\[DOI:10.4037/ajcc2008.17.3.255\]](#) [\[PMID\]](#)
 11. Chaboyer W, Lin F, Foster M, Retallick L, Panuwatwanich K, Richards B. Redesigning the ICU nursing discharge process: a quality improvement study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2012;9(1):40-8.
[\[DOI:10.1111/j.1741-6787.2011.00234.x\]](#) [\[PMID\]](#)
 12. Chaboyer W, Gillespie B, Foster M, Kendall M. The impact of an ICU liaison nurse: a case study of ward nurses' perceptions. *Journal of clinical nursing*. 2005;14(6):766-75.
[\[DOI:10.1111/j.1365-2702.2005.01141.x\]](#) [\[PMID\]](#)
 13. Alberto L, Zotárez H, Cañete ÁA, Niklas JEB, Enriquez JM, Gerónimo MR, et al. A description of the ICU liaison nurse role in Argentina. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2014;30(1):31-7.
[\[DOI:10.1016/j.iccn.2013.07.001\]](#) [\[PMID\]](#)
 14. Hesselink G, Zegers M, Vernooij-Dassen M, Barach P, Kalkman C, Flink M, et al. Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. *BMC health services research*. 2014;14(1):389. [\[DOI:10.1186/1472-6963-14-389\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
 15. McIntyre T, Taylor C, Eastwood GM, Jones D, Baldwin I, Bellomo R. A survey of ward nurses attitudes to the Intensive Care Nurse Consultant service in a teaching hospital. *Australian Critical Care*. 2012;25(2):100-9.
[\[DOI:10.1016/j.aucc.2011.10.003\]](#) [\[PMID\]](#)
 16. Adam S, Osborne S, Welch J. *Critical care nursing: science and practice*: Oxford University Press; 2017.
[\[DOI:10.1093/med/9780199696260.001.0001\]](#) [\[PMID\]](#)
 17. Stelfox HT, Lane D, Boyd JM, Taylor S, Perrier L, Straus S, et al. A scoping review of patient discharge from intensive care: opportunities and tools to improve care. *Chest*. 2015;147(2):317-27.
[\[DOI:10.1378/chest.13-2965\]](#) [\[PMID\]](#)
 18. Fry M. Literature review of the impact of nurse practitioners in critical care services. *Nursing in critical care*. 2011;16(2):58-66.
[\[DOI:10.1111/j.1478-5153.2010.00437.x\]](#) [\[PMID\]](#)
 19. Choi J, Tate JA, Rogers MA, Donahoe MP, Hoffman LA. Depressive symptoms and anxiety in intensive care unit (ICU) survivors after ICU discharge. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2016;45(2):140-6.
[\[DOI:10.1016/j.hrtlng.2015.12.002\]](#) [\[PMID\]](#)
[\[PMCID\]](#)
 20. Dolatyari A, Sharififar S, ZAREIYAN A, TADRISI SD. Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multiple center study in selected military hospitals. 2014.
[\[DOI:10.18869/acadpub.mcs.1.1.18\]](#)
 21. Rosa R, Ascoli A, Rutzen W, Madeira L, Falavigna M, Robinson C, et al. Factors associated with hospital anxiety and depression among ICU survivors: a cross sectional study. *Intensive care medicine experimental*. 2015;3(S1):A369.
[\[DOI:10.1186/2197-425X-3-S1-A369\]](#) [\[PMCID\]](#)
 22. Niven DJ, Bastos JF, Stelfox HT. Critical care transition programs and the risk of readmission or death after discharge from an ICU: a systematic review and meta-analysis. *Critical care medicine*. 2014;42(1):179-87.
[\[DOI:10.1097/CCM.0b013e3182a272c0\]](#) [\[PMID\]](#)
 23. Day A, Haj-Bakri S, Lubchansky S, Mehta S. Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Critical Care*. 2013;17(3):R91.
[\[DOI:10.1186/cc12736\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
 24. McAdam JL, Fontaine DK, White DB, Dracup KA, Puntillo KA. Psychological symptoms of family members of high-risk intensive care unit patients. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 2012;21(6):386-93; quiz 94.
[\[DOI:10.4037/ajcc2012582\]](#) [\[PMID\]](#)
 25. Williams TA, Leslie G, Finn J, Brearley L, Asthifa M, Hay B, et al. Clinical effectiveness of a critical

- care nursing outreach service in facilitating discharge from the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2010;19(5):e63-e72. [DOI:10.4037/ajcc2010965] [PMID]
26. Anna Green, Tammie McIntyre, Carmel Taylor, Wendy Chaboyer, Daryl Jones, Malcolm Elliot and et al., Uptake and caseload of intensive care unit liaison nurse services in Australia. *Critical care and resuscitation: journal of the Australasian Academy of Critical Care Medicine*. 2012;14(3):221. [PMID]
27. Caffin CL, Linton S, Pellegrini J. Introduction of a liaison nurse role in a tertiary paediatric ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2007;23(4):226-33. [DOI:10.1016/j.iccn.2006.12.001] [PMID]
28. Elliott M, Worrall-Carter L, Page K. Factors contributing to adverse events after ICU discharge: a survey of liaison nurses. *Australian Critical Care*. 2013;26(2):76-80. [DOI:10.1016/j.aucc.2012.07.005] [PMID]
29. Green A, Edmonds L. Bridging the gap between the intensive care unit and general wards-the ICU Liaison Nurse. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2004;20(3):133-43. [DOI:10.1016/S0964-3397(04)00024-2]
30. O'sullivan A, Boyd B, O'shaughnessy M, MacIntyre A, Begley C. Evaluation of the introduction of a postnatal ward liaison neonatal nurse. *Journal of Neonatal Nursing*. 2015;21(1):34-9. [DOI:10.1016/j.jnn.2014.07.003]
31. Doric A, Ernest D, Thalib L, Page KN, Chaboyer W, Elliott S, et al. The impact of an ICU liaison nurse service on patient outcomes. *Critical Care and Resuscitation*. 2008;10(4):296.
32. Tabanejad Z, Pazokian M, Ebadi A. The Effect of Liaison Nurse Service on Patient Outcomes after Discharging From ICU: a Randomized Controlled Trial. *Journal of caring sciences*. 2016;5(3):215. [DOI:10.15171/jcs.2016.023] [PMID] [PMCID]