

بررسی میزان رعایت مراقبت استاندارد از تراکئوستومی و برخی موانع مؤثر بر آن از

دیدگاه پرستاران

زهرا موسی زاده ساری^۱، مرضیه مالکی^۲، فروزان آتش زاده شوریده^۳، یداله محرابی^۴

۱. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، شعبه بین الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. مربی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. استادیار، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. استاد، گروه آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقاله پژوهشی

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال چهارم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۴، صفحات ۳۹-۴۶

چکیده

زمینه و هدف: تراکئوستومی از شایع‌ترین روش‌های جراحی در بخش مراقبت‌های ویژه است. هر چند اجرای مراقبت استاندارد منجر به کاهش عوارض بعد از عمل می‌گردد، اما عواملی منجر به ایجاد نگرش منفی در پرستاران و اجرای مراقبت‌های روتین و غیر استاندارد می‌شود. این مطالعه با هدف تعیین میزان رعایت مراقبت استاندارد از تراکئوستومی و برخی موانع مؤثر بر آن از دیدگاه پرستاران انجام شد.

مواد و روش‌ها: در پژوهش توصیفی تحلیلی حاضر، ۴۲ پرستار شاغل در دو بیمارستان منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۲ با روش تمام شماری وارد مطالعه شدند. اطلاعات از طریق پرسشنامه پژوهشگر ساخته ویژگی‌های فردی، فهرست وارسی مراقبت استاندارد از تراکئوستومی و موانع اجرای آن جمع‌آوری شد. چگونگی مراقبت هر پرستار از بیمار دارای تراکئوستومی ۳ بار توسط پژوهشگر مورد مشاهده قرار گرفت و سپس پرستاران پرسشنامه‌های ویژگی‌های فردی و موانع مراقبت استاندارد را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری مقایسه میانگین با یک عدد ثابت، آزمون تی مستقل، کای دو، آنالیز واریانس یک‌طرفه و ضریب همبستگی پیرسون تحت نرم‌افزار آماری SPSS ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: طبق نتایج، تنها ۲ پرستار (۴/۸ درصد) مراقبت از بیمار دارای تراکئوستومی را به صورت استاندارد انجام می‌دادند. بیشترین موانع تأثیرگذار بر اجرای مراقبت استاندارد، موانع مدیریتی (۵۴/۷۶ درصد) بود. همچنین همبستگی متوسطی بین مراقبت استاندارد با موانع مدیریتی ($r = 0/46$ ، $P = 0/002$)، موانع فردی ($r = 0/38$ ، $P = 0/012$) و کلیه موانع ($r = 0/46$ ، $P = 0/002$) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: اغلب مراقبت‌ها بعد از تراکئوستومی مطابق با دستورالعمل‌های استاندارد نیست و مهم‌ترین موانع اجرای آن‌ها، موانع مدیریتی است. با توجه به اهمیت این مراقبت‌ها، لازم است تمهیدات لازم جهت رفع موانع به عمل آید.

کلیدواژه‌ها: موانع، مراقبت، تراکئوستومی، مراقبت استاندارد، مراقبت پرستاری

نویسنده مسؤول:

فروزان آتش زاده شوریده
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

پست الکترونیک:

f_tashzadeh@sbmu.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۰۸/۲۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۱۲/۲۴

مقدمه

۱۷/۶٪ بیماران دچار عوارض زودرس و ۲۵/۵٪ آنان دچار عوارض دیررس شدند. میزان مرگ و میر مرتبط با تراکئوستومی و عوارض آن ۲۱/۶٪ و شایع‌ترین عوارض زودرس شامل آمفیزم زیرجلدی، پنوموتوراکس و پنومودیاستن بود که نمایانگر عدم کیفیت مراقبت‌های پس از جراحی تراکئوستومی است.^۴ طبق مطالعه Garrubba و همکاران (۲۰۰۹)، مهارت و تجربه ناکافی برخی از پرسنل مراقبت‌کننده از بیماران دارای تراکئوستومی می‌تواند منجر به کاهش کیفیت مراقبت از بیمار و افزایش مرگ و میر گردد.^۵

مراقبت بعد از عمل در موفقیت تراکئوستومی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به گونه‌ای که اگر از روش‌ها و اصول آسپتیک در طی جراحی و مراقبت‌های پرستاری پس از آن استفاده شود، از ایجاد و پیشرفت

تراکئوستومی (tracheostomy) یکی از شایع‌ترین روش‌های جراحی در بخش‌های مراقبت ویژه، جهت بیماران با شرایط بحرانی و نیاز به تهویه مکانیکی طولانی مدت است.^۱ هدف از انجام تراکئوستومی، باز نگه داشتن راه هوایی بیماران از طریق ایجاد منفذی روی دیواره تراشه است. تراکئوستومی مانند سایر جراحی‌ها می‌تواند منجر به عوارضی از جمله خونریزی، انسداد لوله تراکئوستومی و عفونت شود. با مراقبت استاندارد می‌توان از بروز این عوارض جلوگیری کرد.^۲ استانداردهای مراقبت، کیفیت مراقبت مورد انتظار در یک مرکز را تعریف و تعیین کرده و عملکردهایی را هدایت می‌کنند که با اجماع افراد متخصص در یک رشته، برای جمعیت یا گروهی خاص تدوین می‌شوند.^۳ نتایج حاصل از مطالعه ایزدی و همکاران (۱۳۸۸) بر روی کودکان زیر ۱۲ سال تحت تراکئوستومی نشان داد که

در این پژوهش، ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه ویژگی‌های فردی (سن، جنس، وضعیت استخدامی، سابقه کار، سابقه گذراندن دوره مراقبت از تراکتوستومی و شیفت کاری)، فهرست واریس مراقبت از تراکتوستومی و پرسشنامه موانع اجرای مراقبت استاندارد از تراکتوستومی بود. فهرست واریس مراقبت از تراکتوستومی شامل ۵۴ عبارت بود که با مروری بر متون و گایدلاین‌های انجمن پرستاران آمریکا و اروپا و کتب اصول و فنون پرستاری تهیه شد و عملکرد پرستار توسط پژوهشگر مورد مشاهده قرار گرفت. به اقداماتی که توسط پرستار بصورت صحیح انجام می‌گرفت نمره ۱ (مطلوب)، اقداماتی که صحیح انجام نمی‌گرفت نمره ۱- (نامطلوب) و برای اقداماتی که در آن لحظه نیاز به اجرای آن‌ها نبود (مانند توقف ساکشن در صورت افت نبض تا ۲۰ ضربه) نمره صفر تعلق می‌گرفت. دامنه نمرات فهرست واریس برابر با ۵۴-۰ بود و در پایان، نمره کل فهرست واریس ارزیابی مراقبت از تراکتوستومی به صورت درصد محاسبه شد. نقطه برش میزان مطابقت با استانداردهای موجود، حداقل نمره ۸۰ درصد تعیین شد.^{۱۹، ۱۷} نمره حاصل از کل فهرست واریس مراقبت از تراکتوستومی ۵۴ بود. اما جهت آنالیز میانگین‌ها نمره کامل ۱۰۰ در نظر گرفته شد و میانگین بر اساس آن تعیین شد سپس امتیاز ۸۰ تا ۱۰۰ امتیاز مطلوب، ۶۰ تا ۸۰ نیاز به اصلاح و کمتر از ۶۰ به عنوان امتیاز نامطلوب در نظر گرفته شد. جهت تعیین روایی از شاخص روایی محتوای استفاده شد که برابر با ۹۳ درصد بود. جهت تعیین پایایی از روش توافق بین ارزیابان استفاده شد که میزان آن ۹۵/۸ درصد به دست آمد. لازم به ذکر است که فهرست واریس مراقبت پرستار از تراکتوستومی، جهت کاهش خطای ناشی از حضور مشاهده‌گر، ۳ بار توسط پژوهشگر تکمیل می‌گردید.

پرسشنامه موانع اجرای مراقبت استاندارد از تراکتوستومی شامل ۱۱ عبارت مربوط به موانع فردی، ۴ عبارت موانع مربوط به بیمار و ۱۳ عبارت موانع مدیریتی بود که با مروری بر متون پرستاری مرتبط با موضوع تهیه شد. روایی صوری ابزار، توسط ۱۰ پرستار مشابه مشارکت کنندگان (که در پژوهش شرکت نکردند) مورد بررسی قرار گرفت و اصلاحات لازم انجام شد. روایی محتوای پرسشنامه توسط گروهی از متخصصین و اعضای هیئت علمی پرستاری مورد قضاوت و بررسی قرار گرفت و بعد از جمع‌آوری نظرات مختلف، اصلاحات لازم صورت گرفت. شاخص روایی محتوای فهرست واریس برابر با ۰/۹۴ به دست آمد. پایایی ابزار به روش همسانی درونی انجام گرفت که ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ به دست آمد. این ابزار توسط پرستارانی که مراقبت از تراکتوستومی را انجام می‌دادند، تکمیل گردید. به این ترتیب که پس از اتمام مراقبت پرستاری از تراکتوستومی این پرسشنامه به پرستاران داده می‌شد و از آنان درخواست می‌گردید تا در انتهای شیفت یا در فرصت مناسب دیگری پرسشنامه را تکمیل و حداکثر تا شیفت بعد عودت نمایند. جهت تعیین شدت اثر موانع بر مراقبت استاندارد، برای هر عبارت در مقیاس لیکرت نمره ۰ (بی‌اثر)، ۱ (شدت کم)، ۲ (شدت متوسط) و ۳ (شدت زیاد) در نظر گرفته شد. با توجه به ۲۸ عبارتی بودن پرسشنامه، دامنه

عوارض احتمالی نظیر عفونت، پنومونی و آبسه ریوی جلوگیری خواهد شد.^۶ پرستاری نیز حلقه مهمی در زنجیره مراقبت از بیمار است، زیرا پرستاران اغلب هم به عنوان هماهنگ کننده و هم به مثابه تأمین کنندگان مراقبت از بیمار شناخته می‌شوند.^۷ با توجه به این که پرستار یک متخصص مراقبت بهداشتی است که به‌طور معمول بیشترین زمان را با مددجو سپری می‌کند،^۸ از دیدگاه قانونی و اخلاقی باید پاسخگویی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده باشد.^۹ بنابراین بالا بردن کیفیت کار آن‌ها در انجام مراقبت، مهم‌ترین عاملی است که می‌تواند موجب تسریع بهبودی بیماران شود.^{۱۰}

از سوی دیگر عوامل فردی و سازمانی از قبیل خستگی، نداشتن وقت کافی، بالا بودن تعداد بیماران و نیروی انسانی ناکافی، منجر به ایجاد نگرش منفی در کارکنان پرستاری و اجرای عملیات روتین شده است.^{۱۱} بحران کمبود پرستار در نظام بهداشت و درمان موجب شده تا پیشگیری از بیماری‌ها، ارتقاء سلامتی، مراقبت از بیمار و کیفیت مراقبت با مشکل روبه‌رو گردد.^{۱۲، ۱۳} نتایج مطالعه آقا براری و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که موانع مربوط به پرستار مانند کمبود نیرو، مشغله کاری زیاد، دلسردی و بی‌علاقگی نسبت به حرفه به عنوان مهم‌ترین موانع جهت به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی از سوی پرستاران معرفی شده‌اند.^{۱۴}

با توجه به این که پرستار بیشترین زمان را با مددجو سپری می‌کند، لذا بهبود کیفیت کار آن‌ها در انجام مراقبت می‌تواند موجب تسریع بهبودی بیماران شود.^{۱۱} از سوی دیگر بخشی از مشکلات مربوط به تراکتوستومی و مراقبت غیر استاندارد، می‌تواند ناشی از مراقبت نامطلوب توسط کارکنان پرستاری و بخش دیگر مربوط به پزشکان باشد که با انجام روش‌های استاندارد قابل پیشگیری است.^{۱۵}

اگرچه دستورالعمل‌های مختلفی جهت بهبود کیفیت مراقبت از بیمار دارای تراکتوستومی می‌تواند در اختیار مراقبت دهندگان قرار گیرد، اما برخی از آنان ممکن است از مهارت و دانش لازم برخوردار نباشند. پژوهش‌های مرتبط با کیفیت مراقبت و پیگیری بیماران بزرگسال تحت تراکتوستومی که به بخش‌های عمومی منتقل شده‌اند، بسیار محدود می‌باشد و میزان عوارض مربوط به این بیماران و حتی مرگ و میر آن‌ها زیاد است.^{۱۶} مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان رعایت مراقبت استاندارد از تراکتوستومی و برخی موانع مؤثر بر آن از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که بر روی ۴۲ پرستار مراقبت‌کننده از بیماران دارای تراکتوستومی، شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه، اورژانس و گوش و حلق و بینی در دو بیمارستان آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تهران طی سال ۱۳۹۲ انجام شد. پرستاران با روش تمام شماری وارد مطالعه شدند.

طبق نتایج مطالعه حاضر، پرستاران شاغل در بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران اعتقاد داشتند موانع تا حدی بر مراقبت استاندارد از تراکتوستومی تأثیرگذار بوده است، در حالی که پرستاران شاغل در بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بر این باور بودند که موانع تأثیر اندکی بر مراقبت استاندارد از تراکتوستومی داشته است. در مجموع در هر دو مرکز بیشترین موانع تأثیرگذار بر امر مراقبت استاندارد از تراکتوستومی، موانع مدیریتی گزارش شد (جدول ۳).

در بعد موانع فردی، مهم‌ترین موانع از دیدگاه پرستاران منتخب دو بیمارستان آموزشی به ترتیب شدت اثر شامل مشغله کاری زیاد پرستار در بخش، نداشتن اطلاع کافی از نحوه مراقبت استاندارد از تراکتوستومی، خستگی ناشی از طولانی شدن روند درمان بیمار دارای تراکتوستومی، نداشتن مهارت کافی در اجرای مراقبت استاندارد از تراکتوستومی و ترس از انتقال عفونت از بیمار به پرستار بودند.

در بعد موانع مربوط به بیمار، مهم‌ترین موانع از دیدگاه پرستاران منتخب دو بیمارستان آموزشی به ترتیب شدت اثر شامل بی‌قراری و ناراحتی بیمار در حین انجام ساکشن، وجود عوارضی از قبیل فیستول در ناحیه تراکتوستومی، احساس درد در بیمار حین انجام ساکشن و وجود همراه بر بالین بیمار بودند. در بعد موانع مدیریتی، مهم‌ترین موانع از دیدگاه پرستاران منتخب دو بیمارستان آموزشی به ترتیب شدت اثر شامل واگذار کردن امور غیر پرستاری به پرستاران، در نظر گرفتن ساعت کار بالا برای کارکنان، کمبود پرستار نسبت به بیماران، نداشتن زمان کافی برای اجرای مراقبت استاندارد به علت کثرت بیماران، فراهم نکردن امکانات و تجهیزات لازم برای اجرای مراقبت استاندارد بودند (جدول ۴).

طبق یافته‌ها، همبستگی متوسطی بین مراقبت استاندارد از تراکتوستومی با موانع مدیریتی ($r = 0/46, P = 0/002$)، موانع فردی ($r = 0/38, P = 0/012$) و کلیه موانع ($r = 0/46, P = 0/002$) وجود داشت.

نمرات حاصل از پرسشنامه ۸۴-۰ بود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۱ بیانگر بی‌اثر بودن موانع، دامنه نمرات بین ۲۲ تا ۴۲ بیانگر تأثیر اندک موانع، دامنه نمرات ۴۳ تا ۶۳ بیانگر اثر متوسط موانع و دامنه نمرات ۶۴ تا ۸۴ بیانگر تأثیر قابل ملاحظه موانع از دیدگاه پرستاران بر مراقبت استاندارد از تراکتوستومی بود. جهت تحلیل موانع، میانگین مجموع موارد ۰ و ۱ به عنوان موانع کم اثر و میانگین مجموع موارد ۲ و ۳ به عنوان موانع با تأثیر قابل ملاحظه لحاظ شد. با توجه به این که تعداد عبارات در ابعاد موانع فردی، موانع مربوط به بیمار و موانع مدیریتی با هم برابر نبود، لذا نمرات میانگین به ۱۰۰ تبدیل شد تا بار متعادل بین ابعاد ایجاد شود.

پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران و مسئولین دو بیمارستان منتخب، جهت نمونه‌گیری در شیفت‌های مختلف کاری (صبح، عصر و شب) به دو بیمارستان مربوطه مراجعه شد. پس از معرفی خود و بیان اهداف پژوهش، رضایت کتبی از پرستاران جهت شرکت در مطالعه کسب گردید. مشاهدات دو هفته اول به منظور کاهش تأثیر حضور مشاهده‌گر بر عملکرد مراقبت پرستاری از تراکتوستومی، در تحلیل آماری لحاظ نشد. پس از پایان مشاهدات، پرسشنامه‌های مشخصات فردی و موانع مراقبت استاندارد از تراکتوستومی توسط همان پرستاران تکمیل شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون‌های تی مستقل (جهت مقایسه نحوه مراقبت از تراکتوستومی با سابقه گذراندن دوره تراکتوستومی، بیمارستان محل خدمت و بخش محل کار پرستاران)، کای دو (جهت مقایسه نحوه مراقبت از تراکتوستومی با جنس و وضعیت تأهل)، آنالیز واریانس یک‌طرفه (جهت مقایسه نحوه مراقبت از تراکتوستومی با نوع استخدام)، مقایسه میانگین با یک عدد ثابت (جهت مقایسه فاصله مراقبت‌های موجود تا استانداردهای قابل قبول مراقبت از تراکتوستومی) و آزمون همبستگی پیرسون (جهت بررسی ارتباط مراقبت استاندارد از تراکتوستومی با موانع مدیریتی، موانع فردی و کلیه موانع) تحت نرم‌افزار آماری SPSS ۲۱ استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که ۲۹ نفر (۶۹/۰۵ درصد) از پرستاران شاغل در بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران و ۱۳ نفر (۳۰/۹۵ درصد) شاغل در بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند. اغلب مشارکت کنندگان؛ زن، متأهل و استخدام پیمانی بودند (جدول ۱).

از میان ۴۲ پرستار تنها ۲ نفر (۴/۸ درصد) مراقبت‌ها را به صورت استاندارد انجام داده بودند (میانگین درصد نمرات آن‌ها بالای ۸۰ درصد بوده است). همچنین میانگین درصد نمره ارزیابی مراقبت استاندارد از تراکتوستومی پرستاران شاغل در بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران بیشتر از میانگین درصد نمره پرستاران در بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود، اما با توجه به میزان حداقل استاندارد ۸۰ درصد، نمره هر دو گروه کمتر از حد استاندارد بود (جدول ۲).

جدول ۱: مقایسه میانگین درصد نمره فهرست واریس نمونه مراقبت از تراکتوستومی به تفکیک متغیرهای جمعیت‌شناختی و شغلی

متغیر	تعداد (درصد)	میانگین درصد نمره ± انحراف معیار	P
جنس	زن	۳۸ (۹۰)	۴۳ ± ۲۰
	مرد	۴ (۱۰)	۲۳ ± ۱۲
وضعیت تأهل	مجرد	۱۷ (۴۰/۵)	۳۹ ± ۱۹
	متأهل	۲۵ (۵۹/۵)	۴۳ ± ۲۱
سابقه گذراندن دوره تراکتوستومی	بله	۷ (۱۶/۷)	۴۸ ± ۲۷
	خیر	۳۵ (۸۳/۳)	۴۰ ± ۱۹
بیمارستان محل خدمت	بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران	۲۹ (۶۹/۰۵)	۴۷ ± ۲۱
	بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	۱۳ (۳۰/۹۵)	۲۹ ± ۱۲
بخش محل کار	ICU	۲۱ (۵۰)	۴۵ ± ۲۳
	سایر	۲۱ (۵۰)	۳۸ ± ۱۷
وضعیت استخدام	طرحی	۱۱ (۲۶/۱۹)	۳۵ ± ۱۷
	پیمانی	۱۷ (۴۰/۵)	۴۶ ± ۲۱
	رسمی	۱۴ (۳۳/۳)	۴۱ ± ۲۲

*آزمون کای دو؛ **تی مستقل؛ ***آزمون آنالیز واریانس یک طرفه

جدول ۲: مقایسه میانگین درصد نمره مراقبت استاندارد از تراکتوستومی در دو بیمارستان منتخب

مراقبت استاندارد از تراکتوستومی	تعداد (درصد)	میانگین درصد نمرات ± انحراف معیار	P
بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران	۲۹ (۶۹/۰۵)	۴۶ ± ۰/۲۱	
بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	۱۳ (۳۰/۹۵)	۲۹ ± ۱۲	< ۰/۰۰۱
کل	۴۲ (۱۰۰)	۴۱ ± ۲	

*آزمون تی مستقل

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات موانع مؤثر بر مراقبت استاندارد از تراکتوستومی از دیدگاه پرستاران

موانع	بیمارستان منتخب		تعداد (درصد)
	بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران	
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
فردی	۱۳/۶ ± ۵/۳	۱۸/۷ ± ۵/۹	۱۴ (۳۳/۳)
مربوط به بیمار	۵/۷ ± ۲/۴	۷/۳ ± ۲/۴	۵ (۱۱/۹۱)
مدیریتی	۲۰/۳ ± ۸	۲۸/۱ ± ۸/۱	۲۳ (۵۴/۷۶)
کلیه موانع	۳۹/۶ ± ۱۱/۶	۵۴/۱ ± ۱۴/۲	۴۲ (۱۰۰)

*آزمون تی مستقل

جدول ۴: توزیع فراوانی موانع مؤثر بر مراقبت استاندارد از تراکتوستومی از دیدگاه پرستاران

کم اثر	تأثیر قابل ملاحظه		موانع	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
۱۷ (۴۰/۵)	۲۵ (۵۹/۵)	نداشتن اطلاع کافی از نحوه مراقبت استاندارد	موانع فردی	
۱۹ (۴۵/۲)	۲۳ (۵۴/۸)	نداشتن مهارت کافی در اجرای مراقبت استاندارد		
۲۳ (۵۴/۸)	۱۹ (۴۵/۲)	نداشتن سرعت عمل در اجرای مراقبت استاندارد		
۱۸ (۴۲/۹)	۲۴ (۵۷/۱)	نداشتن زمان کافی در اجرای مراقبت استاندارد		
۷ (۱۶/۷)	۳۵ (۸۳/۳)	مشغله کاری زیاد پرستار در بخش		
۲۹ (۶۹)	۱۳ (۳۱)	مشکل بودن اجرای مراقبت استاندارد		
۳۰ (۷۱/۵)	۱۲ (۲۸/۵)	ترس از بوجود آمدن عوارض در حین انجام مراقبت		
۲۰ (۴۷/۶)	۲۲ (۵۲/۴)	شرایط خاص بیماران مانند داشتن بیماری مسری		
۱۹ (۴۵/۲)	۲۳ (۵۴/۸)	خستگی ناشی از طولانی شدن روند درمان بیمار		
۲۶ (۶۱/۹)	۱۶ (۳۸/۱)	دلسردی و بی علاقه‌گی پرستار نسبت به حرفه خود		
۲۱ (۵۰)	۲۱ (۵۰)	داشتن چند شغل و خستگی ناشی از کار اضافی	موانع مربوط به بیمار	
۱۴ (۳۳/۴)	۲۸ (۶۶/۶)	بی‌قراری و ناراحتی بیمار در حین انجام ساکشن		
۱۷ (۴۰/۵)	۲۵ (۵۹/۵)	احساس درد در بیمار حین انجام ساکشن		
۲۱ (۵۰)	۲۱ (۵۰)	وجود همراه بر بالین بیمار		
۱۵ (۳۵/۷)	۳۷ (۶۴/۳)	وجود عوارضی از قبیل فیستول در ناحیه تراکتوستومی		
۱۹ (۴۵/۲)	۲۳ (۵۴/۸)	جا به جایی مکرر کادر پرستاری		
۱۵ (۳۵/۷)	۲۷ (۶۴/۳)	عدم توجه به علاقه پرستاران در انتخاب بخش محل خدمت		
۸ (۱۹)	۳۴ (۸۱)	کمبود پرستار نسبت به تعداد بیماران		
۷ (۱۶/۷)	۳۵ (۸۳/۳)	در نظر گرفتن ساعات کار زیاد		
۶ (۱۴)	۳۶ (۸۶)	واگذار کردن امور غیر پرستاری به پرستاران (نوشتاری)		
۱۰ (۲۳)	۳۲ (۷۷)	فراهم نکردن امکانات و تجهیزات لازم برای اجرای مراقبت استاندارد	موانع مدیریتی	
۹ (۲۱/۴)	۳۳ (۸۷/۶)	نداشتن زمان کافی برای اجرای مراقبت استاندارد بعلاوه کثرت بیماران		
۱۸ (۴۲/۸)	۲۴ (۵۷/۲)	نداشتن دستورالعمل خاص در رابطه با مراقبت استاندارد از طرف مسئولین		
۱۹ (۴۵/۲)	۲۳ (۵۴/۸)	عدم دستیابی آسان به دستورالعمل‌های به روز در رابطه با مراقبت استاندارد		
۱۹ (۴۵/۲)	۲۳ (۵۴/۸)	عدم پیگیری و نظارت بر اجرای مراقبت استاندارد توسط مسئولین		
۱۵ (۳۵/۷)	۲۷ (۶۴/۳)	عدم حمایت از طرف مسئولان برای اجرای مراقبت استاندارد		
۱۸ (۴۲/۹)	۲۴ (۵۷/۱)	عدم برگزاری دوره‌های بازآموزی در زمینه مراقبت استاندارد توسط مسئولین		
۱۳ (۳۰/۹)	۲۹ (۶۹/۱)	عدم ارزشیابی صحیح کارکنان در اجرای مراقبت استاندارد		

بحث

است و شامل ناکافی بودن تعداد کارکنان و عدم آگاهی مدیران پرستاری نسبت به ضرورت کاربرد دستورالعمل‌های استاندارد می‌باشد.^{۱۷}

نتایج حاصل از مطالعه اکبری و شمسی (۱۳۸۹) در راستای نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مهم‌ترین موانع مدیریتی از دیدگاه پرستاران، نداشتن زمان کافی برای اجرای فرآیند پرستاری به علت واگذار نمودن امور غیر پرستاری به پرستاران، عدم توجه و حمایت مسئولین پرستاری به اهمیت فرآیند پرستاری و اجرای آن بود.^{۱۸} همچنین هم‌راستا با مطالعه حاضر نتایج مطالعه Lukes (۲۰۱۰) نشان داد که اغلب پرستاران زمانی که از بیماران به‌طور انفرادی مراقبت می‌کنند، استانداردهای پرستاری را به‌راحتی بکار می‌گیرند؛ اما زمانی که تعداد بیماران زیاد می‌شوند ممکن است به‌علت نداشتن زمان کافی از استانداردها پیروی نکنند.^{۱۹}

طبق یافته‌ها، مراقبت از تراکتوستومی در سطح نامطلوب قرار داشت. موانع مراقبت استاندارد از تراکتوستومی از دیدگاه پرستاران به ترتیب شامل موانع مدیریتی، موانع فردی و موانع مربوط به بیمار بود. یافته‌های مطالعه حاضر با پژوهش نعمتی و همکاران (۱۳۹۲) همخوانی داشت، به‌طوری‌که نتایج حاصل از مطالعه ایشان نیز نشان می‌دهد که مراقبت از تراکتوستومی در بیمارستان‌های آموزشی مطلوب نیست و عمده‌ترین دلایل آن، نارسا بودن دستور پزشکی، نداشتن دستور کار درمانی و پرستاری، تجربی و سلیقه‌ای عمل کردن، اجرای غیر دقیق دستور پزشکی توسط پرستاران یا انجام مراقبت‌ها به‌صورت روتین در بخش‌ها می‌باشد.^{۱۵} کرمانشاهی و پروینیان (۱۳۸۹) هم‌راستا با پژوهش حاضر، نشان دادند که مهم‌ترین موانع اجرای مراقبت مبتنی بر شواهد از دیدگاه کارکنان پرستاری مربوط به بعد مدیریتی

محدودیت پژوهش حاضر، حضور پژوهشگر در حین انجام مراقبت از تراکتوستومی توسط پرستاران بود که جهت کنترل آن عملکرد هر پرستار سه بار مورد مشاهده قرار گرفت؛ ولیکن ممکن است اثرات حضور پژوهشگر حین مراقبت بر نحوه مراقبت پرستاران مؤثر بوده باشد.

نتیجه‌گیری

بر اساس مطالعه حاضر، مراقبت استاندارد از تراکتوستومی در سطح مطلوبی قرار نداشت و وجود موانع، سبب افت مراقبت استاندارد شده است. به نظر می‌رسد وجود دستورالعمل استاندارد در خصوص مراقبت و نظارت بر اجرای آن، تلاش در جهت رفع موانع مراقبت استاندارد نظیر تأمین نیروی انسانی کارآمد، نیروی پرستاری کافی، کاهش میزان واگذاری امور غیر پرستاری به پرستاران و تشویق پرستارانی که مراقبت از بیماران تحت تراکتوستومی را مطابق با استانداردها انجام می‌دهند؛ سبب ارایه مراقبت با کیفیت مطلوب‌تر و در نتیجه کاهش عوارض پس از تراکتوستومی گردد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان

زهره موسی زاده ساری: اجرای پژوهش و مشارکت در تدوین مقاله
مرضیه مالکی: طراحی و مشارکت در تدوین مقاله
فروزان آتش‌زاده شوریده: تجزیه و تحلیل داده‌ها، تدوین و ویراستاری مقاله
یداله محرابی: مشارکت در تجزیه و تحلیل داده‌ها و تدوین مقاله.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شهید بهشتی شعبه بین‌الملل با کد ۳۷۰ است. از کلیه مسئولین دانشکده پرستاری و شعبه بین‌الملل، مشارکت کنندگان و کلیه همکارانی که در این طرح ما را یاری رساندند، تشکر و قدردانی ویژه به عمل می‌آید.

در مطالعه حاضر در بعد موانع مدیریتی ۵۷/۲ درصد پرستاران به نداشتن دستورالعمل خاص در رابطه با مراقبت استاندارد از تراکتوستومی اشاره کردند. در مطالعه Mondrup و همکاران (۲۰۱۲) نیز به کافی نبودن دستورالعمل‌های استاندارد مراقبت از بیماران دارای تراکتوستومی و آموزش کارکنان در بیمارستان‌ها اشاره شده است.^{۲۰} همچنین در این راستا، نتایج حاصل از مطالعه Garrubba و Turner (۲۰۰۹)، ناکافی بودن و در دسترس نبودن دستورالعمل‌های استاندارد مراقبت از بیماران دارای تراکتوستومی را نشان دادند.^۵ به نظر می‌رسد کمبود نیروی پرستار و بدنبال آن کمبود زمان کافی در امر مراقبت از بیماران، از مشکلات مدیریتی سازمان، در انجام مراقبت استاندارد پرستاری است که اغلب باعث افزایش ساعات کار در شرایط استرس‌زا، خستگی و افزایش نارضایتی شغلی پرستاران می‌شود. در این شرایط احتمال بروز خطا در مراقبت استاندارد از بیماران افزایش یافته و در نتیجه کیفیت مراقبت کاهش می‌یابد. همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد مهم‌ترین موانع فردی مؤثر بر مراقبت استاندارد از تراکتوستومی به ترتیب شامل؛ مشغله کاری زیاد پرستار در بخش، نداشتن اطلاع کافی از نحوه مراقبت استاندارد، خستگی ناشی از طولانی شدن روند درمان بیماران دارای تراکتوستومی، نداشتن مهارت کافی در اجرای مراقبت استاندارد و شرایط خاص بیماران مانند ابتلاء به بیماری مسری بود.

در پژوهش اکبری و شمسی (۱۳۸۹) مهم‌ترین موانع فردی مؤثر بر اجرای استاندارد فرآیند پرستاری که مراقبت تراکتوستومی جزئی از آن است، شامل نداشتن اطلاع کامل از مفهوم فرآیند پرستاری، نداشتن اعتقاد به مراقبت از بیمار بر اساس استانداردها و یادگیری ناکافی بود^{۱۸} که نتایج این پژوهش با مطالعه حاضر مغایر است. علت این امر می‌تواند ناشی از بررسی عملکرد کلی پرستار در مطالعه اکبری و شمسی باشد. همسو با نتایج پژوهش حاضر، کرمانشاهی و پروینیان (۱۳۸۹) به فقدان زمان کافی به‌عنوان مهم‌ترین موانع فردی مؤثر بر مراقبت استاندارد اشاره نمودند.^{۱۷}

نتایج حاصل از مطالعه McKenna و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که اغلب پرستاران، فقدان آگاهی و منبع علمی کامل و فقدان زمان کافی برای اجرای مراقبت استاندارد را مهم‌ترین موانع می‌دانستند^{۲۱} که با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد.

References

- Freeman BD, Morris PE. Tracheostomy practice in adults with acute respiratory failure. *Critical Care Medicine* 2012; 40(10): 2890-96.
- Provider SIMS Protex Inc. *Tracheostomy Care Handbook: A Guid for the Health Care* 2008. 68-80.
- Brenner L.H, Brenner A.T, Awerbuch E.J, Horwitz D. Beyond the standard of care, a new model to judge medical negligence. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 2012; 470(5):1357-64.
- Izadi F, Maleki Delarestaghi M, Pousti S.B, Zanganeh Kazemi A, Mir P. A 12-year survey on the incidence of complications of pediatric tracheostomy in hazrat rasool-e-akram hospital. *Iranian Journal of Medical Education* 2009; 15(58): 55-62. [Persian]
- Garrubba M, Turner T, Grieverson C. Multidisciplinary care for tracheostomy patients: A systematic review. *Critical Care* 2009; 13(6): R177.
- Anil K, Lalwani MD. *Current Diagnosis & Treatment in Otolaryngology Head and Neck Surgery*. Copyright by MC Graw-Hill companies. 2thed, New York; 2008: 518-591.
- Torabi M, Safdari R, Shahmorady L. *health IT management*. 1th ed, jafary public; 2010: 41.[Persian]

8. Masoumi M, Raiesi far A. The necessity and important of awareness of the role of nurses in health care. journal of nursing school of Baqiyatallah university of medical sciences 2009; 10(37): 8-14. [Persian]
9. American Nurses Association. Public health nursing scope and standards of practice. Washington. D.C. American Nurses Association 2007.
10. Hadian Shirazi Z, Kargar M, Edraki M, Ghaem H, Pishva N. The effect of instructing the principles of endotracheal tube suctioning on knowledge and performance of nursing staff working in neonatal intensive care units in shiraz university of medical sciences. Iranian Journal of Medical Education 2010; 9(4): 365-70. [Persian]
11. Adib-Hajbaghery M. Factors evidence-based nursing: A qualitative study. Iran Journal of Nursing 2007; 19(47): 17-33. [Persian]
12. Maningo-Salinas, Marie J. Relationship between moral distress, perceived organizational support and intent to turnover among oncology nurses. [MSc Thesis] USA, Caplla university 2010.
13. Atashzadeh Shoorideh F, Pazargardi M, Zagheri Tafreshi M. The concept of nursing care quality from the perspective of stakeholders: a phenomenological study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2012, 1(3). 214-28. [Persian]
14. Aghabarary M, Mohammadi E, Varvani-Farahani A. Barriers to application of communicative skills by nurses in nurse patient interaction: nurses and patients perspective. Iran Journal of Nursing 2009; 22(61): 19-31. [Persian]
15. Nemati Sh, Banan R, Kazem Nezhad E, Movahedi H. Evaluation of post tracheostomy care status in hospitals of Rasht. Journal of Guilan University of Medical Sciences 2012; 22(86): 32-9. [Persian]
16. Paul F. Tracheostomy care and management in general wards and community settings: literature review. Nursing in Critical Care 2010; 15(2). 76-85.
17. Kermanshahi S, Parvinian A. Barriers to Implementation of evidence-based care: viewpoints of nursing staff. Iranian Journal of Medical Education 2012; 12(2). 84-92. [Persian]
18. Akbari M, Shamsi A. A survey on nursing process barriers from the nurses' view of intensive care units. Iranian Journal of Critical Care Nursing 2011; 3(4): 181-6. [Persian]
19. Lukes E. The nursing process and program planning. American Association Occupational Health Nursing Journal 2010; 58(1). 5-7.
20. Mondrup F, Skgelsager K, Madsen KR. Inadequate follow-up after tracheostomy and intensive care. Danish Medical Journal 2012; 59(8): A4481; 1-4.
21. McKenna H, Ashton S, Keeney S. Barriers to evidence based practice in primary care: A review of the literature. International Journal of Nursing Studies 2004; 41(4): 78- 369.

Archive of SID

The level of observing standard tracheostomy care and some barriers from perspective of nurses

Zahra Mosazade Sari¹, Marzie Maleki², Foroozan Atashzadeh Shoorideh³, Yadolah Mehrabi⁴

1. Msc in Nursing, Nursing and Midwifery School, International Branch of Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran.
2. Instructor, Department of Medical - Surgical Nursing, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Assistant professor, Department of Nursing Management, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Professor, Department of Biostatistics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Original Article

Medical - Surgical Nursing Journal, 2015; 4(1): 39-46.

ABSTRACT

Background and Objective: Tracheostomy is one of the most common surgical procedures in intensive care unit. Although the implementation of standard care can lead to decrease the postoperative complications, but some factors causes the negative attitude in nurses and consequently lead to implementing the routine and non-standard care. The current study was conducted aimed to determine the level of observing standard tracheostomy care and some barriers from perspective of nurses.

Materials and Method: In this descriptive-analytical study 42 nurses who were working in two selected hospitals in Tehran in 2013 were entered the study through census. Data were gathered through researcher made questionnaire for demographic data, observation checklist for standard tracheostomy care and its barriers. The researcher observed 3 times concerning the how to care of tracheostomy by nurses and then nurses completed the demographic and barriers to standard care questionnaires. Data were analyzed by SPSS 21 using one sample T-test, independent T-test, chi-square, ANOVA and Pearsons' correlation coefficient.

Results: According to results, only 2 nurses (4.8 percent) performed the standard tracheostomy care. The Most barriers affecting on the standard tracheostomy care were the administrative barriers (54.76 percent). Also, there was a moderate positive correlation between standard care with administrative barriers ($r = 0.46, p = 0.002$), personal barriers ($r = 0.38, p = 0.012$) and all of the barriers ($r = 0.46, p = 0.002$).

Conclusion: Most tracheostomy care are not according to standard protocols and most important barriers of its implementation are administrative barriers. With attention to the importance of this care, some necessary measures must be taken to resolve the barriers.

Keywords: Barriers, care, tracheostomy, standard care, nursing care

Correspondence:

Foroozan Atashzadeh
Shoorideh
Shahid Beheshti
University of Medical
Sciences

Email: f_atashzadeh@sb
mu.ac.ir

Received: 17/11/2014
Accepted: 15/03/2015

Please cite this article as: Mosazade Sari Z, Maleki M, Atashzadeh Shoorideh F, Mehrabi Y. The level of observing standard tracheostomy care and some barriers from perspective of nurses. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2015; 4(1): 39-46.