

بررسی میزان دانش، نگرش و مهارت پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه جراحی قلب باز در پیش‌گیری از نشان‌گان ICU

علی دادگری^{۱*}، دکتر فریده یغمایی^۲، دکتر ژاسمن شاه‌نظریان^۲، لیلا دادور^۳

۱- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- گروه پرستاری

۲- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- گروه پرستاری

۳- بیمارستان امام حسین(ع) شاهرود- کارشناس پرستاری

چکیده

مقدمه: نشان‌گان ICU حالت‌های هیجانی و عاطفی است که در محیط‌های تنش‌زای بخش‌های ویژه به اشکال دلیريوم، سایکوز و یا نوروز رخ می‌دهد. علائم ویژه دلیريوم که در برخی منابع به نام سایکوز ICU نامیده می‌شود، شامل بی‌خوابی، بی‌قراری، عدم آگاهی، تخریب حافظه، توهمات شنوایی، هذیان‌گزند و آسیب و ترس و واکنش است. این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی می‌باشد که با هدف تعیین میزان دانش، نگرش و مهارت پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه (ICU) در پیش‌گیری از بروز نشان‌گان ICU در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در شهر تهران انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: جامعه پژوهش شامل کلیه پرستارانی بود که در زمان اجرای پژوهش در یکی از بخش‌های ICU جراحی قلب باز در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در شهر تهران شاغل بودند. به دلیل گستردگی ICU جراحی قلب باز در تهران نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای انجام شد و کلیه پرستاران (۵۶ نفر) شاغل در خوشه‌های مورد نظر به‌عنوان نمونه‌های پژوهش در نظر گرفته شدند.

نتایج: با استفاده از آزمون χ^2 ارتباط میان دانش، نگرش و مهارت‌های واحدهای پژوهش با هر یک از متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه کار، سابقه کار در ICU و گذراندن دوره مراقبت‌های ویژه رابطه معنی‌داری با افزایش سطح دانش نمونه‌های پژوهش داشته است. در حالی که هیچ‌یک از متغیرهای سن، وضعیت تأهل، جنس، میزان تحصیلات، سابقه کار و بخش‌های ویژه، رابطه معنی‌داری با میزان نمونه‌ها نداشتند. همچنین یافته‌های این پژوهش وجود هرگونه ارتباط میان نگرش نمونه‌ها و متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سابقه کار و سابقه کار در بخش‌های ویژه را رد می‌کند.

نتیجه‌گیری: نتایج تحقیق مؤید آن است که میان میزان تحصیلات و گذراندن دوره مراقبت‌های ویژه با میزان مهارت پرستاران در پیش‌گیری از نشان‌گان ICU رابطه وجود دارد. پرستاران شاغل در ICU نیازمند آموزش مداوم در زمینه راه‌های پیش‌گیری و مقابله با نشان‌گان ICU می‌باشند. هم‌چنین ساختار فیزیکی بسیاری از بخش‌های ویژه امروزی در کشور ما نیازمند تغییراتی می‌باشد تا به این وسیله امکان برقراری ارتباط بیش‌تری بین بیمار و اعضای خانواده وی در مدت بستری بودن در بیمارستان و ICU فراهم گردد.

واژه‌های کلیدی: دانش، نگرش، مهارت، پرستاران، پیش‌گیری، مراقبت‌های ویژه، نشان‌گان ICU

تاریخ پذیرش: ۸۶/۷/۵

تاریخ دریافت: ۸۵/۹/۱۴

* نویسنده مسئول: شاهرود- میدان هفت تیر- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- گروه پرستاری.

تلفن: ۰۲۷۳-۳۳۳۵۰۵۴، نمابر: ۰۲۷۳-۳۳۳۴۸۰۰، E-mail: adadgari@yahoo.com

مقدمه

امروزه پرستاری در ICU حرفه‌ای مستقل و خلاق است و پرستاری ویژه، اوج هنر پرستاری است (۱). ICU محلی است که بیماران بدحال در آنجا بستری می‌شوند و به‌وسیله پزشکان و پرستاران با تجربه و با بهترین شرایط، تحت مداوا و درمان قرار می‌گیرند. در ICU، مهم‌ترین عنصر، کادر پرستاری، کارآزموده می‌باشد که به‌طور مداوم و در مواقع اضطراری، قدرت تصمیم‌گیری فوری و انجام فرایندهای متفاوت پرستاری را دارا می‌باشند (۱، ۲ و ۳).

محققین بر این باورند که اگرچه پیشرفت در امر مراقبت‌های جسمانی در ICU بسیار زیاد بوده است، اما مراقبت از تمامی جنبه‌های انسانی که شامل مراقبت روحی-روانی بیماران می‌باشد، به‌طور کلی نادیده گرفته می‌شود (۴ و ۵). به‌نحوی که قسمت عمده مشکلات بیماران بستری در ICU مشکلات هیجانی و روانی می‌باشد (۴، ۵ و ۶). واکنش‌های روانی بیماران در ICU قابل پیش‌بینی است. چرا که این بخش‌ها مملو از عوامل تنش‌زا می‌باشند که به‌طرق مختلف بر بیمار اثر می‌گذارند (۷، ۸ و ۹).

وجود محرک‌های پیچیده در این بخش‌ها عامل مهمی در بروز اختلالات روانی به‌دنبال بستری شدن در محل ICU است (۶). بیماران بستری در این بخش‌ها فشارهای روانی بسیاری را تحمل می‌کنند. بیمار در محیطی ناآشنا بستری می‌باشد و احتمالاً پرستاران اطلاعات زیادی در مورد وی ندارند. اطراف بیمار با انواع چراغ‌های چشمک‌زن، صفحه اسیلوسکوپ و مانیتور و صداهای زنگ اخبار دستگاه‌های متعدد و به‌خصوص صدای یکنواخت و ممتد دستگاه تهویه مکانیکی احاطه شده است. بسیاری از این بیماران به‌علت داشتن لوله تراشه نمی‌توانند با کسی ارتباط کلامی برقرار نمایند و ترس و اضطراب خود را ابراز نمایند (۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴).

تحقیقات متعدد، رابطه قابل توجهی را بین تنش‌های موجود در ICU و آثار روانی دیده شده در بیماران بستری در این

محیط‌ها نشان داده‌اند (۷، ۸ و ۹). وجود محرک‌های متعدد و ناآشنا در این بخش‌ها از منابع مختلف، باعث شده است که بیماران دچار عوارض هیجانی-عاطفی متعددی گردند و شاید به‌همین دلیل است که این بخش‌ها را بخش (نور و صدا) نیز می‌نامند (۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸). از این رو بیماران در معرض افزایش تحریکات و یا گاهی اوقات محرومیت بیش از حد حسی قرار می‌گیرند. شدت اصوات تولید شده در این بخش‌ها در شبانه روز، باعث بی‌خوابی و محرومیت از خواب در بیماران می‌گردد که باعث بروز توهمات شنوایی، بینایی و ... می‌شود (۱۹ و ۲۰). ثابت شده است که بیداری طولانی مدت با اختلالات پیش رونده اعمال روانی و عصبی همراه است و افراد داوطلب پس از بیداری اجباری به مدت طولانی تحریک‌پذیر شده و یا حتی دچار اختلالات روانی و سایکوز گردیده‌اند به نحوی که محرومیت از خواب را مهم‌ترین عامل بروز نشان‌گان ICU می‌دانند (۲۰ و ۲۱). این بیماران قادر به طی چرخه کاملی از خواب طبیعی نمی‌باشند و هرگز به مرحله (REM: Rapid eye movement) خواب نمی‌رسند (۲۱ و ۲۲).

یکی از علل مهم اختلالات خواب در بیماران بستری در ICU، فعالیت مداوم پرستاران و انجام اقدامات متوالی ایشان بر بالین بیمار می‌باشد که عمدتاً به‌دلیل وخامت حال بیماران است و اجتناب‌ناپذیر می‌باشد (۲۲ و ۲۳). هم‌چنین ابزارهای متعدد حمایتی هم‌چون مانیتورینگ، تهویه مکانیکی، پالس اکسیمتری که دارای زنگ اخبارهای متعدد هستند، خواب بیمار را مختل می‌کنند. وجود ابزارهای عجیب و غریب، روشن بودن چراغ‌های مختلف، سر و صداهای ناآشنا و بوهای نامطبوع و زنده، روشن بودن مداوم بخش با لامپ فلورسنت، قرار داشتن در معرض اقدامات تهاجمی طی انجام درمان و عدم برخورداری از خلوت را از سایر علل تنش در بخش‌های ویژه می‌دانند (۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶ و ۲۷). هنر پرستاری برقراری ارتباط با بیمار و توانایی در تغییر و اصلاح محیط ICU می‌باشد (۲۸، ۲۹ و ۳۰). در واقع پرستار باید از کلیه نیازهای

برگ مشاهده بود. پرسش‌نامه در دو بخش اصلی تدوین گردید. بخش اول با هدف کسب اطلاعات در زمینه میزان دانش، شامل ۲۴ سؤال ۴ گزینه‌ای و بخش دوم با هدف تعیین نحوه نگرش مشتمل بر ۲۰ گویه سنجش نگرش طراحی گردید. پس از کسب رضایت از واحدهای مورد پژوهش، از ایشان خواسته شد تا پرسش‌نامه‌ای که با هدف تعیین دانش و نگرش واحدهای پژوهش طراحی شده بود را تکمیل نمایند. همچنین به‌منظور تعیین میزان مهارت پرستاران، برگ مشاهده تهیه و تدوین شد. جهت اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها، با استفاده از کتب و مجلات علمی و پژوهشی و در نظر گرفتن پیشنهادات اصلاحی اساتید و صاحب‌نظران در ICU و سنجش و اندازه‌گیری، اعتبار صوری ابزار حاصل شد. به‌منظور کسب اعتماد علمی پرسش‌نامه، از آزمون مجدد و در مورد برگ مشاهده از روش مشاهده هم‌زمان استفاده گردید. روش‌های آماری مورد استفاده در این پژوهش در بخش آمار توصیفی، فراوانی و فراوانی تراکمی متغیرهای مورد نظر بودند و در آمار استنباطی از آزمون χ^2 استفاده شد.

نتایج

بر اساس نتایج به‌دست آمده، ۱۸ نفر (۳۲٪) از واحدهای پژوهش فوق دیپلم و ۳۸ نفر (۶۸٪) نفر کارشناس بودند. از این تعداد ۳۹ نفر (۶۰٪) کمتر از ۶ سال و ۱۷ نفر (۴۰٪) بیش از ۶ سال سابقه کار پرستاری در ICU داشتند. ۳۰ نفر (۵۴٪) دوره آموزش مراقبت ویژه را گذرانیده و ۲۶ نفر (۴۶٪) این دوره را نگذرانیده بودند. در بررسی میزان دانش واحدهای پژوهش مشخص گردید که ۵ نفر (۹٪) دارای دانش عالی، ۴۵ نفر (۸۰٪) دانش خوب یا متوسط و ۶ نفر (۱۰٪) فاقد دانش مطلوب برای کار در ICU بودند که گروه آخر به‌عنوان ضعیف طبقه بندی شدند.

با استفاده از آزمون χ^2 مشخص گردید که بین متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل و سابقه کار در ICU رابطه معنی‌داری با دانش واحدهای پژوهشی وجود ندارد. درحالی‌که بین

جسمانی و هیجانی بیمار آگاهی داشته باشد و بپذیرد که نه تنها مسئول رسیدگی به مشکلات جسمانی بیمار است، بلکه مراقبت‌های روحی روانی این بیمار را نیز بر عهده دارد. به-عبارت دیگر باید بیمار را به‌عنوان یک سیستم جامع ببیند و نه فقط در غالب انسان بیماری که باید جسم وی درمان شود. لذا می‌باید تمامی مساعی خود را در پیش‌گیری از بروز عوارض بستری شدن در بخش ICU به‌کارگیرد (۳۰ و ۳۱). لذا پژوهش‌گران با توجه به سابقه چند ساله در پرستاری از بیماران در بخش ICU و مشاهده موارد متعدد این عارضه بر آن شدند تا جهت بررسی میزان دانش، نگرش و مهارت پرستاران در پیش‌گیری از نشانگان ICU در بخش‌های جراحی قلب باز تحقیق حاضر را طراحی و اجرا نمایند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک تحقیق توصیفی-تحلیلی است که هدف آن تعیین میزان دانش، نگرش و مهارت پرستاران در پیش-گیری از سایکوز ICU می‌باشد. جامعه پژوهش در این تحقیق پرستارانی (۵۶ نفر) بودند که در زمان انجام پژوهش حداقل به مدت یک ماه سابقه کار در ICU داشتند. کلیه واحدهای مورد پژوهش حداقل دارای مدرک تحصیلی کاردانی پرستاری بودند که در نوبت‌های مختلف کاری مورد مشاهده قرار گرفتند. به‌دلیل گستردگی بخش‌های مراقبت‌های ویژه و نیز وجود امکان دسترسی بیشتر به واحدهای پژوهش، نمونه‌گیری به روش تصادفی و به شکل خوشه‌ای از کلیه بخش‌های مراقبت‌های ویژه جراحی قلب در شهر تهران انجام شد. انتخاب خوشه‌ها به‌صورت دو مرحله‌ای صورت گرفت. در مرحله اول هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی در سطح شهر تهران به‌عنوان یک طبقه در نظر گرفته شدند. در مرحله دوم به صورت تصادفی یکی از بیمارستان‌های وابسته به هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی که دارای بخش ICU جراحی قلب بودند، به‌عنوان محیط مورد بررسی انتخاب شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق شامل پرسش‌نامه و

ضعیف در پیش‌گیری از بروز نشان‌گان ICU داشتند. هم‌چنین مشخص شد که هیچ‌یک از متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه کار پرستاری، سابقه کار در ICU و گذراندن دوره مراقبت‌های ویژه و میزان تحصیلات، با مهارت واحدهای پژوهش در پیش‌گیری از نشان‌گان ICU رابطه معنی‌داری نداشتند (جدول ۲). بین دانش و مهارت واحدهای پژوهش نیز رابطه معنی‌داری وجود نداشت. توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب رابطه سن و مهارت آنان در پیش‌گیری از بروز نشان‌گان ICU را نشان می‌دهد. حدود نیمی از کل واحدهای پژوهش با مهارت خوب، (۶ نفر=۵۵٪)، در گروه سنی ۲۷-۲۵ سال قرار داشتند و در هریک از گروه‌های سنی ۲۳-۲۵ سال و ۲۷-۲۹ سال، ۲ نفر (۸/۵٪) دارای مهارت خوب بودند. در حالی‌که در گروه سنی بالاتر از ۲۹ سال تنها ۱ نفر (۹٪) دارای سطح مهارت خوب بود. نکته جالب آنکه در همین گروه سنی، یک‌سوم کل واحدهای پژوهش دارای سطح مهارت ضعیف بودند.

متغیرهایی نظیر میزان تحصیلات و گذراندن دوره مراقبت‌های ویژه با دانش واحدهای مورد پژوهش در پیش‌گیری از نشان‌گان ICU رابطه معنی‌داری (به ترتیب $\chi^2=6/2$ و $\chi^2=5/7$) با دانش واحدهای پژوهشی در پیش‌گیری از بروز نشان‌گان ICU وجود داشت (جدول ۱). هم‌چنین یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که ۴۸ نفر (۷۳٪) از واحدهای پژوهش نگرش مثبت، ۸ نفر (۱۴٪) نگرش خنثی و ۷ نفر (۱۳٪) نگرش منفی نسبت به پیش‌گیری از نشان‌گان ICU داشتند. علاوه بر این نشان داده شد که متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه کار پرستاری، سابقه کار در ICU و گذراندن دوره مراقبت‌های ویژه، مستقل از نحوه نگرش واحدهای پژوهشی می‌باشند و تنها میزان تحصیلات موجب بهبودی نگرش ایشان نسبت به پیش‌گیری از سایکوز ICU گردیده است و رابطه معنی‌داری را نشان می‌دهد ($\chi^2=15/9$). هم‌چنین نتایج نشان می‌دهد که از نظر مهارت هیچ‌کدام از واحدهای مورد پژوهش در پیش‌گیری از بروز نشان‌گان ICU در حد عالی نبودند، ولی ۴۵ نفر (۸۰٪) مهارت متوسط یا

جدول ۱- توزیع فراوانی میزان دانش واحدهای پژوهش بر حسب میزان تحصیلات

	میزان دانش									
	عالی		خوب		متوسط		ضعیف		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
فوق دیپلم	۰	۰	۹	۳۲	۷	۲۸	۲	۵۶	۱۸	۳۲
لیسانس	۵	۱۰۰	۱۹	۶۸	۱۰	۷۲	۴	۴۴	۳۸	۶۸
جمع	۵	۱۰۰	۲۸	۱۰۰	۱۷	۱۰۰	۶	۱۰۰	۵۶	۱۰۰

جدول ۲- توزیع فراوانی میزان مهارت واحدهای پژوهش بر حسب میزان تحصیلات

	مهارت									
	عالی		خوب		متوسط		ضعیف		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
فوق دیپلم	۰	۰	۱	۹	۸	۲۸	۹	۵۶	۱۸	۳۲
لیسانس	۰	۰	۱۰	۹۱	۲۱	۷۲	۷	۴۴	۳۸	۶۸
جمع	۰	۰	۱۱	۱۰۰	۲۹	۱۰۰	۱۶	۱۰۰	۵۶	۱۰۰

بحث

یکی از مهم‌ترین عواملی که پرستار ICU را از سایر پرستاران مجزا می‌سازد این واقعیت است که پرستار شاغل در بخش‌های ویژه نیازمند برخورداری از آگاهی فراوان نسبت به نظریات علمی و عملی پرستاری می‌باشد تا بتواند نیازهای بیمار خود را به بهترین نحو برآورده سازد (۳۲). اما متأسفانه اغلب در تدریس دروس مربوط به پرستاری ICU این مبحث مهم، کم‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد و پرستاران در زمان تحصیل با مفهوم واقعی پیش‌گیری از نشان‌گان ICU آشنا نمی‌شوند و به‌هنگام فراغت از تحصیل، درک جزئی و ناقصی از حرفه خود دارند (۳۳، ۳۴، ۳۵ و ۳۶). کما این‌که بسیاری از واحدهای پژوهشی در هنگام پرکردن پرسش‌نامه با مفاهیمی نظیر محرومیت از خواب، افزایش بیش از حد بار حسی یا محرومیت حسی کاملاً ناآشنا بودند. توسعه روز افزون دانش بشری و تکنولوژی و به موازات آن علم پزشکی بر کسی پوشیده نیست. واضح است که در چنین برهه‌ای از تاریخ علم، بر آموخته‌های هر فرد به مرور زمان گرد کهنگی می‌نشیند. همین مفهوم در پرستاری نیز صادق است. به نحوی که آگاهی و مهارت پرستاران می‌باید هر چند سال یک‌بار تجدید شود (۲۵، ۲۶ و ۲۷). یکی از یافته‌های این پژوهش تأیید همین مدعا است که پرستاران برای تجدید دانش و مهارت خود در کار، ضمن تأکید بر این امر، بیان می‌دارند که دانش پرستاری هر ۲ سال یک‌بار باید مورد بازنگری قرار گیرد (۳۷). سایر پژوهش‌ها نیز به این نکته مهم تأکید دارند که پرستارانی که دوره مراقبت‌های ویژه را گذرانیده‌اند با افزایش تجربه، به میزان دانش و آگاهی خود نیز می‌افزایند (۳۲، ۳۸، ۳۹، ۴۰ و ۴۱) که با یافته‌های این پژوهش مطابقت کامل دارد. اساساً نگرش در حرفه پرستاری مقوله‌ای است که بسیار مهم تلقی می‌شود. کار پرستاری به خودی خود مملو از تنش‌ها و هیجانات روحی-عاطفی است. به‌ویژه در ICU که با مرگ-ومیر بالای بیماران همراه است که موجب تقویت احساس

یأس و ناامیدی در پرستاران می‌شود و حتی احساس فراموش-شدگی در این گروه از پرستاران را به‌وجود می‌آورد (۳۸). از بعد نگرش پرستاران در پیش‌گیری از نشان‌گان ICU، یافته‌های این پژوهش نشانگر ارتباط میان میزان تحصیلات و نحوه نگرش واحدهای پژوهش می‌باشد. سایر پژوهش‌ها نیز بین بعد رفتاری نگرش و میزان تحصیلات، رابطه مثبت و رابطه معنی‌دار را نشان داده‌اند (۳۹ و ۴۲). در حالی‌که وضعیت تأهل موجب تأثیر بر نگرش واحدهای پژوهش از نظر بعد شناختی و رفتاری نمی‌گردد که مشابه یافته‌های تحقیق حاضر می‌باشد (۴۳).

نتیجه‌گیری کلی از این ارقام نشان می‌دهد که در سنین بالاتر از ۲۹ سال، مهارت واحدهای پژوهشی در پیش‌گیری از نشان‌گان ICU رو به ضعف گذاشته است که احتمالاً مربوط به خستگی واحدهای پژوهش به دلیل کار ممتد و طولانی مدت در این بخش‌های پرتنش می‌باشد. پیشنهاد شده است که پرستاران شاغل در ICU گاهی در سایر بخش‌ها به‌کار گرفته شوند تا دچار روزمرگی در کار نگردند (۳، ۸، ۲۸ و ۲۹).

بررسی ارقام مربوط به ارتباط میزان تحصیلات و مهارت واحدهای پژوهش در پیش‌گیری از بروز نشان‌گان ICU نشان می‌دهد که بیش از ۹۰٪ واحدهای پژوهش دارای مهارت خوب و عالی (۱۰ نفر)، دارای مدرک تحصیلی لیسانس یا بالاتر بودند که نشانگر تأثیر قابل توجه میزان تحصیلات بر مهارت آنان می‌باشد. برخی محققین بر این باورند که اساساً برنامه درسی پرستاری فاقد توانایی لازم برای پرورش پرستارانی است که در آینده وظیفه مراقبت از بیماران بدحال را برعهده گیرند (۳۵). به اعتقاد سایر پژوهش‌گران برنامه درسی پرستاری مملو از مطالبی است که به ندرت برخی مهارت‌های مهم در این محتوا مورد تأکید قرار می‌گیرند (۳۹، ۴۰ و ۴۱).

علاوه بر این، از سایر یافته‌های این پژوهش می‌توان چنین استنباط نمود که بین مهارت واحدهای پژوهش و سابقه‌کار در

از یافته‌های این پژوهش چنین برمی‌آید که واحدهای پژوهش با تعریف صحیح (محرومیت حسی) که یکی از شاخص‌های مهم دانش و مهارت در بخش‌های مراقبت‌های ویژه می‌باشد، آشنا نیستند که در توافق با برخی پژوهش‌های مشابه می‌باشد. در واقع در محیط به شدت مادی و پر از فن‌آوری بخش‌های ویژه جای تعجب ندارد که واژه‌ای هم‌چون محرومیت حسی به فراموشی سپرده شود (۲۵، ۲۶ و ۲۷). موضوع حائز اهمیت دیگر که بر محیط بخش‌های ویژه حاکم است ممنوعیت ملاقات در این بخش‌ها می‌باشد. این ممنوعیت در محیط بخش‌های مراقبت ویژه باعث بروز حالت انزوا در بیمار می‌گردد و از مهم‌ترین علل تنش در بیماران می‌باشد (۵، ۱۰ و ۱۱). علاوه بر محدود بودن ملاقات در ICU، احاطه شدن

بیمار توسط دستگاه‌های عجیب و غریب و پیچیده در محیطی ناآشنا و نامأنوس موجب انزوای بیماران می‌گردد (۲۵، ۲۶ و ۲۷). این درحالی است که واحدهای مورد پژوهش مخالف استفاده از عکس اقوام و آشنایان بیمار در کنار تخت بودند. در حالی که تجربیات بالینی نشان داده است که وجود عکس‌هایی از دوستان و خانواده بیمار در کنار تخت وی و در معرض دید بیمار، باعث کاهش اثرات روانی ناشی از انزوا در بیمار می‌گردد (۴۳، ۴۴ و ۴۵).

واحدهای پژوهش شرکت کننده در این تحقیق دارای دانش متوسطی در مورد مفهوم محرومیت از خواب بودند. اکثریت ایشان طول مدت چرخ طبیعی خواب را به درستی نمی‌دانستند. در واقع آگاهی از طول مدت چرخه طبیعی خواب باعث می‌شود تا پرستار با برنامه‌ریزی دقیق، اقدامات پرستاری را به نحوی طراحی و اجرا نماید که در فواصل ۹۰ تا ۱۰۰ دقیقه‌ای (مدت چرخه طبیعی خواب)، امکان خواب عمیق و سپری نمودن مراحل طبیعی خواب برای بیمار فراهم گردد (۱۵، ۱۶، ۲۱، ۲۳ و ۴۶).

از یافته‌های این پژوهش چنین استنباط می‌گردد که واحدهای پژوهش در زمینه مفهوم و نحوه برقراری ارتباط به طرق

بخش ICU رابطه معنی‌داری وجود ندارد. در حالی که انتظار آن است که در طول سنوات خدمت در ICU، پرستاران ضمن کار و مراقبت از بیماران به کسب تبحر در این زمینه بپردازند. پرستاران در ICU در حین کار مهارت‌های خاصی را کسب می‌کنند و مستمراً این مهارت را تکرار می‌کنند. اما هنگامی که پرستار جدید به بخش ICU وارد می‌گردد در رابطه با نیازهای خود برای کسب مهارت در انجام وظایف محوله دچار تنش-های فراوانی می‌شود. از طرف دیگر پرستاران و پرستاران مجرب نیز که از دانش و مهارت قابل قبولی برخوردارند، مشغول انجام وظایف اضطراری خود می‌باشند و کم‌تر فرصت آموزش همه نکات و مهارت‌ها را به پرستاران تازه‌کار می‌یابند (۳۲).

اگر محیط بیمارستان‌ها و بخش‌های موجود در آن و به-خصوص ICU، محیطی کاملاً آموزشی و پژوهشی بودند، کسب چنین مهارت‌هایی نیز دور از انتظار نبود. صاحب‌نظران نیز ضمن انتقاد از چگونگی تدریس بالینی دانشجویان پرستاری، معتقدند که نامتناسب بودن نسبت تعداد مربیان به دانشجویان در مراکز آموزش بالینی، کمبودهای موجود از نظر تجهیزات و وسایل و امکانات آموزشی و کمبود آگاهی مربیان پرستاری از اهمیت آموزش بالینی ویژه، از عوامل نقصان در آموزش بالینی دانشجویان می‌باشند (۳۹، ۴۰ و ۴۱). لذا لزوم تداوم آموزش‌ها پس از فراغت از تحصیل به شکل آموزش مداوم را مطرح می‌نمایند. یافته‌های این پژوهش نیز نشان می‌دهد که به‌کارگیری پرستاران، بدون گذراندن دوره مراقبت ویژه باعث کاهش مهارت پرستاران در پیش‌گیری از نشانگان ICU می‌گردد. به‌نحوی که حتی پرستاران با تجربه و ماهر نیز نیازمند شرکت در کلاس‌های آموزش مداوم می‌باشند (۳۸، ۳۹، ۴۰ و ۴۱). در سرتاسر دنیا آموزش مداوم ابزاری برای ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی می‌باشد و در این زمینه خاص نیز برنامه‌های آموزش مداوم برای پزشکان و پرستاران در حال اجرا می‌باشد (۳۲، ۳۹، ۴۰ و ۴۱).

9. Van de Leur JP, van der Schans CP, Loeff BG, Deelman BG, Geertzen JH, Zwaveling JH. Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Crit Care* 2004; 8: R467-R473.
10. Karen H. The use of physical restraint in critical care. *Nurs in Crit Care* 2007; 12: 6- 11.
11. Martin B. Restraint use in acute and critical care settings: Changing practice. *AACN Clinical Issues* 2002; 13: 294- 306.
12. Higgins TL, McGee WT, Steingrub JS, Rapoport J, Lemeshow S & Teres D. Early indicators of prolonged intensive care unit stay: Impact of illness severity, physician staffing, and pre-intensive care unit length of stay. *Crit Care Med* 2003; 31: 45- 51.
13. Alasad J, Ahmad M. Communication with critically ill patients. *J Adv Nurs* 2005; 50: 356- 362.
14. Snyder M, Egan EC, Bums KR. Interventions for decreasing agitation behaviors in persons with dementia. *J Gerontol Nurs* 1995; 21(7): 34- 40.
15. Hale DR. Noise in the hospital: A quality improvement approach. *J Nurs Admin* 1996; 26: 4.
16. McLaugh A. Noise levels in a cardiac surgical intensive care unit: A preliminary study conducted in secret. *Intens Crit Care Nurs* 1996; 12: 226- 30.
17. Moore MM. Intervention to reduce decible level on patient care units. *Am surg* 1998; 65- 72.
18. Balogh D, Kittinger E, Benzer A, Hackl JM. Noise in the ICU. *Intens Care Med* 1993; 19: 343- 6.
19. Hale DR. Noise in the hospital: A quality improvement approach. *J Nurs Admin* 1996; 26: 4.
20. McLaugh A. Noise levels in a cardiac surgical intensive care unit: A preliminary study conducted in secret. *Intens Crit Care Nurs* 1996; 12: 226- 30.
21. Southwel MT, Wistow G. Sleep in hospitals at night: Are patients' needs being met? *J Adv Nurs* 1995; 21: 1101- 9.
22. Miranda D, Nap R, de Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G. TISS Working: Nursing activities score. *Crit Care Med* 2003; 31: 374- 382.
23. Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, Mendelsohn A, Schulz R, Belle S, Im K, Donahoe M, Pinsky MR. Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intens care unit. *Crit Care Med*. 2002; 30: 746- 752.
24. Karin AM, Samuelson N, Dag L, Fridlund B. Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nurs Crit Care* 2007; 12 (2): 93- 104.

مختلف از جمله (لمس‌درمانی) از دانش اندکی برخوردار بودند. یکی از اشکالات عمده ارتباط غیر کلامی، لمس می‌باشد. با لمس‌درمانی پرستار می‌تواند با بیمار خود ارتباط برقرار نماید و این پیام را به وی تفهیم نماید که او تنها نیست. او لمس‌درمانی را بهترین شکل ارتباط با بیمار در حال انزوا می‌داند (۴۳، ۴۶، ۴۷ و ۴۸). لذا می‌توان پیشنهاد نمود که:

الف- برنامه آموزشی رشته پرستاری در خصوص پیش‌گیری از نشان‌گان ICU بازنگری گردد.

ب- در برنامه‌های آموزش مداوم پرستاران این بحث گنجانیده شود.

ج- محیط ICU متناسب با فن‌آوری پیشرفته وسایل موجود در آن تعدیل و اصلاح گردد.

د- پرستاران با توان علمی بالاتر و نگرش مثبت‌تر در این بخش‌ها به‌کار گرفته شوند.

منابع

1. Catherine D. Achieving comprehensive critical care. *Dimens Crit Care* 2007; 12: 124- 131.
2. Cowan D, Norman I, Coopamah V. Competence in nursing practice: A controversial concept - a focused review of literature. *Nurse Educ Today* 2005; 25: 355- 362.
3. Lindberg E. Competence in critical care. What it is and how to gain it. *Dimens Crit Care* 2006; 25: 77- 81.
4. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall A, Asiain C. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nurs Crit Care* 2006; 11: 33- 41.
5. Gonzalez C, Carroll D, Elliott J, Fitzgerald P, Vallent H. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and complex care medical unit. *A J Crit Care* 2004; 13: 194- 197.
6. Pattison N. Psychological implications of admission to critical care. *B J Nurs* 2005; 14: 708- 714.
7. Lindgren VA, Ames NJ. Caring for patients on mechanical ventilation: What research indicates is best practice. *Am J Nurs* 2005; 105: 50-60.
8. Harness G. The problem of stress. *Nurs Times* 1987; 4: 753- 754.

25. Barnard A, Sandelowski M. Technology and humane nursing care: Reconcilable or invented difference? *J Adv Nurs* 2001; 34: 367– 375.
26. Barnard A. Philosophy of technology and nursing. *Nurs Philosophy* 2002; 3: 15– 26.
27. Almerud S, Alapack RJ, Fridlund B, Ekebergh M. Of vigilance and invisibility - being a patient in technologically intense environments. *Nurs Crit Care* 12 (3): 151– 158.
28. Roberts BL. Managing delirium in intensive care patients. *Crit Care Nurs* 2001; 21: 48– 54.
29. Harrison L, Nixon G. Nursing activity in general intensive care. *J Clin Nurs* 2002; 11: 158– 167.
30. Stanley M. Ensuring a safe ICU stay for your confused elderly patients. *Dimension Crit Care Nurs* 1991; 16(2): 62- 7.
31. Trzepac ZPT. Delirium: Advances in diagnosis, pathophysiology and treatment. *Psychiatry Clin North Am* 1996; 19(3): 429- 49.
32. Lindberg E. Increased Job satisfaction after small group reflection on an intensive care unit. *Dimens Crit Care* 2007; 26: 163- 7.
33. Dolan G. Assessing student nurse's clinical competence: Will we ever get it right? *J Clin Nurs* 2003; 12: 132– 141.
34. McMullan M, Endacott R, Miller C, Scholes J, Webb C. Portfolios and assessment of competence: A review of the literature. *J Adv Nurs J* 2003; 41: 283– 294.
35. O'Riordan B, Gray K, McArthur-Rouse F. Implementing a critical care course for ward nurses. *Nurs Stand* 2003; 17: 41– 44.
36. Wood I, Douglas J, Priest H. Education and training for acute care delivery: A needs analysis. *Nurs Crit Care* 2004; 9: 159– 166.
37. Attridge CB. Factors confounding the development of innovative role and practice. *J Nurs Educat* 1996; 35(9): 406- 12.
38. Coad S, Haines S, Lawrence B. Supporting ward staff in acute care areas: The past, the present and the future? *Nurs Crit Care* 2002; 7: 126– 131.
39. Sheetz LJ. Bachelor nursing students' perceptorship program and the development of clinical competence. *J Nurs Educat* 1989; 29- 35.
40. Lewise ML. Preparing nurses for tomorrow's reality. *Nurs Educ*. 1997; 22(1): 12- 6.
41. Ferguson LM. Teaching for creativity. *Nurse's Educat* 1992; 17(1): 16- 9.
42. Stones JN. A survey of continuing education needs of nurses work in an intensive care unit. *Intens Care Nurs* 1986; 46(5): 130- 6.
43. Schoocraf T. *Comprehensive Psychiatric Nurs*. 3rd ed. New York: Mc Graw Hill Co; 1983.
44. Granberg A, Bergbom Engberg I, Lundberg D. Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome: Part 1. *Intens Crit Care Nurs* 1998; 14(6): 294- 307.
45. Granberg A, Engberg IB, Lundberg D. Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome: Part II. *Intens Crit Care Nurs* 1999; 15 (1): 19- 33.
46. Granbergl A, BergbomI, Lundberg D. Clinical signs of ICU syndrome/delirium: An observational study. *Intens Crit Care Nurs* 2001; 17(2): 72- 93.
47. Giasson M, Leroux G, Tardif H. Effect of therapeutic touch on the comfort of persons with dementia of the alzheimer type. Unpublished mart script, Douglas Hospital, Quebec, Canada: 1997.
48. Keller E, Bzdek VM. Effects of therapeutic touch on tension headache pain. *Nurs Res* 1986; 35: 101- 106.