

Effect of setting up rapid response nursing team on cardiopulmonary arrest and unexpected death in patients admitted to emergency department

Z. Eskandari*

L. Yekefallah**

A. Shahrokhi***

A. Javadi****

*M.Sc. Student of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

**Instructor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences and Ph.D. Student of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***Instructor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

****Instructor of Biostatistics, Qazvin University of Medical Sciences and Ph.D. Student of Medical Informatics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Abstract

Background: Rapid response nursing team assesses patients at an earlier stage of clinical deterioration and reduces mortality rate.

Objective: The aim of this study was to determine the effect of setting up rapid response nursing team on cardiopulmonary arrest and unexpected death in patients admitted to emergency department.

Methods: This randomized clinical trial was performed on 714 patients in the emergency department of selected hospital affiliated to Alborz University of Medical Sciences during 2013. Patients were randomly allocated to two groups. Rapid response nursing team consisted of a critical care nurse and an anesthesia technician that attended in the emergency department during work shifts 24 hours a day. The control group was cared by the department staff as routine. The intervention group was cared by the rapid response nursing team when the patient condition was deteriorating and after a careful evaluation. Results of the interventions were recorded for both groups. Data were analyzed using T- test, Chi-square test, and Fisher's exact test.

Findings: There was no significant difference between the two groups in terms of age and gender. There were significant associations between setting up rapid response nursing team and transfer rate to the intensive care units and mortality rate outside of the intensive care units.

Conclusion: With regards to the results, setting up rapid response nursing team was effective in reducing transfer rate to the intensive care unit, mortality rate and cardiopulmonary arrest.

Keywords: Nursing Team, Sudden Death, Heart Arrest, Hospital Emergency Service

Corresponding Address: Zahra Eskandari, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Shahid Bahonar Blvd., Qazvin, Iran

Email: zeskandari44@yahoo.com

Tel: +98-912-1676693

Received: 26 Dec 2013

Accepted: 15 Apr 2014

تأثیر راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری بر بروز ایست قلبی - تنفسی و مرگ غیرمنتظره بیماران بخش فوریته‌ها

زهرا اسکندری*

لیلی بکه فلاح**

اکرم شاهرخی***

امیر جوادی****

* دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه دانشگاه علوم پزشکی قزوین
** مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین و دانشجوی دکترای تخصصی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
*** مربی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
**** مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین و دانشجوی دکترای تخصصی انفورماتیک پزشکی دانشگاه تهران

آدرس نویسنده مسؤول: قزوین، بلوار شهید باهنر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن ۰۹۱۲۱۶۷۶۶۹۳

Email: zeskandari44@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۲۶

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۵

* چکیده

زمینه: گروه پاسخ سریع پرستاری بیماران را در مراحل اولیه شرایط بالینی وخیم ارزیابی می‌کند و میزان مرگ و میر بیماران را کاهش می‌دهد.
هدف: مطالعه به منظور تعیین اثر راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری بر بروز ایست قلبی - تنفسی و مرگ غیرمنتظره بیماران بخش فوریته‌ها انجام شد.

مواد و روش‌ها: این کارآزمایی بالینی تصادفی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۷۱۴ بیمار در بخش فوریته‌های مرکز درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی البرز انجام شد. بیماران به طور تصادفی به دو گروه شاهد و مداخله تقسیم شدند. گروه پاسخ سریع پرستاری متشکل از یک پرستار مراقبت‌های ویژه و یک کاردان بی‌هوشی در هر نوبت کاری بود که ۲۴ ساعته در بخش فوریته‌ها حضور داشتند. مداخله لازم برای گروه شاهد توسط کارکنان طبق روال بخش و برای گروه مداخله توسط گروه پاسخ سریع پرستاری، زمانی که شرایط بیمار رو به وخامت می‌گذاشت و پس از ارزیابی دقیق بیمار، انجام می‌شد. نتایج اقدام‌های انجام شده برای هر دو گروه ثبت و داده‌ها با آزمون‌های آماری تی، کای دو و دقیق فیشر تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین دو گروه از نظر سن و جنس تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. بین راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری با میزان انتقال بیماران به بخش‌های ویژه و میزان مرگ و میر بیماران در خارج از بخش‌های ویژه ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری در کاهش انتقال بیماران به بخش‌های ویژه، مرگ و میر و کاهش ایست‌های قلبی - تنفسی مؤثر بود.

کلیدواژه‌ها: گروه پرستاری، مرگ ناگهانی، ایست قلبی، خدمات فوریته‌های بیمارستانی

* مقدمه

میزان بروز ایست قلبی - تنفسی در بیماران بستری حدود ۳ تا ۴ در هر هزار بزرگسال بستری شده در بیمارستان است که با وجود در دسترس بودن گروه ایست قلبی - تنفسی سنتی و پیشرفت در احیای قلبی - تنفسی خطر مرگ ناشی از این رویداد تا حدی ثابت مانده است.^(۳،۲) در ایران، میزان مرگ و میر بعد از احیا بیش از ۹۰ درصد و میزان ترخیص بیماران از بیمارستان کم‌تر از ۷ درصد گزارش شده است.^(۴) اکثر ایست‌های قلبی در

پیچیدگی مراقبت‌های بهداشتی، افزایش سن جمعیت و اقامت کوتاه مدت در بیمارستان موجب شده است بیماران بستری در بیمارستان، نسبت به قبل به سطح مراقبتی بیش‌تری نیاز داشته باشند. این بیماران در معرض وخیم شدن شرایط بالینی هستند که پیامدهای آن می‌تواند زندگی آن‌ها را تهدید کند. مهم‌ترین پیامدهای نامطلوب شامل ایست قلبی - تنفسی در بیمارستان، پذیرش ناخواسته در بخش‌های ویژه و مرگ است.^(۱،۲)

هدف تعیین اثر راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری بر بروز ایست قلبی - تنفسی و مرگ غیرمنتظره در بخش فوریت‌ها انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

این کارآزمایی بالینی تصادفی پس از تأیید کمیته اخلاق در سال ۱۳۹۲ در مرکز درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی البرز بر روی ۷۱۴ بیمار مراجعه‌کننده به بخش فوریت‌ها با شماره ثبت IRCT ۲۰۱۳۱۰۲۰۱۵۰۷۷N1 انجام شد. بیماران ۱۸ ساله و بزرگ‌تر که در طول نمونه‌گیری در بخش فوریت‌ها بستری بودند وارد مطالعه شدند و بیمارانی که با ایست قلبی - تنفسی به بخش فوریت‌ها مراجعه کردند از مطالعه خارج شدند.

گروه پاسخ سریع پرستاری در این مطالعه متشکل از سه پرستار مراقبت‌های ویژه و سه کاردان بی‌هوشی بود که هر ۲۴ ساعت دو نفر از آن‌ها در بیمارستان حضور داشتند. آن‌ها بخش فوریت را در ابتدای هر نوبت کاری و سپس هر دو ساعت و در صورت نیاز بازدید می‌کردند. در این مطالعه، پژوهش‌گر طی یک جلسه دو ساعته هدف مطالعه و گروه پاسخ سریع پرستاری را برای مدیریت پرستاری و سرپرستارهای بیمارستان معرفی کرد. سپس در یک سمینار یک روزه گروه پاسخ سریع پرستاری و اهداف آن برای سرپرستار، مسئولین نوبت کاری و تمام پرستاران بخش فوریت معرفی شد. در این جلسه پوستر و پمفلت آموزشی در مورد معیارهای خبر کردن گروه پاسخ سریع پرستاری در اختیار کارمندان قرار گرفت. همچنین جهت سهولت همکاری، پوستر معیارهای خبر کردن گروه پاسخ سریع پرستاری در بخش مورد مطالعه نصب شد. این معیارها عبارت بودند از: تنفس کمتر از ۸ و بیش‌تر از ۲۶ عدد در دقیقه، کاهش میزان اشباع اکسیژن خون شریانی به کمتر از ۹۰ درصد، تعداد ضربان قلب بیش‌تر از ۱۱۰ و کم‌تر از ۴۰ بار در دقیقه، فشارخون سیستولیک کم‌تر از ۹۰ میلی‌متر جیوه، درد

بیماران بستری ناگهانی نیستند و ۵۰ تا ۸۴ درصد بیماران علائم ناپایداری شرایط فیزیولوژیک را یک تا شش ساعت قبل از ایست قلبی دارند. این علائم متفاوت، اما اغلب شایع هستند و شامل تغییرات هوشیاری، افت فشارخون، تنفس غیرعادی و آریتمی‌های خطرناک می‌شوند.^(۵) افزایش سطح آگاهی پرستاران و شناسایی این علائم و نشانه‌ها و اقدام‌های زودرس توسط آن‌ها می‌تواند از ایست قلبی جلوگیری کند و در ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران نقش بسزایی داشته باشد.^(۶) از آن جا که ۷۰ درصد این رویدادهای نامطلوب قابل پیشگیری هستند، بیمارستان‌ها باید بر شناسایی راهبردهایی متمرکز شوند که به وسیله آن‌ها بتوان تعداد رویدادهای نامطلوب به ویژه ناکامی در احیا را کاهش داد.^(۷)

گروه پاسخ سریع پرستاری شامل متخصصین مراقبت‌های ویژه با دانش و مهارت مناسب است که به وسیله پرستاران در هر زمانی (هفت روز هفته و بیست و چهار ساعته) برای بررسی و مراقبت از بیماران بد حال در بخش‌های غیر ویژه احضار می‌شوند.^(۸،۹) این گروه در اصل مشابه گروه کد ۹۹ هستند، اما با این تفاوت که برای بررسی بیماران بد حال، با توجه به معیارها و قبل از ایست قلبی - تنفسی احضار می‌شوند.^(۱۱) توانایی بررسی سریع شرایط بیماران و اجرای اقدام مناسب سنگ بنای با ارزش گروه پاسخ سریع پرستاری است.^(۱۲) امروزه راهبرد گروه پاسخ سریع پرستاری یک استاندارد مراقبتی ثابت شده است و بیمارستان‌ها به طور رایج آن را به عنوان یک راهبرد مؤثر برای پیشگیری از مرگ‌های قابل پیشگیری به کار می‌برند.^(۷)

از سوی دیگر، بیش‌ترین مراجعه بیماران با شرایط حاد، به بخش فوریت‌های یک بیمارستان است و چگونگی ارائه خدمت در این بخش، می‌تواند نشان‌دهنده وضعیت عمومی ارائه خدمات در کل بیمارستان باشد.^(۱۳) سرعت ارائه خدمات در مراکز درمانی به خصوص بخش فوریت‌ها، جهت کاستن از مرگ و میر و معلولیت‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.^(۱۴) لذا مطالعه حاضر با

۳۵۲ نفر (۴۹/۳ درصد) زن بودند. در گروه شاهد ۱۸۱ نفر (۵۱/۴ درصد) و در گروه مداخله ۱۷۱ نفر (۴۸/۶ درصد) زن بودند. دامنه سنی بیماران مورد بررسی ۱۸ تا ۹۲ سال با میانگین $۵۰/۶۷ \pm ۱۸/۶۲$ سال بود. میانگین سنی گروه شاهد $۵۱/۹۷ \pm ۱۷/۸۲$ و گروه مداخله $۴۹/۴۸ \pm ۱۸/۶۸$ سال بود. آزمون آماری کای دو تفاوت معنی داری را بین توزیع جنس و سن دو گروه نشان نداد.

از ۳۵۷ بیمار گروه شاهد، برای ۱۱ نفر و از ۳۵۷ بیمار گروه مداخله، برای ۸ نفر کد ۹۹ اعلام شد که آزمون آماری تفاوت معنی داری را نشان نداد. مرگ‌های غیرمنتظره در بخش فوریت‌ها در گروه شاهد ۴ مورد بود ولی در گروه مداخله، موردی مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

در گروه مداخله ۱ مورد مرگ و در گروه شاهد ۱۳ مورد مرگ اتفاق افتاد ($P=۰/۰۰۲$). مرگ در گروه مداخله در ۲۴ ساعت اول پذیرش در بخش آی‌سی‌یو بود و در گروه شاهد شامل ۴ مورد ایست قلبی - تنفسی در بخش فوریت‌ها ($P=۰/۱۲$)، ۴ مورد مرگ در ۲۴ ساعت اول پذیرش در بخش‌های ویژه ($P=۰/۳۷$) و ۵ مورد مرگ بعد از ۲۴ ساعت اول پذیرش در بخش‌های ویژه بود ($P=۰/۰۶۲$)، (جدول شماره ۲).

با راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری میزان انتقال بیماران به بخش‌های ویژه کاهش چشمگیری داشت ($P=۰/۰۱۸$).

قفسه سینه، نگرانی پرستار، کاهش در سطح هوشیاری و غیره. نمونه‌گیری با استفاده از روش طبقه‌بندی انجام شد. بدین صورت ۳۵۷ بیمار در گروه شاهد و ۳۵۷ بیمار در گروه مداخله قرار گرفتند. گروه شاهد درمان‌های دستور داده شده توسط پزشک را توسط کارکنان طبق روال جاری بخش دریافت می‌کرد. گروه مداخله درمان‌های دستور داده شده توسط پزشک را توسط گروه پاسخ سریع پرستاری برحسب اولویت و زمان‌بندی، به طور صحیح و بدون تأخیر دریافت می‌کرد.

گروه پاسخ سریع پرستاری در صورت انتقال بیمار به سایر بخش‌ها وی را همراهی و قبل از انتقال، تجهیزات لازم (اکسیژن، برانکارد، مانیتورینگ پرتابل) را بررسی و وضعیت بیمار را هر ۲ تا ۲۴ ساعت پی‌گیری می‌کرد. همچنین در صورتی که پزشک تصمیم به اعزام بیمار می‌گرفت، این گروه تمام تلاش خود را برای پایدار کردن شرایط همودینامیک بیمار و تعدیل خطرات تهدیدکننده حیات انجام می‌داد و تا زمان حضور بیمار در بخش فوریت شرایط بالینی وی را پی‌گیری می‌کرد. بعد از انجام مداخله‌های پرستاری، نتایج اقدام‌های انجام شده ثبت می‌شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری تی، کای دو و دقیق فیشر تحلیل و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

* یافته‌ها:

از ۷۱۴ بیمار مورد مطالعه، ۳۶۲ نفر (۵۰/۷ درصد) مرد و

جدول ۱- مقایسه فراوانی و نتایج اعلام کد ۹۹ در بخش فوریت‌ها در دو گروه مورد مطالعه

| گروه | فراوانی | کد ۹۹ | | نتایج کد | | ایست قلبی - تنفسی | |
|------------|---------|-----------|------------|------------|--------------|-------------------|------|
| | | اعلام شده | اعلام نشده | احیای موفق | احیای ناموفق | فوت شده | زنده |
| شاهد | تعداد | ۱۱ | ۳۴۶ | ۷ | ۴ | ۴ | ۳۵۳ |
| | درصد | ۳/۱ | ۹۶/۹ | ۶۳/۶ | ۳۶/۴ | ۱/۱ | ۹۸/۹ |
| مداخله | تعداد | ۸ | ۳۴۹ | ۸ | ۰ | ۰ | ۳۵۷ |
| | درصد | ۲/۲ | ۹۷/۸ | ۱۰۰ | ۰ | ۰ | ۱۰۰ |
| جمع | تعداد | ۱۹ | ۶۹۵ | ۱۵ | ۴ | ۴ | ۷۱۰ |
| | درصد | ۲/۷ | ۹۷/۳ | ۷۸/۹ | ۲۱/۱ | ۰/۶ | ۹۹/۴ |
| آزمون فیشر | | $P=۰/۶۴۳$ | | $P=۰/۰۰۳$ | | $P=۰/۰۱۲$ | |

جدول ۲- مقایسه فراوانی مرگ و میر بیماران در طول مطالعه در دو گروه مورد مطالعه

| گروه | فراوانی | مرگ و میر کلی | | مرگ غیرمنتظره در بخش فوریت‌ها | | مرگ در ۲۴ ساعت اول پذیرش در بخش‌های ویژه | | مرگ در ۲۴ ساعت بعد از پذیرش در بخش‌های ویژه | |
|------------|---------|---------------|-------|-------------------------------|------|--|------|---|------|
| | | فوت کرده | ترخیص | فوت شده | زنده | فوت شده | زنده | فوت شده | زنده |
| شاهد | تعداد | ۱۳ | ۳۴۴ | ۴ | ۳۵۳ | ۴ | ۳۵۳ | ۵ | ۳۵۲ |
| | درصد | ۳/۶ | ۹۶/۴ | ۱/۱ | ۹۸/۹ | ۱/۱ | ۹۸/۹ | ۱/۴ | ۹۸/۶ |
| مداخله | تعداد | ۱ | ۳۵۶ | ۰ | ۳۵۷ | ۱ | ۳۵۶ | ۰ | ۳۵۷ |
| | درصد | ۰/۳ | ۹۹/۷ | ۰ | ۱۰۰ | ۰/۳ | ۹۹/۷ | ۰ | ۱۰۰ |
| جمع | تعداد | ۱۴ | ۷۰۰ | ۴ | ۷۱۰ | ۵ | ۷۰۹ | ۵ | ۷۰۹ |
| | درصد | ۲ | ۹۸ | ۰/۶ | ۹۹/۴ | ۰/۷ | ۹۹/۳ | ۰/۷ | ۹۹/۳ |
| آزمون فیشر | | P=۰/۰۰۲ | | P=۰/۱۲ | | P=۰/۳۷۳ | | P=۰/۰۶۲ | |

* بحث و نتیجه‌گیری:

این مطالعه نشان داد با راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری در بخش فوریت‌ها، تعداد پذیرش ناخواسته بیماران در بخش‌های ویژه کاهش یافت. در مطالعه‌های قبلی انتقال بیماران به بخش‌های ویژه به تفکیک بررسی نشده است، اما در مطالعه حاضر، ۶/۷ درصد بیماران در گروه شاهد و ۶/۲ درصد بیماران گروه مداخله به آی‌سی‌یو و همچنین ۱۶/۵ درصد بیماران گروه شاهد و ۹/۸ درصد بیماران گروه مداخله به سی‌سی‌یو منتقل شدند. با توجه به محدودیت تعداد تخت‌های بخش‌های ویژه و درخواست فراوان برای پذیرش بیماران مختلف، با راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری انتقال بیماران به سطوح مراقبتی بالاتر و پذیرش ناخواسته آن‌ها در بخش‌های ویژه پیشگیری شد. مطالعه‌ای نشان داد که با راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری میزان پذیرش ناخواسته در بخش آی‌سی‌یو افزایش یافته بود. در آن مطالعه بیماران بد حال برای مراقبت به سطوح مراقبتی بالاتر منتقل شده و در مقابل میزان ایست‌های قلبی - تنفسی و مرگ‌های غیرمنتظره کاهش یافته بود.^(۱۵)

از دیگر مزایای راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری در بخش فوریت‌ها کاهش میزان مرگ و میر بیماران مراجعه‌کننده به بخش فوریت‌ها بود. به طوری که احتمال وقوع مرگ در گروه شاهد حدود ۱۱ برابر گروه مداخله بود.

با توجه به این که مرگ از پیامدهای نامطلوبی است که بیماران بستری در بیمارستان را تهدید می‌کند، با راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری در بخش فوریت‌ها بیماران با شرایط بالینی وخیم بلافاصله توسط گروه شناسایی می‌شدند و با مداخله‌های پرستاری که با سرعت و دقت انجام می‌شد، میزان اعلام کد ۹۹ در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد کاهش یافت. همچنین احیای موفق ۱۰۰ درصد بیماران در گروه مداخله سبب کاهش میزان مرگ و میر بیماران در بخش فوریت‌ها و بخش‌های ویژه شد. این یافته با نتایج پاول و همکاران در تضاد است که نشان داد راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری بر میزان مرگ‌های بیمارستانی تأثیر نداشته است.^(۱۶) سیموند و همکاران گزارش کردند که اجرای گروه پاسخ سریع پرستاری نتایج مطلوبی داشت که شامل ۵۰ درصد کاهش ایست قلبی خارج از بخش‌های ویژه، ۲۵ تا ۳۰ درصد کاهش انتقال بیمار به بخش ویژه و ۲۶ درصد کاهش مرگ و میر بیمارستانی بود.^(۱۷)

در مطالعه حاضر راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری با کاهش بروز ایست‌های قلبی - تنفسی و مرگ‌های غیرمنتظره در بخش فوریت‌ها همراه نبود. البته در گروه شاهد ۶۳/۶ درصد موارد نتیجه اعلام کد ۹۹ با موفقیت همراه بود و در گروه مداخله میزان موفقیت ۱۰۰ درصد بود. به طور کلی، با رعایت اولویت، زمان‌بندی، سرعت و

*** مراجع:**

1. Massey D, Aitken LM, Chaboyer W. Literature review: do rapid response systems reduce the incidence of major adverse events in the deteriorating ward patient? *J Clin Nurs* 2010 Dec; 19 (23-24): 3260-73
2. Sabahi M, Fanaei SA, Ziaee SA, Falsafi FA. Efficacy of a rapid response team on reducing the incidence and mortality of unexpected cardiac arrests. *Trauma Mon* 2012 Summer; 17 (2): 270-4
3. Rakic D, Rumboldt Z, Carevic V, et al. In hospital cardiac arrest and resuscitation outcomes: rationale for sudden cardiac arrest death approach. *Croat Med J* 2005 Dec; 46 (6): 907-12
4. Hajbagheri MA, Akbari H, Mousavi GA. Survival after in hospital cardiopulmonary resuscitation. *J Res Med Sci* 2005; 10 (3): 156-63
5. Hunt E, Mancini ME, Smyth M, et al. Using the American Heart Association's National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation for performance improvement. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2009 Jan; 35 (1): 13-20
6. Ashcraft AS. Differentiating between pre-arrest and failure-to-rescue. *Medsurg Nurs* 2004 Aug; 13 (4): 211-5
7. Institute for Healthcare Improvement. 5 million lives campaign and initiative of the institute for health care improvement. Available at: www.ihc.org/ihc/programs/campaign. Accessed in: 2006 Nov 1
8. Joint Commission Improving America's hospitals. annual report on quality and safety 2007. Oakbrook Trace, IL: Joint Commission, 2007. Available at: <http://www.Joint.commission.org> Accessed in: in Nov 2007
9. Bertaut Y, Campbell A, Goodlett D.

دقت در انجام مداخله‌های پرستاری میزان احیای موفق در گروه مداخله چشمگیر بود و بیماران سریع‌تر از نظر همودینامیک به شرایط پایدار رسیدند و در نتیجه از انتقال آن‌ها به سطوح مراقبتی بالاتر و ایست قلبی- تنفسی و مرگ‌های غیرمنتظره پیشگیری شد. مدین ریوار و همکاران (۲۰۱۰) در تحقیق خود عدم تأثیر راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری را بر میزان ایست‌های قلبی- تنفسی و مرگ‌های غیرمنتظره گزارش کرده بودند. مطالعه آن‌ها نیز تعداد کد ۹۹ کم‌تری با راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری مشاهده شده بود.^(۱۸) سیمس و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری میزان ایست‌های قلبی- تنفسی و مرگ‌های غیرمنتظره را ۵۰ درصد کاهش داده بود.^(۱۵) مطالعه دیگری نشان داد که با راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری میزان ایست‌های قلبی- تنفسی ۵۷ درصد کاهش یافت.^(۱۹)

محدودیت پژوهش حاضر انجام مطالعه فقط در یک بیمارستان بود؛ بنابراین ممکن است داده‌ها برای مطالعه‌ها و مکان‌های دیگر کم‌تر کاربرد داشته باشد. پیشنهاد می‌شود در مطالعه‌های آینده نگر تأثیر راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری بر برآیند مراقبتی بیماران در سایر مراکز تخصصی دیگر و فوریت‌های کودکان بررسی شود. به طور کلی، راه‌اندازی گروه پاسخ سریع پرستاری با کاهش انتقال بیماران به بخش‌های ویژه، میزان مرگ و میر، کاهش اعلام کد ۹۹، افزایش احیای قلبی- تنفسی موفق و افزایش ترخیص بیماران همراه بود. اگرچه با کاهش بروز ایست‌های قلبی- تنفسی در بخش فوریت‌ها همراه نبود، ولی علت عدم معنی‌داری آماری می‌تواند کمی تعداد نمونه پژوهش باشد که می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد.

*** سپاس‌گزاری:**

از شورای پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی قزوین جهت حمایت مالی از این پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد قدردانی می‌شود.

Implementing a rapid-response team using a nurse-to-nurse consult approach. *J Vasc Nurs* 2008 Jun; 26 (2): 37-42

10. Stollendorf D. Rapid response teams: policy implications and recommendations for future research. *J Nurs Law* 2008 Jul 1; 12 (3)

11. Jones DD. The role of a medical emergency team in a teaching hospital. Austin Health Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, The University of Melbourne; 2009 Jan

12. Halvorsen L, Garolis S, Wallace-Scroggs A, et al. Building a rapid response team. *AACN Adv Crit Care* 2007 Apr-Jun; 18 (2): 129-40

13. Vieth TL, Rhodes KV. The effect of crowding on access and quality in an academic ED. *Am J Emerg Med* 2006 Nov; 24 (7): 787-94

14. Akbari ME. National strategies for quality improvement in emergency management. Proceedings of the First Congress on Quality Improvement in Emergency Management. 2002; Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences; 5-6

15. Simmes F, Schoonhinen L, Minitjes J, et al. Incidence of cardiac arrests and unexpected deaths in surgical patients before and after implementation of a rapid response system. *Ann Intensive Care* 2012 Jun 20; 2 (1): 20

16. Chan PS, Khalid A, Lingmore LS, et al. Hospital-wide code rates and mortality before and after implementation of a rapid response team. *JAMA* 2008 Dec 3; 300 (21): 2506-13

17. Simmonds TC. Best-practice protocols: implementing a rapid response system of care. *Nurs Manage* 2005 Jul; 36 (7): 41-2, 58-9

18. Rivera B, Campos-Santiago Z, Palacios AT, Rodriguez-Cintron W. The effect of the Medical Emergency Team on unexpected cardiac arrest and death at the VA Caribbean Healthcare System: a retrospective study. *Critical Care and Shock* 2010; (13): 3

19. Lighthall GK, Parast LM, Rapoport L, Wagner TH. Introduction of a rapid response system at a United States veterans affairs hospital reduced cardiac arrests. *Anesth Analg* 2010 Sep; 111 (3): 679-86

Archive of SID