

مقایسه نظرات و عملکرد پرستاران ICU در مراقبت از دهان بیماران تحت تهویه مکانیکی

دکتر محسن ادیب حاج باقری^{۱*}، اکرم انصاری^۲

تاریخ دریافت ۱۳۹۱/۰۱/۱۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۱/۰۴/۰۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: با وجود شواهد مبنی بر ارتباط پنومونی مربوط به ونتیلاتور و مراقبت ناکافی از دهان بیماران ICU، گزارشی در زمینه عملکرد پرستاران ایران در این زمینه وجود ندارد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه نظرات و عملکرد پرستاران ICU در باره مراقبت از دهان بیماران تحت تهویه مکانیکی انجام شد. **مواد و روش کار:** مطالعه مقطعی روی ۹۰ پرستار ICU در بیمارستان‌های کاشان، اصفهان و نجف آباد انجام شد. پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک و سؤالاتی در مورد دفعات بررسی، ثبت و آموزش دیدن در مورد مراقبت از دهان، استفاده از چک لیست، اولویت و مواد رایج در مراقبت از دهان و موانع آن بود. گزارشات پرستاری ۴۵ بیمار از نظر ثبت مراقبت بررسی شد. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد. **یافته‌ها:** مراقبت از دهان با کسب متوسط نمره ۵/۷ (از ۱۰)، رتبه هفتم را در میان ۱۰ مراقبت کسب کرد. تنها حدود ۲۹ درصد پرستاران ابراز کردند که در این زمینه آموزش دیده‌اند. ۲۰ درصد از آن‌ها در طول شیفت مراقبت از دهان را انجام نمی‌دادند. رایج‌ترین روش مورد استفاده در مراقبت از دهان ساکشن (۸/۸۳٪) بود. زیاد بودن وظایف نوشتاری و کمبود پرسنل مهم‌ترین موانع مراقبت از دهان در بیماران تحت تهویه مکانیکی بود. فقط در گزارش پرستاری ۲۰ درصد از بیماران تحت تهویه مکانیکی تمام موارد مراقبت از دهان ثبت شده بود. **بحث و نتیجه‌گیری:** مراقبت از دهان بیماران تحت تهویه مکانیکی از نظر پرستاران از اهمیت بالایی برخوردار نبود. ضمن توصیه به تقویت برنامه‌های آموزشی پرستاران ICU در زمینه مراقبت از دهان، تقویت نظارت بر انجام این مراقبت پیشنهاد می‌شود. **کلید واژه‌ها:** مراقبت از دهان، پرستار، نظرات، عملکرد، تهویه مکانیکی

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره چهارم، پی در پی ۳۹، مهر و آبان ۱۳۹۱، ص ۴۹۳-۴۸۵

آدرس مکاتبه: کاشان، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، گروه پرستاری داخلی جراحی، تلفن: ۰۹۱۳۳۶۳۰۲۷۲

Email: adib1344@yahoo.com

مقدمه

انتشار سیستمیک عفونت، باکتری می و حتی سرایت عفونت به

مفاصل و قلب شوند (۳،۹).

شواهد زیادی مبنی بر ارتباط پنومونی و مراقبت ناکافی از

دهان بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه (ICU) وجود دارد

(۴،۱۰،۶). بر اساس این شواهد، مراقبت ناکافی از دهان باعث

تجمع میکروب‌ها در آن شده و آسپیراسیون این میکروب‌ها در

ایجاد پنومونی در بیماران ICU نقش دارد (۸،۱۱،۱۳).

خطر ایجاد پنومونی بیمارستانی در بیماران تحت تهویه

مکانیکی ۲۱ برابر سایر بیماران بوده و مرگ و میر این بیماران

بیش از ۵۰ درصد است (۸،۵، ۱۴،۱۵).

تأمین بهداشت دهان و مراقبت از آن یکی از جنبه‌های

اساسی مراقبت پرستاری در بخش‌های ویژه است (۱،۴) که نه

تنها در ایجاد احساس راحتی، بلکه در جلوگیری از عوارض

کشنده‌ای مانند پنومونی مربوط به ونتیلاتور (VAP) نقش دارد

(۴،۲،۵). مطالعات نشان داده‌اند که مراقبت ناکافی از دهان

می‌تواند باعث کاهش جریان بزاق، خشکی و التهاب مخاط دهان،

ایجاد پلاک دندان، التهاب لثه و تجمع باکتری‌های بیماری‌زا در

دهان و حلق شود. این باکتری‌ها می‌توانند باعث عوارضی مانند

استوماتیت، پوسیدگی دندان و عفونت بافت‌های اطراف آن و

^۱ دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان (نویسنده مسئول)^۲ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، بیمارستان فاطمه الزهرا نجف آباد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

وقت کافی و تعداد پرستاران در انجام مراقبت از دهان و کیفیت انجام این مراقبت‌ها نقش دارد (۲۹، ۲۸، ۱۰، ۷). تعدادی از مطالعات هم نشان داده‌اند که پرستاران معمولاً نیازهای مراقبتی بیماران را بر اساس علل پذیرش و میزان فوریت مشکلات حاد پزشکی و نه بر اساس نیازهای بیماران و امکان رویدادهای بالقوه، اولویت بندی می‌کنند (۴). در یک مطالعه، پرستاران ابراز کرده‌اند که دوره‌های آموزشی نتوانسته است آمادگی لازم برای مراقبت درست از دهان را در آن‌ها ایجاد کند (۲۸). در مطالعه دیگری که بر روی ۱۰۳ پرستار ICU انجام شده است تنها ۶۲ درصد از پرستاران اعلام کردند که در مورد مراقبت از دهان آموزش دیده‌اند و ۵۸ درصد از آن‌ها اعلام کرده‌اند که به آموزش بیشتری در مورد مراقبت از دهان نیاز دارند (۲). همچنین بررسی انجام شده بر پرستاران ۵۹ بخش ICU در اروپا نشان داد که اگرچه ۷۷ درصد از پرستاران گزارش کرده‌اند که در مورد مراقبت از دهان آموزش دیده‌اند، اما ۹۳ درصد از آن‌ها احساس می‌کردند که دانش بیشتری در این زمینه نیاز دارند (۱).

با توجه به اهمیت مراقبت از دهان در بخش‌های ICU و در بیماران تحت تهویه مکانیکی و نیز به دلیل کمبود مطالعه در زمینه عملکرد پرستاران ایرانی در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف مقایسه نظرات و عملکرد پرستاران ICU در مراقبت از دهان بیماران تحت تهویه مکانیکی انجام شد.

مواد و روش کار

یک مطالعه مقطعی بر روی ۹۰ نفر از پرستاران بخش‌های ICU در بیمارستان‌های شهید بهشتی کاشان، الزهرا و غرضی اصفهان و بیمارستان فاطمه الزهرا نجف آباد انجام شد. داده‌ها توسط یک پرسشنامه چهار قسمتی جمع آوری شد. بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، سابقه کار، مدرک تحصیلی و سابقه آموزش درباره مراقبت از دهان) بود. بخش

این عفونت‌ها علاوه بر افزایش مرگ و میر بخش‌های ICU باعث افزایش طول مدت بستری و درمان‌های اضافه شده و هزینه‌های سنگینی را به بیمارستان و بیمار تحمیل می‌کنند. بر اساس یک گزارش، هزینه هر بستری اضافی ناشی از VAP ۳۰-۴۰ هزار دلار به ازای هر نفر برآورد شده است. گزارش دیگری نیز نشان می‌دهد که این عفونت‌ها تنها در آمریکا باعث بیش از ۱/۷۵ میلیون روز بستری اضافی در بیمارستان و ۱/۵ میلیارد دلار هزینه اضافی می‌گردد (۱۶، ۱۳، ۱۰).

مطالعات در آمریکا و اروپا نشان می‌دهند که انجام درست و ثبت صحیح مراقبت از دهان با کاهش وقوع VAP در ICU ارتباط داشته است (۲۱، ۱۶). بگونه‌ای که اجرای یک برنامه مراقبت از دهان در یک بخش ICU توانسته است خطر نسبی ایجاد VAP را به صورت محسوسی کاهش داده و شیوع آن را از ۱۰/۴ به ۳/۹ مورد به ازای هر هزار روز اتصال به ونتیلاتور کاهش دهد (۲۲). با وجود این، محققان مکرراً گزارش نموده‌اند که مراقبت از دهان بیماران ICU به صورت مناسبی انجام نشده و اقدامات انجام شده نیز به درستی ثبت نمی‌شوند (۲۴، ۲۳، ۲۱، ۲۰، ۱۶، ۱۰). این گزارشات همچنین نشان می‌دهند که آموزش مراقبت از دهان به دانشجویان پرستاری در دانشکده‌ها کم اهمیت تلقی می‌شود (۲۵) و محتوای آن طی ۱۲۰ سال گذشته تغییر عمده‌ای نکرده است، پرستاران ICU برای مراقبت از دهان در مقایسه با سایر اقداماتی که در این بخش‌ها انجام می‌شود اولویت کم‌تری قائل می‌شوند (۲۶، ۲۱، ۹، ۶)، پروتکل استاندارد و مبتنی بر شواهدی در زمینه نحوه، دفعات و وسایل لازم برای مراقبت از دهان در بخش‌ها وجود ندارد (۲۷، ۱۶، ۸، ۴) و پرستاران بسته به تجارب خود و یا روتین بخش‌ها از روش‌ها و وسایل متفاوتی در مراقبت از دهان بیماران استفاده می‌کنند (۲۰، ۶، ۳، ۲). برخی از گزارشات نیز نشان می‌دهند که عواملی مانند محیط کار پرستاران، امکانات در دسترس آن‌ها، نگرش آن‌ها نسبت به اقدامات مراقبتی و نیز داشتن

دوم دربردارنده هشت سؤال بود. سؤالات اول و دوم به بررسی دفعات بررسی دهان و دفعات مراقبت از دهان در هر شیفت در بیماران تحت تهویه مکانیکی می‌پرداخت. سؤالات سوم تا پنجم به صورت دو گزینه‌ای (بلی-خیر) و در مورد ثبت هر بار مراقبت از دهان در چارت (یا پرونده) بیمار، آموزش دیدن در مورد مراقبت از دهان، و استفاده از چک لیست در مراقبت از دهان بود. سؤال ششم حاوی لیستی از ۱۰ مراقبت پرستاری (شامل: ساکشن تراشه، مراقبت از پوست، چشم، دهان، مراقبت از عملکرد روده‌ای، نوشتن گزارشات، بهداشت فردی، مراقبت از کاتترها، تغذیه، و جلوگیری از تحریک بیش از حد حسی) بود. از واحدهای پژوهش خواسته شده بود تا با تخصیص عددی بین یک تا ۱۰ به این مراقبت‌ها، آن‌ها را از نظر اهمیت انجامشان اولویت بندی کنند. تخصیص عدد بیشتر به معنای قائل شدن اولویت بیشتر برای انجام آن مراقبت بود. سؤال هفت حاوی یک نمودار دیداری ۱۲ ستونی و هر ستون به ارتفاع ۱۰ سانتی‌متر و نشانگر مواد و وسایل رایج در مراقبت از دهان (شامل: سواب پنبه‌ای، قطعات گاز، نرمال سالین، آب ساده، آب لیمو و گلیسرین، آب اکسیژنه، کلرگزیدین، بتادین رقیق شده، وازلین، مسواک، خمیر دندان، و ساکشن کردن دهان) بود. در قاعده هر ستون عدد یک و در رأس آن عدد ۱۰۰ نوشته شده بود. از پاسخ دهندگان خواسته شده بود تا متناسب با میزان استفاده از هر مورد در مراقبت از دهان، بر روی هر ستون در نقطه‌ای بین یک تا ۱۰۰ علامت بزنند. تخصیص عدد بیشتر، به معنای کاربرد آن وسیله در درصد بیشتری از موارد مراقبت از دهان بود. سؤال هشت نیز دربردارنده لیستی از ۱۰ عامل بود که در مطالعات قبلی از آن‌ها به عنوان موانع مراقبت از دهان یاد شده بود (شامل: ناخوشایند بودن مراقبت از دهان، کمبود وسایل لازم برای مراقبت از دهان، کمبود وقت، ناکافی بودن تعداد پرستار، کم اهمیت بودن مراقبت از دهان در مقایسه با سایر مراقبت‌ها، فقدان دانش و مهارت کافی در مراقبت از دهان، ترس از جابجایی لوله

تراشه و آسپیراسیون، و اعتقاد به این که این کار وظیفه پرستار نیست). از واحدهای پژوهش خواسته شده بود تا با تخصیص دادن نمره یک تا ۱۰ به این عوامل، آن‌ها را از نظر اهمیتشان در ممانعت از انجام مراقبت از دهان در بخش ICU مرتب کنند. دادن نمره مشابه به این عوامل مجاز نبود. روایی پرسشنامه مورد تایید ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و دو نفر از مربیان ICU قرار گرفت. برای بررسی عملکرد واقعی پرستاران در مراقبت از دهان نیز در یک فاصله دو هفته‌ای، طی دو نوبت به فاصله سه روز از یکدیگر، پرونده ۴۵ بیمار بستری که حداقل ۲۴ ساعت از بستری آن‌ها در ICU می‌گذشت از نظر ثبت مراقبت از دهان بررسی شد.

پرسشنامه‌ها با مراجعه نویسنده دوم در شیفت‌های صبح و عصر و شب در اختیار پرستاران قرار گرفت و در همان شیفت جمع آوری شد. پرستاران از محرمانه ماندن اطلاعات فردی خود مطمئن شدند. اخلاقیات مطالعه مورد تایید شورای پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی قرار گرفت. آنالیز داده‌ها با استفاده از محاسبه فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار در نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل ۷۴ زن و ۱۶ مرد بود. متوسط سن واحدهای پژوهش ۳۱/۵ سال (با انحراف معیار ۵/۹ سال) و متوسط سابقه کار آن‌ها ۵/۶ سال (با انحراف معیار ۴/۱ سال) بود. ۸۳ نفر از واحدهای پژوهش دارای مدرک کارشناسی، پنج نفر کارشناس ارشد و دو نفر دارای دیپلم بهیاری بودند. ۴۰ نفر در بیمارستان بهشتی، ۴۱ نفر در بیمارستان‌های الزهرا و غرضی و ۹ نفر در بیمارستان نجف آباد کار می‌کردند. از نظر واحدهای پژوهش، مراقبت از دهان با کسب متوسط نمره ۵/۷ از بین ۱۰ مراقبت در رتبه هفتم قرار گرفت (جدول شماره ۱).

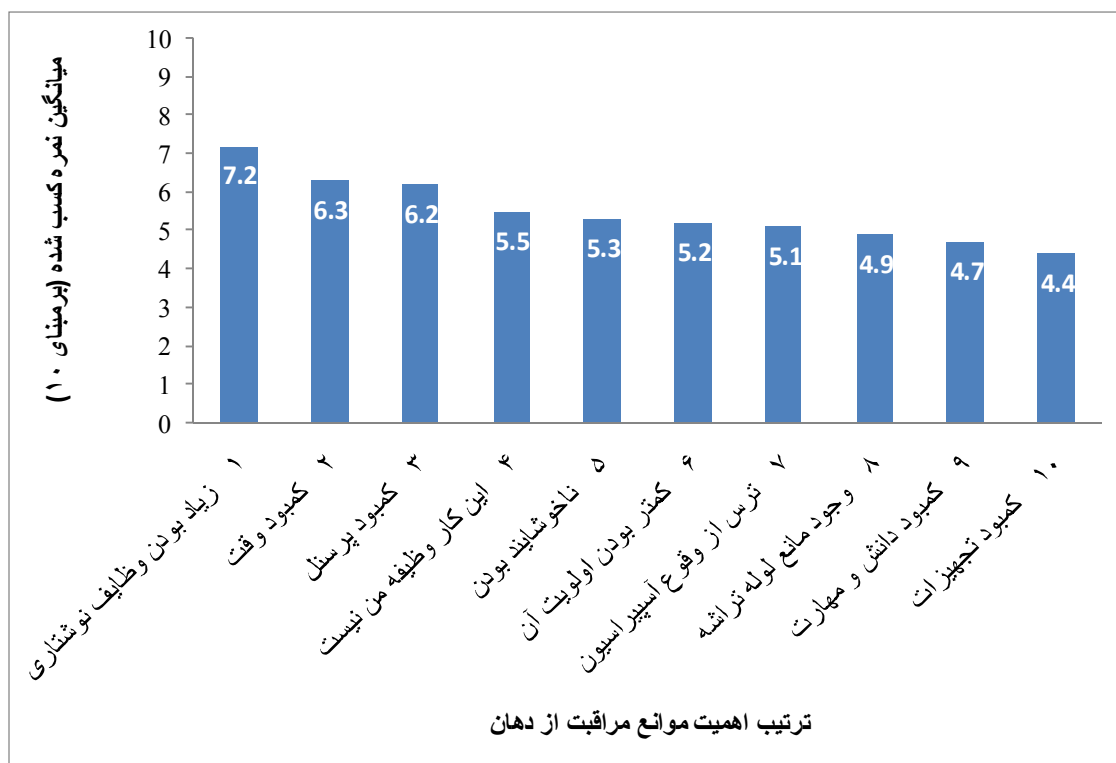
نوع مراقبت	میانگین نمره اولویت	انحراف معیار
ساکشن تراشه	۷/۸	۳/۰
گزارش نویسی	۷/۲	۳/۵
مراقبت از پوست	۶/۹	۲/۶
مراقبت از کاتترها	۶/۶	۲/۷
تغذیه	۶/۱	۲/۵
مراقبت از چشم	۵/۸	۲/۴
مراقبت از دهان	۵/۷	۲/۸
مراقبت از عملکرد روده‌ای (دفع)	۵/۶	۲/۵
بهداشت فردی	۵/۱	۳/۱
جلوگیری از تحریک بیش از حد حسی	۴/۹	۳/۰

نمی‌دهند. تنها ۱۵/۶ درصد افراد اظهار نمودند که برای مراقبت از دهان از چک لیست خاصی استفاده می‌کنند. بیشترین وسیله مورد استفاده در مراقبت از دهان ساکشن ساده دهان (۸۳/۸٪) بود (جدول شماره ۲).

تنها حدود ۱۹ درصد پرستاران هدف مراقبت از دهان را پیشگیری از پنومونی وابسته به ونتیلاتور می‌دانستند. همچنین تنها حدود ۲۹ درصد پرستاران ابراز داشتند که در مورد مراقبت از دهان آموزش اختصاصی دیده‌اند. ۲۰ درصد از واحدهای پژوهش اظهار نمودند که در طول شیفت مراقبت از دهان را انجام

متغیر مورد بررسی	پاسخ	تعداد	درصد
هدف مراقبت از دهان بیمار	تأمین راحتی و بهداشت فردی بیمار	۷۳	۸۱/۱
	جلوگیری از پنومونی	۱۷	۱۸/۹
	در دانشگاه آموزش دیده‌ام	۱۵	۱۶/۷
آموزش دیدن در مورد مراقبت از دهان	در بیمارستان آموزش دیده‌ام	۱۱	۱۲/۲
	آموزش ندیده‌ام	۶۴	۷۱/۱
	صفر	۱۹	۲۱/۱
دفعات بررسی دهان در هر شیفت	۱-۲ بار	۵۸	۶۴/۵
	۳ بار (یا بیشتر)	۱۳	۱۴/۴
	صفر	۱۸	۲۰
دفعات مراقبت از دهان در هر شیفت	۱-۲ بار	۶۸	۷۵/۶
	۳ بار (یا بیشتر)	۴	۴/۴
	صفر	۱۴	۱۵/۶
استفاده از چک لیست خاص برای مراقبت از دهان	بله	۷۶	۸۴/۴
	خیر	-	۸۳/۸
مواد و ابزار مورد استفاده در مراقبت از دهان	ساکشن دهان	-	۶۹/۴
	نرمال سالین (با استفاده از قطعات گاز یا سواب پنبه‌ای)	-	۵۳/۹
	کلر هگزیدین	-	۴۰/۶
	آب ساده (با استفاده از قطعات گاز یا سواب پنبه‌ای)	-	۲۱/۳
	آب لیمو و گلیسرین (با استفاده از قطعات گاز یا سواب پنبه‌ای)	-	۱۶/۰
	خمیر دندان و مسواک	-	۱۵/۱۶
	مسواک و نرمال سالین	-	۸/۵
	وازلین	-	۵/۶
	آب اکسیژنه رقیق شده (با استفاده از قطعات گاز یا سواب پنبه‌ای)	-	۵/۳
	بتادین رقیق شده (با استفاده از قطعات گاز یا سواب پنبه‌ای)	-	-

شرکت‌کنندگان در این تحقیق زیاد بودن وظایف نوشتاری، کمبود وقت و کمبود پرسنل را از مهم‌ترین دلایل عدم مراقبت از دهان در بیماران تحت تهویه مکانیکی ذکر کردند (نمودار شماره ۱).



نمودار شماره (۱): ترتیب اهمیت موانع مراقبت از دهان از نظر پرستاران

و از میان ۱۰ مراقبت پرستاری رتبه هفتم را به خود اختصاص داده است. ساکشن ترشحات تراشه و نوشتن گزارشات پرستاری بالاترین اولویت و جلوگیری از تحریک بیش از حد حسی و نیز تأمین بهداشت فردی بیماران کمترین اولویت را از نظر پرستاران شرکت‌کننده در تحقیق حاضر داشته‌اند. این یافته‌ها تا حد زیادی با سایر گزارشات هم‌خوانی دارد. به گونه‌ای که در یک مطالعه ۴۷ درصد از پرستاران برای مراقبت از دهان اهمیت کم و تنها حدود ۱۷ درصد اهمیت زیاد قائل شده بودند (۶). در یک مطالعه دیگر نیز تنها حدود ۴۴ درصد پرستاران برای مراقبت از دهان اولویت زیاد قائل بوده و بیشتر پرستاران اولویت آن را در مقایسه با سایر مراقبت‌ها در حد متوسط ارزیابی کرده بودند (۸). با وجود

همچنین، ۸۸/۶۶ درصد از پرستاران اظهار نمودند که پس از هر بار مراقبت از دهان، آن را در پرونده بیمار ثبت می‌کنند، اما فقط در پرونده ۲۲/۳ درصد از بیماران بررسی شده، همه موارد مراقبت ثبت شده بود. در پرونده ۳۷/۷ درصد از بیماران نیز چند نوبت مراقبت تنها در یک گزارش به صورت کلی ثبت شده بود و در پرونده ۴۰ درصد از بیماران نیز هیچ‌گونه موردی از انجام مراقبت از دهان ثبت نشده بود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که مراقبت از دهان از نظر پرستاران شرکت‌کننده در تحقیق از اولویت بالایی برخوردار نبوده

این، در اغلب مطالعات میانگین نمره اولویت اختصاص یافته به مراقبت از دهان در مقایسه با مطالعه حاضر بالاتر بوده است. این امر ضرورت توجه به بازآموزی درباره اهمیت مراقبت از دهان و نقش آن در پیشگیری از پنومونی مربوط به ونتیلاتور را آشکار می‌سازد.

تحقیق حاضر نشان داد که بیش از ۸۰ درصد پرستاران، هدف مراقبت از دهان در بیماران ICU را تأمین راحتی و بهداشت فردی بیمار دانسته‌اند. این یافته نشان می‌دهد که دانش پرستاران در زمینه مراقبت از دهان در بیماران تحت تهویه مکانیکی به روز نیست. گزارشات دیگر نیز ضمن تأیید این یافته (۵،۳۰،۲۶،۲۱،۸،۶) نشان داده‌اند که دوره‌های آموزشی نتوانسته است آمادگی لازم برای مراقبت درست از دهان را در پرستاران و دانشجویان پرستاری ایجاد کند (۲۸،۲۵)، از این رو آن‌ها برای مراقبت از دهان اهمیت قائل نبوده (۴)، فاقد دانش لازم برای تصمیم‌گیری در مورد زمان، دفعات و نحوه انجام این مراقبت هستند (۶)، و به آموزش بیشتری در مورد مراقبت از دهان نیاز دارند (۲). شاید به همین دلایل بوده است که در مطالعه حاضر نیز مراقبت از دهان در مقایسه با سایر مراقبت‌ها رتبه مناسبی کسب نکرده است.

بیش از ۷۰ درصد درصد از پرستاران شرکت‌کننده در تحقیق حاضر گزارش داده‌اند که در زمینه مراقبت از دهان بیماران تحت تهویه مکانیکی آموزش ندیده‌اند. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات انجام شده در اروپا هم‌خوانی ندارد به گونه‌ای که در مطالعه انجام شده بر روی پرستاران ICU در انگلستان، ۶۲ درصد از آن‌ها اعلام کردند که در مورد مراقبت از دهان آموزش دیده‌اند (۲). همچنین بررسی پرستاران ۵۹ بخش ICU در اروپا نشان داد که ۷۷ درصد از آن‌ها در مورد مراقبت از دهان آموزش دیده بودند (۱). به نظر می‌رسد که در دانشکده‌های پرستاری و نیز در دوره‌های آموزش مداوم، اهمیت لازم به مراقبت از دهان داده نشده

است. در حالی که بیش از ۸۶ درصد از شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر، اظهار نموده‌اند که همه موارد مراقبت از دهان را در چارت بیماران ثبت می‌کنند، در ۴۰ درصد از موارد، مراقبت از دهان در گزارشات پرستاری ثبت نشده بود. این یافته با نتایج برخی از مطالعات قبلی هم‌خوانی دارد به گونه‌ای که در یک مطالعه، با بررسی گزارشات پرستاری یک بخش ICU در طول یک ماه، مشخص شد که بین اظهار پرستاران، با آنچه در پرونده بیماران ثبت شده بود اختلاف وجود داشته است (۶). در یک مطالعه دیگر نیز پرستاران اظهار کرده بودند که هر ۴ ساعت از دهان بیماران مراقبت می‌کنند، اما بررسی نشان داد که در طی ۴ ساعت قبل از تحقیق در پرونده ۶۷ درصد بیماران مراقبت از دهان ثبت نشده بود (۲۴). همچنین، مطالعه دیگری در ۹ بخش ICU نشان داد که تعداد مراقبت ثبت شده از دهان بیماران، کم‌تر از تعدادی بود که پرستاران اظهار کرده بودند (۲۱). اگرچه تطابق اظهارات پرستاران مطالعه حاضر با موارد ثبت شده در گزارش پرستاری بیشتر از سایر مطالعات است اما بیشتر موارد ثبت شده نیز حالت کلی داشته و احتمالاً چند نوبت را به صورت کلی طی یک گزارش ثبت نموده‌اند. همچنین، احتمالاً مراقبت از دهان در تعدادی از بیماران به دلیل کم اهمیت تلقی شدن آن ثبت نشده است. این امر ضرورت تذکر دادن و نظارت بر ثبت دقیق مراقبت‌های پرستاری و به ویژه مراقبت از دهان را نشان می‌دهد.

بیش از یک پنجم از پرستاران تحقیق حاضر اعلام نموده‌اند که در طی شیفت کاری به بررسی دهان نپرداخته و در همین حدود نیز اظهار نموده‌اند که در طی شیفت کاری خود مراقبت از دهان را انجام نمی‌دهند. همچنین تنها حدود ۱۵ درصد از شرکت‌کنندگان در تحقیق اعلام کرده‌اند که از چک‌لیست خاصی برای مراقبت از دهان استفاده می‌کنند. این یافته ضمن تطابق با سایر یافته‌ها و نشان دادن دانش و بینش نامناسب پرستاران در مورد مراقبت از دهان، می‌تواند به این امر نیز مربوط باشد که به دلیل کم اهمیت

تلقی شدن مراقبت از دهان، این مراقبت به پرسنل دیگر مانند کمک بهیاران واگذار می‌شود. با وجود این، فقدان گزارش درباره مراقبت از دهان در چارت بیماران می‌تواند نشان دهد که این مراقبت لاقبل در تعدادی از موارد واقعاً انجام نشده است.

در پاسخ به این پرسش که چرا مراقبت از دهان در بخش‌های ویژه به نحو مطلوب انجام نمی‌شود، پرستاران تحقیق حاضر، زیاد بودن وظایف نوشتاری، کمبود وقت و کمبود پرسنل را به عنوان مهم‌ترین موانع ذکر کرده و پس از آن، احساس این که این کار وظیفه پرستار نیست، ناخوشایند بودن این کار و نیز کمتر بودن اهمیت این مراقبت در مقایسه با سایر مراقبت‌ها را به عنوان موانع دیگر برشمرده‌اند. تحقیق در ۵۹ بخش ICU در اروپا نیز نشان داد که یک سوم از پرستاران، مراقبت از دهان را ناخوشایند و حدود دو سوم آن‌ها این کار را مشکل توصیف کرده‌اند (۱). سایر مطالعاتی که به بررسی موانع انجام مراقبت با کیفیت و مبتنی بر شواهد در بخش‌های مختلف از جمله در ICU پرداخته‌اند گزارش داده‌اند که عواملی مانند کمبود وقت، ناکافی بودن تعداد پرستاران، حجم زیاد کار، ضعف مدیریت و نظارت، بی‌توجهی مدیران به ارزش عملکرد علمی، استهلاک دانش پرستاران، فقدان پروتکل استاندارد برای مراقبت، و نیز ناخوشایند دانستن برخی از مراقبت‌ها، مانع ارائه مراقبت استاندارد و مبتنی بر شواهد بوده‌اند (۲۸،۷،۱). تعدادی از مطالعات نیز وجود موانعی مانند لوله تراشه، لوله معدی دهانی و یا نواری که با آن لوله تراشه بسته می‌شود را باعث مشکل شدن و عدم انجام مراقبت مناسب از دهان در بخش‌های ICU دانسته و نیز کمبود آموزش، فقدان تجهیزات مناسب و ترس پرستار از جابجایی لوله تراشه و احتمال وقوع آسپیراسیون را از موانع انجام مراقبت از دهان برشمرده‌اند (۱،۸،۷،۵،۲). تحقیق حاضر نشان داده که تنها حدود ۱۵ درصد از پرستاران شرکت کننده اظهار داشته‌اند که از چک لیست خاصی برای مراقبت از دهان استفاده می‌کنند. این در حالی است که مطالعات نشان داده‌اند که تدوین پروتکل

مراقبتی همراه با اجرای برنامه‌های آموزشی برای پرستاران توانسته است دانش و عملکرد بالینی پرستاران در مراقبت از دهان را ارتقا دهد (۳۱،۳۲). مطالعات قبلی نیز فقدان پروتکل مناسب را از دلایل عمده بی‌توجهی به مراقبت از دهان برشمرده (۸) و گزارش داده‌اند که در نیمی از بخش‌های ICU در اروپا هیچ پروتکلی برای مراقبت از دهان بیماران دارای لوله تراشه وجود ندارد (۲۴)، روش مراقبت از دهان، کشور به کشور، بیمارستان به بیمارستان و بخش به بخش متفاوت است و پروتکل‌های پیشنهاد شده نیز گاه غیر عملی، مشکل و یا متناقض هستند (۳۳). این یافته‌ها مستلزم توجه به تدارک چک لیست و پروتکل خاص برای مراقبت از دهان در بخش‌های مراقبت ویژه است.

تحقیق حاضر نشان داد که ساکشن ساده ترشحات جمع شده در دهان رایج‌ترین روش مورد استفاده پرستاران برای مراقبت از دهان بیماران تحت تهویه مکانیکی بوده و مسواک و خمیر دندان تنها در ۱۶ درصد از موارد در مراقبت از دهان استفاده شده است. این یافته با نتایج مطالعات روز دنیا که بر استفاده از مسواک در مراقبت از دهان بیماران ICU برای زدودن پلاک دندانی و میکروب‌های دهان تاکید می‌کنند (۳۴) هم‌خوانی ندارد. اگرچه برخی از مطالعات نشان داده‌اند که شستشوی دهان با کلرگزیدین ۰/۱۲ درصد هر ۱۲ ساعت بیش از مسواک زدن در کاهش پنومونی مربوط به ونتیلاتور موثر بوده است، اما تعداد بیشتری از مطالعات برتری مداخله مکانیکی به ویژه مسواک زدن را نشان داده (۳۴، ۳۵) و گزارش نموده‌اند که حداقل دو بار مسواک زدن در روز، بیش از سایر روش‌ها در پیشگیری از پنومونی موثر بوده (۱۵،۲۰) و استفاده از مسواک فقط در موارد اندکی از بیماران مانند مبتلایان به اختلالات انعقادی یا زخم‌های شدید دهان منع شده است (۲۵).

تحقیق حاضر نشان داد که مراقبت از دهان بیماران ICU از نظر پرستاران از اهمیت بالایی برخوردار نبوده و بیشتر پرستاران

ضمن توصیه به تقویت برنامه‌های آموزشی پرستاران ICU در زمینه مراقبت از دهان، تقویت نظارت بر انجام این مراقبت پیشنهاد می‌شود.

ارتباطی بین مراقبت از دهان و پنومونی وابسته به ونتیلاتور قائل نبوده‌اند. این یافته‌ها در مجموع ضمن نشان دادن به روز نبودن دانش پرستاران در زمینه مراقبت از دهان در ICU می‌تواند نشان دهنده بی‌توجهی سیستم مدیریتی به نظارت کافی باشد. بنابراین،

References

1. Rello J, Koulenti D, Blot S, Sierra R, Diaz E. Oral care practices in intensive care units: a survey of 59 European ICUs. *Intensive Care Med* 2007; 33:1066-77.
2. Jones H, Newton T, Bower EJ. A survey of the oral care practices of intensive care nurses. *Intensive Crit Care Nurs* 2004; 2(20):69-76.
3. Munro CL, Grap M, Kleinpell R. Oral health and care in the intensive care unit: state of the science. *Am J Crit Care* 2004; 13:25-34.
4. Blot S, Vandijck D, Labeau S. Oral care of intubated patients. *Clin Pulm Med* 2008; 15(3):153-60.
5. Berry A, Davidson PM. Beyond comfort: oral hygiene as a critical nursing activity in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2006; 22(6):318-28.
6. Grap M, Munro CL, Brooke A, Bryant S. Oral care intervention in critical care: frequency and documentation. *Am J Crit Care* 2003; 12:113-18.
7. Schwartz J, Powell S. Brush up on oral assessment and care. *Nurs Crit Care* 2009; 4(6):7-9.
8. Ganz FD, Fink NF, Raanan O, Asher M, Madeline B, Nun MB. ICU nurses' oral-care practices and the current best evidence. *J Nurs Scholarsh* 2009; 41(2): 132-38.
9. Johnstone L, Spence D, Koziol-McLain J. Oral hygiene care in the pediatric intensive care unit: practice recommendations. *Pediatr Nurs* 2010; 36(2):85-96.
10. Browne J, Evans D, Christmas L, Rodriguez M. Development of an oral hygiene protocol for mechanically ventilated patients. *Crit Care Nurs Q* 2011; 34(1):25-30.
11. Scannapieco FA, Wang B, Shiao HJ. Oral bacteria and respiratory infection: effects on respiratory pathogen adhesion and epithelial cell proinflammatory cytokine production. *Ann Periodontol* 2001; 6(1): 78-86.
12. Mehta RM, Niederman MS. Nosocomial pneumonia. *Curr Opin Infect Dis* 2002; 15(4): 387-94.
13. Mojon P. Oral health and respiratory infection. *J Can Dent Assoc* 2002; 68(6): 340-45.
14. Cason CL, Tyner T, Saunders S, Broome L. Nurses' implementation of guidelines for ventilator-associated pneumonia from the centers for disease control and prevention. *Am J Crit Care* 2007; 16(1):28-37.
15. Fields LB. Oral care intervention to reduce incidence of ventilator-associated pneumonia in the neurologic intensive care unit. *J Neurosci Nurs* 2008; 40(5): 291-98.
16. Cutler CJ, Davis N. Improving oral care in patients receiving mechanical ventilation. *Am J Crit Care* 2005; 14(5):389-94.
17. Bergmanns DCJJ, Bonten MJM, Gaillard CA, Paling JC, VanderGreest S, VanTeil FH, et al. Prevention of ventilator associated pneumonia by oral decontamination. *Am J Respir Care* 2001; 164: 382-88.
18. Hubmayr RD. Statement of the 4th international consensus conference in critical care on ICU-

- acquired pneumonia. *Intensive Care Med* 2002; 28: 1521-36.
19. VanNieuwenhoven CA, Buskens E, Bergmans DC, VanTiel FH, Ramsay G, Bonten MJM. Oral decontamination is cost saving in the prevention of ventilator associated pneumonia in intensive care units. *Crit Care Med* 2004; 32: 126-30.
 20. Binkley C, Furr LA, Carrico R, McCurren C. Survey of oral care practice in U.S. intensive care units. *Am J Infect Control* 2004; 32: 161-9.
 21. Hanneman SK, Gusick GM. Frequency of oral care and positioning of patients in critical care: a replication study. *Am J Crit Care* 2005; 14(5): 378-86.
 22. Mori H, Hirasawa H, Oda S, Shiga H, Matsuda K, Nakamura M. Oral care reduces incidence of ventilator-associated pneumonia in ICU populations. *Intensive Care Med* 2006; 32:230-36.
 23. Schleder B, Stott KL, Loyd R. The effect of a comprehensive oral care protocol on patients at risk for ventilator associated pneumonia. *J Adv Health Care* 2002; 4: 27-30.
 24. Sole ML, Byers JF, Ludy JF, Zhang Y, Banta CM, Brummel K. A multisite survey of suctioning techniques and airway management practice. *Am J Crit Care* 2003; 12: 220-30.
 25. Abidia FR. Oral care in the intensive care unit: a review. *J Contemp Dent Pract* 2007; 8(1): 76-82.
 26. Jelic S, Cunningham JA, Factor P. Clinical review: airway hygiene in the insensitive care unit. *Crit Care* 2008; 12(2): 209.
 27. Berry AM, Davidson PM, Masters J, Rolls K. Systematic literature review of oral hygiene practices for intensive care patients receiving mechanical ventilation. *Am J Crit Care* 2007; 16(6): 552-62.
 28. Allen Furr L, Binkley CJ, McCurren C, Carrico R. Factors affecting quality of oral care in intensive care units. *J Adv Nurs* 2004; 48(5): 454-62.
 29. Adib-Hajbaghery M. Evidence-based practice: Iranian nurses perceptions. *Worldviews Evid Based Nurs* 2009; 6(2):93-101.
 30. Adib Hajbaghery M, Salsali M, Ahmadi F. Clinical decision-making: a way to professional empowerment in nursing. *Iran J Med Educ* 2004; 3(10): 3-12.
 31. Garcia R, Jenaesky L, Colbert L, Bauey A, Zaman M, Majumder M. Reducing ventilator associated pneumonia through advanced oral dental care: a 48 month study. *Am J Crit Care* 2009; 18(6): 523-31.
 32. Tolentino DA, Ruppert SD, Shiao PK. Evidence based practice: use of the ventilator bundle to prevent ventilator associated pneumonia. *Am J Crit Care* 2007; 16(1): 20-6.
 33. Feider LL, Mitchell P. Validity and reliability of an oral care practice survey for the orally intubated adult critically ill patient. *Nurs Res* 2009; 58(5): 374-77.
 34. Pedreira M, Kusahara D, Carvalho W, Nunez S, Peterilini M.. Oral care interventions and oropharyngeal colonization in children receiving mechanical ventilation. *Am J Crit Care* 2009;15:319-28.
 35. Munro C, Grap M, Jones D, McClish D, Sessler C. Cholorhexidin, tooth brushing and preventing ventilator-associated pneumonia in critically ill adults. *Am J Crit Care* 2009; 18:428-37.