

بررسی کیفیت ارائه مراقبت های پرستاری پس از عمل جراحی پیوند عروق کرونر به بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بیمارستان آموزشی منتخب شهر رشت

پژوهشگران: کوروش عباس نژاد*، شاهرخ مقصودی**، ربیع الله فرمانبر***، احسان کاظم نژاد****

چکیده

مقدمه: امروزه کیفیت مراقبت ها و چگونگی استفاده از منابع جهت ارائه آن، یکی از مسائل مورد توجه مؤسسات بهداشتی - درمانی است. در این میان به دلیل خطراتی که پس از عمل جراحی پیوند عروق کرونر، بیماران را تهدید نموده و هزینه قابل ملاحظه ای از کل منابع مراقبت بهداشتی را به خود اختصاص میدهد، ارزیابی کیفیت مراقبت های مربوط به آن منطقی بنظر میرسد.

هدف: تعیین کیفیت ساختار و ارائه مراقبت های پرستاری پس از عمل جراحی پیوند عروق کرونر در رابطه با دستگاه های قلبی - عروقی، تنفس، عصبی و برقراری تعادل آب و الکترولیت ها به بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بیمارستان آموزشی منتخب شهر رشت در سال ۱۳۸۱ بوده است.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که نمونه های آن را، ۱۱۰ نفر از بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر بستری در بخش مراقبت ویژه جراحی قلب بیمارستان آموزشی منتخب شهر رشت تشکیل داده اند که پس از عمل به مدت ۴۸ ساعت در بخش مراقبت ویژه جراحی قلب، مورد مراقبت قرار گرفته اند. ابزار گردآوری داده های این پژوهش، برگه مشاهده بوده است. روش نمونه گیری این پژوهش، تدریجی بوده است و داده ها براساس مشاهده مستقیم از بدو ورود بیمار به بخش و همچنین در نوبت های کاری عصر و شب جمع آوری گردیده است.

نتایج: در رابطه با کیفیت ساختار بخش مراقبت ویژه جراحی قلب، بیشترین موارد (۷۶/۴٪) از کیفیت درجه یک (۷۵-۱۰۰) و در ۲۳/۶٪ موارد از کیفیت درجه دو (۷۴-۶۵) برخوردار بوده است. در مورد کیفیت ارائه مراقبت های پرستاری در رابطه با دستگاه های قلبی - عروقی و تنفس، یافته های حاصل مبین آن بود که بترتیب در ۹۰٪ و ۶۲/۷٪ واحدهای مورد پژوهش، در حد مطلوب (۷۵-۱۰۰) و در ۱۰٪ و ۳۷/۳٪ در حد قابل قبول (۷۵-۵۰) بوده است. اما یافته های بدست آمده در مورد تعیین کیفیت ارائه مراقبت های پرستاری مربوط به دستگاه عصبی بیانگر آن بود که در اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۴۷/۳٪) در حد نامطلوب (۲۵-۰)، در ۴۴/۵٪ در حد نسبتاً قابل قبول (۵۰-۲۵)، در ۶/۴٪ در حد قابل قبول و تنها در ۱/۸٪ موارد در حد مطلوب بوده است. همچنین در رابطه با تعیین کیفیت ارائه مراقبت های پرستاری مربوط به برقراری تعادل آب و الکترولیت ها یافته ها نمایانگر آن بود که در اکثریت (۵۵/۵٪) واحدهای مورد پژوهش در حد قابل قبول، در ۳۷/۳٪ در حد نسبتاً قابل قبول، در ۷/۳٪ در حد نامطلوب بوده و مراقبت در حد مطلوب در این حیطه ارائه نگردیده است. در مجموع در رابطه با کل مراقبت های ارائه شده یافته های حاصل نشان داد که در اکثریت موارد (۸۷/۳٪) مراقبت های ارائه شده در حد قابل قبول، ۱۰٪ در حد نسبتاً قابل قبول و ۲/۷٪ نیز در حد مطلوب بوده است.

نتیجه گیری: براساس یافته های حاصل از پژوهش در مواردی، استانداردهای ساختاری در بخش مراقبت ویژه بیمارستان مورد پژوهش از کیفیت درجه دو برخوردار بوده است. لذا پیشنهاد میگردد در حد امکان در ایجاد محیطی نزدیک به حد استاندارد کوشش لازم مبذول گردد. همچنین نتایج حاصل از پژوهش بیانگر آن بود که کیفیت ارائه مراقبت های پرستاری مربوط به دستگاه عصبی و تعادل مایعات الکترولیت ها در مواردی در حد نامطلوب بوده است. لذا پیشنهاد می گردد برگزاری برنامه های آموزشی ضمن خدمت و تهیه محتوای آموزشی متناسب با این حیطه های مراقبتی مورد تاکید قرار گیرد.

کلید واژه ها: کیفیت مراقبت، مراقبت بعد از عمل پیوند عروق کرونر، بخش مراقبت ویژه - استانداردها.

*کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی مرکز آموزشی درمانی پورسینا.

**کارشناس ارشد مدیریت پرستاری و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

***کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

****کارشناس ارشد آمار حیاتی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

مقدمه:

عمل جراحی پیوند عروق کرونر شایعترین نوع عمل جراحی قلب باز در سراسر عالم است، به تنهایی، سرمایه عظیمی از جامعه را به خود اختصاص می دهد، بطوریکه هزینه بیمارستانی مربوط به آن برای هر بیمار حدود ۳۰۰۰۰ دلار می باشد (۱۰ و ۱۲). از طرفی، مراقبت‌های ویژه نیز، گران و حتی در کشورهای دارای اقتصاد پیشرفته مانند ایالات متحده و کانادا بار سنگینی بر دوش بودجه خدمات بهداشتی می گذارد و حدود ۱۹۵۸ دلار از هزینه سرانه بهداشتی را به خود اختصاص میدهد (۱۵). از این رو در شرایط مراقبتی امروز، مسئله هزینه، موضوعی مهم و حیاتی بوده و همواره در جستجوی روش هایی بوده اند که مراقبت‌های پزشکی و پرستاری از بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر نه تنها ایمن و موثر باشد، بلکه از نظر اقتصادی نیز مقرون به صرفه باشد (۱۳).

بی تردید جراحی قلب، یکی از حیاتی ترین و حساس ترین اعمال جراحی است و به لحاظ ضرورت توقف قلب و برقراری گردش خون برون پیکری نسبت به بسیاری از جراحی های دیگر از شرایط استثنائی برخوردار است. عوارض بالقوه و بالفعل متعددی بعد از عمل جراحی قلب وجود دارد و بیمار با چنان شرایطی به پرستار بخش مراقبت ویژه قلب تحویل می گردد. پرستار بخش مراقبت ویژه، یک پرستار معمولی نیست و از اعداد و ارقام بیان شده در صفحه نمایشگر و در ماورای اعداد به دنبال حوادث و زمینه هایی است که ممکن است علل ایجاد کننده آن باشد (۶). از آنجائی که این محیط گسترده، مملو از خطرات بالقوه بیشتری می باشد، پیش بینی و پیشگیری از وقایع مخاطره آمیز و پاسخ مناسب در صورت بروز مشکلات، توسط پرستاران مراقبت‌های ویژه امری حیاتی است (۱۴).

از این رو، پژوهشگر با انجام این پژوهش برآن شد تا نقاط قوت و ضعف نحوه ارائه مراقبت‌های پرستاری به بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر بستری در بخش مراقبت ویژه را مشخص نماید.

اهداف این پژوهش، تعیین کیفیت ساختار بخش مراقبت ویژه جراحی قلب و همچنین کیفیت ارائه

مراقبت‌های پرستاری پس از عمل جراحی پیوند عروق کرونر در رابطه با دستگاه‌های قلبی - عروقی، تنفس، عصبی و برقراری تعادل آب و الکترولیتها به بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بیمارستان آموزشی منتخب شهر رشت در سال ۱۳۸۱ بوده است.

روش کار:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که نمونه - های آن را، ۱۱۰ نفر از بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه جراحی قلب بیمارستان آموزشی منتخب شهر رشت تشکیل داده اند که در شیفت فعال اتاق عمل یعنی صبح با روش بیهوشی عمومی تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر قرار گرفته و بعد از عمل به مدت ۴۸ ساعت در بخش مراقبت ویژه جراحی قلب، مورد مراقبت قرار گرفته اند. روش انتخاب نمونه در این پژوهش، نمونه گیری تدریجی بوده است. ابزار گردآوری داده ها، شامل سه بخش برگه اطلاعات دموگرافیک (حاوی دو گزینه سن و جنس بیماران)، برگه مشاهده مربوط به ساختار بخش مراقبت ویژه جراحی قلب (حاوی ۲۰ سوال در مورد ساختمان و محیط، ۲۹ سوال در مورد تجهیزات و وسایل، ۷ سوال در مورد نیروی انسانی بخش مراقبت ویژه جراحی قلب) و برگه مشاهده مربوط به کیفیت فرآیند مراقبت‌های پرستاری از بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر (حاوی ۲۹ سوال در مورد کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری در رابطه با دستگاه قلبی - عروقی، ۱۳ سوال در مورد کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری در رابطه با دستگاه تنفس، ۴ سوال در مورد کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری از نظر تعادل آب و الکترولیتها و ۳ سوال در مورد کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری مربوط به دستگاه عصبی) بوده است. داده های حاصل، براساس مشاهده مستقیم از بدو ورود بیمار به بخش و همچنین در نوبت های کاری عصر و شب، طی مدت ۴ ماه متوالی، جمع آوری گردیده است. جهت امتیاز بندی گزینه های موجود در برگه مشاهده مربوط به ساختار بخش مراقبت ویژه جراحی قلب، برای گزینه "بلی" یعنی استاندارد بودن ساختمان و محیط، تجهیزات و نیروی انسانی بخش مراقبت ویژه، امتیاز یک و برای گزینه "خیر" یعنی غیر استاندارد بودن موارد ذکر

موارد ، ساختار از کیفیت درجه یک و در ۲۳/۶ درصد موارد از کیفیت درجه دو ، برخوردار بوده است.

در رابطه با تعیین کیفیت ارائه مراقبتهای پرستاری مربوط به دستگاه قلبی - عروقی یافته ها بیانگر آن بود که در ۹۰ درصد موارد این مراقبتها در حد مطلوب و در ۱۰ درصد موارد در حد قابل قبول بوده است.

در رابطه با تعیین کیفیت ارائه مراقبتهای پرستاری مربوط به دستگاه تنفس ، یافته ها بیانگر آن بود که در ۶۲/۷ درصد موارد این مراقبتها در حد مطلوب و در ۳۷/۳ درصد موارد در حد قابل قبول بوده است.

یافته های حاصل در رابطه با تعیین کیفیت ارائه مراقبتهای پرستاری مربوط به دستگاه عصبی نشان داد که در اکثریت موارد (۴۷/۳٪) در حد نامطلوب، در ۴۴/۵ درصد موارد در حد نسبتاً قابل قبول، در ۶/۴ درصد موارد در حد قابل قبول و تنها در ۱/۸ درصد موارد در حد مطلوب بوده است.

همچنین در رابطه با تعیین کیفیت ارائه مراقبتهای پرستاری مربوط به برقراری تعادل آب و الکترولیتها یافته ها نمایانگر آن بود که در اکثریت موارد (۵۵/۵٪) در حد قابل قبول، در ۳۷/۳ درصد موارد در حد نسبتاً قابل قبول، در ۷/۳ درصد موارد این حیطه مراقبتی نامطلوب بوده و مراقبت در حد مطلوب اصلاً ارائه نگردیده است. در مجموع یافته های پژوهش در رابطه با کل مراقبتهای ارائه شده بیانگر آن بود که در اکثریت موارد (۸۷/۳٪) این مراقبتها در حد قابل قبول، در ۱۰ درصد موارد در حد نسبتاً قابل قبول و در ۲/۷ درصد موارد نیز در حد مطلوب بوده است.

بحث :

در رابطه با تعیین ساختار بخش مراقبت ویژه جراحی قلب براساس میزان کاربرد استانداردهای ساختمانی و محیطی ، یافته های حاصل نشان داد که از ۲۰ مورد مربوط به ساختمان و محیط بخش مراقبت ویژه ، ۷ مورد به میزان ۱۰۰ درصد غیر استاندارد بوده اند . براساس داده های حاصل ، بخش مراقبت ویژه بیمارستان مورد پژوهش در مجاورت مکانهای خدماتی از قبیل رادیولوژی و آزمایشگاه قرار نداشته است. در حالیکه آزمایشگاه باید در جایی مستقر باشد که همه بخشهای

شده امتیاز صفر در نظر گرفته شده است. جهت امتیاز بندی گزینه های موجود در برگه مشاهده مربوط به کیفیت فرآیند مراقبتهای پرستاری نیز ، به گزینه "بلی" یعنی اقدامات مراقبتی انجام شده امتیاز یک ، به گزینه "خیر" یعنی اقدامات مراقبتی انجام نشده یا اقدامات مراقبتی ناقص امتیاز صفر اختصاص داده شده و گزینه "موردی نداشت" یعنی اقداماتی که با توجه به وضعیت بیمار نیازی به انجام آن نبوده است ، از محاسبات کنار گذاشته شده است. جهت طبقه بندی امتیازات مربوط به کیفیت فرآیند مراقبتهای ارائه شده به واحدهای مورد پژوهش ، با در نظر گرفتن ماکزیمم نمرات هر حیطه ، کیفیت ارائه مراقبتها بر اساس دستور العمل ارزیابی بیمارستانها ، به چهار دسته نامطلوب (۰-۲۵) ، نسبتاً قابل قبول (۲۵-۵۰) ، قابل قبول (۵۰-۷۵) و مطلوب (۷۵-۱۰۰) طبقه بندی گردیده است (۵). جهت طبقه بندی امتیازات مربوط به ساختار بخش مراقبت ویژه جراحی قلب نیز ، از ضوابط ارزشیابی و درجه بندی بخشهای مراقبت ویژه دفتر ارزشیابی و نظارت حوزه معاونت درمان و داروی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی استفاده گردیده است که بر اساس آن ، بخش مراقبت ویژه با کسب ۷۵ درصد امتیاز یا بیشتر بعنوان درجه یک ، بخش مراقبت ویژه با کسب ۶۵ تا ۷۴ درصد امتیاز بعنوان درجه دو ، بخش مراقبت ویژه با کسب ۵۵ تا ۶۴ درصد امتیاز بعنوان درجه سه شناخته شده و در صورت کسب امتیاز ۵۴ درصد و کمتر، بخش مراقبت ویژه به رسمیت شناخته نمی شود (۷). جهت نمایش و تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری علوم اجتماعی استفاده گردیده است.

نتایج:

براساس یافته های مربوط به مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش، اکثریت موارد (۶۶/۴٪) بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر را مردان تشکیل داده اند. همچنین اکثریت بیماران در گروه سنی ۵۰ تا ۶۴ سال قرار داشته اند.

در مورد تعیین کیفیت ساختار بخش مراقبت ویژه جراحی قلب ، یافته ها بیانگر آن بود که در ۷۶/۴ درصد

بالینی بیمارستان به آن دسترسی داشته باشند. در تعیین محل بخش پرتوشناسی نیز باید آسان بودن دسترسی همه بخشها به آن در نظر گرفته شود (۱). همچنین یافته های حاصل از پژوهش، نشاندهنده عدم وجود بالابر (آسانسور) در محیط پژوهشی مورد نظر بوده است. در حالیکه در ساختمانهای چند طبقه، پیش بینی راههایی برای حرکت عمودی بیماران باید در نظر گرفته شود. هر ساختمان چند طبقه دست کم دو بالابر لازم دارد (۱). همچنین براساس داده های حاصل، اتاق جهت عملیات خاص، پروسیجرها و درمانهای ویژه و نیز اتاق انتظار عمومی جهت ملاقات کنندگان وجود نداشته است. در حالیکه در ارزیابی مشخصات فیزیکی بیمارستان بر وجود سالن پذیرایی جهت عیادت کنندگان و همچنین وجود اتاق انفرادی (ایزوله) برای بیماران بد حال تاکید گردیده است (۵). با تحقیقی که بعمل آمد مشخص گردید که بیمارستان مورد پژوهش قدیمی و در ابتدا بصورت یک بیمارستان غیر تخصصی و عمومی بوده است و حتی زمانیکه این مرکز تبدیل به بیمارستان تخصصی قلب گردید، بخش مراقبت ویژه جراحی قلب، وجود نداشت و همزمان با آغاز جراحی قلب در مرکز مورد نظر این بخش ساخته شد. بنابراین به دلیل قدیمی بودن بافت بیمارستان، ضرورت نزدیکی آزمایشگاه و رادیولوژی به این بخش در نظر گرفته نشده است. همچنین به دلیل نبودن فضای کافی مکانهایی از قبیل اتاق مخصوص پروسیجرها و درمانهای ویژه و نیز اتاق انتظار عمومی مخصوص ملاقات کنندگان ساخته نشده است. از آنجائیکه در بیمارستانهای چند طبقه به دشواری می توان رشد و ایجاد تغییرات را پیش بینی کرد. فضای بسیار کمی برای گسترش هر واحد باقی می ماند. بنابراین محل بیمارستان باید به اندازه کافی بزرگ باشد تا بتوان در آینده آن را گسترش داد و کامل نمود (۱). همچنین بررسی یافته ها از نظر "حفظ درجه حرارت بخش مراقبت ویژه بین ۲۲ تا ۲۶ درجه سانتیگراد" و "حفظ رطوبت نسبی بخش مراقبت ویژه بین ۳۰ تا ۶۰ درصد" نیز بیانگر عدم رعایت موارد فوق بدلیل عدم وجود وسایل اندازه گیری درجه حرارت و رطوبت نسبی در بخش مورد پژوهش بوده است. در حالیکه در بخش ویژه، تهویه

مناسب و دمای ۲۲ تا ۲۶ درجه با رطوبت بین ۳۰ تا ۶۰ درصد ضروری است. تعبیه دستگاههای تهویه نه تنها برای رفاه حال بیماران و پرستاران، بلکه برای بهتر کار کردن دستگاههای الکترونیکی که اکثراً به گرما حساس هستند نیز اهمیت دارد (۳). در رابطه با تعیین ساختار بخش مراقبت ویژه جراحی قلب براساس میزان کاربرد استانداردهای تجهیزاتی یافته های حاصل نمایانگر آن بود که از ۲۹ مورد مربوط به این حیطه، مواردی همچون "وجود یک دستگاه ساکشن مستقل و آماده جهت ساکشن لوله تراشه به ازای هر دو تخت"، "وجود وسایل اندازه گیری مانیتورینگ فشار شریان ریوی"، "وجود تجهیزات بازنگهداشتن راه هوایی از قبیل لارنگوسکوپ، لوله تراشه و لوله راه هوایی در اندازه های مختلف، آمبوبگ"، "وجود یک دستگاه دفیبریلاتور آماده و یک دستگاه ذخیره" هر کدام به میزان ۱۰۰ درصد، "وجود یک دستگاه الکتروکاردیوگرافی به ازای هر سه تخت" به میزان ۲۳/۶ درصد، "وجود یک ست ضربان ساز خارجی به ازای هر سه تخت" به میزان ۲۳/۶ درصد و "وجود دستگاه اندازه گیری گازهای خون شریانی" به میزان ۷/۳ درصد غیر استاندارد بوده اند. احتمالاً یکی از مهمترین علتهای این امر عدم اعمال مدیریت صحیح جهت تقسیم و تخصیص بودجه کافی برای خرید لوازم و تجهیزات و همچنین عدم وجود استاندارد تجهیزاتی مدون در مرکز درمانی مورد پژوهش میباشد. چراکه تدوین استاندارد تجهیزات بیمارستانی کمکهای شایانی به تسریع در تجهیز بیمارستانها می نماید. بدیهی است تا هنگامیکه یک ضابطه قانونی، خرید و استقرار تجهیزات را منوط به پیش بینی در مجموعه استاندارد تجهیزات نکند این مانع همچنان پابرجا خواهد ماند و مانعی بر سر راه استفاده منطقی و همچنین تهیه تجهیزات ضروری بیمارستانی محسوب خواهد شد (۵). در رابطه با تعیین ساختار بخش مراقبت ویژه جراحی قلب براساس میزان کاربرد استانداردهای پرسنلی نیز یافته های حاصل مبین آن بود که از ۷ مورد مربوطه، ۲ مورد یعنی "وجود یک نفر مرد و یک نفر زن از کادر خدماتی در بخش در تمام شیفتها" به میزان ۱۰۰ درصد و "وجود یک نفر کارشناس فیزیوتراپی در شیفت صبح" به میزان ۷/۳

درصد غیر استاندارد بوده اند. در حالیکه بیمارستانها با ارائه فعالیتهای ویژه ، مراقبتها و خدمات خاص، نیازمند کارکنان زیادی می باشند. کمبود پرسنلی باعث افزایش فشار کار بر روی سایر کارکنان میشود که در نهایت سبب کاهش کیفیت مراقبت شده و نارضایتی بیماران و مراجعین به بیمارستان را بوجود خواهد آورد. لذا کارکنان بیمارستان در سطوح مختلف و در رشته های متنوع کاری از نظر تعداد و کیفیت و سطح خدمت باید متناسب و مطلوب باشند(۴و۵).

از ۲۹ مورد مربوط به حیطه مراقبت‌های مربوط به دستگاه قلبی عروقی ، مواردی همچون "کنترل نبض آپیکال - رادیال هر ساعت در روز عمل جراحی" ، "کنترل فشار شریان ریوی هر ۱۵ دقیقه طی ۲ ساعت اول بعد از عمل و سپس هر ۱ تا ۲ ساعت پس از ۲ ساعت اول بعد از عمل(در روز عمل جراحی) و سپس هر ۴ ساعت در روز اول بعد از عمل جراحی" ، "کنترل برون ده قلبی هر ساعت بعد از عمل در روز عمل جراحی و سپس هر ۴ ساعت در روز اول بعد از عمل جراحی" اصلاً انجام نگرفته است. "کنترل فشارخون و نبض رادیال بیمار و همچنین کنترل فشار ورید مرکزی هر ۱۵ دقیقه طی ۲ ساعت اول پس از عمل در روز عمل جراحی" نیز بترتیب در ۲۰/۹ درصد ، ۳/۱۷ درصد و ۵/۵ درصد موارد انجام گرفته است. نبضهای پشت پای نیز هر ۲ ساعت ، تنها در ۱۰ درصد موارد کنترل گردیده است. در حالیکه یکی از اهداف مراقبت‌های پس از عمل ، بهبود عملکرد قلبی - عروقی ، ارزیابی کامل جریان خون بافتی و تثبیت علائم حیاتی می باشد. مانیتورینگ دقیق الکتروکاردیوگرام ، فشار خون ، نبض ، درجه حرارت مرکزی و محیطی و ارزیابی کامل عملکرد قلبی - عروقی و مایعات بدن با استفاده از کاتترهای تهاجمی نظیر فشار شریان ریوی ، و فشار ورید مرکزی بصورت دقیق و ثبت آنها تا تثبیت وضعیت قلب و عروق الزامی است. توجه به نبضهای آپیکال - رادیال و الکتروکاردیوگرام فعلی بیمار و تشخیص دیس ریتمی و ایسکمی نیز ضروری است(۲). بنظر میرسد علت عدم انجام مانیتورینگ فشار شریان ریوی بدلیل کمبود وسایل و تجهیزات مانیتورینگ فشار شریان ریوی و پرهزینه بودن

این تجهیزات باشد. از طرفی از آنجائیکه برای اندازه گیری برون ده قلبی وجود تجهیزات مربوط به مانیتورینگ فشار شریان ریوی الزامی است ، لذا اندازه گیری برون ده قلبی نیز انجام نمی گردد. همچنین بر اساس یافته های بدست آمده ، "سمع صداهاى قلبی هر ۴ ساعت پس از عمل جراحی" نیز به هیچ وجه انجام نگرفته است. در حالیکه به وسیله سمع جلوی قلب اطلاعات با ارزشی درباره سرعت ضربان و ریتم قلب و عبور خون از دریچه های قلبی بدست می آید(۸). بنظر میرسد یکی از مهمترین علت‌های عدم انجام این عمل آموزش نامناسب واحد بررسی سلامت بیمار از نظر کمی و کیفی به دانشجویان در دوره های تحصیلی کارشناسی و حتی کارشناسی ارشد، باشد زیرا همین دانشجویان امروز ، پرستاران فردا هستند که باید مسئولیت اداره بخشهای مهم و مختلف از جمله بخشهای مراقبت ویژه را بعهده بگیرند و مراقبت از بیماران بستری در بخشهای مراقبت ویژه نیاز به سطح بالایی از دانش و مهارتهای پرستاری دارد. احتمالاً یکی از علت‌های دیگر عدم انجام این مورد مراقبتی ، اعتقاد نادرست پرسنل پرستاری مبنی بر این است که معاینه فیزیکی و بررسی وضعیت سلامت بیمار جزء وظایف پزشکان بوده و پرستاران دارای دانش و مهارت لازم برای انجام این عمل نمی باشند. کنترل پانسمانهای محل عمل جراحی از نظر خونریزی نیز یکی از مراقبت‌های مهم پس از عمل جراحی پیوند عروق کرونر میباشد. نتایج نشان میدهد که کنترل پانسمان سینه و پا هر ۲ ساعت از نظر خونریزی پس از عمل جراحی نیز بترتیب در ۴۰/۹ درصد و ۳۷/۵ درصد موارد انجام گرفته است.

در رابطه با حیطه مراقبت‌های مربوط به دستگاه تنفس ، کمترین مورد مراقبتی ارائه شده(صفر درصد) مربوط به "قراردادن لوله راه هوایی در صورت داشتن لوله تراشه دهانی جهت پیشگیری از گازگرفتن آن" بوده است. در حالیکه تاکید گردیده است برای جلوگیری از گازگرفتن لوله تراشه و بسته شدن آن ، حتماً از لوله راه هوایی استفاده شود(۸). همچنین یافته های پژوهش در مورد "سمع صداهاى تنفسی از نظر وضعیت قرارگیری صحیح لوله تراشه ، وجود رال یا پنوموتوراکس ، هر ساعت

جراحی پیوند عروق کرونر، شامل توجه به سطح هوشیاری بیمار، اندازه و واکنش مردمکها به نور و میزان آگاهی وی به زمان، مکان و اشخاص و حس و حرکت اندامهای بدن میباشد (۲).

در نهایت در رابطه با حیطه مراقبتهای مربوط به تعادل آب و الکترولیتها، کمترین آن صفر درصد مراقبتهای ارائه شده مربوط به "کنترل جذب و دفع هر ساعت پس از عمل جراحی" بوده است. در مورد "تنظیم میزان مایعات دریافتی طبق دستور پزشک" و "ثبت رنگ و میزان ادرار هر ساعت پس از عمل جراحی" نیز یافته ها نشان داد که این مراقبتها بترتیب در ۳۲/۷ درصد و ۱۹/۱ درصد موارد انجام نگرفته است. در حالیکه ارزیابی وضعیت مایعات یکی از مهمترین اجزای مراقبت بعد از عمل میباشد. میزان جذب و دفع باید هر ساعت به منظور تعیین میزان مایعات تجویز شده در مقایسه با مایعات دفع شده از راه ادرار و لوله های تخلیه قفسه سینه، ثبت گردد (۱۱).

نتیجه گیری نهایی:

یافته های حاصل نمایانگر آن است که در مواردی استانداردهای ساختاری رعایت نگردیده است. از این رو پیشنهاد میگردد مسئولین امر با توجه به امکاناتی که در اختیار دارند هر چه بیشتر در ایجاد محیطی نزدیک به حد استاندارد کوشش لازم را مبذول دارند. همچنین براساس نتایج حاصل، در مواردی کیفیت ارائه مراقبتهای پرستاری در حیطه های مراقبتی مربوط به دستگاه عصبی و نیز تعادل مایعات و الکترولیتها در حد نامطلوب ارائه گردیده است. لذا پیشنهاد میگردد برگزاری برنامه های آموزشی ضمن خدمت و تهیه محتوای آموزشی متناسب با این حیطه های مراقبتی، مورد تأکید قرار گیرد.

پس از عمل جراحی "نشان داد که تنها در ۸/۲ درصد موارد، این مورد مراقبتی انجام گردیده است. با این وجود سمع صداهای تنفسی بویژه در بخش مراقبت ویژه، جهت بررسی بیماران پس از عمل جراحی قلب از نظر نشانه های وجود تراکم، وضعیت قرارگیری صحیح لوله تراشه و وجود رال و ویزینگ در راههای هوایی بسیار مفید میباشد. از این رو پرستار برای تشخیص وجود ترشحات باید هر ۱ تا ۴ ساعت ریه بیمار را سمع نماید (۱۶). کنترل تعداد و عمق تنفس نیز یکی از مراقبتهای مهم پس از عمل جراحی قلب میباشد. یافته های پژوهش حاکی از آن است که "کنترل تعداد و عمق تنفس هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه پس از خروج لوله تراشه" بترتیب در ۵۰/۹ درصد و ۸۶/۴ درصد موارد انجام نگرفته است. همچنین یافته های حاصل از پژوهش بیانگر آن است که "دوشیدن لوله تخلیه قفسه سینه هر ساعت در ساعات اولیه بعد از عمل" نیز در ۶۵/۱ درصد موارد انجام نگرفته است. در حالیکه لوله های تخلیه قفسه سینه را باید در جهت مسیر محافظه تخلیه، به ملایمت دوشید. زیرا عمل دوشیدن از مسدود شدن لوله توسط لخته ها و فیبرین جلوگیری میکند. توجه مداوم به باز بودن لوله های تخلیه، اتساع ریه ها را تسهیل نموده و وقوع عوارض را کاهش میدهد (۱۶).

در رابطه با حیطه مراقبتهای مربوط به دستگاه عصبی، بیشترین درصد (۵۲/۷٪) مراقبتهای ارائه شده مربوط "کنترل سطح هوشیاری بیمار هر ساعت طی ساعات اولیه بعد از عمل" و کمترین درصد (۲/۷٪) مراقبت ارائه شده مربوط به "بررسی مردمک چشمها از نظر اندازه، یکسان بودن و واکنش نسبت به نور هر ساعت طی ساعات اولیه بعد از عمل" بوده است. "کنترل حس و حرکت اندامهای انتهایی هر ساعت طی ساعات اولیه بعد از عمل" نیز تنها در ۷/۳ درصد موارد انجام پذیرفته است. این در صورتی است که یکی از مراقبتهای مهم پس از عمل

منابع:

- ۱- انصاری، حسن و عبادی فرد آذر، فرید. اصول مدیریت و برنامه ریزی بیمارستان. تهران: انتشارات سماط، ۱۳۷۸.
- ۲- بشارتی، افسانه. "مراقبتهای پرستاری بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر با تاکید بر پیشگیری و عوارض جراحی". خلاصه مقالات بازآموزی های پرستاری قلب و عروق یازدهمین کنگره انجمن قلب و عروق ایران. تهران، ۱۳۷۹.
- ۳- پورعلی، حوا. "بخش مراقبتهای ویژه". فصلنامه پرستار. شماره ۳۲-۳۱، پائیز و زمستان ۱۳۷۷، ص ۲۰-۲۲.
- ۴- درگاهی، حسین. سازمان و مدیریت جامع بیمارستان. تهران: مؤسسه انتشارات امید، ۱۳۷۸.
- ۵- صدقیانی، ابراهیم. ارزیابی مراقبتهای بهداشتی و درمانی و استانداردهای بیمارستانی. تهران: انتشارات معین، ۱۳۷۶.
- ۶- صفدری، محمد تقی. "توجهات مخصوص در مراقبتهای پرستاری جراحی های قلب". خلاصه مقالات بازآموزی های پرستاری قلب و عروق سیزدهمین کنگره انجمن قلب و عروق ایران. تهران، ۱۳۸۱.
- ۷- ضوابط استاندارد بخش های مراقبت ویژه. دفتر ارزشیابی و نظارت حوزه معاونت درمان و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۴.
- ۸- عسگری، محمد رضا. مراقبتهای پرستاری ویژه در بخش های ICU, CCU و دیالیز. تهران: نشر و تبلیغ بشری، ۱۳۸۱.
9. Dunstan, Joanne L. & Riddle, Martin M. "Rapid recovery management: the effects on the patient who has undergone heart surgery". **Heart & Lung**. vol: 26, No: 4, July-August, 1997, pp:289-298.
10. Eagle, Kim A. et al. "ACC/AHA guidelines for coronary artery bypass graft surgery". **Journal of American College of Cardiology**. Vol: 34, No: 4, October 1999, pp: 1262-1347.
11. Finkelmeier, Betsy A. **Cardiothoracic Surgical Nursing**. Philadelphia: Lippincott Co, 2000.
12. Fogoros, Richard (2003). "Conduits in coronary artery bypass grafting". www.heartdiseaseabout.com.
13. Hatchett, Richard & Thompson, David. **Cardiac Nursing a Comprehensive Guide**. Churchill Livingstone Co, 2002.
14. McKensie, Lewis. "Reducing risks while improving care". **Dimensions of Critical Care Nursing**, Vol: 10, No: 5, pp: 32-36.
15. Parikh, Chirag R. & Karnad, Dilip R. "Quality, cost, and outcome of intensive care in a public hospital in bombay, India". **Critical Care Medicine**, Vol: 27, No: 9, 1999, pp: 1754-1759.
16. Smeltzer, Suzanne C. & Bare, Brenda G. Brunner & Suddarth, s **Textbook of Medical-Surgical Nursing**. Philadelphia: W.B.Saunders Co, 2000.

Survey the Quality of Postoperative Nursing Care Delivery to Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients in Cardiovascular Intensive Care Unit of Teaching Hospital in Rasht

By: Abbasnejad .K. MSN, Maghsoodi. Sh. MSN, Farmanbar. R. MSN,
Kazemnejad. E. MS in Statistics

Abstract:

Introduction: Nowadays, quality of care and use of resources is one of the concerns of health care organizations. Because of a risk that threatens patients after heart surgery, providing tools for assessing the quality of care delivery after this procedure seems logical. Coronary artery bypass grafting is the most common type of open-heart operation performed in the world, which a coronary artery is blocked; an alternate route of blood supply may be created surgically.

Objective: This research was done to determine the quality of structure and postoperative nursing care delivery to coronary artery bypass graft surgery patients in cardiovascular intensive care unit of teaching hospital in rasht.

Method: This research was a descriptive study and its samples consisted of a non-probability convenience sample of 110 patients (including men and women) undergone coronary artery bypass grafting who were hospitalized in cardiovascular intensive care unit for 48 hours after operation. In this research, data gathering was accomplished by method of observation immediately after arrival of patients to ward and during different shifts.

Results: the results of this research showed that the quality of structure of cardiovascular intensive care unit in 76.4% of cases was first degree (75-100) and in 23.6% of cases was second degree (65-74).

The quality of delivery of nursing care related to cardiovascular and respiratory systems respectively in 90% and 62.7% of cases was desirable (75-100) and in 10% and 37.3% of cases was acceptable (50-75).

But the quality of delivery of nursing care related to nervous system in majority of cases (47.3%) was undesirable (0-25), in 44.5% of cases was relatively acceptable (25-50), in 6.4% of cases was acceptable, and only in 1.8% of cases was desirable.

Also the quality of delivery of nursing care related to balance of fluid and electrolytes in 55.5% of cases was acceptable, in 37.3% of cases was relatively acceptable, in 7.3% of cases was undesirable and in this domain no desirable nursing care was delivered.

Conclusion: Overall the research results showed that quality of postoperative nursing care provided to coronary artery bypass graft surgery patients in cardiovascular intensive care unit in majority of cases (87.3%) was acceptable, in 10% of cases was relatively acceptable and in 2.7% of cases was desirable.

Keywords: coronary artery bypass, intensive care unit-standards, nursing care, postoperative care, quality of health care.