

Survey of perceptions about enteral feeding in personnel of intensive care units of city of Kerman medical university's hospitals in 2013.

Hakimeh Hosseainrezaei, MSc, MPH

Sakine Sabzavare, MD

Omesalime Rodee, MSc

Sedigheh Varaste, MSc

ABSTRACT

Introduction: Malnutrition is a common problem among patients admitted to intensive care units. Nutrition support in intensive care units (ICUs) is accepted as an integral part of patient care; however, feeding remains a low priority compared with other ICU treatments. At present there is little information describing the enteral feeding perception of critical care nurses so this research tried to investigate nurses' perception about NGT feeding in intensive care unit of city of Kerman medical university's hospitals in 2013.

Materials and methods: This research was a descriptive and cross-sectional study. Participants were 119 nurses whom worked in Kerman medical university's hospitals and did not do sampling. The instrument for data collection was a researcher – made questionnaire and included two parts: first part included 10 questions about demographic characteristics, second part included 14 scenario for survey nurses' perception about tube. Descriptive statistics and t-test, ANOVA and Pearson correlation were index used for data analysis with software SPSS 18.

Result: In this study, we found that 92.4% of the subjects were women, and 80.7% of them were married and 96.6% of them had a bachelor's degree in nursing. Mean score of perception was 6.68 ± 1.99 out of 14. Highest score of nurses' perceptions was related to prevention of tubal obstruction and infection. So although there was a positive perception but it was less than the average, as well as there were significant difference between perception and overtime.

Conclusions: The result of this study showed that score of Nurses' perception was less than half (47.7 % overall score). It is recommended that Evidence-based standards and guidelines should be taught to nurses in intensive care units to gain more awareness and positive perception and feeling more capable, thus taking more principled action during enteral nutrition.

Keywords: perception; intensive care unit (ICU); enteral feeding; scenario.

بررسی درک از تغذیه انترال در پرسنل بخش‌های مراقبت‌های ویژه

شهر کرمان در سال ۱۳۹۲

حکیمه حسین رضایی

mph بحران و فوریت‌ها و مربی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان. کارشناس ارشد آموزش پرستاری، کرمان، ایران^۱

دکتر سکینه سبزواری

استادیار. عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان. دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران

أم سلمه رودی

کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران

سعیده وارسته

کارشناس ارشد مراقبت‌های ویژه

^۱. نویسنده مسؤول: h_hoseinrezaee@kmu.ac.ir

گل‌واژگان: درک، بخش مراقبت‌های ویژه، تغذیه انترال، سناریو

مقدمه

تغذیه در بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه دارای اهمیت بسیاری است. در این بیماران مصرف انرژی به علت‌های مختلف از قبیل تب‌های میکروبی، نداشتن تنفس طبیعی، وجود زخم‌های متعدد و اعمال جراحی وسیع افزایش می‌یابد. از طرف دیگر این بیماران به دلیل عواملی مثل کاهش سطح هوشیاری، موانع مکانیکی عبور غذا، جراحی‌ها، زخم‌ها، تومورها، نارسایی مجاری تنفسی، عفونت‌های ریوی، برونشیت مزمن و سوختگی قادر نیستند از راه طبیعی نیازهای خود را مرتفع سازند، لذا شدیداً در معرض خطر سوء تغذیه و عواقب ناشی از آن هستند (۱). تخمین زده می‌شود که بیش از ۴۰٪ بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه، دچار سوء تغذیه هستند (۲). سوء تغذیه باعث ضعف عضلات قلبی، کاهش فشار خون، نقص در سنتز کلاژن، تأخیر در بهبود زخم، نقص سیستم ایمنی و افزایش عفونت متعاقب آن، ضعف عضلات تنفسی و ناتوانی در جدا شدن بیمار از دستگاه تهویه و در نتیجه افزایش مدت زمان بستری در بیمارستان می‌گردد (۳ و ۴). به همین دلایل برای جلوگیری از بروز سوء تغذیه در این بیماران نیاز به انجام تغذیه مصنوعی وجود دارد.

تغذیه لوله‌ای نسبت به تغذیه وریدی ایمن‌تر، طبیعی‌تر و ارزان‌تر است و اهداف تغذیه‌ای را به نحو بهتری تأمین می‌کند (۱). از مزایای دیگر تغذیه لوله‌ای می‌توان حفاظت از تمامیت مخاط دستگاه گوارش، بهبود رشد سلول‌های مخاط روده، افزایش جریان خون مخاط و بهبود پاسخ ایمنی روده را نام برد (۲). برای بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیشتر از تغذیه لوله‌ای بینی-معدی استفاده می‌شود (۱). ۷۷-۴۶٪ بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه و حدود ۵٪ بیماران بستری در بخش‌های عمومی، تغذیه لوله‌ای دریافت می‌کنند.

مقدمه: سوء تغذیه یک مشکل شایع در میان بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه محسوب می‌شود. حمایت تغذیه‌ای در بخش مراقبت‌های ویژه به عنوان جزء جدایی‌ناپذیر مراقبت از بیمار پذیرفته شده است. با این حال، تغذیه در مقایسه با سایر مراقبت‌ها در اولویت پایین‌تری باقی مانده است. در حال حاضر اطلاعات کمی در ارتباط با درک از تغذیه انترال در پرستاران وجود دارد، به همین دلیل این پژوهش با هدف بررسی درک پرسنل شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان در مورد مراقبت‌های پرستاری مربوط به تغذیه انترال در نیمه دوم سال ۱۳۹۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی - مقطعی در سال ۱۳۹۲ روی ۱۱۹ نفر از کارکنان شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان که مسئولیت تغذیه بیماران را انجام می‌دهند و به روش سرشماری و مبتنی بر هدف انتخاب شدند، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه پژوهشگر ساخته مشتمل بر دو بخش بود. بخش اول برای بررسی ویژگی‌های دموگرافیک و بخش دوم برای سنجش درک، مشتمل بر ۱۴ سناریو در مورد تغذیه انترال بود. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 18 و روش‌های آماری توصیفی و آزمون‌های تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و آنووا^۱ استفاده شد.

یافته‌ها: در این مطالعه مشخص شد ۹۲/۴٪ واحدهای مورد پژوهش را زنان تشکیل می‌دادند و ۸۰/۷٪ آنها متأهل و ۹۶/۶٪ دارای مدرک لیسانس پرستاری بودند. نمره کلی درک پرسنل در زمینه تغذیه لوله‌ای، از ۱۴ نمره، ۶/۶۸±۱/۹۹ بود یعنی ۴۷/۷٪ نمره کلی درک را کسب کردند و درک آنها مثبت اما از سطح متوسط کمتر بود. بالاترین نمره درک در زمینه پیشگیری از انسداد لوله و عفونت بود. نتایج حاصل همچنین نشان داد که تنها بین درک واحدهای مورد پژوهش در زمینه تغذیه انترال و اضافه‌کاری ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این مطالعه، پرسنل مسئول تغذیه بیماران کمتر از نیمی (۴۷/۷٪ نمره کلی) از نمره درک را کسب کردند. با توجه به نقش مهم پرستار در مدیریت تغذیه لوله‌ای، باید استانداردهای عملی و دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد در بخش‌های مراقبت ویژه آموزش داده شوند تا پرسنل با آگاهی بیشتر و درک مثبت و احساس توانایی بیشتر، عملکرد اصولی‌تری را در زمینه تغذیه انترال اتخاذ کنند.

^۱. ANOVA

اجرای تغذیه لوله‌ای از مسئولیت‌های ویژه پرستاران است و اگر همراه با مراقبت مطلوب باشد نقش کلیدی در موفقیت این روش حمایت تغذیه‌ای خواهد داشت (۵).

تغذیه با لوله بینی-معدی تأثیر زیادی بر کاهش معلولیت بیماران بسیار بدحال دارد اما در کنار کاربرد بالینی آنها خطرهای و عوارض جانبی بالقوه ذاتی وجود دارد (۶). برخی از این عوارض شامل عوارض گوارشی، عوارض تنفسی، عوارض متابولیک و عوارض ناشی از جای‌گذاری نادرست است. با انجام مداخلات مراقبتی استاندارد می‌توان بروز عوارض ناشی از تغذیه از طریق لوله گوارشی را به حداقل ممکن رساند. برای اجرای بهترین مراقبت ممکن از این بیماران باید از راهنماها، استانداردها و توصیه‌های مربوط به آن استفاده کرد (۷).

وست^۱ و مارشال^۲ (۲۰۰۶) گزارش کردند که تغذیه بیمار توسط پرستاران واحد مراقبت‌های ویژه می‌تواند باعث ارائه محدود محلول‌های غذایی لوله‌ای به بیماران بدحال شود و به ایجاد سوء تغذیه در آنها بینجامد (۲). برخی از عواملی که باعث می‌شوند بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه نیازهای تغذیه‌ای خود را دریافت نکنند عبارتند از ناشتایی‌های طولانی مدت برای اقدامات تشخیصی و جراحی، مدیریت راه هوایی (۸-۱۱)، خروج لوله معدی که در ۱۷ تا ۶۷٪ بیماران اتفاق می‌افتد (۱۲)، عوارض دستگاه گوارش مثل اسهال، حجم باقی مانده بالای معدی و آسپیراسیون معده (۱۲) و مراقبت‌های روتین پرستاری. بنابراین پرستاران می‌توانند با مدیریت صحیح این بیماران نقش مهمی در تضمین موفقیت تغذیه لوله‌ای داشته باشند (۵).

در بیشتر موارد، بیمارانی که با لوله گوارشی در بخش مراقبت ویژه تغذیه می‌شوند، حجم غذایی که دریافت می‌کنند کمتر از میزانی است که تجویز می‌شود. ویلان^۳ در سال ۲۰۰۶ در مطالعه خود

گزارش کرد در بخش مراقبت‌های ویژه ۵۹٪ تا ۸۷٪ و در بخش‌های عمومی بین ۷۰٪ تا ۸۸٪ فرمول تجویز شده به طور کامل به بیمار داده نمی‌شود (۱۲) و تقریباً ۳۶٪ از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، کمتر از ۹۰٪ انرژی مورد نیاز خود را دریافت می‌کنند (۱۳).

یکی از عوامل مؤثر بر نحوه عملکرد و رفتار، درک از حقایق است، هر چقدر درک از مهارت‌های حرفه‌ای خود مناسب‌تر باشد، به همان اندازه کار آنان بهتر و اصولی‌تر و با کیفیت مطلوب‌تر ارائه خواهد شد. چگونگی درک از مهارت‌های حرفه‌ای خود بر عملکرد آنها در زمینه مهارت‌های خود و نهایتاً کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیمار تأثیر می‌گذارد، بدیهی است که هر چه درک مناسب‌تر و عملکرد بهتر در این مورد باشد، کیفیت مراقبت‌ها افزایش یافته و در واقع به هدف اصلی که همان ارائه مراقبت‌های با کیفیت مطلوب و استاندارد است، نزدیک می‌شویم.

با تعیین درک تغذیه‌ای پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه، می‌توان تغذیه‌ای را که منجر به بهبود نتایج بالینی می‌شود تحت تأثیر قرار داد. در حال حاضر با توجه به اهمیت موضوع و اینکه در جستجوهای انجام شده توسط پژوهشگر در سایت‌های معتبر ایرانی، هیچ مطالعه‌ای در توصیف درک پرسنل شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه در زمینه تغذیه لوله‌ای در ایران به ثبت نرسیده است لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین درک پرسنل شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه در مورد تغذیه از طریق لوله گوارشی در مراکز آموزشی، درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان انجام گرفت. شناسایی نقاط ضعف عملی تغذیه‌ای که باعث ایجاد سوء تغذیه می‌شود، برای شناسایی حوزه‌های کلیدی برای آموزش و پژوهش کمک کننده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی-مقطعی است. در این پژوهش، نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام

1. West

2. Marshall

3. Whelan

گرفت که شامل ۱۴۲ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه در بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان در نیمه دوم سال ۱۳۹۲ بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه پژوهشگر ساخته و دارای دو بخش بود: بخش اول شامل ویژگی‌های فردی واحدهای مورد پژوهش با ۱۰ سؤال (سن، جنس، تأهل، میزان تحصیلات، سابقه کار، سمت شغلی، نوع قرارداد، اضافه‌کاری، نام بیمارستان، شیفت کاری) و بخش دوم پرسشنامه مشتمل بر ۱۴ سناریو برای سنجش درک پرستاران از عملکرد تغذیه‌ای بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بود که با استفاده از مطالعه چان^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۲ (۱۶) و متون معتبر علمی (۱۴-۲۳) تهیه شد و پس از دستیابی به روایی و پایایی لازم برای جمع‌آوری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. سناریوهای به کار رفته در این مطالعه تنها یک جواب درست داشت. بنابراین بالاترین نمره ۱۴ و کمترین نمره ۰ بود. در نهایت نمره‌های کسب شده توسط پرستاران با هم مقایسه گردید. سؤالات بررسی درک، توسط پژوهشگر براساس موارد زیر طراحی شدند: زمان شروع تغذیه، جلوگیری از ایجاد عفونت، اطمینان از محل لوله، پیشگیری از آسپیراسیون ریوی، پیشگیری از انسداد لوله، مدت زمان قطع تغذیه برای پروسیجرها و مدیریت عوارض ایجاد شده در حین تغذیه لوله‌ای.

به منظور تعیین روایی پرسشنامه از شاخص روایی محتوا^۲ استفاده شد. بدین ترتیب که بعد از اینکه پرسشنامه تنظیم شد، پژوهشگر آن را در اختیار ده نفر از صاحب‌نظران قرار داد تا ارتباط، سادگی و وضوح هر یک از عبارات آن را با اهداف مورد پژوهش بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای شامل «کاملاً مناسب»، «نسبتاً مناسب»، «نسبتاً نامناسب» و «کاملاً نامناسب» مورد اظهار نظر قرار دهند. پس از جمع‌آوری نظرات شاخص روایی کل برای پرسشنامه درک ۹۰٪ محاسبه شد. پس از آن، از

طریق یک مطالعه پایلوت، پایایی پرسشنامه بررسی و میزان آلفای کرونباخ تعیین شد که برای پرسشنامه درک ۰/۴۷ بود. میزان آلفای کرونباخ برای پرسشنامه درک کمتر از ۰/۵ به دست آمد. اوبرال، سینگال و همکاران (۲۰۰۰) معتقدند که این امر در ابزارهایی که سازه‌های گوناگونی را مورد بررسی قرار می‌دهند، دور از انتظار نبوده و حتی گاهی اعداد زیر ۰/۳ نیز قابل قبول قلمداد شده است. به منظور انجام این تحقیق مجوزهای لازم از مراجع مربوطه و رؤسای بیمارستان‌های مورد مطالعه اخذ گردید. سپس پرسشنامه‌ها با کسب اجازه از مسؤول بخش و با اجازه شفاهی در میان پرستاران توزیع شد. سعی شد تا در حد امکان زمان تکمیل پرسشنامه‌ها با ساعات کاری پرستاران کار کمتری داشته و در وقت آزاد خود، اقدام به پاسخگویی کنند. برای تجزیه و تحلیل پرسشنامه‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS ۷.18 استفاده شد و آمارهای استخراج شده به دو دسته آمار توصیفی و استنباطی تقسیم شد. با استفاده از آمار توصیفی درصد فراوانی و انحراف معیار به دست آمد و از آمار استنباطی برای بررسی و مقایسه وضعیت میانگین‌های به دست آمده درباره میزان درک پرستاران در مورد تغذیه لوله‌ای بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها ($p < 0.05$) با احتمال ۹۵٪ تعیین گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش از ۱۴۲ پرستار، ۱۱۹ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند که از این تعداد ۹ نفر (۷/۶٪) مرد و ۱۱۰ نفر (۹۲/۴٪) زن؛ ۲۳ نفر (۱۹/۳٪) مجرد و ۹۶ نفر (۸۰/۷٪) متأهل؛ ۱۱۷ نفر (۹۸/۳٪) پرستار و ۲ نفر (۱/۷٪) سرپرستار بودند. میانگین سنی آنها ۳۱/۹۸ سال بود. ۶۴ نفر (۵۳/۸٪) سابقه کاری کمتر از ۵ سال داشتند و ۱۱۵ نفر (۹۶/۶٪) دارای مدرک کارشناسی و فقط ۴ نفر (۳/۴٪) دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر بودند.

¹ Chan

²Content validity

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نحوه پاسخ‌دهی به پرسشنامه درک

ردیف	گویه‌ها	درست		غلط		میانگین	انحراف معیار
		تعداد	درصد	تعداد	درصد		
۱	بیمار بدحالی که دارای NGT برای ادامه تغذیه می‌باشد از بخش به بخش مراقبت‌های ویژه تحویل داده شده است. در دستور پزشک نوشته شده است: تغذیه با NGT، ۲۰۰ سی سی هر سه ساعت، شما تغذیه را چه هنگامی آغاز می‌کنید؟	۷۸	۶۵/۵	۴۱	۳۴/۵	۰/۶۵	۰/۴۸
۲	در هنگام تغذیه بیمار با NGT، متوجه می‌شوید مسئول تغذیه بیمار پیستون سرنگ را بیرون آورده روی میز کنار تخت بیمار می‌گذارد و پس از پر کردن سرنگ ۶۰ سی سی از ماده غذایی، مجدداً پیستون را وارد لوله سرنگ می‌کند؛ واکنش شما در قبال این مسئله چیست؟	۹۵	۸۰	۲۴	۲۰	۰/۸	۰/۴۱
۳	اگر قبل از شروع تغذیه بلوس، نتوانید هیچ مایعی از معده بیمار آسپیره کنید و لوله معدی نیز در داخل دهان پیچ نخورده است و در سمع معده پس از تزریق هوا صدای خفیفی بشنوید، در این شرایط عکس‌العمل شما چیست؟	۳۰	۲۵/۲	۸۹	۷۴/۸	۰/۲۵	۰/۴۴
۴	اگر شما قبل از تغذیه در یک نوبت (بلوس یا متناوب) با شرایط زیر روبرو شوید چه واکنشی نشان می‌دهید؟ در آسپیراسیون ۵ میلی‌لیتر مایع زرد رنگ مشاهده می‌کنید که pH آن ۷ است و در سمع اپیگاستر صدای عبور هوا شنیده می‌شود.	۵۰	۴۲	۶۹	۵۸	۰/۴۲	۰/۴۹
۵	شما مشاهده می‌کنید که همکارتان پس از گذاشتن NGT و اطمینان از درست بودن محل قرارگیری آن، با ماژیک رنگ ثابت، محل خروج لوله از بینی را علامت‌گذاری می‌کند. به نظر شما تا چه اندازه این کار وی می‌تواند برای اطمینان از محل لوله مفید باشد؟	۷۰	۵۸/۸	۴۹	۴۱/۲	۰/۵۹	۰/۴۹
۶	پرستاری در هنگام گاواز غذایی بیماری که دارای لوله تراشه است او را تغییر وضعیت داده، سر بیمار را ۳۰ درجه بالاتر از تنه قرار می‌دهد و بعد از آن گاواز را انجام می‌دهد. واکنش شما در قبال این عمل چیست؟	۸۴	۷۰/۶	۳۵	۲۹/۴	۰/۷	۰/۴۶
۷	اگر هنگام آسپیره کردن محتویات معدی بیمار، ۱۸۵ سی سی ماده غذایی آسپیره کنید و این مواد دارای PH = ۵/۵ و زردرنگ باشند، برای شروع تغذیه جدید چه می‌کنید؟	۱۴	۱۱/۸	۱۰۵	۸۸/۲	۰/۱۲	۰/۳۲
۸	اگر در تغذیه بیمار با NGT برای اولین بار در آسپیراسیون محتویات معدی با مقدار ۲۵۰ سی سی حجم باقی مانده روبرو شوید، برای شروع تغذیه مجدد چه می‌کنید؟	۸۳	۶۹/۷	۳۶	۳۰/۳	۰/۷	۰/۴۶
۹	اگر برای دومین بار متوالی محتویات معده را آسپیره کردید و این محتویات بیشتر از حجم استاندارد بود، برای بهبود تغذیه بیمار چه پیشنهادی می‌دهید؟	۲۲	۱۸/۵	۹۷	۸۱/۵	۰/۱۸	۰/۳۹
۱۰	موقع تغذیه لوله‌ای پرستار مشاهده می‌کند که نمی‌تواند حتی با فشار ماده غذایی را وارد لوله NGT نماید، به عنوان همکار چه پیشنهادی به وی می‌توانید بدهید؟	۶۰	۵۰/۴	۵۹	۴۹/۶	۰/۵	۰/۵
۱۱	شما متوجه می‌شوید پرستار بخش بعد از هر بار تغذیه یا دادن هر ماده‌ای از طریق NGT به بیمار، لوله را با آب معمولی می‌شوید، واکنش شما در قبال عمل او چیست؟	۱۰۹	۹۱/۶	۱۰	۸/۴	۰/۹۲	۰/۲۸
۱۲	پرستاری بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را برای انجام جراحی کوچک آماده کرده است و بدین منظور تغذیه لوله‌ای وی را ۶ ساعت قبل از شروع پروسیجر قطع نموده است. واکنش شما در قبال رفتار وی چیست؟	۱۳	۱۰/۹	۱۰۶	۸۹/۱	۰/۱۱	۰/۳۱
۱۳	اگر بیمار شما در طی تغذیه بلوس (متناوب)، به طور مداوم اوغ بزند، اولین اقدام شما چیست؟	۷۴	۶۲/۲	۴۵	۳۷/۸	۰/۶۲	۰/۴۹
۱۴	بیمار شما در طی تغذیه بلوس دچار استفراغ و کاهش تعداد تنفس می‌شود، چه اقدامی در اولویت شما قرار می‌گیرد؟	۱۴	۱۱/۸	۱۰۵	۸۸/۲	۰/۱۲	۰/۳۲

جدول ۲: ارتباط درک و ویژگی‌های فردی

P-value	تست آماری	نمره درک	درصد	تعداد	متغیرهای فردی	
۰/۳۷	تست تی	۶/۷۳±۱/۹۶	۹۲/۴	۱۱۰	زن	جنس
		۶/۱۱±۲/۴۷	۷/۶	۹	مرد	
۰/۳۳	تست تی	۷/۰۴±۱/۸۹	۱۹/۳	۲۳	مجرد	تاهل
		۶/۵۹±۲/۰۲	۸۰/۷	۹۶	متاهل	
۰/۲۳	تست تی	۶/۷۲±۱/۹۹	۹۶/۶	۱۱۵	کارشناسی	تحصیلات
		۵/۵±۲/۰۸	۳/۴	۴	کارشناسی ارشد و بالاتر	
۰/۱۱	آنووا	۶/۵۸ ± ۱/۷۲	۵۳/۸	۶۴	کمتر از ۵ سال	سابقه کاری
		۶/۵ ± ۲/۲۲	۳۰/۳	۳۶	۵ تا ۱۰ سال	
		۶/۷۵ ± ۲/۱۹	۶/۷	۸	۱۰ تا ۱۵ سال	
		۸/۵ ± ۱/۶۹	۶/۷	۸	۱۵ تا ۲۰ سال	
		۶ ± ۳/۶	۲/۵	۳	۲۰ سال بالاتر	
۰/۱۹	تست تی	۶/۶۵ ± ۱/۹۹	۹۸/۳	۱۱۷	پرستار	سمت شغلی
		۸/۵ ± ۰/۷۱	۱/۷	۲	سرپرستار	
۰/۰۶	آنووا	۷/۱۴ ± ۲/۱۷	۳۰/۳	۳۶	الف	بیمارستان
		۶/۲۸ ± ۱/۸۷	۵۳/۸	۶۴	ب	
		۷/۱۶ ± ۱/۸۶	۱۶	۱۹	ج	
۰/۰۳	تست تی	۶/۵۵ ± ۱/۹۸	۹۰	۱۰۸	بله	اضافه کاری
		۷/۹۱ ± ۱/۷۶	۱۰	۱۱	خیر	
۰/۷۷	آنووا	۶/۸۴ ± ۲/۷۱	۱۶	۱۹	رسمی	نوع قرارداد
		۶/۸۲ ± ۱/۷۴	۴۷/۹	۵۷	پیمانی	
		۶/۴۱ ± ۱/۸۹	۲۸/۶	۳۴	قراردادی	
		۶/۴۴ ± ۲/۳۵	۷/۶	۹	طرحی	
۰/۸۹	آنووا	۶/۶۲ ± ۲/۵۶	۶/۷	۸	ثابت صبح	نوع شیفت
		۶ ± ۱/۴۱	۱/۷	۲	ثابت شب	
		۶/۷ ± ۱/۹۷	۹۱/۶	۱۰۹	در گردش	

متوسط کمتر بود. بیشترین میانگین (۰/۹۲) مربوط به سناریوی شماره (۱۱) و سپس سناریوی شماره (۲) با میانگین (۰/۸) است. بنابراین پرستاران در زمینه

یافته‌های حاصل نشان می‌دهد، نمره کلی درک پرستاران در زمینه تغذیه لوله‌ای، از ۱۴ نمره، ۶/۶۸±۱/۹۹ بود یعنی پرستاران ۴۷/۷٪ نمره کلی درک را کسب کردند و درک آنها مثبت اما از سطح

پیشگیری از انسداد لوله و عفونت بالاترین نمره را کسب کردند.

نتایج همچنین بیانگر این مطلب است که تنها ۱۳ نفر (۱۰/۹٪) از پرستاران پاسخ درست به سناریوی شماره (۱۲) دادند. پرستاران در مورد مدت زمان قطع تغذیه قبل از پروسیجرها، درک پایینی داشتند. بعد از سناریوی شماره (۱۲)، کمترین نمره مربوط به سناریوی شماره (۷) و سناریوی شماره (۱۴) با میانگین ۰/۱۲ است. بنابراین پرستاران در سه زمینه پیشگیری از آسپیراسیون ریوی، مدت زمان قطع تغذیه برای پروسیجرها و مدیریت عوارض ایجاد شده در حین تغذیه لوله‌ای به ترتیب پایین‌ترین نمره را کسب کردند.

برای بررسی ارتباط بین نحوه درک واحدهای مورد پژوهش از مهارت‌های تغذیه‌ای و ویژگی‌های فردی (سن، جنس، تأهل، میزان تحصیلات، سابقه کار، سمت شغلی، نوع قرارداد، اضافه‌کاری، نام بیمارستان، شیفت کاری) از آزمون‌های آماری تی مستقل و آنووا استفاده شد. نتایج حاصل نشان داد که بین درک واحدهای مورد پژوهش از مهارت‌های تغذیه‌ای و اضافه‌کاری تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($p\text{-value}=0/03$). احتمالاً کار بیشتر در این بخش‌ها باعث درک بهتر آنها شده است.

بحث

در این مطالعه پرستاران کمتر از نیمی از نمره درک را کسب کردند و اگرچه درک آنها مثبت بود اما از سطح متوسط کمتر بود. از آنجا که تجویز غذا کار پزشک و متخصص تغذیه است، بسیاری از پرستاران بر این تصور هستند که مسئولیت مستقیمی متوجه آنها نیست (۲۴) و این امر می‌تواند بر نحوه درک و عملکرد آنها در اجرای تغذیه تأثیرگذار باشد. پرستاران در زمینه پیشگیری از انسداد لوله و عفونت بالاترین نمره را کسب کردند. به نظر می‌رسد برگزاری کارگاه‌های کنترل عفونت در بیمارستان مؤثر بوده باشد. با توجه به اهمیت کنترل عفونت در بخش‌های مراقبت ویژه و شیوع عفونت‌های وابسته

به دستگاه تهویه پرستاران شاغل در این بخش‌ها در زمینه کنترل عفونت آموزش‌های مکرر دریافت می‌کنند. همچنین پرستاران در سه زمینه پیشگیری از آسپیراسیون ریوی، مدت زمان قطع تغذیه برای پروسیجرها و مدیریت عوارض ایجاد شده در حین تغذیه لوله‌ای به ترتیب پایین‌ترین نمره را کسب کردند. علت آن می‌تواند ناآشنایی پرستاران با پروتکل‌های اخیر تغذیه انترال باشد. همچنین از آنجا که نشانه‌های دیسترس طی تغذیه لوله‌ای به ندرت اتفاق می‌افتد پرستاران کمی می‌دانند در این مواقع چه‌گونه عمل کنند بنابراین یافته مزبور قابل انتظار است. این امر نشان می‌دهد که باید آگاهی پرستاران را در این زمینه افزایش داد. با توجه به نتایج حاصل از بررسی سناریوهای پاسخ داده شده توسط پرستاران که تغذیه بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را به روش لوله معدی انجام می‌دهند، در تمامی موارد سناریوهای بررسی شده، پرستاران نسبت به مطالعات مشابه خارجی درک پایین‌تری داشتند و این در حالی است که هیچ مطالعه مشابه داخلی در ایران یافت نشد که مورد مقایسه و تحلیل قرار گیرد. طبق جستجوهای پیچیده‌تر در سایت‌های معتبر علمی انجام داد هیچ مطالعه‌ای به بررسی درک پرسنل از مهارت‌های تغذیه‌ای نپرداخته است. تنها یک مطالعه که توسط پرسنل و همکاران در ۲۰۰۶ انجام شد به بررسی درک پرستاران در زمینه مسئولیت، آگاهی و مستندسازی تغذیه انترال در سه بخش مراقبت ویژه پرداختند؛ آنها به این نتیجه رسیدند که پرستاران بیشتر بر روی برنامه‌ریزی، اجرا و پیشگیری فرآیند پرستاری تمرکز دارند و به مرحله ارزیابی کمتر اهمیت می‌دهند (۱۴). اما مطالعات بسیاری درک پرستاران را در زمینه‌های دیگر بررسی کردند؛ به عنوان مثال در سال ۱۳۹۰، عباس‌زاده و همکاران به بررسی درک ۳۸۵ پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی کرمان از نقش خود به عنوان حامی بیمار با استفاده از یک پرسشنامه ۱۹ آیتمی پرداختند که سطح درک پرستاران نسبت به نقش خود به عنوان

حامی، در این مطالعه نسبتاً مثبت بود (۲۵). رودی در سال ۱۳۸۵ به بررسی درک مدیران پرستاری در زمینه رعایت حقوق بیماران در بیمارستان‌های آموزشی کرمان با استفاده از ۱۵ سناریو پرداخت. در این مطالعه مدیران پرستاری در این زمینه ۴۴/۱٪ نمره کل را کسب کردند. این مطالعه نشان داد درک مدیران پرستاری شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان، مثبت، لیکن از حد متوسط کمتر است (۲۶). همچنین گزارش شده است که دانش پرستاران در مورد تغذیه لوله‌ای ناکافی است. پژوهش‌های موجود این فرض را حمایت می‌کنند که دانش پرستاران به طور مستقیم می‌تواند بر روی موفقیت برنامه حمایت تغذیه‌ای مؤثر باشد (۲ و ۱۴). بورگولت^۱ و همکارانش در سال ۲۰۰۷، با استفاده از متون موجود به ایجاد یک گایدلاین در مورد تغذیه لوله‌ای و آموزش آن به پرستاران پرداختند که در این مطالعه ۳۹٪ به دانش پرستاران افزوده شد. پرستاران در این مطالعه اظهار کردند که تغذیه لوله‌ای را برای سال‌های زیادی انجام می‌دادند در صورتی که فکر می‌کردند این روش را به طور کامل می‌دانند و تعداد زیادی از آنها از اختلاف دانش‌شان قبل از اجرای برنامه آموزشی با شواهد موجود شگفت‌زده شده بودند (۲۱). ئی-یوئی چان^۲ و همکارانش در سال ۲۰۱۲، به بررسی عملکرد ۱۲۰۳ پرستار در سه حیطة تأیید جایگذاری لوله، مدیریت حجم باقی مانده معدی بالا و پاسخ به عوارض در هنگام تغذیه توسط ۶ سناریو پرداختند که نتایج نشان داد که پرستاران از عملکرد مناسبی در تغذیه لوله‌ای بیماران برخوردار نیستند (۲۰).

مطالعات بسیاری به بررسی عملکرد پرسنل در تغذیه لوله‌ای پرداختند. برخی از آنها به این نتیجه رسیدند که بین مراقبت‌های پرستاری توصیه شده و عملکرد پرستاران در تغذیه لوله‌ای اختلاف وجود دارد اما در زمینه درک پرسنل که ارتباط مهمی با عملکرد دارد مطالعه‌ای انجام نشده است (۱۴ و ۲۴).

چه‌گونگی درک پرستاران از مهارت‌های تغذیه‌ای خود بر عملکرد آنها در این زمینه و در نهایت کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیمار تأثیر گذاشته، بدیهی است که هر چه پرستاران درک مناسب‌تری در این مورد داشته باشند کیفیت مراقبت‌ها افزایش می‌یابد (۲۷). درک پرستاران، تأثیر بسزایی در بروز رفتارها دارد. چرا که ورودی‌های ادراکی به طور خودکار به خروجی رفتارهای متناظر با آن ترجمه می‌شود. بر طبق مطالعه اسکینر در سال ۱۹۳۸ ادراک به طور مستقیم باعث ایجاد رفتار می‌شود (۲۵). بنابراین درک پایین می‌تواند بر روی عملکرد پرستاران در این زمینه تأثیر بگذارد. در نتیجه با توجه به اهمیت تغذیه در بیماران بستری در آی سی یو، نیاز به یافتن راه‌هایی برای افزایش درک پرستاران و ارائه آموزش‌های لازم در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. همچنین پیشنهاد می‌شود به منظور تبیین و توصیف بهتر موضوع، مطالعات مشابه در محیط‌های بیمارستانی دیگر صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی: این پژوهش با استفاده از اعتبارات طرح‌های تحقیقاتی مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان با کد اخلاق K/۹۲/۱۹۱ انجام شد و نویسندگان مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و تمامی پرسنل محترم پرستاری بخش‌های مراقبت ویژه در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان اعلام می‌دارند.

¹ . Bourgault

² . Ee-Yuee Chan

REFERENCES

1. *Hasanzadeh H, Alikhani M, Seidoshohadaei M, Hosseini F. Comparative study of two methods of tube feeding in neurosurgical patients.* Iran Journal of Nursing. 2002;15(32):88-92.
2. *Marshall AP, West SH. Enteral feeding in the critically ill: Are nursing practices contributing to hypocaloric feeding?* Intensive and Critical Care Nursing. 2006; 22(2):95-105.
3. *De Aguiar-Nascimento JE, Kudsk KA. Early nutritional therapy: the role of enteral and parenteral routes.* Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care. 2008;11(3):255-60 10.1097/MCO.0b013e3282fba5c6.
4. *Isabel T D, Correia M, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity ,mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis.* Clinical Nutrition. 2003 6//;22(3):235-9.
5. *Marshall A, West S. Nutritional intake in the critically ill: Improving practice through research.* Australian Critical Care. 2004;17(1):6-15.
6. *Williams TA, Leslie GD. A review of the nursing care of enteral feeding tubes in critically ill adults: part I.* Intensive and Critical Care Nursing. 2004;20(6):330-43.
7. *Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernandez FP, Ramírez-Pérez C. Complications associated with enteral nutrition by nasogastric tube in an internal medicine unit.* Journal of Clinical Nursing. 2001;10(4):482-90.
8. *De Jonghe B, Appere-De-Vechi C, Fournier M, Tran B, Merrer J, Melchior JC, et al. A prospective survey of nutritional support practices in intensive care unit patients: what is prescribed? What is delivered?* Critical Care Medicine. 2001; 29(1):8.
9. *McClave SA, Sexton LK, Spain DA, Adams JL, Owens NA, Sullins MB, et al. Enteral tube feeding in the intensive care unit: factors impeding adequate delivery.* Critical Care Medicine. 1999; 27(7):1252.
10. *Morgan LM, Dickerson RN, Alexander KH, Brown RO, Minard G. Factors Causing Interrupted Delivery of Enteral Nutrition in Trauma Intensive Care Unit Patients.* Nutrition in Clinical Practice. 2004 October 1, 2004; 19(5): 511-7.
11. *Reid C. Frequency of under- and overfeeding in mechanically ventilated ICU patients: causes and possible consequences.* Journal of Human Nutrition and Dietetics. 2006;19(1):13-22.
12. *Whelan K, Hill L, Preedy VR, Judd PA, Taylor MA. Formula delivery in patients receiving enteral tube feeding on general hospital wards: the impact of nasogastric extubation and diarrhea.* Nutrition. 2006 10//;22(10):1025-31.
13. *Black JM, Hoawks H. Management of client with malnutrition* IN: medical surgical nursing clinical management for positive outcomes. 8 ed. 2009.
14. *Wentzel Persenius M, Larsson BW, Hall-Lord M-L. Enteral nutrition in intensive care: Nursesâ€™ perceptions and bedside observations.* Intensive and Critical Care Nursing. 2006;22(2):82-94.
15. *Kenny DJ, Goodman P. Care of the patient with enteral tube feeding an evidence-based practice protocol.* Nursing Research. 2010; 59(1):S22-S31. PubMed PMID: WOS:000273212600005. English.
16. *Heyland DK, Schroter-Noppe D, Drover JW, Jain M, Keefe L, Dhaliwal R, et al. Nutrition support in the critical care setting: current practice in canadian ICUs--opportunities for improvement?* Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. 2003;27(1):74-83.
17. *Gupta B, Agrawal P, Soni K, Yadav V, Dhakal R, Khurana S, et al. Enteral nutrition practices in the intensive care unit: Understanding of nursing practices and perspectives.* Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology. 2012; 28(1):41.
18. *Guenter P. Safe Practices for Enteral Nutrition in Critically Ill Patients.* Critical Care Nursing Clinics of North America. 2010;22(2):197-+. PubMed PMID: WOS:000208603800005. English.
19. *Fulbrook P, Albarran JW, Baktoft B, Sidebottom B. A survey of European intensive care nursesâ€™ knowledge levels.* International Journal of Nursing Studies. 2012;49(2):191-200.
20. *Chan E-Y, Ng IH-L, Tan SL-H, Jabin K, Lee L-N, Ang C-C. Nasogastric feeding practices: A survey using clinical scenarios.* International Journal of Nursing Studies. 2012;49(3):310-9.
21. *Bourgault AM, Ipe L, Weaver J, Swartz S, O'Dea PJ. Development of Evidence-Based Guidelines and Critical Care Nurses ' Knowledge of Enteral Feeding.* Critical Care Nurse. 2007 August 1, 2007;27(4):17-29.
22. *Bankhead R, Boullata J, Brantley S, Corkins M, Guenter P, Krenitsky J, et al. A.S.P.E.N. Enteral Nutrition Practice Recommendations.* Journal of Parenteral and Enteral Nutrition; 2009; 33(2):122-67.
23. *Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients.* JPEN Journal of parenteral and enteral nutrition. 2002; 26(1 Suppl):1SA-138SA. PubMed PMID: 11841046. Epub 2002/02/14. eng.
24. *Royonette CE, Bongers A, Fulbrook P, Albarran JW, Hofman Z. Enteral feeding practices in European ICUs: A survey from the European federation of critical care nursing associations (EfCCNa).* e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism. 2008;3(2):e33-e9.
25. *Abbaszadeh A, Borhani F, Motamed jahromi M. Nurses' perception toward nursing advocacy in teaching hospital of kerman univercity of medical sciences.* Journal of Medical Ethics. 2011; 6 (19).
26. *Roodi S. Perception of nurse managers working in hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences in the area of patient rights as research subjects.* Journal of Medical Ethics.2011; 5 (17).[in persian].
27. *Arbabi A. Assessment of perception and practice of head nurses from their professional skills in hospitals in Kerman.* 1996; Thesis for Master's degree.[in persian].