Iranian Journal of Critical Care Nursing
Vol. 4. No. 1, Spring 2011
Pages: 45 - 52

مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره 4، شماره 1، بهار 1390
صفحات: 52 - 45

عوامل مؤثر بر میزان و چگونگیِ انجام مراقبت‌های دهانی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه

هادی رنجبر* MSc، منصور عرب MSc، عباس عباس زاده PhD، اطهره رنجبر BSc
دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

چکیده

مقدمه: حفظ بهداشت دهان یکی از وظایف اصلی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه است. این مطالعه با هدف "بررسی روش‌های انجام، میزان تثبیت و عوامل مؤثر بر مراقبت‌های دهانی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه" انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه‌ی مقطعی، به روشِ سرشماری، تمام پرستارانِ بخش‌های مراقبت‌های ویژه‌ی بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمان مورد بررسی قرار گرفتند و 131 نفر پاسخ دادند. از پرسش‌نامه‌های مراقبت‌های دهانی، عوامل زمینه‌ای و چک‌لیستِ بررسی گزارش‌های پرستاری، برای جمع‌آوری داده ها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آمارهای توصیفی و تحلیلی و نرم افزار PASW 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: دهان‌شویه، بیش‌ترین روش استفاده‌شده (82/4 درصد) و بیش‌ترین محلول استفاده‌شده، کلرهگزیدین (43/2 درصد) بود. ثبتِ مراقبت دهانی توسط بیشترِ پرستاران انجام می‌شد، اما اطلاعات کافی در مورد نحوه‌ی مراقبت و پی‌آمدهای آن، در اختیار گذاشته نمی‌شد. بین سابقه‌ی کاری در بخش مراقبت‌های ویژه (r=۰/۳۳۲, p<۰/۰۵)، اهمیت‌دهی به مراقبت‌های دهانی (r=۰/۳۴۹, p<۰/۰۰۱) و کیفیت مراقبت دهانی ارتباط مستقیم وجود داشت. سخت و ناخوشایند دانستن مراقبت دهانی ارتباط غیر مستقیم با مراقبت دهانی داشت (p<0/05).

نتیجه‌گیری: نیاز به آموزش در زمینه‌ی اهمیت مراقبت‌های دهانی و روش‌های مبتنی بر مدارک وجود دارد.

واژگان کلیدی: مراقبت دهانی، بخش مراقبت‌های ویژه، ثبت مراقبت.

Affective Factors on Oral Care and its Documentation in Intensive Care Units

Hadi Ranjbar* MSc, Mansoor Arab MSc, Abbass Abbasszadeh PhD, Athareh Ranjbar BSc
Razi Faculty of Nursing and Midwifery, Kerman Medical Sciences University, Kerman, Iran

Abstract

Introduction: Oral hygiene is one of the main tasks of Intensive Care Unit's Nurses. This study aimed to determine the affecting factors of oral cares interventions and its documentation in Kerman University of Medical Sciences intensive care units.

Methods: In this cross sectional study, all the nurses of intensive care units of Kerman University of Medical1 Sciences hospitals were surveyed and 131 responded. Oral cares questionnaires, underlying factors and nursing reports assessment check list were used to collect the data. Data were analyzed using descriptive and analytic statistics and PASW 18 software.

Results: Oral rinse was the most frequent method (82.4%) and the most used solution was chlorhexidine (43.2%). Documentation of oral care was done by most of the nurses but the information about used methods and outcomes were not provided. There was a direct relation between intensive care work experience (r=0.332; p<0.05) and priority of the oral care (rho=0.349, p<0.001) with oral care quality. Viewing oral care as a difficult and unpleasant task had an indirect relation with oral care (p<0.05).

Conclusion: There was need for education and informing nurses about importance of the oral care and evidence-based methods of oral care.

Keywords: Oral care, Intensive Cares Unit, Care documentation.

* نویسنده مسؤول: هادی رنجبر، تمامی درخواست ها باید به نشانی Hadiranjbar@kmu.ac.ir ارسال شوند.
دریافت مقاله: 1389/6/4 پذیرش مقاله: 1389/10/8

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-12-07]

مقدمه

حفظ بهداشت دهان یکی از وظایف اصلی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه است [1]. تمام بیماران ممکن است از بهداشت ضعیف دهان رنج ببرند، اما بیماران تحت تهویه‌ی مکانیکی، بیش‌تر در معرض خطر هستند؛ زیرا در این بیماران، لوله‌ی تراشه باعث افزایش چسبندگی باکتری‌ها به مخاط می‌شود، هم‌چنین داروهای متعدد مورد استفاده در این بیماران، احتمالِ خشک شدن دهان را افزایش می‌دهند و این امر، بهداشت دهان را تحت تاثیر قرار می‌دهد [2]. این عوامل با افزایش تجمع پلاک‌های دندانی، کلونیزاسیون باکتریایی حلق دهانی، میزان بالاتر عفونت‌های بیمارستانی و به خصوص پنومونی ناشی از تهویه‌ی مصنوعی همراه است[3]. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پاک‌سازی دهان، می‌تواند با کاهش میزان پلاک‌های دندانی، بیماری‌های لثه و بروز پنومونی ناشی از تهویه مصنوعی همراه باشد [4، 5، 6، 7 و 8]. بررسی‌ها نشان می‌دهند که دهان محلی است که بیش از هر جا، در بخش‌های مراقبت‌های ویژه مورد غفلت قرار می‌گیرد و پرستاران برای آن اهمیت کمی قایلند [9 و 10].

برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پرستاران، مراقبت‌های دهانی را بیش‌تر بر اساس روش‌های متداول انجام می‌دهند، از روش‌ها و مواد مختلفی استفاده می‌کنند و روش خاصی برای انجام بررسی دهانی ندارند [11]. بسیاری از پرستاران عقیده دارند، که انجام مراقبت دهانی برای بیمار ایجاد مزاحمت می‌کند، که همین باور باعث می‌شود به مراقبتِ دهانی کم‌تر اهمیت داده شود [12]. دلایل مختلفی برای کم‌توجهی به انجام مراقبت‌های دهانی ذکر می‌شود که از آن جمله می‌توان به کمبود آگاهی، نبود استانداردهای علمی و تکیه بر روش‌های سنتی، نبود یا متناقض بودن روش‌های بررسی دهان، روش‌ها و رژیم‌های متفاوت مراقبت‌های دهانی و نبودِ هم‌کاریِ بینِ رشته‌ای در این مورد اشاره نمود [13]؛ اما اهمیت مراقبت‌های دهانی به حدی زیاد است که مرکز کنترل بیماری‌ها در راه‌نماهای خود برای جلوگیری از پنومونی بیمارستانی، پیشنهاد ایجاد یک برنامه‌ی جامع مراقبت دهان همراه با استفاده از یک عامل ضدمیکروبی را برای بخش‌هایی که بیماران در معرض خطر عفونت هستند داده است [14]. برخی از پژوهش‌گران معتقدند که بررسی دهان و تعیین نیازهای مراقبتی باید جزیی از طرح پذیرش بیمار و مراحل بعدی بستری باشد [15].

نتایج پژوهش فیدر و همکاران در سال 2010 نشان داد که بین سیاست‌های اعلام شده‌ی مراقبت از دهان و روش‌های مورد استفاده تفاوت وجود داشت [16]؛ اما تاکنون روش‌های موجود مورد استفاده، میزان اتکای آن‌ها بر مستندات علمی و میزان تثبیت این مراقبت‌ها مورد بررسی قرار نگرفته است. پژوهش حاضر، با هدف بررسی روش‌های انجام، میزان تثبیت و عوامل مؤثر بر مراقبتهای دهانی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه‌ی بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم کرمان انجام گرفت. با این امید که نتایج این پژوهش بتواند در امر توسعه‌ی مراقبت مبتنی بر مدارک در بخش‌های مراقبت ویژه کمک کننده باشد.

روش‌ها

پژوهش حاضر، یک مطالعه‌ی مقطعی است که در آن تأثیر عوامل مختلف بر میزان انجام و تثبیت مراقبت‌های دهانی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه‌ی پژوهش، شامل همه‌ی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی کرمان بود (آموزشی و غیر آموزشی). انتخاب افراد به روش سرشماری انجام شد و تمام پرستاران مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل سه بخش اطلاعات زمینه‌ای، پرسش‌نامه‌ی مراقبت‌های دهانی و چک‌لیست ارزیابی گزارش پرستاری بود. بخش اطلاعات زمینه‌ای، پس از مطالعه‌ی متون و استفاده از نظر دو نفر از اعضای هیأت علمی مجرب در بخش مراقبت‌های ویژه طراحی شد. پس از طراحی پرسش‌نامه با استفاده از روش اعتبار محتوی با نظرخواهی از پنج نفر

جدول 1. خصوصیات زمینه‌ای شرکت کنندگان در پژوهش

متغیر زمینه‌ای		تعداد	درصد
جنس	مرد	23	18/7
	زن	100	81/3
مدرک تحصیلی	دیپلم بهیاری	6	5
	کارشناس	113	94/2
	کارشناس ارشد	1	0/8
نوع بیمارستان	آموزشی	91	78/4
	غیرآموزشی	25	21/6
نوع شیفت	ثابت	38	31/9
	در گردش	81	68/1
نوع ICU	جراحی	18	14/9
	داخلی	8	6/6
	تروما	23	19
	قلب	18	14/9
	اعصاب	11	9/1
	عمومی	43	35/5

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-12-07]

از اعضای هیأت دانشکده پرستاری و مامایی مجرب در مراقبت‌های ویژه، دو تن از متخصصین بیماری‌های تنفس و پنج پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه روایی بخش اول مورد تأیید قرار گرفت. این بخش شامل مواردی از قبیل سن، جنس، مدرک تحصیلی، سابقه‌ی کار در بخش‌های مراقبت‌های ویژه، نوع بیمارستان، نوعِ بخش و نوع شیفت مراقبت ویژه بود. بخش دوم، ترجمه‌ی پرسش-نامه‌ی مورد استفاده در مطالعه‌ی رلو همکاران در سال 2007 بود [1]. این پرسش‌نامه پس از ترجمه به فارسی، توسط سه نفر از اعضای تیم تحقیق برای اعمال نظرات در اختیار سه نفر متخصص بیماری‌های دهان و دو نفر از اعضای هیئت علمی مجرب در مراقبت‌های ویژه و یک نفر مربی آموزش زبان انگلیسی قرار گرفت تا مورد ارزیابی محتوایی و انطباق ترجمه قرار گیرد. پس از اعمال نظرات بررسی کنندگان، پرسش‌نامه مجدداً توسط یک فرد آشنا به زبان انگلیسی، به انگلیسی برگردانده شد. پس از مطابقت ترجمه با متن اصلی، تغییراتی برای هماهنگی متن در ابزار فارسی انجام شد. این پرسشنامه شامل بخش‌های 1. نگرش‌ها، باورها و دانش در مورد مراقبت دهانی، 2. تعداد و دفعات انجام مراقبت دهانی، 3. نحوه‌ی آموزش در مورد مراقبت دهانی و 4. امکانات و حمایت بیمارستان بود که پس از انجام روایی صوری مورد استفاده قرار گفت. بعد از انجامِ یک مطالعه‌ی مقدماتی بر روی پانزده پرستار بخش‌های مراقبت‌های ویژه، پرسش‌نامه تکمیل شد. از روش ثبات درونی و محاسبه آلفای کرونباخ برای تعیین روایی ابزار استفاده شد. ضریب هم‌بستگی بخش اول پرسش‌نامه (نگرش‌ها، باورها و دانش در مورد مراقبت دهانی) با محاسبه‌ی آلفا 0/86، بخش دوم (تعداد و دفعات انجام مراقبت دهانی) 0/85، بخش سوم (نحوه‌ی آموزش در مورد مراقبت دهانی) 0/76 و بخش چهارم (امکانات و حمایت بیمارستان) 0/83 به دست آمد. بخش سوم ابزار شامل چک‌لیست ثبت مراقبت‌های دهانی، شامل ثبت بررسی دهان، انجام مراقبت، دفعات انجام، روش مورد استفاده، مواد مورد استفاده، روند وضعیت دهان و بررسی پی‌آمد مراقبت بود. چک لیست پس از مطالعه متون، توسط پژوهش‌گران طراحی شد و با نظر سه نفر از اعضای هیئت علمی مجرب در مراقبت‌های ویژه و دو نفر مدرس کارگاه‌های گزارش‌نویسی اعتبار محتوی انجام گرفت. برای هم‌سانی از روش توافق ارزیابی‌ها استفاده شد به این صورت که دو تن از اعضای تیم تحقیق 10 گزارش پرستاری را مورد ارزیابی قرار دادند و هم‌بستگی 0/92 در بررسی ثبت‌ها با استفاده از آزمون همبستگی اسپیرمن به دست آمد. 270 گزارش پرستاری از بخش‌های مورد بررسی (هر بخش 30 گزارش در 3 شیفت) مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت. داده‌ها به وسیله‌ی روش‌های آمار توصیفی (جداول فراوانی به صورت مطلق و نسب و ارائه میانگین و انحراف معیار) اریه شده و به وسیله‌ی آماره‌های تحلیلی آزمون مربع کای، آزمون تی و آنالیز واریانس یک طرفه برای ارزیابی یک متغیر اسمی و داده‌های کمّی با توزیع نرمال، آزمون من-ویتنی و کروسکال‌والیس برای ارزیابی یک متغیر اسمی و داده‌های کمّی با توزیع غیر نرمال با فراوانی کمتر از 30 و آزمون‌های همبستگی برای ارزیابی دو متغیر عددی و بوسیله‌ی نرم افزار آماری PASW Statistics ویرایش 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی‌داری در کلیه تست‌های آماری، 0/05 در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در پایان از 187 پرستار بخش‌های مراقبت‌های ویژه در زمان پژوهش، 131 نفر پرسش‌نامه را تکمیل کردند (میزان پاسخ‌دهی 70 درصد). بررسی نتایج پرسش‌نامه زمینه‌ای نشان داد که میانگین سن شرکت‌کنندگان در پژوهش 5/10±31/80 سال با میانگین 3/60±4/58 سال سابقه‌ی کار در بخش مراقبت‌های ویژه بود. نتایج بررسی ویژگی‌های زمینه‌ای در جدول 1 آورده شده است. میانگین سن آقایان 33/95 سال و میانگین سن خانم‌ها 31/20 سال بود و میانگین سابقه‌ی کار در بخش مراقبت ویژه در خانم‌ها 4/21 سال و در آقایان 5/95 سال بود.

نتایج نشان داد که به نظر پرستاران، آن‌ها آموزش کافی در مورد مراقبت‌های دهانی دریافت نکرده‌اند، و در مقابل، تنها 9 درصد معتقد بودند که آموزش کافی دریافت کرده‌اند. 61/9 درصد، زمان کافی برای انجام مراقبت‌های دهانی ندارند و 63/3 درصد، امکانات کافی برای انجام مراقبت‌های دهانی در اختیار ندارند.

هم‌چنین به نظر آن‌ها مراقبت‌های دهانی از اولویت بالایی در مراقبت‌های پرستاری برخوردار نیست (77 درصد) و مراقبت‌های دهانی کار ناخوشایند (40/40 درصد)، تمیز کردن دهان کار دشوار (51/9 درصد) و مراقبت از دهان تاثیری در بهبود وضعیت بیمار ندارد. بیشتر پرستاران (55/7 درصد)، مراقبت از دهان بیمار را کار کمک‌بهیار بخش و خانواده‌ی بیمار می‌دانند. تنها 51/1درصد پرستاران اظهار داشتندکه در مورد مراقبت‌های دهانی آموزش دیده‌اند و 48درصد از آموزش‌دیده‌ها در زمان تحصیل در این مورد آموزش دیده بودند. 83/8 درصد مشارکت‌کنندگان تمایل داشتند که در مورد مراقبت‌های دهانی بیش‌تر آموزش ببینند. نتایج مربوط به نگرش نسبت به مراقبت دهانی در جدول شماره 2 آورده شده‌اند.

16 درصد موارد به طور مرتب از مسواک برای تمییز کردن دهان استفاده می‌کردند و این میزان برای مواد مرطوب کننده 12/2درصد بود. بیش‌ترین محلول مورد استفاده، دهان‌شویه کلرهگزیدین 0/2 درصد بود (43/2درصد). روش‌های مورد استفاده در مراقبت از دهان در جدول 3 آورده شده‌اند.

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-12-07]

جدول 2. جدول توزیع فراوانی پاسخ‌های مربوط به نگرش در مورد مراقبت دهانی

	کاملاً مخالف		مخالف		نظری ندارم		موافق		کاملا موافق		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
وقت کافی برای انجام مراقبت دهانی حداقل یک بار در روز دارم.	16	12/3	24	18/5	9	6/9	53	40/8	28	21/5	130	99/2
آموزش کافی را در مورد مراقبت‌های دهانی دیده‌ام.	13	10	35	26/9	29	22/3	33	25/4	20	15/4	130	99/2
امکانات لازم برای انجام مراقبت‌های دهانی وجود دارد.	6	4/7	18	14/2	20	15/7	65	51/2	18	14/2	127	96/9
مراقبت دهانی از اهمیت بالایی برای بیماران تحت تهویه‌ی مکانیکی برخوردار است.	0	0	5	3/9	21	16/4	49	38/3	53	41/4	128	97/7
به نظر من مراقبت از دهان یک کار ناخوش‌آیند است.	29	22/7	24	18/8	29	22/7	21	16/4	25	19/5	128	97/7
حفره‌ی دهان، محلی است که تمیز کردن آن سخت می‌باشد.	7	5/4	22	16/9	33	25/4	51	39/2	17	13/1	130	99/2
اهمیتی ندارد که چگونه از دهان مراقبت شود، وضعیت دهان اکثر بیماران همراه با افزایش طول مدت بستری‌اشان بدتر می‌شود	43	33/6	30	23/4	24	18/8	24	18/8	7	5/5	128	97/7
به اطلاعات بیشتری در مورد استانداردهای ثابت شده مراقبت از دهان نیاز دارم.	2	1/6	6	4/7	21	16/4	76	59/4	23	18	128	97/7
به امکانات بیشتر و بهتری برای انجام مراقبت‌های دهانی نیاز دارم.	1	0/8	5	3/9	25	19/4	72	55/8	26	20/2	129	98/5
ترجیح می‌دهم یک متخصص بهداشت دهان و دندان مراقبت دهان را انجام دهد.	7	5/6	10	8	39	31/2	50	40	19	15/2	125	95/4
مسواک برقی را به نوع دستی برای تمیز کردن دهان بیمار ترجیح می‌دهم.	8	6/3	23	18/3	61	48/4	22	17/5	12	9/5	126	96/2
پرسنل احتمالاً در صورت وجود مسواک برقی بیشتر مراقبت‌های دهانی را انجام می‌دهند.	12	9/2	21	16	45	34/4	35	26/7	9	9/6	122	93/1
شرکت در کارگاه مراقبت‌های دهانی جزو اولویت‌های من است.	0	0	14	11/8	37	31/1	54	45/4	14	11/8	119	90/8

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-12-07]

جدول 3. جدول توزیع فراوانی روشهای مورد استفاده به منظورِ انجام مراقبت دهانی

	یکبار و کمتر		هر 12 ساعت		هر 8 ساعت		هر 4 ساعت		هر یک تا 3 ساعت		هرگز		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مسواک دستی	15	16	0	0	2	2/1	1	1/1	1	1/1	75	79/8	94	71/8
مسواک برقی	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	86	100	86	65/6
عوامل مرطوب کننده	9	12/2	1	1/4	15	2/3	7	9/5	5	6/8	37	50	74	56/5
خمیر دندان	5	7/9	0	0	0	0	0	0	0	0	58	52/1	63	48/1
دهان‌شویه	11	10/2	22	20/4	48	44/4	21	19/4	4	3/7	2	1/9	108	82/4
سایر محلول‌ها	3	42/9	1	14/3	0	0	2	28/6	0	0	1	14/3	7	5/3

75 درصد، معتقد بودند که به اطلاعات مورد تأیید تحقیقات برای مراقبت از دهان نیاز دارند و 77 درصد معتقد بودند که نیازمند تجهیزات به‌تری برای مراقبت از دهان هستند. 44/9 درصد شرکت‌کنندگان در پژوهش، شرکت در یک کارگاهِ مراقبت از دهان را یکی از اولویت‌های خود می‌دانستند.

چک‌لیست بررسی ثبت مراقبت‌های دهانی نشان داد که در 90/7 درصد موارد، تثبیتِ انجام مراقبت صورت گرفته بود و در بیشتر موارد محلول (81/5 درصد) و روش مورد استفاده (84/8 درصد) نیز ثبت شده بود. با این حال، تعداد دفعات انجام مراقبت، بررسی وضعیت دهان و گزارش‌دهی وضعیت دهان بیماران در هیچ یک از گزارش‌ها ثبت نشده بود. هم‌چنین گزارشی از روند وضعیت دهان بیماران در گزارش‌ها به ثبت نرسیده بود.

بین سابقه‌ی کار در بخش مراقبت‌های ویژه (rho=0.352, p<0.05) با میزان اهمیت مراقبت دهانی با استفاده از آزمون همبستگی اسپیرمن ارتباط معنی‌دار وجود داشت. اما سن ارتباط معنی‌داری را نشان نداد. ارتباط بین متغیرهای زمینه‌ای با میزان اهمیت مراقبت‌های دهانی در جدول شماره 4 آورده شده است. بین میزان اهمیت با وجود زمان کافی (rho=0.349, p<0.001)، آموزش در مورد مراقبت (rho=0.331, p<0.001)، وجود امکانات کافی (rho=0.417, p<0.001)، ناخوش‌آیند بودن مراقبت از دهان (rho=-0.352, p<0.001) و بی‌اثر دانستن مراقبت دهانی (rho=-0565, p<0.001) ارتباط وجود داشت. اما بین مشکل بودن مراقبت از دهان با اهمیت آن ارتباطی مشاهده نشد. کسانی که آموزش قبلی در مورد مراقبت‌های دهانی دیده بودند اهمیت بیش‌تری برای مراقبت‌های دهانی قایل بودند (4/33±0/75 در برابر 4/03±0/91) و این تفاوت با استفاده از آزمون تی‌مستقل ارتباط معنی‌داری را نشان داد (P<0.05). ارتباط بین اهمیت مراقبت دهانی با متغیرهای زمینه‌ای در جدول 4 آورده شده است.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که احتمال استفاده از روش‌های مبتنی بر شواهد با افزایش سابقه کار در بخش مراقبت ویژه (p<0.05)، وجود امکانات مناسب مراقبت دهانی در بخش (p<0.05) و میزان اثربخش بودن مراقبت دهانی (p<0.05) افزایش پیدا می‌کند. تحلیل رگرسیون عامل پیش‌بینی کننده‌ای را برای موارد مربوط به ثبت مراقبت دهانی نشان نداد.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که پرسنل پرستاری نسبت به اهمیت مراقبت از دهان آگاهی دارند؛ اما این اهمیت نسبت به سایر موارد کم‌رنگ‌تر در نظر گرفته می‌شود. بیش‌ترین آموزش‌ها در زمان تحصیل آموخته شده‌اند و در حال حاضر تمایل به شرکت در دوره‌های بازآموزی و کسب اطلاعات روزآمد در میان پرسنل وجود دارد. هم‌چنین بیش‌ترین عامل پیشگیرانه در مراقبت از دهان، سخت

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-12-07]

جدول 4. ارتباط بین اهمیت مراقبت دهانی با متغیرهای زمینه‌ای

متغیر		میانگین	انحراف معیار	تست آماری	نتیجه آزمون
جنس	مرد	3/78	0/671	من‌ویتنی	p=0.001
	زن	4/33	0/8		
مدرک تحصیلی	دیپلم	4/33	1/21	کروسکال والیس	p=0.398
	کارشناس	4/18	0/83		
	کارشناس ارشد	5	0		
نوع بیمارستان	آموزشی	4/24	0/78	من ویتنی	p=0.440
	غیر آموزشی	4/40	0/64		
نوع شیفت	ثابت	4/46	0/70	تی مستقل	p=0.139
	در گردش	4/20	0/81		
نوع ICU	جراحی	4/22	0/87	کروسکال والیس	p=0.556
	داخلی	4/50	0/75		
	تروما	4/14	0/72		
	قلب	4/00	0/76		
	اعصاب	4/18	0/75		

بودن انجام آن و ناخوش‌آیند بودن آن از دید پرستاران می‌باشد. به نظر می‌رسد بیش‌ترین روش‌های مورد استفاده در زمینه‌ی مراقبت از دهان، روش‌های سنتی مثل دهان‌شویه باشد که این خود نشان‌دهنده‌ی نیاز به آموزش در مورد مراقبت‌های دهانی است. عدم ثبتِ دقیق مراقبت‌های دهانی، شاید نتیجه‌ی کم‌اهمیت بودن این کار از نظر پرستاران باشد که باید به طور خاص در برنامه‌های بازآموزی مورد توجه ویژه قرار گیرد.

در مطالعه‌ی انجام‌شده توسط فیدر و همکاران در سال 2010، نتایج نشان داد که به طور متوسط، مراقبت دهانی هر 2 تا 4 ساعت یک‌بار انجام می‌شود و مهم‌ترین روش مورد استفاده سواب است (97%). 47درصد پرستاران مراقبت دهانی را پر اهمیت دانسته بودند و پرستاران با سابقه‌ی کار 7 سال و بالاتر، مراقبت دهان را بیش‌تر انجام می‌داده‌اند. پرستارانی که در بخش‌شان خط‌مشی مراقبت دهان داشتند، روش‌های معرفی شده در خط‌مشی را شامل استفاده از مسواک، خمیردندان، ساکشن دهان، و بررسی حفره‌ی دهان عنوان می‌کردند و پرستاران با مدرک لیسانس مراقبت دهانی را بیش‌تر با سواب انجام می‌دادند [16]. نتایج مطالعه‌ی فوق در مورد میزان اهمیت مراقبت دهانی و ارتباطش با سابقه‌ی کاری در بخش ویژه و روش غالب مورد استفاده با پژوهش حاضر مشابهت داشت؛ اما در مورد عوامل مؤثری مثل مدرک تحصیلی تفاوت وجود داشت که احتمالاً به این دلیل است که عمده پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه‌ی ایران مدرک کارشناسی دارند و گروه‌های دیگر به قدری کم هستند که امکان مقایسه‌ی آن‌ها در چنین مطالعه‌ای وجود ندارد.

دکیزر گنز و همکاران در سال 2008 در پژوهشی که بر روی 218 بخش مراقبت‌های ویژه انجام دادند به این نتایج رسیدند. مهم‌ترین روش مراقبت استفاده از گاز پدها و مهم‌ترین محلول دهان‌شویه کلرهگزیدین بود. اغلب پرستاران گزارش کرده بودند که دهان بیمار را مورد بررسی قرار می‌دهند اما نمی‌توانستند روش مورد استفاده در بررسی را توضیح دهند. تنها 57 درصد مراقبت دهانی خود را ثبت کرده بودند و میزان اهمیت مراقبت دهانی در یک مقیاس صفر تا 100 دارای میانگین 67 با انحراف معیار بالای 27/1 بود. بین استفاده از پروتکول‌های مبتنی بر مدارک با میزان اهمیت‌دهی به مراقبت‌های دهانی ارتباطی مشاهده نشده [11]. در پژوهش حاضر نیز، مهم‌ترین روش مورد استفاده دهان‌شویه و با استفاده از محلول کلرهگزیدین بود. بین مراقبت‌های دهانی و میزان اهمیت آن ارتباط معنی‌داری وجود داشت. اما میزان تثبیت مراقبت دهانی، همانند این پژوهش، وضعیت مطلوبی نداشت.

بیشترِ افراد در مطالعه رلو و همکاران در سال 2007 که بر روی 59 بخش مراقبت ویژه اروپا انجام شده بود، بیان کرده‌بودند که آموزش

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-12-07]

کافی در مورد مراقبت دهانی دیده‌اند و اغلب آن‌ها تمایل به آموزش بیش‌تر در این مورد را نیز داشتند. مراقبت از دهان اهمیت بالایی داشت. بیش‌تر افراد مراقبت از دهان را کاری ناخوش‌آیند و سخت می‌دانستند. مهم‌ترین روش مراقبت، استفاده از دهان‌شویه، سه بار در روز و با محلول کلرهگزیدین بود. 44 درصد از مسواک نیز استفاده می‌کردند اما استفاده از مسواک برقی گزارش نشده بود [1]. مطالعه فور و همکاران در سال 2004 الگویی را نشان داد که در آن میزان تحصیلات، داشتن زمان کافی، ناخوش‌آیند ندانستن مراقبت از دهان، و اهمیت دادن به مراقبت دهان، تأثیر مستقیم بر کیفیت مراقبت از دهان را داشت. هم‌چنین داشتن سابقه‌ی کار در بخش مراقبت ویژه و آموزش قبلی در مورد مراقبت دهانی، تأثیر غیر مستقیم بر کیفیت مراقبت دهانی داشتند [17].

نتیجه‌گیری

با وجود اهمیت بسیار بالای مراقبت‌های دهانی و نقش ویژه‌ی آن در کاهش عوارض مهمی مثل پنومونی ناشی از تهویه‌ی مصنوعی، این مراقبت معمولاً به دلیل وضعیت وخیم بیمار و نیاز به توجه به نقصان‌های شدید فیزیولوژیک، مورد غفلت قرار می‌گیرد. مراقبت از دهان علاوه بر تأثیرات کوتاه‌مدت در بیماران، می‌تواند از عوارض بلندمدتی مانند پوسیدگی دندان، بوی بد دهان، بیماری‌های لثه و عفونت سینوس‌ها جلوگیری کند. عوارضی که در صورت بهبودی بیمار ممکن است تا مدت‌ها زندگی‌اش را تحت تاثیر قرار دهد. پژوهش حاضر نشان داد با وجودی که پرستارهای شاغل در بخش-های مراقبت‌های ویژه اهمیت بالایی برای مراقبت دهانی قایل بودند، از روش‌های مؤثر مراقبت از دهان مثل مسواک زدن، کم‌تر استفاده می‌کردند. امری که در راه‌نماها و کتاب‌های مراقبتی مورد تاکید قرار گرفته است. عوامل مؤثری مانند میزان اهمیت مراقبت دهانی از نظر فرد و سخت و ناخوش‌آیند بودن مراقبت دهانی، عواملی هستند که باید مورد توجه قرار گیرند. همچنین طراحی خط-مشی‌های علمی مراقبت از دهان و برگزاری دوره‌های آموزشی در این مورد باید جزو اهداف آموزشی بخصوص در دوره‌های بازآموزی پرسنل بخش‌های مراقبت ویژه باشند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه پرسنل پرستاری بخش‌های مراقبت‌های ویژه‌ی شهر کرمان که صبورانه نسبت به پاسخ دادن پرسش‌نامه همکاری داشتند، تشکر می‌نماییم و از معاونت پژوهشی دانشگاه کرمان که هزینه این طرح را فراهم نمودند کمال تشکر را داریم.

References

1. Rello J, Koulenti D, Blot S, Sierra R, Diaz E, De Waele JJ, Macor A, Agbaht K, Rodriguez A. Oral care practices in intensive care units: a survey of 59 European ICUs. Intensive Care Med. 2007;33(6):1066-70 .
2. Depuydt P, Myny D, Blot S. Nosocomial pneumonia: aetiology, diagnosis and treatment. Curr Opin Pulm Med. 2006;12(3):192-7 .
3. Johnstone L, Spence D, Koziol-McClain J. Oral hygiene care in the pediatric intensive care unit: practice recommendations. Pediatr Nurs. 2010;36(2):85-96 .
4. Ranjbar H, Jafari S, Kamrani F, Alavi Majd H, Yaghmayee F, Asgari A. Effect of Chlorhexidine gluconate oral rinse on preventing of late onset ventilator associated pneumonia and it's interaction with severity of illness. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2010;3(2):81-6. [Persian]
5. Van Nieuwenhoven CA, Buskens E, Bergmans DC, van Tiel FH, Ramsay G, Bonten MJ. Oral decontamination is cost-saving in the prevention of ventilator-associated pneumonia in intensive care units. Crit Care Med. 2004;32(1):26-30.
6. Hubmayr RD, Burchardi H, Elliot M, Fessler H, Georgopoulos D, Jubran A, Limper A, Pesenti A, Rubenfeld G, Stewart T, Villar J. Statement of the 4th International Consensus Conference in Critical Care on ICU-Acquired Pneumonia--Chicago, Illinois ,May 2002. Intensive Care Med. 2002;28(11):1521-36 .
7. Jafari S, Ranjbar H, Kamrani F, Alavi Majd H, Yaghmaei F. Effects of Chlorhexidine and normal saline on dental plaque formation in ICU patients: A comparative study. Nursing and Midwifery Quarterly Shaheed Beheshti University of Medical Sciences. 2007;17(56):36-43. [Persian]
8. Lee HK, Choi SH, Won KC, Merchant AT, Song KB, Jeong SH, Lee SK, Choi YH. The effect of intensive oral hygiene care on gingivitis and periodontal destruction in type 2 diabetic patients. Yonsei Med J. 2009;50(4):529-36 .
9. Wise MP, Cole JM. Improving standards of oral hygiene in intensive care. Intensive Care Med. 2007;33(12):2229; author reply 2228 .
10. McNeill H. Biting back at poor oral hygiene. Intensive and Critical Care Nursing. 2000;16(6):367-72 .
11. DeKeyser Ganz F, Fink NF, Raanan O, Asher M, Bruttin M, Nun MB, Benbinishty J. ICU nurses' oral-care practices and the current best evidence. J Nurs Scholarsh. 2009;41(2):132-8 .

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-12-07]

12. Grap M, Munro C, Ashtiani B, Bryant S. Oral care interventions in critical care: frequency and documentation. American Journal of Critical Care. 2003;12(2):113-8.
13. Cohn J, Fulton J. Nursing staff perspectives on oral care for neuroscience patients. Journal of Neuroscience Nursing. 2006;38(1):22-30.
14. Berry AM, Davidson PM, Masters J, Rolls K. Systematic literature review of oral hygiene practices for intensive care patients receiving mechanical ventilation. American Journal of Critical Care. 2007;16(6):552-62.
15. Abidia R. Oral care in the intensive care unit: a review. J Contemp Dent Pract. 2007;8(1):76-82 .
16. Feider LL, Mitchell P, Bridges E. Oral care practices for orally intubated critically ill adults. American Journal of Critical Care. 2010;19(2):175-83 .
17. Furr L, Binkley C, McCurren C, Carrico R. Factors affecting quality of oral care in intensive care units. Journal of Advanced Nursing. 2004;48(5):454-62 .

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-12-07]