

ارتباط بین آگاهی در مورد پنومونی ناشی از تهویه مصنوعی و راههای انتقال آن با اولویت‌دهی

به مراقبت‌های دهانی

هادی رنجبر*^۱، عباس عباس‌زاده^۲، منصور عرب^۳، اطهره رنجبر^۴

خلاصه

مقدمه: مراقبت ناکافی دهانی ممکن است بیمار را در معرض عفونت قرار دهد. پنومونی ناشی از تهویه مصنوعی نوعی از عفونت بیمارستانی است که با آسپیراسیون باکتریها از حلق دهانی و نشت ترشحات از کنار کاف لوله تراشه مرتبط است. با وجود اینکه پروتوکلهای مراقبت دهانی متعددی موجودند و ارتباط بین مراقبت دهانی ضعیف با ایجاد عفونت‌های بیمارستانی مشخص شده است، مطالعات کمی در مورد نحوه مراقبت از دهان در بخش‌های مراقبت‌های ویژه انجام گرفته است.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین آگاهی در مورد پنومونی ناشی از تهویه مصنوعی و راه‌های انتقال آن با اولویت‌دهی به مراقبت‌های دهانی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شده است.

روش: در مطالعه توصیفی-تحلیلی حاضر ۱۳۱ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه شهر کرمان از نظر دانش در مورد روش ایجاد پنومونی، میزان اهمیت‌دهی به مراقبت‌های دهانی و استفاده از روش‌های مبتنی بر مدارک با استفاده از پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفتند. روش‌های آماری مورد استفاده مربع کای، آزمون دقیق فیشر، تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه، من‌ویتنی‌یو و ضریب همبستگی اسپیرمن بودند.

نتایج: ۴۵/۶ درصد از شرکت‌کنندگان از روش‌های مبتنی بر مدارک استفاده می‌کردند. میانگین نمره آگاهی در مورد پنومونی ناشی از تهویه مصنوعی $9/92 \pm 3/76$ بود. بین استفاده از روش‌های مبتنی بر مدارک و نوع بیمارستان با آگاهی در مورد روش‌های ایجاد پنومونی ارتباط وجود داشت. بین آموزش قبلی و نحوه انجام آموزش قبلی با استفاده از آموزش‌های مبتنی بر مدارک ارتباط وجود داشت. بین آگاهی در مورد پنومونی ناشی از تهویه مصنوعی و اهمیت‌دهی به مراقبت‌های دهانی ارتباط وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آگاهی در مورد راه‌های ایجاد پنومونی ناشی از تهویه می‌تواند باعث افزایش اهمیت‌دهی به مراقبت‌های دهانی و استفاده از روش‌های آماری مبتنی بر مدارک گردد.

واژه‌های کلیدی: آگاهی، پنومونی ناشی از تهویه مصنوعی، مراقبت دهانی، اهمیت

مقدمه

مراقبت دهانی یک جنبه اساسی در پرستاری است [۹]، که بر روی سلامت، راحتی و حس خوب بودن بیماران در کوتاه و بلند مدت تاثیر می‌گذارد [۱۲]. فراهم آوردن مراقبت کافی دهانی برای بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه تا حدودی چالش برانگیز است، زیرا مشکلات مراقبت از بیماران در یک محیط شلوغ و استرس‌آور ممکن است باعث شود که مراقبت دهانی از اهمیت ناکافی نسبت به سایر مراقبت‌ها نزد پرستاران برخوردار باشد [۱۳]، در حالیکه بیماران بخش مراقبت‌های ویژه عمدتاً به طور کامل به پرسنل پرستاری وابسته هستند [۱۱]. حفظ محیط سالم دهان در یک بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه ممکن است به دلیل وضعیت بیمار و درمان طبی که دریافت می‌کند مشکل باشد [۱۴]. مراقبت ناکافی دهانی ممکن است بیمار را در معرض عفونت قرار دهد [۹]. برای مثال پنومونی ناشی از تهویه مصنوعی نوعی از عفونت بیمارستانی است که با آسپیراسیون باکتریها از حلق دهانی و نشت ترشحات از کنار کاف لوله تراشه مرتبط است [۲]. پنومونی ناشی از تهویه مصنوعی شایع‌ترین عفونت بیمارستانی در بخش مراقبت‌های ویژه و علت عمده مرگ‌ومیر در این بخش‌ها است [۵]. نشان داده شده است که باکتریهای مسئول پنومونی ناشی از تهویه مصنوعی در پلاکهای دندانی بیماران دارای لوله تراشه کلونیزه می‌شوند [۱۷]. پلاک دندانی یک سیستم فعال و پیچیده است که از میکروارگانیسم‌ها در داخل ماتریکس خارج سلولی تشکیل شده است که از کلونیزاسیون و رشد میکروارگانیسمهای بی‌هوازی و هوازی در سطوح دندانها، بافت نرم و پروتوژهای دندانی ناشی می‌شود [۱]. بنابراین فراهم کردن مراقبت دهانی کافی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۶].

در حالیکه مراقبت دهانی بسیار فردی است و هر بیمار نیاز به مراقبت دهانی خاص خود دارد، روش‌هایی وجود دارند که باید برای تمام بیمارانی که دارای لوله تراشه هستند انجام شوند. این مراقبت‌ها شامل مرطوب کردن محیط

دهان با آب یا ژل‌های مرطوب کننده، چرب کردن لب‌ها و استفاده مرتب از مسواک یا تمیز کردن حفره دهان می‌باشند [۸]. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که بسیاری از پرستاران از روش‌های مبتنی بر شواهد استفاده نمی‌کنند. پروتوکل‌های مبتنی بر مدارک در مورد مراقبت دهانی می‌توانند در امر بهبود کیفیت مراقبت کمک کنند [۱۸]. در مطالعه فور و همکاران آموزش قبلی در مورد مراقبت از دهان و اولویت دادن به آن با انجام مراقبت دهانی ارتباط مستقیم داشت [۳]. نتایج مطالعه بینکلی و همکاران در سال ۲۰۰۴ در ایالات متحده آمریکا نشان داد که ۹۲ درصد پاسخ دهندگان برای مراقبت دهانی اولویت بالایی قائل بودند، اما روش‌های مورد استفاده آنها ندرتاً شامل مسواک زدن و روش‌های مبتنی بر مدارک بود [۴]. مطالعه جونز و همکاران در سال ۲۰۰۶ نشان داد که اکثر پرستاران اهمیت زیادی به مراقبت دهانی نمی‌دهند، هرچند اکثر آنها مراقبت‌های دهانی را به صورت روتین انجام می‌دهند اما تعداد کمی از آنها از ابزارهای بررسی دهانی استفاده می‌کردند و عمدتاً بدون دریافت هیچ آموزشی تنها از پروتوکل بخش‌های خود پیروی می‌کردند [۱۱]. در مطالعه رلو و همکاران در سال ۲۰۰۷ که به بررسی بخش‌های مراقبت‌های ویژه اروپا پرداخته بود، بسیاری از پرستاران مراقبت دهانی در بیمار تحت تهویه مکانیکی را بسیار با اهمیت دانسته بودند اما از روش‌های مبتنی بر مدارک استفاده نمی‌کردند، مراقبت اصلی دهانشویه با کلرهگزیدین بود و از مسواک به ندرت استفاده می‌شد [۱۵]. با وجود مطالب مستدل فراوان در مورد اهمیت مراقبت دهانی بسیاری از پرستاران هنوز آنرا به عنوان یک مراقبت جهت تامین راحتی بیمار می‌دانند و به جنبه پیشگیری کننده آن توجه کمی می‌نمایند [۱۶]. شاید این مطلب به دلیل کم بودن آگاهی تیم پرستاری در مورد نقش بهداشت دهان در پیشگیری از بیماری‌های تنفسی در بیماران تحت تهویه مکانیکی باشد. بعنوان مثال کوهن و همکاران در مطالعه خود کمبود آگاهی در مورد اهمیت

مراقبت دهانی را دلیل عمده انجام نشدن این مراقبت بیان نموده‌اند[۵].

با وجود اینکه پروتوکل‌های مراقبت دهانی متعددی موجودند و ارتباط بین مراقبت دهانی ضعیف با ایجاد عفونت‌های بیمارستانی مشخص شده است، مطالعات کمی در مورد نحوه مراقبت از دهان در بخش‌های مراقبت‌های ویژه انجام گرفته است. در بررسی‌های انجام شده توسط محققین، پژوهش منتشر شده‌ای در مورد آگاهی پرستاران در مورد پنومونی ناشی از تهویه مصنوعی یا انجام مراقبت‌های دهانی در بخش مراقبت‌های ویژه در ایران مشاهده نشد. اهمیت ایجاد پنومونی ناشی از تهویه مصنوعی و ارتباط آن با مراقبت ضعیف دهانی نیز از مواردی است که در بخش‌های مراقبت‌های ویژه کمتر به آن توجه می‌شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین آگاهی در مورد راه‌های انتقال و ایجاد پنومونی ناشی از تهویه مصنوعی با میزان اهمیت دهی به مراقبت‌های دهانی و استفاده از روش‌های مبتنی بر مدارک در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گرفت.

روش

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که در آن ارتباط بین آگاهی در مورد پنومونی ناشی از تهویه مصنوعی و راه‌های انتقال آن با اولویت دهی به مراقبت‌های دهانی و استفاده از روش‌های مبتنی بر مدارک برای مراقبت دهانی مورد بررسی قرار گرفت. جامعه مورد بررسی در این پژوهش کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان بودند و نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام گرفت. ابزار مورد استفاده در پژوهش شامل سه قسمت بود. قسمت اول سوالات مربوط به متغیرهای دموگرافیک شامل: سن، جنس، مدرک تحصیلی، سابقه کار در بخش‌های مراقبت ویژه، نوع بیمارستان، بخش، وجود آموزش قبلی در مورد

مراقبت‌های دهانی و شکل آن همچنین تمایل پرسنل به دریافت آموزش در این مورد بود. بخش دوم یک سناریو مربوط به یک بیمار بود که پس از ۵ روز بستری در بخش مراقبت‌های ویژه به پنومونی مبتلا شده است، سپس راه‌های احتمالی ابتلای این فرد به پنومونی با یک مقیاس از ۱ تا ۱۰ آورده شده بود که عدد یک کمترین احتمال و عدد ۱۰ بیشترین احتمال را مطرح می‌کرد. با توجه به اهمیت هر راه در ایجاد پنومونی ناشی از تهویه مصنوعی به هر سوال یک امتیاز تعلق می‌گرفت و امتیازدهی به راه‌های با احتمال بیشتر باعث افزایش نمره آگاهی و انتخاب راه‌های غیر محتمل باعث کاهش امتیاز می‌شد. در پایان هر فرد نمره‌ای بین ۰ تا ۲۰ کسب می‌کرد. در بخش سوم نیز اهمیت انجام مراقبت دهانی، روش‌های مورد استفاده برای انجام مراقبت دهانی، تعداد دفعات انجام هر کدام، و نوع مواد مورد استفاده جهت مراقبت دهانی مورد بررسی قرار گرفته بود. پرسشنامه از بخش‌هایی از پرسشنامه رلو و همکاران در سال ۲۰۰۷ استخراج شده بود[۱۷]، این پرسشنامه پس از ترجمه از انگلیسی به فارسی و ایجاد تغییرات متناسب با محل انجام پژوهش توسط پژوهشگران مورد اعتبار و پایایی قرار گرفت. برای اعتبار پرسشنامه و چک لیست از روش اعتبار محتوی استفاده شد به این ترتیب که ابزارها در اختیار ۳ تن از متخصصین بیماری‌های دهان و دندان، ۲ تن از متخصصین بیماری‌های تنفس و ۵ نفر اعضاء هیئت علمی دانشکده پرستاری قرار گرفت و نظرات اصلاحی آنها در پرسشنامه لحاظ شد. پایایی ابزار با روش ثبات درونی انجام شد و با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای سوالات ۰/۸۷ بدست آمد. کلیه پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه شهر کرمان که حاضر به تکمیل پرسشنامه شدند در مطالعه قرار گرفتند. به کلیه شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد بود و تنها جهت انجام هدف تحقیق مورد استفاده قرار خواهند گرفت، همچنین در هیچکدام از مراحل پژوهش اقدام به ثبت نام شرکت‌کنندگان نشد. اطلاعات پژوهش با استفاده از توزیع فراوانی و آزمون مربع کای و آزمون دقیق فیشر

تهویه مصنوعی $9/92 \pm 3/76$ بود. در مورد راه‌های انجام مراقبت دهانی تنها ۱۶ درصد موارد به طور مرتب از مسواک برای تمیز کردن دهان استفاده می‌کردند و این میزان برای مواد مرطوب کننده تنها ۱۲/۲ درصد بود. با وجود خواص ضد میکروبی و مفید خمیردندان تنها ۷/۹ درصد موارد از خمیردندان برای تمیز کردن حفره دهان استفاده می‌کردند و بیشترین روش مورد استفاده دهانشویه ۳ بار در روز (۴۴/۴ درصد) بود. سایر روش‌ها مثل استفاده از محلول‌های خاص و فوم شایع بودند و در ۴۲/۹ از این روش‌ها استفاده می‌شد. بیشترین محلول مورد استفاده دهانشویه کلرگزیدین (۴۳/۲ درصد) بود. بیشتر افراد مورد بررسی (۷۵ درصد) معتقد بودند که به اطلاعات تایید شده توسط تحقیقات برای مراقبت از دهان نیاز دارند و ۷۷ درصد آنها معتقد بودند که به تجهیزات بهتری برای مراقبت از دهان نیاز دارند.

جدول شماره ۱- امتیاز داده شده به علت ایجاد پنومونی

انحراف معیار	میانگین	تعداد	راه انتقال
۲/۸۱	۵/۰۷	۱۱۶	انتقال از سایر بیماران
۲/۴۳	۷/۱۴	۱۱۶	آسپیره ترشحات آلوده از حلق دهانی
۲/۷۶	۵/۷۱	۱۱۵	انتقال از دست پرسنل
۲/۷۸	۶/۵۷	۱۱۷	انتقال از تجهیزات پزشکی آلوده
۲/۹۲	۵/۳۰	۱۱۰	کلونیزاسیون قبل از بستری

نتایج تحقیق نشان دادند که پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه آگاهی کمی در مورد راه انتقال پنومونی دارند. با این وجود از نظر آنها مراقبت از دهان از اولویت بالایی برخوردار بود. ارتباط معنی‌داری بین نوع بیمارستان محل خدمت و دانش در مورد انتقال پنومونی وجود داشت و پرسنل بیمارستان‌های دانشگاهی آگاهی بالاتری نسبت به راه‌های انتقال پنومونی داشتند. بین

برای متغیرهای کیفی، و میانگین و انحراف معیار همراه با آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه، من‌ویتنی‌یو و آزمون همبستگی اسپیرمن برای متغیرهای کمی و با استفاده از بسته نرم افزاری SPSS ویرایش ۱۸ مورد بررسی تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

از ۱۸۷ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه شهر کرمان در زمان انجام پژوهش ۱۳۱ پرستار پرسشنامه را تکمیل نمودند. از میان افراد مشارکت کننده در پژوهش ۱۸/۷ درصد مرد و ۸۱/۳ درصد زن بودند. همچنین ۵ درصد دارای مدرک دیپلم، ۹۴/۲ درصد کارشناسی و ۰/۸ درصد کارشناس ارشد بودند. ۷۸/۴ درصد شرکت کنندگان در بیمارستان‌های دانشگاهی و ۲۱/۶ درصد در بیمارستان‌های غیردانشگاهی شاغل بودند. بیشترین پرسنل مورد بررسی (۶۸/۱ درصد) در شیفت‌های گردشی کار می‌کردند و بیشتر آنها (۱۹ درصد) در اورژانس تروما مشغول به خدمت بودند. میانگین سن پرسنل مشارکت کننده ۳۱/۸ سال با ۴/۵۸ سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه بود. ۴۰ درصد مشارکت کنندگان معتقد بودند که آموزش کافی در مورد مراقبت‌های دهانی دریافت نکرده‌اند در حالی که تنها ۹ درصد معتقد بودند آموزش کافی در این مورد دریافت کرده‌اند. بیشتر پرسنل اهمیت بالایی برای انجام مراقبت‌های دهانی قائل بودند (۴۱/۴ درصد کاملاً موافق). در جدول شماره یک نتایج مربوط به سناریوی بیمار مبتلا به پنومونی به صورت میانگین و انحراف معیار آورده شده است.

نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که علت اصلی پنومونی یعنی آسپیره شدن ترشحات آلوده از حلق و دهان به راه هوایی تحتانی بیشترین امتیاز را کسب کرد بود، در حالی که کلونیزاسیون قبل از بستری که در بیمار بعد از ۵ روز نمی‌تواند عامل بیماری باشد کمترین امتیاز را کسب کرده بود. میانگین نمره آگاهی در مورد پنومونی ناشی از

بیشترین امتیاز را در مورد انتخاب راه ایجاد پنومونی کسب کرده بودند با اینحال آزمون آنالیز واریانس یک-طرفه بین گروهی که آموزش را در زمان تحصیل، در بازآموزی یا به صورت خودآموز دریافت کرده بودند اختلاف معنی دار آماری را نشان نداد (جدول شماره ۲).

پرستاران بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی در مورد آموزش قبلی در مورد مراقبت‌های دهانی با آزمون مربع کای تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد. هر چند میانگین گروهی که قبلاً در مورد مراقبت‌های دهانی آموزش دریافت کرده بودند در مورد راه ایجاد پنومونی بیشتر بود با این وجود این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود (جدول شماره ۲). کسانی که معتقد بودند آموزش در مورد مراقبت دهانی را در زمان تحصیل دریافت کرده‌اند

جدول شماره ۲: میانگین نمره کسب شده آگاهی در مورد پنومونی بر حسب متغیرهای زمینه‌ای

نتیجه آزمون	تست آماری	میانگین و انحراف معیار		نوع بیمارستان	
		میانگین	انحراف معیار	بیمارستان آموزشی	بیمارستان غیر آموزشی
۰/۰۱	تی مستقل	۱۰/۳۶±۳/۳۳	۷/۹۸±۴/۷۴	با آموزش قبلی	آموزش قبلی در مورد مراقبت‌های دهانی
		۱۰/۵۴±۳/۳۵	۹/۲۹±۴/۰۵		
۰/۳۳	آنالیز یکطرفه واریانس	۱۰/۳۴±۳/۰۴	۷/۷۱±۴/۲۷	در زمان تحصیل	نحوه آموزش در مورد مراقبت‌های دهانی
		۸/۰۴±۴/۵۲	۷/۸۹±۳/۶۳	آموزش مداوم	
		۷/۸۹±۳/۶۳		خودآموز	
		۱۰/۶۴±۳/۷۲		آموزش ندیده	
۰/۰۴	تی مستقل	۱۰/۶۴±۳/۷۲	۹/۳۷±۳/۷۲	استفاده	استفاده از روش‌های مبتنی بر مدارک
		۹/۳۷±۳/۷۲		عدم استفاده	

مبتنی بر مدارک در گروهی بود که آموزش مراقبت دهانی را در زمان تحصیل دریافت کرده بودند که اختلاف این گروه با سایر گروه‌ها با استفاده از آزمون دقیق فیشر معنی دار بود.

هر چند افرادی که در مورد مراقبت‌های دهانی آموزش دیده بودند، بیشتر از روش‌های مبتنی بر مدارک مثل مسواک زدن استفاده می‌کردند، با این وجود این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود. بیشترین استفاده از روش‌های

جدول شماره ۳: میانگین فراوانی مطلق و نسبی استفاده از روش‌های مبتنی بر مدارک بر حسب متغیرهای زمینه‌ای

نتیجه آزمون	تست آماری	استفاده از روش‌های مبتنی بر مدارک		نوع بیمارستان	
		استفاده	عدم استفاده	بیمارستان آموزشی	بیمارستان غیر آموزشی
۰/۰۵۵	مربع کای	۴۶(۵۰/۵)	۴۵(۴۹/۵)	با آموزش قبلی	آموزش قبلی
		۱۷(۶۸)	۸(۳۳)		
۰/۰۱	مربع کای	۲۹(۳۰/۹)	۳۸(۶۹/۱)	در زمان تحصیل	نحوه آموزش در مورد مراقبت‌های دهانی
		۴۳(۵۹/۷)	۱۷(۴۰/۳)		
۰/۰۰۱	دقیق فیشر	۲۰(۴۰/۸)	۲۹(۵۹/۲)	آموزش مداوم	
		۴۳(۳۰/۸)	۹(۶۹/۲)	خودآموز	
		۸(۷۲/۷)	۳(۲۷/۳)	آموزش ندیده	
		۲۱(۸۴)	۴(۱۶)		

هرچند درصد افرادی که از روش‌های مبتنی بر مدارک در بیمارستان‌های دانشگاهی استفاده می‌کردند بیشتر بود با این حال این تفاوت با استفاده از آزمون مربع کای معنی-دار نبود (جدول شماره ۳).

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین آگاهی در پنومونی ناشی از تهویه مصنوعی و استفاده از روش‌های مبتنی بر مدارک ارتباط وجود دارد. در مطالعه بینکلی و همکاران در سال ۲۰۰۴، ۹۲ درصد از شرکت‌کنندگان اعلام کرده بودند که مراقبت از دهان از اهمیت بالایی برخوردار است، روش‌های اصلی مراقبت از دهان، دهانشویه و مرطوب‌کننده بودند [۴] که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی داشت. ۷۲ درصد شرکت‌کنندگان در پژوهش گراپ و همکاران در سال ۲۰۰۳ گزارش کرده بودند که ۵ بار یا بیشتر در روز از بیماران دارای لوله تراشه خود مراقبت به عمل می‌آورند و میانگین نمره اهمیت مراقبت دهانی در آنها ۵۳/۹ از ۱۰۰ بود [۷]، در پژوهش حاضر با اینکه نمره اهمیت بالاتری داده بودند با این وجود تعداد دفعات مراقبت از دهان در روز در اکثر موارد ۳ بار بود. نتایج پژوهش فیدر و همکاران در سال ۲۰۱۰ نشان در بخش‌های مراقبت‌های ویژه ایالات متحده نشان داد که مراقبت دهانی هر ۲ تا ۴ ساعت یکبار و عمدتاً (۹۷ درصد) به وسیله سواب انجام می‌شد و ۴۷ درصد

پرستاران اهمیت بالایی برای مراقبت‌های قایل بودند [۸]. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هرچند نوع بیمارستان بر دانش مربوط به پنومونی ناشی از تهویه مصنوعی تاثیر داشت با این وجود در بکارگیری روش‌های مبتنی بر مدارک تاثیر نداشت که احتمالاً به دلیل نبود استانداردهای ابلاغ شده در این زمینه در هر دو نوع بیمارستانها باشد. این مسئله شاید به این دلیل باشد که هر دو گروه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی و غیر دانشگاهی سابقه دوره خاصی در مورد مراقبت‌های دهانی نداشتند و اکثراً آموزش خود را در زمان تحصیل گذرانده بودند. کسانی که قبلاً در مورد مراقبت‌های دهانی آموزش دیده بودند بیشتر از روش‌های مراقبت دهانی مبتنی بر مدارک استفاده می‌کردند. همچنین بیشترین درصد استفاده‌کنندگان از مراقبت‌های مبتنی بر مدارک کسانی بودند که در زمان تحصیل خود این آموزشها را فرا گرفته بودند. نتایج این پژوهش لزوم برگزاری دوره‌های آموزشی در مورد اهمیت مراقبت دهانی و آموزش روشهای مبتنی بر مدارک را نشان می‌دهد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه پرستارانی که با پاسخگویی به سوالات پژوهش ما را در این کار یاری کردند تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

۱. جعفری صدیقه، رنجبر هادی، کامرانی فرهاد، علوی مجد حمید، یغمایی فریده. بررسی مقایسه‌ای تأثیر پاکسازی دهان بوسیله محلول دهانشویه کلرهگزیدین ۰/۲ درصد و سرم نمکی بر میزان تشکیل پلاکهای دندانی در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان لقمان حکیم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. بهار ۱۳۸۶، دوره شانزدهم، شماره ۵۶، ص ۴۳-۳۶.
۲. رنجبر هادی، جعفری صدیقه، کامرانی فرهاد، علوی مجد حمید، یغمایی فریده. تاثیر دهان شویه کلرهگزیدین گلوکونات در پیشگیری از بروز پنومونی مرتبط با تهویه مصنوعی دیررس و اثر متقابل آن با شدت بیماری. فصلنامه پرستاری مراقبت ویژه. تابستان ۱۳۸۹، سال سوم، شماره ۲ (پیاپی ۷)، ص ۸۶-۸۱.

3. Allen Furr L, Binkley CJ, McCurren C, Carrico R. Factors affecting quality of oral care in intensive care units J Adv Nurs 2004 Dec;48(5):454-62.
4. Binkley C, Furr LA, Carrico R, McCurren C. Survey of oral care practices in US intensive care units. Am J Infect Control 2004 May;32(3):161-9.
5. Cohn JL, Fulton JS. Nursing staff perspectives on oral care for neuroscience patients. J Neurosci Nurs 2006 Feb;38(1):22-30.
6. Dennesen P, van der Ven A, Vlasveld M, Lokker L, Ramsay G, Kessels A, et al. Inadequate salivary flow and poor oral mucosal status in intubated intensive care unit patients. Crit Care Med 2003 Mar;31(3):781-6.
7. Feider LL, Mitchell P, Bridges E. Oral care practices for orally intubated critically ill adults. Am J Crit Care 2010 Mar; 19(2): 175-83.
8. 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.
9. Great Britain. Dept. of H. A first class service : quality in the new NHS: Great Britain, Department of Health; 1998.
10. Guidelines for the Development of Local Standards of Oral Health Care for Dependent, Dysphagic, Critically and Terminally Ill Patients [database on the Internet]. British Society for Disability and Oral Health. 2000 [cited June 16, 2010]. Available from: <http://www.bsdh.org.uk/guidelines/depend.pdf>.
11. Jones H, Newton JT, Bower EJ. A survey of the oral care practices of intensive care nurses. Intensive Crit Care Nurs 2004 Apr;20(2):69-76.
12. Kite K. Changing mouth care practice in intensive care: implications of the clinical setting context. Intensive Crit Care Nurs 1998 Aug;11(4):203-9.
13. McNeill HE. Biting back at poor oral hygiene. Intensive Crit Care Nurs. 2000 Dec;16(6):367-72.
14. Moretti AJ, Flaitz DM, Peninger M, Rex JH. Evaluation of oral soft tissue lesions in ventilated patients Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002;93(4):427.
15. Rello J, Koulenti D, Blot S, Sierra R, Diaz E, De Waele JJ, et al. Oral care practices in intensive care units: a survey of 59 European ICUs. Intensive Care Med 2007 Jun;33(6):1066-70.
16. Ross A, Crumpler J. The impact of an evidence-based practice education program on the role of oral care in the prevention of ventilator-associated pneumonia. Intensive and Critical Care Nursing 2007;23(3):132-6.
17. Scannapieco FA, Stewart EM, Mylotte JM. Colonization of dental plaque by respiratory pathogens in medical intensive care patients. Crit Care Med 1992 Jun;20(6):740-5.
18. The essence of care : patient-focused benchmarking for health care practitioners. [Great Britain]: Dept. of Health; 2001.