

Effect of the Performance of the Liaison Nurses on the Motor Complications in Stroke Patients after Discharge: A Randomized Clinical Trial

Sedighe Ebrahimi¹, Zohre Kalani²

Abstract

Background & Aims: Worldwide, cerebrovascular accidents (stroke) are the second leading cause of death and the third leading cause of long-term and serious disabilities in adults. Motor and sensory impairments due to stroke cause common complications such as bedsores, constipation, and falls. In addition, strokes, directly and indirectly, affect the outcomes of patient treatment, including the duration of stay and death. Despite the rapid prevention and diagnosis and management of stroke, patients are still at high risk for complications. Given the prevalence of stroke complications, comprehensive nursing care during four weeks after a stroker plays a significant role in the decrease of the outcomes, disabilities, and mortality caused by the disorder. One of the most important roles of a liaison nurse is improving care quality by better preparing the patient for discharge. In fact, liaison nurse nurses are those who take care of patients with strokes after a holistic assessment and the application of technical and communication skills and improve their condition for discharge and continued care. Through coordination with other healthcare team members, they ensure that all the needs of patients and their families are met. In other words, the role of the liaison nurse is to improve pre-discharge planning, establish and improve communication between hospital staff and health care providers in the community, and provide home care facilities to assist hospital staff. Therefore, this study aimed to determine the effect of the performance of liaison nurses on the motor complications caused by a stroke after discharge.

Materials & Methods: This quasi-experimental research had a randomized trial design and was performed in a hospital in Shiraz, Iran in 2016-2017. In total, 80 patients were selected by purposeful convenience sampling and were randomly divided into two test (n=35) and control (n=45) groups. Patients in the test group were evaluated before discharge by the liaison nurse and care and educational program focusing on the needs of each patient was developed. During discharge, an educational booklet was given to the patients or their caretakers in the test group to prevent motor complications caused by stroke (constipation, falls, bed sores). If necessary, the liaison nurse would be present at the patient's bedside at home and would be in contact with the patients to resolve their problems. On the other hand, the subjects in the control group received routine ward care and were discharged. In this study, falls were determined based on the report of patients and their families two weeks and two months after discharge (any type of fall due to imbalance and physical weakness). In addition, bedsores were determined based on the diagnosis of the liaison nurse after examining the patients, and constipation was determined by the same expert using Rome3 criteria. Data analysis was performed in SPSS version 16 using independent t-test (to compare the mean age and criteria for stroker) and Chi-square (to compare qualitative variables). Moreover, Mann-Whitney U was used to compare the risk of bedsores and falls due to non-compliance with normal distribution, and the Chi-square test was used to compare the frequency of complications in the two groups.

Results: In this study, no significant difference was observed between the two groups in terms of age (P=0.319). the two groups were homogenous in terms of other baseline conditions, including the distribution of patients in terms of gender, Braden criterion, Morse criterion, and NIHSS. According to the results, no significant difference was observed between the groups regarding the frequency of falls two weeks (P=0.060) and two months (P=0.509) after discharge. Overall, a significant difference was observed between the two groups (P=0.041). Moreover, the groups had no significant difference regarding the frequency of constipation two weeks (P=0.121) and two months (P=0.102) after discharge, but the overall difference in the frequency of constipation was significant (P<0.001). In terms of bedsores, no significant difference was observed between the two groups two weeks (P=0.861) and two months (P=0.037) after discharge and in total (P=0.068).

¹. MS in Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

². Instructor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran (Corresponding author) Tel: 09133524935 Email: z.kalani@ssu.ac.ir

Conclusion: In this study, no significant difference was observed in the frequency of bed sores following the intervention of a liaison nurse. One of the positive points in this study was the use of the Braden criterion to predict the risk of bedsores and plan care based on the results in the test group. The criterion evaluates sensory perception, immobility, incontinence, and nutritional status. For each of the factors, separate measures were considered by the liaison nurse in order to reduce the occurrence of further problems and patient referral due to high-grade and infectious bed sores. According to the results of the study, the intervention of the liaison nurse significantly decreased the frequency fall in the test group, compared to the control group. By assessing the risk of falls in stroke patients based on Morse criterion, the liaison nurse increased sensitivity toward the topic in the patients and their families and pointed out the causes of falls. In the control group, two patients fell despite the low risk of falling according to Morse's criterion, which might be due to the insufficient knowledge of patients and their caregivers about the issue in the absence of a liaison nurse. The results were different in terms of the incidence of falls with the clinical trial of the fall prevention program with several factors that were performed at home after the rehabilitation phase of stroke patients. We found a significantly lower frequency of constipation in the test group. One of the expected results in this trial was the implementation of self-care behaviors in patients with stroke. Since sampling was carried out in a short duration and only in two internal brain and nervous systems and brain ICU sectors, it seems that the implementation of the liaison nurse plan on stroke patients to achieve more accurate results requires more time and a larger sample size. Some of the important measures to be taken by liaison nurses include special care and education of these individuals and following up patients after discharge. According to the results, the performance of liaison nurses regarding stroke patients was effective in the decrease of motor complications such as constipation and falls. However, they played no role in the decrease of bedsores in these patients.

Keywords: Stroke, Liaison Nurse, Bedsores, Constipation, Fall

Conflict of Interest: No

How to Cite: Ebrahimi S, Kalani Z. Effect of the Performance of the Liaison Nurses on the Motor Complications in Stroke Patients after Discharge: A Randomized Clinical Trial. *Iran Journal of Nursing*. 2019; 32(120):14-25.

Received: 6 Jul 2019

Accepted: 7 Oct 2019

تأثیر عملکرد پرستار رابط بر فراوانی عوارض حرکتی ناشی از سکنه مغزی پس از ترخیص از بیمارستان: یک کار آزمایی بالینی تصادفی

صدیقه ابراهیمی^۱، زهره کلانی^۲

چکیده

زمینه و هدف: با وجود پیشگیری و تشخیص سریع و مدیریت عوارض سکنه مغزی، بیماران همچنان در معرض بالای خطر بروز عوارض هستند. پرستاران رابط متخصصانی هستند که با بررسی همه جانبه و استفاده از مهارت‌های ارتباطی و تکنیکی در بیماران سکنه مغزی وظیفه بهبود برنامه ترخیص و ادامه روند مراقبت در این بیماران را به عهده دارند. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر عملکرد پرستار رابط بر میزان بروز عوارض حرکتی بیماران دچار سکنه مغزی بعد از ترخیص از بیمارستان طراحی و اجرا شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵ در بیمارستانی در شیراز انجام شد. تعداد ۸۰ بیمار با روش نمونه گیری در دسترس مبتنی بر هدف انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. بیماران گروه آزمون قبل از ترخیص توسط پرستار رابط مورد ارزیابی قرار گرفته و برنامه مراقبتی و آموزشی با تمرکز بر نیازهای هر بیمار تدوین و هنگام ترخیص کتابچه آموزشی جهت جلوگیری از عوارض حرکتی ناشی از سکنه مغزی (یبوست، سقوط، زخم بستر) به بیمار و یا مراقبین وی تحویل داده شد. در صورت لزوم پرستار رابط بر بالین بیمار در منزل حاضر می‌شد و جهت برطرف کردن مشکلات بیمار با بیماران در تماس بود. گروه کنترل مراقبت روتین بخش دریافت و مرخص شدند. بیماران دو هفته و دو ماه بعد از ترخیص از نظر فراوانی زخم بستر و سقوط با گزارش بیمار و خانواده مورد ارزیابی قرار گرفتند و فراوانی یبوست با استفاده از معیار Rome 3 بررسی شد. داده‌های جمع آوری شده با تست‌های آماری من ویتنی و مجذور کای تحلیل شد.

یافته‌ها: دو گروه از نظر میانگین سن و معیار سنجش سکنه مغزی تفاوتی نداشتند، توزیع فراوانی بیماران از نظر معیار Braden، معیار Mors و جنس همسان بودند. فراوانی زخم بستر در دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشت ($P=0/068$). فراوانی یبوست ($P < 0/001$) و فراوانی سقوط ($P=0/041$) در دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری داشت.

نتیجه‌گیری کلی: طرح پرستار رابط سکنه مغزی که در زمان ترخیص هر بیمار را جداگانه با توجه به وضعیتش ارزیابی نمود، منجر به کاهش فراوانی عوارض حرکتی سقوط و یبوست بعد از سکنه مغزی شد.

کلید واژه‌ها: سکنه مغزی، پرستار رابط، زخم بستر، یبوست، سقوط

تعارض منافع: ندارد

تاریخ دریافت: ۹۸/۴/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۸/۷/۱۵

۱. کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران
 ۲. مربی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

Email: z.kalani@ssu.ac.ir

شماره تماس: ۰۹۱۳۳۵۲۴۹۳۵ (نویسنده مسئول)

مقدمه

سکنه مغزی دومین عامل مرگ در جهان و سومین عامل شایع ناتوانی‌های بلندمدت و جدی در بزرگسالان است^(۱) و به عنوان یک مشکل مهم بهداشتی در خاورمیانه، تخمین زده می‌شود که مرگ ناشی از آن تا سال ۲۰۳۰ به دو برابر برسد^(۲).

دو سوم از بیماران بعد از سکنه مغزی حداقل یک عارضه و در طی سه ماه بعد از سکنه مغزی چهار تا پنج عارضه را تجربه می‌کنند^(۳). عوارض متعاقب سکنه مغزی هم به طور مستقیم و هم غیرمستقیم بر پیامدهای درمان در این بیماران شامل طول مدت اقامت و مرگ مؤثر هستند^(۴). اختلال حرکتی و حسی ناشی از سکنه مغزی منجر به عوارض شایعی مثل زخم بستر، یبوست و سقوط می‌شود^(۵).

در بیماران مبتلا به سکنه مغزی به علت بی حرکتی طولانی مدت بروز زخم فشاری شایع است.

زخم بستر علاوه بر درد و رنج بسیار، می‌تواند منجر به ناتوانی و مرگ شود. پیشگیری مؤثرترین روش برای حل این مشکل و مراقبتهای پرستاری عامل کلیدی در پیشگیری است^(۶). در مطالعه مشکلات حرکات روده‌ای در فاز بازتوانی در بیماران سکنه مغزی بیان شده است که ۵۰ درصد از بیماران بعد از سکنه مغزی از یبوست رنج می‌برند^(۷).

در مطالعه Ashburn و همکاران فراوانی سقوط در ۵۵ درصد از بیماران دچار سکنه مغزی یک تا دو بار طی ۱۲ ماه بعد از سکنه مغزی وجود داشته است^(۸).

با توجه به شیوع عوارض در بیماران با سکنه مغزی، مراقبت‌های پرستاری جامع در طول مدت چهار هفته بعد از سکنه در کاهش عوارض، ناتوانی و مرگ بسیار مؤثر است^(۹). شکاف بین بیمارستان و سیستم‌های حمایتی از بیمار در جامعه منجر به افت کیفی مراقبت‌ها و ادامه درمان می‌شود^(۱۰). بهبود کیفیت مراقبت‌ها با آماده سازی بهتر بیمار جهت ترخیص، یکی از اهداف مهم پرستار رابط است^(۱۱). فرایند ترخیص بیمار و انتقال وی به منزل برای بیمار و بیمارستان فرایند بسیار مهمی است و باید به آرامی صورت

گیرد. ادامه مداخلات پرستاری توسط پرستار ویژه سکنه مغزی با عنوان پرستار رابط بعد از ترخیص برای بیمار و خانواده با تمرکز بر آموزش و حمایت آن‌ها بسیار مفید بوده است^(۱۲). پرستار رابط، یک نقش جدید پرستاری است که تأثیر مثبتی بر کیفیت پیامد بیماران، از زمان بستری در بیمارستان تا هنگام ترخیص و سپس در منزل داشته است، به ویژه در بیماری‌های مزمن، می‌تواند از بستری مجدد بیمار جلوگیری و ادامه مراقبت‌ها را بهبود بخشد. امروزه بسیاری از خدمات ارائه دهنده سلامت در دنیا بر نقش پرستار رابط یا پرستار هماهنگ کننده ترخیص تمرکز کرده اند. پرستار رابط با هماهنگی با سایر اعضای تیم درمان اطمینان حاصل می‌کند که تمامی نیازهای بیمار و خانواده مورد توجه قرار گیرد^(۱۳،۱۴). آنچه از پرستار رابط انتظار می‌رود داشتن علم و مهارت کافی جهت ادامه مراقبت از بیمار و ارتباط با سایر پرستاران و در نهایت بهبود پیامدهای بیمار است^(۱۵). نقش پرستار رابط بهبود برنامه ریزی قبل از ترخیص بیمار، برقراری و بهبود ارتباط بین کارکنان بیمارستان و مراقبین سلامت در جامعه و فراهم کردن امکانات مراقبت در منزل جهت کمک به کارکنان بیمارستان است^(۱۶). پرستاران رابط متخصصانی هستند که با بررسی دقیق و همه جانبه و استفاده از مهارت‌های ارتباطی و فنی به مراقبت از بیماران دارای مشکلات متعدد نظیر بیماران دچار سکنه مغزی کمک می‌کنند^(۱۷). Arts و همکاران وظایف پرستار رابط در سکنه مغزی را بررسی، هماهنگی و سازمان دهی نیازها در منزل، اطلاع رسانی و آموزش به مراقبت دهنده بیمار، سرپرستی ارتباط بین بیمارستان و ادامه مراقبت در منزل، ارزیابی و تشخیص خطا در روند مراقبت‌ها بیان می‌کنند و نقش پرستار رابط را در زمان ترخیص بیمار و انتقال به منزل، بسیار مؤثر یافتند^(۱۱).

در یک مرور نظامند که توسط تیان نژاد و همکاران روی بررسی نقش پرستار رابط در پیامدهای بیمار بعد از ترخیص از بخش مراقبت‌های ویژه انجام گرفت، چهار مطالعه مرور شده، تأثیر رضایت بخش مشخصی را در پیامدهای بیمار شامل کاهش تاخیر در ترخیص، طرح

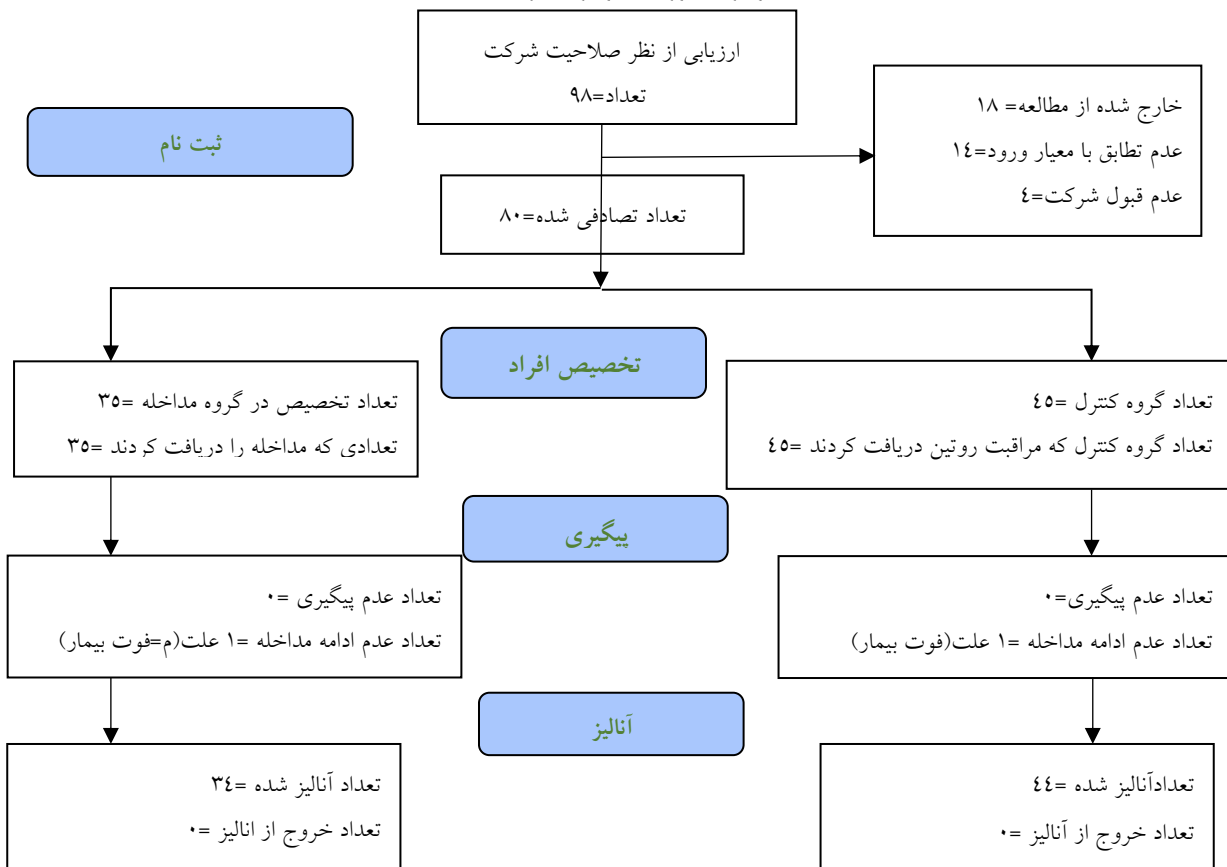
در ایران انجام شده است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر عملکرد پرستار رابط بر عوارض حرکتی بیماران دچار سکته مغزی پس از ترخیص از بیمارستان طراحی و اجرا گردید.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی با طرح کارآزمایی تصادفی است، که در بیماران با تشخیص سکته مغزی با کد اخلاق (IR.SSU.REC.1396.43) و کد کارآزمایی بالینی (IRCT20170605034330N3) در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵ انجام شد. جامعه پژوهش بیمارانی بودند که قبل از بستری در بیمارستان حضرت علی اصغر شیراز در بدو ورود به اورژانس وقوع سکته مغزی در آنها توسط متخصص مغز و اعصاب با انجام سی تی اسکن تأیید شده بود و سپس به بخش مغز و اعصاب و یا آی سی یو مغز و اعصاب منتقل شده بودند.

ترخیص مؤثر، کاهش بستری مجدد بیمار را نشان دادند. همچنین محاسن و فواید پرستار رابط در این مطالعه شامل افزایش رضایت بیمار و خانواده از پرستاران، افزایش اعتماد به نفس در ارائه مراقبت توسط پرستار بخش، بهبود کیفیت برنامه‌ریزی ترخیص، افزایش فعالیت خودمراقبتی در بیماران و کاهش تعداد روزهای بستری در بیمارستان بود^(۱۸). آن چه که باعث نیاز به انجام این پژوهش شد، از یک طرف مشکلات فراوان بیماران دچار سکته مغزی بعد از ترخیص و ضرورت ادامه مراقبت در منزل و نبود سازمان حمایت کننده از این بیماران در سطح جامعه در ایران بود و با توجه به تأثیر مثبت پرستار رابط در سایر مطالعات انجام شده، با انجام این پژوهش سعی در بکارگیری از این نقش پرستاری در برطرف کردن مشکلات بیماران سکته مغزی شد. در سیستم مراقبتی بیماران در ایران این نقش پرستار کاملاً نا آشنا است و تاکنون پژوهش‌های محدودی در ارتباط با جایگاه پرستار رابط در مراقبت‌های پرستاری، به خصوص

نمودار کنسورت (نمودار شماره ۱)



Braden بیمار از نظر میزان درک حسی، میزان رطوبت، سایش، تحرک، جابجایی، میزان تغذیه سنجیده می‌شود و از هر کدام از این قسمت‌ها با توجه به وضعیت خود نمره دریافت می‌کند، نمره ۱۵ تا ۱۸ ریسک زخم بستر پایین، نمره ۱۲-۱۵ ریسک زخم بستر متوسط و نمره زیر ۱۲ ریسک زخم بستر بالا. در مطالعه سوزنی و همکاران، قابلیت اطمینان معیار Braden با ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۳) بر اساس نمودار راک دارای حساسیت (۰/۹۲) و ویژگی (۰/۷۴) در نقطه تشخیصی ۱۸/۵ گزارش شده است^(۲۲). حساسیت و ویژگی معیار Morse (۰/۷۸) و (۰/۸۳) گزارش شده است^(۲۳). اعتبار و پایایی معیار Morse در جامعه ایرانی با ضریب آلفای کرونباخ (۰/۷۷) توسط شاهی و همکاران تایید شده است^(۲۴). در این معیار ریسک فاکتورهای مستعد کننده بیمار جهت بروز سقوط شامل سقوط طی سه ماه گذشته، وضعیت مغزی، استفاده از وسایل کمک حرکتی، سابقه بیماری و مصرف دارو و سرگیجه، داشتن لاین، الگوی گام برداشتن و حرکتی می‌باشد، بیماران با نمره زیر ۲۴ ریسک سقوط پایین، با نمره ۲۵ تا ۴۴ ریسک سقوط متوسط و از نمره ۴۴ بیشتر ریسک سقوط بالا دارند. خطر بروز یبوست با استفاده از معیار Rome3 تعیین شد. اعتبار معیار Rome3 با ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۴) در ایران تأیید شده است^(۲۵). دارای شش علامت است که هرگاه فرد دو علامت از شش علامت را یک بار در طول دو هفته و یک بار دو ماه بعد از ترخیص داشته باشد، مبتلا به یبوست در نظر گرفته می‌شود.

پس از دادن توضیحات لازم در مورد چگونگی انجام پژوهش، اهداف و شرایط آن، از بیماران واجد شرایطی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، رضایت نامه کتبی اخذ گردید. در این مطالعه پژوهشگر به عنوان پرستار رابط برای تمامی بیماران گروه آزمون مداخلات لازم را انجام داده است. پرستار رابط در اولین روز بستری در گروه آزمون بعد از معرفی خود، با گرفتن شرح حال از بیمار و ارزیابی اولیه و با توجه به احتمال خطر زخم بستر، یبوست و سقوط با توجه به ارزیابی انجام شده، نیازهای مراقبتی هر بیمار را

حجم نمونه با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه برای مقایسه نسبت‌ها در دو گروه مستقل با $\alpha=0/05$, $\beta=0$ تعیین گردید. به دلیل وجود موانع فرهنگی در پیگیری بیماران در منزل توسط پرستار رابط با استفاده از نسبت $T=(1/3)$ تعداد نمونه در گروه آزمون ۳۵ و در گروه کنترل ۴۵ بیمار در نظر گرفته شد. بیماران با توجه به معیارهای ورود به صورت متوالی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی در گروه‌های آزمون و کنترل قرار گرفتند (نمودار شماره ۱). معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۱۸ الی ۸۰ سال و اخذ نمره ۱۶ الی ۲۰ بر اساس معیار سنجش سکنه مغزی (National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS) بود. روایی این ابزار توسط بسامی و همکاران در سال ۲۰۰۸ سنجیده شده است. و پایایی آن در سال ۲۰۱۳ توسط آزادمنش و همکاران با ضریب همبستگی اسپیرمن سنجیده شده است^(۱۹،۲۰). معیار سکنه مغزی دارای ۱۱ آیتم جهت بررسی میزان آسیب مغزی متعاقب سکنه است که شامل: بررسی سطح هوشیاری، درک حسی، بررسی تعادل، صحبت کردن، رفلکس قرنیه، اختلال تکلم، قدرت بازوها و دستها، قدرت بینایی، نادیده گرفتن یک طرف بدن، فلج صورت می‌باشد. نمره دهی توسط نورولوژیست بخش انجام شد. علت انتخاب نمره ۱۶ تا ۲۰ وضعیت بیمار جهت انجام مداخله بوده است، بیماران با نمره کمتر از ۱۶ بیماران در حال کما بودند و طبق نظر نورولوژیست پیش آگهی خوبی نداشتند و بیماران با نمره بیشتر از ۲۰ قادر به مراقبت کامل از خود هستند و نیاز به مداخله پرستاری در منزل نداشتند. نسخه فارسی این ابزار توسط کاظم نژاد و همکاران با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ تأیید شده است^(۲۱). معیارهای خروج داشتن زخم بستر، داشتن یبوست، داشتن بی‌حرکتی قبل از سکنه بودند.

برای انجام مداخله پرستار رابط جهت همسان بودن دو گروه و کنترل متغیرهای مخدوشگر در گروه آزمون و کنترل، خطر زخم بستر با معیار Braden خطر سقوط با معیار Morse و خطر یبوست با معیار Rome3 سنجیده شدند که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشتند. در معیار

مشخص می‌کرد و با توجه به اولویت هر بیمار مراقبت‌ها و آموزش‌های مورد نیاز هر بیمار را ارائه می‌کرد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: مداخلات پرستار رابط در ارتباط با احتمال بروز هر یک از عوارض حرکتی ناشی از سکنه مغزی

- مراقبت‌های لازم در بیمارستان جهت جلوگیری از زخم بستر مثل استفاده از تشک مواج، ماساژ نواحی تحت فشار با لوسیون، بررسی تورگور پوستی، هیدراته کردن بیمار، و جا به جا کردن بیمار هر دو ساعت، توجه به بی‌اختیاری ادرار و مدفوع و انجام مراقبت.

- بررسی نیازهای آموزشی در منزل و آموزش خانواده در این زمینه.

- بررسی وضعیت تغذیه و تنظیم برنامه غذایی مناسب جهت حفظ تمامیت پوستی با هماهنگی کارشناس تغذیه.

- آموزش به خانواده بر بالین بیمار، روز اول به صورت آموزش شفاهی و روز دوم به صورت عملی، شامل بیان علل و چگونگی ایجاد زخم بستر و آموزش عملی بررسی روزانه نقاط تحت فشار (ساکروم، قوزک پا، ایلپاک کرس، آرنج، شانه و لاله گوش)، ماساژ نواحی تحت فشار، جا به جا کردن بیمار هر دو ساعت، تهیه تشک مواج در صورت امکان و جلوگیری از خیس بودن و چروکیدگی ملحفه‌ها.

ویزیت در منزل توسط پرستار رابط در هنگام تماس بیمار یا خانواده مبنی بر زخم بستر

- بالا بودن نرده کنار تخت.

- در دسترس بودن وسایل مورد نیاز.

- استفاده از وسایل کمک حرکتی حین حرکت کردن.

- هماهنگی با فیزیوتراپ جهت آموزش حفظ تعادل به بیمار هوشیار.

- مراقبت مداوم در بیمارستان در حال بهبود و بالا آمدن سطح هوشیاری تدریجی.

- آموزش خطر سقوط و بیان علت به بیمار و خانواده در هنگام ترخیص

- آماده کردن وسایل کمک حرکتی قبل از ترخیص با نظارت پرستار رابط توسط خانواده مثل واکر

- در صورت امکان بررسی محیط بعد از ترخیص بیمار توسط پرستار رابط

- آموزش مصرف مایعات، سبزیجات در بیمار هوشیار

- خروج هرچه سریعتر از تخت در بیمارستان هوشیار.

- در بیمارستان دارای سوند بینی - معده دادن آب و آبمیوه در فواصل تغذیه.

- تهیه برنامه غذایی مناسب با هماهنگی کارشناس تغذیه بیمارستان و دادن برنامه غذایی به بیمار در هنگام ترخیص جهت جلوگیری از یبوست در منزل

- آموزش نشانه‌های یبوست به بیمار و خانواده

- مشاوره با پزشک توسط پرستار رابط جهت شروع ملین در هنگام یبوست بعد از ترخیص

۱. زخم بستر

۲. سقوط

۳. یبوست

(یکی از اعضای خانواده که در تماس بیشتری با بیمار بود و مراقب اصلی بیمار به شمار می‌رفت) تحویل داده شد. شماره تلفنی جهت تماس با پرستار رابط به بیمار و خانواده داده شد. در طول دو ماه بعد از ترخیص در صورت نیاز،

طی دوره بستری آموزش‌ها به صورت عملی و شفاهی توسط پرستار رابط انجام شد. هنگام ترخیص، کتابچه‌ای که بر اساس گایدلاین‌های مراقبت پرستاری در بیمارستان دچار سکنه مغزی تهیه شده بود به بیمار و خانواده وی

چک لیست بروز عوارض یک بار دو هفته و یک بار دو ماه بعد از ترخیص تکمیل گردید. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این مطالعه از آزمون تی مستقل جهت مقایسه میانگین (سن و معیار سکنه مغزی) و مجذور کای جهت مقایسه متغیرهای کیفی استفاده شد. جهت مقایسه خطر زخم بستر و سقوط به دلیل عدم تبعیت از توزیع نرمال، از آزمون من ویتنی و همچنین جهت مقایسه فراوانی عوارض در دو گروه از مجذور کای استفاده گردید. سطح معنی داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

دو گروه مورد بررسی از نظر سنی تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P=0/319$). سایر شرایط پایه نیز از جمله توزیع بیماران از نظر جنسیت، معیار برادن، معیار مورس و NIHSS در دو گروه آزمون و کنترل یکسان بود (جدول شماره ۲).

بیمار در منزل توسط پرستار رابط ویزیت شده و مشکلات وی مورد بررسی قرار می‌گرفت و مداخلات لازم انجام می‌شد. در گروه کنترل، بیماران آموزش‌ها و مراقبت‌های رایج بخش را دریافت نمودند.

یک بار دو هفته و یک بار دو ماه بعد از ترخیص، همزمان با ویزیت بیمار توسط پزشک، بیماران از نظر فراوانی زخم بستر، بیوست و سقوط در دو گروه آزمون و کنترل بررسی شدند. در صورت بستری شدن یا مراجعه به پزشک قبل از دو هفته به هر دلیل، به پرستار رابط اطلاع داده می‌شد.

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش صورت گرفت. بخش اول خصوصیات جمعیت شناختی بیماران و بخش دوم چک لیست فراوانی عوارض بر اساس اهداف پژوهش بود.

در این مطالعه سقوط بر اساس گزارش بیمار و خانواده وی دو هفته و دو ماه بعد از ترخیص (هر نوع زمین خوردن بر اثر عدم تعادل و ضعف بدنی)، زخم بستر بر اساس تشخیص پرستار رابط با معاینه بیمار تعیین شد و بیوست توسط پرستار رابط با استفاده از معیار Rome3 تعیین شد.

جدول شماره ۲: مشخصات گروه کنترل و آزمون از نظر سن، جنس، ضعف بدنی، NIHS, Morse Scale, Braden Scale

P value	$X^2/t/U$	گروه آزمون تعداد=۴۵	گروه کنترل تعداد=۳۵	
				سن (سال):
		۱۸ (۵۱/۴)	۱۹ (۴۲/۲)	≤۶۵
۰/۳۱۹**	-۱/۰۰۳	۱۷ (۴۸/۶)	۲۶ (۵۷/۸)	>۶۵
		۴۵-۸۵	۴۹-۸۳	دامنه تغییرات
		۶۴/۸۹ ± ۱۰/۱۹	۶۶/۹۸ ± ۰۸/۶۴	انحراف معیار ± میانگین
۰/۸۲۴*	۰/۰۸۰	۱۹ (۵۴/۳)	۲۳ (۵۱/۱)	جنس:
		۱۶ (۴۵/۷)	۲۲ (۴۹/۸)	مرد
				زن
				NIHSS:
		۱۲ (۳۴/۳)	۱۴ (۳۱/۱)	۱۶-۱۸
		۱۴ (۴۰/۰)	۱۸ (۴۰/۰)	۱۹-۲۲
۰/۴۲۲**	-۰/۱۳۱	۹ (۲۵/۷)	۱۳ (۲۸/۹)	۲۳-۲۵
		۱۶-۲۵	۱۶-۲۵	دامنه تغییرات
		۱۶/۵۴ ± ۶/۶۲۱	۱۷/۸۲ ± ۷/۳۳۴	انحراف معیار ± میانگین
۰/۲۹۲***	۲/۴۱۰			خطر زخم بستر الف

		۱۱ (۳۱/۴)	۱۶ (۳۵/۶)	بالا
		۶ (۱۷/۶)	۱۳ (۲۸/۹)	متوسط
		۱۸ (۵۱/۴)	۱۶ (۳۵/۶)	پایین
۰/۹۱۱***	۰/۰۷۲			خطر سقوط ^ب
		۱۸ (۵۱/۴)	۲۳ (۵۱/۱)	بالا
		۱۰ (۲۷/۲۸)	۱۲ (۷/۶۲)	متوسط
		۷ (۲۰)	۱۰ (۲۲/۲)	پایین

*کای اسکوتر

**تی تست

***من ویتنی

براساس معیار برادن الف

براساس معیار مورس^ب

در مجموع تفاوت معنی داری در فراوانی یبوست ($P < 0/001$) وجود داشت (جدول شماره ۳).
فراوانی زخم بستر در دو گروه، دو هفته ($P = 0/861$) و دو ماه ($P = 0/37$) بعد از ترخیص و در مجموع ($P = 0/68$) تفاوت معنی داری نداشت (جدول شماره ۳).

متفاوت فراوانی سقوط در دو گروه دو هفته ($P = 0/60$) و دو ماه بعد از ترخیص ($P = 0/509$) معنی دار نبود، اما در مجموع تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده شد ($P = 0/41$) (جدول شماره ۳).
تفاوت دو گروه در فراوانی یبوست دو هفته ($P = 0/121$) و دو ماه ($P = 0/102$) بعد از ترخیص معنی دار نبود ولی

جدول شماره ۳: فراوانی عوارض حرکتی در بیماران گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله

*P value	X^2	گروه کنترل	گروه آزمون	
0/861	0/300	۳ (۶/۷)	۲ (۵/۷)	بعد از دو هفته
0/37	۴/۳۶۵	۸ (۱۸/۹)	۱ (۲/۹)	بعد از دو ماه
0/68	۳/۴۸۰	۱۱ (۲۵/۷)	۳ (۹/۷)	مجموع
0/60	۳/۵۲۷	۷ (۱۵/۶)	۱ (۲/۹)	بعد از دو هفته
0/509	0/۴۳۵	۶ (۱۳/۶)	۳ (۸/۸)	بعد از دو ماه
0/41	۳/۵۱۰	۱۳ (۲۹/۲)	۴ (۱۱/۷)	مجموع
0/121	۲/۴۰۸	۱۳ (۲۸/۹)	۵ (۱۴/۳)	بعد از دو هفته
0/102	۲/۶۷۰	۱۰ (۲۲/۷)	۳ (۸/۸)	بعد از دو ماه
0/001<	۴/۲۵۴	۲۳ (۵۱/۷)	۸ (۲۳/۱)	مجموع

*کای اسکوتر

به حداقل رساندن ابتلا به زخم بستر مبحث مهمی در مراقبت از بیماران با شرایط بحرانی است. در یک مطالعه کوهورت گذشته نگر نشان داده شد که بیماران دارای زخم بستر به طور معنی داری در معرض خطر بالای عوارض بعد از سکتة مغزی هستند^(۵). در مطالعه حاضر

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که عملکرد پرستار رابط منجر به کاهش فراوانی سقوط و یبوست در بیماران مبتلا به سکتة مغزی می شود ولی تأثیری بر فراوانی زخم بستر این بیماران نداشته است.

نشان داده شد که با مداخله پرستار رابط تفاوت معنی داری در فراوانی زخم بستر مشاهده نشد. فراوانی زخم بستر در گروه آزمون در مطالعه حاضر مشابه بود با نتایج حاصل از مطالعه Indervik و همکاران که در کشور نروژ در طی سه ماه پیگیری در بیمار با سکنه مغزی جهت بررسی عوارض بعد از سکنه انجام شده بود^(۳). مطالعه Lee و همکاران با عنوان مدیریت عوارض بعد از سکنه مغزی که در کشور کره انجام شده فراوانی زخم بستر در بیماران بین ۶ تا ۲۱ درصد گزارش کرده است^(۲۶). ممکن است حجم کم نمونه یکی از دلایل معنی دار نشدن بر روی فراوانی زخم بستر باشد. یکی از نقاط مثبت در این پژوهش، استفاده از معیار Braden جهت پیش بینی خطر زخم بستر و برنامه ریزی مراقبت‌ها بر اساس آن در گروه آزمون بود. در این معیار درک حسی، بی حرکتی، بی اختیاری و وضعیت تغذیه سنجیده می‌شوند. برای هر کدام از عوامل فوق، تمهیداتی جداگانه توسط پرستار رابط در نظر گرفته شده بود تا بتوان از به وجود آمدن مشکلات بعدی و مراجعه بیمار به علت زخم بسترهای با درجه بالا و عفونی کاست.

سقوط یکی از مشکلات در تمام مراحل سکنه مغزی است که می‌تواند عواقب شدید جسمی و روانی داشته باشد^(۲۷). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تحت تأثیر مراقبت پرستار رابط، فراوانی سقوط به صورت معنی داری کمتر از گروه کنترل بود. پرستار رابط با سنجش خطر سقوط در بیماران با سکنه مغزی بر اساس معیار Morse بیمار و خانواده وی را نسبت به موضوع حساس نموده و دلایل سقوط را برای آنان برشمرد. در گروه کنترل دو بیمار با وجود خطر سقوط پایین بر اساس معیار Morse، دچار سقوط شدند. به نظر می‌رسد که آموزش و آگاهی ناکافی بیماران و مراقبین در غیاب پرستار رابط در این مورد مؤثر بوده است. نتایج مطالعه حاضر از نظر بروز سقوط با کارآزمایی بالینی اجرای برنامه پیشگیری از سقوط با عوامل متعدد که در منزل بعد از فاز بازتوانی بیماران سکنه مغزی انجام شد، متفاوت بود^(۲۸).

بیوست یکی از عوارض نامطلوب بعد از سکنه مغزی است^(۲۹). فلج بدن و بی تحرکی، داشتن سوند بینی-معد، عدم دریافت روزانه فیبر کافی و ترس از مصرف مایعات به دلیل بی اختیاری ادرار در این گروه از بیماران از دلایل عمده ایجاد بیوست است^(۱۱). تمرکز بیمار و خانواده بر سایر جنبه‌های بیماری مثل بازتوانی و در اولویت قرار دادن سایر مشکلات از توجه به این جنبه مراقبتی در بیماران می‌کاهد. توجه به وضعیت دفعی در این بیماران در نظر آن‌ها کم‌رنگ‌تر است، در حالی که داشتن بیوست باعث عدم راحتی بیمار، بی اشتها، درد شکمی شده، و همه این موارد باعث کند شدن روند بازتوانی می‌شود^(۳۰). در مطالعه حاضر، فراوانی بیوست در بیماران گروه کنترل مشابه مطالعه Englar و همکاران بود و ولی در گروه آزمون فراوانی بیوست به میزان بسیار کمتری دیده شد. مطالعات عموماً بیان می‌کنند تحرک هرچه سریع‌تر بیمار بعد از سکنه مغزی حاد در کاهش میزان بروز بیوست مؤثر است^(۳۱).

بعضی مطالعات هم بر روی اثر مداخلات پرستاری جامعه محور بر روی سایر جنبه‌های زندگی بیماران سکنه مغزی انجام شده است. در یک کارآزمایی بالینی که در خصوص اثر خودکارآمدی بر بهبودی بعد از سکنه مغزی با مدیریت پرستار در سطح جامعه انجام شد، برنامه‌های مراقبتی شامل ویزیت چهار هفته بعد از سکنه مغزی در منزل توسط پرستار و پیگیری بیمار با تماس تلفنی با بیمار جهت بررسی روند بهبود خود مراقبتی بود. نتایج مورد انتظار در این کارآزمایی، اجرای رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دچار سکنه مغزی بود^(۳۲). در مطالعه دیگری در غنا، تأثیر مداخله تلفنی پرستار بعد از سکنه مغزی بر روی بهبود کنترل فشار خون و تداوم مصرف داروها یک ماه بعد از شروع علائم در بیماران سنجیده شد^(۳۳).

در مطالعه حاضر نمونه‌گیری در یک دوره کوتاه و فقط از دو بخش داخلی مغز و اعصاب و ICU مغز و اعصاب انجام شد. بنابراین به نظر می‌رسد اجرای طرح پرستار رابط

بهداشت و درمان از این نقش پرستاری به خوبی استفاده کرد.

تعارض منافع: هیچگونه تضاد منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تقدیر و تشکر

با تشکر از بیماران و خانواده‌های آنها که در انجام این پژوهش همکاری نمودند.

این پژوهش بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه دانشکده پرستاری دانشگاه شهید صدوقی یزد می‌باشد.

بر روی بیماران سکته مغزی جهت دستیابی به نتایج دقیق تر نیازمند زمان و حجم نمونه بیشتر باشد.

آموزش و مراقبت ویژه پرستار رابط و از همه مهم تر رها نشدن بیمار بعد از ترخیص و ادامه مراقبت و پایش بیمار در منزل از اقدامات مؤثر پرستار رابط است. نتایج این مطالعه نشان داد که عملکرد پرستار رابط در مراقبت از بیماران دچار سکته مغزی در کاهش فراوانی عوارض حرکتی بعد از سکته مثل یبوست و سقوط مؤثر است اما بر فراوانی زخم بستر اثری ندارد. پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری در زمینه استفاده از خدمات پرستار رابط و به ویژه در سایر بیماری‌های مزمن انجام شود، تا بتوان با نتایج قطعی و بیشتر در سطح کلان برنامه ریزی در سیستم

References

1. Edwardson M A, Dromerick A W, Kasner S K. Ischemic stroke prognosis in adults. [www.Up To date.com/content/ischemic-stroke-pronosis-in-adults](http://www.UpToDate.com/content/ischemic-stroke-pronosis-in-adults). 28 Dec., 2015
2. Fahimfar N, Khalili D, Mohebi R, Azizi F, Hadaeagh F. Risk factors for ischemic stroke; results from 9 years of follow-up in a population based cohort of Iran. *BMC neurology*. 2012;12(1):117. [Persian]
3. Indredavik B, Rohweder G, Naalsund E, Lydersen S. Medical complications in a comprehensive stroke unit and an early supported discharge service. *Stroke*. 2008;39(2):414-20.
4. Ingeman A, Andersen G, Hundborg HH, Svendsen ML, Johnsen SP. In-hospital medical complications, length of stay, and mortality among stroke unit patients. *Stroke*. 2011;42(11):3214-8.
5. Lee SY, Chou CL, Hsu SP, Shih CC, Yeh CC, Hung CJ, Chen TL, Liao CC. Outcomes after stroke in patients with previous pressure ulcer: a Nationwide matched retrospective cohort study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2016;25(1):220-7.
6. Nuru N, Zewdu F, Amsalu S, Mehretie Y. Knowledge and practice of nurses towards prevention of pressure ulcer and associated factors in Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC nursing*. 2015;14(1):34.
7. de M Engler TM, Dourado CC, Amâncio TG, Farage L, de Mello PA, Padula MP. Stroke: bowel dysfunction in patients admitted for rehabilitation. *The open nursing journal*. 2014;8:43.
8. Ashburn A, Hyndman D, Pickering R, Yardley L, Harris S. Predicting people with stroke at risk of falls. *Age and ageing*. 2008;37(3):270-6.
9. Armstrong M. Post discharge nursing care of stroke patients. *American nurse today*. February 2014; 9(2).
10. Rennke S, Ranji SR. Transitional care strategies from hospital to home: a review for the neurohospitalist. *The Neurohospitalist*. 2015;5(1):35-42.
11. Arts SE, Francke AL, Hutten JB. Liaison nursing for stroke patients: results of a Dutch evaluation study. *J Adv Nurs*. 2000;32(2):292-300.
12. Burton C, Gibbon B. Expanding the role of the stroke nurse: a pragmatic clinical trial. *J Adv Nurs*. 2005;52(6):640-50.
13. Nasrabad RR. Introducing a new nursing care model for patients with chronic conditions. *Electronic physician*. 2017;9(2):3794.
14. Ribas ED, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CP. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm*. 2018;71:546-53.

15. Tabanejad Z, Pazokian M, Ebadi A. The Effect of Liaison Nurse Service on Patient Outcomes after Discharging From ICU: a Randomized Controlled Trial. *J Caring Sci.* 2016;5(3):215.
16. Van Emden DM, Ros WJ, Berns MP. Transition of care: an evaluation of the role of the discharge liaison nurse in the Netherlands. *J Adv Nurs.* 1999;30(5):1186-94.
17. Alberto L, Zotárez H, Cañete AA, Niklas JE, Enriquez JM, Gerónimo MR, del Carmen Martínez M, Chaboyer W. A description of the ICU liaison nurse role in Argentina. *Intensive Crit Care Nurs.* 2014;30(1):31-7.
18. 19). Tabanejad Z, Pazokian M, Ebadi A. A systematic review of the liaison nurse role on patient's outcomes after intensive care unit discharge. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2014;2(4):202.
19. Basami K, Mahdavi Z, Nikravan Mofrad M, Kohestani H, Baghcheghi N. Effects of disinfecting meatus and urinary catheter with 10% Povidone Iodine ointment on incidence rate of bacteriuria in hospitalized male patients in neurologic wards. *Journal of Arak University of Medical Sciences.* 2008 10;11(2):10-8. [Persian]
20. Azadmanesh Y, Azimian J, Jahani HH, Shahrokhi A, Naemian S. Comparing the effect of washing meatus urinary region with chlorhexidine and poidon iodine solutions on the appearance of bacteriuria in patients with fixed urinary catheter suffering from brain stroke (CVA). *Modern Care Journal.* 2013;10(4):241-8. [Persian]
21. Kazemnejad-Leili E, Rezaei S, Hosseini-Nejad M, Bakhshayesh-Eghbali B, Saberi A, Keshavarz P. The Applicability, Concurrent Validity and Internal Consistency Reliability of the Persian Version of the National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS): Evidences for Gender Differences. *Caspian Journal of Neurological Sciences.* 2016;2(1):18-28. [Persian]
22. Soozani A, Khosravi A, Pourheydari M, Montazeri A. Using Braden and Waterlow scales to predict pressure ulcer: a comparative study. *Knowledge & Health.* 2011;5(4):43-8. [Persian]
23. Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Can J Aging.* 1989;8(4):366-77.
24. Shali M, Joolae S, Vaskooi KH, Bahrani N. Assessing the Patient Falls in Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Iran Journal of Nursing.* 2016;29(103):1-2. [Persian]
25. Kamali K, Glian Tehrani S, Banaei M, Jamshidi M, Mohseni S. A survey of prevalence of constipation and its associated factors in postmenopausal Women referred to health centers of Roudan-2015. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility.* 2017;20(7):25-35. [Persian]
26. Lee J. Management of acute stroke complication. *Journal of the Korean Medical Association.* 2009;52(4):365-74.
27. Shaikh M. Fear of falling in patients with chronic stroke: differences of functional gait and balance measures according to the level of concern about falling. *Journal of Rehabilitation Sciences & Research.* 2016;3(2):35-8. [Pdrisian]
28. Batchelor FA, Hill KD, Mackintosh SF, Said CM, Whitehead CH. Effects of a multifactorial falls prevention program for people with stroke returning home after rehabilitation: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2012;93(9):1648-55.
29. Teasell R, Foley N, Salter K, Bhogal S, Jutai J, Speechley M. Evidence-based review of stroke rehabilitation: executive summary. *Top Stroke Rehabil.* 2009;16(6):463-88.
30. Doshi VS, Say JH, Young SH, Doraisamy P. Complications in stroke patients: a study carried out at the Rehabilitation Medicine Service, Changi General Hospital. *Singapore Med J.* 2003;44(12):643-52.
31. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, Katz RC, Lambert K, Reker D. Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. *Stroke.* 2005;36(9):e100-43.
32. Lo SH, Chang AM, Chau JP. Study protocol: a randomised controlled trial of a nurse-led community-based self-management programme for improving recovery among community-residing stroke survivors. *BMC Health Ser Res.* 2016;16(1):387.
33. Sarfo FS, Treiber F, Jenkins C, Patel S, Gebregziabher M, Singh A, Sarfo-Kantanka O, Saulson R, Appiah L, Oporebea E, Ovbiagele B. Phone-based Intervention under Nurse Guidance after Stroke (PINGS): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2016;17(1):436.

