

إدراك الممرضين لدورهم في تدبير التركيز في وحدة العناية المركزة في مشفى تشرين الجامعي

سماهر عباس ليلي*

(الإيداع: 9 آذار 2021 ، القبول: 3 حزيران 2021)

الملخص:

التركيز هو إجراء منتظم و ديناميكي يهدف لتحقيق رعاية حرجة مثالية، تعتبر الممرضة مسؤولة عن تدبير و إعطاء المركبات، نظراً لأهمته في تخفيف الشدة و الهياج و تسهيل العلاجات مثل التهوية الآلية، و تقوم الممرضة بضبط التركيز بناءً على معلومات واسعة مبنية على التقييم الدقيق. ولهذا كان لابد من تقييم مدى إدراك الممرضات لدورهم في تدبير التركيز.

تهدف الدراسة إلى تقصي إدراك الممرضين لدورهم في تدبير التركيز في قسم العناية المركزة. تم إجراء دراسة وصفية مستعرضة باستخدام عينة ملائمة مؤلفة من 22 ممرض/ة من مستشفى تشرين الجامعي في محافظة اللاذقية. تم جمع البيانات خلال الفترة الممتدة من شهر آب إلى شهر تشرين الأول لعام 2020. تم استخدام أداة البحث المطورة من قبل (Walker and Gillen 2006) و قد تم ترجمتها و عرضها على لجنة من الخبراء لأختبار المصادقية و من ثم إجراء دراسة تجريبية على عينة من 3 ممرضات لإختبار عامل الثبات (ألفا كرومباخ). أظهرت النتائج أن الغالبية العظمى من العينة كانوا مدركين لدورهم في تدبير التركيز، و أن ثلاثة أرباع العينة غير موافقين على تقييم عدم حاجة المريض للتركيز بعد إيقافه بدون أمر طبي و كذلك سوف يتم البدء بإعادة تركيز المريض إذا تبين بالتقييم حاجته لها، و الأكثر أهمية للتركيز هو تقليل القلق حسب رأي عينة الدراسة . تعتبر هذه النتائج هامة لأنها توضح أن افراد العينة مدركين لدورهم في التركيز ولكن لم يتم اعتبار الأولويات بالنسبة لأهداف التركيز لذا توصي هذه الدراسة بإجراء دورات تدريبية و وضع لوحات إيضاحية حول التركيز و البروتوكول المتبع و الأهداف.

الكلمات المفتاحية: التركيز، العناية المركزة، الممرضون.

*مدرس في قسم تمريض العناية الحرجة. جامعة تشرين. كلية التمريض

Nurses' Perceptions of Their Role in the Management of Sedation in Intensive Care Unit at Tishreen University Hospital

Dr. Samaher Abbas Laila*

(Received: 9 March 2021 ,Accepted: 3 June 2021)

ABSTRACT:

Introduction: Sedation is a dynamic and systematic procedure intended to achieve the goals of optimum critical care management. Sedative drugs are often necessary to reduce stress and agitation, and to facilitate therapies such as mechanical ventilation.

Nurses adjust sedation according to a wide range of information, including subjective assessments of patient. So the nurses must know their role in sedation management.

Purpose: The aim of this study was to explore nurses' perceptions of their role in the management of sedation in the intensive care unit in tishreen university hospital.

Materials and methods: Descriptive cross-sectional study was performed using convenience sample of (n=22) nurses at tishreen university hospital in lattakia, Syria. Data were collected during the period of august to October 2020. A structured questionnaire used in the study was developed by Walker and Gillen (2006), this tool was translated to Arabic language and tested for reliability and validity, a pilot study was done on 3 nurses to test the cronbach alpha.

Results: The findings of the study showed that most of nurses aware of their roll in sedation management. Three quarter of sample indicated a disagreement as follow " I will turn off the patient's sedation if I assess that the patient no longer requires it (without an order from the doctor), I will restart sedation on a patient if I assess the patient requires it ".

Conclusion and Recommendation: The results showed that the most of sample aware of their role in sedation management So, This study recommended for conduct training courses in sedation protocol and focusing on goals priority and complications.

Key words: Sedation, Intensive care, nurses.

*Lecturer in Department of Critical Care and Emergency Nursing. Faculty of Nursing. Tishreen University

I-المقدمة Introduction:

يعتبر (Thelan 2006) أن واحدة من أهم التحديات التي تواجه ممرضات العناية الحرجة هي الحاجة لتقديم الرعاية التمريضية لمواجهة معاناة المريض من الألم أو الشدة النفسية. هنالك العديد من أسباب الهياج لدى مريض العناية الحرجة مثل الإجراءات المؤلمة، الإجراءات الغازية، الحرمان من النوم، الخوف، القلق و الشدة المترافقة مع المرض الحرج. لذا الحاجة للتسكين و التركيز هو لضمان أمان المريض و راحته و لكن لوحظ أن فرط التركيز قد يكون له أثر سلبي مثل إطالة مدة البقاء على التهوية الآلية و طول مدة الاستشفاء، لذا الهدف هو إيجاد التوازن بين تقديم الرعاية التمريضية و تجنب فرط التركيز.

يمكن تحقيق الراحة عبر التركيز حيث (Woodrow, & Roe 2000) أن أكثر من نصف مرضى العناية الحرجة يتذكرون معاناتهم من الألم و القلق و نقص الراحة، و من هنا تأتي أهمية التركيز إنسانياً و نظراً لكون تأثيرات الشدة تؤخر الشفاء فقد وجد اليوم أن التركيز ضروري فقط لمرضى التهوية الآلية عندما يعاني المرضى من تسرع التنفس الذي يؤدي إلى الإنهاك ، و حالة عدم الراحة من التهوية الآلية أو من التنبيب الرغامي أو من الإجراءات الأخرى قصيرة الأمد مثل قلب النظم.

أوصى (Thelan 2006) باستخدام أنظمة تسجيل بالنقاط (scoring systems) لتقييم و تسجيل مستويات التركيز و الهياج، هنالك أربعة أنظمة هي الأكثر استخداماً (Ramsey Scale Riker , Sedation–Agitation Scale , MAAS), and the Richmond Agitation–propofol (RAAS) Assessment Scale). حيث أن التقييم المستمر يساعد في معايرة تسريب المركبات مثل البروبوفول lorazepam أو معايرتهما معاً. لذا من الواجب على فريق العناية الحرجة تحديد مستوى التركيز المناسب لكل مريض بشكل فردي.

يعرف (و زملائه Morton 2004) التركيز بأنه حالة مقصودة من التهدئة و التنويم بواسطة الأدوية، تتراوح درجاته بين إزالة القلق و التخدير. و حدد له ثلاث مستويات هي التركيز الخفيف (Minimal sedation) وعند هذا المستوى يجب المريض بشكل طبيعي للتنبه الصوتي ولكن هناك إعاقة في الإدراك المعرفي. بالنسبة للمستوى الثاني هو التركيز المتوسط (Moderate sedation) و عند هذا المستوى يحدث انخفاض للوعي بفعل الدواء (drug–induced depression of consciousness) و خلاله يستجيب المريض للأوامر اللفظية بشكل غرضي قد يكون لوحده أو بالتزامن مع التنبه المسمي. و قد يترافق بتغير مزاج أو نعاس و أحيانا تسكين؛ و منعكسات الحماية للمريض تبقى موجودة. التركيز العميق (Deep sedation) عند هذا المستوى يحدث انخفاض للوعي بفعل الدواء (drug–induced depression of consciousness) و خلاله لا يستطيع المريض الاستيقاظ بسهولة ولكن الاستجابة المقصودة تكون بعد تكرار التنبه أو التنبه الألمي. حيث التهوية العفوية و قدرة المريض على حفظ الممر الهوائي قد تكون معاقة وقد يحتاج المريض للمساعدة في حفظ سلوكية الممر الهوائي.

حسب الجمعية الأمريكية لممرضات التخدير American Association of Nurse Anesthetists أن التركيز الواعي يكون آمن عندما يعطى بيد خبيرة مثل ممرض التخدير القانوني Certified Registered Nurse Anesthetists (CRNA's) و أن المهمة الملقاة على عاتق الممرض المسؤول عن مراقبة المريض الذي يتلقى التركيز الواعي يجب أن تكون وحيدة و يجب عليه البقاء إلى جوار المريض خلال الإجراء (Kress 2000 و زملائه، AANA 2005). حسب معايير الرعاية الموضوعية من قبل (The 2007 (CAMH) Joint Commission Hospital Anesthesia.) أن مزودي الرعاية المسموح لهم بإعطاء التركيز يجب أن يكونوا قادرين على إنعاش المريض عند أي مستوى من التركيز أو التخدير.

حدد (Barton و زملائه 2021) مسؤوليات الممرض أثناء التركيز الخفيف و المتوسط بأنه يجب أن يمتلك المعرفة و القدرة على إجراء التركيز بأمان و فعالية و كفاءة و ذلك أثناء إجراء المسح للمرضى و اختيار المريض المحتاج للتركيز و إعطاء الدواء بالطريق المحدد و تمييز المضاعفات المحتملة، بالإضافة إلى القدرة على التصرف في الحالات الطارئة و التوثيق . تعتبر الممرضة القانونية هي المسؤولة عن تدبير التركيز العميق لدى المريض المنقب و غير المنقب فهي مسؤولة عن تدبير الممر الهوائي بوجود خبير تخدير مدرب على تدبير الممر الهوائي و كذلك المراقبة المستمرة التي تعتبر من مسؤوليات الممرضة القانونية و كذلك الكشف المبكر عن التأثيرات الجانبية للتركيز العميق وهذا بحسب (2018 Tshibha). لذا يعطى التركيز مع وجود هدف محدد مسبقاً ، و حالياً قد تغيرت طريقة الممارسة المهنية للتركيز في وحدات العناية المركزة وهذا يتطلب إدراك الممرضة لدورها في تحقيق المستوى المطلوب من التركيز ومن هنا تأتي أهمية البحث لتقصي إدراك الممرضين لدورهم في تدبير التركيز.

أهمية الدراسة Significance of study:

نظراً لأهمية التركيز في تخفيف الهياج و الشدة لدى مرضى العناية المركزة و نظراً لقلة الأبحاث المجراة في سوريا في هذا السياق تبرز أهمية الدراسة.

2-هدف البحث Aim of study:

يهدف البحث لتقصي مدى إدراك ممرضى العناية المركزة في مشفى تشرين الجامعي لدورهم في تدبير التركيز

3-مواد وطرائق البحث Material and Methods

أولاً: المواد Material:

تصميم البحث Study Design: الدراسة وصفية كمية مستعرضة.

مكان الدراسة Study Setting: أجريت هذه الدراسة في قسم العناية المركزة العامة في مشفى تشرين الجامعي في مدينة اللاذقية.

عينة الدراسة Study Sample: أجريت الدراسة على عينة قوامها 22 ممرض/ممرضة عامل في قسم العناية المركزة في مشفى تشرين الجامعي الذين كانوا متواجدين خلال فترة جمع البيانات (عينة متاحة).

وقت الدراسة Study time: جمعت بيانات هذه الدراسة في الفترة الممتدة بين 8/1 إلى 10/1-2020 م

أدوات الدراسة Study Tools:

بعد مراجعة الأدبيات السابقة تم استخدام الأداة المطورة من قبل (Walker and Gillen 2006) و من ثم ترجمتها و عرضها على لجنة من الخبراء في كلية التمريض بجامعة تشرين و عددهم ثلاثة و من ثم إجراء التعديلات المناسبة، و قام الباحث بإجراء دراسة دليلية لتقصي وضوح الأداة و ثباتها و إجراء إختبار الثبات ألفا كرومباخ.

ثانياً: طرائق البحث

-تم الحصول على الموافقة الرسمية من جامعة تشرين وكلية التمريض و مشفى تشرين الجامعي لإجراء الدراسة.

-تم جمع البيانات باستخدام أدوات الدراسة من خلال توزيع الاستمارة على الممرضين المتواجدين في مختلف النوبات خلال فترة جمع البيانات.

- تم تفرغ البيانات التي تم جمعها من أفراد العينة وتحليلها إحصائياً باستخدام برنامج الإحصاء الحيوي (SPSS) و الوسائل الإحصائية المناسبة و استنباط النتائج.

4-النتائج Results:

تم تحليل البيانات باعتماد المقاييس الاحصائية الوصفية (التكرار و النسبة المئوية) .

الجدول رقم (1): توزيع العينة حسب بياناتهم الديموغرافية.

الجدول رقم (1): توزيع العينة حسب بياناتهم الديموغرافية.			
النسبة المئوية%	التكرار	الفئات	البيانات الديموغرافية
31.8	7	أقل من 30 سنة	العمر
50.0	11	30-39 سنة	
18.2	4	40-49 سنة	
90.9	20	انثى	الجنس
9.1	2	ذكر	
9.1	2	دوام كامل	ساعات العمل
18.2	4	دوام جزئي	
72.7	16	مناوبات	
13.6	3	أقل من سنة	الخبرة في التمريض
13.6	3	1-5 سنوات	
40.9	9	6-10 سنوات	
31.8	7	11 وأكثر	
27.3	6	أقل من سنة	الخبرة في الناية المركزة
22.7	5	1-5 سنوات	
27.3	6	6-10 سنوات	
22.7	5	11 وأكثر	
36.4	8	نعم	دورات تدريبية
63.6	14	لا	
72.7	16	مدرسة تمريض	المستوى التعليمي
27.3	6	شئ آخر	
100	22		الإجمالي

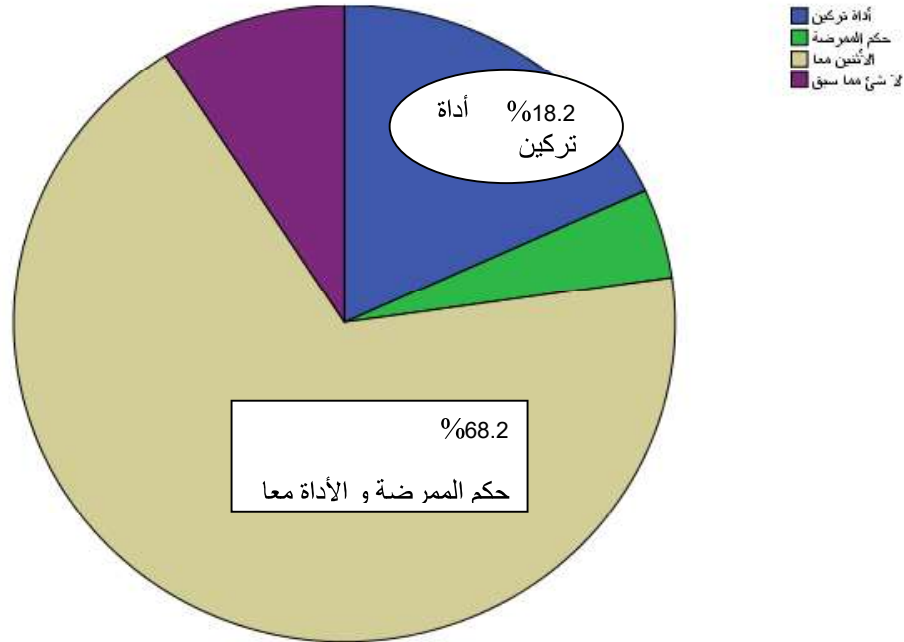
يبين الجدول (1) أن 50% من العينة كانوا بعمر 30-39 سنة و أن الغالبية العظمى كانوا إناث و كذلك 40.9% من العينة كان لديهم خبرة في التمريض من 6- 10 سنوات، و حوالي نصف العينة لديهم خبرة أكثر من 6 سنوات في العناية المركزة.

الجدول رقم (2): توزيع العينة حسب إدراك الممرضين حول دورهم تدير التركيب في العناية المركزة.					
غير موافق		لا أعلم		موافق	
النسبة المئوية %	التكرار	النسبة المئوية %	التكرار	النسبة المئوية %	التكرار
68.2	15	22.7	5	9.1	2
4.5	1	4.5	1	90.9	20
9.1	2	0	0	90.9	20
4.5	1	0	0	95.5	21
0	0	0	0	100	22
13.6	3	22.7	5	63.6	14
22.7	5	13.6	3	63.6	14

يبين الجدول رقم (2) أن الغالبية العظمى من العينة كانوا موافقين على أن الممرضة تسهم بوضع خطة الوصول للمستوى المطلوب من التركيب، و أن المستوى المطلوب من التركيب دائما يقيم بشكل فردي لدي كل مريض على حدا. و التواصل بين الطبيب/ة و الممرض/ة فيما يتعلق بالخطة اليومية و أهداف التركيب بشكل واضح و التواصل بين الممرض/ة و الممرض/ة فيما يتعلق بالخطة اليومية و أهداف التركيب دائما بشكل واضح.

جميع الممرضين موافقين على أن درجة التركين يجب أن يبلغ عنها من ممرض/ة لأخرى في التسليم بين المناوبات. في بعض الأحيان يكون مستوى التركين أقل مما يبدو سريريا (تحت تهدئة-under-sedated)، في بعض الأحيان يكون مستوى التركين أعلى مما يبدو سريريا (فرط تهدئة-over-sedated).

اعتقادك ماهي أفضل طريقة لتقييم مستوى التركين عند المرضى



الشكل رقم (1): توزيع العينة حسب رؤيتهم لطريقة التقييم المناسبة للتركين

يوضح الشكل رقم (1) أن حوالي ثلاثة أرباع العينة 68.2% يفضلون تقييم مستوى التركين بواسطة أداة التركين و حكم الممرضة معا.

الجدول رقم (3): مستوى الثقة التي تشعر بها حول تقييم احتياجات المرضى لزيادة أو انقاص التركين.											
مستوى الثقة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	المجموع
العدد	0	1	2	0	2	0	6	5	4	2	22
التكرار	0	4.5	9.1	0	9.1	0	27.3	22.7	18.2	9.1	%100

يبين الجدول رقم (3) مستوى الثقة التي يشعر بها الممرض حول تقييم احتياجات المرضى لزيادة أو إنقاص التركين. على مقياس من 1-4 بدون ثقة، و مستوى من 5 إلى 7 يوجد موثوقية و من 8 إلى 10 مستوى ثقة عالية. و يوضح الجدول أن مستوى الثقة عند الدرجة 7 بنسبة 27.3، و على المستوى 8 بنسبة 22.7.

الجدول رقم (4): إدراك الممرضين حول تدبير التركين .					
غير موافق		حيادي		موافق	
النسبة المئوية %	التكرار	النسبة المئوية %	التكرار	النسبة المئوية %	التكرار
81.8	18	9.1	2	9.1	2
68.2	15	13.6	3	18.2	4

يبين الجدول رقم (4): مستوى إدراك الممرضين حول تدبير التركين، و يوضح الجدول أن حوالي ثلاثة أرباع العينة غير موافقين أن إذا تم إيقاف التركين سوف أقيم عدم حاجة المريض لها بدون أمر طبي وكذلك سوف أبدأ إعادة تركين المريض إذا تبين بالتقييم حاجته لها .

الجدول رقم (5): كيفية تغيير التركين (sedation) للمساعدة في تدبير الحالات التالية:		
الانحراف المعياري	المتوسط	1. المراقبة المستمرة للمرضى غير ممكنة نظرا لأن نسبة ممرضة: مريض 2:1 غير ممكنة.
0.684	1.91	2. المريض تحت خطر نزعه الأنبوب الرغامى بشكل عفوي
0.722	2.05	3. المريض قلق أو غير مرتاح
0.722	1.95	4. المريض و المنفسة في حالة عدم تزامن
1.011	2.45	5. لا وقت للإطمئنان على المريض القلق أو المتهيج بسبب ضغط العمل
0.963	2.55	6. انجاز الإجراءات التمريضية بشكل متقن يقلل المضاعفات أثناء الإجراءات مثل تقليب المريض أو تغيير الضماد.
0.889	1.86	

يبين الجدول رقم (5) ترتيب متوسطات تغيير التركين لتدبير بعض الحالات: حيث أن التركين أكثر استخداما في حالة انجاز الإجراءات التمريضية و بشكل متقن وهذا يقلل المضاعفات أثناء الإجراءات $SD \pm M (0.889 \pm 1.86)$ ، و الأقل تكرارا بالاستخدام أنه لا وقت للإطمئنان على المريض القلق أو المتهيج بسبب ضغط العمل $SD \pm M (0.963 \pm 2.55)$.

الجدول رقم (6): أهداف محتملة للتهدئة في العناية الحرجة		
الانحراف المعياري	المتوسط	
1.008	7.41	النسيان
2.575	2.82	منع تداخلات العلاج
2.024	3.00	تعزيز الراحة و تدبير الألم
1.670	3.86	تحسين التزامن بين المريض و المنفسة
1.754	4.86	تقليل التركيز لتعجيل الفطام
2.462	5.59	تقليل الشدة عن الممرضين
1.299	2.55	تقليل القلق
1.959	4.86	تعزيز الراحة و النوم

يوضح الجدول رقم (6) ترتيب متوسطات الدالة على أهداف التركيز حيث أن الرقم (1) يعني الهدف الأكثر أهمية و الرقم (8) هو الهدف الأقل أهمية : حيث تبين من الجدول أن الهدف الأكثر أهمية هو تقليل القلق $M \pm SD$ (1.299 \pm 2.55)، بينما الهدف الأقل أهمية هو النسيان $M \pm SD$ (1.008 \pm 7.41) .

5- المناقشة Discussion:

أظهرت نتائج الدراسة أن نصف العينة لديهم خبرة أكثر من 6 سنوات في العناية المركزة و ثلاثة أرباع العينة كان مستواهم التعليمي " دبلوم التمريض " و النسبة الضئيلة من حملة الإجازة و لم يخضعوا لأي دورات تدريبية في التركيز. و أن الغالبية العظمى من العينة كانوا لديهم إدراك لدور الممرضة بوضع خطة الوصول للمستوى المطلوب من التركيز. و أن المستوى المطلوب من التركيز دائماً يقيم بشكل فردي لدى كل مريض على حدة. و التواصل بين الطبيب/ة و الممرض/ة و كذلك التواصل بين الممرض/ة و الممرض/ة فيما يتعلق بالخطة اليومية و أهداف التركيز دائماً بشكل واضح. جميع الممرضين موافقين على أن درجة التركيز يجب أن يبلغ عنها من ممرض/ة لأخرى في التسليم بين المناوبات. في بعض الأحيان يكون مستوى التركيز أقل مما يبدو سريريا (تحت تهديئة-under-sedated)، في بعض الأحيان يكون مستوى التركيز أعلى مما يبدو سريريا (فرط تهديئة-over-sedated). و هذا توافق مع نتائج الدراسة الذي أجراها (Tshibha, 2018 N.) و الذي وجد أن الغالبية العظمى من عينة دراسته مدركين لدور الممرضة في تدبير التركيز لمريض العناية المركزة. تبين الدراسة الحالية أن حوالي ثلاثة أرباع العينة كانوا يفضلون استخدام رأي الممرض/ة و أداة تقييم مستوى التركيز معا و هذا يتفق مع (Walker and Gillen, 2018 Tshibha N) في الدراستين اللتين أجريتا في مستشفيات جوهانسبرغ في جنوب أفريقيا.

كما أظهرت الدراسة أنه حوالي نصف العينة كانوا يشعرون بالثقة العالية حول تقييم احتياجات المرضى لجهة زيادة أو إنقاص التركيز حيث كان مستوى الثقة لدى هؤلاء أعلى من 8، و هذا يتوافق نسبياً مع (Tshibha N 2018 Walker and Gillen) الذي وجد أن حوالي 58% من عينة الدراسة كان مستوى الثقة لديهم أعلى من 8. وضحت الدراسة فيما يتعلق بمستوى إدراك الممرضين حول تدبير التركيز، أن حوالي ثلاثة أرباع العينة غير موافقين بأنه إذا تم إيقاف التركيز سوف يقيمون عدم حاجة المريض لها " بدون أمر طبي" و كذلك سوف يقومون بإعادة تركيز المريض إذا تبين بالتقييم حاجته لها و هذا يتعارض مع (Tshibha N 2018) و (Walker and Gillen 2006) و (Guttormson et al., 2010) و (Samuelson et.al, 2003) ربما هذا يعود إلى نقص الثقة لدى أفراد العينة بتقييمه

إلحاح المرضى لجهة زيادة أو انقاص التركيز. تظهر الدراسة الحالية أيضاً ترتيباً متوسطات تغيير التركيز لتدبير بعض الحالات: حيث أن التركيز أكثر استخداماً في حالة انجاز الإجراءات التمريضية وبشكل متقن وهذا يقلل المضاعفات أثناء الإجراءات، و الأقل تكراراً بالاستخدام أنه لا وقت للإطمئنان على المريض القلق أو المتهيح بسبب ضغط العمل، و هذا يتعارض مع (Walker and Gillen 2006 و Tshibha N 2018).

بينت الدراسة فيما يتعلق بترتيب المتوسطات الدالة على أهداف التركيز حيث أن الرقم (1) يعني الهدف الأكثر أهمية و الرقم (8) هو الهدف الأقل أهمية : حيث تبين أن الهدف الأكثر أهمية هو تقليل القلق، بينما الهدف الأقل أهمية هو النسيان. وهذا متفق مع Tshibha N 2018 الذي وجد أن الهدف الأكثر أهمية هو تقليل القلق، و لكن (Walker 2006 & Gillen) و وجد أن الهدف الأكثر استخداماً هو منع المريض من النزح العرضي للأنبوب الرغامي . و حسب دراسة (Guttormson et al. 2010) وجد ثلاثة أرباع العينة أن هدف التركيز الأول هو عندما يكون هنالك عدم تزامن بين المريض و المنفسة؛ و هذه التفاوتات في النتائج عن الأبحاث السابقة قد تعود لعدم إجراء دورات تدريبية حول التركيز.

6-الاستنتاجات و التوصيات Conclusions Recommendations:

الاستنتاجات:

- أن الغالبية العظمى من العينة كانوا لديهم إدراك لدور الممرضة بوضع خطة الوصول للمستوى المطلوب من التركيز. و أن المستوى المطلوب من التركيز دائماً يقيم بشكل فردي لدي كل مريض على حدا. و التواصل بين الطبيب/ة و الممرض/ة و كذلك التواصل بين الممرض/ة و الممرض/ة فيما يتعلق بالخطة اليومية و أهداف التركيز دائماً بشكل واضح.
- جميع الممرضين موافقين على أن درجة التركيز يجب أن يبلغ عنها من ممرض/ة لأخرى في التسليم بين المناوبات. في بعض الأحيان يكون مستوى التركيز أقل مما يبدو سريريا (تحت تهدئة- under-sedated)، في بعض الأحيان يكون مستوى التركيز أعلى مما يبدو سريريا (فرط تهدئة- over-sedated).
- حوالي ثلاثة أرباع العينة كانوا يفضلون استخدام رأي الممرض/ة و أداة تقييم مستوى التركيز معاً لتقييم مستوى التركيز.
- نصف العينة كانوا يشعرون بالثقة العالية حول تقييم احتياجات المرضى لجهة زيادة أو إنقاص التركيز.
- حوالي ثلاثة أرباع العينة غير موافقين أنه إذا تم إيقاف التركيز سوف يقيمون عدم حاجة المريض لها " بدون أمر طبي" و كذلك سوف يقومون بإعادة تركيز المريض إذا تبين بالتقييم حاجة المريض لها.
- أظهرت النتائج أن التركيز أكثر استخداماً في حالة انجاز الإجراءات التمريضية و بشكل متقن وهذا يقلل المضاعفات.
- بينت الدراسة أن الهدف الأكثر أهمية هو تقليل القلق بينما الهدف الأقل أهمية هو النسيان.

8-التوصيات

- إجراء دورات تدريبية حول بروتوكولات التركيز و تطبيقاتها و مضاعفاتها ليتثنى للمرضى اتخاذ قرار بشأن التركيز في غياب الأمر الطبي مع منح الصلاحية لذلك عند الضرورة.
- وضع نشرات توضيحية في وحدة العناية المركزة حول أهم الحالات السريرية التي يستهدفها التركيز حسب الأولوية.
- إجراء المزيد من الأبحاث حول التركيز نظراً لندرته محلياً مع توسيع العينة لتشمل كل العاملين الصحيين المعنيين بتركيز مريض العناية المركزة.

:Study limitations محددات الدراسة

من أهم محددات الدراسة حجم العينة الصغير نظراً لكون عدد ممرضات العناية المركزة محدود في مستشفى تشرين الجامعي، وكذلك استخدام العينة المتاحة يحد من تعميم النتائج.

7-المراجع :Refrences

- 1- AANA/ASA Joint Statement Regarding Propofol Administration. Available at www.aana.com. Sept. 12, 2005.
- 2- Barton L, & *et al.* (2021) **Congress on Nursing Practice**, management of patients receiving mild, moderate or deep sedation, retrived on (23-2-2021); available at: <https://www.massnurses.org/nursing-resources/position-statements/management-of-patients-receiving-mild-moderate-or-deep-sedation>
- 3- CAMH. 2007 Provision of Care, Treatment and Services, Standards for Additional Special Procedures pc 41-42.
- 4- Guttormson, J., Chlan, L., Weinert, C. & Savik, K. 2010. Factors influencing nurse sedation practices with mechanically ventilated patients: A U.S. national survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26: 44-50.
- 5- Kress JP. et al. 2000 Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med*;34:1471.
- 6- Morton P, Fontaine D., Hudak C., Gallo B. 2004. *Critical Care Nursing: A Holistic Approach*, Eighth Edition. Lippincott Williams & Wilkins: (176).
- 7- Samuelson, A., Larsson, S., Lundberg, D. & Fridlund, B. 2003. Intensive care sedation of mechanically ventilated patients: a national Swedish survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19: 350-362.
- 8- Tshibha, N. 2018. Nurses' perceptions of their role in the management of sedation in the intensive care units. Published thesis, University of the Witwatersrand, Johannesburg.
- 9- Thelan U. 2006. *Critical Care Nursing Diagnosis and Management*, 5th ed., Mosby,(217).
- 10- Walker, N. & Gillen, P. 2006. Investigating nurses' perceptions of their role in managing sedation in intensive care: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22: 338-345.
- 11- Woodrow P, & Roe J. (2000) *Intensive Care Nursing A framework for practice*. first edition. British Library: (50).