

روایی و پایایی مقیاس تعیین سطح آرام سازی رمزی در بیماران بزرگسال بستری در بخش های مراقبت ویژه

الهه متحدیان تبریزی^۱ MSc، سید داوود تدریسی^{*} MSc، آذر محمدیاری^۱ MSc، عباس عبادی^۱ PhD، صدیقه میرهاشمی^۲ MD

^{*}مرکز تحقیقات تروما و "دانشکده پرستاری"، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران

^۱دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران

^۲مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران

چکیده

اهداف: به منظور بررسی و تعیین سطح و مقدار آرام سازی، به مقیاسی استاندارد نیاز است. از آنجایی که در ایران تاکنون هیچ یک از مقیاس های آرام سازی بومی نشده یا در حد ترجمه هستند، هدف این مطالعه، تایید روایی و پایایی مقیاس تعیین سطح آرام سازی رمزی در بیماران بزرگسال بستری در بخش های مراقبت ویژه ایران بود.

روش ها: این تحقیق از نوع روش شناختی است. بعد از ترجمه نسخه انگلیسی مقیاس رمزی به زبان فارسی، ۱۲۰ بیمار بستری در بخش های مراقبت ویژه دو بیمارستان شهر تهران با روش نمونه گیری غیر تصادفی در دسترس مبتنی بر هدف انتخاب شدند. هشت ارزیاب (محقق اصلی، شش پرستار و متخصص بیهوشی) به طور مستقل بیماران را با استفاده از نسخه فارسی مقیاس رمزی مورد بررسی قرار دادند. بیماران در ابتدا توسط محقق اصلی ارزیابی شدند و سایر ارزیابان، با استفاده از مقیاس گلاسکوی اصلاح شده با پالما و کوک و گلاسکوی کوما نمره ای برای مقیاس آنالوگ بصری و نمره ای برای مقیاس رمزی ثبت کردند.

یافته ها: ضریب همبستگی بین طبقات در گروه آموزش دیده ۰/۸۴۳ و نمره ضریب کاپا که نشان دهنده توافق بین ارزیابان است ۰/۸۷۵ بود ($p < 0/001$). در نتیجه پایایی بین ارزیابان برای مقیاس رمزی در حد عالی بود. آزمون های روایی، ضریب همبستگی بالایی ($r = 0/978$) بین مقیاس رمزی با مقیاس آنالوگ بصری و گلاسکوی کوما ($r = 0/772$) نشان دادند ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: روایی و پایایی مقیاس رمزی برای ارزیابی آرام سازی در بیماران بزرگسال بستری در بخش های مراقبت ویژه در ایران مورد تایید است.

کلیدواژه ها: آرام سازی، پایایی، روایی، بخش مراقبت ویژه، بزرگسال، رمزی

Validity and reliability of Ramsy sedation scale in adult patients hospitalized in critical care units

Mottahedian Tabrizi E.¹ MSc, Tadrissi S. D.^{*} MSc, Mohammad Yari A.¹ MSc, Ebadi A.¹ PhD, Mirhashemi S.² MD

^{*}"Trauma Research Center" & "Faculty of nursing", Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

¹Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Trauma Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Aims: In order to review and determine the level and amount of relaxation, a standard scale is needed. According to that in Iran, there is so far no measures of relaxation made native or they are just translated, the aim of this study was to confirm the validity and reliability of Ramsy sedation scale in adult patients hospitalized in critical care units of Iran.

Methods: This study is methodological. After translating the English version of Ramsy scale to Persian, 120 patients hospitalized in critical care units of two hospitals of Tehran city were selected by non-probable accessible purposeful sampling method. Eight evaluators (Main researcher, six nurses and anesthesia resident) independently evaluated the patients by using Persian version of Ramsy scale. Patients evaluated at first by main researcher and then other investigators observed and independently recorded Glasgow modified by Palma & Cook and Glasgow Coma scores for visual analog scale and a score for Ramsy scale.

Results: Interclass correlation coefficient in trained group was 0.843 and the weighted kappa score for inter-rater agreement was 0.875 ($p < 0.001$). Validity tests showed a high correlation ($r = 0.978$) between Ramsy with visual analog scale and Glasgow Coma ($r = 0.772$; $p < 0.001$).

Conclusion: Validity and reliability of Ramsy scale are confirmed for assessing sedation in adult patients hospitalized in critical care units in Iran.

Keywords: Sedation, Reliability, Validity, Intensive Care Unit, Adult, Ramsy

مقدمه

در بخش‌های مراقبت ویژه از بیماران مبتلا به بیماری‌های حاد و مخاطره‌آمیز حیات، مراقبت به‌عمل می‌آید. بیشتر این بیماران از اختلال چندین اندام رنج می‌برند و برای تنفس نیاز به راه هوایی مصنوعی دارند؛ به‌ویژه، تعدادی از آنها باید به دستگاه تهویه مکانیکی متصل شوند. اقدامات درمانی برای بیماران بدحال و بحرانی مانند دستگاه تهویه مکانیکی و روش‌های تهجمی باعث ایجاد درد و استرس در آنها می‌شود که نیاز به استفاده از داروهای ضددرد و آرام‌بخش را ضرورت می‌بخشد [۱، ۲، ۳].

آزیتاسیون یا تحریک‌پذیری از مواردی است که در پاسخ به استرس به‌طور شایع در بخش‌های مراقبت ویژه رخ می‌دهد. کاراسکو و همکاران بیان می‌کنند که در کشور استرالیا ۷۰٪ بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه در طول مدت بستری حداقل یک‌بار به آرام‌سازی نیاز پیدا می‌کنند. همچنین گزارش شده است که در کشور سوئیس، ۷۱٪ بیماران بدحال و بحرانی بستری در بخش‌های مراقبت ویژه از اضطراب و گیجی و بی‌قراری رنج می‌برند [۴، ۵]. در همین رابطه، در کشور انگلستان ۷۶٪ بیمارانی که تحت تهویه مکانیکی هستند نیاز به آرام‌سازی دارند و این مقدار در کشور ایتالیا ۶۰٪ است [۶]. به‌همین دلیل به‌نظر می‌رسد که بررسی روزمره برای تعیین سطح و مقدار آرام‌سازی باید یکی از اقدامات اصلی مراقبت از بیماران بدحال و بحرانی باشد [۴]. آرام‌سازی فرآیند برقراری وضعیت آرامش برای بیمار و عبارت از کم‌کردن هوشیاری بیمار نسبت به محیط و کاهش پاسخ او نسبت به تحریکات محیطی است [۴، ۵] و با سه هدف مهم مدیریت موثر بر درد، اضطراب و استرس و خواب صورت می‌گیرد. علاوه‌بر اینکه بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه به‌طور دایم در معرض اقدامات مختلف درمانی هستند، محیط باعث بروز تجربیات نامطلوبی برای بیماران می‌شود که ممکن است دردناک، ناخوشایند و حتی ترسناک باشند. گاهی اوقات به‌دلیل شرایط استرس‌زا و فشارآور فوق، بیماران اقدام به خارج کردن لوله‌ها و جابه‌جایی سوندها و سایر وسایلی که حیات بیمار وابسته به آنهاست می‌کنند و سبب تهدید جان خود می‌شوند [۶].

استرس، پاسخ چندبعدی فیزیولوژیک و متابولیک به صدمات و مراقبت‌ها و درمان‌های ضروری است و تحت تاثیر محرک‌های موجود در بخش مراقبت ویژه (لامپ‌های روشن، صداهای بلند، الگوی خواب نامنظم، محیط ناشناخته و درک خطر واقعی یا احساس خطر) وخیم‌تر می‌شود. استرس باعث ایجاد اضطراب و تحریک‌پذیری بیمار می‌شود. در پاسخ به آن، بسیاری از واسطه‌های شیمیایی آزاد می‌شود و درد، اختلال در تنفس و افزایش ترشح هورمون‌های مختلف روی می‌دهد. سکتة قلبی و خونریزی، از پاسخ‌های تأخیری در واکنش به استرس محسوب می‌شوند؛ همچنین افزایش ضربان قلب، مصرف انرژی و دی‌اکسیدکربن خون همگی از عوارض ناخواسته ایجاد استرس در فرد بیمار هستند. لذا، به نظر می‌رسد که آرام‌سازی اجازه می‌دهد تا بیمار

محیط فیزیکی و اقدامات درمانی دردناک بخش مراقبت ویژه را تحمل کند [۶، ۷]. اگرچه تکنیک‌های غیردارویی مانند برقراری ارتباط، برآوردن نیازهای اساسی بیمار مانند آب، غذا، دفع، قرار دادن بیمار در وضعیت صحیح، کاهش صداهای ناخوشایند و تحریکات محیطی، بهبود وضعیت خواب، آگاه کردن دایم بیمار از زمان و مکان، اطمینان بخشی به وی و استفاده از تکنیک‌های آرام‌بخشی برای ایجاد آرام‌سازی ضروری هستند، ولی معمولاً نمی‌توانند هدف مهم و اصلی که راحتی بیمار در حد مطلوب است را فراهم نمایند؛ و در بیشتر مواقع، استفاده از داروهای آرام‌بخش ضروری به‌نظر می‌رسد [۶].

داروهای آرام‌بخش درجه معینی از کاهش اضطراب، خواب و فراموشی ایجاد می‌کنند. خواب، دوره‌ای طبیعی از حالت استراحت است که در ذهن و جسم اتفاق می‌افتد. معمولاً در این وضعیت چشم‌ها بسته هستند و هوشیاری به‌طور کامل یا نسبی کاهش می‌یابد. فراموشی نیز حالتی است که در حافله موقت فرد بیمار اتفاق می‌افتد و خاطرات نزدیک را به‌خاطر نمی‌آورد. ایجاد فراموشی در بخش‌های ویژه بسیار مطلوب است زیرا بیماران، ترس، اضطراب، ناراحتی و درد را در آنجا تجربه می‌کنند و فراموشی از ایجاد عوارض آنی و تأخیری در آنها و اختلالات روانی از جمله اختلال استرس پس از سانحه می‌کاهد [۶]. آرام‌سازی ممکن است به سه صورت "بیشتر از معمول"، "کمتر از معمول" یا "کنترل‌شده" اجرا شود. آرام‌سازی بیشتر از معمول سبب می‌شود که بیمار عوارضی مانند افزایش نیاز به تهویه مکانیکی، وقفه تنفسی و اقامت طولانی‌تر در بخش مراقبت ویژه را تجربه کند؛ آرام‌سازی کمتر از معمول موجب می‌شود که بیمار محرومیت از خواب، درد، اضطراب و اختلال استرس پس از حادثه را تجربه نماید و حتی باعث آسیب به خود یا دیگران شود [۷]. کنترل دقیق آرام‌سازی منجر به کاهش مصرف اکسیژن، هماهنگی با دستگاه تهویه مکانیکی، کاهش نیاز به عوامل ممانعت‌کننده عصبی و عضلانی، حفظ الگوی خواب به‌صورت طبیعی و کاهش درد و اضطراب می‌شود [۶]. لذا، نگهداری سطح کافی آرام‌سازی و بی‌دردی اساس درمان در بخش مراقبت ویژه است و سطح مطلوب آرام‌سازی، امری لازم و حیاتی برای بیماران محسوب می‌شود. این نیاز در بیماران مختلف و در هر بیمار براساس گذشت زمان متفاوت است؛ در یک طرف طیف، سطح عمیق آرام‌سازی و در طرف دیگر آن بیمار هوشیار و بیدار که از دستگاه مکانیکی جدا شده قرار دارد. از این رو تعیین میزان آرام‌سازی باید قسمت مهمی از بررسی بیمار در بخش مراقبت ویژه باشد. در ضمن، این ارزیابی زمانی که برقراری ارتباط به‌دلیل داشتن لوله تراشه و حالت وخیم ممکن نباشد پیچیده‌تر می‌شود.

به‌منظور ایجاد آرام‌سازی، استفاده از داروهای آرام‌بخش بسیار شایع و مرسوم است، اما اگر این داروها بدون روش کنترلی مشخصی تجویز شوند می‌توانند منجر به اختلال در آرام‌سازی شده و همان‌طور که قبلاً اشاره شد، میزان مرگ‌ومیر را افزایش دهند [۸]. نکته قابل توجه آن است که براساس مشاهدات افراد مختلف، ممکن است نیاز به داروهای

به طور مداوم در بالین بیمار حضور داشته و درمان با آرام بخش ها را در دو بخش بررسی بیمار و تزریق دارو به انجام می رسانند [۷]. بنابراین، با استفاده از ابزارهای استاندارد و هدفمند، ارتباطی واضح و شفاف بین پزشک و پرستار به وجود می آید که این ارتباط حرفه ای، سبب درک روشن طرفین و اطمینان از درک صحیح نیاز بیمار برای آرام سازی و تجویز داروی مناسب آرام بخش می شود [۷]. بنابراین، هدف این مطالعه ارایه مقیاسی برای یکسان سازی و به هم نزدیک شدن تشخیص سطح آرام سازی بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه با ترجمه و بررسی پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس آرام سازی رمزی بود.

روش ها

پژوهش حاضر مطالعه ای روش شناختی است. جامعه پژوهش بیماران بزرگسال زن و مرد بستری در بخش های مراقبت ویژه (جراحی مغز و اعصاب، جراحی عمومی، داخلی اعصاب و تنفس) یکی از بیمارستان های شهر تهران طی دوره زمانی ۶ ماه از خرداد تا دی ۱۳۸۸ است. برای انجام مطالعه ۱۲۰ بیمار به روش غیر مهارتی در دسترس مبتنی بر هدف انتخاب شدند.

مرحله اول: ابتدا پس از کسب مجوز از آقای میسائیل رمزی، مقیاس از زبان اصلی به زبان هدف (فارسی) برگردانده شد. سپس ترجمه ها با استفاده از ابزار اندیکس محتوا سنجی شد و پس از کسب ۷۵٪ امتیاز، مجدداً مقیاس از زبان هدف به زبان اصلی برگردانده شد و مجدداً نظر آقای رمزی گرفته شد.

مرحله دوم: مقیاس حاضر برای ارزیابی مجدد از ۸ نفر متخصص (پرستار و پزشک) در مورد ترجمه نظرخواهی شد.

مرحله سوم: به مدت ۱ ماه به پرستاران جامعه پژوهش آموزش داده شد و بعد از اطمینان از آموزش، به روی ۱۲۰ بیمار ارزیابی انجام شد.

مرحله چهارم: جهت اطمینان از سهولت در محیطی خارج از محیط پژوهش، بر روی ۳۵ بیمار با پرستاران غیر محیط آموزشی مجدداً ارزیابی و نتایج آنها با هم مقایسه شد.

تمامی بیماران بین ساعت ۷ صبح تا ۷ بعدازظهر تحت بررسی قرار گرفتند. ابتدا بیمار توسط محقق اصلی ارزیابی و به طور همزمان توسط ارزیابان مشاهده شد. ایشان به طور مستقل، بدون اطلاع از نمره یکدیگر و براساس ارزیابی محقق اصلی، نمره ای برای بیمار در مقیاس رمزی و گلاسکوی کوما ثبت کردند [۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴]. هنگام بررسی

آرام بخش و ضددرد متفاوت باشد؛ لذا، باید بتوان توازن منطقی بین نیاز بیمار به داروهای آرام بخش و دریافت آنها برقرار کرد [۹، ۱۰]. با وجود استفاده شایع از آرام سازی در بخش های مراقبت ویژه، دو سؤال اساسی و مهم مطرح است؛ چگونه مطمئن شویم که مقدار آرام سازی ایجاد شده برای بیمار کافی و در حد مطلوب است؟ و چگونه بتوانیم به شکل ساده ای استفاده از داروی آرام ساز را تنظیم کرده و به توافق کلی درباره نحوه ارزیابی، اثرگذاری و کنترل آرام سازی برسیم [۶، ۷]؟

امروزه با وجود انجام مداخلات بسیار، احساس وجود مشکل "قرار نگرفتن بیمار در سطح آرام سازی مطلوب" یکی از چالش های مراقبت از بیماران بدحال و بحرانی محسوب می شود [۷]. به دنبال شناسایی عوارض داروهای آرام بخش، تلاش هایی به منظور کاهش این عوارض در بخش مراقبت ویژه شروع شده، اما مشکل عمده ای که هنوز در سطح بین المللی وجود دارد، اختلافات اساسی در مورد نحوه استفاده از داروهای آرام بخش، کنترل درد و ابزارهای بررسی و ارزیابی سطوح آرام سازی است. وسعت این اختلاف نظرها نشان از سختی اداره آرام سازی دارد و نکته مهم تر این که، تاکنون استاندارد طلایی برای ارزیابی آرام سازی پیشنهاد نشده است [۷]. بدون وجود ابزارهای خاص، بررسی و ارزیابی تعیین کفایت آرام سازی می تواند مشکل زا باشد، زیرا بسیاری از مفاهیم مربوط به آن مثل درد، آرامش، اضطراب، برانگیختگی و تحریک پذیری به طور عمده ای ماهیت ذهنی دارند [۷]. تنظیم مناسب داروهای آرام بخش، یکی از چالش های عمده پرستاران در بالین است؛ به همین دلیل، وجود ابزارهای بررسی آرام سازی برای پرستاران امری لازم و ضروری است تا به طور مداوم از تغییرات سطح آرام سازی در بالین بیمار آگاه شوند. این پایش مداوم بدون چارچوب ارزیابی مشکل و پیچیده است، چراکه هیچ هماهنگی بین پرستاران یا سایر افراد کادر درمانی به وجود نمی آید [۴، ۷]. در سطح بین المللی، هنوز هم بسیاری از بخش های مراقبت ویژه به صورت غیر حرفه ای و بدون استفاده از ابزار و چارچوب مشخص داروهای آرام بخش را تجویز می کنند. براساس نتایج مطالعه بوتا و همکاران در استرالیا، ۴۳٪ بخش های مراقبت ویژه از این ابزارها استفاده می کنند و تنها در ۲۳٪ این بخش ها، راه ها و دستورالعمل درمانی برای تجویز آرام بخش مورد استفاده قرار می گیرد و ۱۲٪ بخش ها به عوارض این داروها توجه ویژه می نمایند [۹].

پرستاران نقش مهم و اساسی در درمان با آرام بخش ها دارند، زیرا

جدول ۱) نسخه انگلیسی اصلی مقیاس و نسخه نهایی ترجمه شده مقیاس رمزی به زبان فارسی با استفاده از روش ارزیابی کیفیت زندگی بین المللی

امتیاز	شاخص	Characteristic	score
۱	بیمار بیدار، مضطرب، تحریک پذیر یا بی قرار	Patient awake, anxious, agitated or restless	1
۲	بیمار بیدار، هوشیار، اطاعت پذیر و ساکت	Patient awake, cooperative, orientated and ranquil	2
۳	بیمار خواب آلود با اطاعت پذیری از دستورات	Patient drowsy with response to commands	3
۴	بیمار خواب آلود، پاسخ سریع به تحریکات شنوایی	Patient asleep, sluggish response to stimulus	4
۵	بیمار خواب آلود، پاسخ کند به تحریکات شنوایی	Patient asleep, sluggish response to stimulus	5
۶	بدون پاسخ به تحریکات ناخنی خفیف یا دیگر محرک های دردآور	No response to firm nail-bed pressure or other noxious stimuli	6

مشاهده بیمار به مدت ۳۰ ثانیه به منظور تعیین سطح هوشیاری و تعیین باز و بسته بودن چشم‌ها انجام گرفت. اگر بیمار بیدار نبود، محقق اصلی او را با صدای بلند و با نام اصلی صدا می‌زد تا چشم‌هایش را باز و به وی نگاه کند و اگر چشم‌هایش را باز نمی‌کرد این کار سه بار تکرار می‌شد. اگر هیچ عکس‌العملی از بیمار مشاهده نمی‌شد، محقق اصلی به صورت فیزیکی بیمار را تحریک می‌کرد و در حالی که نام او را صدا می‌کرد به آرامی شانه او را تکان می‌داد و اگر حتی با تکان دادن نیز حرکتی مشاهده نمی‌شد، استرنوم بیمار را مالش می‌داد. براساس شاخص‌های جدول ۱ نمره‌ای بین ۱ تا ۶ (۱=بیدار؛ ۲=بیدار؛ ۳ تا ۴=خواب نیمه عمیق؛ ۵=خواب عمیق؛ ۶=بدون پاسخ) به بیمار داده شد. هنگام بررسی بیمار، اطلاعات جمعیت‌شناختی و استفاده یا عدم استفاده از دستگاه تهویه مکانیکی و داروهای آرام‌بخش و ضددرد و روش تجویز آنها بررسی و توسط محقق اصلی ثبت شد. همچنین محقق اصلی نمره مقیاس آپاچی II در ۲۴ ساعت اولیه پذیرش در بخش مراقبت ویژه را از پرونده و برگه ثبت علائم حیاتی و آزمایشات و گزارش‌های پرستاری محاسبه و ثبت می‌نمود. در همین هنگام، محقق اصلی نمره خود براساس مقیاس رمزی را روی مقیاس آنالوگ بصری ثبت می‌کرد و همزمان براساس مقیاس گلاسکوی کوما، مقیاس ریچموند و مقیاس گلاسکوی اصلاح شده با پالما و کوک اقدام به نمره‌دهی بیمار می‌نمود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای آماری SPSS 18 و Med Calc 9.2.2 استفاده شد. اطلاعات مقیاس رمزی با میانگین، انحراف معیار، میانه و صدک چهارم (چارک) نشان داده شد. اگرچه مقیاس رمزی متغیری رتبه‌ای است، ولی می‌تواند به عنوان متغیر پیوسته کمی نیز به کار رود. لذا، آزمون ضریب همبستگی درون گروهی در اندازه‌گیری میزان اتفاق نظر مقیاس رمزی در بین ارزیابان مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۲ میزان توافق بین ارزیابان آموزش دیده و محقق اصلی براساس نمرات مقیاس رمزی بیماران برحسب نمره کاپا و ضریب همسانی درونی (ICC)

ارزیابان	(کاپا)	میزان توافق	ضریب همسانی درونی (ICC)
بیهوشی و محقق	۰/۹۲۷	عالی	۰/۹۸۳
پرستار اول و محقق	۰/۹۳۱	عالی	۰/۹۸۸
پرستار دوم و محقق	۰/۹۳۰	عالی	۰/۹۸۸
پرستار سوم و محقق	۰/۹۲۶	عالی	۰/۹۸۷
پرستار چهارم و محقق	۰/۸۹۲	عالی	۰/۹۸۱
پرستار پنجم و محقق	۰/۸۷۵	عالی	۰/۸۴۳
پرستار ششم و محقق	۰/۸۹۷	عالی	۰/۹۸۲

در همه موارد $P < 0.001$

همچنین از آزمون کاپا که برای متغیر کیفی رتبه‌ای به کار برده می‌شود نیز برای بررسی پایایی بین ارزیابان رمزی استفاده شد (کاپای بیشتر از ۰/۸=توافق کامل یا عالی؛ کاپای ۰/۸-۰/۶=توافق قابل توجه؛ کاپای

۰/۶-۰/۴=توافق متوسط؛ کاپای کمتر از ۰/۴=توافق ضعیف).

ارتباط بین مقیاس رمزی با معیارهای همسان بصری و مقیاس گلاسکوی کوما با آزمون آماری اسپیرمن سنجیده شد. چون شاخص‌های زیرگروه آنها غیرپارامتریک بود، از آزمون آماری ویلکاکسون استفاده شد. از آزمون آماری نیکویی برازش (K-S) به منظور انطباق متغیرهای مورد مطالعه با توزیع نظری نرمال استفاده شد که جامعه مورد مطالعه دارای توزیع نرمال نبود.

جدول ۳ میزان توافق بین ارزیابان آموزش ندیده و محقق اصلی براساس مقیاس رمزی بیماران برحسب نمره کاپا و ضریب همسانی درونی (ICC)

ارزیابان	(کاپا)	میزان توافق	ضریب همسانی درونی (ICC)
بیهوشی و محقق	۱	عالی	۱
پرستار اول و محقق	۰/۹۵۲	عالی	۰/۹۹۲
پرستار دوم و محقق	۰/۹۷۶	عالی	۰/۹۹۶
پرستار سوم و محقق	۰/۹۶۹	عالی	۰/۹۹۶
پرستار چهارم و محقق	۰/۹۰۷	عالی	۰/۹۸۷
پرستار پنجم و محقق	۰/۸۷۸	عالی	۰/۹۸۳
پرستار ششم و محقق	۰/۹۰۵	عالی	۰/۹۸۲

در همه موارد $P < 0.001$

نتایج

کیفیت ترجمه براساس چهار مفهوم جزئی تر (وضوح و شفافیت، زبان مشترک، یکسانی مفهومی و کیفیت کلی) در حد مطلوب بود و ۸۲/۵٪ از متخصصان، اعتبار صوری آن را تایید کردند. بیمارانی در محدوده سنی ۸۰-۱۵ سال قرار داشته و متشکل از ۹۰ مرد و ۶۵ زن بودند. میانگین ضریب همسانی درونی (ICC) بین هر کدام از ارزیابان آموزش دیده و محقق اصلی ۰/۹۶۲ و بین هر کدام از ارزیابان آموزش ندیده و محقق اصلی ۰/۹۹۸ بود. ضریب کاپا بین هر کدام از ارزیابان آموزش دیده و محقق اصلی ۰/۹۰۱ و بین هر کدام از ارزیابان آموزش ندیده و محقق اصلی ۰/۸۹۹ بود (جداول ۲ و ۳). ضریب همبستگی اسپیرمن، همبستگی آماری مستقیم و معنی‌داری بین مقیاس رمزی و مقیاس آنالوگ بصری نشان داد. همبستگی (r) در گروه ارزیابان آموزش دیده ۰/۹۷۸ و در گروه ارزیابان آموزش ندیده ۰/۸۰۵ بود ($P < 0.001$ ؛ جداول ۴ و ۵). همچنین، ارتباط خطی معکوس و معنی‌داری بین مقیاس رمزی و مقیاس گلاسکو نشان داد. همبستگی در گروه ارزیابان آموزش دیده ۰/۷۷۲- و در گروه ارزیابان آموزش ندیده ۰/۸۶۱- بود ($P < 0.001$ ؛ جداول ۶ و ۷).

بحث

هدف از ترجمه، از بین بردن مشکلاتی است که مانع انتقال مطلوب

به سلامتی در نظر بگیرند، به‌ویژه زمانی که حذف این افراد ممکن است منجر به انحراف سیستماتیک در مطالعات مربوط به استفاده از خدمات درمانی یا کیفیت زندگی شود [۱۵].

محتوای اطلاعاتی، عاطفی و سبک شناختی پیام اصلی هستند. اکثر پرسش‌نامه‌ها در کشورهای انگلیسی‌زبان ابداع شده‌اند، ولی حتی در داخل این کشورها محققان باید جمعیت مهاجر را نیز در مطالعات مربوط

جدول ۴) همبستگی خطی بین نمره مقیاس رمزی بیماران

در گروه ارزیابان آموزش‌دیده

همبستگی خطی ← مقیاس ↓	پرستار ۱	پرستار ۲	پرستار ۳	پرستار ۴	پرستار ۵	پرستار ۶	اصلی	محقق	بیمه‌شنی	پزشک
پرستار ۱	-	۰/۹۸۳	۰/۹۵۹	۰/۹۵۹	۰/۹۴۶	۰/۹۵۲	۰/۹۶۶	۰/۹۴۳		
پرستار ۲		-	۰/۹۶۶	۰/۹۵۳	۰/۹۳۵	۰/۹۴۴	۰/۹۶۶	۰/۹۵۱		
پرستار ۳			-	۰/۹۶۱	۰/۹۳۴	۰/۹۴۵	۰/۹۵۹	۰/۹۴۶		
پرستار ۴				-	۰/۹۵۱	۰/۹۶۶	۰/۹۴۰	۰/۹۴۷		
پرستار ۵					-	۰/۹۷۲	۰/۹۴۰	۰/۹۴۰		
پرستار ۶						-	۰/۹۵۱	۰/۹۵۴		
محقق اصلی								-	۰/۹۵۴	
پزشک بیمه‌شنی										-

جدول (۷) روایی و پایایی نمره مقیاس رمزی بیماران در گروه ارزیابان آموزش ندیده

آماره ← گروه ↓	$\frac{r}{n}$	GCSP.C					اعتبار درون گروهی		همبستگی
		M±SD	میان	چارک	مقدار ICC	کاپا	RASvs VAS*	مقدار r	
کل جامعه	۳۵	۲/۸۴ ± ۱/۳۷	۲/۲۹	۱	۰/۹۹۸	۰/۸۹۹	۰/۸۰۵	۰/۹۹۶	
سن	۴۰ >	۲/۲۰ ± ۰/۳۲	۲	۱	۰/۹۲۶	۰/۸۸۳	۰/۹۸۲	۰/۷۹۱	
(کروسکال والیس) p=۰/۴۲۹	۴۰-۶۰	۲/۸۴ ± ۱/۳۰	۲	۲	۰/۹۹۹	۰/۸۹۲	۱/۰۰۰	۰/۹۹۲	
جنس (من ویتنی) p=۰/۹۶۶	۶۰-۸۰	۲/۹۹ ± ۱/۳۹	۲/۴۴	۱	۰/۹۹۸	۰/۸۵۱	۰/۹۱۸	۰/۹۵۸	
زن	۲۰	۱/۲۹ ± ۲/۷۸	۲/۱۳	۱	۰/۹۹۶	۰/۹۲۳	۰/۸۲۶	۰/۹۳۸	
مرد	۱۵	۲/۹۳ ± ۱/۲۹	۲/۲۵	۱	۰/۹۹۸	۱	۰/۷۸۱	۰/۹۷۰	
آپچی II (کروسکال - والیس) p<۰/۰۰۰۱	<۱۰	۵/۵۰ ± ۰/۵۰	۵/۵۰	۰	۵/۵۰	۱	۱	۱	
۱۰-۱۵	۵	۱/۷۳ ± ۳	۲	۳	۰/۹۹۷	۱	۰/۹۹۷	۱	
۱۵ >	۲۸	۲/۶۵ ± ۱/۰۱	۲/۱۳	۱	۰/۹۹۵	۰/۹۹۷	۰/۷۱۰	۰/۹۳۱	
سرویس جراحی	۸	۱/۰۶ ± ۲/۵۰	۲	۱	۰/۹۹۸	۰/۸۲۶	۰/۸۵۵	۱	
(من ویتنی) p=۰/۱۲۰	دارد	۱/۲۵ ± ۳	۳	۱	۰/۹۵۶	۰/۸۰۰	۰/۸۷۵	۰/۹۵۰	
تهویه مصنوعی	۳۰	۲/۵۲ ± ۰/۹۰۶	۲	۱	۰/۹۹۴	۰/۸۶۵	۰/۷۳۲	۰/۹۱۸	
(من ویتنی) p<۰/۰۰۰۱	دارد	۴/۹۵ ± ۱/۲۳	۵	۲	۰/۹۹۷	۰/۸۳۹	۱	۰/۹۷۳	
آرام سازی	۱۸	۲/۶۲ ± ۱/۳۴	۲	۰	۱	۰/۸۸۰	۰/۷۱۶	۰/۸۹۱	
(من ویتنی) p<۰/۰۰۰۱	دارد	۳/۰۷ ± ۱/۲۰	۲/۸۸	۱	۰/۹۲۴	۰/۸۳۴	۰/۸۲۲	۰/۹۳۳	
ضد درد	۲۵	۲/۸۳ ± ۱/۲۶	۲/۲۵	۱	۰/۹۹۷	۰/۸۸۸	۰/۸۷۷	۰/۹۹۶	
(من ویتنی) p<۰/۰۰۰۱	دارد	۳ ± ۱/۷۳	۲	۰	۱	۱	۰/۸۸۶	۱	

*رابطه بین رمزی با معیارهای همسان بصری و آزمون آماری اسپیرمن (ضریب همبستگی رتبه‌ای): در تمام حالات $p<۰/۰۰۱$

- 3- Zakeri M, Mansoreh A. Special care sectors ICU, CCU and dialysis. Tehran: Andishehraf Publication; 2008. [Persian]
- 4- Carrasc G, Carbrel I. Sedation in intensive medicine. Intensive Care Med. 1999;19:59-63.
- 5- Katherine M, Brand L, Pharm D, Kay A, Pharm D, Leslie A. Confirming the reliability of the sedation-agitation scale administered by ICU nurses without experience in its use. New Mexico: UNM; 2001.
- 6- Soliman H, Melit C, Vincent J. Sedation and analgesia practice in the intensive care unit: The result of European survey. BRJ Anaesth. 2001;87:186-92.
- 7- Lewis M. Reliability study of the sedation agitation scale in an intensive unit [dissertation]. Wellington: Victoria University; 2004.
- 8- Crippen DW. The role of sedation in the ICU with pain and agitation. Crit Care Clin. 2003;6:369-93.
- 9- Botha JA, Leblance V. The state of sedation in the nation: Result of an Australian survey. New Zealand: Perth Western; 2007.
- 10- Yaghmaei F. Behavior measured in a valid and reliable research tools. Tehran: Saba Publication; 2008. [Persian]
- 11- Egerod I. Uncertain term of sedation in ICU: How nurses and physicians manage and describe sedation for mechanically ventilation patient. J Clin Nurs. 2002;11:831-41.
- 12- Ramsay ME, Savage TM, Simpson BRJ, Goodwin R. Controlled sedation with Alphaxolon and Alphadolone. Biom J. 2001;2:656-9.
- 13- Jonghe B, Cook D, Appere-Vecchi C. Using and understanding sedation scoring systems: A systematic review. Intensive Care Med. 2000;26:275-85.
- 14- Sessler CN, Grap MJ, Brophy GM. Multidisciplinary management of sedation and analgesia in critical care. Semin Respir Crit Care Med. 2001;22:211-25.
- 15- Karma D, Rawat AK. Effect of stimulation in the coma in Indian ICU patient. 2000;3:846-60.

آسانی و وضوح استفاده از مقیاس رمزی مورد تاکید است. ارزیابی با این مقیاس در مدت کوتاه (حداکثر ۲ دقیقه) با استفاده از تکنیک‌های ساده ارزیابی شامل مشاهده، تحریکات شنوایی، تحریکات فیزیکی بیمار در توالی منطقی قابل اجرا است. این مقیاس در کتب پزشکی بیشتر از سایر مقیاس‌ها برای ارزیابی سطح آرام‌سازی به کار برده شده است. این مقیاس بعد از ترجمه به زبان فارسی نیز دارای اعتبار صوری است. ضریب همبستگی بین طبقات نشان داد که پایایی بین ارزیابان عالی است. نتایج این مطالعه با تحقیق دیجانگ [۱۲] و سیسلر [۱۳] ($r=۰/۷۸$)، همچنین با تحقیق رمزی دارای نتایج یکسانی بود ($r=۰/۸۶$) [۱۴].

نتیجه‌گیری

روایی و پایایی مقیاس رمزی مورد تایید است. اکنون این مقیاس می‌تواند به صورت روا و پایا برای ارزیابی سطح آرام‌سازی استفاده شود. این مقیاس برای استفاده ساده است و نیاز به آموزش ندارد.

منابع

- 1- Jorg M, Axel P, Martin F, Klaus D, Werencke Mattinas F. Practice of sedation and analgesia in German intensive care units: Result of a national survey. Crit Care. 2005;9:117-23.
- 2- Nikravan M, Shiri H. Intensive care in ICU. Tehran: Nourdanesh Publication; 2000. [Persian]