

تبیین مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه دینفعان با مطالعه پدیدارشناسی

فروزان آتش‌زاده شوریده^۱، مهرنوش بازارگادی^۲، منصوره زاغری تفرشی^۱

چکیده

مقدمه: کیفیت در مراقبت‌های سلامتی جوانب، تعاریف و تفاسیر متنوعی دارد. با توجه به تفاوت‌هایی که در تعریف کیفیت مراقبت پرستاری در فرهنگ‌های مختلف دیده می‌شود، این مطالعه با هدف تبیین مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه دینفعان صورت گرفت.

روش: این مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی تفسیری بود. این مطالعه در راستای درک تجارب پرستاران، پزشکان، بیماران و همراهان آن‌ها در رابطه با مفهوم مراقبت پرستاری با کیفیت انجام شد. در این مطالعه از مصاحبه‌های فردی، گروهی و مشاهده استفاده شد. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و پیاده شد. سپس کدها از آن‌ها با استفاده از روش تحلیل Dickelmann استخراج گردید.

یافته‌ها: در این پژوهش ۶ پزشک، ۱۰ پرستار، ۲۲ بیمار در مصاحبه فردی و ۲۰ همراه بیمار در مصاحبه گروهی شرکت کردند. در کدگذاری اولیه ابتدا تعداد ۲۳۱۲ کد استخراج گردید. در فرایند تحلیل و مقایسه مداوم داده‌ها، تعداد کدها به ۲۱۲ کد تقلیل یافت. در نهایت ۲۲ زیر درون‌مایه و ۵ درون‌مایه حاصل گردید. مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری توسط مشارکت‌کنندگان به صورت «رفع نیازهای بیماران از طریق مراقبتی هدفمند همراه با ارتباط مناسب، حمایت، احترام متقابل و مسؤولیت‌پذیری و پاسخگویی» تعریف گردید.

نتیجه‌گیری: مدیران پرستاری باید راهبردهای حمایتی برای شناخت و ارایه بهتر مراقبت‌های پرستاری که منعکس‌کننده هدفمند بودن مراقبت‌ها، احساس مسؤولیت، ارتقای ارتباط مناسب، حفظ احترام و حمایت از مددجو باشد را توسعه بخشند. متولیان آموزش پرستاری نیز با تغییر در برنامه‌های آموزشی دانشجویان می‌توانند گام مؤثری در به کارگیری مدل‌های مراقبتی بر پایه تعریف کیفیت مراقبت پرستاری بردارند.

کلید واژه‌ها: کیفیت مراقبت پرستاری، پدیدارشناسی تفسیری، پرستار، پزشک، بیمار

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ پذیرش: ۹۱/۰۶/۱۴

تاریخ دریافت: ۹۱/۰۴/۱۰

ارجاع: فروزان آتش‌زاده شوریده، مهرنوش بازارگادی، منصوره زاغری تفرشی. تبیین مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه دینفعان با مطالعه پدیدارشناسی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۱؛ ۱ (۳): ۲۱۴-۲۲۸

مقدمه

ارایه شده به بیماران نتوانسته است تأمین‌کننده خواسته‌ها و انتظارات بیماران باشد (۵). Jensen و Cohen-Mansfield در بررسی نظرات پزشکان به این نتیجه رسیدند که خدمات مراقبتی ارایه شده در حد قابل قبول است، ولی خوب و بالاتر از انتظار نیست (۶).

یافتن مفهوم کیفیت، پایه و اساس پژوهش‌های مبتنی بر کیفیت خدمات پرستاری است (۷). برخی معتقدند که کیفیت مراقبت پرستاری و دسترسی به اهداف مراقبتی، بیش از رفع

کیفیت برای افراد مختلف که خواهان برون‌دادهای کیفی و شیوه‌های ارزیابی کیفیت می‌باشند، معانی متفاوتی دارد (۱). در واقع یک شخص ممکن است تصورات ذهنی مختلف در زمان‌های مختلف از کیفیت داشته باشد (۲). کیفیت، توانایی یک فراورده یا خدمت برای ارضای نیازهای ابراز شده (۳) و میزانی برای برآوردن انتظارات مشتری یا مددجو است (۴). پژوهش دبیران و همکاران نشان داد که خدمات پرستاری

۱- استادیار، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر منصوره زاغری تفرشی

Email: m.z.tafreshi@sbmu.ac.ir

کیفیت فراهم نمایند و ارزشیابی عملکرد پرستاران را بر اساس این مفهوم انجام دهند.

پژوهشگران در بانک‌های اطلاعاتی نظیر مدلاین، پارس مدلاین، سایت مرکز پژوهش‌های علمی و صنعتی ایران و خلاصه مقاله‌های همایش‌های مرتبط با پرستاری در داخل کشور به جستجو پرداختند. مطالعه‌ای که به روش کیفی، کیفیت مراقبت پرستاری را از دیدگاه همه گروه‌های ذینفع (پرستاران، پزشکان، بیماران و همراهان آن‌ها) بررسی کرده باشد، یافت نشد. این پژوهش جهت دستیابی به یافته‌های عمیق انجام شد. این یافته‌ها بر اساس تجارب زنده و فرهنگ جاری گروه‌های مذکور که به عنوان مهم‌ترین افراد در ارتباط با کیفیت خدمات پرستاری هستند، شکل گرفت. از این رو با استفاده از رویکرد کیفی، مفاهیم اساسی کیفیت از دیدگاه آن‌ها استخراج شد. این رویکرد به پژوهشگران کمک نمود تا بدون اعمال نظر یا هر گونه سوگیری احتمالی در طراحی سؤال‌های جهت‌دار در پرسش‌نامه‌های کمی، به تحلیل نقاط اشتراک و افتراق دیدگاه گروه‌های ذینفع بپردازند. بنابراین پژوهش کنونی با هدف تبیین مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه ذینفعان به روش پدیدارشناسی انجام شد.

روش

این مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی تفسیری در راستای درک تجارب ذینفعان از مراقبت پرستاری با کیفیت انجام شد. هدف از پژوهش پدیدارشناسی تفسیری، توصیف تجربیات زندگی (۱۴) و روشن‌سازی معانی نهفته در پدیده‌ها با بررسی معانی و روابط دانش و زمینه آن است (۱۷-۱۵).

جامعه آماری این پژوهش شامل پزشکان و پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی، بیماران بستری و همراهان آن‌ها در بیمارستان‌های دانشگاهی مختلف کشور (تهران، شهید بهشتی، تبریز، مازندران، اردبیل، زاهدان، اصفهان، مشهد، اراک، زنجان، اهواز، رفسنجان، ایلام و یاسوج) بود.

در این پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند ۶ پزشک، ۱۰ پرستار، ۲۲ بیمار در مصاحبه فردی و ۲۰ همراه بیمار در

نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیمار است (۸). چالش‌های به وجود آمده، مدیران و مسؤولان نظام مراقبت‌های سلامت را برانگیخته است تا کیفیت مراقبت پرستاری را تعریف کنند (۹). گزارش‌های مربوط به مراقبت‌های زیر استاندارد، افزایش توجه و تقاضای مصرف‌کننده خدمات نسبت به کیفیت مراقبت، نگرانی‌های متخصصین در مورد برایندهای مراقبت از بیمار و از سوی دیگر تقاضای پرداخت‌کنندگان هزینه‌ها برای کنترل هزینه‌های خدمات، تقاضا برای بهبود کیفیت مراقبت سلامتی را افزایش داده است (۱۰). در حال حاضر افزایش سطح خدمات فوریتی، حجم کاری زیاد و کمبود تعداد پرستاران تأثیر بسزایی بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری گذاشته است (۱۱). این امر نگرانی‌هایی را در جامعه پرستاری در خصوص ایمنی بیماران و کیفیت مراقبت‌ها در بیمارستان‌ها ایجاد نموده است (۹).

Burhans و Alligood در مطالعه‌ای کیفی، مراقبت پرستاری با کیفیت از دیدگاه پرستاران بالینی را به صورت دستیابی به نیازهای انسان از طریق توجه، همدلی، تعاملات احترام‌آمیز با بیمار همراه با احساس مسؤولیت، حمایت اساسی و یکپارچه از مددجو بیان نمودند (۱۲). بازارگادی و همکاران در بخشی از یک مطالعه وسیع، مفهوم کیفیت مراقبت از دیدگاه پرستاران را به صورت ارائه خدمات ایمن و مطابق با استانداردهای پرستاری به مددجو به گونه‌ای که منجر به رضایت بیمار/مددجو گردد، تعریف کردند (۱۳).

با توجه به گستردگی این مفهوم و تفاوت دیدگاه‌های افراد به خصوص دریافت‌کنندگان خدمات، لازم است این مفهوم از دیدگاه بیماران، خانواده‌ها و نیز پزشکان به عنوان بزرگ‌ترین گروهی که با پرستاران در امر درمان بیماران ارتباط دارند، مورد بررسی قرار گیرد. دستیابی به تعریفی روشن از کیفیت مراقبت‌های پرستاری و شناسایی ابعاد و مفاهیم مرتبط با آن می‌تواند به پرستاران متخصص کمک کند تا برنامه‌های مراقبتی خود را بر اساس آن پایه‌ریزی نمایند. از طرفی با تبیین مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری، مسؤولین قادر خواهند بود تا شرایط مناسب را برای ارائه مراقبت‌های پرستاری با

مدت زمان مصاحبه‌ها ۵۰-۱۸ دقیقه و تعداد مصاحبه‌ها از ۱-۲ بار متفاوت بود. با وجودی که کلیه مصاحبه‌ها توسط یک پژوهشگر انجام شد، اما نقد و بررسی مصاحبه‌ها توسط کلیه پژوهشگران این مطالعه صورت گرفت. در این پژوهش از روش تجزیه و تحلیل Dickelmann برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. این روش شامل ۷ مرحله است که در این پژوهش به قرار زیر انجام شد. در این پژوهش ابتدا متن کلیه مصاحبه‌ها و مشاهدات برای رسیدن به یک درک کلی از پدیده مورد مطالعه چندین بار خوانده شد.

پس از رسیدن به یک درک کلی و احساس مأنوس شدن با داده‌ها، مرحله دوم از فرایند تجزیه و تحلیل آغاز گشت. طی این مرحله، هر یک از مصاحبه‌ها و مشاهدات پژوهشگر با استفاده از روش تفسیر متون مورد بررسی و معانی آشکار و نهفته در توصیف‌های ارائه شده از طرف مشارکت‌کنندگان استخراج گردید. سپس هر یک از مصاحبه‌ها و مشاهدات با توجه به معانی استخراج شد. همچنین در راستای تعیین درون‌مایه‌های اولیه کدبندی شد. در مرحله سوم، متون کدگذاری شده توسط اعضای تیم پژوهش مورد بحث، تجزیه و تحلیل قرار گرفت تا یک درک مشترک از توصیفات ارائه شده از طرف مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاصل گردید. مرحله چهارم، مرحله‌ای است که طی آن تناقضات موجود در تفسیرهای ارائه شده از طرف گروه پژوهش، تبیین و برطرف گردید. برای این کار به متن اصلی مصاحبه‌ها رجوع شد و یا در صورت ضرورت و برای توضیح و تبیین بیشتر موضوع، با مشارکت‌کننده مربوطه تماس حاصل شد.

طی مرحله پنجم و با استفاده از روش مقایسه و مقابله متون، نسبت به تعیین و توصیف درون‌مایه‌ها اقدام گردید. در مرحله ششم، یافته‌های مطالعه در قالب درون‌مایه‌های استخراج شده فوق توسط اعضای گروه پژوهش مورد بحث و بررسی قرار گرفت. در مرحله هفتم، طرح نهایی یافته‌ها در قالب درون‌مایه‌های اصلی ارائه شد. در کدگذاری اولیه ابتدا تعداد ۲۳۱۲ کد استخراج گردید. در فرایند تحلیل و مقایسه مداوم داده‌ها، تعداد کدها به ۲۱۲ کد تقلیل یافت. در نهایت

مصاحبه گروهی شرکت کردند. معیارهای ورود مشارکت‌کنندگان به مطالعه حداقل ۳ سال سابقه کار برای پرستاران، ۵ سال سابقه کار برای پزشکان، حداقل ۳ بار و ۳ روز بستری بیمار در بخش برای بیماران مشارکت‌کننده در پژوهش و خویشاوند درجه یک بودن و حداقل ۳ دوره همراهی بیمار در طی بستری بیمار برای همراهان بیمار بود. با توجه به این که در این پژوهش بیماران و همراهان آن‌ها با تفاوت‌های فرهنگی نیز شرکت داشتند، لازم بود از شهرهای مختلف انتخاب شوند.

پژوهشگر ابتدا با مراجعه به یک بیمارستان، مصاحبه با یک مشارکت‌کننده را آغاز نمود. سپس به ترتیب با سایر افراد آگاه در این زمینه مصاحبه را ادامه داد. کلیه مصاحبه‌ها توسط یکی از پژوهشگران در یک اتاق خلوت بر حسب نظر مشارکت‌کنندگان صورت گرفت و تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها، یعنی عدم استخراج کد جدید ادامه یافت. مصاحبه‌های گروهی نیز پس از انجام هماهنگی‌های اولیه با همراهان بیمار و تعیین اتاقی خلوت انجام شد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شد. در کنار مصاحبه‌ها، مشاهده نیز صورت گرفت. مواردی که در تأیید و یا نفی صحبت مشارکت‌کنندگان مشاهده شد، یادداشت شد. این مصاحبه‌ها از اسفند سال ۱۳۸۸ تا دی سال ۱۳۸۹ صورت گرفت. برای شروع مصاحبه و برای رسیدن به درکی جامع از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، از هر یک از آنان خواسته شد تا تجربه خویش را از مراقبت‌های پرستاری با کیفیت بیان نمایند. سؤال‌های بعدی با توجه به توصیف‌های ارائه شده توسط مشارکت‌کنندگان پرسیده شد. پرسش‌های زیر نمونه‌ای از این گونه سؤال‌ها می‌باشند.

- کیفیت از دیدگاه شما به چه معناست؟
- با شنیدن مراقبت پرستاری با کیفیت، در ذهن شما چه مراقبتی نقش می‌بندد؟
- شما کیفیت مراقبت‌های پرستاری را چگونه تفسیر می‌کنید؟

۲۲ زیر درون‌مایه و ۵ درون‌مایه حاصل گردید.

جهت افزایش مقبولیت، پژوهشگران تعامل کافی و نزدیک با مشارکت‌کنندگان داشتند. بازنگری متون مصاحبه توسط مشارکت‌کنندگان و بازنگری کدهای استخراجی توسط ناظرین خارجی انجام شد. از نظرات تکمیلی و اصلاحی همکاران استفاده شد. بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان، بازنگری توسط ناظرین خارجی و تنوع نمونه‌گیری بیانگر تأییدپذیری داده‌ها است.

پژوهشگر علاوه بر معرفی خود و توضیح اهداف پژوهش به مشارکت‌کنندگان، از آنان درخواست نمود تا فرم مشخصات جمعیت‌شناسی و رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل نمایند. پیش از شروع مصاحبه نیز اجازه ضبط صدا و یادداشت‌برداری از مشارکت‌کنندگان گرفته شد. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در هنگام انتشار نتایج، کلیه اطلاعات فردی محرمانه باقی خواهد ماند و پس از استفاده، فایل‌های صوتی حذف خواهند شد. مشارکت‌کنندگان می‌توانستند در هر مرحله از پژوهش بر حسب صلاحدید خود از طرح خارج شوند.

یافته‌ها

در پژوهش کنونی، پزشکان در رده سنی ۳۳-۵۰ سال، پرستاران ۲۹-۵۴ سال، بیماران ۱۹-۶۴ سال و همراهان بیمار ۲۲-۶۳ سال و از هر دو جنس مشارکت داشتند. با تجزیه و تحلیل اطلاعات ۲۲ زیر درون‌مایه و ۵ درون‌مایه «مراقبت هدفمند»، «ارتباط مناسب»، «حمایت»، «احترام متقابل» و «مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی» حاصل گردید. این درون‌مایه‌ها و زیر درون‌مایه‌ها در جدول ۱ ارایه شده است.

۱. مراقبت هدفمند

اولین درون‌مایه این پژوهش «مراقبت هدفمند» بود. این درون‌مایه شامل ۷ زیر درون‌مایه «مطلوب‌ترین نحوه مراقبت»، «مراقبت بر پایه نیازهای بیمار»، «مراقبت بر اساس فرایند پرستاری»، «داشتن نگرش مراقبتی»، «مراقبت بر اساس هدف»، «مراقبت جهت حصول رضایتمندی بیمار» و «مراقبت بر پایه علم و آگاهی» بود.

جدول ۱. درون‌مایه‌ها و زیر درون‌مایه‌های مفهوم کیفیت مراقبت‌های پرستاری

زیر درون‌مایه‌ها	درون‌مایه‌ها
مطلوب‌ترین نحوه مراقبت	مراقبت بر پایه نیازهای بیمار
مراقبت بر اساس فرایند پرستاری	داشتن نگرش مراقبتی
هدفمندی مراقبت‌ها	مراقبت بر اساس هدف
	مراقبت جهت حصول رضایتمندی بیمار
	مراقبت بر پایه علم و آگاهی
همدل بودن با بیمار	مهربانی
مراقبت‌های انسان‌دوستانه	ارتباطات مناسب
توجه به نگرانی‌ها و شکایات بیمار	ارتباط و همکاری پزشک و پرستار
حفاظت از بیمار	حمایت
پیگیری تماس با پزشک	
مدافع بیمار در هر شرایطی	
احترام به شأن افراد	احترام متقابل
دروغ نگفتن	
توجه به نظرات پرستار	
احساس مسؤلیت	
خودباوری	مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی
گزارش‌دهی درست	
حضور بر بالین بیمار به هنگام نیاز وی	

۱-۱: «مطلوب‌ترین نحوه مراقبت»: «مطلوب‌ترین نحوه مراقبت از دیدگاه بسیاری از مشارکت‌کنندگان بیانگر مراقبت‌های پرستاری با کیفیت بود. «مطلوب‌ترین نحوه مراقبت منجر به رفع نیازهای جسمی، روانی، عاطفی، اجتماعی و معنوی بیماران می‌شود. موارد زیر بیانگر تجارب برخی از مشارکت‌کنندگان در رابطه با این درون‌مایه می‌باشد.

«پرستاری رو تو بیمارستان دارم که بهترین کارو برای مریض انجام می‌دند. این مراقبت‌ها یعنی مراقبت با کیفیت» (خانم مدیر خدمات پرستاری ۴۵ ساله).

«یکی از پرستارای بخشمون همیشه به فکر رضایت مریضه و این جواری بهترین خدمات رو ارایه می‌ده» (خانم پزشک ۴۲ ساله).

نقش درمانی به عنوان پزشک نیست. مشارکت‌کنندگان در این زمینه به موارد زیر اشاره نموده‌اند:

«خیلی از پرستاری تازه فارغ‌التحصیل و حتی دانشجویان پرستاری، گوشتی رو میندازن تو گردنشونو میرن بیمارو معاینه می‌کنند. کارشون شده کلیشه خوندن و تفسیر آزمایشات ... من نمی‌گم اینا بده، ولی باید بدونیم کار پرستاری یعنی مراقبت ... اینا اصلاً مراقبت رو فراموش کردن و دید مراقبتی به پرستاری ندارن ... پس چطور می‌تونن مراقبت‌های پرستاری با کیفیت ارایه بدن ...» (خانم سرپرستار ۴۵ ساله)

۵-۱: «مراقبت بر اساس هدف»: هدفمندی در امور در رأس همه کارهاست. تعداد کثیری از مشارکت‌کنندگان به مراقبت مبتنی بر هدف اشاره نمودند و معتقد بودند که داشتن هدف در امر مراقبت سبب بهبود کیفیت مراقبت‌ها می‌شود؛ چرا که مراقبت بر اساس هدف ارزشیابی می‌شود و در صورت عدم حصول نتیجه، می‌توان بار دیگر مراقبت‌ها را پیگیری نمود. در همین زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان چنین بیان نمود که «پرستار باید هدفش مشخص باشه. باید بدونه هر کاری که برای بیمار انجام می‌ده باید هدفمند باشه ... بر اساس رسیدن یا نرسیدن به هدفه که می‌تونه بگه مراقبتش خوب بوده یا نه» (آقای پرستار ۳۶ ساله).

۶-۱: «مراقبت جهت حصول رضایتمندی بیمار»: منظور از کیفیت، توانایی یک خدمت برای ارضای نیازهای ابراز شده یا درخواست شده می‌باشد. در این پژوهش نیز بسیاری از مشارکت‌کنندگان کیفیت مراقبت‌های پرستاری را در گرو رضایتمندی بیماران مطرح نمودند. در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود که «پرستار بخش ما خیلی به رضایت بیمار اهمیت می‌ده ... این یعنی مراقبت با کیفیت ...» (خانم پزشک ۴۳ ساله).

رضایتمندی بیماران تنها نقطه نظر پزشکان مشارکت‌کننده در این پژوهش نبود بلکه سایر مشارکت‌کنندگان از جمله بیماران، همراهان بیماران و حتی پرستاران نیز به این موضوع اشاره نمودند. رضایت بیماران از دیدگاه بیماران و همراهان آن‌ها بسیار مهم بود. نمونه زیر از

۲-۱: «مراقبت بر پایه نیازهای بیمار»: اصولاً مراقبت‌های پرستاری جهت رفع نیازهای بیمار است. در واقع بیمار محور بودن مراقبت‌های پرستاری سبب رفع مشکلات بیمار و رسیدن وی به آرامش جسمی، روحی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی می‌شود. در همین راستا بسیاری از مشارکت‌کنندگان، کیفیت مراقبت‌های پرستاری را در گرو رفع نیازهای اولیه بیمار مطرح کردند. برای نمونه می‌توان به مثال زیر اشاره کرد.

«مادرم بستریه. امروز که اومدم دیدم ملافه‌هاش کثیفه. خُب بی‌اختیاری داره ... نمی‌تونه دفعشو کنترل کنه. به پرستارا که گفتم، بهم گفتند چی کار کنیم. نیرو کمه. کمک بهیار و بهیار نداریم. دو تا پرستاریم و این همه بیمار ... ناراحتی خودت بیا تمیزش کن ... آخه این چه خدماتیه که ارایه می‌دن ... اگه قراره ما کارای مریضمونو انجام بدیم، پس برای چی تو بیمارستان بستریه؟» (همراه بیمار ۴۲ ساله).

۳-۱: «مراقبت بر اساس فرایند پرستاری»: این زیر درون‌مایه سومین زیر درون‌مایه حاصل از تجزیه و تحلیل اطلاعات در درون‌مایه هدفمندی بود و بیشتر از گفته‌های پرستاران مشارکت‌کننده در این پژوهش استخراج گردید. آن‌ها معتقد بودند با استفاده از چارچوب فرایند پرستاری، امکان رفع نیازهای بیمار در تمامی ابعاد فراهم می‌شود و کیفیت مراقبت‌ها افزایش می‌یابد. در همین رابطه یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار نمود که «وقتی بر اساس فرایند کار می‌کنم، می‌بینم چقدر مشکلات بیمار رو می‌تونم حل کنم. این‌جوری هم بیمار راضی‌تره، هم کیفیت مراقبت بیشتره» (آقای سرپرستار ۵۴ ساله).

۴-۱: «داشتن نگرش مراقبتی»: نگرش پرستاران در انجام مراقبت‌های پرستاری نقش بسزایی در ارتقای کیفیت خدمات پرستاری دارد. بسیاری از مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که متأسفانه بسیاری از پرستاران تازه فارغ‌التحصیل، نگرش مراقبتی نسبت به این حرفه ندارند. این افراد عمدتاً به دنبال بررسی و شناخت بیمار از دید پزشکی، معاینه وی، بررسی یافته‌های رادیولوژیکی و آزمایشگاهی هستند. گاهی نیز فراموش می‌کنند که نقش پرستار، نقش مراقبتی است و

گفته‌های یکی از بیماران در این زمینه است:

«یکی از موارد مهم در مراقبت، کسب رضایت بیماره. من می‌بینم بعضی پرستارها خوبین. میان به ما می‌رسن. من ازشون راضی هستم ... بعضیاشونم اصلاً انگار نه انگار که ما مریضیم و باید به دادمون برسن ...» (بیمار آقای ۳۴ ساله).

۱-۷: «مراقبت بر پایه علم و آگاهی»: پرستاری و مراقبت مبتنی بر پایه علم و آگاهی است. مشارکت‌کنندگان این پژوهش بر علم پرستار تأکید فراوانی داشتند. در ادامه نمونه‌ای از اظهارات مشارکت‌کنندگان در این زمینه آمده است.

«مهم‌ترین موضوع برای هر پرستار، آشنایی وی با خود بیماریه. آقای ... پرستار خوبیه ... خیلی با معلوماته ... در مورد بیماری، عوارض بیماری، عوارض داروها به بیمار خوب آموزش می‌ده. وقتی تو بخشه، خوب به بیمار می‌رسه. منم وقتی می‌بینم اون هست، خیالم راحته. می‌دونم مراقبت‌هایی را ارایه می‌ده» (آقای پزشک ۳۳ ساله).

۲. ارتباط مناسب

دومین درون‌مایه انتزاع شده این پژوهش ارتباط مناسب بود. این درون‌مایه شامل زیر درون‌مایه‌های «همدل بودن با بیمار»، «مهربانی»، «مراقبت‌های انسان‌دوستانه»، «توجه به نگرانی‌ها و شکایات بیمار» و «ارتباط و همکاری پزشک و پرستار» است.

۲-۱: «همدل بودن با بیمار»: یکی از عواملی که در رعایت موازین اخلاقی و کیفیت مراقبت‌های پرستاری تأثیرگذار است، مزین بودن پرستار به این صفت است. همدلی با بیمار موجب می‌شود که بیمار احساس رضایتمندی نماید و مورد توجه بودن را تجربه کند. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت «وقتی با مریض همدم هستم، اون احساس رضایت بیشتری می‌کنه و همین کیفیت مراقبت رو بالا می‌بره» (آقای پرستار ۴۱ ساله).

۲-۲: «مهربانی»: یکی از مواردی که به کرات توسط مشارکت‌کنندگان به خصوص بیماران مطرح شد، مهربانی پرستار با بیمار بود. این مورد نقش مهمی در پذیرش پرستار توسط بیمار و پذیرش این حرفه در جامعه دارد. یکی از

مشارکت‌کنندگان در این زمینه اذعان داشت که «پرستار ... در عین حال که تو کارش جدیه، ولی مهربون هم هست و این طوری می‌بینم که چقدر اعتماد بیمارو به خودش جلب می‌کنه و بیمار حرفشو، دردشو و مشککشو بهش می‌گه» (خانم پزشک ۴۳ ساله).

۲-۳: «مراقبت‌های انسان‌دوستانه»: سومین زیر درون‌مایه از درون‌مایه روابط عاطفی- روانی، مراقبت‌های انسان‌دوستانه بود. در حرفه پرستاری، جنبه عاطفی مراقبت‌ها بسیار مهم است. رسیدگی به بیمار دردمند یکی از علل انتخاب و فعالیت در حرفه پرستاری است. مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه چنین اظهار نمود که «ما هم انسانیم و دوست داریم به عنوان انسان دیده بشیم. پرستاری داریم که حاضر نیستند به کلمه با آدم حرف بزنند ... اینا چه جور می‌خوان که ما خوب بشیم» (خانم بیمار ۵۳ ساله).

۲-۴: «توجه به نگرانی‌ها و شکایات بیمار»: توجه به مشکلات بیمار و نگرانی‌های وی از مواردی بود که بسیاری از بیماران و همراهان آنان انتظار داشتند که توسط پرستاران رعایت شود. آنان اظهار نمودند که برخی از پرستاران نسبت به مشکلات بیماران بی‌تفاوت هستند. همین امر منجر به طولانی شدن روند بهبودی بیمار و عدم رضایت آنان می‌شود. اظهارات مشارکت‌کنندگان بیانگر حساسیت موضوع است:

«روز اول که بستری شدم یکی نیومد بهم بگه که مثلاً سرویس بهداشتی اینجاس. دکترت فلان ساعت میاد، فلان ساعت میری عکس می‌گیری، فلان روز می‌ری اتاق عمل. اینا همش نگرانم کرده بود و هیچکس به اینا اهمیت نمی‌داد» (خانم بیمار ۵۳ ساله).

۲-۵: «ارتباط و همکاری پزشک و پرستار»: بسیاری از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که مراقبت‌های پرستاری با کیفیت نیاز به همکاری کادر درمان دارد. نه تنها همکاری پرستار با سایر پرستاران بلکه با سایر کادر درمان به خصوص گروه پزشکی سبب سهولت اجرای مراقبت‌های پرستاری با کیفیت می‌شود. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت «پرستاری که همراه و همگام با تیم درمانه، تعاون و همکاریش روند درمان و مراقبت را تسریع

می‌کنه و محیط را برای آرامش تیم درمان مهیا می‌کنه. این همکاری خیلی مهمه» (خانم پزشک ۴۲ ساله).

۳. حمایت

حمایت سومین درون‌مایه حاصل از داده‌های پژوهش بود. این درون‌مایه شامل زیر درون‌مایه‌های «حفاظت از بیمار»، «پیگیری تماس با پزشک» و «مدافع بیمار در هر شرایطی» است.

۱-۳: «حفاظت از بیمار»: مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که اقدامات پرستاری باید در جهت حفاظت از بیماران باشد. مشارکت‌کننده‌های اظهار نمود که «پرستار باید مراقب ما باشه. باید مواظب باشه تا ما آسیب نبینیم. همین چند روز پیش بود که یکی از مریضا نصف شب از تختش افتاد زمین و دستش شکست. خوب پرستار باید مواظب می‌بود تا این اتفاق نیفته. اگه نرده کنار تخت رو بالا کشیده بود، این اتفاق نمی‌افتاد» (آقای بیمار ۵۱ ساله).

۲-۳: «پیگیری تماس با پزشک»: بسیاری از بیماران و همراهان آنان معتقد بودند که خودشان دسترسی به پزشک نداشتند و از پرستاران انتظار داشتند تا از پزشک بخواهد که بر بالین بیمار حضور یابد. پرستاران نیز این انتظار بیماران را تجربه کرده بودند. آن‌ها بر این باور بودند که اگر پزشکی بر بالین بیمار حضور نیابد و یا پرستار پیگیر حضور پزشک نباشد، بیماران به مؤاخذه پرستار می‌پردازند و کار و مراقبت‌های پرستاری را زیر سؤال می‌برند. گفته‌های یکی از مشارکت‌کنندگان حاکی از ضرورت پیگیری تماس با پزشک توسط پرستار است:

«گاهی پیش میاد که پزشک سه روز، چهار روز نیامد بالای سرمون. وقتی از پرستار می‌خوایم که با پزشک تماس بگیره، ترش می‌کنه و می‌گه هر وقت لازم باشه میاد. رزیدنت که میاد ویزیتت می‌کنه، هر حرفی داری بهش بگو» (خانم بیمار ۲۹ ساله).

۳-۳: «مدافع بیمار در هر شرایطی»: یکی از نقش‌های مهم پرستار، دفاع از بیمار است. پرستاران در عملکردهای بالینی خود در طی روز با موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که آن‌ها را با مسأله مدافعه درگیر می‌سازد. اگرچه مدافعه از بیمار

و خانواده‌های آنان جزء عملکرد حرفه‌ای پرستاران محسوب می‌گردد، اما معمولاً این جنبه از عملکرد حرفه‌ای آنان کمتر قابل مشاهده است. مشارکت‌کنندگان این پژوهش به تأثیر نقش مدافعه پرستار در کیفیت مراقبت‌های پرستاری اشاره نمودند. یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشت که «پرستاران متأسفانه نقش‌های خودشونو فراموش کردند. گاهی بیماران مورد سوء استفاده قرار می‌گیرند. گاهی از ناآگاهی اونا سوء استفاده می‌شه. این جا وظیفه پرستاره که بیاد از بیمارش دفاع کنه. همین دفاع از بیماره که موجب رضایت بیمار می‌شه» (خانم پرستار ۴۷ ساله).

۴. احترام متقابل

چهارمین درون‌مایه حاصل از داده‌های پژوهش احترام بود. این درون‌مایه شامل زیر درون‌مایه‌های «احترام به شأن افراد»، «دروغ نگفتن» و «توجه به نظرات طرف مقابل» است.

۱-۴: «احترام به شأن افراد»: شأن برای بیماران در بخش‌های مختلف بیمارستان حایز اهمیت است. احترام به حقوق مربوط به شأن افراد، جزء اصول پرستاری محسوب می‌گردد. حفظ شأن افراد به خصوص بیماران و همراهان آن‌ها موجب افزایش رضایتمندی بیمار و در نتیجه ارتقای کیفی مراقبت‌ها می‌شود. بیماری که برای بار سوم در بیمارستان بستری شده بود، گفت «هر انسانی یه اسمی داره و من دوست دارم به اسم منو صدا کنن. پرستاری هست که به هر بیماری یه لقبی داده و به اون لقب صداش می‌کنه. این خیلی زشته ...» (بیمار آقای ۳۶ ساله).

۲-۴: «دروغ نگفتن»: راستگویی و صداقت از اصول اخلاقی در کار پرستاری است. راستگویی نقطه مقابل دروغ‌گویی است. از پرستاران انتظار می‌رود تا در برابر بیمار و در مورد مسایل کاری راستگویی را رعایت نمایند. یکی از پرستاران چنین اظهار نمود «راستش گاهی پیش میاد که خطایی رخ می‌ده، یا نه اصلاً خطا هم نیست. بیمار یه سؤال از پرستارش می‌پرسه. چقدر قشنگه که پرستار عین واقعیت رو بگه. دروغ نگه. اگه بگه نمی‌دونم، خیلی بهتر از اینه که یه چیزهایی رو سر هم کنه و به خورد بیمار بده»

(خانم سرپرستار ۵۰ ساله).

۳-۴: «توجه به نظرات طرف مقابل»: توجه به نظرات طرف مقابل از دیگر مواردی است که مشارکت‌کنندگان بر آن تأکید داشتند. پرستاران اظهار نمودند که لازم است نظرات طرف مقابل در ارایه مراقبت‌های پرستاری مدنظر قرار گیرد. زیرا پرستاران با انسان‌هایی طرف است که قدرت تصمیم‌گیری و اختیار دارند و طبق اصول اخلاقی نباید اتونومی افراد نادیده گرفته شود. مشارکت‌کننده‌ای در این مورد گفت «وقتی بالا سر بیمار می‌رم، باهائش حرف می‌زنم، نظرشو درباره مراقبتی که می‌خوام براش انجام بدم می‌پرسم ... معمولاً بیمار در چنین شرایطی همکاریش بهتر می‌شه و منم بهتر می‌تونم ازش مراقبت کنم» (خانم پرستار ۳۳ ساله).

۵. مسؤولیت‌پذیری و پاسخگویی

پنجمین درون‌مایه انتزاع شده «مسؤولیت‌پذیری و پاسخگویی» بود که از مفاهیم اساسی و بنیادی کار پرستاران است. عدم وجود یا نقصان در مسؤولیت‌پذیری سبب بی‌اعتمادی، نگرانی، تشویش و در نهایت آسیب به انسان‌ها می‌شود. این درون‌مایه شامل زیر درون‌مایه‌های «احساس مسؤولیت»، «خودباوری»، «گزارش‌دهی درست» و «حضور بر بالین بیمار به هنگام درخواست بیمار» می‌باشد.

۱-۵: «احساس مسؤولیت»: یکی از زیر درون‌مایه‌های استخراج شده در درون‌مایه مسؤولیت‌پذیری، احساس مسؤولیت بود. این احساس بنا به تجربه مشارکت‌کنندگان یک احساس الزام و تعهد درونی است که پرستاران به آن مقید و معتقد هستند. در ضمن این که ماهیت ارایه مراقبت‌های پرستاری با مسؤولیت‌پذیری عجین است. مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه اظهار نمود که «من کارم خیلی وابسته به کار پرستاریه. گاهی پیش میاد که دستوری می‌نویسم، ولی اجرا نمی‌شه و در گزارش پرستاری و کاردکس تیک می‌خوره ... این یعنی بی‌مسؤولیتی» (خانم پزشک فوق تخصص ۴۲ ساله).

۲-۵: «خودباوری»: عامل دیگری که بیشتر مشارکت‌کنندگان آن را در کیفیت مراقبت‌های پرستاری مؤثر

می‌دانستند، اعتماد به نفس و خودباوری پرستاران بود. خودباوری، باور به استعدادها، توانایی‌ها و نیروهای نهفته فطری درونی است که با اتکا به آن می‌توان به اهداف مورد نظر رسید و به آنان جامه عمل پوشاند. خودباوری پرستاران در ارایه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت به آنان کمک می‌کند. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که پرستاران از خودباوری لازم برخوردار نیستند. پرستار ۴۱ ساله با ۱۷ سال سابقه کاری گفت «هی‌بینم که خیلی از پرستارمون خودشونو باور ندارند. همین مانع مراقبت با کیفیت می‌شه» (آقای پرستار ۴۱ ساله).

۳-۵: «گزارش‌دهی درست»: ارایه گزارش کامل، دقیق، صحیح و به موقع جهت قضاوت در مورد این که بیمار مراقبت‌های مورد نیاز و ضروری را دریافت کرده است، امری بدیهی است. همچنین به ارایه‌دهندگان مراقبت جهت برنامه‌ریزی، هماهنگی و حفظ تداوم مراقبت کمک می‌کند. بسیاری از مشارکت‌کنندگان پزشک و پرستار بر این باور بودند که ارایه گزارش صحیح چه به صورت شفاهی و چه به صورت کتبی در ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری مؤثر است. مورد زیر مؤید تأثیر گزارش درست بر روند درمان‌ها و مراقبت‌ها می‌باشد:

«پرستاره که همیشه با بیمار سر و کار داره، گزارش درست پرستارا به ما پزشکان کمک می‌کنه تا بدونیم تا چه اندازه روند درمان درسته و چه پیامدهایی داره» (آقای پزشک متخصص ۴۶ ساله).

۴-۵: «حضور بر بالین بیمار به هنگام نیاز وی»: حضور پرستار بر بالین بیمار به دلیل کمبود وقت و نیرو رو به کاهش است. بسیاری از مشارکت‌کنندگان از این که پرستاران اغلب در ایستگاه پرستاری هستند، به کارهای روتین می‌پردازند و کمتر بر بالین بیمار حضور دارند، گلهمند بودند. مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه گفت: «گاهی پیش میاد که زنگ می‌زنیم تا پرستار بیاد ... چقدر طول می‌کشه تا بیاد ... بعدشم که می‌ره، مثلاً برا مریضمون دارو بیاره ... خیلی طول می‌کشه ... وقتی هم اعتراض می‌کنیم، می‌گن چه کار کنیم ... کارمون زیاده ... این همه مریض هست» (همراه بیمار، ۳۲ ساله).

بحث

این پژوهش که با هدف کاوش مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری انجام شد، نشان داد که مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه ذینفعان به صورت رفع نیازهای بیماران از طریق مراقبتی هدفمند همراه با ارتباطات مناسب، حمایت، احترام متقابل و مسؤولیت‌پذیری و پاسخگویی تعریف گردید. گرچه بیماران و همراهان آن‌ها بر ارتباط مناسب و احترام متقابل بیشتر تأکید داشتند، اما پزشکان بر مسؤولیت‌پذیری و پاسخگویی بیش از سایر موارد تأکید نمودند.

در پژوهشی که توسط بازارگادی و همکاران انجام گرفت، مفهوم کیفیت خدمات پرستاری به صورت ارایه خدمات ایمن و مطابق با استانداردهای پرستاری به مددجو به گونه‌ای که منجر به رضایت بیمار گردد، تعریف شد (۱۳). در پژوهشی دیگر ابعاد ارزشمندی، احترام، مراقبت توسط پرستاران حامی که با بیماران خود ارتباط خوبی برقرار می‌کنند و مراقبت مبتنی بر مذهب، معنویت و تعلق خاطر در تعریف مفهوم کیفیت مراقبت‌های پرستاری جای گرفتند (۱۸). تفاوت تعریف پژوهش کنونی با پژوهش‌های مذکور به دلیل تفاوت در جامعه پژوهش است. مشارکت‌کنندگان در پژوهش‌های مذکور فقط پرستاران بودند؛ در حالی که در پژوهش کنونی پزشکان، پرستاران، بیماران و همراهان آنان مشارکت داشتند.

اولین ویژگی کیفیت مراقبت پرستاری، هدفمند بودن مراقبت‌ها از دیدگاه مشارکت‌کنندگان بود. مفهوم کیفیت مراقبت‌های پرستاری در مطالعه‌های مختلف دلالت بر هدفمند بودن مراقبت‌ها داشت. هدفمندی دارای ویژگی‌هایی از قبیل مطلوب‌ترین نحوه مراقبت و مبتنی بر پایه نیازهای بیمار، مراقبت بر اساس فرایند پرستاری، داشتن نگرش مراقبتی، مراقبت بر اساس هدف، مراقبت جهت حصول رضایتمندی بیمار و مراقبت بر پایه علم و آگاهی بود. مطلوب‌ترین نحوه مراقبت در هدفمندی مراقبت‌ها نقش دارد. بسیاری از مشارکت‌کنندگان به خصوص بیماران و همراهان آن‌ها به مطلوب‌ترین نحوه مراقبت اشاره نمودند. بیماران و همراهان آن‌ها مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری را مترادف

ارایه مطلوب‌ترین مراقبت‌ها می‌دانستند. این یافته با یافته Burhans و Alligood همخوانی دارد (۱۲).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مراقبت بر پایه نیاز به عنوان مراقبت‌های پرستاری با کیفیت تلقی می‌شود. این یافته با یافته پژوهش Attree در انگلیس همخوانی دارد (۱۹). به گزارش احمدی و همکاران امروزه روتین محور بودن کار پرستاری به عنوان نقیصه‌ای جدی در پرستاری مطرح است. تلاش همگانی برای جایگزین کردن آن با روش‌های مبتنی بر بیمار محوری و با تأکید بر حفظ تمامیت وجودی بیمار و نیازهای منحصر به فرد او با ارایه فرایند پرستاری اختصاصی مورد اجماع همه صاحب‌نظران پرستاری است (۲۰). وظیفه‌مداری و کارمحوری مانع مهمی در ارایه مراقبت‌های با کیفیت است (۲۱).

از نظر پرستاران مشارکت‌کننده در این پژوهش، مراقبت بر اساس فرایند پرستاری موجب بهبود مراقبت‌های پرستاری می‌شود، اگرچه اجرای فرایند پرستاری به عنوان چالش مهمی در ایران و سایر کشورها مطرح است و نیازمند شرایط مناسب اجراست (۲۲). Kalisch و همکاران اظهار نمودند که عدم استفاده از فرایند پرستاری منجر به فراموشی نکات مهم در امر مراقبت از بیمار می‌شود (۲۳). این امر منجر به کاهش کیفیت مراقبت‌های پرستاری می‌شود (۲۲).

داشتن نگرش مراقبتی نیز از ضروریات مراقبت‌های پرستاری با کیفیت است؛ به طوری که در این پژوهش مشارکت‌کنندگان نیز این موضوع را مطرح نمودند. این یافته با یافته سایر پژوهش‌های مرتبط مشابه است. از آن جا که پرستاری یک حرفه خدمت به انسان‌ها است، کارکنان با انگیزه و پرتلاش را می‌طلبند (۲۴). اشوندی و همکاران بیان داشتند که انگیزه و نگرش بر قدرت و رفتار فردی تأثیر می‌گذارد و باعث سهولت دستیابی به اهداف و افزایش کیفیت فعالیت‌ها می‌شود (۲۵).

مراقبت بر اساس هدف از دیگر مواردی بود که توسط مشارکت‌کنندگان مطرح شد. پرستاران و پزشکان بر هدفمندی مراقبت تأکید داشتند و آن را سبب نظم بخشیدن

به مراقبت می‌پنداشتند. Burhans و Alligood نیز در تعریف مفهوم کیفیت پرستاری به همین مضمون دست یافتند (۱۲).

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، مراقبت جهت حصول رضایتمندی بیمار یکی از موارد مهم در کیفیت مراقبت‌های پرستاری است. از نظر تفرشی و همکاران نیز رضایت مددجو، بر ایند مهمی در ارزیابی کیفیت مراقبت‌های پرستاری دارد که لازم است در تعریف کیفیت در نظر گرفته شود (۲۶). پژوهشی در تایلند در ارتباط با تعریف کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه مدیران پرستاری و پرستاران بالینی انجام شد، در این مطالعه مشخص گردید که کیفیت مراقبت‌های پرستاری، ارایه مراقبت‌ها بر اساس استانداردهای پرستاری می‌باشد که تأمین‌کننده ایمنی و رضایتمندی مددجو است (۹). هر مراقبتی که بر پایه علم و آگاهی باشد، سبب شناخت بهتر بیمار و بیماری وی و بالطبع ارایه خدمات مطلوب‌تر می‌گردد. در پژوهشی که در یک بخش آی‌سی‌یو در کشور استرالیا انجام گرفت، مشخص گردید که سه درون‌مایه «حفظ انسجام در یک محیط پیچیده و پر تنش»، «ارتباط سریع، مؤثر و احترام‌آمیز» و «دانش حاصل از تجربه و یادگیری رسمی» بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری مؤثر است (۲۷).

در بعد روابط عاطفی- روانی، تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که همدل بودن با بیمار، مهربانی، مراقبت‌های انسان‌دوستانه، توجه به نگرانی‌ها و شکایات بیمار و ارتباط و همکاری پزشک و پرستار از ویژگی‌های این بعد به شمار می‌رود. بسیاری از مشارکت‌کنندگان به نقش همدلی، مراقبت‌های انسان‌دوستانه و همچنین توجه به نگرانی‌ها و شکایات بیمار در تعریف مفهوم کیفیت مراقبت‌های پرستاری اشاره نمودند. همدلی و مراقبت‌های انسان‌دوستانه همراه با توجه به نگرانی‌ها و شکایات بیمار نقش مهمی در ارتباط با بیمار و ارایه مراقبت‌های پرستاری ایفا می‌کند (۲۸). محمودی‌شن و همکاران گزارش دادند ماهیت پرستاری به گونه‌ای است که باید فرد سرشار از عطوفت و مهربانی باشد، با بیمار و خانواده او به ملاطفت برخورد کند، همدلی و همدردی کند و روابط مؤثری با بیمار، همکاران و مسؤولان

داشته باشد. ارتباط مؤثر، عاطفی و دلسوزانه همراه با همدلی و همدردی پرستاران زمینه اطمینان و اعتماد بیمار و سایرین را فراهم می‌آورد (۲۹).

مشارکت‌کنندگان در مطالعه کنونی بر اهمیت همکاری پزشکان و پرستاران در ارایه مراقبت‌های پرستاری تأکید فراوانی داشتند. نتایج پژوهش حاضر در مورد کیفیت مراقبت‌های پرستاری نشان داد که ارتباط پرستاران با بیماران کم شده است. Hallin و Danielson نیز بیان داشتند کاهش تماس با بیمار از استرس‌های حرفه‌ای است که منجر به کاهش کیفیت مراقبت از بیمار می‌شود (۳۰). کیفیت مراقبت پرستاری به ارتباط بین پرستار و بیمار بستگی دارد و در برگزیده اطمینان از ارایه مراقبت‌های همه جانبه به بیمار می‌باشد (۹). Morse و همکاران معتقد بودند که مراقبت به عنوان یک تعامل انسانی، یک مداخله درمانی، یک عمل اخلاقی، یک تأثیر متقابل و یک ویژگی انسانی است (۳۱).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نه تنها ارتباط پرستاران با بیمار و همراهان وی حایز اهمیت است، بلکه ارتباط پرستاران با تیم درمان به خصوص پزشکان نقش ارزشمندی در کیفیت ارایه خدمات پرستاری دارد. سایر پژوهش‌ها نیز بر اهمیت ارتباط و همکاری تیم درمان بر ارایه مراقبت‌های با کیفیت تأکید داشتند (۳۳، ۳۲، ۲۶، ۲۴).

حفاظت از بیمار یا همان ایمنی، پیگیری تماس با پزشک و مدافع بیمار بودن در هر شرایطی از مواردی بود که مشارکت‌کنندگان در تعریف کیفیت مراقبت‌های پرستاری تأکید داشتند. این یافته با یافته پژوهش Kunaviktikul و همکاران (۹)، صلصالی و همکاران (۳۴) و رضایی کارگر (۳۵) همخوانی داشت.

احترام به شأن افراد، دروغ نگفتن و توجه به نظرات پرستار از زیر درون‌مایه‌های «احترام» در تعریف مفهوم کیفیت مراقبت‌های پرستاری در این پژوهش بود. احترام به شأن افراد گامی در جهت افزایش رضایت از خدمات ارایه شده توسط کارکنان محسوب می‌گردد. این امر تبعاتی چون ارتباط مطلوب بین مددجو و کارکنان، احساس امنیت، کاهش مدت

آسیب ایجاد می‌کند. غفلت از بیمار و نیز ایمنی بیمار، همراه با "درخواست برای کیفیت مراقبت"، مسؤولیت و پاسخگویی پرستاری را برای برایندهای مراقبت از بیمار بیشتر کرده است (۴۳-۴۱، ۱). به عبارت دیگر پاسخگو بودن پرستاران در مقابل مددجویان نسبت به مراقبت‌هایی که ارائه می‌دهند، پیش فرض مهمی در برنامه‌های مدیریت کیفیت محسوب می‌شود (۴۴، ۴۰، ۱).

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر به خصوص پزشکان و پرستاران، خودباوری پرستاران بر کیفیت مراقبت تأثیرگذار است. مطالعه‌های دیگر نیز تأثیر اعتماد به نفس و خودباوری را در احساس توانمندی، بهبود عملکرد، سرعت تصمیم‌گیری و نیز تمایل پرستاران برای ارائه بهتر مراقبت‌ها تأیید نمودند (۴۷-۴۵).

این پژوهش با محدودیت عدم همکاری مسؤولین بعضی بیمارستان‌ها جهت مصاحبه با بیماران و همراهان آن‌ها مواجه بود. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، از پرستاران انتظار می‌رود که با ارائه مراقبت‌های پرستاری مبتنی بر هدف، ارتباط مناسب با بیمار، حمایت از بیمار، احترام متقابل و مسؤولیت‌پذیری و پاسخگویی در ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری کوشا باشند.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند معیاری برای ارزیابی کیفیت مراقبت‌های پرستاری باشد. مدیران پرستاری و پرستارانی که هدف اصلی آن‌ها ارتقای سلامت، بهبود وضعیت بیماران، صرفه‌جویی در هزینه‌های سلامت و جلوگیری از بستری شدن طولانی مدت است، می‌توانند از یافته‌های این پژوهش در ارائه کیفیت مراقبت‌ها استفاده نمایند. بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌توان مفهوم کیفیت مراقبت‌های پرستاری را به دانشجویان پرستاری آموزش داد. بدین طریق آنان در ارائه مراقبت‌های پرستاری می‌توانند بر آن تکیه نمایند و کیفیت مراقبت‌های پرستاری را ارتقا بخشند.

نتیجه‌گیری

از یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان پاسخ به سؤال پژوهش

اقامت در بیمارستان ناشی از کاهش مشکلات روانی، کاهش هزینه‌ها و افزایش انگیزه کارکنان جهت ارائه خدمات بهتر را به همراه خواهد داشت (۳۶). برخی از مطالعه‌ها نحوه درست خطاب نمودن فرد، گوش دادن به صحبت‌های فرد، دادن حق انتخاب، به حساب آوردن فرد، ایجاد حس ارزشمندی در وی، رفتار توأم با همدردی و پنهان کردن علایم بیماری را از عواملی دانستند که باعث حفظ خودارزشی و شأن فرد می‌گردد (۳۹-۳۷). احمدی و همکاران نیز با انجام پژوهشی با رویکرد کیفی، ضرورت ارتباط انسانی، انتخاب و آموزش مناسب نیروی انسانی و در نهایت برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی مناسب مراقبت‌های پرستاری را به عنوان عوامل مؤثر بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه پرستاران بازنشته استخراج نمودند (۲۰).

احترام به نظرات پرستار و فرصت دادن به وی از دیگر مواردی بود که پرستاران و پزشکان مشارکت‌کننده از آن به عنوان عامل تأثیرگذار بر کیفیت مراقبت‌ها یاد کردند. Schluter و همکاران اظهار نمودند که در کار گروهی در صورتی که به نظرات پرستار اهمیت داده شود، روند ارائه خدمات پرستاری بهبود می‌یابد. کم رنگ شدن نقش پرستار، اثر منفی بر کیفیت و تداوم مراقبت داشته است و ممکن است به کاهش ارائه خدمات سلامت منجر شود (۴۰).

آخرین بعد در این تعریف «مسؤولیت‌پذیری و پاسخگویی» بود. این بعد شامل زیر درون‌مایه‌های احساس مسؤولیت، خودباوری، گزارش‌دهی درست و حضور بر بالین بیمار به هنگام نیاز وی بود. مسؤولیت‌پذیری پایه کار اخلاقی پرستاران و در صورت نقصان، بی‌اعتمادی، نگرانی، تشویش و در نهایت آسیب به انسان‌ها را سبب خواهد شد. آن چه که از گفتار مشارکت‌کنندگان استنباط شد، این بود که مسؤولیت‌پذیری قبل از آن که به صورت رفتار و کردار بروز کند، یک تمایل و احساس درونی است که به همراه وجدان‌گرایی تقویت می‌گردد.

مسؤولیت‌پذیری در سبک زندگی حرفه‌ای پرستار، جوهره‌ای بنیادین است. گریز از آن آشفتگی، بی‌نظمی و

مراقبت‌های پرستاری، افزایش همکاری و مشارکت گروهی و ایجاد نگرش مثبت نسبت به حرفه پرستاری از مهم‌ترین مواردی هستند که باید به آن‌ها توجه شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی شماره ۹۴۸۹ مورخ ۱۳۸۸/۱۰/۱۲ و جلسه کمیته اخلاق ۱۳۸۸/۱۱/۱۱ دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به دلیل حمایت مالی و از مشارکت‌کنندگان به دلیل بیان تجارب ارزنده خویش تشکر و قدردانی می‌نمایند. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از همکاران محترمی که در امر بازنگری و اصلاح کدها پژوهشگران را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

«مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه پرستاران، پزشکان، بیماران و همراهان آن‌ها چیست؟» را نتیجه گرفت. نتایج حاکی از آن است که مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری «رفع نیازهای بیماران از طریق مراقبتی هدفمند همراه با ارتباط مناسب، حمایت، احترام متقابل و مسؤلیت‌پذیری و پاسخگویی» می‌باشد.

بنابراین برای افزایش آرایه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت بالا باید اقداماتی جهت رفع موانع موجود و ارتقای تسهیلات لازم از سوی دست‌اندرکاران صورت گیرد. تخصیص برنامه زمانی بیشتر به آموزش این مفهوم در تمامی مقاطع تحصیلی پرستاری که در بستر فرهنگی کشور ایران تعریف شده است. آموزش مداوم در عرصه‌های بالینی، ایجاد شرایط و امکانات لازم، افزایش تعداد نیروی انسانی کافی، تغییر روش‌های آرایه

References

- Zagheri Tafreshi M. Designing quality assurance model for clinical nursing services in Iran. [Thesis]. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services; 2007.
- Pazargadi M, Azadi Ahmadabadi Gh. Quality and quality assessment in universities and assembly of high education. 1st ed. Tehran, Iran: Boshra; 2007.
- Marquis BL, Huston CJ. Leadership roles and management functions in nursing theory and application. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p. 518.
- Hoy WK, Miskel CG. Educational administration: theory, research, and practice. 8th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2007.
- Dabirian A, Zolfaghari H, bedSaidi Zh, AlaviMajd H. Views of AIDS patients regarding nursing care quality in healthcare centers affiliated to Shaheed Beheshti and Tehran Universities of Medical Sciences. J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci 2008; 18(61): 40-5.
- Cohen-Mansfield J, Jensen B. Physicians' perceptions of care in the nursing home and of strategies for improvement in a survey on treatment of behavior problems. J Am Med Dir Assoc 2008; 9(9): 633-40.
- Sidani S, Doran DM, Mitchell PH. A theory-driven approach to evaluating quality of nursing care. J Nurs Scholarsh 2004; 36(1): 60-5.
- Lee LL, Hsu N, Chang Sh-Ch. An evaluation of the quality of nursing care in orthopaedic units. Journal of Orthopaedic Nursing 2007; 11(3-4): 160-8.
- Kunaviktikul W, Anders RL, Srisuphan W, Chontawan R, Nuntasupawat R, Pumarporn O. Development of quality of nursing care in Thailand. J Adv Nurs 2001; 36(6): 776-84.
- Navuluri RB. Integrated quality improvement program in patient care. Nursing & Health Sciences 1999; 1(4): 249-54.
- Long LE. Imbedding quality improvement into all aspects of nursing practice. Int J Nurs Pract 2003; 9(5): 280-4.
- Burhans LM, Alligood MR. Quality nursing care in the words of nurses. J Adv Nurs 2010; 66(8): 1689-97.
- Pazargadi M, Zagheri Tafreshi M, Abed Saeedi Z. Nurses' perspectives on quality of nursing care: a qualitative study. Pejouhesh 2007; 31(2): 147-53.
- Houser J. Nursing research, reading, using, and creating evidence. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Learning; 2008.
- Parvizi S, Salsali M, Adib HajBagheri M. Qualitative Research. Tehran, Iran: Boshra; 2007.
- Burns N, Grove SK. Understanding nursing research: building an evidence-based practice. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders; 2010.

17. Streubert Speziale HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing*. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
18. Charalambous A, Papadopoulos IR, Beadsmoore A. Listening to the voices of patients with cancer, their advocates and their nurses: A hermeneutic-phenomenological study of quality nursing care. *Eur J Oncol Nurs* 2008; 12(5): 436-42.
19. Attree M. Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. *J Adv Nurs* 2001; 33(4): 456-66.
20. Ahmadi F, Nobahar M, Alhani F, Falahi Khoshknab M. Perspectives of retired nurses on factors that affect quality of nursing care. *Hayat* 2011; 17(1): 24-34.
21. Parsa Yekta Z, Nikbakht Nasrabadi AR. Caring, a concept analysis. *Modares J Med Sci Pathol* 2004; 7(2): 31-9.
22. Atashzadeh Shoorideh F, Ashktorab T. Factors influencing implementation of nursing process by nurses: A qualitative study. *Knowledge & Health* 2011; 6(3): 16-23.
23. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2009; 65(7): 1509-17.
24. Dehghan NN, Nazari AA, Salsali M, Ahmadi F, Adib HM. Iranian staff nurses' views of their productivity and management factors improving and impeding it: a qualitative study. *Nurs Health Sci* 2006; 8(1): 51-6.
25. Oshvandi Kh, Zamanzadeh V, Ahmadi F, Fathi-Azar E, Anthony D, Harris T. Barriers to nursing job motivation. *Research Journal of Biological Sciences* 2008; 3(4): 426-34.
26. Tafreshi MZ, Pazargadi M, Abed Saeedi Z. Nurses' perspectives on quality of nursing care: a qualitative study in Iran. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2007; 20(4): 320-8.
27. Storesund A, McMurray A. Quality of practice in an intensive care unit (ICU): a mini-ethnographic case study. *Intensive Crit Care Nurs* 2009; 25(3): 120-7.
28. Adriaansen M, Van AT, Borm G. The usefulness of the Staff-Patient Interaction Response Scale for palliative care nursing for measuring the empathetic capacity of nursing students. *J Prof Nurs* 2008; 24(5): 315-23.
29. Mahmoodishan Gh, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Moral themes in the lifestyle of professional nurses: a qualitative study of the inductive method of content analysis. *J Med Ethics Hist Med* 2009; 2(4): 65-78.
30. Hallin K, Danielson E. Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: a qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(7): 1221-30.
31. Morse JM, Solberg SM, Neander WL, Bottorff JL, Johnson JL. Concepts of caring and caring as a concept. *ANS Adv Nurs Sci* 1990; 13(1): 1-14.
32. AbuAlRub RF. Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36(1): 73-8.
33. Brown CL. A theory of the process of creating power in relationships. *Nursing Administration Quarterly* 2002; 26(2): 15-33.
34. Salsali M, Noktedan H, Zagheri Tafreshi M, Mehrdad N, Maddah BS, Cheraghi MA. *General standards of care and professional nursing*. Tehran, Iran: Mehr Ravash; 2011.
35. RezayeeKargar F. Advocacy: An important role for a nurse. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2005; 15(48): 11-8.
36. Sadeghi T, Dehghan Nayeri N. Dignity of patient: a literature review. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2009; 3(1): 9-19.
37. Woolhead G, Tadd W, Boix-Ferrer JA, Krajcik S, Schmid-Pfahler B, Spjuth B, et al. "Tu" or "Vous?" A European qualitative study of dignity and communication with older people in health and social care settings. *Patient Educ Couns* 2006; 61(3): 363-71.
38. Matiti MR, Trorey GM. Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *J Clin Nurs* 2008; 17(20): 2709-17.
39. Slettebo A, Caspari S, Lohne V, Aasgaard T, Naden D. Dignity in the life of people with head injuries. *J Adv Nurs* 2009; 65(11): 2426-33.
40. Schluter J, Seaton P, Chaboyer W. Understanding nursing scope of practice: a qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2011; 48(10): 1211-22.
41. Clancy A, Svensson T. 'Faced' with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. *Nurs Philos* 2007; 8(3): 158-66.
42. Gallagher RM, Rowell PA. Claiming the future of nursing through nursing-sensitive quality indicators. *Nurs Adm Q* 2003; 27(4): 273-84.

43. Roussel L, Swansburg RC. Management and leadership for nurse administrators. 6th ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2006.
44. Bolton LB, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Nelson MS, Harms D. Nurse staffing and patient perceptions of nursing care. *J Nurs Adm* 2003; 33(11): 607-14.
45. White AH. Clinical decision making among fourth-year nursing students: an interpretive study. *J Nurs Educ* 2003; 42(3): 113-20.
46. Lim J, Downie J, Nathan P. Nursing students' self-efficacy in providing transcultural care. *Nurse Educ Today* 2004; 24(6): 428-34.
47. Hagbaghery MA, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nurs* 2004; 3(1): 2.

The Concept of Nursing Care Quality from the Perspective of Stakeholders: A Phenomenological Study

Foroozan Atashzadeh Shoorideh¹, Mehrnoosh Pazargadi², Mansoureh Zagheri Tafreshi¹

Received date: 30.06.2012

Accept date: 04.09.2012

Abstract

Introduction: Quality in health care has various aspects, definitions, and interpretations. According to diverse definitions of nursing care quality in different cultures, this study explored the meaning of nursing care quality from the stakeholders' point of view.

Method: This study employed a hermeneutic phenomenological approach to depict the lived experiences of nurses, doctors, and patients and their relatives about nursing care quality. Data was collected through deep individual interviews and observations. The collected data was then analyzed using Diekelmann's seven-stage method.

Results: We performed individual interviews with six doctors, 10 nurses, and 22 patients. Moreover, 20 patient relatives were interviewed in a focus group. The first stage of data analysis revealed 2312 initial codes. The ongoing process of analysis, comparison, and reductions resulted in a final number of five themes and 22 subthemes. Doctors, nurses, and patients and their relatives defined the concept of nursing care quality as "meeting the needs of patients through purposeful care and appropriate relationships, support, mutual respect, responsibility, and accountability".

Conclusion: Nursing managers must identify strategies to support and provide better nursing care which reflects purposeful care, nursing responsibility, appropriate relationships, and patient respect and support for all clients. These findings may also be used by nursing educators to improve nursing curricula.

Keywords: Nursing care quality, Hermeneutic phenomenology, Nurse, Doctor, Patient.

Type of article: Original article

Citation: Atashzadeh Shoorideh F, Pazargadi M, Zagheri Tafreshi M. **The Concept of Nursing Care Quality from the Perspective of Stakeholders: A Phenomenological Study.** Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2012; 1(3): 214-228

1- Assistant Professor, Department of Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Mansoureh Zagheri Tafreshi PhD, Email: m.z.tafreshi@sbm.ac.ir