

تحلیل مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری در بستر بیماری‌های مزمن قلبی، بر اساس مدل هیبرید

محمد غلامی^۱، دکتر فرحناز محمدی^۲، دکتر مسعود فلاحی^۳، دکتر سادات سید باقر مداح^۴،
دکتر فضل اله احمدی^۵، دکتر فروغ رفیعی^۶، دکتر حمیدرضا خانکه^۷

تاریخ دریافت 1391/11/03 تاریخ پذیرش 1392/01/20

چکیده

پیش زمینه و هدف: کیفیت مراقبت پرستاری، مفهومی چند بعدی، مبهم و مرتبط با سیستم مراقبت سلامت و بیماری‌ها است و در کل جهان روی اهمیت و ارتقاء آن در بیماری‌های مزمن تمرکز شده است. هدف از این مطالعه، روشن سازی مفهوم کیفیت مراقبت در بستر بیماری‌های مزمن قلبی و شناخت عمیق تر معنا، ویژگی‌ها، پیشایندها و پیامدهای آن در پرستاری است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه، تحلیل مفهوم به روش هیبرید در سه مرحله انجام شد. در مرحله نظری متن کامل ۱۱۰ مقاله مرتبط موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی جهاد دانشگاهی، Elsevire، pubMed،CINAHL، Blackwel، از ۱۹۹۰ تا سپتامبر ۲۰۱۱ ارزیابی و تحلیل شدند. در مرحله کار در عرصه مصاحبه از شش مشارکت کننده شامل بیمار، پرستار و متخصص قلب انجام شد و نتایج بعد از ضبط دیجیتال و گوش دادن به آن‌ها، دست‌نویس شد و تحلیل محتوی کیفی صورت گرفت. در مرحله نهایی از تلفیق دو مرحله قبلی، تحلیل کلی انجام شد.

یافته‌ها: براساس مرور متون، تعریف عملیاتی زیر مطرح شد: فرآیند مداوم ارائه مراقبت ایمن و بیمار-محور که براساس ارتباط درمانی و پرستاری مبتنی بر شواهد، با تکیه بر نظریه، تخصص و اخلاق پرستاری، طی مشارکت خانواده و تیم توان بخشی و با مدیریت مستمر، منجر به ارتقاء سلامت، اثربخشی هزینه، انتقال و مرگ آرام شود. از مهم ترین پیشایندهای مفهوم، می‌توان عوامل سازمانی، واحد پرستاری، محیط بیمار و خدمت اشاره کرد. همچنین پیامدهای کیفیت مراقبت قلبی، در پنج طبقه شامل: سطح سلامت، توانایی عملکردی، رضایت بیمار و پرستار، اثربخشی هزینه و فرآیندهای مطلوب قرار گرفتند

بحث و نتیجه گیری: نتایج این مطالعه مطرح می‌کند که مدیریت مداوم و مبتنی بر شواهد بیماری، بهبود دانش بیماران از شرایط خود و توجه به ابعاد روانی-اجتماعی مراقبت، نقش مهمی در ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری در بیماری‌های قلبی دارند.

کلید واژه‌ها: تحلیل مفهوم، کیفیت مراقبت پرستاری، بیماری‌های مزمن قلبی، مدل هیبرید

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره سوم، پی در پی 44، خرداد 1392، ص 211-199

آدرس مکاتبه: تهران، ولنجک، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، دپارتمان پرستاری، تلفن ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۳۶

Email: f_mohammadi_2000@yahoo.com

مقدمه

است (۱، ۲). در پاسخ به چالش ایجاد شده، بهبود کیفیت مراقبت پرستاری که موضوعی جدایی ناپذیر با حرفه پرستاری است، ضروری به نظر می‌رسد (۳، ۴). اما هر تلاشی برای بهبود کیفیت مراقبت پرستاری در بیماری‌های مزمن قلبی، باید با تعریف مفهوم "کیفیت مراقبت" شروع شود (۱).

امروزه با توجه به گستردگی ابتلا، مرگ و میر و بار اجتماعی اقتصادی ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی و همچنین نقایصی که در ارائه مراقبت به بیماران قلبی وجود دارد، ارتقاء کیفیت مراقبت قلبی به عنوان یک چالش عمده، جهت دستیابی به سلامت جهانی مورد تاکید سازمان جهانی بهداشت و موسسه پزشکی قرار گرفته

^۱ دانشجوی دکتری آموزش پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

^۲ دکتری پرستاری سالمندی، عضو مرکز تحقیقات مسائل روانی اجتماعی سالمندان، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

^۳ دکتری روان پرستاری، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

^۴ دکتری آموزش پرستاری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

^۵ دکتری آموزش پرستاری، استاد دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران

^۶ دکتری آموزش پرستاری، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

^۷ دکتری آموزش پرستاری، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

پرستاری یک مفهوم وابسته به بستر^۷ است و تحت تأثیر بافت فرهنگی (۵)، ارزش‌ها و سیستم مراقبت سلامت (۴) است و امروزه به دلیل حرکت دانش پرستاری عمومی به سمت پرستاری تخصصی این مفهوم به صورت مرتبط با بیماری و یا عرصه مراقبتی بررسی و تبیین می‌شود (۱۷-۱۴) از سویی با توجه به گستردگی بیماری‌های مزمن قلبی و عدم تبیین مراقبت‌های مورد نیاز و مطلوب برای این بیماران (۱۱) و شکافی که در ارائه مراقبت بهینه به این بیماران وجود دارد (۱۸)، همچنین منحصر بودن نیازهای مراقبتی آن‌ها از مرحله حاد تا تسکین و ماهیت نوسانی این بیماری‌ها (۱۹) شواهدی از مفهوم پردازشی کیفیت مراقبت پرستاری بر اساس دیدگاه پرستاران و بیماران قلبی وجود ندارد (۱۱). برای وضوح مفاهیمی که در بالین به طور غیر شفاف استفاده می‌شوند، الگوهایی نظیر الگوی هیبرید وجود دارد، این الگو برای تحلیل مفاهیم در مراحل اولیه توسعه یک تئوری استفاده می‌شود و از آنجا که در این الگو، از تحلیل نظری و مشاهدات تجربی استفاده می‌شود، لذا بیشترین کاربرد را برای پرستاری دارد و همان‌طور که مفاهیم به طور مداوم تغییر می‌کنند و معنای آن‌ها در ارتباط با زمان و بستر دچار تغییر می‌شود و همچنین با توجه به اینکه، دیدگاه‌ها در مورد کیفیت، توسط فلسفه رایج و تغییر اولویت‌های مراقبت سلامت و جو سیاسی اقتصادی شکل داده می‌شود (۲۱-۲۰) لازم است، کیفیت مراقبت پرستاری در بیماری‌های مزمن قلبی با رویکرد هیبرید و در بستر سیستم مراقبت سلامت ایران تحلیل شود. با عنایت به اینکه شفاف سازی ابعاد و خصوصیات مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری، در تعیین معیارها و استاندارد سازی ابزارهای سنجش کیفیت مراقبت در بیماری‌های قلبی، کمک کننده خواهد بود، پژوهشگران بر آن شدند تا در این مقاله با هدف تحلیل مفهوم، تعریف عملیاتی و ارجاعات تجربی، به این امر و رشد شاخه جوان علم پرستاری قلبی-عروقی کمک کنند.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه برای تحلیل مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری در بیماری‌های مزمن قلبی از الگوی هیبرید استفاده شده است. این الگو از سه مرحله نظری مروری بر مطالعات، کار در عرصه و تحلیل نهایی تشکیل شده است (۲۲). هدف اصلی مرحله نظری، ایجاد و تکامل بستری مناسب جهت تحلیل عمقی و تعریف مجدد مفهوم در مراحل بعد می‌باشد. در پایان این مرحله محقق تعریف عملیاتی را برای مرحله کار در عرصه مشخص می‌نماید. اهداف مرحله کار در

کیفیت مراقبت پرستاری مفهومی پویا و اندازه گیری آن مشکل است و ذی‌نفعان آن را به طور متفاوت تفسیر می‌کنند (۵). طبق مطالعات دونابدین^۱ هسته اصلی این تعاریف، تعادل بین فواید و خطرات سلامت است (۶). در مطالعه کیفی بازارگادی و همکاران، کیفیت مراقبت پرستاری این گونه توصیف شده: ارائه خدمات ایمن و مطابق با استانداردهای پرستاری به مددجو، به گونه ایی که منجر به رضایت بیمار گردد (۷). کیفیت مفهومی ذهنی و وابسته به -ذی‌نفعان^۲، محسوب می‌شود به طوری که از منظر بیماران، مترادف با ارتباطات بین فردی، مهربانی و پاسخگویی پرستار می‌باشد (۸). به نقل از گانسر و الیگود^۳ دو منبع اصلی جدا، ولی مکمل هم برای تعریف کیفیت مراقبت پرستاری، بیمار و پرستار هستند. با این حال در بیشتر مطالعات دیدگاه بیماران بررسی می‌شود (۴). در مطالعه شفیع پور و همکاران، از نگاه بیماران جراحی قلب، کیفیت مراقبت پرستاری به معنی آسودگی و امنیتی است که از رابطه انسانی با پرستار و حضور و پایش مداوم پرستار ایجاد می‌شود (۹). در مطالعه ماداکس^۴ و همکاران مراقبت پرستاری مناسب برای ارتقاء سلامت قلب به صورت ثبت و مستندسازی مراقبت‌های بالینی، ارائه مراقبت اخلاقی و مشارکت دادن بیماران در تصمیمات درمانی تعریف شده است (۱۰). هر یک از مطالعات یاد شده توانسته‌اند وجوهی از ابعاد پیچیده مفهوم کیفیت مراقبت را شفاف کنند اما هنوز شکاف‌هایی در توصیف و شناسایی این مفهوم وجود دارد، از سویی با توجه به محدود بودن مطالعات مربوط به درک و تحلیل مفهوم کیفیت مراقبت در بیماری‌های مزمن قلبی (۸)، جهت وضوح هرچه بیش تر مفهوم، باید نظرات بیماران و پرستاران در تحلیل این مفهوم، مد نظر قرار گیرد (۴) تا با شناخت دقیق تر دیدگاه‌های آن‌ها از مفهوم کیفیت مراقبت خوب، بتوان به توسعه بیشتر مداخلات بالینی و مدیریت بیماری‌های مزمن کمک کرد (۱۱). البته در برخی مطالعات مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری تبیین و تحلیل شده است اما بیشتر این مطالعات در مرحله تحلیل نظری انجام شده و درک مشخصات مراقبت مطلوب، به خاطر نبود مشاهدات تجربی، محدود بوده است و تعریفی عملیاتی برای آن ارائه نشده است (۱۲) و یا به عوامل مرتبط با-رویه^۵، یا مرتبط با-بیماری^۶ نظیر نیاز اطلاعاتی در مدیریت بیماری قلبی توجهی نشده است (۱۳). در مطالعات مشخص شده که کیفیت مراقبت

¹ donabedian

² Stakeholder-specific

³ Gunther and Alligood

⁴ Maddocks

⁵ Procedure-related

⁶ Disease-related

⁷ Context specific

عرصه تقویت و پالایش مفهوم شکل گرفته در مرحله اول، از طریق توسعه و تلفیق آنالیز انجام شده در مرحله اول با مشاهدات تجربی موجود است و از نظر زمانی با مرحله اول همپوشانی دارد و روی جزء تجربی فرآیند تاکید دارد. در این مرحله به منظور تحلیل کامل تر مفهوم مورد نظر از روش جمع آوری کیفی داده‌ها استفاده می‌شود. مرحله سوم شامل ترکیب نمودن تحلیل نظری همراه با بینش و بصیرت‌های کسب شده از مشاهدات تجربی و گزارش یافته‌ها می‌باشد (۲۳).

۱- مرور مطالعات: مرحله نظری

در مرحله مروری بر ادبیات، کلیه پایگاه‌های اطلاعات الکترونیک معتبر در دسترس مانند اسکوپوس^۱، سیناهل^۲، مدلاین^۳، پاپ مد^۴، به لک ول^۵ و الزویر^۶ و پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی^۷ با کلید واژه‌های quality of care, heart disease, chronic disease, nursing care کیفیت مراقبت و پرستاری قلبی عروقی در عنوان و چکیده مقالات جستجو شدند. جستجوی وسیع شامل یک دوره ۲۱ ساله از ۱۹۹۰ تا سپتامبر ۲۰۱۱ در پایگاه‌های مذکور انجام شد سپس داده‌ها بر اساس رویکرد چند حرفه ایی از حوزه‌های پرستاری و علوم سلامت انتخاب شدند. در مجموع ۳۰۰ مقاله یافت شد و پس از بررسی آن‌ها، ۱۱۰ مقاله مرتبط با مفهوم انتخاب شدند و متن کامل مقالات انتخابی، بررسی شد. مقالات محدود به زبان انگلیسی و فارسی بازنگری شدند و مشخص شد که مطالعات عمدتاً روی ارتباط بین متغیرها، کشف تجربه زنده بیماران مزمن قلبی و پیروی از دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد تمرکز دارند. با توجه به چارچوب مفهومی دونا بدین در خصوص مفهوم کیفیت مراقبت، که شامل ساختار، فرآیند و پیامدهای مراقبت سلامت است (۳)، مقالات انتخابی بر اساس این چارچوب جهت بازنگری دسته بندی شدند. مرور متون نشان داد که مفهوم کیفیت مراقبت یک مفهوم پیچیده و چند-بعدی است (۲۴). واژه کیفیت از واژه لاتین Qualitas یا Qualis به معنی "چه نوع" گرفته شده است (۲۱). در فرهنگ لغت آکسفورد کیفیت دارای معانی: تعالی، ارشدیت، استاندارد، ویژگی چیزی، بخشی از شخصیت مثل صداقت (۲۵)، موقعیت اجتماعی بالا و طنین صدا است (۱۲). کیفیت با مفاهیمی مثل چرخه، بهبود و مدیریت کنترل مرتبط است (۱۶).

به گفته ون منن^۸ کیفیت مراقبت به عنوان مفهومی تیره و خنثی است، همچنین به گفته نیلسن^۹ واژه‌هایی مثل تضمین کیفیت، استانداردهای مراقبت و کنترل کیفیت اغلب به عنوان جایگزین کیفیت استفاده می‌شوند (۳). در حوزه سلامت قلب مشخصات کیفیت مراقبت پرستاری به صورت پیروی از دستورالعمل‌های استاندارد (۱) تشخیص، بررسی اولیه، واکسیناسیون، عناصر مورد نیاز مراقبت، مدیریت دارویی (۱۰) مشارکت دادن بیمار، دریافت اطلاعات کافی، رویکردهای حساس به نیاز بیمار، زمان بندی مناسب تجویز داروها (۲۶)، برنامه ریزی مراقبت پیشرفته، تسهیل فرآیند انتقال، آگاه کردن از تشخیص، پیش آگهی و گزینه‌های درمانی، مراقبت همدلانه، ارتباط موثر (۲۷)، تعیین مشکل (۲۸)، توان بخشی با حفظ استقلال، مراقبت مددجو-محور، برنامه ریزی ترخیص با درگیری خانواده و بازنگری مراقبت طبی، تعیین شده است (۲۹، ۲۷). مرور مطالعات نشان داد که معنای مراقبت قلبی بیشتر مبتنی بر مراقبت کل نگر و فنی می‌باشد و بر این اساس، ابتدا مشخصات، سپس پیش آینده‌ها و پیامدهای مربوط به مفهوم مورد مطالعه به صورت زیر مطرح می‌شود.

مشخصات: مراقبت بیمار محور، خانواده محور، اخلاقی، ایمن، کل نگر، تخصصی (ماهرانه)، مبتنی بر شواهد، درمانگرانه و مبتنی بر فرآیند پرستاری، مدیریت شده، مبتنی بر اصول ارتباط درمانی و مداوم همراه با ارائه اطلاعات ساختارمند، از ویژگی‌های اصلی کیفیت مراقبت پرستاری در بستر بیماری‌های مزمن قلبی هستند. اولین مشخصه داشتن صلاحیت در مراقبت از بیماران قلبی است. طبق تعریف الکساندر و رانسیمین^{۱۰} شایستگی انعکاسی از ترکیب اجزای زیر است: دانش، درک و قضاوت ب: محدوده‌ای از اجزای مهارت‌های شناختی، تکنیکی و بین فردی ج: محدوده‌ای از صفات و نگرش شخصی (۳۰، ۲۲). بر اساس مطالعه باقری، شایستگی دارای ابعادی نظیر معنویت، اخلاق، فرهنگ، پژوهش، انگیزش، برنامه ریزی و تفکر انتقادی می‌باشد (۲۲). مشخصه دوم مراقبت بیمار-محور است. در مطالعه گرتیس^{۱۱} و همکاران این مراقبت دارای هفت بعد زیر می‌باشد: احترام به ارزش‌ها و ترجیحات، هماهنگ کردن و یکپارچگی مراقبت، برقراری ارتباط و ارائه اطلاعات، فراهم کردن آسایش جسمی و حمایت عاطفی، درگیر کردن بیمار و خانواده در تصمیم گیری و اطمینان از فرآیند انتقال و تداوم مراقبت (۳۱). مشخصه سوم مراقبت مبتنی بر شواهد است، ساکت^{۱۲} و همکاران مراقبت مبتنی بر شواهد را

¹ SCOPUS

² Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)

³ MEDLINE

⁴ pubmed

⁵ Blackwel

⁶ Elsevire

⁷ Scientific Information Database(SID)

⁸ Van Maanen

⁹ Nielsen

¹⁰ Alexander and Runciman

¹¹ Gerteis and et al

¹² Sackett and et al

سازگاری با خط سیر^۶ بیماری است (۲۰). ویژگی دیگر اطلاعات ساختارمند درون مراقبت پیگیر است. در پرستاری قلب، این مراقبت، فرآیندی هدفمند، فردی، پویا و مداوم است که با بررسی نیازها و سطح آموزش بیماران، توجه به بستر فرهنگی و اعتقادی آن‌ها و مبتنی بر مدل تعاملی هرمنیوتیک و عمدتاً از طریق تماس مستقیم، تله نرسینگ، مربیگری تلفنی و با مشارکت خانواده اجرا می‌شود (۳۷-۴۴). مشخصه دیگر مراقبت اخلاقی است. مراقبت اخلاقی دارای فرآیندی تکاملی بوده و دارای مضامین مسغولیت پذیری، روابط عاطفی-روانی، معیارهای ارزشی-اخلاقی، تقابل کار-زندگی و عدالت است (۴۵). بنر^۷ اخلاق در پرستاری را در پاسخ دهی به بیماران، حفظ آن‌ها از آسیب و آسایش خانواده توصیف می‌کند (۴۶) و دارای چهار بعد استقلال، عدالت، عدم صدمه و سودمندی است (۴۷، ۴۵). مشخصه نهایی مراقبت خانواده-محور است. این مراقبت روش برنامه ریزی مراقبت برای کل خانواده است. عناصر مراقبت خانواده-محور شامل شناخت خانواده و پتانسیل‌های آن، تسهیل مشارکت خانواده و بیمار، احترام به فرهنگ و ارزش‌های خانواده و شیوه‌های سازگاری آن‌ها، به اشتراک گذاشتن اطلاعات با خانواده، حمایت روانی-عاطفی و مالی و تشویق به تشکیل شبکه اجتماعی می‌باشد (۴۸).

پیش‌آمده‌ای کیفیت مراقبت پرستاری یا ساختارها در چهار طبقه قرار می‌گیرند^۱ الف: عوامل سازمانی (رسالت، اندازه، تعداد تخت، صلاحیت، منابع مادی و نیروی انسانی چند حرفه‌ای، تعالی مدیریت، ساختار، قدرت، اختیار، هماهنگی، نوع مسغولیت، ارتباطات موثر و ساختارهای حمایت، دلگرمی پرسنل، رضایت، گردش کارکنان، نگرش، غیبت) ب: عوامل مربوط به واحد پرستاری (وجود فلسفه پرستاری و مدل‌ها یا تئوری‌های مراقبت: - مثل تئوری خود مراقبتی اورم، تئوری سازگاری روی، تئوری انتقال بیمار، مدل مراقبت خانواده محور، مدل توانمندسازی بیمار- توسعه حرفه‌ای در توان‌بخشی قلب، مسغولیت پذیری، رهبری و نظارت، الگوی طراحی و کارگزینی، زمان مراقبت، آموزش، تسهیلات فیزیکی، بودجه، سیستم ثبت الکترونیک پزشکی-تجهیز به سیستم تله مانیتورینگ و تله نرسینگ) ج: عوامل مربوط به محیط بیمار(فیزیکی): وجود بیمارستان‌ها و کلینیک‌های خاص مراقبت قلبی، مراکز توان‌بخشی، حفظ و تعمیر، پاکیزگی، اتمسفر) د: عوامل مربوط به خدمت (برابری، ارتباط با نیاز، مقبولیت اجتماعی، جامع‌نگری، تداوم، هماهنگی، اثربخشی، کارایی و صرفه جویی).

پیامدهای کیفیت مراقبت پرستاری در بیماری‌های مزمن قلبی در پنج طبقه قرار می‌گیرند^۲ الف- سطح سلامت: ناتوانی، آسایش و

کاربرد نتایج بهترین تحقیقات همراه با دانش، تخصص، تجارب بالینی و نیز توجه به ارزش‌های بیمار دانسته‌اند و در مطالعه ادیب، برای ماهیت شواهد، پنج زیر طبقه "دانش بیمار"، "دانش محیطی"، "دانش آموخته شده"، "دانش عملی" و "دانش تحقیقی" تعیین شد (۳۲). مشخصه چهارم مراقبت مدیریت شده است. بر اساس مرور متون اجزاء مراقبت مدیریت شده شامل: ارائه مراقبت در کلینیک پرستار-راهبر به صورت چند رشته‌ای (۳۳-۳۵)، بررسی جامع نیازها (۳۶)، برنامه ریزی ترخیص، هماهنگی مراقبت (۳۷)، مشارکت اعضا تیم و خانواده، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، استفاده از سیستم الکترونیک ثبت اطلاعات بالینی، مستند سازی، پشتیبانی (۳۸)، سازماندهی مراقبت، ارزشیابی، مدیریت موردی (۳۴) و سیستم مهندسی مجدد است (۳۹). مشخصه پنجم، مراقبت مبتنی بر فرآیند پرستاری است. طبق الگوی دونابدین یک رابطه خطی بین فرآیند درست با پیامد درست و مداخلات درمانی وجود دارد (۲۸). در مرور متون مداخلات درمانی شامل: نوشته‌های درمانی^۱، مراقبت آسایشی، شوخ طبعی، موسیقی، حضور پرستار، حضور در لحظه^۲، لمس درمانی، مدیریت اطلاعات و مدیریت عاطفی مطرح شده است (۴۰). مشخصه ششم مراقبت ایمن است. مراقبت ایمن دارای سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی است و در پرستاری قلب به شکل تبعیت از پروتکل‌های مبتنی بر شواهد و اجرای آن‌ها در عمل، پیروی از اصول فرآیند پرستاری، خطای کمتر در ارائه مراقبت، کاهش تنوع در ارائه مراقبت‌ها و عدم فراموش کردن مراقبت‌های ضروری توصیف شده است (۴۱). مشخصه هفتم، ارتباط درمانی است. ملیس می‌نویسد که ارتباط یکی از مفاهیم مرکزی در پرستاری است و به نقل از فاکتر توانایی در مراقبت از بیمار، در قلب برقراری ارتباط موثر قرار دارد. (۴۲) ارتباطات بر اساس چهار ویژگی اعتماد، احترام متقابل، حمایت و ارتباطات صادقانه و باز است. وقتی این چهار ویژگی باشد، ارتباط پرستار-بیمار با خود-شناسی^۳ و خود-مراقبتی، پرورش می‌یابد (۴۳). مشخصه هشتم مراقبت کل نگر است. مراقبت کل نگر ریشه در مفاهیم یونانی سلامت و شفا دارد. براساس تعریف انجمن پرستاران کل نگر آمریکا^۴ مراقبت کل نگر، به عنوان حالتی از ایجاد هارمونی بین جسم، ذهن، عواطف و روح در محیطی که پیوسته در حال تغییر است، اطلاق می‌شود. محور پرستاری کل نگر قلبی، توانمندسازی بیمار جهت بهبود کیفیت زندگی و

¹ letters

² presence

³ Mindfulness

⁴ Self-knowing

⁵ American Holistic Nurses Association

⁶ Trajectory

⁷ Benner

آرامش، حفظ سلامت، مرگ آرام، حل مشکل، کسب هدف، توان‌بخشی، بقاء، کنترل علائم و مدیریت درد، کنترل بیماری، نداشتن اضطراب و افسردگی ب- توانایی عملکردی: عملکرد جسمی روانی و اجتماعی، توانایی مراقبت از خود، دانش سلامت بیمار، انگیزش، مهارت و کاهش استرس، خود-مدیریتی، سازگاری، استقلال، خود-پاشی، خود-شکوفایی، خود-کارآمدی و انجام فعالیت‌های روزمره زندگی ج- رضایت بیمار و پرستار: دستیابی، عوارض، تمجید و تکریم، برقراری ارتباط و وقت گذاشتن د- اثربخشی هزینه: سود، ارتقاء کیفیت زندگی، میزان بستری مجدد، هزینه صحیح ه- فرآیندهای مطلوب: تجویز صحیح داروها، ثبت کردن، خدمات هماهنگ شده و مدیریت درد، تبعیت صحیح از رژیم درمانی و مراقبتی، انتقال اصولی از بیمارستان به منزل.

تعریف عملیاتی: براساس مرور متون، مشخصات، پیش‌آیندها و پیامدها، تعریف عملیاتی زیر مطرح شد: فرآیند مداوم ارائه مراقبت ایمن، کل نگر و بیمار-محور که براساس ارتباط درمانی و فرآیند پرستاری مبتنی بر شواهد، با تکیه بر نظریه، تخصص و اخلاق پرستاری، طی مشارکت خانواده و تیم توان‌بخشی قلب و با مدیریت مستمر، منجر به ارتقاء سلامت، تبعیت از رژیم درمانی، رضایتمندی پرستار/بیمار، اثربخشی هزینه، انتقال راحت و مرگ آرام شود.

۲- مرحله کار در عرصه

مشارکت کنندگان: مرحله کار در عرصه با جمع‌آوری داده‌های بالینی شروع شد. به نقل از شوارتز و کیم^۱ در الگوی هیبرید زمانی که واحد تحلیل در سطح فردی باشد، تعداد ۳-۶ فرد مناسب است (۴۹). با توجه به ماهیت مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری و کسب یک دیدگاه جامع از مفهوم مورد نظر، مشارکت کنندگان از بین بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و پرستاران و پزشکان درگیر در مراقبت از بیماران قلبی، انتخاب شدند. شش مشارکت کننده شامل دو بیمار، دو پرستار، یک سوپروایزر آموزشی و یک متخصص قلب و عروق برای مرحله کار در عرصه انتخاب شدند. آن‌ها شامل سه زن و سه مرد با میانگین سنی ۴۰ سال بودند (از ۳۲ تا ۶۸ سال)، همچنین سه نفر از آن‌ها مجرد و سه نفر متأهل بودند. سه نفر دارای تحصیلات تکمیلی، یک نفر دارای لیسانس و دو نفر دارای مدرک دیپلم بودند.

روش و زمان جمع‌آوری داده‌ها: بعد از کسب رضایت آگاهانه، داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق نیمه ساختاری با مشارکت کنندگان کسب شد. متن مصاحبه‌ها به طور دیجیتالی ضبط و در همان روز کلمه به کلمه تایپ و به عنوان داده اصلی تحقیق

استفاده شد. مصاحبه با هر مشارکت کننده در ۲-۱ جلسه و در یک اتاق خصوصی در محل کار مراقبین سلامت یا کنار تخت بیمار در دو بیمارستان تخصصی قلب در شهر تهران انجام شد. هر یک از مصاحبه‌ها بین ۶۰-۲۵ دقیقه طول کشید، جمع‌آوری داده‌ها، طی ماه‌های اردیبهشت و خرداد ۱۳۹۰ انجام شد و تحلیل آن‌ها به روش آنالیز محتوی کیفی استقرایی همزمان با جمع‌آوری داده‌ها انجام شد. در این روش، از بکارگیری طبقات از قبل تعیین شده خودداری می‌شود و اجازه داده می‌شود که طبقات و نام آن‌ها از درون داده‌ها استخراج گردد. ابتدا، تحلیل داده‌ها با خواندن مکرر متن برای غوطه‌ور شدن در آن‌ها و یافتن یک حس کلی آغاز می‌شود، سپس متون کلمه به کلمه خوانده می‌شود تا کدها استخراج شوند. پس از آن کدها به داخل طبقات دسته بندی شده و نحوه ارتباطات بین آن‌ها تعیین می‌شود، این طبقه بندی‌ها به منظور خوشه‌های معانی^۲ است (۹، ۷).

در طول مطالعه روش‌های خاصی برای اطمینان از صحت، روایی و پایایی مطالعه، مورد استفاده قرار گرفت. درگیری طولانی مدت محقق، و ارتباط محقق با محل‌های تحقیق، مسوولین مربوطه و مشارکت کنندگان از یک سو به جلب اعتماد مشارکت کنندگان کمک و از سوی دیگر به درک محیط مطالعه توسط محقق کمک کرد. از بازنگری مشارکت کنندگان برای تایید صحت داده‌ها و کدهای استخراج شده استفاده شد. برای بازنگری ناظرین، متن برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر محقق توسط دو نفر از محققین پرستاری مورد بررسی قرار گرفت و ۹۰٪ توافق در میان نتایج استخراج گردیده، وجود داشت. همچنین محقق، یافته‌ها را با برخی از پرستارانی که در تحقیق شرکت نداشتند در میان گذاشت و آن‌ها تناسب یافته‌ها را مورد تایید قرار دادند. در طی تحقیق، رازداری و آزادی شرکت کنندگان برای شرکت در تحقیق یا خروج از آن، رعایت شد و شرکت کنندگان برای ضبط مصاحبه‌ها رضایت داده و نیز حق داشتند تا در هر مرحله که بخواهند از مطالعه خارج گردند و قبل از جمع‌آوری داده‌ها، مسوولین بیمارستان‌ها و مشارکت کنندگان رسماً مشارکت در تحقیق را پذیرفته و مورد موافقت قرار دادند.

یافته‌ها

پیش‌آیندها یا عوامل موثر بر ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری: پیش‌آیندهای کیفیت مراقبت پرستاری در بیماری‌های مزمن قلبی در مرحله نظری، بارها در مرحله کار در عرصه مشاهده و تایید شدند. در زیر به نمونه‌ای از بیانات مشارکت کنندگان اشاره

² Meaningful clusters

¹ Schwartz-Barcolt & Kim

می‌شود: "پرستار از نظر علمی و عملی زبده باشد و قبل از ورود به بخش قلب از امتحان گرفته به شه یا کلاس‌های بازآموزی برایشون بذارن و.. (مشارکت کننده ۳)". در بیانات مشارکت کنندگان، لزوم نیروی انسانی، آموزش‌های تخصصی در زمینه پرستاری قلب، تجربه، تجهیزات و امکانات، انگیزش پرستاران و حمایت مدیران بیشترین عناصری بودند که برای ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری، مطرح شدند. آن‌ها تعریف کیفیت مراقبت پرستاری را بدون در نظر داشتن این عوامل مشکل می‌دانستند.

مشخصات اساسی کیفیت مراقبت پرستاری قلبی: در عرصه مشخصات کیفیت مراقبت قلبی به صورت زیر مشاهده شدند. مراقبت تخصصی (ماهرانه): مراقبت تخصصی در زمینه پرستاری قلب دارای ابعاد دیگری نظیر مراقبت تسکینی، مدیریت درد و کار با تجهیزات پیشرفته است. در عرصه، مشارکت کنندگان مراقبت تخصصی را بیشتر در حمایت عاطفی و ارائه اطلاعات مربوط به رژیم درمانی می‌دانستند. نمونه ایی از بیانات مشارکت کنندگان: "پرستار قلب باید متفاوت باشد، اگر پرستار قلب انسانی و عاطفی کار کنه، پنجاه درصد از تخصصش را جبران کرده (مشارکت کننده ۲)". ارجاعات تجربی در زمینه مراقبت تخصصی، به شکل ارائه اطلاعات تخصصی و عمومی، مدیریت بیماری مزمن، تصمیم گیری درست، حمایت عاطفی و ارتباط مناسب، بررسی نیازهای زیستی و روانی بیمار، تشخیص صحیح بیماری و تجویز صحیح داروهای قلبی بود.

مراقبت بیمار-محور: در عرصه بیشتر ابعاد مراقبت بیمار-محور مطرح شد. نمونه ایی از بیانات مشارکت کنندگان: "مراقبت باید روی مددجو تمرکز کنه مثلاً برای هر کدوم منوی غذایی داشته باشیم (مشارکت کننده ۵)". ارجاعات تجربی برای مراقبت بیمار محور در عرصه شامل تهیه منوی غذایی جدا برای هر بیمار، تأمین رضایت بیمار، برقراری ارتباط به زبان بیمار، مشارکت خانواده در مراقبت، توجه به ارزش و مذهب بیمار، نزدیک شدن به بیمار، استفاده از مترجم، عدم ارائه مراقبت روتین، بررسی و حل فردی مشکلات بیمار و مراقبت به شیوه موردی بود.

مراقبت مبتنی بر شواهد: در عرصه ارائه این نوع مراقبت عمدتاً توسط پرستارانی که تحصیلات تکمیلی داشتند، مطرح شد و یکی از بیماران، به طور ضمنی به تلفیق دروس پرستاری و کاربرد آن‌ها در عمل و استفاده از تجربه دیگران اشاره داشت. نمونه ایی از بیانات مشارکت کنندگان: "مریض دچار مسمومیت شدید با دیگکسین شده بود... ولی با اجرای اصولی روش‌هایی که پزشک معالجش در مقالات جدید خونده بود و به ما گفت، تونستیم بیمارو زنده نگه داریم (مشارکت کننده ۴)". ارجاعات تجربی برای ارائه مراقبت مبتنی بر شواهد در عرصه، از طریق پیروی از راهنماها،

کاربرد نتایج تحقیق پزشکی در عمل پرستاری، توجیه علمی، تلفیق تئوری با عمل و عدم مراقبت روتین بود.

مراقبت مدیریت شده: در مرور متون، مراقبت مدیریت شده هم می‌تواند افقی یعنی از طریق سیستم مراقبتی و سایر تیم‌ها و هم عمودی یعنی ارائه مدیریت موردی و در کلینیک پرستار-راهبر باشد و در مرحله عرصه اهمیت آن مطرح شد. نمونه ایی از بیانات مشارکت کنندگان: "به بخش قلب رفتیم... با اینکه واقعا همش مشغول بودن اما اصلاً مدیریت زمان نداشتیم... سرپرستار نحوه مراقبت رو مانیتور نمی‌کرد (مشارکت کننده ۴)". ارجاعات تجربی به شکل وجود یک سیستم ارجاع و پیگیری، حمایت، مدیریت زمان، ارزیابی، هماهنگی مراقبت و مشارکت تیم مراقبت مشخص شد. مشارکت کنندگان به ثبت اطلاعات الکترونیک، مهندسی مجدد مراقبت و مدیریت موردی بیماران اشاره ایی نکردند.

مراقبت مبتنی بر فرآیند پرستاری: فرآیند مراقبت به عنوان پایه ایی برای تصمیم گیری در پیشگیری از بیماری‌های قلبی-عروقی و مداخلات درمانی استفاده می‌شود. در عرصه مراقبت مبتنی بر فرآیند بیشتر توسط مراقبین حرفه ایی مطرح شد. نمونه ایی از بیانات: "پرستار باید مریض رو بررسی کنه و تشخیص بده آریتمی داشته... دستورات را به موقع اجرا کنه (مشارکت کننده ۶)". ارجاعات تجربی برای مراقبت مبتنی بر فرآیند پرستاری شامل اجرای دقیق دستورات پزشک، بررسی بیمار و محیط بیمار، گرفتن شرح حال، تشخیص پزشکی و پرستاری، تعیین اولویت، مراقبت پزشکی و پرستاری، عدم درمان علامتی، اطلاع رسانی به پزشک و بیمار و حمایت عاطفی بیمار بود.

مراقبت اخلاقی: در مرور متون برای ارائه مراقبت اخلاقی موانعی نظیر کاهش انگیزه پرستار وجود دارد، در مرحله عرصه ابعاد مراقبت اخلاقی و موانع آن مشاهده شد. به عنوان مثال: "پرستارا اشتباه می‌کنن... اما تونستم کاری برای مریض انجام بدهم، مسئول بخش بد برخورد می‌کنه (مشارکت کننده ۳)". ارجاعات تجربی برای مراقبت اخلاقی شامل تأمین خلوت بیمار، توجه به خواسته بیمار درحین بازتوانی و خارج کردن بیمار از تخت، آموزش به بیمار، آشنا کردن با محیط و گزارش خطای دارویی و مراقبت‌های انجام نشده بود. از طرفی ارجاعات تجربی که مانع از مراقبت اخلاقی می‌شدند به صورت کمبود اختیار در بالین و مشکلات در ارزشیابی اخلاقی مطرح شدند.

مراقبت ایمن: در عرصه سه بعد مراقبت ایمن مشاهده شدند به عنوان مثال "باید حواست به همه چیز باشه، در عین حال که مانیتور را داری، مواظب بیمار باشی، خیلی از بیماران مزمن، دمانس و دلیریوم دارن و از نرده کنار تخت می‌خوان پایین بیان (مشارکت کننده ۵)". ارجاعات تجربی برای مراقبت ایمن شامل

حضور پرستار، پایش بیمار، تمرکز حواس، دادن اطمینان خاطر به بیمار، فراموش نکردن مراقبت‌ها، حضور خانواده، حمایت عاطفی و ارائه اطلاعات بود.

مراقبت خانواده-محور: در مرور متون مراقبت خانواده-محور بر بعد توانمندسازی خانواده بیماران قلبی تاکید زیادی دارد و در مرحله کار در عرصه، ضرورت مراقبت مبتنی بر درگیر کردن خانواده مشخص شد. به عنوان مثال: "برای بیماران مزمن قلبی، اولین مسئله مهم ساپورت روحی از بیمار و خانواده شه، چون بیماری مزمن کل خانواده را بیمار می‌کند (مشارکت کننده ۳)". ارجاعات تجربی برای مراقبت خانواده-محور بر ارائه اطلاعات، دادن امید و حمایت عاطفی خانواده تاکید داشت.

مراقبت کل نگر: در مرور متون مراقبت کل نگر دارای ابعاد جسمی، ذهنی و معنوی، شفاف‌خشی، هارمونی و تمامیت بود و در مرحله کار در عرصه این ابعاد مشاهده شد، به عنوان مثال: "فرق پرستار و تکنسین هم همین‌ها یعنی غیر از مهارت‌های عملی باید جنبه‌های روحی و حتی فرهنگی بیمار را بسنجد (مشارکت کننده ۴)". در مرحله عرصه، مراقبت کل نگر از طریق همدلی با بیمار، تعادل بین رفع نیازهای جسمی-روانی، حمایت عاطفی و توجه به فرهنگ بیمار تجربه شده بود.

ارتباط درمانی: در مرحله کار در عرصه چهار ویژگی اساسی اعتماد، احترام متقابل، حمایت و ارتباطات صادقانه مشخص شدند. نمونه ایی از بیانات مشارکت کنندگان: "سلام کردن پرستار شدت بیماریو کم میکنه... هر وقت سنوالی داشتیم، با یک لحن آرام توضیح می‌دادن (مشارکت کننده ۱)". در مرحله کار در عرصه ارجاعات تجربی برای ارتباط درمانی شامل حفظ حریم بیمار، احترام به شخصیت، وسیله ایی برای شناخت نیازهای بیمار، دریافت اطلاعات، سلام کردن، داشتن لحن آرام و پاسخ به سئوالات بیماران بود.

مراقبت پیگیر مبتنی بر آموزش ساختارمند: در مرحله کار در عرصه ابعاد این نوع مراقبت شامل مشاوره دارویی، پایش استراحت و تحرک، عادات اجتماعی و تغذیه ایی و واکسیناسیون مشاهده شد. مثال: "در مورد رفتار هم اطلاعات بدن... آیا می‌تونم فوتبال بازی کنم؟ می‌تونم رانندگی کنم؟ در مورد داروها هم به گن (مشارکت کننده ۲)". بر اساس این عبارات، ارجاعات تجربی برای مراقبت مداوم شامل آموزش سبک زندگی، ورزش، محدودیت مصرف نمک، توزین، تنظیم دوز داروها، توجه به نیاز بیمار، طراحی برنامه ریزی ترخیص و تغییر دیدگاه می‌باشد.

پیامدهای کیفیت مراقبت پرستاری: پیامدهای کیفیت مراقب پرستاری در بیماری‌های مزمن قلبی در مرحله نظری در پنج طبقه قرار گرفتند. اما ارجاعات تجربی در مرحله عرصه فقط شامل

آسایش و آرامش پرستار و بیمار، مرگ آرام، کنترل علائم، امید، عدم افسردگی، خود-مراقبتی، استقلال، رضایت بیمار و پرستار، انتقال تجربه مراقبت، کاهش بستری مجدد، کاهش هزینه مراقبت، نگرش مثبت به پرستار ایرانی و تبعیت از رژیم درمانی بود. نمونه ایی از بیانات "وقتی کار پرستار خوب باشه، مریض هم حالش خوب می‌شه و روحیه می‌گیره (مشارکت کننده ۱)".

۳- مرحله تحلیل نهایی: در این مطالعه بر اساس مرور متون در مرحله نظری، ابعاد، پیش آیندها، مشخصات اساسی و پیامدهای کیفیت مراقبت پرستاری به منظور تحلیل و شفاف سازی مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری در بیماری‌های مزمن قلبی، مشخص شد. همچنین در مرحله کار در عرصه مشخص شد که ابعاد و مشخصات کیفیت مراقبت، چگونه در موقعیت‌های واقعی زندگی، اتفاق می‌افتند و مشاهده می‌شوند. در مرحله عرصه مشخص شد که مشارکت کنندگان، تعریف کیفیت را بدون پیش آیندها مشکل می‌دانند. در مطالعه بازارگادی و همکاران نقش عوامل سازمانی مثل نیروی انسانی، حمایت سازمانی و مشارکتی بودن ارائه خدمات به ویژه همکاری پزشک و پرستار در ارائه خدمات پرستاری با کیفیت تاکید شده است (۷). همچنین در برخی مطالعات تاثیر شفاف و مستند سازی اطلاعات، هماهنگ کردن مراقبت و تاثیر وجود پرستاران و متخصصین قلب بر کاهش مرگ بیماران نارسای قلبی مشخص شده است (۵۰). در مرحله عرصه، ایمان پرستار به خدا و معنویت به عنوان یک پیش نیاز ضروری برای کیفیت مراقبت مطرح شد، اما در مرور متون این یافته، تایید نشد. در حیطه واحد پرستاری، توجه به طراحی نظریه‌های مراقبت در مرحله عرصه و نظری مطرح شد. در مطالعه باکان^۱ تاثیر مدل‌های مراقبت انتقالی^۲، چند رشته ایی^۳ و مدل سازگاری روی به عنوان مدل‌های موثر بر بهبود کیفیت مراقبت درنارسای قلبی مشخص شده است (۳۵). از عوامل تاثیرگذار دیگر، بعد خدمتی مثل مسئولیت پذیری، کارایی و بعد محیطی در مصاحبه‌ها و متون، پدیدار شد. در مصاحبه‌ها توجه به بهداشت فردی و محیطی بیمار به عنوان یک پیش نیاز جهت مراقبت معنوی بیماران ذکر شد، این یافته و ایمان پرستار به خدا می‌تواند به عنوان یافته‌های وابسته به بستر مراقبت و فرهنگ ایران مطرح باشند (۵۱).

مشخصات اساسی کیفیت مراقبت پرستاری در مرحله نظری، در مرحله عرصه نیز حمایت شدند. در عرصه مشخص شد که مشارکت کنندگان ارائه مراقبت‌های تخصصی را بیشتر به دلیل

¹ Bakan

² Transitional

³ Multidisciplinary

می‌باشد (۵۵). در مطالعه پیتر و همکاران^۲ بعد دیگر این مراقبت، یعنی مهندسی مجدد مطرح شده است (۳۹). در مرحله عرصه، برخی ابعاد مثل مدیریت موردی مشخص نشد که این یافته می‌تواند ناشی از تاثیر فرهنگ ارائه مراقبت بر ادراکات مشارکت کنندگان ایرانی باشد، چرا که این بیماران فقط در بیمارستان‌ها مراقبت می‌شوند. مراقبت مبتنی بر فرآیند پرستاری مشخصه دیگری است. اما در مرور متون مشخص شد که در این نوع مراقبت بیشتر بر مداخلات درمانی و ارزشیابی مداخلات تاکید می‌شود، در مرحله عرصه همین نتایج مشاهده شد، تاکید مشارکت کنندگان این مطالعه بر پیروی از دستورات پزشک، توسط مطالعه پارسا و همکاران (۵۳) نیز حمایت می‌شود. این در حالی است که مداخلات درمانی پرستاری توسط مک ماهون و پیرون^۳ (۱۹۹۸)، به عنوان توسعه مشارکت، صمیمیت، ایجاد آسایش، کاربرد شواهد، آموزش، دستکاری محیط و اعمال سلامت جایگزین، تعریف شده است (۴۰). مراقبت اخلاقی مشخصه ششم می‌باشد که در مرحله عرصه چهار بعد آن مشاهده شدند. در مرحله عرصه تاکید خاصی بر گزارش خطاهای دارویی، مراقبت‌های ضروری انجام نشده و موانع مراقبت اخلاقی شد (۵۶). در مطالعه جون^۴ و همکاران نیز مشخص شد که کارکنان سلامت به انتخاب گزینه‌های درمانی مثل احیاء قلبی ریوی توجهی نمی‌کنند و برای عدم توجه به استقلال بیمار موانعی مثل حجم کاری را مطرح کرده‌اند (۵۷). مشخصه هفتم مراقبت ایمن است که ابعاد آن در مرحله عرصه نیز مشاهده شدند. در مرور متون بیشتر بر تأمین امنیت جسمی تاکید شده است (۵۸) اما مشارکت کنندگان این مطالعه به هر سه جنبه ایمنی و به ویژه تأمین امنیت روانی و اجتماعی مثل حضور پرستار تاکید داشتند و این نتایج در سایر مطالعات حمایت شده است بطوریکه در مطالعه ملازم مشخص شد که حضور پرستار عامل احساس امنیت روانی و آسایش برای بیماران است (۵۶). همچنین در مطالعه الهه^۵ مشارکت بیمار به معنی تأمین ایمنی مطرح شده است (۵۹). مراقبت کل نگر مشخصه هشتم می‌باشد که در مرور متون با مفاهیمی مثل شفاء و سلامت ارتباط دارد. در مرحله عرصه نیز توجه به مراقبت فرهنگی، حمایت روانی و ارائه مراقبت غیر قابل تقسیم به انسان مشاهده شد و این یافته‌ها با نتایج مطالعه چامون^۶ که بر نقش پرستاران در بررسی جامع بیماران، ارائه حمایت روانی، ارائه روزانه خدمات بهداشتی و ارجاع بیماران به مشاورین بود، حمایت می‌شود (۶۰). مراقبت خانواده-محور

حساس بودن عضو قلب، نیازهای خاص بیماران قلبی و پیشرفت درمان‌ها و تکنولوژی، ارتباط می‌دانند از طرفی در مرور متون مراقبت‌های تخصصی در پنج سطح بررسی پایه، تعیین شدت علائم، تعیین پیش آگهی، مدیریت بیماری قلبی، مراقبت تسکینی (۵۲)، بررسی جامع نیازهای بیمار (۳۶)، دانشمند بودن پرستار، انجام رویه‌های تخصصی و حمایت روانی از بیماران مطرح شده است (۲۶). این در حالی است که در مطالعه پارسا و همکاران در ایران، نگاه روتین محوری و غیر تخصصی پرستاران به مراقبت مشخص شده است (۵۳) اما عدم نگاه روتین محوری در مطالعه حاضر را می‌توان به رشد فلسفه‌های مراقبت در ایران و دیدگاه مشارکت کنندگان در مطالعه جاری که دارای تحصیلات تکمیلی و نگاه انسان‌گرا به مراقبت هستند، نسبت داد. مشخصه دومی که ارتباط تنگاتنگی با مراقبت تخصصی دارد، مراقبت مبتنی بر شواهد است، تحقیقات نشان داده پرستارانی که اعمال خود را بر اساس مدارک و شواهد علمی پایه گذاری نموده‌اند، توانسته‌اند مراقبت با کیفیتی را انجام دهند اما به نظر می‌رسد که مشارکت کنندگان مطالعه حاضر عمدتاً به دانش آموخته شده از پزشکان، کتاب‌ها و تجربه فردی اشاره نموده‌اند و به دانش برخاسته از تحقیقات پرستاری توجه کمتری کرده‌اند. مراقبت بیمار-محور مشخصه سوم است. بر اساس یک مرور سیستماتیک، مشخص شد که مشارکت فعال بیماران در تصمیم‌گیری، می‌تواند به بهتر شدن سواد سلامت و رفتارهای بهداشتی کمک کند (۲۶ و ۵۴). در مرحله نظری این مطالعه، بیشتر ابعاد و ارجاعات مربوط به مراقبت بیمار-محور در مرحله عرصه تایید شدند اما موضوعاتی مثل درگیر کردن بیمار در بحث‌های منفعت-خطر، توسعه ابزارهای تعیین کننده سلامت در بستر بیماری‌های مزمن (۵۰)، بحث در مورد مراقبت پیشرفته (۲۷) و بررسی دیدگاه بیماران در مورد مراقبت‌های مطلوب در مرحله عرصه مشاهده نشد. عدم توجه مشارکت کنندگان به موارد مذکور را می‌توان این گونه تفسیر کرد که از یک طرف مراقبین سلامت در این مطالعه هنوز تحت تأثیر فلسفه مراقبت طبی هستند و از طرفی بیماران شرکت کننده در این مطالعه ممکن است با توجه به فلسفه مراقبت والدگرا، حقوق زیادی برای خود قائل نباشند و این نتایج با مطالعه مک کنا^۱ و همکاران در انگلیس مشابه می‌باشد (۱۴). مشخصه چهارم مراقبت مدیریت شده است در مرور متون مشخص شد که نقش پرستار در این نوع مراقبت شامل ارائه مدیریت موردی، مراقبت پیشگیرانه، حمایت برای خود-مراقبتی و تعیین عوارض بیماری در کلینیک‌های پرستار-راهبر

^۲ Peter and et al

^۳McMahon & Pearson

^۴ Jeon and et al

^۵ Eldh

^۶ Chummun

^۱ Mckenna and et al

مربوط به فرآیند انتقال موفق بیماران، سه پیامد خاص پرستاری یعنی رفاه عاطفی، تسلط و رفاه در ارتباطات را تعیین کرده‌اند (۴۰).

بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه کسب یک ادراک روشن از کیفیت مراقبت پرستاری از طریق تعریف معنا و مشخصات کیفیت مراقبت پرستاری در بیماری‌های مزمن قلبی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که مفهوم و زیر مفهوم‌هایی که در این مطالعه مشخص شده می‌تواند به کارکنان سلامت، ارائه دهندگان خدمت، سیاست گزاران و مدرسین بینش وسیعی در مورد عناصر رایج در ارائه مراقبت به بیماران مزمن قلبی ارائه دهد و گزینه‌های بالقوه‌ای، برای بهبود سلامت و بهزیستی آن‌ها فراهم کند. همچنین پتانسیل اجرای مراقبت بیمار-محور برای آن‌ها افزایش یابد و برای ارتقاء مراقبت از بیماران مزمن قلبی، بهبود دانش بیماران از شرایط خود، مدیریت بیماری و همچنین ابعاد روانی-اجتماعی مراقبت مورد توجه قرار گیرد. نتایج این مطالعه می‌تواند در توسعه تئوری‌ها و ابزارهای اندازه گیری کیفیت مراقبت پرستاری استفاده شود. در مطالعه حاضر با توجه به انتزاعی بودن هر یک از مشخصات مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری در بیماری‌های مزمن قلبی، تعریف نهایی از مفهوم مورد نظر ارائه نشده است لذا پیشنهاد می‌شود، در مطالعات دیگر، تعریف کیفیت مراقبت پرستاری، از دیدگاه سایر گروه‌ها از جمله مدرسین پرستاری و سایر اعضای تیم درمان و بر اساس هر مشخصه، مورد توجه قرار گیرد.

مشخصه نهم است. در بررسی متون مشخص شد که هدف اصلی در مراقبت خانواده-محور، توانمند سازی خانواده است. در مرحله عرصه نیز مشخص شد که مشارکت کنندگان برای رسیدن به این هدف عمدتاً از روش‌های ارائه اطلاعات و حمایت عاطفی از خانواده‌ها استفاده می‌کنند. در مطالعه واحدیان و همکاران نیز مشخص شده، اگر اعضای خانواده دانش مورد نیاز در مورد نارسایی قلبی را دریافت کنند، می‌توانند بیماران را توانمند کنند (۶۱). مشخصه دهم ارتباط درمانی است که در مرحله عرصه همراه با چهار بعد آن مشاهده شدند. در مطالعه احمدی و همکاران نیز ضرورت ارتباطات انسانی مطلوب بین پرستار و بیمار به عنوان یک عامل موثر در ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری مطرح شده است (۶۲). مشخصه نهمی مراقبت پیگیر مبتنی بر آموزش‌های ساختارمند است. در مرور متون ابعاد مراقبت مداوم عمدتاً از طریق تیم‌های چند حرفه ایی انجام می‌شد اما در مرحله کار در عرصه ابعاد این نوع مراقبت بدون توجه به حضور سایر متخصصین مشاهده شد. البته در مطالعات مشخص شده که نقش پرستاران در ارائه و هماهنگ کردن این نوع مراقبت‌ها بیشتر است (۶۳، ۱) و در مطالعه حاضر نیز بر نقش پرستاران تاکید شده است. بر اساس نتایج این مطالعه، پیامدهای کیفیت مراقبت پرستاری در بیماری‌های مزمن قلبی در سایر مطالعات نیز مشاهده شده‌اند. امروزه مشخص شده که تعیین پیامدهای مربوط به مداخلات پرستاری مشکل است و روند به سمت انجام مطالعاتی است که پیامدهای حساس (وابسته) به مداخلات پرستاری را تعیین و شناسایی می‌کنند. به طوری که شوماخر و ملیس در بررسی متون

References:

1. Rich MW, The Year in Quality of Care in Heart Failure. *J Card Fail* 2011; 17 (6): 443-50.
2. Storesund A, McMurray A. Quality of practice in an intensive care unit(ICU): A mini-ethnographic case study. *Intensive Crit Care Nurs* 2009; 25: 120-127
3. Duffy JR. *Quality Caring in Nursing Applying Theory to Clinical Practice, Education, and Leadership*. Springer Publishing Company; 2009.P.1-25
4. Charalambous A, Papadopoulos R, Beadsmoore A. Towards a theory of quality nursing care for patients with cancer through hermeneutic phenomenology. *Eur J Oncol Nurs* 2009; 13(5): 350-60.
5. Lucas-Carrasco R, Eser E, Hao Y, McPherson KM, Green A, Kullmann L. The Quality of Care and Support (QOCS) for people with disability scale: development and psychometric properties. *Res Dev Disabil* 2011; 32(3):1212–25.
6. Andersson IS, Lindgren M. The Karen instruments for measuring quality of nursing care. Item analysis. *Nursing science* 2008. 89 (28): 14–8.
7. Pazargadi M, Zagheri Tafreshi M, Abed Saeedi Z. Nurses' perspectives on quality of nursing care: a qualitative study. *Pejouhesh* 2007; 31 (2): 147-53.(Persian)

8. Burhans LM, Alligood MR. Quality nursing care in the words of nurses. *J Adv Nur* 2010; 66(8): 1689-97.
9. Shafipour V, Mohamadi E, Ahmadi F. The Perception of Cardiac Surgery Patients on Comfortable Resources: A Qualitative Study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences* 2012; 1(2): 123-34. (Persian)
10. Maddocks H, Marshall JN, Stewart M, Terry AL, Cejic S, Hammond J-A, et al. Quality of congestive heart failure care: assessing measurement of care using electronic medical records. *Can Fam Physician* 2010;56(12):e432-7.
11. Granger BB, Moser D, Germino B, Harrell J, Ekman I. Caring for patients with chronic heart failure: The trajectory model. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006;5(3):222-7.
12. Attree M. An analysis of the concept "quality" as it relates to contemporary nursing care. *Int J Nurs Stud* 1993;30(4):355-69.
13. De Kok M, Sixma HJM, van der Weijden T, Kessels AGH, Dirksen CD, Spijkers KFJ, et al. A patient-centred instrument for assessment of quality of breast cancer care: results of a pilot questionnaire. *Qual Saf Health Care* 2010;19(6):e40.
14. Mckenna HP, Keeney S, Currie L, Harvey G, West E, Ricbey RH. Quality of care A comparison of perceptions of health professionals in clinical areas in the united kingdom and the united states. *J Nurs Care Qual* 2006, 21(4): 344-51.
15. Chiovitti RF. Nurses' meaning of caring with patients in acute psychiatric hospital settings: a grounded theory study. *Int J Nurs Stud* 2008;45(2):203-23.
16. Kok M, Scholte RW, Sixma HJ, Weijden T, Spijkers KF, Velde C JH, et al. The patient's perspective of the quality of breast cancer care The development of an instrument to measure quality of care through focus groups and concept mapping with breast cancer patients. *Eur J Cancer* 2007; 4(3): 1257-64.
17. Blomberg F, Brulin C, AndertunR, and Rydh A. Patients' Perception of Quality of Care in a Radiology Department: A Medical- Physical Approach. *J Radiol Nurs* 2010; 29: 10-7.
18. Fridlund B, Hildebrandt L, Hildingh C, Lidell E. Status and trends in Swedish dissertations in the area of cardiovascular nursing. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007; 6: 72-6.
19. Strachan PH, Ross H, Rocker GM, Dodek PM, Heyland DK, Mind the gap: Opportunities for improving end-of-life. *Can J Cardiol* 2009; 25 (11): 635-40.
20. McEvoy L, Duffy A. Holistic practice--a concept analysis. *Nurse Educ Pract* 2008;8(6):412-9.
21. Murphy K. A Qualitative study explaining nurses' perceptions of quality care for older people in long-term care settings in Ireland. *J clinic nurs* 2007; 16: 477-85.
22. Nsamy Bagheri M, Rafii F, Parviz S, Esmaili R. Analysis of the concept of competence in nursing: A qualitative study of a hybrid model. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2009; 18(67): 35-42.(Persian)
23. Song M, Lipman TH. Concept analysis: Self management in type 2 diabetes mellitus. *Int J Nurs Stud* 2008, 45: 1700-10.
24. Lindgren M, Andersson IS The Karen instruments for measuring quality of nursing care: construct validity and internal consistency. *Int J Qual Health Care* 2011; 1-10.
25. Turnbull J, Bull V, Phillips P. Oxford word power dictionary.new 3rd Ed. Oxford University press; 2006. P. 579.
26. Jeon Y-H, Kraus SG, Jowsey T, Glasgow NJ. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Services Research* 2010; 10(77): 3-9.

27. Rodriguez KL, Appelt CJ, Switzer GE, Sonel AF, Arnold RM. "They diagnosed bad heart": a qualitative exploration of patients' knowledge about and experiences with heart failure. *Heart Lung* 2008;37(4):257-65.
28. Lucero R J, Lake E T, Aiken L H. Variations in nursing care quality across hospitals. *J Adv Nur* 2009; 65(11): 2299-310.
29. Robert J. Lucero, Eileen T. Lake, Linda H. Aiken, Variations in nursing care quality across hospitals. *J Adv Nurs* 2009; 65(11), 2299-310.
30. Alexander M. Runciman P. ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse. Geneva: Int Council Nurses; 2003. P. 1-21.
31. Pelzang R. Time to learn: understanding patient-centred care. *Br J Nurs* 2010, 19 (14): 912-7.
32. Adib-Hajbaghery M. Iranian nurses perceptions of evidence-based practice: A qualitative study. *KAUMS Journal (FEYZ)* 2007; 11 (2): 44-52.(Persian)
33. Bennett S. Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists. *Aust Occup Ther J* 2003; 50: 13-21.
34. Mcdonagh T H, Blue L, Clark A L, Dahlstrom U, Ekman I, Lainscak M and et al. European society of cardiology heart failure association standards for delivering heart failure care. *Eur J Heart Fail* 2011,13(3): 235-41.
35. Bakan G, Akyol AD. Theory-guided interventions for adaptation to heart failure. *J Adv Nurs* 2008;61(6):596-608.
36. Gardetto N J, Carroll K C. Management Strategies to Meet the Core Heart Failure Decompensated Heart Failure A Nursing Perspective. *Crit Care Nurs Q* 2007,30(4): 307-20.
37. Betihavas V, Newton PJ, Du HY, Macdonald PS, Frost SA, Stewart S, et al. Australia's health care reform agenda: implications for the nurses' role in chronic heart failure management. *Aust Crit Care* 2011;24(3):189-97.
38. Albert NM. Improving Medication Adherence in Chronic Cardiovascular Disease. *J Crit Care Nurs* 2008; 28(5): 54-64.
39. Peter S. Pang M K, Gheorghide M. The current and future management of acute heart failure syndromes. *Eur Heart J* 2010; 31: 784-93.
40. Marta L-B, Helena J, Gidalina G, Teresa P, Paula D, Ana R. Therapeutic Instruments Used in Therapeutic Interventions: Is There Evidence In Nursing Care? A Systematic Review of the Literature. *Int J Caring Sci* 2010; 3(1),: 12-21.
41. Issel LM, Bekemeier B. Safe practice of population-focused nursing care: Development of a public health nursing concept. *Nurs Outlook* 2010, 58: 226-32.
42. Fakhr-Movahedi A. Exploring the process of nurse-patient therapeutic communication and introducing practical model. [dissertation]. Tehran: School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences; 2009. P.150-4. (Persian)
43. Mathes S. Implementing a Caring Model. *Creative Nurs* 2011, 17(1): 36-42.
44. Stromberg A. Educating nurses and patients to manage heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2002, 1: 33-40.
45. Mahmoudi Shen R, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Moral themes compilations nursing careers: A qualitative study of the inductive content analysis. *TUMS* 2009, 2 (4): 63-78.(Persian)
46. Caged M, Moqaddasian SAM, Mhlany F, Rahmani Azad. Level of moral development of nursing students of Tabriz University of Medical Sciences. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 5(18): 5-14.(Persian)
47. Vahedian Azimi A, Alhani F. Educational challenges in ethical decision making in nursing. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2008; 1(4): 21-30. (Persian)

48. Jolley J, Shields L. The Evolution of Family-Centered Care. *J Pediatr Nurs* 2009, 24(2): 164-70.
49. Oh PJ, Kang KA. Spirituality: concept analysis based on hybrid model. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2005;35(4):709-20.
50. Forman DE, Rich MW, Alexander KP, Zieman S, Maurer MS, Najjar SS, et al. Cardiac Care for Older Adults. *J Am Coll Cardiol* 2011; 57(18): 1801-10.
51. Mark H, Peter B, Stephen C, Martin M, David R. The association between culture, climate and quality of care in primary health care teams. *Family Practice-an int J* 2007; 24: 323-9.
52. Goodlin SJ, Trupp R, Bernhardt P, Grady KL, Dracup K. Development and evaluation of the "Advanced Heart Failure Clinical Competence Survey": A tool to assess knowledge of heart failure care and self-assessed competence. *Patient Educ Couns* 2007; 67(1-2): 3-10
53. Parsa Z, Nikbakht Nasrabadi A. Care a conceptual analysis. *J Med Sci Pathobiol* 2004; 7(2): 31-9.(Persian)
54. Wessels H, Graeff A, Wynia K, Sixma HJ, Heus M, Schipper M, et al. Medical oncology patients' preferences with regard to health care: development of a patient-driven questionnaire. *Ann Oncol* 2009; 20(10): 1708-13.
55. Forbes A, While A. The nursing contribution to chronic disease management: A discussion paper. *Int J Nurs Stud* 2009; 46: 120-31.
56. Molazem M, Ahmadi F, Mohammadi E, ambitious SH. The nurse Presence: central component of care of the patient's view. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 3(3): 44-55. (Persian)
57. Jeon Y-H, Kraus SG, Jowsey T, Glasgow NJ, The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res* 2010; 10(77): 1-9
58. Hashemi F. Moral response to nursing error. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2008; 1(4):31-46.(Persian)
59. Eldh A C, Ehnfors M, Ekman I, The meaning of patient participation for patients and nurses at a nurse-led clinic for chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006; 5: 45-53.
60. Chummun H. Reductionism and holism in coronary heart disease and cardiac nursing. *Br J Nurs* 2006, 15(18): 1017-20.
61. Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. The effect of family empowerment model - based on the life style of patients with acute myocardial infarction. *Crit Care Nurs Q* 2009; 2(4): 127-32. (Persian)
62. Ahmadi F, Nobahar M, Alhani F, Fallahi Khoshknab M. Factors affecting the quality of nursing care from the perspective of nurses retired. *Hatat* 2011; 17 (1): 24-34.(Persian)
63. Gardetto NJ. Self-management in heart failure: where have we been and where should we go? *J Multidiscip Healthc* 2011; 4: 39-51.

QUALITY OF NURSING CARE IN CHRONIC HEART DISEASES: CONCEPT ANALYSIS BASED ON HYBRID MODEL

Gholami M¹, Mohammadi F^{2*}, Fallahi M³, Seyed Bagher Maddah S⁴, Ahmadi A⁵, Rafii F⁶, Khankeh H R⁷

Received: 22 Jan, 2013; Accepted: 9 Apr, 2013

Abstract

Background & Aims: quality of nursing care as a concept is subjective, multidimensional, ambiguous, neutral, related disease and depended on health care system and in the whole world is focused on improving and promoting this concept in chronic diseases. The purpose of this study was to clarify the concept of quality care in the context of chronic heart diseases and also to obtain a clearer understanding of its meaning attributes antecedents, sequences and empirical referents in nursing.

Materials & Methods:

In this study, we analyzed the concept of quality nursing care as used in literature and as described by participants. The three phases of a hybrid concept analysis are theoretical, fieldwork, and analysis. In the theoretical phase, full text of 110 articles in the PubMed, CINAHL, Elsevier and Blackwell databases were evaluated for the years 1990 to September 2011. Because of the stakeholder-specific nature of quality, perceptions of six participants including patient, nurse and cardiologist of the concept, were elicited in the fieldwork phase via semi structured interviews. Interviews were tape recorded and transcribed verbatim then qualitative content analysis was used to analyze both theoretical and fieldwork phase data. In the final step of combining the two previous stages, the overall analysis was performed.

Result: Based on review of literature, the following operational definition was proposed: the continuous process to provide safe and patient - centered care that based on the therapeutic relationship and evidence-based nursing and rely on nursing theory, ethics and expertise, that along, family participation and cardiac rehabilitation team, and the ongoing management, leads to health promotion, cost effectiveness, comfortable transition and peaceful death. The antecedents of quality nursing care represented as factors; a: organizational, b: nursing unit, c: patient environment, d: *Service attributes* pointed. The consequences of this concept may be described as, a: Health, b: functional ability, c – satisfaction nurse/patient, d: Cost effectiveness, e: desirable processes.

Conclusion: The results of this study suggest that consistent and evidence-based management of disease, improvement patient knowledge of their condition and providing psychosocial care, has important role in improving the quality of nursing care in chronic heart disease. The results can also be used effectively in developing quality of nursing care assessment scales and theory.

Keywords: Concept analysis, quality of nursing care, chronic heart disease, hybrid model

Address: department of Nursing, University of Social welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Email: f_mohammadi_2000@yahoo.com

Tel: (009821) 22180036

¹ PhD Candidate of Nursing Education in University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran.

² Assistant professor of Geriatric Nursing in University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran (Corresponding Author)*

³ Associate professor of Psychiatric Rehabilitation Nursing in University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran

⁴ Assistant professor of Nursing Education in University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran

⁵ Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

⁶ Associate professor of Nursing Education in Tehran university of medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran

⁷ Associate professor of Nursing Education in University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran