

بررسی نقادانه کاربردپذیری مدل مراقبت پیگیر در مراقبت از بیماران مزمن

عباس حیدری^۱، سیدمصطفی محسنی زاده^{۳*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۶/۱۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۹/۰۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: یکی از مدل‌های بومی مراقبتی طراحی شده در ایران که جهت افزایش توان خود مراقبتی، افزایش پذیرش فرایند درمان و عملکرد مناسب بیماران مزمن طراحی شده است، مدل مراقبت پیگیر می‌باشد. هدف مطالعه حاضر، ارزیابی نقادانه کاربردپذیری مدل مراقبت پیگیر در مراقبت از بیماران مزمن می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی، ۲۸ مقاله مداخله‌ای در زمینه مدل مراقبت پیگیر که طی ۱۰ سال گذشته منتشر شده بود، مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده، چکلیست نقد کاربردپذیری مقالات که روایی و پایایی آن تأیید شده است، بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ و آمار توصیفی (فراوانی نسبی و درصد فراوانی نسبی) انجام شد.

یافته‌ها: ارزیابی رعایت معیارهای کاربردپذیری مقالات نشان داد که بحث در مورد یافته‌های مطالعه جهت استفاده در فعالیت‌های بالینی یا پژوهش‌های آتی در ۳۹/۳ درصد، توجیه‌پذیر و کامل بودن کاربردها در ۳۹/۳ درصد، عدم مبالغه در مورد کاربرد نتایج در ۶۷/۹ درصد، استفاده از تئوری‌ها در کاربرد نتایج در ۱۰۰/۰ درصد، ارائه پیشنهادها در ۶۴/۳ درصد، بیان محدودیت‌ها در ۴۶/۴ درصد، عدم بیان کاربرد مهم تحقیق در ۵۲/۶ درصد، مشخص کردن کاربرد یافته‌ها برای بالین در ۶۷/۹ درصد و بیان کاربردهای عملی بر پایه یافته‌های مطالعه در ۵۷/۱ درصد مقالات رعایت شده است.

بحث و نتیجه‌گیری: تحلیل نتایج نشان داد که مطالعاتی که مدل مراقبت پیگیر را به‌عنوان چارچوب مطالعه خود استفاده کرده‌اند، معیارهای کاربردپذیری را به‌طور کامل رعایت نکرده‌اند. به‌منظور استفاده از این مدل باید سه جنبه پژوهشی (بیان کاربردی نتایج مطالعات توسط پژوهشگران)، آموزشی (برگزاری دوره‌های مدون آموزشی و بازآموزی) و مدیریتی (فراهم کردن زیرساخت‌های کافی از جمله نیروی انسانی و امکانات کافی) را در نظر گرفت.

کلیدواژه‌ها: مدل مراقبت پیگیر، مراقبت، بررسی نقادانه، بیماری‌های مزمن، کاربرد یافته‌های پژوهش

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۹۹، دی ۱۳۹۶، ص ۷۹۴-۷۸۸

آدرس مکاتبه: مشهد، خیابان ابن‌سینا، چهارراه دکترا، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۵۱۳۸۵۹۷۳۱۳

Email: SMMZ1364@gmail.com

مقدمه

توجه نمود. لذا در جهت تسهیل در فرآیند بهبودی، توجه و تأمین شرایط محیطی را جزء ضرورت‌های امر مراقبت نام می‌برد (۲). اگرچه نایتینگل مطالب مفیدی را در خصوص پرستاری عرضه نمود ولی تا قبل از سال ۱۹۵۰، اصولاً مفهوم مراقبت به معنای خاص مطرح نبود و اقدامات پرستاری بیشتر بر اساس تجربیات افراد و از روی دلسوزی و عواطف انسانی صورت می‌گرفت و اصولاً پرستاری به‌صورت حرفه‌ای مطرح نبود و لذا روش‌هایی که صورت می‌پذیرفت، بر اساس تجربیات گذشته و به شکل سنتی و ثابت بود. اما از سال ۱۹۶۰ به بعد، همگام با توسعه و پیشرفت سریع علوم و فناوری،

مراقبت اساسی‌ترین محور فعالیت‌های پرستاری محسوب شده و شالوده حرفه پرستاری تلقی می‌گردد. از نقطه‌نظر تاریخی، مفهوم مراقبت پرستاری را می‌توان در یادداشت‌های فلورانس نایتینگل در سال ۱۸۵۹ پیدا نمود (۱). نایتینگل که از بنیان‌گذاران پرستاری علمی است، با روشی مطلوب بیماران خود را به‌دقت مشاهده و بررسی می‌نمود و سپس به امر مراقبت می‌پرداخت. او معتقد است در ارائه مراقبت باید به عواملی چون هوای تازه، نور مناسب، درجه حرارت مطلوب، سکوت، آرامش روحی- روانی، پاکیزگی و نظافت

۱ استاد، عضو مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲ گروه آموزشی داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳ دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)

شرایط و نیازهای جدیدی در علوم بهداشتی درمانی مطرح شد که این رویکرد سنتی تأمین‌کننده نیازهای تازه نبود و بالطبع پرستاران نیز برای تأمین نیازهای متنوع و جدید بیماران، شروع به توسعه، تجدیدنظر و تبیین عملکرد خود نمودند (۳). پیلو جزء اولین افرادی است که در سال ۱۹۵۲ در جهت تغییر نگرش سنتی پرستاری تلاش زیادی نمود و در همین راستا نظریه ارتباطات بین فردی را مطرح کرد. سپس در سال ۱۹۵۸، هندرسون پرستاری را یک فعالیت ویژه و منحصر به فرد معرفی کرد. او معتقد بود که پرستاری در واقع کمک کردن به فرد سالم یا بیمار است تا بتواند در انجام فعالیت‌هایی که او را در انجام فعالیت‌هایی که به تأمین سلامتی و بهبودی او کمک می‌کند، یاری دهد. به طوری که با کسب آگاهی‌های ضروری و حفظ نیروی جسمی روانی بتواند در جهت فعالیت‌های روزمره خود اقدام نموده و به نوعی مراقبت از خود را انجام دهد. به عبارتی به استقلال رساندن بیمار و عدم وابستگی او را جزء وظایف و استراتژی‌های مراقبتی می‌داند (۴، ۵). حدود یک سال پس از نظریه هندرسون، در سال ۱۹۵۹ اورم الگوی خود مراقبتی را مطرح نمود و انسان را به عنوان موجودی جسمی، روانی و اجتماعی معرفی کرد که می‌تواند به عنوان عامل مراقبت از خود مطرح شده و در جهت حفظ و تأمین سلامتی خود کوشا باشد و در همین راستا، پرستار را به عنوان کمک‌کننده و آموزش‌دهنده بیمار در زمانی که وی قادر به تأمین نیازهای خود نیست، معرفی می‌کند (۶).

پس از طرح این نظریه‌ها، مدل‌های مراقبتی متعددی جهت استفاده در بالین و رفع نیاز مددجویان طراحی شد. در این راستا مدل مراقبت پیگیر یکی از مدل‌هایی است که برای مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر طراحی و معرفی شد (۷). در این الگو پس از شناخت نارسایی‌های شناختی و عملی بیماران و خانواده آن‌ها در خصوص کنترل بیماری و اقدامات مراقبتی درمانی، در چهار مرحله به هم پیوسته، آشناسازی، حساس سازی، کنترل و ارزیابی نسبت به بیماری و مراقبت‌های آن صورت می‌پذیرد که برای بیماران مزمن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۸). این مدل، مددجو را به عنوان عامل مراقبت پیگیر و تأثیرگذار در روند سلامتی خود معرفی می‌نماید و مراقبت پیگیر یا مستمر، فرآیندی منظم جهت برقراری ارتباط مؤثر، متعامل و پیگیر بین مددجو و پرستار به عنوان ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی مراقبتی به منظور شناخت نیازها و مشکلات و حساس سازی مددجویان برای قبول رفتارهای مداوم بهداشتی و کمک به حفظ بهبودی و ارتقاء سلامتی آن‌ها می‌باشد که کاملاً با ویژگی‌های بیماری مزمن و پویایی مشکلات آن، مناسبت و هماهنگی دارد (۹). در واقع مدل مراقبت پیگیر بر اساس تعامل و پذیرش مستمر بنا شده است. به عبارت دیگر این مدل بر نقش مؤثر، متعامل و متعادل پرستار، مددجو و خانواده او تمرکز دارد

(۱۰). همچنین در این مدل صلاحیت و توانایی افراد در فرایند مراقبت حالتی مساوی دارند. هدف اصلی در مدل مراقبت پیگیر، طراحی و تدوین برنامه‌ای جهت افزایش پذیرش، بینش و عملکرد مناسب برای مراقبت می‌باشد تا بدین وسیله بیماری و عوارض احتمالی آن کنترل گردد (۷، ۸، ۱۰، ۱۱). کارکردهای اساسی مدل مراقبت پیگیر عبارت‌اند از: شناخت بیماری و ماهیت آن، شناخت مشکلات بالفعل و بالقوه در خصوص بیماری، پذیرش بیماری و آثار آن به عنوان سایه‌ای در مسیر زندگی، ایفای نقش خودکنترلی مستمر (رفتارهای بهداشتی مطلوب)، سرمایه‌گذاری برای حفظ سلامتی و نگاه ارزشی به سلامت، درگیرسازی و مشارکت خانواده در اداره مسائل موجود و آتی، تغییر در الگو و سبک زندگی، ارتقاء اعتماد به نفس و شناخت تیم مراقبتی درمانی و روند استفاده از آن‌ها (۹). مطالعات نشان داده‌اند که به کارگیری این مدل بر شاخص‌هایی مانند دفعات بستری شدن، روند دفعات ویزیت پزشک (۱۱)، سطح چربی خون، اصلاح رژیم غذایی (۱۲)، دفعات استفاده از قرص‌های نیتروگلیسرین زیرزبانی و نیز کیفیت زندگی بیماران کرونری مؤثر است (۱۳). همچنین به کارگیری این مدل در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت، مبتلایان به نارسایی قلبی (۱۲)، بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر (۱۳)، مصدومین شیمیایی مبتلا به برونشیت انسدادی (۱۴) و بیماران تحت دیالیز نیز مؤثر بوده (۹) و سبب کاهش عوامل خطر و بهبود سبک زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد نیز شده است (۱۵). البته در مطالعه‌ی خانکه و همکاران (۱۳۸۸) تأثیر معنی‌داری بر نمره کل کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن نداشته است (۱۶).

با توجه به اهمیت مراقبت مبتنی بر شواهد و توانمندسازی بیماران جهت مراقبت از خود و از آنجاکه بر اساس جست‌وجوهای انجام‌شده در خصوص کاربردپذیری مدل مراقبت پیگیر که یک مدل مراقبتی بومی می‌باشد، مطالعه متقنی پیدا نشد و از طرفی نتایج برخی از مطالعات با یکدیگر تناقض دارد، لذا مطالعه حاضر باهدف توصیف کاربردپذیری مدل مراقبت پیگیر در مراقبت از بیماران انجام شد.

مواد و روش کار

در این مطالعه توصیفی به بررسی کلیه مقالات پرستاری منتشر شده در طی ۱۰ سال گذشته در ایران که از طریق پایگاه‌های علمی SID, Magiran, Google scholar, Scopus, PubMed مجلات معتبر داخلی شامل مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، نشریه پرستاری ایران، مجله حیات و مجله پرستاری مراقبت ویژه منتشر شده، می‌پردازد. علت انتخاب مقالات داخلی، مداخله‌ای بودن مقالات انجام‌شده در خصوص مراقبت پیگیر در داخل کشور می‌باشد.

موردبحث قرار دادن یافته‌های مطالعه در فعالیت بالینی یا پژوهش‌های آتی، توجیه‌پذیر و کامل بودن کاربردها، عدم مبالغه در مورد کاربرد نتایج، استفاده از تئوری‌ها در کاربرد نتایج، ارائه پیشنهادها، بیان محدودیت‌ها، غفلت از بیان کاربرد مهم تحقیق، مشخص کردن کاربرد یافته‌ها برای بالین و بیان کاربردهای عملی بر پایه یافته‌های مطالعه بود که بر اساس مقیاس رعایت و عدم رعایت نمره دهی شد. جهت تعیین روایی این ابزار از روایی محتوا استفاده شد. بدین‌صورت که ابزار با مرور گسترده منابع، زیر نظر اساتید راهنما و مشاور تنظیم شد. سپس در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد قرار گرفت و پس از اعمال نظرات ایشان در پرسشنامه، در مطالعه مورد استفاده قرار گرفت. پایایی آن نیز به روش توافق ارزیابان مورد ارزیابی قرار گرفت که با $T=0/86$ تأیید شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ و آمار توصیفی (فراوانی مطلق و نسبی) خلاصه و جمع‌بندی شدند.

یافته‌ها

در مجموع ۲۸ مقاله که به‌صورت مداخله‌ای انجام شده بود، انتخاب شد و مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که بیشترین فراوانی عدم رعایت معیارهای کاربردیپذیری مقالات مربوط به معیار موردبحث قرار دادن یافته‌های مطالعه در فعالیت بالینی یا پژوهش‌های آتی و توجیه‌پذیر و کامل بودن کاربردها بود که در هر دو مورد در ۶۰/۷ درصد (۱۷ مورد) از مقالات مورد مطالعه رعایت نشده بود. همچنین کم‌ترین فراوانی عدم رعایت معیارها، مربوط به معیار استفاده از تئوری‌ها در کاربرد نتایج بود که این معیار در ۱۰۰ درصد (۲۸ مورد) از مقالات مورد بررسی رعایت شده بود (جدول ۱).

جستجوها با استفاده از کلیدواژه انگلیسی: Continues Care Model و معادل فارسی آن یعنی مدل یا الگوی مراقبت پیگیر در عنوان، خلاصه و متن کامل مقالات انجام شد. این کلمات کلیدی توسط دو متخصص در حوزه پرستاری تعیین و جستجوی عبارات مربوط به مدل مراقبت پیگیر در پایگاه‌های اطلاعاتی توسط این دو متخصص صورت گرفت. سپس بررسی و جستجوی مجدد منابع و پایگاه‌ها توسط یکی از همکاران پژوهش انجام شد تا از کفایت جستجوی اطلاعات و مقالات اطمینان حاصل شود. همکار جستجوگر در استخراج مقالات، از نویسندگان، موسسه و مجلات مورد جستجو بی‌اطلاع بود.

معیارهای انتخاب مقالات: در این مطالعه تنها مقالات مداخله‌ای که بین سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۷ میلادی (۱۳۸۶ تا ۱۳۹۶ هجری شمسی) منتشر شده بودند و بر مدل مراقبت پیگیر تأکید داشتند، صرف‌نظر از محیط پژوهش برای بررسی انتخاب شدند. مقالاتی که امکان دسترسی به متن کامل آن‌ها وجود نداشت یا فاقد متن کامل بودند و همچنین مقالاتی که به‌صورت توصیفی، همبستگی، مروری یا متاآنالیز انجام شده بودند، از فرآیند بررسی حذف شدند. بدین ترتیب تعداد ۸۵ مقاله یافت شد که ۵۵ مورد آن‌ها دربرگیرنده موضوع مورد نظر بود و با حذف موارد تکراری در پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف، ۲۸ مقاله واجد شرایط بررسی شناخته شدند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از چک‌لیست پژوهشگر ساخته کاربردیپذیری مقالات استفاده شد. قسمت اول این چک‌لیست شامل سؤالاتی در خصوص نوع مطالعه، بخش مورد بررسی و سال انجام مطالعه، نمونه پژوهش، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری، آنالیز آماری و نتایج مطالعه بود. قسمت دوم چک‌لیست بر اساس سؤالات کاربرد تحقیق به نقل از کتب روش تحقیق پرستاری برنز و پولیت طراحی شد (۱۷، ۱۸). سؤالات این قسمت مشتمل بر ۹ سؤال در خصوص:

جدول (۱): توزیع فراوانی معیارهای کاربردیپذیری مقالات مورد بررسی

معیار	رعایت	عدم رعایت
	درصد فراوانی (فراوانی)	درصد فراوانی (فراوانی)
موردبحث قرار دادن یافته‌های مطالعه جهت استفاده در فعالیت‌های بالینی یا پژوهش‌های آتی	۳۹/۳ (۱۱)	۶۰/۷ (۱۷)
توجیه‌پذیر و کامل بودن کاربردها	۳۹/۳ (۱۱)	۶۰/۷ (۱۷)
عدم مبالغه در مورد کاربرد نتایج	۶۷/۹ (۱۹)	۳۲/۱ (۹)
استفاده از تئوری‌ها در کاربرد نتایج	۱۰۰/۰ (۲۸)	۰/۰ (۰)
ارائه پیشنهادها	۶۴/۳ (۱۸)	۳۵/۷ (۱۰)
بیان محدودیت‌ها	۴۶/۴ (۱۳)	۵۳/۶ (۱۵)
غفلت از بیان کاربرد مهم تحقیق	۵۳/۶ (۱۵)	۴۶/۴ (۱۳)
مشخص کردن کاربرد یافته‌ها برای بالین	۶۷/۹ (۱۹)	۳۲/۱ (۹)
بیان کاربردهای عملی بر پایه یافته‌های مطالعه	۵۷/۱ (۱۶)	۴۲/۹ (۱۲)

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین فراوانی معیار عدم رعایت کاربردپذیری مدل مراقبت پیگیر در مقالات موردبررسی مربوط به موردبحث قرار دادن یافته‌های مطالعه جهت استفاده در فعالیت بالینی یا پژوهش‌های آتی، توجیه‌پذیر و کامل بودن کاربردها و بیان محدودیت‌ها است.

استفاده از نتایج تحقیق مقوله مهمی در پرستاری و راهی برای گسترش دانش و قدرت بخشیدن به حرفه پرستاری است. به‌کارگیری نتایج تحقیق در ارائه مراقبت، رویکردی جدید در پرستاری ایران است که مفهوم نوظهور پرستاری مبتنی بر تحقیق را تداعی می‌نماید. اما نتیجه مطالعه مهرداد و همکاران (۱۳۸۸) با عنوان "گستره به‌کارگیری نتایج تحقیق در عملکرد بالینی پرستاران" نشان داد که میزان استفاده از نتایج تحقیق در فعالیت‌های بالینی در ۶۶/۹ درصد از پرستاران در سطح پایین و بقیه در سطح متوسط است (۱۹). نتیجه مطالعه حاضر نیز بر همین موضوع تأکید دارد و شاید یکی از دلایل عدم تمایل پرستاران به استفاده از نتایج تحقیقات در بالین، موردبحث قرار ندادن یافته‌های مطالعه در فعالیت بالینی و توجیه‌پذیر و کامل نبودن کاربردهای هر مداخله یا مدل مراقبتی می‌باشد، همچنین محدودیت‌های روش‌های جدید مراقبتی نیز به‌درستی بیان نمی‌شود و این مسئله امکان انتخاب پرستاران را با مشکل مواجه می‌کند. از دیگر دلایل احتمالی عدم کاربرد یافته‌های تحقیقات مربوط به مدل مراقبت پیگیر، فراهم نبودن زیرساخت‌های لازم برای اجرای این مدل مراقبتی در بالین است. زیرا این مدل بر نقش مؤثر، متعامل و متعادل پرستار، مددجو و خانواده او تمرکز دارد (۱۰) و برای انجام و پیگیری آن حداقل به یک تا دو ماه زمان نیاز است، حال آنکه نتایج مطالعات پیشین نشان می‌دهد پرستاران زمان کافی برای انجام مراقبت در شیفت‌های خود ندارند و برخی از نقش‌های مراقبتی آن‌ها مورد غفلت قرار می‌گیرد. در این خصوص نتیجه مطالعه سالمی و همکاران (۱۳۸۹) با عنوان "شناسایی موانع به‌کارگیری یافته‌های تحقیقاتی در عملکرد بالینی پرستاران مراکز درمانی کشور" نشان داد که سه مانع اول گزارش‌شده توسط پرستاران شامل: نبود زمان کافی برای پرستاران جهت مطالعه منابع جدید، عدم اختیار کافی پرستاران برای تغییر روش‌های مراقبتی بیماران و کافی نبودن امکانات و تسهیلات موجود جهت به‌کارگیری نتایج تحقیقات و عدم همکاری پزشکان در به‌کارگیری نتایج تحقیقات بود که همه این موانع در دسته موانع سازمانی قرار دارد (۲۰). در خصوص "نبود زمان کافی برای پرستاران جهت مطالعه منابع جدید"، این مانع بازتاب سنگینی شیفت‌های کاری پرستاری و نبود نیروی انسانی کافی برای انجام مراقبت‌های درمانی است که

این باعث شده به‌عنوان بزرگ‌ترین مانع استفاده از مدل‌های مراقبتی نوظهور مانند مدل مراقبت پیگیر شناخته شود. زیرا در مطالعه سالمی و همکاران (۱۳۸۹)، ۴۲/۹ درصد از پرستاران در هر شیفت مسئولیت مراقبت بیش از ۱۲ بیمار، ۲۸/۲ درصد از آن‌ها مسئولیت مراقبت ۱۲-۶ بیمار و فقط ۲۰ درصد مسئولیت مراقبت کم‌تر از ۶ بیمار را به عهده داشتند (۲۰). به نظر می‌رسد با اجرای طرح تحول نظام سلامت این مشکل تشدید شده است، زیرا به علت کاهش هزینه‌های پرداختی از جیب مردم، تعداد مراجعین به شکل چشم‌گیری افزایش یافته است، درحالی‌که نیروی انسانی کافی جذب نشده و بارکاری پرستاران افزایش یافته است (۲۱). در مورد مانع "عدم اختیار کافی پرستاران برای تغییر روش‌های مراقبتی بیماران" این مانع نشان‌دهنده عملکرد سنتی سازمان است که پرستاران را از رسیدن به استقلال حرفه‌ای باز می‌دارد. نتایج مطالعه کلوس پاتیراکی (۲۲) و فینک (۲۳) نیز نشان‌دهنده این موضوع است. در خصوص مانع "کافی نبودن امکانات و تسهیلات موجود جهت به‌کارگیری نتایج تحقیقات"، این مانع بیانگر مشکلات سازمانی است که حرفه پرستاری درگیر آن بوده و هست. ولی زاده و همکاران نیز نشان دادند که این مانع به‌عنوان یکی از سه مانع عمده استفاده از نتایج تحقیق در بالین توسط پرستاران است (۲۴). البته نباید فراموش کرد که طبق نتایج مطالعه حاضر، گرچه حضور این موانع بر سر راه استفاده از نتایج پژوهش‌ها در بالین، غیرقابل‌انکار است ولی یکی از موانع اصلی در مسیر استفاده از مدل مراقبت پیگیر کاربردی نبودن یا کاربردی گزارش نکردن نتایج تحقیقات توسط پژوهشگران است.

یکی دیگر از موانع احتمالی به‌کارگیری مدل مراقبت پیگیر، کمبود نگرش مثبت پرستاران نسبت به نتایج پژوهش‌ها در این زمینه است. طبق نتایج مطالعات انجام‌گرفته نگرش مثبت برای به‌کارگیری نتایج تحقیق در فعالیت‌های روزانه پرستاری لازم است، اما کافی نیست (۲۵، ۲۶). در تأیید این مسئله رتساس معتقد است، درحالی‌که پرستاران باور قوی خود را نسبت به ارزش شواهد ناشی از تحقیق در عملکرد حفظ کرده‌اند اما اغلب از آن در عملکرد خود استفاده نمی‌کنند (۲۷). نتایج مطالعه مهرداد و همکاران (۱۳۸۸) نیز قویاً این نقطه‌نظر را حمایت می‌کند که باوجود نگرش مثبت نسبت به استفاده از نتایج تحقیق باید به سایر مؤلفه‌های مؤثر در استفاده از نتایج تحقیق توجه کافی مبذول گردد (۱۹).

محدودیت‌ها: ازجمله محدودیت‌های این مطالعه کیفیت پایین برخی از مطالعات به‌کارگرفته شده مدل مراقبت پیگیر در طراحی و اجرای صحیح این مدل مراقبتی و همچنین در دسترس نبودن متن کامل مطالعه بود.

کافی و به‌روز) جهت استفاده از مدل‌های مراقبتی جدید توسط مسئولین ذی‌ربط ضروری به نظر می‌رسد. همچنین بررسی کاربردپذیری سایر مدل‌های مراقبتی در بیماران مزمن، جهت مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه دانشجویان دکتری پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی مشهد تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

References:

1. Taylor C, Lillis C, Lemone P. Fundamental of nursing. Translation: Azizi D. 2nd ed. Tehran: Hayan-abasaleh; 2009;2006.
2. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Fundamentals of Nursing-E-Book. Elsevier Health Sciences; 2016.
3. Ghafari S, Mohammadi F. Concept Analysis of Nursing Care: a Hybrid Model. J Mazandaran Univ Med Sci 2012;21(1): 153-64.
4. Karaöz S. Turkish nursing students' perception of caring. Nurse Educ Today 2005;25(1): 31-40.
5. Maben J. The art of caring: Invisible and subordinated?: A response to Juliet Corbin: 'Is caring a lost art in nursing?'. Int J Nurs Stud. 2008;45(3): 335-8.
6. Rudolfsson G, von Post I, Eriksson K. The expression of caring within the perioperative dialogue: A hermeneutic study. Int J Nurs Stud 2007;44(6): 905-15.
7. Ahmadi F. Design and evaluation of continuous care model in control of coronary artery problems. (Dissertation). Tehran: Tarbiat Modares University; 2002.
8. Ghavami H, Ahmadi F, Entezami H, Meamarian R. The effect of continuous care model on diabetic patients' blood pressure. Iran J Med Educ 2006;6(2): 87-95.
9. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. Effects of applying continuous care model on quality of life in hemodialysis patients. Razi j Med Sci 2006;13(52): 123-34.
10. Abedi H, Arefi S, Ahmadi F, Faghihi-Zadeh S, Ghofranipour F. Effect of continuous consultation care model on re hospitalization and chest pain in patients with coronary artery disease. J Qazvin Univ Med Sci 2005;35(9): 99-103.
11. Ghavami H, Ahmadi F, Entezami H, Meamarian R. Effectiveness of Applying Continuous Care Model on Quality of Life Level in Diabetic Patients. Urmia Med J 2005;16(1): 22- 7.
12. Sadeghi Shermeh M, Alavi Zerang F, Ahmadi F, Karimizarchi A, Babatabar H, Ebadi A. Effect of applying continuous care model on quality of life in heart failure patients. JBS 2009;3(1): 3-4.
13. Sadeghi Sherme M, Razmjooei N, Ebadi A, Najafi Mehri S, Asadi-Lari M. Effect of applying continuous care model on quality of life of patients after coronary artery bypass graft. Iran J Crit Care Nurs 2009;2(1): 1-6.
14. Salari M, Mahdizadeh S, Ebadi A, Aslani J, Naderi Z. Effect of applying continuous care model on quality of life in chemical warfare victims with bronchiolitis obliterans. Kowsar Med J 2009;14(2): 101-7.

15. Molazem Z, Rezaei S, Mohebbi Z, Ostovan M-A, Keshavarzi S. Effect of continuous care model on lifestyle of patients with myocardial infarction. *ARYA Atheroscler* 2013;9(3): 186.
16. Khankeh H, Anjomanin V, Ahmadi F, Falahi Khoshknab M, Rahgozar M, Ranjbar M. Evaluating the Effectiveness of Continuous Care Model on Quality of Life in Discharged Schizophrenic Patients from Sina Educational and Medical Center, Hamedan. *Iran J Nurs Res* 2010;4(15): 60-70.
17. Grove SK, Burns N, Gray J. *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences; 2012.
18. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
19. Mehrdad N, Salsali M, Kazemnejad A. The extent of research utilization in nursing clinical practice, Tehran. *Iran J Hayat* 2009;15(3): 20-30.
20. Salemi S, Shokoohi M, Eybpoosh S, Nejat S, Kashani H. Identify of Barriers to Research Utilization in the Nursing Clinical Practice, in Iran. *IRJE* 2010;6(1): 1-9.
21. Hashemi N, Farhani Nezhad S, Faghieh A, Imani E, Nazari F, Kashani S. Evaluation of Inpatient Satisfaction from the Implementation of the Health System Evolution Program (HSEP). *JPM* 2017;4(2): 60-7.
22. Patiraki E, Karlou C, Papadopoulou D, Spyridou A, Kouloukoura C, Bare E, et al. Barriers in implementing research findings in cancer care: the Greek registered nurses perceptions. *Eur J Oncol Nurs* 2004;8(3): 245-56.
23. Fink R, Thompson CJ, Bonnes D. Overcoming barriers and promoting the use of research in practice. *JONA* 2005;35(3): 121-9.
24. Valizadeh L, Zamanzadeh V. Research utilization and research attitudes among nurses working in teaching hospitals in Tabriz, Iran. *J Clin Nurs* 2003;12(6):928-30.
25. Parahoo K, Barr O, McCaughan E. Research utilization and attitudes towards research among learning disability nurses in Northern Ireland. *J Adv Nurs* 2000;31(3): 607-13.
26. Veeramah V. Utilization of research findings by graduate nurses and midwives. *J Adv Nurs* 2004;47(2): 183-91.
27. Retsas A. Barriers to using research evidence in nursing practice. *J Adv Nurs* 2000;31(3): 599-606.

CRITICAL APPRAISAL OF THE APPLICABILITY OF CONTINUOUS CARE MODEL IN THE CARE OF CHRONIC PATIENTS

Abbas Heydari^{1,2}, Seyed Mostafa Mohsenizadeh^{3*}

Received: 10 Sep, 2017; Accepted: 24 Nov, 2017

Abstract

Background & Aims: One of the native models of care that designed to increase self-care, adherence and performance of chronic patients is Continuous Care Model. The aim of this study is to critically evaluate the applicability of the Continuous Care Model in the care of chronic patients.

Materials & Methods: In this descriptive study, 28 interventional articles in the field of continuous care model that had been published during the past 10 years, were evaluated. The instrument was the articles applicability check list in which its validity and reliability had been confirmed. We used the SPSS ver. 16 and descriptive statistics for data analyses.

Results: The compliance with the applicability criteria among 28 articles were discussion about the application of findings in clinical practice and future research, 39.3%; explanation of the application of the findings, 39.3%; lack of exaggeration about findings, 67.9%; application of theory in the research findings, 100%; recommendation, 64.3%; limitations, 46.4%; lack of clear conclusion, 53.6%; identifying the clinical applicability, 67.9%; presenting the clinical applicability based on the exact findings, 57.1%.

Conclusion: The analysis of results demonstrating studies in which used the continuous care model as a theoretical framework did not completely fulfill the applicability criteria. Three important aspect of research application must be considered when using this model of care, including research, management and education.

Keywords: Continuous Care Model, care, critical appraisal, chronic diseases, Translational Research

Address: School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Tel: (+98) 5138597313

Email: SMMZ1364@gmail.com

¹ Professor, Evidence- Based Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Department of Medical- Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

³ PhD Student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (Corresponding Author)