

## مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه پرستاران، پزشکان، بیماران و همراهان بیمار: یک پژوهش کیفی

دکتر منصوره زاغری تفرشی<sup>۱</sup>، فروزان آتش زاده شوریده<sup>۲\*</sup>، دکتر مهرنوش بازارگادی<sup>۳</sup>، امیرحسین بارباز<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: 1391/02/31 تاریخ پذیرش: 1391/05/10

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** 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 درک و توصیف عمیق مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه همه گروه‌های ذینفع انجام گرفت. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه کیفی، از نوع پدیدارشناسی تفسیری بود که در راستای درک تجارب پرستاران، پزشکان، بیماران و همراهان آن‌ها در رابطه با مراقبت پرستاری با کیفیت انجام شد. در این مطالعه از مصاحبه‌های فردی، گروهی و مشاهده استفاده شد. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و سپس پیاده شده و با استفاده از روش تحلیل دیکلمن، کدها از آن‌ها استخراج گردید.

**یافته‌ها:** در این پژوهش شش 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 و در فرایند تحلیل و مقایسه‌ی مداوم داده‌ها تعداد کدها به ۲۱۲ کد تقلیل یافته و در نهایت ۲۲ زیردرون‌مايه و پنج درون‌مايه حاصل گردید. مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه پزشکان، پرستاران، بیماران و همراهان آن‌ها «رفع نیازهای بیماران از طریق مراقبتی هدفمند همراه با روابط عاطفی - روانی، حمایت، احترام، مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی» تعریف گردید.

**بحث و نتیجه‌گیری:** مدیران پرستاری باید راهبردهای حمایتی برای شناخت و ارایه بهتر مراقبت‌های پرستاری که منعکس‌کننده هدفمند بودن مراقبت‌ها، احساس مسئولیت، ارتقاء روابط عاطفی - روانی، حفظ احترام و حمایت از مددجو باشد را، توسعه بخشند. متولیان آموزش پرستاری نیز با تغییر در برنامه‌های آموزشی دانشجویان، می‌توانند گام مؤثری در بکارگیری مدل‌های مراقبتی بر پایه‌ی تعریف کیفیت ارایه خدمات پرستاری بردارند.

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

دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره پنجم، پی در پی 40، آذر و دی 1391، ص 665-648

آدرس مکاتبه: تهران، خیابان ولی عصر، تقاطع نیایش، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، تلفن: ۰۹۱۲۵۰۰۰۱۶۹

Email: forooota@yahoo.com

### مقدمه

فرآورده یا خدمت برای ارضاء نیازهای ابراز شده (۳) و میزانی

برای برآوردن انتظارات مشتری یا مددجو است (۴). پژوهشی که

توسط دبیریان و همکاران انجام شد نشان داد که خدمات

پرستاری ارایه شده به بیماران نتوانسته است تأمین‌کننده

خواسته‌ها و انتظارات بیماران باشد (۵).

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 مختلفی در

زمان‌های مختلف از آن داشته باشد (۲). کیفیت، توانایی یک

<sup>۱</sup> استادیار، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

<sup>۴</sup> عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

برهانس و الیگود<sup>2</sup> در مطالعه‌ای کیفی با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری<sup>3</sup> مراقبت پرستاری با کیفیت از دیدگاه پرستاران بالینی را "دستیابی به نیازهای انسان از طریق توجه، همدلی، تعاملات احترام‌آمیز با بیمار همراه با احساس مسئولیت، 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 "ارائه خدمات ایمن و مطابق با استانداردهای پرستاری به مددجو به گونه‌ای که منجر به رضایت بیمار/مددجو گردد" تعریف کردند (۱۳). اما با توجه به گستردگی این مفهوم و تفاوت دیدگاه‌های افراد خصوصاً 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، نیز 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. طی جستجوهای انجام شده توسط پژوهشگران در بانک‌های اطلاعاتی نظیر مدلاین، پارس مدلاین، سایت مرکز پژوهش‌های علمی و صنعتی ایران و خلاصه مقالات همایش‌های مرتبط با پرستاری در داخل کشور، 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. بنابراین به منظور دستیابی به یافته‌هایی عمیق که بر اساس تجارب زنده و فرهنگ جاری گروه‌های مذکور به عنوان مهم‌ترین افراد در ارتباط با کیفیت خدمات پرستاری، شکل گرفته است و با استفاده از رویکرد کیفی، لازم است مفاهیم اساسی کیفیت از دیدگاه پرستاران، پزشکان، بیماران و همراهان آن‌ها استخراج شود. این رویکرد به پژوهشگران کمک می‌نماید تا بدون اعمال نظر یا هرگونه سوگیری احتمالی در طراحی سؤالات

کوهن-منسلفیلد و جنسن<sup>1</sup> نیز در بررسی نظرات پزشکان به این نتیجه رسیدند که خدمات مراقبتی ارائه شده در حد قابل قبول است ولی خوب و بالاتر از انتظار نیست (۶). یافتن معنا و مفهوم کیفیت، پایه و اساس پژوهش‌های مبتنی بر کیفیت خدمات پرستاری است. پژوهش‌هایی که در باره کیفیت انجام می‌شود، اغلب به منظور یافتن رویکردهای مناسب در ارزشیابی کیفیت مراقبت‌ها، تضمین و بهبود مستمر کیفیت است. گرچه انجام این گونه پژوهش‌ها کار جدیدی نیست، اما، به دلیل محدود بودن الگوهای پنداشتی موجود و نیز ابزارهای پژوهشی ناکافی، تلاش‌های انجام شده اغلب بی‌نتیجه مانده است (۷). همچنین تعاریف موجود در مورد کیفیت مراقبت و ابزارهای موجود برای ارزیابی آن، به ندرت واقعیاتی را که پرستاران اساساً و در عمل با آن‌ها مواجهند، در بر می‌گیرند (۱). حتی برخی معتقدند کیفیت مراقبت پرستاری و دسترسی به اهداف مراقبتی، بیش از رفع نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیمار است (۸). چالش‌های به وجود آمده؛ مدیران و مسئولان نظام مراقبت‌های بهداشتی را برانگیخته است تا کیفیت مراقبت پرستاری را تعریف کنند. در واقع نیاز به تعریف کیفیت مراقبت پرستاری و چگونگی اندازه‌گیری آن، یک فوریت محسوب می‌شود (۹). چرا که گزارش‌های مربوط به مراقبت‌های زیر استاندارد، افزایش توجه و تقاضای مصرف‌کننده خدمات نسبت به کیفیت مراقبت، نگرانی‌های متخصصین در مورد برآیندهای 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 (۱۱) و نگرانی‌هایی را در جامعه پرستاری در خصوص ایمنی بیماران و کیفیت مراقبت‌ها در بیمارستان‌ها ایجاد نموده است (۹).

<sup>2</sup> Burhans and Alligood

<sup>3</sup> Hermenutic Phenomenology

<sup>1</sup> Cohen-Mansfield and Jensen

جهت‌دار در پرسشنامه‌های کمی، به تحلیل نقاط اشتراک و افتراق دیدگاه‌های گروه‌های ذینفع بپردازند.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه کیفی، از نوع پدیدارشناسی تفسیری است که در راستای درک تجارب پرستاران، پزشکان، بیماران و همراهان آن‌ها در رابطه با مراقبت پرستاری با کیفیت انجام شد. هدف از پژوهش پدیدارشناسی تفسیری، توصیف تجربیات زندگی (۱۴) به همان صورتی است که در زندگی واقع شده‌اند و روشن سازی معانی نهفته در پدیده‌ها با بررسی معانی و روابط دانش و زمینه آن است (۱۵-۱۷).

در این پژوهش شش پزشک، ۱۰ پرستار، ۲۲ بیمار در مصاحبه فردی و ۲۰ همراه بیمار در مصاحبه گروهی شرکت کردند. این مطالعه با نمونه‌گیری هدفمند از بیمارستان‌های مختلف کشور انجام شد. با توجه به اینکه 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 و سپس به ترتیب با سایر افراد آگاه در این زمینه مصاحبه‌ها را ادامه داد. کلیه مصاحبه‌ها توسط یکی از پژوهشگران انجام شد.

جهت گردآوری داده‌ها، از روش مصاحبه فردی نیمه ساختار یافته و متمرکز گروهی (گروه مدار) استفاده شد. برای شروع مصاحبه و به منظور رسیدن به درکی جامع از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، از هر یک از آنان خواسته شد تا مفهوم کیفیت مراقبت‌های پرستاری را توصیف نمایند. سؤالات بعدی با توجه به توصیف‌های ارائه شده توسط مشارکت‌کنندگان و به منظور عمق بخشیدن به آن‌ها و با استفاده از تکنیک گمانه‌زنی پرسیده شد. پرسش‌های زیر نمونه‌ای از این گونه سؤالات می‌باشند:

- کیفیت از دیدگاه شما به چه معناست؟

- با شنیدن مراقبت پرستاری با کیفیت، در ذهن شما چه مراقبتی نقش می‌بندد؟
- شما به عنوان پرستار کیفیت مراقبت‌های پرستاری را چگونه تفسیر می‌کنید؟
- شما به عنوان پزشک چه تعریفی از کیفیت مراقبت‌های پرستاری ارائه می‌دهید؟
- به نظر شما (به عنوان بیمار، همراه بیمار) مراقبت پرستاری خوب باید چگونه باشد؟
- چه مراقبت‌های پرستاری رضایت شما را تأمین می‌کند؟

مدت زمان مصاحبه‌های فردی بین ۵۰-۱۸ دقیقه و تعداد مصاحبه‌های فردی از ۲-۱ بار متفاوت بود. مدت زمان مصاحبه‌های گروهی ۸۶-۵۰ دقیقه بود. در پایان مصاحبه‌ها از مشارکت‌کنندگان خواسته می‌شد تا اگر موضوعی باقی مانده بیان نمایند و پس از تشکر و قدردانی از آن‌ها در خصوص احتمال انجام مصاحبه‌های بعدی نیز صحبت می‌شد. هر مصاحبه منجر به شناخت بهتر پدیده مورد مطالعه توسط پژوهشگران می‌شد. با وجودی که کلیه مصاحبه‌ها توسط یک پژوهشگر انجام می‌شد؛ اما نقد و بررسی مصاحبه‌ها توسط کلیه پژوهشگران این مطالعه صورت می‌گرفت. در واقع، پژوهشگران پس از هر مصاحبه همانند یک ناظر خارجی مصاحبه را مورد نقد و بررسی قرار می‌دادند. نقاط ضعف و قوت مصاحبه را مشخص می‌نمودند و مواردی را که باید در مصاحبه‌های بعدی لحاظ می‌شد در ذهن مرور می‌کردند.

در این پژوهش از روش تجزیه و تحلیل دیکلمن<sup>۱</sup> برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. از آن جایی که لازمه تحلیل آن است که پژوهشگر در اطلاعات غوطه‌ور گردد و این کار با گوش کردن به توصیف‌های مشارکت‌کنندگان شروع و با بازخوانی مکرر داده‌ها ادامه می‌یابد (۱۵) ابتدا متن کلیه مصاحبه‌ها و حکایات مکتوب مشارکت‌کنندگان در مطالعه، چندین بار خوانده شد. پس از

<sup>۱</sup> Dickelmann

رسیدن به یک درک کلی، مرحله‌ی دوم از فرآیند تجزیه و تحلیل آغاز گشت. طی این مرحله، هر یک از مصاحبه‌ها با استفاده از روش تفسیر متون مورد بررسی و معانی آشکار و نهفته استخراج گردید. سپس هر یک از مصاحبه‌ها با توجه به معانی استخراج شده و همچنین در راستای تعیین درون‌مایه‌های اولیه کدبندی شدند. در مرحله‌ی سوم، متون کدگذاری شده توسط اعضای تیم پژوهش مورد بحث و تجزیه و تحلیل قرار گرفت و درک مشترکی از توصیفات ارایه شده از طرف مشارکت‌کنندگان در مطالعه، حاصل گردید.

در مرحله‌ی چهارم، به منظور رفع تناقضات موجود در تفسیرهای ارایه شده از طرف گروه پژوهش، مجدداً به متن اصلی مصاحبه‌ها رجوع و یا در صورت ضرورت و برای توضیح و تبیین بیشتر موضوع، با مشارکت‌کننده مربوطه تماس حاصل می‌شد. طی مرحله‌ی پنجم و با استفاده از روش مقایسه و مقابله متون، نسبت به تعیین و توصیف درون‌مایه‌ها اقدام گردید. در مرحله‌ی ششم، یافته‌های مطالعه در قالب درون‌مایه‌های استخراج شده فوق، توسط اعضای گروه پژوهش مورد بحث و بررسی قرار گرفته و در مرحله‌ی هفتم طرح نهایی یافته‌ها، در قالب درون‌مایه‌های اصلی ارایه شد. تمامی این مراحل به صورت تلفیقی و چرخشی همزمان با جمع‌آوری داده‌ها انجام گردید.

کدهای اولیه در این پژوهش تا مراحل پایانی نگارش طرح پژوهشی همواره مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفتند. در کدگذاری اولیه ابتدا تعداد ۲۳۱۲ کد استخراج گردید و در فرایند تحلیل و مقایسه‌ی مداوم داده‌ها تعداد کدها به ۲۱۲ کد تقلیل یافته و در نهایت ۲۲ زیردرون‌مایه و ۵ درون‌مایه «هدفمندی»، «روابط عاطفی - روانی»، «حمایت»، «احترام»، «مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی» حاصل گردید.

جهت افزایش مقبولیت<sup>۱</sup>، پژوهشگران تعامل کافی و نزدیک با مشارکت‌کنندگان داشتند. بازنگری متون مصاحبه توسط مشارکت‌کنندگان و بازنگری کدهای استخراجی توسط ناظرین خارجی انجام شد و از نظرات تکمیلی و اصلاحی همکاران استفاده شد. بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان<sup>۲</sup>، بازنگری توسط ناظرین خارجی<sup>۳</sup> و تنوع نمونه‌گیری بیانگر تأییدپذیری<sup>۴</sup> داده‌ها بود. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به منظور انجام پژوهش گرفته شد. پژوهشگر علاوه بر معرفی خود و توضیح اهداف پژوهش به مشارکت‌کنندگان، از آنان درخواست نمود تا فرم مشخصات جمعیت‌شناختی و رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل نمایند و پیش از شروع مصاحبه، 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 مختار بودند در هر مرحله از پژوهش بر حسب صلاحدید خود، از مطالعه خارج شوند.

## یافته‌ها

در این پژوهش ۶ پزشک، ۱۰ پرستار، ۲۲ بیمار در مصاحبه فردی و ۲۰ همراه بیمار در ۳ مصاحبه گروهی (یک گروه ۶ نفره و دو گروه ۷ نفره) شرکت کردند.

۲۲ زیردرون‌مایه و ۵ درون‌مایه «هدفمندی»، «روابط عاطفی - روانی»، «حمایت»، «احترام»، «مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی» حاصل گردید. این درون‌مایه‌ها و زیردرون‌مایه‌ها در جدول ۱ ارایه شده است.

<sup>1</sup> Credibility

<sup>2</sup> Member checking

<sup>3</sup> Peer check

<sup>4</sup> Confirmability

**جدول شماره (۱): درون مایه‌ها و زیر درون مایه‌های مفهوم کیفیت مراقبت‌های پرستاری**

درون مایه‌ها	زیر درون مایه‌ها
هدفمندی	مطلوب‌ترین نحوه‌ی مراقبت
	مراقبت بر پایه نیازهای بیمار
	مراقبت بر اساس فرآیند پرستاری
	داشتن نگرش مراقبتی
	مراقبت بر اساس هدف
روابط عاطفی - روانی	مراقبت جهت حصول رضایتمندی بیمار
	مراقبت بر پایه علم و آگاهی
	همدل بودن با بیمار
	مهربانی
حمایت	مراقبت‌های انسان‌دوستانه
	توجه به نگرانی‌ها و شکایات بیمار
	ارتباط و همکاری پزشک و پرستار
احترام	حفاظت از بیمار
	پیگیری تماس با پزشک
مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی	مدافع بیمار در هر شرایطی
	احترام به شأن افراد
	دروغ نگفتن
	توجه به نظرات پرستار
	احساس مسئولیت
	خودباوری
	گزارش‌دهی درست
	حضور بر بالین بیمار به هنگام نیاز وی

هدفمندی پرستاری با کیفیت بود. مطلوب‌ترین نحوه‌ی مراقبت منجر به رفع نیازهای جسمی، روانی، عاطفی، اجتماعی و معنوی بیماران می‌شود. بیانات زیر بیانگر تجارب برخی از مشارکت‌کنندگان در رابطه با این زیردرون مایه می‌باشد:

«مراقبت پرستاری زمانی می‌تونه با کیفیت باشه که بهترین کارو برای مریض انجام داده باشی» (خانم مدیر خدمات پرستاری ۴۵ ساله).

«برای اجرای مراقبت‌های پرستاری که بتونه رضایت مریضو جلب کنه، باید بهترین خدمات رو ارایه داد.» (خانم پزشک ۴۲ ساله).

اولین درون مایه این پژوهش «هدفمندی» بود. اکثر مشارکت‌کنندگان کیفیت مراقبت‌های پرستاری را در هدفمندی مراقبت‌ها مطرح نمودند. این درون مایه شامل هفت زیردرون مایه‌ی «مطلوب‌ترین نحوه‌ی مراقبت»، «مراقبت بر پایه نیازهای بیمار»، «مراقبت بر اساس فرآیند پرستاری»، «داشتن نگرش مراقبتی»، «مراقبت بر اساس هدف»، «مراقبت جهت حصول رضایتمندی بیمار» و «مراقبت بر پایه علم و آگاهی» بود.

۱-۱: «مطلوب‌ترین نحوه‌ی مراقبت»: مطلوب‌ترین نحوه‌ی مراقبت از دیدگاه بسیاری از مشارکت‌کنندگان بیانگر مراقبت‌های

۱-۲: «مراقبت بر پایه نیازهای بیمار»: اصولاً مراقبت‌های پرستاری جهت رفع نیازهای بیمار است و 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 اولیه‌ی بیمار مطرح کردند. در همین رابطه بیانات یکی از همراهان بیمار در ذیل آمده است:

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

۱-۳: «مراقبت بر اساس فرآیند پرستاری» سومین زیر درون‌مایه حاصل از تجزیه و تحلیل اطلاعات در درون مایه هدفمندی بود. این زیر درون‌مایه عمدتاً از بیانات پرستاران مشارکت‌کننده در این پژوهش استخراج گردید. آن‌ها معتقد بودند بر اساس فرآیند پرستاری می‌توان به مشکلات بیمار پی برده و آن‌ها را رفع نمود. با استفاده از چارچوب فرآیند پرستاری امکان رفع نیازهای بیمار در تمامی ابعاد فراهم شده و کیفیت مراقبت‌ها افزایش می‌یابد. در همین رابطه یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار نمود:

«خیلی از همکارا یادشون رفته که در دوران دانشجویی بیمارارو بر اساس فرآیند پرستاری بررسی می‌کردند و بر اساس فرآیند پرستاری به چارچوب مراقبتی به راش می‌نوشتند و کارهای بیمار رو بر اساس اون انجام می‌دادند... الان کیفیت مراقبت‌ها اومده پایین دیگه کسی بر اساس فرآیند پرستاری کار نمی‌کنه...»

الان همه چیز روتین وار انجام می‌شه... حالا با چه کیفیتی!! بماند.» (آقای سرپرستار ۵۴ ساله)

۱-۴: «داشتن نگرش مراقبتی»: نگرش پرستاران در انجام مراقبت‌های پرستاری نقش بسزایی در ارتقا 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، معاینه‌ی وی، بررسی یافته‌های رادیولوژیکی و آزمایشگاهی بوده و گاهی فراموش می‌کنند که نقش پرستار، نقش مراقبتی است نه نقش درمانی به عنوان پزشک. بیانات مشارکت‌کنندگان زیر مثال‌هایی در این زمینه است:

«خیلی از پرستارای تازه فارغ‌التحصیل و حتی دانشجویان پرستاری گوشه‌ی 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)

۱-۵: «مراقبت بر اساس هدف»: هدفمندی در امور در رأس همه‌ی 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. زیرا مراقبت بر اساس هدف ارزشیابی می‌شود و در صورت عدم حصول نتیجه، می‌توان مجدداً مراقبت‌ها را پیگیری نمود. در همین زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان چنین بیان نمود:

«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 به گه مراقبتش خوب بوده یا نه.» (آقای پرستار ۳۶ ساله)

۱-۶: «مراقبت جهت حصول رضایتمندی بیمار»: از آن جایی که منظور از کیفیت توانایی یک خدمت برای ارضا نیازهای ابراز شده یا درخواست شده می‌باشد، در این پژوهش نیز بسیاری از مشارکت‌کنندگان به این موضوع اشاره نمودند و کیفیت مراقبت‌های پرستاری را در گرو رضایتمندی بیماران مطرح نمودند. در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود:

«پرستار در ارائه خدمات باید به رضایتمندی مشتریان که همون مددجویان هستند باید توجه داشته باشه...» (خانم پزشک ۴۳ ساله)

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

«یکی از موارد مهم در مراقبت، کسب رضایت بیماره. من می‌بینم بعضی پرستارا خوبن. 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 پایه‌ی علم و آگاهی است. مشارکت‌کنندگان این پژوهش بر علم پرستار تأکید فراوانی داشتند. بیانات زیر نمونه‌ای از اظهارات مشارکت‌کنندگان در این زمینه است:

«مهم‌ترین موضوع برای هر پرستار، آشنایی وی با خود بیماریه. باید بدونه که بیماری بیمار چی بوده، چه عمل جراحی انجام شده و به چه منظوری این عمل جراحی انجام شده. اگه اینو بدونه عوارض بعد از عمل و مشکلات بعد از عملش هم می‌تونه تشخیص بده. یا حتی در مورد بیماران داخلی، داروهایی که به بیمار تجویز می‌شه، می‌تونه بدونه که دقیقاً بیماری فرد چی

هستش. نه به اندازه یه پزشک ولی به اندازه یه پرستار ازش انتظار داریم که بدونه. این مهم‌ترین چیزه» (آقای پزشک ۳۳ ساله)  
۲. روابط عاطفی - روانی

دومین درون‌مایه انتزاع شده‌ی این پژوهش روابط عاطفی - روانی بود. این درون‌مایه شامل زیردرون‌مایه‌های «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 نموده و مورد توجه بودن را تجربه نماید. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت:

«باید همیشه فکر کنی بیماری که بستریه، پدرته، مادرته، خواهر و برادرت و یا بچه‌ته. در این حالت که می‌تونن اونو درک کنی، می‌تونن همدلش باشی.» (آقای پرستار ۴۱ ساله)

۲-۲: «مهربانی»: یکی از مواردی که به کرات توسط مشارکت‌کنندگان به‌خصوص بیماران مطرح می‌شد، 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:

«لازمه که پرستار با بیمار رفتار مناسب داشته باشه. در عین حال که تو کارش جدّیه ولی مهربون هم باشه تا اعتماد بیمارو بتونه به خودش جلب کنه و بیمار حرفشو، دردشو و مشککشو بهش به‌گه.» (خانم پزشک ۴۳ ساله)

۲-۳: «مراقبت‌های انسان‌دوستانه»: سومین زیردرون‌مایه از درون‌مایه روابط عاطفی - روانی، مراقبت‌های انسان‌دوستانه بود. در حرفه‌ی پرستاری جنبه عاطفی مراقبت‌ها بسیار مهم است و رسیدگی به بیمار دردمند یکی از علل انتخاب و فعالیت در حرفه‌ی

بهداشتی غیر قابل تحمل خواهد نمود و منجر به مشکلات مراقبتی می‌شود. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت:

«ما به عنوان پزشک انتظار داریم، پرستار همراه و همگام ما باشد. تعاون و همکاری بین پزشک و پرستار روند درمان و مراقبت را تسریع می‌کند و محیط را برای آرامش هر دو گروه مهیا می‌کند. این همکاری خیلی مهمه.» (خانم پزشک ۴۲ ساله)

۳. حمایت

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

۳-۱: «حفاظت از بیمار»: مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که اقدامات پرستاری باید در جهت حفاظت از بیماران باشد. مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود:

«پرستار باید مراقب ما باشد. باید مواظب باشد 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 می‌شد تا این اتفاق نیفتد. آگه نرده کنار تخت رو بالا کشیده بود این اتفاق نمی‌افتاد» (گروه ۳ مصاحبه)

۳-۲: «پیگیری تماس با پزشک»: از آن جایی که امکان حضور پزشک به طور مستمر بر بالین بیمار وجود ندارد و بیماران انتظار دارند با پزشک معالج خود در تعامل بوده و سؤالات خود را از وی بپرسند، پرستار مسئول پیگیری تماس با پزشک است. بسیاری از بیماران و همراهان آنان معتقد بودند که خودشان دسترسی به پزشک ندارند و از پرستاران انتظار دارند از پزشک بخواهند که بر بالین بیمار حضور یابد. پرستاران نیز این انتظار بیماران را تجربه کرده بودند و بر این باور بودند که اگر پزشکی بر بالین بیمار حضور نیابد و یا پرستار پیگیر حضور پزشک نباشد، بیماران به مؤاخذه پرستار پرداخته و کار پرستاری و مراقبت‌های پرستاری را زیر

پرستاری است. دیدن بیمار به عنوان یک انسان و عشق‌ورزی به انسان و کمک به وی لازمه‌ی مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش بود. مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه چنین اظهار نمود:

«ما هم انسانیم و دوست داریم به عنوان انسان دیده بشیم. پرستارایی داریم که حاضر نیستند به کلمه با آدم حرف بزنند... اینا چه جوری 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 توسط پرستاران رعایت شود. آنان اظهار می‌نمودند که برخی از پرستاران نسبت به مشکلات بیماران بی‌تفاوت هستند و همین امر منجر به طولانی شدن روند بهبودی بیمار و عدم رضایت آنان می‌شود. بیانات مشارکت‌کنندگان زیر بیانگر حساسیت موضوع است:

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

«به چم تب داره. به پرستار گفتم اصلاً نیومد به بینه واقعاً به چم تب داره یا نه. گفت برو پاشویش بده. نمی‌دونم پس اون چه کارس که اونجا نشسته... بهش که اعتراض کردم، گفت کار زیاده و نیرو کمه.» (گروه ۲ مصاحبه)

۲-۵: «ارتباط و همکاری پزشک و پرستار»: بسیاری از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند 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. عدم همکاری و مساعدت پزشک و پرستار، محیط کار را برای کارکنان



سؤال می‌برند. بیانات یکی از مشارکت‌کنندگان زیر حاکی از ضرورت پیگیری تماس با پزشک توسط پرستار است:

«گاهی پیش می‌آید که پزشک سه روز، چهار روز نمی‌آید بالاسرمون. وقتی از پرستار می‌خوایم که با پزشک تماس بگیره، ترش می‌کنه و می‌گه هر وقت لازم باشه می‌آید. رزیدنت که می‌آید ویزیت 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 هستند که آن‌ها را با مسئله مدافعه درگیر می‌سازد. اگرچه مدافعه از بیمار و خانواده‌های آنان عملکرد حرفه‌ای پرستاران محسوب می‌گردد اما معمولاً این جنبه از عملکرد حرفه‌ای آنان کمتر قابل رؤیت است. مشارکت‌کنندگان این پژوهش به تأثیر نقش مدافعه پرستار در کیفیت مراقبت‌های پرستاری اشاره می‌نمودند. یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشت:

«پرستاران متأسفانه نقش‌های خودشونو فراموش کردند. گاهی بیماران مورد سوء استفاده قرار می‌گیرند. گاهی از ناآگاهی اونا سوء استفاده می‌شه. اینجا وظیفه‌ی پرستاره که به یاد از بیمارش دفاع کنه. همین دفاع از بیماره که موجب رضایت بیمار می‌شه.» (خانم پرستار ۴۷ ساله)

۴/۰۴ احترام

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

۴-۱: «احترام به شأن افراد»: شأن برای بیماران در بخش‌های مختلف بیمارستان حائز اهمیت می‌باشد و احترام به حقوق مربوط به شأن افراد جزء اصول پرستاری محسوب می‌گردد. حفظ شأن افراد به‌خصوص 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 به اسمی داره و من دوست دارم به اسم منو صدا کنن. پرستاری هست که به هر بیماری به لقبی داده و به اون لقب صداش می‌کنه. این خیلی زشته...» (بیمار آقای ۳۶ ساله)

۴-۲: «دروغ نگفتن»: راستگویی و صداقت از اصول اخلاقی در کار پرستاری است. راستگویی نقطه مقابل دروغ‌گویی است. از پرستاران انتظار می‌رود در برابر بیمار و در مورد مسائل کاری راستگویی را رعایت نمایند. یکی از پرستاران چنین اظهار نمود:

«راستش گاهی پیش می‌آید که خطایی رخ می‌ده، یا نه اصلاً خطا هم نیست. بیمار به سؤال از پرستارش می‌پرسه. چقدر قشنگه که پرستار عین واقعیت رو به گه. دروغ نگه. اگه به گه نمی‌دونم، خیلی بهتر از اینه که به چیزهایی رو سر هم کنه و به خورد بیمار بده.» (خانم سرپرستار ۵۰ ساله)

۴-۳: «توجه به نظرات پرستار»: توجه به نظرات پرستار از دیگر مواردی بود که مشارکت‌کنندگان بر آن تأکید داشتند. پرستاری، حرفه‌ای توأم با علم و هنر است. پرستاری که تحصیلات دانشگاهی حداقل ۴ ساله را می‌گذرانند و در طول سنوات کاری خود به تجارب و مهارت‌هایی دست یافته است، انتظار دارد که مورد توجه همکاران و پزشکان قرار گیرد. مشارکت‌کننده‌ای در بیان دیدگاه خود درباره‌ی کیفیت مراقبت پرستاری گفت:

«ما هم به اندازه‌ی خودمون به چیزایی می‌دونیم... چه خوبه که موقع ویزیت بالا سر بیمار باشیم و با پزشک تبادل نظر داشته باشیم در باره وضعیت بیمار، در باره درمان و مراقبتش. این جوری دید بیمار هم نسبت به پرستار عوض می‌شه...» (خانم سرپرستار ۴۵ ساله)

۵. مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی

پنجمین درون‌مایه‌ی انتزاع شده «مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی» بود که از مفاهیم اساسی و بنیادی کار پرستاران است. عدم وجود یا نقصان مسئولیت‌پذیری، بی‌اعتمادی، نگرانی، تشویش و در نهایت آسیب به انسان‌ها را به دنبال دارد. این درون‌مایه شامل

نکرده‌اند. در صورتی که باید بدانند که پزشک کارش تشخیص و درمان است و پرستار با مراقبت خوب موجب بهبودی بیمار می‌شود. بیانات زیر حاکی از همین موضوع است:

«یعنی من وابسته به اون هستم یعنی اگر اون کارش رو درست انجام نده، کار من هم می‌مونه. ولی خودشون همچین استنباطی از کارشون ندارن یعنی احساس نمی‌کنن که پرستار هستن یعنی کار مهمی دارن انجام می‌دن به خاطر همین هم اثر داره روی مراقبتشون.» (خانم پزشک فوق تخصص ۴۲ ساله)

۴-۵: «گزارش‌دهی درست»: برای پاسخگویی در برابر مسئولیت مهم مراقبت، تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامتی انسان و جامعه، لازم است اقدامات و فعالیت‌های انجام شده به طور صحیح ثبت شود. ارایه گزارشات کامل، دقیق، صحیح و به موقع جهت قضاوت در مورد اینکه بیمار مراقبت‌های مورد نیاز و ضروری را دریافت داشته امری بدیهی است، همچنین به ارایه دهندگان 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 ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری مؤثر است. بیانات زیر مؤید تأثیر گزارش درست بر روند درمان‌ها و مراقبت‌ها می‌باشد.

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

۵-۵: «حضور بر بالین بیمار به هنگام نیاز وی»: حضور پرستار بر بالین بیمار به دلیل کمبود وقت و نیرو رو به کاهش نهاده است. بسیاری از مشارکت‌کنندگان از این که پرستاران اغلب در ایستگاه پرستاری بوده و به کارهای روتین می‌پردازند و کمتر بر بالین بیمار هستند، گلهمند بودند. مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه اظهار نمود: «ما به شدت با کمبود نیرو مواجهیم. پرستار باید بر بالین بیمار باشه و مراقبت کنه، اما عملاً نمی‌شه... چون کمبود نیرو

زیر درون‌مایه‌های «احساس مسئولیت»، «خودباوری»، «گزارش‌دهی درست» و «حضور بر بالین بیمار به هنگام درخواست بیمار» می‌باشد.

۵-۱: «احساس مسئولیت»: یکی از زیردرون‌مایه‌های استخراج شده در درون‌مایه مسئولیت‌پذیری، احساس مسئولیت بود که بنا به تجربه‌ی مشارکت‌کنندگان یک احساس الزام و تعهد درونی است که پرستاران به آن مقید و معتقد هستند. ضمن آنکه ماهیت ارایه مراقبت‌های پرستاری با مسئولیت‌پذیری عجین می‌باشد. فقدان آن سهل‌انگاری و بی‌تفاوتی را به ارمغان می‌آورد که خود منجر به کاهش کیفیت مراقبت‌های پرستاری می‌شود. مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه اظهار نمود:

«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 بی‌مسئولیتی.» (خانم پزشک فوق تخصص ۴۲ ساله)

۳-۵: «خودباوری»: عامل دیگری که بیشتر مشارکت‌کنندگان آن را در کیفیت مراقبت‌های پرستاری مؤثر می‌دانستند اعتماد به نفس و خودباوری پرستاران بود. خود باوری موجب می‌شود فرد مسئولیت‌پذیر باشد و مسئولیت‌های مختلف را می‌پذیرد. خودباوری، باور به استعدادها، توانایی‌ها و نیروهای نهفته فطری درونی است که با اتکاء به آن، می‌توان به اهداف موردنظر رسید و به آنان جامه عمل پوشاند. خودباوری پرستاران در ارایه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت به آنان کمک می‌کند. با وجود این، مشارکت‌کنندگان معتقد بودند پرستاران از خودباوری لازم برخوردار نیستند. پرستار ۴۱ ساله با ۱۷ سال سابقه کاری گفت:

«لازمه که پرستار به خودش مطمئن باشه. خودشو باور داشته باشه تا بتونه مراقبت خوب به عمل بیاره.» (آقای پرستار ۴۱ ساله)

پزشکان مشارکت‌کننده نیز بر عدم خودباوری پرستاران اشاره داشتند. آن‌ها معتقد بودند که بسیاری از پرستاران خودشان را باور

داریم اغلب کارمون زیاده و نمی‌رسیم بر بالین بیمار حاضرشیم.»  
(خانم سرپرستار ۴۵ ساله)

بیماران و همراهان آن‌ها نیز بر این موضوع تکیه داشتند که به هنگام نیاز به پرستار تمایل دارند پرستار بر بالین آنان حضور یابد. مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه گفت:

«گاهی پیش میاد که زنگ می‌زنیم تا پرستار به یاد... چقدر طول می‌کشد تا به یاد... بعدشم که می‌ره مثلاً به راه‌مریضمون دارو بیاره... خیلی طول می‌کشد... وقتی هم اعتراض می‌کنیم می‌گن چه کار کنیم... کارمون زیاده... این همه مریض هست» (گروه ۲ مصاحبه)

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش که با هدف کاوش مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری انجام گرفت، نشان داد که مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه پزشکان، پرستاران، بیماران و همراهان آن‌ها «رفع نیازهای بیماران از طریق مراقبتی هدفمند همراه با روابط عاطفی - روانی، حمایت، احترام، مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی» تعریف گردید. در واقع در این تعریف رفع نیازهای بیمار از یک سو، هدفمندی مراقبت‌ها، روابط عاطفی-روانی، حمایت، احترام، مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی از سوی دیگر ابعاد این تعریف را تشکیل می‌دهند. در پژوهشی که توسط بازارگادی و همکاران انجام گرفت، مفهوم کیفیت خدمات پرستاری تحت عنوان «ارایه خدمات ایمن و مطابق با استانداردهای پرستاری به مددجو به گونه‌ای که منجر به رضایت بیمار گردد»، تعریف شد. در این تعریف منظور از استاندارد بودن خدمات، ارایه مراقبت‌های پرستاری بر اساس استانداردها و مراقبت‌های اثربخش و ایمن برای مددجو، و منظور از رضایتمندی مددجو، توجه به مددجو و جلب رضایت او در ارایه مراقبت‌ها محسوب می‌شود (۱۳). در پژوهشی دیگر در سال ۲۰۰۸ ابعاد ارزشمندی، احترام، مراقبت توسط

پرستاران حامی که با بیماران خود ارتباط خوبی برقرار می‌کنند، مراقبت مبتنی بر مذهب و معنویت، و تعلق خاطر در تعریف مفهوم کیفیت مراقبت‌های پرستاری جای گرفتند (۱۸).

اولین ویژگی کیفیت مراقبت پرستاری هدفمند بودن مراقبت‌ها از دیدگاه مشارکت‌کنندگان بود. مفهوم کیفیت مراقبت‌های پرستاری در مطالعات مختلف دلالت بر هدفمند بودن مراقبت‌ها داشت. هدفمندی دارای ویژگی‌هایی از قبیل مطلوب‌ترین نحوه‌ی مراقبت و مبتنی بر پایه نیازهای بیمار، مراقبت بر اساس فرآیند پرستاری، داشتن نگرش مراقبتی، مراقبت بر اساس هدف، مراقبت جهت حصول رضایتمندی بیمار و مراقبت بر پایه علم و آگاهی بود. مطلوب‌ترین نحوه‌ی مراقبت در هدفمندی مراقبت‌ها نقش دارد. بسیاری از مشارکت‌کنندگان بالاخص بیماران و همراهان آن‌ها به مطلوب‌ترین نحوه‌ی مراقبت اشاره نمودند. بیماران و همراهان آن‌ها مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری را مترادف ارایه مطلوب‌ترین مراقبت‌ها می‌دانستند. در پژوهش پدیدارشناسی تفسیری که توسط برهانس و الیگود تحت عنوان کیفیت مراقبت پرستاری به زبان پرستاران انجام شد، درون‌مایه هدفمندی انتزاع شد. طبق نظر آنان ارایه مطلوب‌ترین مراقبت‌ها منجر به افزایش کیفیت مراقبت‌های پرستاری می‌شود (۱۲).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد مراقبت بر پایه‌ی نیاز به عنوان مراقبت‌های پرستاری با کیفیت تلقی می‌شود. در پژوهش انجام گرفته توسط آتری<sup>۱</sup> در انگلیس، مراقبت خوب به عنوان مراقبتی فردی، بیمار محور و بر اساس نیاز که به صورت انسانی و به وسیله کارکنانی متعهد و با مسئولیت ارایه می‌شود، مطرح گردید. در حالی که مراقبت نه چندان خوب، به عنوان مراقبت معمول و غیرمرتبط با نیازها توصیف شد که به صورت غیر فردی و به وسیله کارکنان بی‌توجه، بی‌تفاوت و بیگانه با بیمار ارایه می‌شود (۱۹).

<sup>۱</sup> Attree

احمدی و همکاران به نقل از پیپس و همکاران<sup>۱</sup> می‌نویسند: امروزه روتین محور بودن کار پرستاری به عنوان نقیصه‌ای جدی در پرستاری مطرح است و تلاش همگانی به منظور 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 فرآیند پرستاری اختصاصی مورد اجماع همه صاحب‌نظران پرستاری است (۲۰). پرستاران وظیفه‌مدار و کارمحور، تمرکز خاصی بر مدل زیست پزشکی<sup>۲</sup> و کسب هر چه بیشتر مهارت‌های فنی حرفه‌ای پرستاری دارند. روش تقسیم کار در پرستاری ایران عملاً این ویژگی را تشدید و ترویج می‌کند. این نوع تقسیم کار در سیستم مراقبت محوری پرستاری دنیا منسوخ شده است، درحالی‌که روش متداول و جاری مورد استفاده در سیستم پرستاری ایران می‌باشد. اگرچه انتخاب این روش تقسیم کار ناشی از کمبود کارکنان پرستاری در بخش‌ها است اما رویکرد مراقبتی آن قطعاً ضعیف بوده و منجر به ماشینی شدن یک کار کاملاً انسانی می‌شود (۲۱).

از نظر پرستاران مشارکت‌کننده این پژوهش، مراقبت بر اساس فرآیند پرستاری موجب بهبود مراقبت‌های پرستاری می‌شود، گرچه اجرای فرآیند پرستاری به عنوان چالش مهمی در ایران و سایر کشورها مطرح است و نیازمند شرایط مناسب اجراست (۲۲). کالیش و همکاران<sup>۳</sup> اظهار نمودند که عدم استفاده از فرآیند پرستاری منجر به فراموشی نکات مهم در امر مراقبت از بیمار می‌شود (۲۳) و این امر منجر به کاهش کیفیت مراقبت‌های پرستاری می‌شود (۲۲).

علاقه، انگیزه، باور و 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 یافته‌ی سایر پژوهش‌های مرتبط مشابه است. از آنجا که پرستاری

یک حرفه‌ی خدمت به انسان‌ها است، کارکنان با انگیزه و پرتلاش را می‌طلبد (۲۴). اشوندی و همکاران می‌نویسند: انگیزه بر قدرت و رفتار فردی تأثیر می‌گذارد و باعث سهولت دستیابی به اهداف می‌شود و آمادگی و علاقه بیشتری به انجام کار و فعالیت در فرد ایجاد می‌کند. عمل و رفتار فرد بر مبنای نوعی انگیزه صورت می‌گیرد و انسان بدون انگیزه قادر به انجام کار نیست. منابع ایجاد انگیزه در پرستاران شامل حمایت کردن، آگاه کردن و اطلاع دادن، فردیت دادن به آنان، پاداش و فرصت‌های آموزشی می‌باشد. همچنین احساس داشتن ارزش و جایگاه مناسب می‌تواند در انگیزه کاری پرستاران تأثیرگذار باشد (۲۵).

مراقبت بر اساس هدف از دیگر مواردی بود که توسط مشارکت‌کنندگان مطرح شد. پرستاران و پزشکان بر هدفمندی مراقبت تأکید داشته و آن را سبب نظم بخشیدن به مراقبت می‌پنداشتند. برهانس و الیگود نیز در تعریف مفهوم کیفیت پرستاری به همین مضمون دست یافتند. آن‌ها جوهره‌ی پرستاری را مسئولیت‌پذیری، مراقبت، هدفمندی، همدلی، احترام و دفاع از بیمار بیان نمودند (۱۲).

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، مراقبت جهت حصول رضایتمندی بیمار یکی از موارد مهم در کیفیت مراقبت‌های پرستاری عنوان شد. از نظر تفرشی و همکاران نیز رضایت مددجو، برآیند مهمی در ارزیابی کیفیت مراقبت‌های پرستاری است که لازم است در تعریف کیفیت در نظر گرفته شود (۲۶). در پژوهشی که در تایلند در ارتباط با تعریف کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه مدیران پرستاری و پرستاران بالینی انجام شد، مشخص گردید که کیفیت مراقبت‌های پرستاری، ارایه‌ی مراقبت‌ها بر اساس استانداردهای پرستاری که تأمین‌کننده ایمنی و رضایتمندی مددجو می‌باشد (۹).

هر مراقبتی که بر پایه علم و آگاهی باشد، سبب شناخت بهتر بیمار و بیماری وی و بالطبع ارایه خدمات مطلوب‌تر می‌گردد. در

<sup>1</sup> Papes

<sup>2</sup> Biomedical

<sup>3</sup> Kalisch et al

پژوهشی که در سال ۲۰۰۹ 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 هستند (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 می‌روند. بسیاری از مشارکت‌کنندگان به نقش همدلی، مراقبت‌های انسان‌دوستانه و همچنین توجه به نگرانی‌ها و شکایات بیمار در تعریف مفهوم کیفیت مراقبت‌های پرستاری پرداختند. همدلی و مراقبت‌های انسان‌دوستانه همراه با توجه به نگرانی‌ها و شکایات بیمار در ارتباط با بیمار و ارایه مراقبت‌های پرستاری نقش مهمی ایفا می‌کند (۲۸). محمودی‌شن و همکاران در این رابطه می‌نویسند: ماهیت پرستاری به گونه‌ای است که باید فرد سرشار از عطوفت و مهربانی باشد، با بیمار و خانواده‌اش به ملاحظت برخورد کند؛ همدلی و همدردی کند؛ و روابط مؤثری با بیماران، همکاران و مسئولان داشته باشد. ارتباط مؤثر، عاطفی و دلسوزانه همراه با همدلی و همدردی پرستاران زمینه‌ی اطمینان و اعتماد بیمار و سایرین را فراهم می‌آورد (۲۹).

در این مطالعه، مشارکت‌کنندگان 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. هالین و دانیلسون<sup>۱</sup> نیز می‌نویسند: 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 برگیرنده‌ی اطمینان از ارایه مراقبت‌های همه جانبه به بیمار می‌باشد (۹). موریس و همکاران<sup>۲</sup> معتقدند مراقبت عنوان یک تعامل انسانی، یک مداخله درمانی، یک عمل اخلاقی، یک تأثیر متقابل و یک ویژگی انسانی است (۳۱).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد نه تنها ارتباط پرستاران با بیمار و همراهان وی حائز اهمیت است، بلکه ارتباط پرستاران با تیم درمان به‌خصوص پزشکان نقش ارزشمندی در کیفیت ارایه خدمات پرستاری دارد. تفرشی و همکاران نیز پرستاران بر نقش کار گروهی و مشارکت همه اعضای کادر درمان در ارائه خدمات با کیفیت به مددجویان، تأکید کردند (۲۶). در واقع تأثیر ارتباطات مناسب تیمی بر کیفیت عملکرد را نمی‌توان انکار نمود (۲۴). ابوالراب<sup>۳</sup> معتقد است ایجاد روابط بین پرستاران، سبب ایجاد انگیزه برای عملکرد بهتر و رضایت افراد در جهت پیشبرد اهداف سازمان می‌شود (۳۲). در حالی که براون<sup>۴</sup> می‌نویسد: ارتباط عاطفی نامناسب باعث می‌شود پرستاران احساس کنند بر محیط کارشان کنترل ندارند. بنابراین آن‌ها بی‌قدرتی، ناامیدی و بی‌ارزشی را تجربه می‌کنند (۳۳).

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. کاناویکتیکول و همکاران بر ایمنی بیمار در کیفیت مراقبت‌های پرستاری تأکید نمودند (۹). حفظ ایمنی بیمار از استانداردهای حرفه‌ای پرستاری است که لازم است در ارایه مراقبت‌های پرستاری به منظور ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها به آن توجه نمود (۳۴). مدافعه یکی از مهم‌ترین ابعاد ایفای نقش حرفه‌ای یک پرستار است زیرا به جوانبی از ملاحظات اخلاقی در امر مراقبت اشاره دارد. جوامع بسیاری توجه به نکات اخلاقی را در

<sup>۲</sup> Morse et al

<sup>۳</sup> AbuAlRub

<sup>۴</sup> Brown

<sup>۱</sup> Hallin and Danielson

امر مراقبت و درمان بیماران به عنوان یک الزام پذیرفته‌اند. یقیناً دفاع از حقوق بیمار یکی از جنبه‌های اخلاقی مراقبت از او بوده و وظیفه‌ای خطیر برای پرستاران محسوب می‌شود (۳۵).

احترام به شأن افراد، دروغ نگفتن و توجه به نظرات پرستار از زیردرون مایه‌های "احترام" در تعریف مفهوم کیفیت مراقبت‌های پرستاری در این پژوهش بود. احترام به شأن افراد گامی در جهت افزایش رضایت از خدمات ارائه شده توسط کارکنان محسوب می‌گردد و تبعاتی چون ارتباط مطلوب بین مددجو و کارکنان، احساس امنیت، کاهش مدت 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 مطالعات، نحوه درست خطاب نمودن فرد (۳۷-۳۹)، گوش دادن به صحبت‌های فرد (۳۷)، دادن حق انتخاب (۳۷، ۳۸)، به حساب آوردن فرد و ایجاد حس ارزشمندی در وی (۳۷)، رفتار توأم با همدردی و پنهان کردن علائم بیماری (۳۹) را از عواملی دانسته‌اند که باعث حفظ خود ارزشی و شأن فرد می‌گردد. احمدی و همکاران نیز با انجام پژوهشی با رویکرد کیفی ضرورت ارتباط انسانی، انتخاب و آموزش مناسب نیروی انسانی، برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی مناسب مراقبت‌های پرستاری را به عنوان عوامل مؤثر بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه پرستاران بازنشسته 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. شلوتر و همکاران<sup>۱</sup> معتقدند پرستاران خوب بر بالین بیمار به ارائه خدمات پرستاری پرداخته، از بیماران حفاظت نموده و برای حفظ ایمنی بیمار تلاش نموده، سعی در ترویج راهبردهای کارگروهی داشته و به تمایلات و نظرات بیماران اهمیت می‌دهند. آنان متذکر شدند در کار گروهی

در صورتی که به نظرات پرستار اهمیت داده شود، روند آرایه خدمات پرستاری بهبود می‌یابد. کم رنگ شدن نقش پرستار اثر منفی بر کیفیت و تداوم مراقبت داشته و ممکن است به کاهش ارائه خدمات سلامت بیانجامد (۴۰).

آخرین بعد در این تعریف «مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی» بود. این بعد شامل زیرشاخه‌های احساس مسئولیت، خودباوری، گزارش‌دهی درست و حضور بر بالین بیمار به هنگام نیاز وی بود. مسئولیت‌پذیری پایه و بنیان کار پرستاران است که ریشه‌ی اخلاقی دارد و در صورت نقصان این ملکه‌ی انسانی، بی‌اعتمادی، نگرانی، تشویش و در نهایت آسیب به انسان‌ها زیاد خواهد شد. آن‌چه از گفتار مشارکت‌کنندگان استنباط می‌شود این است که مسئولیت‌پذیری قبل از آن که به صورت رفتار و کردار بروز کند، یک تمایل و احساس درونی است که به همراه وجدان‌گرایی تقویت می‌گردد. مسئولیت‌پذیری در سبک زندگی حرفه‌ای پرستار، جوهره‌ای است بنیادین که گریز از آن آشفتگی، بی‌نظمی و آسیب ایجاد می‌کند. کلانسی و اسونسون<sup>۲</sup> در تعریف و توصیف مسئولیت می‌نویسند: مسئولیت به عنوان یک وظیفه برای اقدام کردن یا مراقبت کردن است؛ به طوری که اگر چیزی اشتباه شود شما مقصر دانسته می‌شوید (۴۱). غفلت از بیمار و نیز ایمنی بیماران، همراه با "درخواست برای کیفیت مراقبت"، مسئولیت و پاسخگویی پرستاری را برای برآیندهای مراقبت از بیمار بیشتر کرده است (۴۲). به طوری که پاسخگو بودن پرستاران در مقابل مددجویان، نسبت به مراقبت‌هایی که ارائه می‌دهند، پیش فرض مهمی در برنامه‌های مدیریت کیفیت محسوب می‌شود (۴۳).

پرستاران از دیدگاه اخلاقی و قانونی، باید پاسخگوی کیفیت مراقبت‌های پرستاری باشند. نتایج مطالعات ملی در ایالات متحده آمریکا نشان داده است که هفت جنبه مراقبتی مهم برای بیماران بستری در بیمارستان شامل (۱) احترام کارکنان به ارزش‌ها،

<sup>2</sup> Clancy and Svensson

<sup>1</sup> Schluter et al

ببرند. این پژوهش نیز با محدودیت عدم همکاری مسئولین بعضی بیمارستان‌ها جهت مصاحبه با بیماران و همراهان آن‌ها مواجه بود. پژوهشگران طی انجام پژوهش خود به نتایجی دست یافتند که امیدوارند این یافته‌ها به عنوان تصویری کوچک از دنیایی بزرگ و پیچیده بتواند در راستای ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری در مدیریت، آموزش و پژوهش پرستاری به کار گرفته شود و به بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری و ارتقاء حرفه‌ی پرستاری منتهی گردد. بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش پیشنهاد می‌گردد ابزاری معتبر برای اندازه‌گیری کیفیت مراقبت‌های پرستاری به طور اختصاصی طراحی گردد تا بتوان بر اساس آن کیفیت مراقبت‌های پرستاری را بررسی نمود.

از یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که بر اساس یافته‌های به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها، نتایج حاصل از پژوهش در پاسخ به سؤال پژوهش "مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه پرستاران، پزشکان، بیماران و همراهان آن‌ها چیست؟" حاکی از آن است که مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری «رفع نیازهای بیماران از طریق مراقبتی هدفمند همراه با روابط عاطفی - روانی، حمایت، احترام، مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی» می‌باشد.

بنابراین، به منظور افزایش آرایه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت بالا، باید اقداماتی جهت رفع موانع موجود و ارتقاء تسهیلات لازم از سوی دست‌اندرکاران صورت گیرد. تخصیص برنامه زمانی بیشتر به آموزش این مفهوم که در بستر فرهنگی کشور ایران تعریف شده است، در تمامی مقاطع تحصیلی پرستاری، آموزش مداوم در عرصه‌های بالین، ایجاد شرایط و امکانات لازم، افزایش تعداد نیروی انسانی کافی، تغییر روش‌های آرایه مراقبت‌های پرستاری، افزایش همکاری و مشارکت گروهی و ایجاد نگرش مثبت نسبت به حرفه‌ی پرستاری از مهم‌ترین مواردی هستند که باید به آن‌ها توجه نمود.

انتظارات و نیازهای ابراز شده بیمار (۲) هماهنگ بودن مراقبت‌ها (۳) اطلاعات، ارتباطات و آموزش (۴) آسایش جسمی و مدیریت درد بیمار (۵) حمایت عاطفی و کاستن ترس و اضطراب بیمار (۶) مداخله دادن خانواده و دوستان در مراقبت و (۷) تداوم مراقبت‌ها در جامعه یا خانه است (۴۴).

پاسخگویی عبارت از وضعیت جوابگو بودن فرد در برابر دیگران در قبال کارهای انجام شده می‌باشد. در حال حاضر پاسخگویی حرفه‌ای از اهمیت بالایی برخوردار است. مسئولیت‌پذیری، معطوف بر فرآیندها و عملکرد است، درحالی‌که پاسخگویی معطوف بر برآیندها بوده و تا حدودی پویاتر نیز می‌باشد. بنابراین، پرستاری نیز به عنوان حرفه‌ای تخصصی؛ باید از دیدگاه قانونی و اخلاقی پاسخگوی کیفیت آرایه‌ی مراقبت‌های خود باشد (۱). از طرفی حضور بر بالین بیمار به هنگام نیاز وی نشانگر مسئولیت‌پذیری پرستار است که در این پژوهش مورد تأکید مشارکت‌کنندگان بود. شلوتر و همکاران نیز حضور بر بالین بیمار و آرایه خدمات بر بالین بیمار را نشانه‌ی یک پرستار خوب دانستند (۴۰).

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان بالاخص پزشکان و پرستاران، خودباوری پرستاران بر کیفیت مراقبت‌ها تأثیرگذار است. مطالعات دیگر نیز تأثیر اعتماد به نفس و خودباوری را در احساس توانمندی، بهبود عملکرد، سرعت تصمیم‌گیری و نیز تمایل پرستاران برای آرایه بهتر مراقبت‌ها تأیید نموده‌اند (۴۷-۴۵).

با توجه به مطالب فوق از پرستاران انتظار می‌رود که با آرایه مراقبت‌های پرستاری صحیح و اصولی و بر طبق استانداردهای فرآیند به کلیه بیماران کمک کرده و همچنین با آموزش به آن‌ها و خانواده‌هایشان هر چه زودتر آن‌ها را به یک سطح خود مراقبتی رسانده و آن‌ها را آماده بازگرداندن به جامعه کنند. مدیران بیمارستان‌ها و پرستاران که هدف اصلیشان ارتقاء سلامت، بهبود وضعیت بیماران، صرفه‌جویی در هزینه‌های بهداشتی و جلوگیری از بستری شدن طولانی است می‌توانند از یافته‌های این پژوهش سود

## تقدیر و تشکر

ارزنده‌ی خویش تشکر و قدردانی می‌نمایند. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از اساتید محترم سرکار خانم دکتر مریم رسولی، جناب آقای دکتر آرمین زارعیان، جناب آقای دکتر درویش‌پور و دانشجویان دکترای پرستاری که در امر بازنگری و اصلاح کدها پژوهشگران را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی است. پژوهشگران از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی به دلیل حمایت مالی و از مشارکت‌کنندگان به دلیل بیان تجارب

## References:

1. Zagheri Tafreshi M. Designing quality assurance model for clinical nursing services in Iran. "Dissertation" Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Faculty of Nursing and Midwifery; 2007. (Persian)
2. Pazargadi M, Azadi Ahmadabadi Gh. Quality and quality assessment in universities and assembly of high education. 1<sup>st</sup> Ed. Tehran: Boshra Publication 2007. (Persian)
3. American Society for Quality (ASQ) [Internet]. 2004 [cited 2012 Oct 29]. Available from: <http://asq.org/2004>
4. Hoy WK, Miskel CG. Educational Administration. New York: Mc Graw Hill; 2000.
5. Dabirian A, Zolfaghari H, AbedSaidi 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): 40-45. (Persian)
6. 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
7. Sidani S, Doran D M, Mitchell PH. A theory driven approach to evaluating quality of nursing care. J Nurs Scholarsh 2004; 36(1): 34-43.
8. Lee LL, Hsu N, Chang Sh-Ch. An evaluation of the quality of nursing care in orthopaedic units. J Orthop Nurs 2007; 11(3-4): 160-8.
9. 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.
10. Navuluri RB. Integrated quality improvement program in patient care. Nurs Health Sci 1999 1 (4): 249-54.
11. Long LE. Imbedding quality improvement into all aspects of nursing practice. Int J Nurs Pract 2003; 9(5): 280-4.
12. Burhans LM, Allgood MR. Quality nursing care in the words of nurses. J Adv Nurs 2010; 66(8): 1689-97.
13. Pazargadi M, Zagheri Tafreshi M, AbedSaeedi Zh. Nurses' perspectives on quality of nursing care: a qualitative study. J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci 2007; 31(2): 147-153. (Persian)
14. Houser J. Nursing Research, Reading, Using, and Creating Evidence. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2008.
15. Adib HajBagheri M, Parvizi S, Salsali M. Qualitative Research. Tehran: Boshra Publication; 2007. (Persian)
16. Burns N, Grove SK. Understanding Nursing Research, Building an Evidence-Based Practice. 4<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Saunders Co; 2006.



17. Streubert Speziale HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing*. 4<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Lippincott Co; 2007.
18. Charalambous A, Papadopoulos R, 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; J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2011; 17 (1) 24-34. (Persian)
21. Parsa Yekta Z, Nikbakht Nasrabadi AR. Caring, a concept analysis. *J Pathobiology* 2004; 7 (2): 31-9. (Persian)
22. Ashktorab T, Atashzadeh Shoorideh F. State of nursing process implementation by nurses. "Dissertation" Tehran: Shahid Beheshti University of medical sciences and health services, faculty of nursing and midwifery; 2011 (Persian)
23. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshow AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2009; 65(7): 1509-17.
24. Dehghan Nayeri N, Nazari AA, Salsali M, Ahmadi F, Adib Hajbaghery M. 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. *Res J Biol Sci* 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. *Int J Health Care Qual Assur* 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, Achterberg ThV, 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. Mahmoudi Sh, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Moral themes in the lifestyle of professional nurses: a qualitative study of the inductive method of content analysis. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2009; 2 (4): 65-78. (Persian)
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* 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. *Nurs Adm Q* 2002; 26(2): 15-33.
34. Salsali M, Cheraghi MA, Zagheri Tafreshi M, Noktedan H, Mehrdad N, Maddah BS et al. General standards of care and professional nursing. Tehran: Mehr Ravash; 2011. (Persian)
35. RezayeeKargar F. Advocacy: an important role for a nurse. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2005; 15 (48): 11-18 (Persian)
36. Sadeghi T, Dehghan Nayeri N. Dignity of patient: a literature review. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2009; 3 (1) 9-19 (Persian)
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. Slettebø A, Caspari S, Lohne V, Aasgaard T, Nåden 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*. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2006.
44. Bolton LB, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Nelson MS, Harms D. Nurse staffing and patient perceptions of nursing care. *J Nurs Admin* 2003; 33(11): 607-14.
45. White A. Clinical decision making among fourthyear nursing students: An interpretive study. *J Nurs Educ* 2003; 42(3): 113-20.
46. Lim JD, Nathan P. Nursing students' self-efficacy in providing transcultural care. *Nurse Educ Today* 2004; 24(6): 428-34.
47. Hagboghery 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.