

## شناسایی مؤلفه های مرتبط با به کارگیری الگوهای ارایه مراقبت های پرستاری

منصوره زاغری تفرشی<sup>1</sup>، مریم رسولی<sup>2\*</sup>، مهرنوش بازارگادی<sup>3</sup>، فریده یغمایی<sup>4</sup>، امیرحسین بارباز<sup>5</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۲/۳

تاریخ دریافت: ۹۰/۸/۲۹

## چکیده:

**زمینه و هدف:** طراحی الگوی مناسب ارایه مراقبت های پرستاری در بیمارستان ها، در گام نخست، مستلزم شناسایی مؤلفه های مرتبط با به کارگیری مناسب ترین الگو برای ارایه مراقبت های پرستاری می باشد. هدف از انجام این پژوهش، شناسایی مؤلفه های مرتبط با به کارگیری الگوهای ارایه مراقبت های پرستاری در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بوده است.

**مواد و روش ها:** این پژوهش، یک مطالعه کیفی می باشد که به شیوه تحلیل محتوا انجام شده است. شرکت کنندگان در پژوهش، ۶ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی و مدیران رده های مختلف پرستاری در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند که بر اساس روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. روش گردآوری داده ها، مصاحبه های فردی نیمه ساختار یافته بوده و جهت تحلیل مصاحبه های نیمه ساختار یافته از آنالیز درون مایه ای استفاده شده است.

**نتایج:** درون مایه های استخراج شده در این پژوهش شامل مراقبت با تاکید بر رضایت مددجویان، دانش و مهارت پرستاران، لزوم مراقبت مشارکتی، تعداد و تخصص نیروی پرستاری، نظارت اثربخش بر عملکرد پرستاران و سیاست های راهبردی در سطح کلان نظام سلامت بوده است که در سه بعد ساختار، فرآیند و برآیند، قرار داده شدند.

**نتیجه گیری:** از یافته های حاصل از این پژوهش می توان جهت طراحی الگوی ارایه مراقبت های پرستاری در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در پژوهش های آتی استفاده نمود.

**کلمات کلیدی:** الگوهای ارایه مراقبت های پرستاری، مؤلفه، پژوهش کیفی، تحلیل محتوا

<sup>1</sup> دکترای تخصصی پرستاری (PhD)، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>2</sup> دکترای تخصصی پرستاری (PhD)، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (\*نویسنده مسؤول) تهران، تقاطع خیابان ولی عصر و بزرگراه نیایش، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه کودکان  
تلفن: ۸۸۶۵۵۳۷۲ فکس: ۸۸۲۰۲۵۱۶ پست الکترونیکی: rassouli.m@gmail.com

<sup>3</sup> دکترای تخصصی مدیریت آموزش عالی (PhD)، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>4</sup> دکترای تخصصی بهداشت (PhD)، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>5</sup> کارشناس ارشد پرستاری (MSc)، مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## مقدمه

وظایف و عملکرد بیمارستان ها علیرغم محدودیت و کاهش شدید منابع، پیوسته در حال افزایش است و توجه روزافزون به مدیریت مبتنی بر صرفه جویی در هزینه های بیمارستانی، همچنین، افزایش تعداد بیماران با نیازهای جدید و پیچیده، افزایش میزان پذیرش بیماران و موارد بستری در بیمارستان و کمبود نیروی انسانی به ویژه پرستار، به مشکلات موجود دامن می زند. از یک سو افزایش بهره وری و ارتقای کیفیت مورد تاکید قرار گرفته و از سوی دیگر تقلیل هزینه ها به عنوان اصل اساسی در سازمان ها مطرح می گردد (۱).

امروزه در دنیا، کیفیت خدمات پرستاری با چالش های فراوان روبه رو بوده و این در حالی است که اغلب مددجویان و بیماران به علت افزایش سطح آگاهی، خواستار خدمات با کیفیت مطلوب هستند (۲). افزایش توجه اذهان عمومی به کیفیت مراقبت های پرستاری و برآوردهای مرتبط با آن از یک سو و تعدیل یا کاهش هزینه ها از سوی دیگر، مدیران نظام ارایه خدمات سلامت را بر آن داشته است تا توجه خود را به افزایش کارایی پرسنل پرستاری معطوف دارند. مروری بر هزینه های ناشی از طولانی شدن مدت اقامت بیماران در بیمارستان که به طور معمول از تبعات ارایه خدمات پرستاری با کیفیت نامطلوب می باشد و تحلیل این هزینه ها نشان می دهد که بهبود سیستم ارایه مراقبت های پرستاری، تلاشی مقرون به صرفه می باشد (۳).

کیفیت مراقبت از بیمار و پیامدهای سوء ناشی از مراقبت های پرستاری نامطلوب، به طور مستقیم با سازمان دهی نامناسب کار یعنی الگوی ارایه مراقبت های پرستاری و حجم کاری بالای پرستاران ارتباط دارد. ناکافی بودن تعداد پرسنل پرستاری سبب می شود تا مراقبت ها در قالب شیوه وظیفه مدار (Task-oriented) ارایه شده و زمان کمتری به جنبه های انسانی و ارتباطی مراقبت از بیمار اختصاص یابد. این امر، یکی از مهم ترین علل نارضایتی مددجویان از چگونگی ارایه مراقبت های پرستاری تلقی می شود (۴).

در فرآیند مدیریت خدمات پرستاری، بخش اصلی وظایف مدیران پرستاری سطح اول و میانی، سازمان دهی کار در سطح واحدها یا دپارتمان است (۵) که نقش مهمی در ارایه خدمات پرستاری باکیفیت دارد (۶). الگوی ارایه مراقبت های پرستاری یا مدل مراقبتی، در برگیرنده چگونگی سازمان دهی وظایف و کار پرستاری و نحوه به کار گرفتن نیروهای پرستاری بوده و مشخص می نماید که چه کسی پاسخگوی مراقبت های ارایه شده و برآوردهای مرتبط با آن خواهد بود (۷) که به نظر می رسد یکی از مهم ترین عوامل مؤثر بر دو مؤلفه رضایتمندی بیماران و رضایتمندی شغلی پرستاران تلقی می شود که قابل

دستکاری، تعدیل و اصلاح می باشد (۸). مدیران پرستاری درصدد یافتن الگوهایی هستند تا ضمن ارتقای کیفیت مراقبت های پرستاری، بتوانند تاثیرات احتمالی هرگونه تغییر در شرایط و مؤلفه های مرتبط با پرسنل پرستاری بر پیامدهای مرتبط با بیمار و کیفیت مراقبت ها را پیش بینی نمایند (۹). الگوهای متعددی برای ارایه خدمات پرستاری پیشنهاد شده است که این الگوها به ویژه طی سالیان اخیر دستخوش تغییرات اساسی شده اند و هدف از اعمال تغییرات در این الگوها، کاهش هزینه ها و استفاده بهینه از پرسنل بوده است (۱۰).

به منظور طراحی یا انتخاب الگوی مطلوب ارایه مراقبت های پرستاری که حداکثر کارایی و اثربخشی را به همراه داشته باشد، لازم است از مزایا و معایب هریک از الگوهای موجود، اطلاعات کافی در اختیار باشد؛ ضمن این که انتخاب و به کارگیری آن ها، مستلزم در نظر گرفتن مؤلفه های مرتبط با ساختار، فرآیند و برآوردهای سیستم های بیمارستانی می باشد (۱۱ و ۱۲). این پژوهش با هدف شناسایی مؤلفه های مرتبط با به کارگیری الگوهای ارایه مراقبت های پرستاری در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شده است تا با شناسایی این مؤلفه ها بتوان در پژوهش های آتی، الگویی مناسب را برای ارایه مراقبت های پرستاری در این بیمارستان ها طراحی نمود.

## مواد و روش ها

این پژوهش، مطالعه ای کیفی بوده که با روش تحلیل محتوا انجام گرفته است. نمونه های پژوهش که به آنها شرکت کننده (Participant) یا مطلع (Informant) اطلاق می گردد (۱۱)، اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری، مدیران پرستاری بیمارستان های آموزشی و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند که بر اساس روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. به منظور دست یابی به نظرات افراد مختلف، حداکثر گوناگونی در انتخاب نمونه ها (از نظر سطح تحصیلات، سابقه کاری و سایر متغیرها) مورد توجه قرار گرفت. نمونه گیری تا زمانی که هیچ اطلاعات جدیدی به اطلاعات جمع آوری شده قبلی افزوده نشد، ادامه یافت. روش گردآوری داده ها، مصاحبه های فردی نیمه ساختار یافته (Semi-structured interview) بوده است. به منظور افزایش دقت در جمع آوری اطلاعات، با کسب اجازه از شرکت کنندگان در پژوهش، از دستگاه ضبط صوت در جریان مصاحبه ها استفاده گردید. بدین ترتیب، به جز یک مورد از مصاحبه ها که به دلیل عدم موافقت فرد مصاحبه شونده، ضبط نگردید، سایر مصاحبه ها ضبط گردیدند. مصاحبه ها به صورت نیمه ساختار یافته و با استفاده از چارچوب تدوین شده برای انجام مصاحبه انجام پذیرفت.

زیر گروه ها برای هر طبقه تعیین گردید. پس از اطمینان از این که طبقات ایجاد شده، نماینده همه داده هاست، پژوهشگران در جستجوی یافتن درون مایه های داده ها برآمدند و در مرحله نهایی، ادغام داده ها صورت گرفت.

به منظور افزایش صحت و استحکام داده های کیفی، از تحلیل هم زمان داده ها با فرآیند جمع آوری اطلاعات استفاده شد تا امکان بازخورد نتایج به دست آمده به پژوهش امکان پذیر شود. جمع آوری داده ها از منابع مختلف (بخش آموزش و درمان)، انتخاب مطلعین اصلی، توصیف مبسوط، دقیق و گام به گام چگونگی اجرای پژوهش و ویژگی های جمعیت مورد مطالعه به منظور افزایش انتقال پذیری داده ها و بازنگری ناظرین (Peer check) در قالب استفاده از نظرات تکمیلی همکاران و همچنین، مرور دست نوشته ها توسط شرکت کنندگان در پژوهش از سایر روش ها برای افزایش استحکام داده ها در این پژوهش بوده است.

ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، علاوه بر اخذ مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، شامل تشریح اهداف پژوهش برای شرکت کنندگان و گرفتن رضایت آگاهانه از آنها، اطمینان دادن به ایشان درباره محرمانه بودن اطلاعات و در صورت تمایل، آگاهی ایشان از نتایج پژوهش بوده است.

#### یافته ها

با عنایت به هدف از انجام پژوهش، با ۶ نفر از صاحب نظران حوزه آموزش و بالین پرستاری در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مصاحبه های نیمه ساختار یافته انجام شد. یکی از شرکت کنندگان، مرد و سایرین، زن و میانگین سنی آنها ۵۰/۶ سال (۴۴-۵۵) بوده، میزان تحصیلات حداقل کارشناسی پرستاری و حداکثر دکترای پرستاری و میانگین سابقه کار آنها ۱۷ سال (۹-۲۴) بوده است. ۳ نفر از شرکت کنندگان در پژوهش، از مدیران پرستاری بیمارستان ها و ۳ نفر دیگر، از اعضای هیئت علمی دانشکده بوده اند.

با تحلیل دست نوشته ها، ۶ درون مایه اصلی به دست آمد که در قالب سه بعد ساختار، فرآیند و برآیند قرار داده شده (جدول ۱) و به شرح ذیل، از آنجا گردیدند:

هر مصاحبه با طرح این پرسش آغاز گردید که "با توجه به تجارب شما، بهترین شیوه ارائه مراقبت های پرستاری برای بیمارستان ها چیست؟" به دنبال پاسخ شرکت کنندگان در پژوهش به پرسش مذکور، در صورت لزوم، سوالات هدایت کننده، شامل موارد ذیل طرح می گردید:

- شیوه ارائه خدمات پرستاری بر چه اساس و معیاری انتخاب می شوند؟
- با توجه به تجارب بالینی شما چه عواملی در بکارگیری این شیوه ها تاثیر می گذارد؟
- چه موانعی در بکارگیری موثرترین شیوه از دیدگاه شما وجود دارند؟

مدت زمان جلسات مصاحبه از ۳۵ تا ۷۵ دقیقه متغیر بودند. مصاحبه ها تا هنگام دستیابی به اشباع اطلاعات (Data saturation) ادامه یافت که پس از پایان پنجمین مصاحبه، این اشباع حاصل گردید. اشباع عبارت از تکرار اطلاعات به دست آمده و تایید داده های جمع آوری شده قبلی می باشد. به منظور حصول اطمینان بیشتر، یک مصاحبه دیگر نیز انجام پذیرفت که در مجموع، تعداد مصاحبه ها به ۶ مورد بالغ گردید. مصاحبه ها به طور دقیق و کلمه به کلمه پیاده شده و هم زمان با فرآیند جمع آوری داده ها، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. پس از پایان هر مصاحبه، اطلاعات ضبط شده در کوتاه ترین زمان ممکن و پس از ۳-۲ بار گوش دادن، کلمه به کلمه به روی کاغذ انتقال یافتند. این روند برای تمام ۶ مصاحبه انجام شده، به صورت یکسان انجام پذیرفت. سپس تمامی اطلاعات منتقل شده به روی کاغذ، به منظور اطمینان یافتن از صحت و دقت آنها، در ضمن گوش دادن به نوار ضبط شده مجدداً مرور گردید. جهت تحلیل مصاحبه های نیمه ساختار یافته از آنالیز درون مایه ای (Thematic analysis) استفاده شد که عبارت از بررسی منظم نوشته های موجود از طریق شناسایی و گروه بندی درون مایه ها (تم ها)، کد گذاری، طبقه بندی و توسعه این طبقات می باشد که منجر به تبدیل حجم زیادی از اطلاعات خام به خلاصه ای از اطلاعات جامع می گردد (۱۳). ابتدا همه دست نوشته ها به دقت چندین بار مطالعه شده و قسمت های مهم مرتبط، شناسایی و مشخص گردید. در مرحله بعد، مجداً به داده ها بازگشته و قسمت های مشخص شده از درون دست نوشته ها جدا شد. سپس کدهای مشابه در طبقاتی جداگانه دسته بندی شد و

جدول ۱: درون مایه های به دست آمده در قالب ابعاد ساختار، فرآیند و برآیند

برآیند	فرآیند	ساختار
مراقبت با تاکید بر رضایت مددجویان	علم و مهارت پرستاران	تعداد و تخصص نیروی پرستاری
	لزوم مراقبت مشارکتی	سیاست های راهبردی در سطح
	نظارت اثربخش بر عملکرد پرستاران	کلان نظام سلامت

بعد آموزش هم در بالین و هم تئوری مهمه. الان باید آموزش خیلی با واقعیت هایی که در بیمارستان است باید همخوان و هماهنگ باشه" (شرکت کننده ۶).

لزوم مراقبت مشارکتی، از دیگر درون مایه های اصلی استخراج شده در پژوهش حاضر بوده است که در بعد فرآیند قرار گرفته و از اجزای آن، می توان به تیمی بودن مراقبت اشاره کرد:

" ما یک مشکل عمده مون اینه که فقط پرستار رو بررسی می کنیم در حالی که اعضای تیم رو حتی اون مستخدمی که توی بیمارستان هست، حتی سیستم بهداشتی، آزمایشگاه، چون به هر حال ما یک تیم چند منظوره هستیم..." (شرکت کننده ۳).

" ... مهم ترین مشکلی که ما توی بحث مراقبتی مون داریم اینه که می دونیم اسماً تیمی کار می کنیم ولی عملاً جدای از هم کار می کنیم..." (شرکت کننده ۱).

از دیگر مؤلفه های مرتبط با بکارگیری الگوهای ارایه مراقبت که در بعد فرآیند، طبقه بندی گردید، نظارت اثربخش بر عملکرد پرستار می باشد. در این راستا، به زعم شرکت کنندگان در پژوهش، ویژگی های مدیران از جمله علم و آگاهی آنها، یکی از عوامل مهم در اثربخشی نظارت تلقی شده است:

"من معتقدم کسی که داره نظارت میکنه بر کیفیت خدمات پرستاری، خودش باید اطلاعاتش اونقدر به روز باشه تا موارد خطاها رو به اصطلاح بتونه سریع تشخیص بده و بگه کجا اشکال داره" (شرکت کننده ۶).

و شرکت کننده دیگری بر اهمیت نظارت بر ارتقای کیفیت تأکید می کند: "... قسمت بعدی قضیه اینه که نظارت و ارزیابی وجود داشته باشه. ما مثلاً خودمون اون روز تو بازدید بیمارستان .... حالا حتی اگه صوری هم هست ولی این مؤثره، می تونه کمک کنه به اینکه کیفیت کار بالاتر بره" (شرکت کننده ۱).

• بعد برآیند: مراقبت با تأکید بر رضایت مددجویان رضایت مددجو از مراقبت های پرستاری به عمل آمده، از درون مایه های حاصل از تحلیل داده های پژوهش حاضر بوده است که در بعد برآیند، قرار گرفت. رضایت بیمار و نیز آگاهی وی، از مهم ترین حیطه ها در این درون مایه بوده اند.

"... همه اینها باید درست و اصلاح شه تا محصول نهایی که رضایت بیماره به دست بیاد. پرستار که آهن نیست..." (شرکت کننده ۲).

"... ولی به هر حال همین که بیمار میدونه پرستارش کیه و مشککش رو به کی بگه، رضایتش بالا میره پرستار هم میدونه چه کارهایی کرده..." (شرکت کننده ۶).

• بعد ساختار: تعداد و تخصص نیروی پرستاری؛ سیاست های جذب نیرو نظام سلامت

یکی از مؤلفه های مرتبط با بکارگیری الگوهای ارایه مراقبت های پرستاری، از دیدگاه شرکت کنندگان در پژوهش، تعداد و تخصص نیروی پرستاری بوده است. در این زمینه، یکی از شرکت کنندگان در پژوهش معتقد است:

" تو حرفه پرستاری هم با توجه به نوع بخش های ما که تخصصی شده، باید برای انجام یکسری کارها، نیاز به یکسری نیروهای متخصص هست... یعنی ما نیاز به دوتا پرستار داریم که کاملاً expert و کاملاً ماهر برای قضیه باشن که بتونه این کار رو انجام بده" (شرکت کننده ۱).

و شرکت کننده دیگری نیز چنین بیان می کند: "... در بسیاری از بخش ها در بیمارستان ها می بینم که در واقع فقط فانکشنال کار می کنند چون اصلاً پرستار کافی ندارند (با تأکید) یعنی تو شیفت صبح، دو نفر فرض کنی نرس دارنند یا سه نفر و یک نفر هم هد نرس دارنند..." (شرکت کننده ۵).

از دیگر طبقات اصلی که از نظرات شرکت کنندگان در پژوهش در زمینه مؤلفه های مرتبط با بکارگیری الگوهای ارایه مراقبت استخراج گردید، سیاست های جذب نیرو در نظام سلامت بوده است که دارای حیطه هایی نظیر سیاست های راهبردی و قوانین مربوط به نیروی انسانی می باشد. گفته های بعضی از شرکت کنندگان در پژوهش در خصوص این درون مایه، شامل موارد ذیل است:

" تعداد زیادی از پرستاران در جاهایی کار می کنند که در آمار تخت مصوب محسوب نمیشه مثل اتاق عمل، اورژانس، پاراکلینیک... تا زمانی که تامین نیرو انجام نشه حقوق پیمانی ها هم که نسبت به پارسال کم شده خب ناراضیتی ادامه داره" (شرکت کننده ۲).

"... نقش مدیران ارشد خیلی مهمه. از اولش هم گفتم. اون باور رو اون افراد باید داشته باشه ... چون به اصطلاح سیاست های راهبردی خیلی مهمه و بعد ادامه دار باشه" (شرکت کننده ۴).

• بعد فرآیند: دانش و مهارت پرستاران؛ لزوم مراقبت مشارکتی؛ نظارت اثربخش بر عملکرد پرستاران

در بعد فرآیند، یکی از درون مایه های استخراج شده، دانش و مهارت پرستاران بوده است که یکی از حیطه های آن، آموزش پرستاران می باشد:

"...حالا مسائل دیگه ای که مطرح هستش این که واقعا برای این ها دوره های آموزشی بگذارند؛ بلند مدت، کوتاه مدت و بعد هم ما ببینیم چقدر تاثیر گذار بوده؟" (شرکت کننده ۴).

"...کلاً برای ارائه خدمات پرستاری یک مساله قبل از اینکه نیروی پرستاری وارد کار بشه، بُعد آموزش است. به اعتقاد من

داشت، لذا ترتیب دادن تیم های مختلف به منظور انجام مراقبت های پرستاری عملاً امکان پذیر نخواهد بود (۸) و این در حالی است که در پژوهش Capuano و همکاران (۲۰۰۵) نشان داده شد که داشتن پرستاران باتجربه در بخش، سبب تعدیل بار کاری پرستاران دیگر می گردد (۱۵).

بهبود شرایط کاری، سبب پیامدهای مطلوب مرتبط با ایمنی بیمار (Patient safety) می شود. شرایط نامطلوب و خط مشی ها و سیاست گذاری های بدون کارشناسی، منجر به افزایش تنش شغلی و خستگی شده و با افزایش اشتباهات دارویی همراه می باشد. در سازمان هایی که سعی شده است تا شرایط شغلی پرستاران بهبود یابد، نگهداشت پرستاران ساده تر بوده و هزینه های بالای ناشی از ترک خدمت پرستاران، کاهش می یابد (۱۴).

مراقبت مؤثر از بیماران، در گروهی کار تیمی پرستاران می باشد که نیاز بیماران، شدت بیماری و تخصص پرستاران، ترکیب تیم مراقبتی را تعیین می نماید. اگرچه کفایت تعداد پرستاران و استفاده بیشتر از پرستاران متخصص دارای تاثیرات مثبت بر رضایتمندی بیماران و پرستاران است، متا آنالیز انجام شده توسط Raymond و Neisner نشان داده است که افزایش تعداد پرستاران همیشه بهترین گزینه موجود نیست (۱۶).

در بعد فرآیند، دانش و مهارت پرستاران، به عنوان یکی از مؤلفه های مرتبط با کارگیری الگوهای ارایه مراقبت های پرستاری در این پژوهش، گزارش شده است. احمدی و همکاران (۱۳۹۰) نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که انتخاب و آموزش مناسب، یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت مراقبت های پرستاری است به طوری که آموزش نامناسب پرستاران می تواند منجر به کاهش مسؤولیت و افت کیفیت مراقبت های پرستاری شود (۶). در پژوهشی دیگر نیز نشان داده شده است تقسیم کار پرستاران با در نظر گرفتن دانش و مهارت آنها، سبب افزایش رضایتمندی بیماران، کاهش طول مدت اقامت در بیمارستان و کاهش هزینه های بیماران می گردد (۱۴).

درون مایه دیگری که در پژوهش حاضر به دست آمده و در بعد فرآیند طبقه بندی گردیده، لزوم مراقبت مشارکتی بوده است. در پژوهشی دیگر نیز تقریباً تمام پرستاران بر اهمیت و لزوم انجام کار تیمی تاکید داشته و اعتقاد داشتند که کار کردن در یک تیم قابل اعتماد، این امکان را به پرستاران می دهد تا بتوانند با مشکلات ناشی از کمبود منابع مالی، کنار آیند (۸). در غالب الگوهای ارایه مراقبت، بر کار تیمی و مشارکت میان اعضای تیم تاکید شده است؛ ترکیب این تیم ها، بر اساس نیاز بیمار، طراحی و تکمیل می شود. همچنین، Joynt و Kimball، از بررسی مؤلفه های ۲۴ الگوی نوین ارایه مراقبت های سلامت، نتیجه گیری کردند که ارتقای نقش های پرستار در تیم ارایه

" ... یعنی می خوام بگم از خود مریض گرفته آگاهی که خود مریض داره، اطلاعاتش، میزان تحصيلات همه این ها که مؤثر هست..." (شرکت کننده ۳).

"... من اول صحبت هم عرض کردم که مهم ترین شاخص برای اینکه ما بگیم یه جایی خدمات پرستاری خوب هست یا نیست رضایت مشتری" (شرکت کننده ۱).

### بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر که با هدف شناسایی مؤلفه های مرتبط با بکارگیری الگوهای ارایه مراقبت های پرستاری در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد، درون مایه های اصلی در قالب سه بعد ساختار، فرآیند و برآیند قرار داده شدند. یکی از مؤلفه ها در بعد ساختار، تعداد و تخصص نیروی پرستاری بوده است. در پژوهش انجام شده توسط Hauser نیز، یکی از عوامل تاثیر گذار بر الگوی مراقبتی، تخصص و تجربیات پرستاران شاغل در هر بخش بوده است. پرستاران اظهار می داشتند که تمایل دارند با پرستارانی کار کنند که برپایه تخصص و تجارب خود، می توانند مراقبت ها را اولویت بندی کرده و مشکلات و موانع موجود را از سر راه بردارند (۸). در یکی از پژوهش های انجام شده، کاهش نسبت پرستاران متخصص در بخش مراقبت های ویژه، با افزایش عفونت خونی ناشی از کاتترهای ورید مرکزی و افزایش تعداد پرستاران متخصص با کاهش ۱۲-۳ درصدی در میزان عوارض همراه بوده است (۱۴). همچنین در پژوهش دیگری بین تعداد و ترکیب نیروی انسانی و نگرانی پرستاران از کیفیت مراقبت از بیماران همبستگی منفی دیده شد (۵).

سیاست های راهبردی کلان نظام سلامت، یکی دیگر از مؤلفه های مرتبط با ارایه مراقبت های پرستاری در بعد ساختار و از یافته های پژوهش حاضر بوده است. به عنوان مثال، سیاست های موجود برای جذب و نگهداشت نیروهای جدید و طرحی، مانع از ثبات پرسنل پرستاری متخصص می شود. این یافته در سایر مطالعات انجام شده نظیر مطالعه Hauser نیز گزارش شده است. کمبود پرستار سبب می شود که ردیف های خالی، به سرعت قابل جایگزین شدن نباشد. این امر باعث می شود که سیستم، ناگزیر از به کارگیری نیروهای موقت در بخش باشد که مستلزم صرف وقت و انرژی پرسنل ثابت بخش جهت انجام وظایف پرسنل قبلی از یک سو و آموزش نیروهای موقت از سوی دیگر می باشد. بر این اساس، ترک خدمت پرسنل، پیامد مناسبی برای سیستم نداشته و سبب افزایش حجم کار پرسنل باقیمانده در بخش می شود. ترک خدمت پرسنل از ابعاد دیگر نیز قابل تامل است؛ این امر باعث می شود تا نتوان گروهی از پرستاران متخصص و با تجربه را همواره در اختیار

مراقبت با تاکید بر رضایتمندی مددجویان، از یافته‌های حاصل از انجام این پژوهش بوده است که در بعد برآیند قرار داده شد. این یافته با تمامی مطالعات انجام شده در زمینه الگوهای آرایه مراقبت، همخوانی دارد. به عنوان مثال، Joynt و Kimball، نشان داده اند که مشارکت فعال بیمار و خانواده او در برنامه ریزی و انجام مراقبت‌ها و همچنین، توجه بیشتر به خواست‌ها و نیازهای آنها، از اجزای اصلی الگوهای نوین مراقبتی محسوب می‌شود. در این راستا، دغدغه مشترک این الگوها، ارتقای کیفیت خدمات آرایه شده، رضایتمندی بیمار و پرستار و کاهش هزینه‌ها بوده و ارزشیابی این الگوها نیز براساس شاخص‌های مرتبط با کیفیت، ایمنی و رضایتمندی صورت می‌پذیرد. تاکید الگوها، بر افزایش رضایتمندی بیمار و ارتقای پیامدهای مرتبط با بیمار است (۱۷ و ۱۸).

از محدودیت‌های احتمالی پژوهش حاضر، تاکید شرکت کنندگان در پژوهش، بر ادبیات و متون موجود، به جای بیان دیدگاه‌ها و نظرات شخصی خود بوده است. همچنین، این پژوهش صرفاً دیدگاه صاحب نظران پرستاری در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی را مورد بررسی قرار داده است لذا در بستر مذکور، قابلیت استفاده خواهد داشت. با عنایت به ویژگی‌ها و شرایط نظام آرایه خدمات پرستاری در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بر اساس یافته‌های استخراج شده در این پژوهش، پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آتی، با دیدگاهی جامع و واقع‌بینانه، الگویی طراحی گردد تا علاوه بر مقبولیت علمی از دیدگاه صاحب نظران، حداکثر قابلیت اجرا در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی را دارا باشد. همچنین، بررسی ارتباط مؤلفه‌های ساختار، فرآیند و برآیند شناسایی شده در این پژوهش، با یکدیگر و در قالب پژوهشی با رویکرد کمی، از دیگر پیشنهادات برای انجام پژوهش‌های بعدی می‌باشد.

#### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر طرح پژوهشی مصوب شورای پژوهش دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره قرارداد ۲۵/۱۲/۹۱۷۹ بوده است. پژوهشگران بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از کلیه افرادی که در انجام پژوهش مساعدت نموده‌اند، اعلام می‌دارند.

مراقبت، یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌ها بوده است. نقش پرستار از آرایه دهنده سنتی مراقبت، ضمن افزایش استقلال و پاسخگویی وی، به تلفیق‌کننده مراقبت‌های مختلف برای بیمار ارتقا یافته است (۱۷). در پژوهش انجام شده توسط Sherman (۲۰۰۸)، نیز پرستاران بر طراحی مجدد روش‌های آرایه مراقبت‌های پرستاری تاکید داشته و تغییر از عملکرد مبتنی بر وظیفه به مراقبت از مددجو را خاطر نشان نمودند (۱۸).

نظرات اثربخش بر عملکرد پرستاران، از دیگر درون‌مایه‌های حاصل از این پژوهش در بعد فرآیند بوده است. در این میان، توجه به سبک رهبری و ویژگی‌های رهبر نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. پژوهش Hauser، نشان داده است که در سازمان‌دهی مراقبت‌های پرستاری، مهارت‌های رهبری و توانایی برقراری توازن میان نیازهای مختلف، از اهمیت زیادی برخوردار است؛ همچنین، میان رهبری مؤثر و پیامدهای مرتبط با بیماران، ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۱۵). پرستاران در مصاحبه‌های انجام شده، به نقش کلیدی رهبری و تاثیر آن بر الگوی پرستاری انتخابی باور داشته و ویژگی‌های رهبر اثر بخش را شامل در دسترس بودن، الگو بودن و رفتارهای انگیزشی، علاوه بر رفتارهای سنتی مدیریتی فهرست کرده‌اند. مهارت‌های ارتباطی، استفاده از تشویق، بیان انتظارات و مشکل‌گشایی، بیشترین رفتارهایی بودند که افراد آنها را به عنوان ویژگی رهبری اثربخش توضیح دادند. رهبری، یکی از جنبه‌های کلیدی الگوی مؤثر بر انتخاب الگوی پرستاری مناسب می‌باشد. رهبری قدرتمند می‌تواند با سطوح بالای تخصص و همچنین، ثبات پرسنل همراه باشد. رهبران قدرتمند، تلاش می‌کنند تا پرسنل کارآمد را به کار گرفته و در سیستم، حفظ نمایند (۸ و ۱۵).

حاکمیت مشارکتی (Shared governance)، رویکرد مشارکتی غیر متمرکز و نوین در مدیریت است که به منظور کاهش نارضایتی و ترک خدمت پرستاران آرایه شده است. بر پایه این رویکرد، پرسنل پرستاری در کلیه تصمیم‌گیری‌های مرتبط با شرایط کاری، ارتقای حرفه‌ای و ارزشیابی و کنترل خود مشارکت دارند. نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه، توسط Neisner و Raymond در قالب یک مطالعه متا-آنالیز جمع‌آوری و آرایه شده است که نشان می‌دهد در زمینه اثربخشی رویکرد مذکور، توافق جمعی وجود ندارد (۱۶).

## References

- Baldursdottir G & Jonsdottir H. The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart & Lung* 2002; 31(1): 67-75.
- Mohammadnia M, Delgoshaei B, Tofighi SH, Riahi L, Omrani A. Survey on nursing service quality by SERVQUAL at Tehran social security organization hospital. *Hospital* 2010; 8(3,4): 68-74.
- Pappas SH. The cost of Nurse-Sensitive Adverse Events. *Journal of Nursing Administration* 2008; 38(5): 230-236.
- Al-Kandari F & Thomas D. Adverse nurse outcomes: correlation to nurses' workload, staffing, and shift rotation in Kuwaiti hospitals. *Applied Nursing Research* 2008, 21: 139-146.
- Marquis BL & Huston CJ. *Leadership Roles & Management Functions in Nursing*. 4<sup>th</sup>. Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
- Ahmadi F, Nobahar M, Alhani F, Falahikhoshknab M. Perspectives of retired nurses on factors that affect quality of nursing care. *Hayat, Journal of Faculty of Nursing & Midwifery, Tehran medical Sciences University* 2011; 17(1): 24-34.(Persian)
- Duffy J & Baldwin J. Using the Quality-Caring Model to organize patient care delivery. *Journal of Nursing Administration* 2007; 37(12): 546-551.
- Houser J. A model for evaluating the context of nursing care delivery. *JONA* 2003. 33(1): 39-47.
- Shuldham C, Parkin C, Firouzi A, Roughton M, Lau-Walker M. The relationship between nurse staffing and patient outcomes: A case study. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 46(7): 986-992.
- Finkelman AW. *Leadership and Management in Nursing*. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall; 2006.
- School of Nursing, University of North Carolina at Chapel Hill, Available at: <http://nursing.unc.edu/index.html>. Accessed: 2009.
- Akbari F, Kokabi F, Yousefian SH. Determining nursing manpower needed in sample hospital. *Hospital* 2011; 9(3,4): 69-77.
- Streubert Speziale HJ & Carpenter D. *Qualitative Research in Nursing*. 4<sup>th</sup>. Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Co; 2007.
- Whitley RC & Crawford M. *Qualitative research in psychiatry*. *Canadian Journal of Psychiatry* 2005; 50(2): 108-114.
- Capuano T, Bokovoy J, Hitchings K, Houser J. Use of a validated model to evaluate the impact of nursing delivery on outcomes at a magnet hospital. *Health Care Management Review* 2005; 30(3): 229-236.
- Neisner J & Raymond B. *Nurse Staffing & Care Delivery Models: A Review of the Evidence*. Oakland: Institute of health policy; 2002.
- Joynt J & Kimball B. *Innovative Care Delivery Models: Identifying New Models that Effectively Leverage Nurses*. Princeton: The Robert Wood Johnson Foundation; 2008.
- Sherman R. Factors influencing organizational participation in the clinical nurse leader project. *Nursing Economics* 2008; 26(4): 236-241.

## Exploring relevant components to apply nursing care models

Zagheri Tafreshi M.<sup>1</sup>, Rassouli M.<sup>2\*</sup>, Pazargadi M.<sup>3</sup>, Yaghmaie F.<sup>4</sup>, Barbaz A.<sup>5</sup>

Submitted: 20.11.2011

Accepted: 22.2.2012

### Abstract

**Background:** The first step of developing a proper model for delivering nursing care in hospitals will be identifying relevant components to apply a model. The aim of this study was identify relevant components to apply nursing care models in Shahid Beheshti University of Medical Sciences training hospitals.

**Materials & Methods:** This study was a qualitative research which was conducted by using content analysis approach. Participants were 6 faculty members and nurse managers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences selected by purposeful sampling frame. Data gathered via semi-structured interviews and analyzed by thematic analysis.

**Results:** In this study, extracted themes included caring based on client satisfaction, nurses' knowledge and skills, importance of cooperative care, quantity and expertise of nurses, efficient supervision on nurses' performance, and strategies of health system in higher level. These themes were categorized in three dimensions including structure, process and outcome.

**Conclusion:** Findings of this study would be used for developing a nursing care models in Shahid Beheshti University of Medical Sciences hospitals in future research.

**Keywords:** Nursing care models, Components, Qualitative research, Content analysis

<sup>1</sup> PhD. Assistant professor, Nursing & Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

<sup>2</sup> PhD. Assistant professor, Nursing & Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences (\*Corresponding Author)  
Tel: 88655372 Fax: 88202516 Email: rassouli.m@gmail.com

<sup>3</sup> PhD. Associate professor, Nursing & Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

<sup>4</sup> PhD. Associate professor, Nursing & Midwifery School, Shahid Beheshti Medical Sciences University

<sup>5</sup> MSc. Instructor, Nursing & Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences