پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۱، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۶، صفحات ۱۴۷ تا ۱۵۳

مقاله اصلی
(Original Article)

کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه پرستاران: یک مطالعه کیفی

دکتر مهرنوش پازارگادی، منصوره زاغری تفرشی، دکتر ژیلا عابدسعیدی *

* دانشکده پرستاری و مامایی ، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: *کیفیت خدمات بهداشتی درمانی میزان دستیابی به مطلوب‌ترین برآیندهای سلامتی است، به‌گونه‌ای که خدمات ارائه شده اثربخش، کارا و به‌صرفه باشد. از آنجایی که پرستاران بزرگ‌ترین گروه در میان کارکنان بهداشتی بوده و از دیدگاه قانونی و اخلاقی باید پاسخ‌گوی کیفیت مراقبت‌های پرستاری باشند، دیدگاه آنان در تعریف کیفیت خدمات بهداشتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هدف از این مطالعه، تعریف و تبیین کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه پرستاران است.*

روش بررسی: *در این مطالعه کیفی داده‌های مورد نیاز در دو مرحله (ده مصاحبه انفرادی و پنج بحث متمرکز گروهی) جمع‌آوری شد. در مجموع ۵۴ نفر از اعضای هیئت علمی پرستاری شهر تهران، مدیران پرستاری و پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران با روش نمونه‌گیری در دسترس در مطالعه شرکت نمودند. تجزیه و تحلیل با روش تحلیل محتوای پنهان انجام شد و در نهایت تعریفی از کیفیت مراقبت پرستاری بدست آمد.*

یافته‌ها: *با توجه به تشابهات و تفاوتهایی که در تعریف کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه صاحب‌نظران و پرستاران بالینی وجود داشت، تعریف نهایی بصورت زیر بدست آمد: "ارائه خدمات ایمن و مطابق با استانداردهای پرستاری به مددجو به‌گونه‌ای که منجر به رضایت بیمار گردد".*

نتیجه‌گیری: *این مطالعه نشان داد که در تعریف کیفیت از دیدگاه پرستاران دو جنبه مهم "خدمات مطلوب و ایمن" و "رضایت‌مندی مددجو" مورد توجه است. علاوه بر آن، هر دو گروه شرکت کنندگان بر مشارکتی بودن ارائه خدمات و نقش عوامل سازمانی و مدیریتی را در ارائه خدمات پرستاری با کیفیت تأکید داشتند.*

واژگان کلیدی: کیفیت، مراقبت پرستاری، مطالعه کیفی، تحلیل محتوا.

مقدمه

کیفیت، توانایی یک فرآورده یا خدمت برای ارضاء نیازهای ابراز شده (۱) و میزانی برای برآوردن انتظارات مشتری یا مددجواست (۲). کیفیت خدمات بهداشتی، میزان دستیابی به مطلوب‌ترین برآیندهای سلامتی است(۳)، به گونه ای که خدمات ارائه شده اثربخش، کارا و به صرفه باشد (۴).

کیفیت، ساختار پیچیده‌ای از ارزشها، عقاید و نگرشهای افرادی است که در مراقبت‌های بهداشتی با یکدیگر در تعامل می‌باشند (۵). درتعریف کیفیت، شناخت دیدگاه‌های مختلف گروه‌های ذی‌نفع شامل بیماران، ارائه دهندگان مراقبت، پرداخت کنندگان هزینه‌ها و عموم مردم مهم است تا با شناخت دقیق‌تر از دیدگاه‌های آنان بتوان برنامه‌های تضمین و ارتقای کیفیت خدمات را طراحی کرد (۶). از سوی دیگر، پرستاران بزرگ‌ترین گروه در میان کارکنان بهداشتی بوده (۷) و از دیدگاه قانونی و اخلاقی باید پاسخگوی کیفیت مراقبتهای ارائه شده باشند (۵). لذا دیدگاه آنان در تعریف کیفیت مراقبت‌های بهداشتی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است.

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی ، دکتر مهرنوش پازارگادی
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۱۱/۱٤
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸٦/٤/٥

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-15]

مطالعات نشان داده‌اند که افزایش هزینه‌های مراقبت، کاهش تعداد پرستاران حرفه‌ای و به‌کارگیری پرستاران دوره ندیده یا سایر کارکنان گروه پزشکی به‌جای پرستاران کارشناس، اثرات معکوسی بر کیفیت مراقبت بیماران می‌گذارد (۸). حتی برخی معتقدند کیفیت مراقبت پرستاری، بیش از دسترسی به فناوری‌ها، منجر به برآیندهای مثبت مراقبت از بیمار می‌گردد (۹). چالش‌های بوجود 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 (۸).

تلاش‌هایی جهت شناسایی دیدگاه‌های مختلف در مورد کیفیت انجام شده است. از جمله Williams در سال ۱۹۹۸ در پژوهشی با رویکرد کیفی، دیدگاه پرستاران را در ارائه مراقبت پرستاریِ با کیفیت، تبیین کرد. در یافته‌های این مطالعه، دست‌یابی بیمار به مراقبت‌های جسمی، روانی، اجتماعی و نیازهای فراتر به معنای مراقبت پرستاریِ با کیفیت، بیان گردید. همچنین کمبود نیروی انسانی و منابع فیزیکی کافی منجر به کاهش زمان لازم جهت ارائه مراقبت با کیفیت شده، به‌طوری‌که برای غلبه بر این مشکل، پرستاران از فرایندی بنام تمرکز انتخابی (Selective focusing) استفاده می‌کردند به این معنا که بر اساس زمان موجود و شرایط بیمار، مراقبت‌ها را اولویت‌بندی کرده و بیشترین زمان را به ایمنی بیماران تخصیص می‌دادند (۱۰).

Idvall و Rooke در سال ۱۹۹۸ نیز در مطالعه خود با رویکرد کیفی، با استفاده از "بحث متمرکز گروهی" ، جنبه‌های مهم مراقبت پرستاری در بخش‌های جراحی را در دو بعد "پیش نیازها" شامل نیروی انسانی، فعالیت‌های روزمره و نگرش و "عناصر اجرایی" شامل تشخیص و اقدام بر اساس علایم و نشانه‌ها و اقدام به‌عنوان نماینده و متولی بیمار طبقه‌بندی کردند (۱۱).

Kunaviktikul و همکاران در سال ۲۰۰۱، در مصاحبه‌های فردی و گروهی، با ۵۰ نفر از مدیران بیمارستان‌ها، مدیران پرستاری، پرستاران شاغل در بخش‌ها ونیز بیماران، مضامین کلیدی زیر را در تعریف کیفیت بدست آوردند: ۱) دستیابی به نیازهای فیزیکی بیماران؛ ۲) فراهم نمودن حمایت‌های روانی-اجتماعی برای بیماران؛ ۳) اطمینان از توجه به نیازهای روحی و معنوی بیماران؛ ۴) رضایت‌مندی بیماران از مراقبت‌ها؛ ۵) پاسخگو و مسئول بودن مراقبت‌های پرستاری به نیازهای بیماران و ۶) اطمینان از ارائه مراقبت‌های جامع و همه‌جانبه به بیمار. سپس با توجه به شباهت‌ها و تفاوت‌هایی که بین تعاریف ارائه شده از سوی سه گروه مورد مطالعه (مدیران، پرستاران بالینی و بیماران) در مورد کیفیت وجود داشت، تعریف زیر را بعنوان تعریف نهایی کیفیت مراقبت پرستاری ارائه دادند: " کیفیت مراقبت پرستاری، پاسخگویی پرستاری به نیازهای جسمی، روانی، عاطفی، اجتماعی و معنوی بیماران است، به‌طوری‌که به زندگی سالم و طبیعی خود بازگردند و رضایت خاطر بیماران و پرستاران نیز جلب شده باشد" (۸).

با توجه به تفاوتهایی که در تعریف کیفیت مراقبت پرستاری در مطالعات مختلف دیده می‌شود و جنبه‌های مترتب بر آن نظیر ایمنی بیمار، پاسخگویی پرستار، زمان مراقبت، رضایت بیمار و پرستار و سایرعوامل مرتبط با کیفیت بیان شد، ما در این مطالعه برآن شدیم تا با رویکردی کیفی تعریفی از کیفیت مراقبت پرستاری را از دیدگاه صاحب‌نظران پرستاری و پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها شناسایی نماییم و شباهت‌ها و تفاوت‌های آن را با سایر مطالعات انجام شده در سایر کشورها مورد بررسی قرار دهیم. بنابراین هدف از این پژوهش، تعریف و تبیین کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه پرستاران می‌باشد.

اهمیت انجام این پژوهش در شناسایی دیدگاه پرستاران به‌عنوان متولیان مراقبت پرستاری، از کیفیت مراقبت و توافق بر تعریفی مشترک در این زمینه و بر اساس نظام سلامت کشور و شرایط و فرهنگ جامعه است. از آنجایی که این مطالعه بخشی از پژوهش وسیع‌تری جهت طراحی مدل تضمین کیفیت در پرستاری است، لذا یافتن دیدگاه مشترکی در زمینه کیفیت در میان پرستاران می‌تواند اولین گام در یافتن شاخص‌های کیفیت مراقبت پرستاری جهت مدل تضمین کیفیت باشد.

مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه کیفی و بخشی از یک پژوهش گسترده کاربردی در مورد تضمین کیفیت در پرستاری است. در این بخش از مطالعه با استفاده از روش تحلیل محتوا (Content Analysis)، ده مصاحبه انفرادی نیمه ساختاریافته (Semi-structured Interview) با اعضای هیئت علمی پرستاری و نیز پنج بحث متمرکز گروهی (Focus group discussion) با پرستاران کارشناس و بالاتر شاغل در بیمارستان (مدیر پرستاری، سوپروایزر، سرپرستار و پرستار بالین) صورت گرفت. نمونه گیری، با توجه به اهداف پژوهش و با روش نمونه‌گیری در دسترس در دو مرحله صورت گرفت. در

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-15]

پژوهش کیفی، نمونه‌ها مبتنی بر هدف پژوهش انتخاب می‌شوند (۱۲) و منطق و قدرت نمونه‌گیری مبتنی بر هدف در انتخاب افراد غنی از اطلاعات به منظور مطالعه عمیق آنها نهفته است (۱۳).

در مرحله اول، شرکت کنندگان از میان صاحب‌نظران(مدیران ارشد پرستاری) و اعضای هیئت علمی دانشکده‌های پرستاری شهر تهران (دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران، شهید بهشتی و تربیت مدرس) انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه، دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی ارشد پرستاری و تجربه تدریس، تحقیق، مدیریت و تالیف در زمینه مدیریت پرستاری بود. داده‌ها با توجه به تسلط علمی و پژوهشی شرکت‌کنندگان و زمان محدود آنان برای شرکت در پژوهش، با روش "مصاحبه انفرادی نیمه ساختاریافته" جمع‌آوری گردید. در مجموع ده نفر در این مرحله مورد مصاحبه قرار گرفتند. مکان مصاحبه، محل کار افراد و مدت هر مصاحبه به‌طور متوسط ۴۹ دقیقه بود. این افراد در واقع کسانی بودند که اطلاعات و تجارب عمیق در مورد مفهوم و موضوع مورد مطالعه داشتند (غنی از اطلاعات = Key informant) و می‌توانستند داده‌های بسیاری را در اختیار پژوهشگر قرار دهند. یکی از بهترین و بنیادی‌ترین روش‌های جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه می‌باشد(۱۴) و موجب می‌شود تا افراد با آزادی نظرات خود را در مورد موضوع مورد پژوهش بیان نمایند.

در مرحله دوم، پرستاران کارشناس و بالاتر شاغل در پنج بیمارستان بزرگ آموزشی و دولتی شهر تهران انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه، دارابودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری و اشتغال به پرستاری در رده‌هایی چون مدیر پرستاری، سوپروایزر، سرپرستار و پرستار بالینی در بیمارستان‌های آموزشی – دولتی بزرگ و دارای بخش های متنوع در تهران بود. در مجموع ۴۴ نفر در پنج مصاحبه گروهی (با میانگین ۹ نفر در هر گروه) در این مطالعه شرکت کردند. جمع‌آوری داده‌ها با روش "بحث‌های متمرکز گروهی" انجام شد. بحث متمرکز گروهی نوعی مصاحبه با تأکید بر تعامل بین شرکت‌کنندگان است و داده‌هایی را تولید می کند که دستیابی به آنها از طریق مصاحبه فردی یا مشاهده شرکت‌کنندگان بسیار مشکل است. یکی از دلایل انجام این نوع مصاحبه ، کسب اطلاعات نه تنها درباره گرایشات و عقاید شرکت کنندگان، بلکه در مورد تجارب و دیدگاه‌های آنان است (۱۲). همچنین کم‌هزینه، انعطاف‌پذیر و برانگیزاننده بودن از جمله ویژگی‌های بحث‌های متمرکز گروهی بوده و می تواند اطلاعات بسیاری را تولید نماید (۱۵).

برای انجام مصاحبه‌های گروهی، ابتدا پژوهشگر با مدیر پرستاری بیمارستان ملاقات و ضمن توضیح اهداف و روش پژوهش، از مدیر پرستاری خواست تا وقت مناسبی را برای گردهمایی حداقل ۶ و حداکثر ۱۲ نفر از پرستاران کارشناس و بالاتر در همه رده‌ها (پرستار در گردش، سرپرستار، سوپروایزر و مدیر پرستاری) در محل مناسبی در بیمارستان در نظر گیرد. انتخاب افراد بر اساس نظر مدیر پرستاری و تمایل خود فرد برای شرکت در بحث گروهی بود. هر بحث گروهی بطور متوسط ۷۷/۴ دقیقه به طول انجامید و پژوهشگر نقش هماهنگ کننده را در گروه ایفا نمود.

نمونه‌ای از سوالات مطرح شده در مصاحبه‌ها به شرح زیر بود:

۱- کیفیت از دیدگاه شما به چه معناست؟

۲- شما به‌عنوان پرستار- صاحب‌نظر در پرستاری چه تعریفی از کیفیت در پرستاری ارائه می‌دهید؟

در هر دو مرحله جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها (Data saturation) ادامه یافت. اشباع داده‌ها در واقع فرایند دریافت داده‌های جدید تا زمان تکرار و تثبیت داده‌های قبلی است (۱۵).

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌های متمرکز گروهی

گروه	تعداد	سن (سال)	سابقه کار (سال)	مدت مصاحبه (دقیقه)
۱	۹	*۴۱/۸ #(۳۲-۵۱)	*۱۹/۵ (۱۰-۲۹)	۶۳
۲	۶	۴۴/۶ (۳۹-۵۰)	۲۱ (۱۶-۲۷)	۷۸
۳	۱۲	۴۴/۷ (۳۰-۵۳)	۲۱/۲۵ (۶-۳۱)	۸۲
۴	۹	۴۱/۱ (۳۷-۴۹)	۱۸/۹ (۱۲-۲۶)	۸۰
۵	۸	۳۸/۲۵ (۲۳-۵۱)	۱۴/۹ (۲-۲۸)	۸۴
میانگین	۹	۴۲	۱۹/۱	۷۷/۴

* میانگین ؛ # اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

در مرحله اول (گروه صاحب‌نظران) از ده نفر شرکت کننده، پنج نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد و پنج نفر دارای مدرک دکترا و نیز ۹ نفر زن و یک نفر مرد بودند. مدت هر مصاحبه حداقل ۲۳ دقیقه و حداکثر ۸۱ دقیقه بود. میانگین سنی آنها

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-15]

۴۸/۳ سال، میانگین سابقه کار ۲۱/۹ سال و میانگین مدت مصاحبه ۴۹ دقیقه بود.

در مرحله دوم (پرستاران شاغل در بیمارستانها)، از مجموع ۴۴ پرستار شرکت کننده که در پنج گروه بحث متمرکز گروهی شرکت داشتند، ۷ نفر مدرک کارشناسی ارشد پرستاری و بقیه مدرک کارشناسی پرستاری داشتند. مدت هر بحث متمرکز گروهی، حداقل ۶۳ و حداکثر ۸۴ دقیقه بود. در جدول ۱ مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مصاحبه‌های متمرکز گروهی آمده است.

تمام مصاحبه‌های فردی و گروهی در دو مرحله با کسب رضایت‌نامه آگاهانه از شرکت کنندگان ضبط و در اولین فرصت پس از اتمام هر مصاحبه، کلمه به کلمه بر روی کاغذ نوشته شد. این کار موجب می‌شود تا نکته یا عبارتی نادیده گرفته نشود و کلیه مطالب بیان شده بدقت مورد بررسی قرار گیرند. اگرچه بیشتر داده‌های کیفی به طریق تحلیل محتوا، تجزیه و تحلیل می‌شوند (۱۲)، اما می‌توان گفت به تعداد پژوهشگران کیفی، استراتژی‌های تجزیه وتحلیل کیفی متعددی وجود دارد (۱۶). در این مطالعه با استفاده از روش تحلیل محتوای پنهان (Latent Content Analysis)، نکات مشترک شناسایی، کدگذاری و طبقه‌بندی شدند. تحلیل محتوای پنهان، فرایند شناسایی، کدبندی، و گروه‌بندی الگوهای اولیه داده‌هاست. در تحلیل محتوای پنهان که اغلب در پژوهش‌های کیفی استفاده می‌شود، پژوهشگر معنای خاص در درون زمینه و مفهوم همه داده ها را جستجو می کند(۱۲) و سپس الگو و ساختاری را که بتواند طبقات معنی‌دار و دارای مضامین را بهم مرتبط سازد طراحی می‌کند (۱۶). در این مطالعه نیز با استفاده از روش تحلیل محتوای پنهان، معنا و مضامین موجود در مصاحبه ها استخراج و نکات مشترک شناسایی و طبقه بندی شدند. در مجموع با توجه به کدها و طبقات بدست آمده در خصوص تعریف کیفیت، دو طبقه اصلی بدست آمد. سپس برای اطمینان از دقت در تفسیر داده‌های بدست آمده، از روش بازنگری همکاران (Peer check) استفاده شد و تعدادی از مصاحبه Peer checkها (بصورت دست‌نویس و با حفظ محرمانه بودن نام شرکت کنندگان) به دو نفر از محققان در زمینه پژوهش‌های کیفی ارائه شد تا کدگذاری و دسته‌بندی گردند. همچنین برای تعیین اعتبار یافته‌ها توسط شرکت کنندگان (Member check)، تعریفی که از کیفیت بدست آمده بود همراه با جنبه‌های مهم آن، به سه نفر از شرکت کنندگان در پژوهش داده شد تا اعتبار توصیف بدست آمده تایید گردد.

به‌منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، پس از کسب مجوز برای انجام مصاحبه‌ها از دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های مورد نظر، فرم رضایت‌نامه آگاهانه توسط تمام شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. در این فرم از شرکت‌کنندگان اجازه ضبط مصاحبه‌ها و استفاده از اطلاعات بدون ذکر نام کسب گردید. در پایان هر مصاحبه فردی یا گروهی نیز مجدداً بر استفاده از مصاحبه‌ها با حفظ محرمانه بودن نام شرکت‌کنندگان تأکید گردید و همه شرکت کنندگان موافقت خود را برای استفاده از نظراتشان در این مطالعه با محرمانه بودن نام اعلام نمودند. تنها یک شرکت کننده در مصاحبه انفرادی، مایل به ضبط صدا نشد اما اجازه داد که تمام صحبت هایش در زمان مصاحبه، کلمه به کلمه توسط پژوهشگر نوشته و سپس مورد استفاده قرار گیرد.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد پرستاران و صاحبنظران پرستاری، برای تعریف مفهوم کیفیت در پرستاری، به بسیاری از عوامل و پیش‌نیازها اشاره می‌کنند و در واقع تعریف کیفیت را بدون در نظر داشتن این عوامل بسیار مشکل می‌دانند. با این‌حال یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان در تعریف کیفیت بر دو جنبه مهم "استانداردهای خدمات" و "رضایت مددجو" تأکید می‌ورزند. بطوری‌که می‌توان گفت، تعریف نهایی کیفیت از دیدگاه شرکت‌کنندگان چنین است: " ارائه خدمات ایمن و مطابق با استانداردهای پرستاری به مددجو به‌گونه‌ای که منجر به رضایت بیمار گردد".

در تحلیل داده‌های مطالعه به‌نظر می‌رسد علیرغم عوامل مختلفی که در تعریف کیفیت خدمات پرستاری نقش دارند، "استاندارد بودن خدمات" و "رضایتمندی مددجو" بیش از همه مورد توجه است و هر دو گروه شرکت‌کنندگان به نحوی این دو عامل را بطور برجسته عنوان نمودند.

در مورد "استاندارد خدمات"، شرکت کنندگان اهمیت ارائه "حداقل مطلوب خدمات" و نیز "عدم ایجاد ضرر و زیان به بیمار" را در خدمات پرستاری به مددجو بسیار مهم تلقی کرده و ارائه مراقبت‌های پرستاری بر اساس استانداردها را، در کیفیت خدمات پرستاری ارائه شده ضروری دانستند. از دیدگاه شرکت کنندگان، لازم است مراقبت‌های پرستاری در جهتی ارائه شود که اثربخش و ایمن بوده و منجر به ضرر و آسیبی به مددجو نگردد.

از سوی دیگر عامل "رضایتمندی بیمار" یکی از ابعاد مهم در تعریف کیفیت خدمات پرستاری عنوان شد. از دیدگاه

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-15]

شرکت‌کنندگان رضایت مددجو، برآیند مهمی در ارزیابی کیفیت مراقبت‌های پرستاری می‌باشد که در تعریف کیفیت لازم است در نظر گرفته شود (جدول۲). با توجه به بیانات شرکت کنندگان، برای ارائه خدمات مطلوب و بدون عارضه به مددجو که منجر به رضایت او نیز شود، فراهم بودن بسیاری از شرایط و موقعیت‌ها لازم است که می‌توان به مشارکت در مراقبت، عوامل سازمانی و عوامل اجتماعی-فرهنگی اشاره کرد.

جدول ۲- بخشی از بیانات شرکت‌کنندگان در مورد تعریف کیفیت

طبقه	بیانات
استانداردهای خدمات	- "اونوقتی کیفیتِ کارمون میاد پائین که استاندارد رو در نظر نگیریم " (گروه ۱) - "کیفیت اون حداقل های مطلوبی هست که ما در ارائه استانداردهای کاری‌مون باید داشته باشیم."(فرد ۶) - " در واقع رفتارِ ما، یعنی رفتار یک پرستار، اگر که مطابق با استانداردها باشه، می‌تونیم بگیم کیفیت را رعایت کرده‌ایم". (فرد ۳)
رضایت مددجو	- "من مفهوم کیفیت رو مساوی با بکارگیری استانداردهای مراقبتی می‌دونم". (فرد ۹) - " کیفیت خدمات پرستاری، وقتی میگیم مطلوبه که هیچ‌گونه ضرری به مریض نزنه". (فرد ۸) - " کیفیت رو که می‌خواهیم بسنجیم، می‌بینیم مریض راضی است یا ناراضی؟" (گروه ۳) - "چون می‌دونید یک جنبه از کیفیت، رضایتمندی است. یعنی واقعاً.... رضایتمندیِ بیماران". (فرد ۴) - "رضایت مریض رو تأمین بکنیم، و اون برایند-های مطلوب را بدست آوریم، اونوقت خطر رو به حداقل برسونیم". (فرد ۸) - "ما در کیفیت می‌گوئیم تمرکز بر مددجو، یعنی فلان شخص تمرکز داره رو مددجوش، رضایتش رو جلب می‌کنه".(فرد ۲)

بطور کلی همه شرکت‌کنندگان به عوامل مهمی اشاره نمودند که از میان آنها، ارائه خدمات بهداشتی به صورت گروهی و مشارکتی به مددجویان، در صدرعوامل مورد تأکید بود. به-عبارت دیگر، از دیدگاه شرکت‌کنندگان، ارزیابی کیفیت مراقبت پرستاری بدون در نظر گرفتن نقش سایرعوامل و گروههای ارائه دهنده خدمات و نیز ساختار و مدیریت سازمان بسیار مشکل و حتی گاهی غیر ممکن می‌باشد (جدول ۳). در این مطالعه شرکت‌کنندگان، نقش کار گروهی و مشارکت همه اعضای کادر درمان را ارائه خدمات با کیفیت به مددجویان، مهم و قابل‌توجه دانستند.

جدول ۳- بیانات شرکت‌کنندگان در مورد کد مشارکتی بودن مراقبت

مشارکت در مراقبت	- "در کیفیت کار، سیستماتیک فکر کردن و تیمی فکر کردن هم مهم است. حتی برای بیمار هم مهم است"(فرد۲) -"خب پرستار یک طرف قضیه است ولی اون تیم، مسئول تغذیه هست، از نمیدونم پزشک، کار درمان، گفتار درمان هست،... هر کسی که تو این تیم با مریض ارتباط داره (فرد ۶) - "در سنجش پیامدها، اصلاً نمی تونید کار پرستاری را جدا کنید از کارِ دیگران" (فرد ۴) تمام آدمهایی که تو یک مجموعه‌ای دارند کار می-کنند، مد نظر است (فرد ۵) - "اما بعضی از وظایف در واقع، کیفیتی که ارائه میشه، کیفیت یک تیم است. حالا اینجا به حساب چه کسی گذاشته میشه، اون مهم نیست. مهم اینه که یک تیم روی اون تأثیر گذار بوده‌اند" (گروه۳) - " چون کارمون یک کار تیمی است، به تنهایی کار ما مشخص نمیشه، چون وابسته است کارمون" (گروه ۱)

هر دو گروه صاحبنظران و پرستاران بالین، برعوامل بسیاری که بصورت موانع در ارائه خدمات با کیفیت پرستاری وجود دارند، تأکید داشتند. از دیدگاه هر دو گروه، بسیاری ازعوامل سازمانی نظیر مدیریت و رهبری سازمانی، نیروی انسانی، تجهیزات و امکانات، تأثیر بسیاری بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری دارند.

گروه پرستاران شاغل در بالین بر تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی بر کیفیت کار پرستاران، بیش از گروه صاحبنظران پرستاری تأکید نمودند. به‌طوری‌که از دیدگاه پرستاران بالین، عدم وجود جایگاه و شأن اجتماعی مناسب برای پرستاران و دیدگاه جامعه نسبت به پرستاران بعنوان گروهی که تابع اجرای دستورات پزشکان هستند، موجب دلسردی و بی-انگیزگی پرستاران در ارائه مراقبت با کیفیت می‌شود. با این حال، پرستاران بالین نقش "وجدان کاری" و "ایمان و اعتقاد" در پرستاران را به‌عنوان عامل مهم در ارائه خدمات با کیفیت مورد تأکید قراردادند.

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد پرستاران "ارائه خدمات ایمن و مطابق با استانداردهای پرستاری به مددجو به گونه ای که منجر به رضایت بیمار گردد" را معنای کیفیت خدمات پرستاری می‌دانستند. در واقع در تعریف کیفیت به دو بعد

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-15]

فرایند (خدمات ایمن و بر اساس استاندارد) و برایند (رضایت مددجو) اشاره نمودند. در پژوهشی در تایلند نیز مراقبت پرستاری باکیفیت از دیدگاه مدیران پرستاری و پرستاران بالینی چنین تعریف گردید: " ارائه مراقبت‌ها براساس استانداردهای پرستاری که تأمین کننده ایمنی بیمار و رضایت‌مندی مددجو باشد" (۸). در پژوهشی دیگر در سال ۱۹۹۸، معنای کیفیت "درجه دستیابی بیمار به نیازهایش توسط مراقبت پرستاری" تعریف گردیده است (۱۰). از سوی دیگر نقش ساختاری سازمانی را در ارائه مراقبتهای با کیفیت نمی توان نادیده گرفت، به‌طوری‌که در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۲، تعداد کافی نیروی انسانی و حمایت‌های سازمانی و مدیریتی، کلید بهبود کیفیت مراقبت ازبیماران بیان شده است (۱۷).

در مطالعه حاضر نیز پرستاران بالین و صاحبنظران پرستاری نقش عوامل سازمانی را در ارائه خدمات پرستاری با کیفیت غیر قابل انکار دانسته و بر مشارکتی بودن خدمات ارائه شده به مددجویان تأکید نمودند. ویلیامز در سال ۱۹۹۸ در مطالعه خود بر این مسئله بطور مشخص تأکید می‌کند و می‌افزاید: " تمرکز بر کیفیت، ارائه مراقبت پرستاری با کیفیت توسط یک فرد نیست، بلکه توسط تیمی است که برای مراقبت از یک بیمارخاص، تخصیص داده می‌شود. در این شرایط پزشکان و پرستاران در کنار هم تنگاتنگ کار می‌کنند، همه تجهیزات آماده است، تعداد پرستاران کافی است، و همه چیز همان طور که لازم است برای بیمار انجام می‌شود" (۱۰).

در این مطالعه، پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها بر اهمیت همکاری پزشکان و سایر تیم درمانی با پرستاران در ارائه خدمات مطلوب تأکید بسیاری نمودند. با توجه به اینکه پرستاران در خط اول ارائه خدمات به بیماران قرار داشته و بیماران بیشترین تماس را با پرستاران دارند، شرکت‌کنندگان بیان نمودند که مددجویان مطلوب بودن و یا نامطلوب بودن خدمات ارائه شده را منحصراً متوجه پرستاران می‌دانند و نقش مهم سایر گروه‌های درمانی را اغلب نادیده می‌گیرند. شرکت‌کنندگان معتقد بودند این مسئله مرتبط با فرهنگ جامعه است که نقش گروه‌های مختلف را در امر مراقبت و درمان بیمار نمی‌شناسند و در همه ضعف‌ها و کاستی‌های احتمالی، پرستار را مقصر می‌دانند. این دیدگاه جامعه نسبت به حرفه پرستاری، عامل مهمی درکاهش انگیزه پرستاران برای تلاش بیشتر در ارائه خدمات با کیفیت شده است. بحث در مورد صحت و سقم این مسئله نیازمند مطالعه بیشتر و کسب دیدگاه مددجویان در مورد نقش‌ها و وظایف تیم درمان و بالاخص پرستاران می‌باشد.

دراین مطالعه پژوهشگران به بررسی دیدگاه پرستاران در مورد کیفیت خدمات پرستاری پرداختند. از آنجا که این پژوهش با رویکردی کیفی انجام گردید و از نظرات صاحب‌نظران و پرستاران بالین استفاده نمود، اگرچه می‌تواند بازتابی از نظرات پرستاران باشد، اما با توجه به کوچک بودن نمونه‌های پژوهش، قابلیت تعمیم‌پذیری آن محدود می‌گردد. هم‌چنین دیدگاه سایر گروه‌های ذی‌نفع نظیر مددجویان و خانواده‌ها، پزشکان و سایر کارکنان بهداشتی و مسئولان بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی نیز در تعریف "کیفیت" موثر است که قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌های این مطالعه را می‌تواند محدود نماید. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات دیگر، دیدگاه سایر گروه‌های ذی‌نفع ازجمله مددجویان و سایر تیم درمان در تعریف کیفیت خدمات پرستاری مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمام شرکت‌کنندگان در این پژوهش که با صرف وقت بسیار، علاقه‌مندانه در مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی شرکت نمودند و نظرات و تجارب خود را در اختیار پژوهشگران قرار دادند، نهایت تشکر و سپاسگزاری را می‌نمایند. هم‌چنین راهنمایی‌های سرکار خانم دکتر پرویزی در روند تحلیل کیفی مقاله ستودنی است که بدین‌وسیله از ایشان قدردانی می‌گردد.

REFERENCES

1. American Society for Quality (ASQ). 2004. Available at: www.asq.org/2004
2. Hoy WK, Miskel CG, editors. Educational administration. 2nd edition. Philadelphia: Mc Graw Hill; 2000.
3. Marquis BL, Huston CJ, editors. Leadership roles and management functions in nursing. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Co.; 2003.
4. Foely ME, editor. Nurses: assuring quality care for all populations. 2nd edition. American Nurses Association, 2001.
5. Gunther M, Alligood MR. A discipline-specific determination of high quality nursing care. J Advanc Nurs 2002;38:353-59.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-15]

6. Huycke L, All AC. Quality in health care and ethical principles. J Advanc Nurs 2000;32:562-71.

7. Brooten D, Youngblut JM, Kutcher J, Bobo C. Quality and the nursing workforce: APNs, patient outcomes and health care costs. Nurs Outlook 2004;52:45-52.

8. Kunaviktikul W, Anders RL, Srisuphan W, Chontawan R, Nuntasupawat R, Pumarporn O. Development of quality of nursing care in Thailand. J Advanc Nurs 2001;36:776-84.

9. Navuluri RB. Integrated quality improvement program in patient care. Nurs Health Sci 1999;1:249-54.

10. Williams AM. The delivery of quality nursing care: a grounded theory study of the nurse's perspective. J Advanc Nurs 1998;27:808-16.

11. Idvall E, Rooke L. Important aspects of nursing care in surgical wards as expressed by nurses. J Clin Nurs 1998;7:512-20.

12. Mayan MJ, editor. An introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals. Alberta, International institute for qualitative methodology, 2001.

۱۳. صلصالی م (مولف). تحقیق در پرستاری: فرآیند، ارزیابی انتقادی و کاربرد. چاپ اول. تهران. انتشارات بشری، سال ۱۳۸۲.

۱٤. عابد سعیدی ژ، امیرعلی اکبری ص (مولفین). روش تحقیق در علوم پزشکی و بهداشت. ویرایش دوم. چاپ اول، نشر سالمی، ۱۳۸۴.

15. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing. 3rd Ed. Philadelphia: Lippincott Co.; 2002.

16. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: method, appraisal, and utilization. 6th Ed, Philadelphia: Lippincott Co.; 2005.

17. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. Nurs Outlook 2002;50:187-94.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-15]