

کیفیت مراقبت در بخش ویژه قلب از نگاه پرستاران: تحلیل محتوا

منیر نوبهار^۱

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پرستاران مرجع مطلوبی برای گزارش کیفیت مراقبت پرستاری هستند و استفاده از دیدگاه آنان در ارزیابی کیفیت مراقبت‌های پرستاری به عنوان یک شاخص معتبر مطرح می‌باشد. هدف از این مطالعه، تبیین کیفیت مراقبت در بخش ویژه قلب از نگاه پرستاران بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع تحقیق کیفی بود که در آن از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با حداکثر تنوع استفاده شد و ۲۳ مشارکت‌کننده طی سال‌های ۹۲-۱۳۹۱ با سؤالات باز مورد مصاحبه قرار گرفتند. روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته بود. مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط و بلافاصله کلمه به کلمه نوشته شد و به روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: با تجزیه و تحلیل یافته‌ها از مجموع مضامین استخراج شده، مضمون اصلی «ضرورت مدیریت پرستاری اثربخش» انتزاع شد. زیرطبقات شامل «منابع انسانی کافی و کارآمد، ارتباط انسانی، سازماندهی عملکرد پرستار و محیط مطلوب و وسایل، تجهیزات و امکانات مناسب» بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه، تجارب پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه قلب را بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری در این بخش تبیین نمود. برخورداری از مدیریت پرستاری اثربخش جهت تأمین منابع و روابط انسانی از ضروریات جدا نشدنی به منظور حفظ و ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب می‌باشد.

کلید واژه‌ها: کیفیت مراقبت پرستاری، پرستاران، مراقبت ویژه قلب، تحلیل محتوا

ارجاع: نوبهار منیر. کیفیت مراقبت در بخش ویژه قلب از نگاه پرستاران: تحلیل محتوا. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۳؛ ۳(۲): ۱۴۹-۱۶۱.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۳/۰۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۱/۲۸

(۴). اگرچه شواهد حاکی از ارتباط بین مراقبت پرستاری و بهبودی بیمار می‌باشد (۳)، اما بیماران با یک روش سیستماتیک مراقبت نمی‌شوند، از آن‌جا که مراقبت‌های پرستاری در کشورها و مناطق جغرافیایی مختلف با کیفیت متفاوت ارائه می‌گردد؛ بنابراین ممکن است کیفیت مراقبت‌های پرستاری ارائه شده به بیماران کاهش یابد و حتی به درصد زیادی از بیماران مراقبت‌های مطلوب ارائه نشود. مطالعه کیفیت مراقبت‌های پرستاری و مراقبت اختصاصی از بیماران با نژاد و زبان‌های مختلف، باعث بهبود کیفیت مراقبت می‌شود (۵).

مقدمه

بخش‌های مراقبت ویژه قلب یکی از بخش‌های حرفه‌ای می‌باشد که در آن پرستاران نقش مهمی در ارائه مراقبت‌های بحرانی قلب بر عهده دارند (۱). این بخش‌ها روزانه با چالش‌های دستیابی به ثبات، فشار کاری، ایمنی و کیفیت مراقبت روبه‌رو هستند (۲). کیفیت مراقبت پرستاری نه تنها با نتایج بالینی و اثرات خدمات درمانی، بلکه با منافع اقتصادی همراه است (۳). کار پرستاری انجام مراقبت بر بالین بیمار، ارائه مراقبت مستقیم، پایش وضعیت سلامتی، حمایت عاطفی بیمار و خانواده و همکاری با سایر افراد گروه حرفه‌ای است

۱- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

تا اطلاعات مفیدی برای استفاده سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مدیران پرستاری جهت بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری فراهم شود. هدف این مطالعه، تبیین کیفیت مراقبت در بخش ویژه قلب از نگاه پرستاران بود.

روش

پژوهش حاضر از نوع کیفی به روش تحلیل محتوای مرسوم (Conventional) بود. تحلیل محتوای کیفی به عنوان روش تحقیق و به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی می‌باشد که از طریق فرایند طبقه‌بندی منظم، درون‌مایه‌ها یا الگوهای آشکار و پنهان در متن را مورد شناسایی قرار می‌دهد (۸). نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (Purposeful sampling) و با حداکثر تنوع (Maximum variance of sampling) صورت گرفت (۹). معیارهای انتخاب مشارکت‌کنندگان شامل: پرستاران ساکن شهر سمنان، دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، حداقل یک سال سابقه کار مفید و تمام وقت در بخش مراقبت ویژه قلب و تمایل به مشارکت در مطالعه و بیان تجارب بود. طی این تحقیق، ۲۳ شرکت‌کننده شامل ۱۵ پرستار، سه پزشک، سه بیمار و دو نفر از بستگان بیمار در مطالعه مشارکت داشتند و نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها (Data saturation) ادامه یافت (۱۰).

روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته بود. ابتدا شماره تلفن تماس پرستاران بخش مراقبت ویژه قلب از دفتر پرستاری بیمارستان گرفته شد. سپس طی تماس تلفنی با پرستاران و بیان اهداف مطالعه، زمان انجام مصاحبه و محل مناسب از نظر مشارکت‌کنندگان تعیین گردید. مصاحبه به صورت انفرادی با مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع از نظر سوابق کاری و تجارب کاری متنوع (سابقه کار متفاوت در بخش‌های مختلف اورژانس، جراحی، داخلی، دیالیز و سابقه کاری متفاوت در بخش مراقبت ویژه قلب)، تفاوت در سن، جنس، تنوع فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی انجام شد. در مصاحبه پرستاران تشویق می‌شدند که تجربیات خود پیرامون چگونگی ارزیابی مراقبت‌های پرستاری را به اشتراک بگذارند و از آن‌ها سؤال می‌شد که «کیفیت مراقبت ارزیابی شده به

بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه به واسطه شرایط سخت و بیماری، محیط ناشناخته، دوری از نزدیکان و بستگان، قرار گرفتن تحت اعمال مراقبتی تهاجمی و... با چالش‌های بی‌شماری روبه‌رو می‌باشند. پرستاران نیز در این بخش‌ها با استرس‌های محیطی، حجم کاری بالا، کمبود پرسنل و شرایط سخت مراقبتی بیمار مواجه هستند که در فرایند مراقبت‌های پرستاری تأثیرگذار می‌باشد و می‌تواند کیفیت مراقبت ارزیابی شده را به خطر اندازد (۶). پرستاران بالینی می‌توانند ابعاد مختلف از متغیرهای مؤثر بر شاخص‌های حرفه‌ای و کیفیت مراقبت‌های پرستاری را بیان نمایند و با گزارش کیفیت مراقبت به بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری کمک کنند (۲). به ویژه در بخش‌هایی مانند بخش‌های مراقبت ویژه که بیماران کمتر قادر به گزارش کیفیت مراقبت می‌باشند، استفاده از دیدگاه پرستاران در کیفیت مراقبت‌های پرستاری به عنوان یک شاخص معتبر می‌باشد. تبیین دیدگاه پرستاران از کیفیت مراقبت با کاهش نسبت مرگ، ناتوانی در احیا، افزایش میزان رضایت بیشتر بیمار و بهبود فرایند مراقبت از بیماران همراه است. پرستاران در شرایط مطلوبی برای گزارش کیفیت مراقبت در بیمارستان هستند. آن‌ها ساعات زیادی را با بیمار می‌گذرانند، تعاملات فراوان و مشاهدات مستقیم از مراقبت دارند که آن‌ها را از جایگاه ویژه‌ای برای گزارش کیفیت مراقبت بهره‌مند می‌نماید (۴)، اما استفاده از دیدگاه‌های پرستاران به عنوان افراد مطلع از تمامیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان اغلب مورد بررسی قرار نگرفته است (۷).

با توجه به این‌که مطالعات کیفی درصدد کشف و درک دنیای درونی افراد هستند و با تبیین درک یا تجربه افراد مطلع، به شناسایی عمیق‌تر پدیده‌ها کمک می‌کنند (۸) و از آن‌جا که هدف این مطالعه، تبیین کیفیت مراقبت در بخش ویژه قلب از نگاه پرستاران بود، روش تحقیق کیفی روش مناسبی برای به دست آوردن و تحلیل داده‌های غنی از مشارکت‌کنندگان بود. همچنین با توجه به عدم وجود مطالعه کیفی در زمینه کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بخش ویژه قلب، ضرورت انجام مطالعه پیرامون این موضوع اهمیت دارد

بیماران در بخش مراقبت ویژه قلب چگونه است؟»، سوالات بعدی و پیگیری کننده بر اساس تجارب مطرح شده توسط مشارکت کنندگان و به منظور دستیابی به اطلاعات عمیق تر و روشن شدن مفهوم مورد مطالعه ادامه می‌یافت. از شرکت کنندگان خواسته شد تا مصادیق عینی را به صورت مثال بازگو کنند. همچنین از سؤالاتی مانند «منظورتان چیست؟، لطفاً در این مورد بیشتر توضیح دهید؟ یا برداشت من از صحبت‌های شما این است، آیا من درست درک کردم؟» به منظور عمق دادن به مصاحبه استفاده گردید. مدت زمان مصاحبه‌ها بر حسب شرایط و تمایل مشارکت کنندگان ۹۰-۴۰ دقیقه بود.

جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها در راستای هدف پژوهش و بر اساس توضیحات مشارکت کنندگان انجام گرفت. مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی با برنامه Voxtrack به وسیله گوشی موبایل نوکیا N97 ضبط شد، سپس بلافاصله کلمه به کلمه نوشته (Transcript) و آماده‌سازی داده‌ها انجام شد. جهت غوطه‌ور شدن در داده‌ها (که ضرورت انجام تحقیق کیفی است)، متن هر مصاحبه چندین بار مطالعه گردید. سپس کلمات، جملات و یا پاراگراف‌هایی از صحبت‌های مشارکت کنندگان که حاوی نکات مهم در مورد کیفیت مراقبت‌های پرستاری بود، به عنوان واحدهای معنایی تعیین شد؛ همچنین واحدهای معنایی به خلاصه‌ای که بیانگر معنای واحد انتخاب شده بود، برچسب زده و متن کدگذاری گردید. با مرور مجدد، مقایسه کدها از نظر تشابهات و تفاوت‌ها با یکدیگر و ادغام کدهای مشابه، کدها با متن مورد بازنگری قرار گرفت. بر اساس تشابه و تناسب، دسته‌بندی و توسعه طبقات ادامه یافت و برای اطمینان از استحکام کدها، بازنگری طبقه‌ها و مقایسه مجدد با داده‌ها انجام شد. با تأمل دقیق، عمیق و مقایسه طبقات با یکدیگر درون‌مایه‌ها مورد شناسایی قرار گرفت (۸).

در طول مطالعه از معیارهای دقت علمی در تحقیقات کیفی که توسط Lincoln و Guba (به نقل از Lincoln) ارائه شده‌اند، استفاده گردید (۱۱). قابلیت اعتماد (Dependability)، اعتبار (Credibility)، قابلیت تأیید (Confirmability) و تناسب (Fittingness) برای اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها انجام گرفت. برای افزایش روایی و پایایی که معادل استحکام

علمی یافته‌ها (Truthworthiness) در تحقیق کیفی است؛ یکی از بهترین روش‌ها، درگیری طولانی مدت محقق با موضوع (Prolonged engagement) می‌باشد. در این تحقیق پژوهشگر بیش از دو دهه با مشارکت کنندگان در تعامل بوده است و به عنوان مربی کارآموزی‌های دانشجویان پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب حضور داشته است. درگیری طولانی مدت محقق و تماس و ارتباط او با مشارکت کنندگان به جلب اعتماد آنان و درک تجارب توسط پژوهشگر کمک می‌کرد. استفاده از تکنیک نمونه‌گیری با حداکثر تنوع که به تناسب یا انتقال‌پذیری یافته‌ها به دیگران کمک می‌کند نیز در این مطالعه مورد توجه قرار گرفت و مشارکت کنندگان با حداکثر تنوع و با سمت‌های مختلف از بیمارستان، همراه با تجارب کاری متنوع، تفاوت در سن و جنس، تنوع فرهنگی و اقتصادی در مطالعه مشارکت کردند.

مقبولیت داده‌ها (Credibility) با بازنگری مشارکت کنندگان (Member check) انجام شد. برای این منظور بخش‌هایی از متن مصاحبه به همراه کدهای مربوط و طبقات پدیدار شده به رؤیت مشارکت کنندگان رسید تا جریان تجزیه و تحلیل را بررسی و در مورد صحت آن‌ها اعلام نظر نمایند. میزان تجانس ایده‌های استخراج شده محقق از داده‌ها با نظر مشارکت کنندگان مقایسه گردید و جهت رفع هر گونه ابهام در کدگذاری‌ها استفاده شد تا به مفاهیم یکسان در رابطه با گفته‌های مشارکت کنندگان دست یابد. همچنین از اشباع داده‌ها نیز برای بالا بردن اعتبار استفاده شد. قابلیت تعیین تأیید (Confirmability) نیز با جمع‌آوری سیستماتیک داده‌ها (Audit trial) و با رعایت بی‌طرفی روی مصاحبه‌ها، کدها و دسته‌بندی کدهای مشابه و طبقات برای مقایسه بین آن‌چه که محقق برداشت نموده است با آن‌چه که منظور مشارکت کنندگان بود، استفاده شد. برای تأیید‌پذیری و حساسی تحقیق، محقق مراحل و روند تحقیق را به طور دقیق ثبت و گزارش نمود تا امکان پیگیری تحقیق برای دیگران فراهم شود. علاوه بر پژوهشگر اصلی، یافته‌ها توسط دو نفر از اعضای هیأت علمی مورد بررسی و نتایج استخراج شده مورد تأیید آنان قرار گرفت. اطمینان یا ثبات یافته‌ها

یافته‌ها

۱۵ پرستار (۱۴ زن و ۱ مرد) که سن آن‌ها ۲۶-۴۵ سال (میانگین ۳۵/۲) بود و ۳ تا ۲۴ سال (میانگین ۸/۷۳) سابقه کار و حداقل ۱-۱۱ سال (میانگین ۴/۰۶) سابقه کار در بخش مراقبت ویژه قلب داشتند، در مطالعه شرکت کردند. با تجزیه و تحلیل یافته‌ها، مضمون اصلی «مدیریت پرستاری اثربخش» انتزاع شد. طبقات شامل «منابع انسانی کافی و کارآمد، ارتباط انسانی، سازماندهی عملکرد پرستار، محیط مطلوب و وسایل، تجهیزات و امکانات مناسب» بود (شکل ۱) (جدول ۱).

ضرورت مدیریت پرستاری اثربخش

درون‌مایه اصلی مطالعه، ضرورت مدیریت پرستاری اثربخش بود. به کارگیری مدیران لایق زمینه را برای توانمندسازی حرفه‌ای فراهم می‌آورد. زیرطبقات شامل مدیریت ضعیف، مدیریت متمرکز و عدم تفویض اختیار و کمبود حمایت از پرسنل بود.

(Dependability) با نسخه‌نویسی در اسرع وقت، استفاده از نظرات همکاران (External check) و مطالعه مجدد کل داده‌ها و قابلیت انتقال (Transferability) از طریق مصاحبه با مشارکت کنندگان متفاوت و ارایه نقل‌قول‌های مستقیم و مثال‌ها و تبیین غنی داده‌ها امکان‌پذیر گردید.

اصول اخلاقی در پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه به صورت کتبی از مشارکت کنندگان جهت شرکت در مطالعه، ضبط مصاحبه ضمن حفظ بی‌نامی و رازداری، اطمینان دادن از محرمانه بودن اطلاعات و حق آن‌ها در شرکت یا خروج از مطالعه بود. به هر سؤالی که مشارکت کننده تمایلی به پاسخگویی به آن نداشت، می‌توانست جواب ندهند. به آن‌ها اطلاع داده شد که در صورت لزوم ممکن است برای تکمیل صحبت‌ها دوباره به آن‌ها مراجعه شود. به مشارکت کنندگان گفته شد در صورت تمایل می‌توانند نتایج پژوهش را در اختیار داشته باشند.



شکل ۱: کیفیت مراقبت در بخش ویژه قلب از نگاه پرستاران

جدول ۱: درون‌مایه، طبقات، زیرطبقات و کدهای کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب

درون‌مایه / طبقات	زیرطبقات	کدها
ضرورت مدیریت پرستاری اثربخش	مدیریت ضعیف	انتخاب پرستار فاقد کارآمدی لازم ناتوانی در انتخاب پرستار مناسب ضعف مدیریت در برابر بالادستی‌ها هتاکی
	مدیریت متمرکز و عدم تفویض اختیار	انجام همه امور مدیریتی به تنهایی و دیکتاتور گونه کمبود آشنایی با اصول مدیریت علمی انتخاب نامناسب مدیر پرستاری
نیروی انسانی کافی و کارآمد	کمبود حمایت از پرسنل	تنبیه زیاد ضرورت تشویق شانه خالی کردن از زیر بار مسؤولیت
	کمبود تعداد پرستاران / کمبود نیروی خدماتی افزایش تعداد شیفت‌های کاری	شیفت‌های فشرده ناتوانی در پاسخگویی به موقع به نیاز بیماران خستگی
ارتباط انسانی	کارآمدی ضعیف پرستاران / کمبود آماده‌سازی نیروهای خدماتی	افزایش احتمال بروز خطا، خسارات جانی، عوارض و مرگ و میر
	ارتباط توأم با آرامش با بیمار ارتباط صمیمی بین پرستاران ارتباط مناسب پرستار و پزشک	بی‌اعتمادی و ناراضی‌بیماران در نظر گرفتن فرصت لازم برای برقراری ارتباط با بیمار احساس راحتی در ارتباط با همکاران اعتماد پرستاران به همدیگر ارتباط منطقی با پزشکان اهمیت پیگیری ویزیت‌ها و مشاوره‌های پزشک پرهیز از جو استبدادی رفت و آمد بیش از حد همراهان بی‌توجهی همراه به آموزش‌ها بداخلاقی همراهان با پرستار
سازماندهی عملکرد پرستار	Case-Method	عدم استقبال از روش Case-Method باعث کاهش همکاری بین پرستاران می‌شود Case-Method نیاز به پرسنل، امکانات و فرهنگ مناسب دارد بی‌توجهی مسؤولین نسبت به برنامه درخواستی پرسنل کمبود امکان موافقت سرپرستار با برنامه درخواستی پرسنل
	برنامه نوبت کاری	
محیط بخش و وسایل، تجهیزات و امکانات	استاندارد نبودن بخش مراقبت ویژه عدم تهویه مناسب کمبود وسایل و امکانات خرابی دستگاه‌ها	عدم تسلط روی برخی از تخت‌ها ساختار نامناسب بخش هوای نامناسب کمبود تخت کمبود دارو اسقاطی بودن وسایل تأخیر در ارایه مراقبت‌های اورژانسی

مدیریت ضعیف

مدیران باید از طریق ایفای نقش مدیریتی و رهبری، زمینه را برای توانمندسازی و ارتقای صلاحیت بالینی پرستاران فراهم آورند. «مدیریت باید آن قدر ضعیف باشد که پرستاری را به بخش ویژه بده که آلام وی تک را خاموش می‌کند... تا بری بجنبی، مریض رفت» (پرستار شماره ۱۱).

«می‌شه با مدیر حرف زد؛ چون داد و بی‌داد می‌کند، آبروریزی راه می‌اندازه» (پرستار شماره ۱۴).

«اگر پرستار به درد جایی نمی‌خوره نباید او را آنجا گذاشت، این خیانت به حق مریض است، اما اگر بخوان کسی را جا به جا بکنند، فوراً بالا دستی‌ها گارد می‌گیرن، نمی‌گذارند که نیرو جا به جا بشه» (پرستار شماره ۱۳).

مدیریت متمرکز و عدم تفویض اختیار

به کارگیری اصول، شیوه‌ها و سبک‌های مدیریتی مناسب، نقش مهمی در اداره مطلوب و بهبود عملکرد مؤسسه‌ها ایفا می‌کند. نیاز به تغییر سبک مدیریت متمرکز، یکی از ضروریات محسوب می‌گردد.

«مدیریت بیمارستان رئیسه، مدیره، متروحه، مسؤول خدماته، مددکار اجتماعی هم هست، در کجای جهان شما می‌بینید که این طور تمرکز باشه» (پرستار شماره ۱۴).

«۱۵۰-۱۳۰ پرستار داریم، باید شاخص‌ترین را به لحاظ اخلاق و تبحر، مسؤول پرستاری بگذاریم؛ به نحوی که همه از او تأسی بگیرند... مسؤولین پرستاری به این مسایل هوشیار نیستند» (پزشک شماره ۲).

کمبود حمایت از پرسنل

پرستاران حق دارند در محیط کار سالم و حمایتی کار کنند. مدیران نیز باید سیستم‌های حمایتی را که منجر به افزایش اثربخشی عملکرد سازمانی می‌گردد، به کار گیرند.

«مدیریت فقط تنبیه بلدند... مسؤول باید همه جوهره پرستارها را حمایت بکنه، اما مسؤولین ما منتظر فرصت هستند، دید منفی دارند... با اعصاب خردی نمی‌توانم از بیمار به درستی مراقبت بکنم» (پرستار شماره ۲).

«ما بارها و بارها گفتیم که پرسنل را تشویق کنید، از شون به موقع حمایت بشه، نه بی‌جا... تا رغبت بیشتری به کار پیدا کنند،

این خیلی روی کیفیت کار آن‌ها تأثیر داره» (پرستار شماره ۳).

نیروی انسانی کافی و کارآمد

نیروی انسانی در بخش مراقبت ویژه نقش مهمی در ارائه مراقبت‌های پرستاری باکیفیت دارد. پرستار بخش مراقبت ویژه برای ارائه مراقبت‌های پرستاری باکیفیت، نیازمند داشتن صلاحیت حرفه‌ای می‌باشد. کمبود تعداد پرستاران، افزایش تعداد شیفت‌های کاری، کارآمدی ضعیف پرستاران، کمبود نیروی خدماتی و کمبود آماده‌سازی نیروهای خدماتی از زیرطیقات نیروی انسانی کافی و کارآمد بودند.

«باید در انتخاب پرسنل بخش ویژه دقت کنند. وقتی پرسنل توانایی نداشته باشند، مریض متضرر می‌شه، پرسنل هم آسیب می‌بینند. خواه ناخواه روی کیفیت کار تأثیرگذاره» (پرستار شماره ۳).

«پرستار باید ماهر باشه، اگر گلدن تایم تمام بشه و آن‌ها نتوانند همکاری بکنند، کاری از دست من بر نمی‌آد» (پزشک شماره ۱).

«پزشک‌ها بیش از ۵ دقیقه در روز با مریض ارتباط ندارند، آن‌چه که مریض را درمان می‌کند، پرستارهای هوشیار هستند» (پزشک شماره ۲).

کمبود تعداد پرستاران

کمبود تعداد پرستاران باعث می‌شد که برخی از خواسته‌های بیماران با تأخیر جواب داده شود و یا نادیده گرفته شود که این مسأله استرس زیادی برای آنان و بیماران بستری به همراه داشت.

«گاهی مریض داره اینتوبه می‌شه، باید شوک بهش داده بشه و مریض دیگه هم‌زمان صدا می‌کند، توقع داره که به دلدش برسی و ببینی که چی می‌گه» (پرستار شماره ۹).

افزایش تعداد شیفت‌های کاری

کمبود تعداد پرستاران باعث افزایش شیفت‌های کاری، ایجاد خستگی و فرسودگی شغلی در پرستاران می‌شود.

«شیفت‌های نزدیک به هم داریم، دیشب عصرکار بودم ساعت ۸ شب رفتم خونه، ساعت ۷ صبح هم از خونه آمدم. این باعث خستگی بیش از حد می‌شه» (پرستار شماره ۵).

از طرف دیگر، کمبود تعداد پرستار باعث تشدید فشار کاری پرستاران می‌شود و نقش مهمی در افزایش احتمال بروز خطا دارد.

«خیلی از وقت‌ها شده که به واسطه همین فشارهای کاری دستورات پزشک درست وارد نشده یا تو گزارش خیلی چیزها از قلم افتاده» (پرستار شماره ۳).

گاهی برای رفع مشکل کمبود پرسنل، از سایر بخش‌ها نیروی کمکی برای بخش مراقبت ویژه تأمین می‌شود که این مسأله ایمنی بیماران را به خطر می‌انداخت و منجر به بروز عوارض و مرگ و میر می‌شد.

«کمبود پرسنل داشتیم... از بخش روان، پرستار کمکی به بخش ویژه قلب آمده بود، نیتروگلیسرین را داخل ست معمولی ریخت. نیتروگلیسرین ۵ میکرو در دقیقه با ۵ قطره ست معمولی می‌رفت» (پزشک شماره ۳).

کارآمدی ضعیف پرستاران

تجارب پرستاران بخش مراقبت ویژه نشان داد که گاهی برخی از پرستاران از کارآمدی لازم برای ارزیابی مراقبت‌های پرستاری باکیفیت برخوردار نبودند.

«در بخش ویژه، تخصصی بودن پرسنل بسیار اهمیت داره... پرستار نمی‌تواند وخامت حال بیمار و آریتمی را تشخیص بده» (پرستار شماره ۱۳).

«مریض هیپوکسی بود، دستگاه ونتیلاتور اتو ساپلای لو می‌زد، پرستار می‌گفت اتو ساپلای را بگذار روی ۲۱ درصد، دستگاه خوب می‌شه!... پرستار هنوز نمی‌دونه لید ام‌سی‌اچ چیه، نمی‌دونه وقتی بهش می‌گی پی ویو را برای من بگیر، ۴ تا چست لید را اشتباه می‌چسبانه و بعد من بر اساس همان‌ها باید تصمیم بگیرم» (پزشک شماره ۳).

کمبود نیروی خدماتی

ضرورت وجود نیروی خدماتی کافی و کارآمد در بخش مراقبت ویژه قلب به دفعات توسط پرستاران، پزشکان و بیماران مطرح گردید. موارد زیر بیانگر تجارب برخی از مشارکت‌کنندگان در رابطه با این درون‌مایه می‌باشد.

«مریض قلبی که خودش آرتیه است، خوشش نمی‌آید که لگن بگیره... او را توجیه کردیم که باید در تخت بدین بگیره،

حالا خدمه نیست» (پرستار شماره ۱).

«دیشب تا صبح روم نمی‌شد که به پرستارها بگم که من دستشویی دارم، به من می‌گن دستشویی نرو، دو تا پای من پروتز است. برای بیماری مثل من باید یک خدمه آقا این‌جا باشه» (بیمار شماره ۲).

«تعداد نیروهای خدماتی کم است، مخصوصاً شب که می‌شه» (پزشک شماره ۱).

کمبود آماده‌سازی نیروهای خدماتی

«خدمه آمده مریض را ببره، مریض را به در زده و دست مریض از کجا تا کجا پاره شده و بخیه خورده... خدمه آمده تشک مواج را روی تخت بندازه، کلی خسارت به تشک زده» (پرستار شماره ۱۴).

ارتباط انسانی

ارتباط انسانی دومین درون‌مایه انتزاع شده این پژوهش بود. ارتباط انسانی بر پیامدهای بیمار اثرگذار است و به طور فزاینده‌ای به عنوان معیار کیفیت پرستار حرفه‌ای مدنظر می‌باشد. این درون‌مایه شامل «ارتباط توأم با آرامش با بیمار، ارتباط صمیمی بین پرستاران، ارتباط مناسب پرستار و پزشک و ارتباط معقول با بستگان بیمار» بود.

ارتباط توأم با آرامش با بیمار

برقراری ارتباط توأم با حفظ آرامش بین پرستار و بیمار منجر به احساس رضایتمندی متقابل بین بیمار و پرستار می‌شود، میزان اضطراب بیماران را کاهش می‌دهد، به تثبیت وضعیت همودینامیک بیمار قلبی کمک می‌کند و منجر به ایجاد تجربه ارزشمند بودن بیمار و همدلی با او می‌شود.

«گر می‌خوام یه مراقبت خوب به مریض ارایه بدهم و مریض را از همه جوانب مورد بررسی قرار بدم، باید به او فرصت بدهم که با من ارتباط برقرار بکنه» (پرستار شماره ۸).

«ارتباط پرستار با بیمار خیلی مهم است. وقتی با بیمار صحبت می‌کنی، وقتی که مریض از نظر روحی- روانی ارضا می‌شود، خیلی روی علایم بالینی او تأثیرگذار است» (پرستار شماره ۶).

«به پرستار گفتم که یه شماره برایم بگیر، به پسر بگو

اگر یه بیمار بدحال باشه، اصلا نمی‌تونیم داخل بخش بشیم» (پزشک شماره ۳).

سازماندهی عملکرد پرسنل

سازماندهی عملکرد پرسنل پرستاری نقش مهمی در ارائه خدمات پرستاری باکیفیت دارد. روش Case-Method (انتصاب پرستار برای بیمار) و برنامه نوبت کاری از زیرطبقات این درون‌مایه بودند.

روش Case-Method

یکی از بهترین روش‌های سازماندهی برای افزایش کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه، Case-Method می‌باشد. این روش باعث آگاهی همه جانبه پرستار از شرایط بیمار می‌شود.

«Case-Method باعث می‌شه که بفهمی که مریض چه شرایطی داره، چون اگر ده تا مریض باشه، یکی داروها رو می‌ده، یکی علایم حیاتی رو چک می‌کنه، این جور یه اون کسی که کارها را در می‌آره، بیشتر در جریان کار مریض است» (پرستار شماره ۱۰).

بیشتر پرستارها با روش Case-Method برای مراقبت از بیمارها موافق بودند، اما معتقد بودند که کمبود پرسنل، امکانات و وسایل به عدم کارایی این روش منجر می‌شود. «روش Case-Method روش خیلی خوبی است، اما به واسطه کمبود پرسنل و کمبود امکانات نمی‌شه این روش را پیاده کرد» (پرستار شماره ۴).

«تو بخش ویژه مریض‌ها تقسیم شده هستن، اما واقعیتش پرستارها از Case-Method استقبال نمی‌کنند» (پرستار شماره ۱۳).

برنامه نوبت کاری

یکی از عوامل مؤثر در کیفیت مراقبت‌های پرستاری، توجه به تمایل پرستاران در انتخاب برنامه کاری است.

«خیلی وقت‌ها تو برنامه‌نویسی دقت نمی‌کنند، به آف‌های پرسنل توجه نمی‌کنند... برنامه‌مون به صورت ماهانه نوشته می‌شه و این خیلی مشکل است؛ باید مشکلات را درک کنند، این روی کیفیت کار تأثیرگذار است» (پرستار شماره ۳).

که دارو هام را برام بیاره، پرستار گفت باشه... دلم می‌خواد پرستار باحوصله جواب بده و بگه مادر جان الان شماره را برات می‌گیرم. با پسرت چه کار داری؟» (بیمار شماره ۳).

ارتباط صمیمی بین پرستاران

از جمله ضروریات در ارائه مراقبت‌های پرستاری باکیفیت، ارتباط صمیمی بین پرستاران است. این ارتباط خوشایند، کمک کننده، یاری‌رسان و صمیمی بود.

«در بخش‌های ویژه پرستارها روابط خیلی خوبی با هم دارند، صمیمیت خاصی با هم دارند» (پزشک شماره ۱).

ارتباط مناسب پرستار و پزشک

یکی از ضروریات ارائه مراقبت‌های پرستاری باکیفیت، ارتباط مناسب پرستار و پزشک است.

«روابط پرستارها با پزشکان خوب است و خیلی از اوقات حرفاشون را راحت با پزشک‌ها می‌زنند، ما هم حرفمون را راحت با اون‌ها می‌زنیم» (پزشک شماره ۱).

برخی از پزشکان ارتباط پرستار و پزشک را مناسب نمی‌دیدند. نتیجه حاصل از بی‌توجهی در برقراری ارتباط مناسب بین آنان، منجر به پیگیری نامناسب برنامه درمانی و مراقبتی بیمار می‌شود.

«ارتباط خوبی بین پرستاران با پزشکان نیست. آن‌ها برای ویزیت نمی‌آیند، تعامل بین پزشک و پرستار وجود نداره... من به عنوان پزشک نمی‌دونم که مریض دیشب چی بهش گذشته، پرستاره که می‌دونه» (پزشک شماره ۲).

ارتباط معقول با بستگان بیمار

بستگان بیمار از بستری در بخش مراقبت ویژه از اضطراب ناشی از بستری بودن بیمار و احتمال تهدید حیات آن‌ها رنج می‌برند. آن‌ها انتظار دارند که هر زمان تمایل داشتند قادر به ملاقات بیمار خود باشند. مشارکت کنندگان به دفعات از تجارب خود در رابطه با چالش‌هایی که در این زمینه وجود داشت، صحبت کردند.

«ساعت ۱۲ شب بستگان بیمار ملاقات می‌آد! مریض دارو گرفته و خوابیده، می‌گه باید مریضم را ببینم» (پرستار شماره ۱۰). «این جا CCU (Coronary care unit) نیست، CCU باید جایی آرام با حداقل صوت باشه، آن قدر ملاقاتی آمده که

پاره است، قفلش کار نمی‌کند... دارو ندارن» (بیمار شماره ۲).
 «خانم جوانی رو آورده بودند، سخته کرده بود، اون موقع که نیاز داشتیم دستگاه شوک کار نمی‌کرد... مریض را می‌خواستیم اینتوبه کنیم، دستگاه لارنگوسکوپ چراغش روشن نمی‌شد... اوایل که آمده بودم، آ اس آ نداشتیم، حالا پلاویکس توی بخش ما نیست» (پرستار شماره ۱۰).

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که «تیروی انسانی کافی و کارآمد، ارتباط انسانی، سازماندهی عملکرد پرستار، محیط مطلوب و وسایل، تجهیزات و امکانات مناسب» بر کیفیت مراقبت پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب تأثیرگذار بود. مضمون اصلی «ضرورت مدیریت پرستاری اثربخش» انتزاع شد. مدیریت پرستاری اثربخش درون‌مایه اصلی در کیفیت مراقبت‌های پرستاری بود. مدیریت پرستاری اثربخش، اثرات مستقیم، قوی و مثبتی را بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری، رضایت حرفه‌ای و ارتقای موقعیت‌های اجتماعی به همراه دارد (۲). مدیران با رفتارهای اثربخش می‌توانند سبب توانمندسازی پرسنل شوند و بر رضایت شغلی، حس تعهد، مسؤلیت‌پذیری، بهره‌وری و کیفیت ارائه خدمات تأثیر مثبت گذارند (۱۲). چنانچه مدیران، پزشکان و پرستاران هر یک در نقش‌های خود قرار گیرند، تمایل پرستار به ارتقای کیفیت مراقبت‌ها افزایش می‌یابد (۱۵-۱۳).

سراجی و درگاهی بیان کردند که مدیران پرستاری برای نقش مدیریتی و نظارتی و ارائه رفتارهای رهبری و حمایتی موردنیاز پرستاران توانمند نشده‌اند (۱۶). قدرت مدیریت و همکاری پرستاران و پزشکان در ارائه مراقبت‌های پرستاری ارتباط معنی‌داری دارد. کارکنان و منابع، لازمه ارائه مراقبت پرستاری مطلوب به بیماران هستند. مدیریت با ایجاد ساختار حمایتی در عملکرد حرفه‌ای، توانایی خلاقیت سازگاران و بهبود شرایط پرستاری بیمار و نتایج سازمانی مثبتی را به همراه دارد (۲).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که منابع انسانی کافی و کارآمد بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری تأثیرگذار می‌باشد. کمبود پرستار منجر به افزایش تعداد شیفت‌های کاری، خستگی

محیط مطلوب و وسایل، تجهیزات و امکانات مناسب

محیط بخش مطلوب یکی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری بود. «استاندارد نبودن بخش مراقبت ویژه، عدم تهویه مناسب، کمبود وسایل، تجهیزات و امکانات و خرابی دستگاه‌ها» از زیرطبقات این درون‌مایه بودند.

استاندارد نبودن محیط بخش مراقبت ویژه

بیشتر مشارکت کنندگان در مطالعه بیان کردند که محیط بخش مراقبت ویژه استاندارد نیست. به همین علت امکان مشاهده همه بیماران از ایستگاه پرستاری وجود ندارد.

«شرایط بخش طوری است که به خصوص شب‌ها تسلط روی تخت‌های ۱ و ۲ خیلی کم است» (پرستار شماره ۱).

عدم تهویه مناسب

یکی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری، تهویه نامناسب بخش بود که به دفعات توسط پرستاران و بیماران مطرح شد.

«دستشویی دو طرف بخش، تهویه خوبی نداره، پنجره‌ها پشت مریض است، به محض این‌که هوا آلوده می‌شه، می‌خواهیم پنجره را باز کنیم، هوا مستقیم به پشت مریض می‌خوره» (پرستار شماره ۹).

کمبود وسایل، تجهیزات و امکانات

مشارکت کنندگان در این مطالعه مطرح کردند که کمبود امکانات ضروری شامل تخت بستری، دارو، دستگاه ECG (Electrocardiogram)، شوک، آنژیوگرافی و ونتیلاتور به دفعات بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری تأثیرگذار بود.

«گاهی پیش می‌آید که ما داخل بخش CCU تخت خالی نداریم، مریض یک یا دو روز داخل اورژانس بستری می‌مونه و بعد از دو روز به بخش معمولی منتقل می‌شه» (پزشک شماره ۲).

خرابی دستگاه‌ها

در دسترس بودن امکانات ضروری به میزان کافی و مناسب از خصوصیات بخش‌های مراقبت ویژه قلب می‌باشد. خراب شدن دستگاه شوک، ECG، ونتیلاتور و روشن نشدن لامپ لارنگوسکوپ باعث به خطر افتادن جان بیماران می‌گردد.

«و سه روز تو بخش اورژانس بودم، تخت خالی نبود... ویلچرها را نگاه کن، چرخ‌هاش دایم در می‌ره، پارچه ویلچر

(۲۴، ۲۳). بنابراین استخدام افراد بااخلاق، متعهد و دارای

مهارت‌های ارتباطی مطلوب باید مورد توجه قرار گیرد (۲۵).

بر اساس یافته‌های به دست آمده از مطالعه حاضر، برقراری ارتباط انسانی بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری تأثیرگذار می‌باشد. ارتباط بیمار و پرستار، مرکز فرایند درمانی و درک بیمار و خانواده او می‌باشد. ارتباط مناسب ابزار اساسی در مراقبت خوب از بیمار است (۲۶). برقراری ارتباط مؤثر، شاخص کلیدی جهت رضایت، همکاری و التیام بیمار می‌باشد (۲۷). برای آن که پرستاران بتوانند به نحو مطلوب خدمات حرفه‌ای را ارائه دهند، لازم است که بتوانند ارتباط مناسب با بیمار و خانواده وی، پزشکان، سایر پرستاران، اعضای تیم درمانی و مراکز درمانی برقرار کنند (۲۶). ارتباط پرستاران در محیط کاری، نقش ارزشمندی در کیفیت ارائه خدمات پرستاری دارد (۲۸). ارتباط مناسب بین پرستاران و پزشکان نیز بر کیفیت مراقبت پرستاری تأثیرگذار است (۱۹).

یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن بود که سازماندهی عملکرد پرستار بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری تأثیرگذار می‌باشد. احمدی و همکاران بیان کردند که بیمار محوری یکی از بهترین شیوه‌های سازماندهی برای افزایش کیفیت مراقبت‌های پرستاری است؛ در حالی که در مراکز درمانی ما هنوز از روش وظیفه محور استفاده می‌شود. همچنین توجه به مشکلات پرستاران در نوبت کاری، از عوامل تأثیرگذار در کیفیت مراقبت‌های پرستاری می‌باشد (۲۸).

بر طبق یافته‌های مطالعه حاضر، محیط مطلوب، وسایل، تجهیزات و امکانات بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری تأثیر می‌گذارد. Pretorius و Klopper گزارش کردند: عناصر ساختاری و مداخله‌گر در محیط‌های کاری مطلوب بخش‌های مراقبت ویژه جزء سلامت محیط محسوب می‌شوند. این صفات شامل در معرض دید بودن بیماران، سرعت دسترسی به سطوح بالای تکنولوژی، شایستگی و تجربه کارکنان و تماس منحصر به فرد پرستاران با پزشکان می‌باشد. با وجود وسایل پایش کننده، در بیشتر موارد در بخش‌های مراقبت ویژه، تشخیص مسایل بیمار با مشاهده مستقیم صورت می‌گیرد (۲۹). وجود امکانات مناسب و کافی می‌تواند به

و فرسودگی پرستاران می‌شود. فشار کاری و کاهش ساعات خواب، استرس روحی- روانی در آن‌ها را تشدید می‌نماید و بر کیفیت مراقبت پرستاری تأثیر می‌گذارد. محمودی‌شن و همکاران نیز معتقد هستند که پرستاران به دلیل کار سخت و شیفت‌های مختلف، دچار خستگی جسمی و روانی می‌گردند. خستگی با کار مطلوب در تضاد می‌باشد (۱۷).

تعداد پرستار مناسب عامل مهمی در نتایج بهتر برای بیمار و پرستار است. زمانی که تعداد پرستارها کم است، آن‌ها فقط مراقبت‌های پرستاری ضروری را انجام می‌دهند (۱۸). میزان کار بسته به نسبت تعداد پرستار به بیمار، چگونگی ساختار کار و حمایت سازمانی، بر کیفیت مراقبت از بیمار تأثیرگذار می‌باشد (۲). با کمبود نیروی پرستاری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه قلب، بیماران در معرض خطر بیشتری از نظر عواقب و مرگ و میر هستند (۶). Zander و همکاران می‌نویسند: نتایج مطالعات متعدد و اخیر در آلمان نیز نشان دهنده اختلال در شرایط کاری پرستاران و تأثیر آن بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری و رضایت شغلی آنان است. فرسودگی هیجانی، منجر به کاهش توانایی کاری، کاهش کیفیت مراقبت‌ها و عدم رضایت شغلی پرستاران گردیده است (۱۹). در کره نیز مدیران پرستاری تحت فشار هستند تا کمبود پرستار را کاهش بدهند و کیفیت مراقبت را حفظ نمایند (۲۰). Kwak و همکاران گزارش کردند که در کشورهای غربی نیز نسبت بیماران به پرستاران افزایش یافته است (۲۰). با توجه به این که بیماران بخش مراقبت ویژه نیازمند پایش دایمی می‌باشند و ارائه این مراقبت به پرستار کافی و رسمی نیازمند است، سطح نامطلوب نسبت بیماران به پرستاران، خطر اثرات منفی روی بیمار و پرستار را افزایش می‌دهد (۲۱، ۲۲).

کمبود تعداد نیروی خدماتی نیز باعث می‌شود که دسترسی به موقع آنان با مشکل روبه‌رو گردد. همچنین فقدان آماده‌سازی نیروهای خدماتی برای ارائه خدمات مناسب به بیماران نیز مطرح بود که ایجاد صدمات جانی برای بیماران و خسارات مالی برای بیمارستان را به همراه داشت. نقش کارکنان بیمارستان اعم از پزشکان، پرستاران و کارکنان، در نگرش بیماران به بیمارستان و خدمات آن‌ها اساسی می‌باشد

ویژه قلب را بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری در این بخش تبیین نمود. برخورداری از مدیریت پرستاری اثربخش جهت تأمین منابع و روابط انسانی از ضروریات جدا نشدنی به منظور حفظ و ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی شماره ۴۵۵ مورخ ۱۳۹۱/۷/۲۲ و جلسه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان به شماره ۹۱/۲۱۶۸۲۹ در تاریخ ۱۳۹۱/۶/۲۱ می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی سمنان و همکاران ارجمندشان که اجرا و هزینه‌های انجام پژوهش را متقبل گردیدند و مشارکت کنندگان محترمی که تجارب ارزشمند خود را بیان نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

کاهش مشکلات کاری پرستاران منجر شود و به بهبود آرایه کیفیت خدمات پرستاری کمک نماید (۲۸).

مدیران پرستاری باید فرصت و امکانات و شرایط محیطی مناسبی را برای انجام صحیح و دقیق مراقبت‌های پرستاری باکیفیت به خصوص در بخش مراقبت ویژه قلب که نیازمند آرایه مراقبت‌های ویژه برای بیمارانی است که با تهدید حیات مواجه هستند، فراهم نمایند (۳۰). بدون وجود مطالعات کافی در رابطه با کیفیت مراقبت‌های پرستاری، سیستم‌های بهداشتی حرفه‌ای برای درک شرایط ناخواسته در مراقبت با مشکل روبه‌رو خواهند بود. ریشه‌یابی علل، باعث اتخاذ استراتژی بهبود کیفیت مراقبت می‌گردد. شناسایی بهتر کیفیت مراقبت‌های پرستاری و مراقبت‌های باکیفیت برای بیماران، امکان آرایه مراقبت‌های مبتنی بر شواهد علمی را فراهم می‌نماید (۵).

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر، تجارب پرستاران شاغل در بخش مراقبت

References

1. Riba AL. Evidence-based performance and quality improvement in the acute cardiac care setting. *Crit Care Clin* 2008; 24(1): 201-29, x.
2. Van Bogaert P, Kowalski C, Weeks SM, Van Heusden D, Clarke SP. The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(12): 1667-77.
3. Duffy JR. Implementing the Quality-Caring Model in acute care. *J Nurs Adm* 2005; 35(1): 4-6.
4. McHugh MD, Stimpfel AW. Nurse reported quality of care: a measure of hospital quality. *Res Nurs Health* 2012; 35(6): 566-75.
5. Siegel B, Sears V, Bretsch JK, Wilson M, Jones KC, Mead H, et al. A quality improvement framework for equity in cardiovascular care: results of a national collaborative. *J Healthc Qual* 2012; 34(2): 32-42.
6. Driscoll A, Currey J, George M, Davidson PM. Changes in health service delivery for cardiac patients: implications for workforce planning and patient outcomes. *Aust Crit Care* 2013; 26(2): 55-7.
7. Loeb JM. The current state of performance measurement in health care. *Int J Qual Health Care* 2004; 16(Suppl 1): i5-i9.
8. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
9. Coyne IT. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *J Adv Nurs* 1997; 26(3): 623-30.
10. Streubert Speziale H, Streubert HJ, Rinaldi Carpenter D. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
11. Lincoln YS. *Naturalistic Inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1985.
12. Azimian J. Educational needs of nursing managers about quality assurance of nursing care in Qazvin teaching hospitals. *J Qazvin Univ Med Sci* 2002; 6(2): 75-80.
13. Li B, Bruyneel L, Sermeus W, Van den Heede K, Matawie K, Aiken L, et al. Group-level impact of work environment dimensions on burnout experiences among nurses: a multivariate multilevel probit model. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(2): 281-91.
14. Kirwan M, Matthews A, Scott PA. The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes:

- a multi-level modelling approach. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(2): 253-63.
15. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344: e1717.
 16. Saraji GN, Dargahi H. Study of quality of work life (QWL). *Iranian J Publ Health* 2006; 12(35): 8-14. [In Persian].
 17. Mahmoodi Shan G, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Ethics in nurses' lifestyle: a qualitative study. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2009; 2(4): 63-78.
 18. Schubert M, Ausserhofer D, Desmedt M, Schwendimann R, Lesaffre E, Li B, et al. Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals--a cross sectional study. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(2): 230-9.
 19. Zander B, Dobler L, Busse R. The introduction of DRG funding and hospital nurses' changing perceptions of their practice environment, quality of care and satisfaction: comparison of cross-sectional surveys over a 10-year period. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(2): 219-29.
 20. Kwak C, Chung BY, Xu Y, Eun-Jung C. Relationship of job satisfaction with perceived organizational support and quality of care among South Korean nurses: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(10): 1292-8.
 21. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care* 2008; 20(4): 227-37.
 22. Schubert M1, Clarke SP, Glass TR, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(7): 884-93.
 23. Salami S, Samoe R. Assessment of Patient Satisfaction from Health Services in Educational Hospitals of Isfahan, Iran. *Health Inf Manage* 2011; 8(8): 1097-103. [In Persian].
 24. Mosadeg Rad A. The evaluation of the degree of satisfaction of patients from admission services in Razi Hospital in Ghazvin. *Health Inf Manage* 2004; 1(1): 28-32. [In Persian].
 25. Doaei HA, Salehnia M, Ahmadzadeh-Jozi S. Effect of Customers' Perception from Human Capital on Image of Customers about Hospital. *Health Inf Manage* 2013; 9(7): 977-88. [In Persian].
 26. Sabzevari S, Soltani Arabshahi K, Shekarabi R, Koochpayehzadeh J. Nursing Students' Communication with Patients in Hospitals Affiliated to Kerman University of Medical Sciences. *Iran J Med Educ* 2006; 6(1): 43-9.
 27. Chant S, Jenkinson T, Randle J, Russell G. Communication skills: some problems in nursing education and practice. *J Clin Nurs* 2002; 11(1): 12-21.
 28. Ahmadi F, Nobahar M, Alhani F, Falahi Khoshknab M. Perspectives of Retired Nurses on Factors that Affect Quality of Nursing Care. *Hayat* 2011; 17(1): 24-34. [In Persian].
 29. Pretorius R, Klopper HC. Positive practice environments in critical care units in South Africa. *International Nursing Review* 2012; 59(1): 66-72.
 30. Teng CI, Hsiao FJ, Chou TA. Nurse-perceived time pressure and patient-perceived care quality. *J Nurs Manag* 2010; 18(3): 275-84.

Care Quality in Critical Cardiac Units from Nurses Perspective: A Content analysis

Monir Nobahar¹

Original Article

Abstract

Introduction: Nurses are an ideal source to report on the quality of care and the uses of their perspective is a valid index in assessment of the quality of nursing care. The aim of this study was to explore the quality of nursing care from the perspective of nurses in critical cardiac units.

Method: This was a qualitative study in which purposive sampling was used with maximum variation and 23 participants were interviewed with open-ended questions in Semnan during 2012-2013. The main method of data collection was semi-structured interviews. The interviews were digitally recorded, immediately transcribed word by word, and analyzed using content analysis method.

Results: By data analysis of extracted contexts, the main theme abstracted was "the need for effective nursing management". Subthemes include "adequate and efficient human resources", "human relationships", "organized nursing performance", and "appropriate environment and suitable tools, equipment, and facilities".

Conclusion: The results of this study explored employed nurses' experiences on quality of nursing care in critical cardiac care units. Having effective nursing management for providing resources and human relationships are essential to maintaining and improving the quality of nursing care in critical cardiac units.

Keywords: Quality of nursing care, Nursing, Critical cardiac care, Content analysis

Citation: Nobahar M. Care Quality in Critical Cardiac Units from Nurses Perspective: A Content analysis. J Qual Res Health Sci 2014; 3(2): 149-61.

Received date: 17.04.2014

Accept date: 26.05.2014

1- Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Paramedicine, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

Corresponding Author: Monir Nobahar PhD, Email: nobahar43@sem-ums.ac.ir