



بسمه تعالی

تاییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع از رساله دکتری

خانم زهرا ملازم رشته پرستاری رساله دکتری خود را با عنوان: طراحی مدل مراقبت پرستاری از بیماران جراحی عمومی در تاریخ ۸۹/۹/۲۹ ارائه کردند. اعضای هیات داوران نسخه نهایی این رساله را از نظر فرم و محتوا تایید کرده است و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه دکتری پیشنهاد می کنند.

امضاء	نام و نام خانوادگی	اعضای هیات داوران
	دکتر فضل اله احمدی	استاد راهنما
	دکتر عیسی محمدی	استاد مشاور
-	دکتر شهرام بلند پرواز	استاد مشاور
	دکتر فاطمه الحانی	استاد ناظر
	خانم ربابه معماریان	استاد ناظر
	دکتر ناهید دهقان نیری	استاد ناظر
	دکتر سادات سیدباقر مداح	استاد ناظر
	دکتر سیما محمدخان کرمانشاهی	نماینده تحصیلات تکمیلی

آئین نامه پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیت های علمی پژوهشی دانشگاه است. بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به دفتر "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند:

" کتاب حاضر، حاصل رساله دکتری نگارنده در رشته پرستاری است که در سال ۱۳۸۹ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی دکتر فضل ا... احمدی، مشاوره دکتر عیسی محمدی و دکتر شهرام بلند پرواز از آن دفاع شده است.

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداخت های بهای خسارت، دانشگاه مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب زهرا ملازم دانشجوی رشته پرستاری مقطع دکتری تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضا
۱۳۸۸/۱۲/۲۸
مقدم

آیین‌نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی

دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه: با عنایت به سیاست‌های پژوهشی و فناوری دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیأت علمی، دانشجویان، دانش‌آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهشهای علمی که تحت عناوین پایان‌نامه، رساله و طرحهای تحقیقاتی با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد زیر را رعایت نمایند:

ماده ۱- حق نشر و تکثیر پایان‌نامه/ رساله و درآمدهای حاصل از آنها متعلق به دانشگاه می باشد ولی حقوق معنوی پدید آورندگان محفوظ خواهد بود.

ماده ۲- انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان‌نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و با تایید استاد راهنمای اصلی، یکی از اساتید راهنما، مشاور و یا دانشجوی مسئول مکاتبات مقاله باشد. ولی مسئولیت علمی مقاله مستخرج از پایان‌نامه و رساله به عهده اساتید راهنما و دانشجوی می باشد.

تبصره: در مقالاتی که پس از دانش‌آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان‌نامه/ رساله نیز منتشر می‌شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

ماده ۳- انتشار کتاب و یا نرم افزار و یا آثار ویژه (اثری هنری مانند فیلم، عکس، نقاشی و نمایشنامه) حاصل از نتایج پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی کلیه واحدهای دانشگاه اعم از دانشکده ها، مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده ها، پارک علم و فناوری و دیگر واحدها باید با مجوز کتبی صادره از معاونت پژوهشی دانشگاه و براساس آئین‌نامه- های مصوب انجام شود.

ماده ۴- ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه یافته ها در جشنواره‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق معاونت پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

ماده ۵- این آیین‌نامه در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۸۷/۴/۱ در شورای پژوهشی و در تاریخ ۸۷/۴/۲۳ در هیأت رئیسه دانشگاه به تایید رسید و در جلسه مورخ ۸۷/۷/۱۵ شورای دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب در شورای دانشگاه لازم‌الاجرا است.

«اینجانب **زهرا ملازم دانشجوی رشته پرستاری** ورودی سال تحصیلی **۱۳۸۵** مقطع دکتری دانشکده **علوم پزشکی** متعهد می شوم کلیه نکات مندرج در آیین‌نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی دانشگاه تربیت مدرس را در انتشار یافته های علمی مستخرج از پایان‌نامه / رساله تحصیلی خود رعایت نمایم. در صورت تخلف از مفاد آیین‌نامه فوق‌الاشعار به دانشگاه وکالت و نمایندگی می‌دهم که از طرف اینجانب نسبت به لغو امتیاز اختراع بنام بنده و یا هرگونه امتیاز دیگر و تغییر آن به نام دانشگاه اقدام نماید. ضمناً نسبت به جبران فوری ضرر و زیان حاصله براساس برآورد دانشگاه اقدام خواهم نمود و بدینوسیله حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمودم.»

امضا
زهرا ملازم
۸۷/۷/۱۵



رساله دوره دکتری تخصصی در رشته آموزش پرستاری

عنوان

طراحی مدل مراقبت پرستاری از بیماران جراحی عمومی

نگارش

زهرا ملازم

استاد راهنما

دکتر فضل ا... احمدی

اساتیدمشاور

دکتر عیسی محمدی

دکتر شهرام بلند پرواز

پائیز ۱۳۸۹

تقدیم به:

آنان که به من آموختند

تشکر و قدردانی

حال که به لطف و عنایت خداوند متعال نگارش این رساله به اتمام رسیده است بر خود واجب می‌دانم از تمامی اساتید ارجمندی که در این راه مرا یاری و مساعدت نموده‌اند تشکر و قدردانی نمایم.

از استاد راهنمای گرانقدر جناب آقای دکتر فضل‌ا. احمدی صمیمانه تشکر می‌کنم که با راهنمایی‌های سازنده خویش راهگشای تحقیق حاضر بودند و با آرامش و صبوری خود، مسیر پر تنش رساله را برایم هموار نموده و یاریم کردند.

همچنین از زحمات استاد مشاور محترم جناب آقای دکتر عیسی محمدی نهایت سپاس و تشکر را دارم که با توجه و دقت علمی خاص، من را در تمامی مراحل انجام رساله یاری نمودند و راهگشای راه بودند.

از جناب آقای دکتر شهرام بلند پرواز نیز به عنوان یکی دیگر از اساتید مشاور محترم که از همکاری صمیمانه‌اش در محیط پژوهش بهره‌مند بودم، نهایت سپاس و تشکر را دارم.

اینجانب مراتب سپاس و قدردانی خود را از اساتید محترم ناظر و سرکار خانم دکتر ونکی که با راهنمایی‌های سازنده خود من را در انجام این رساله یاری کردند، اعلام می‌دارم.

از تمامی مسئولین مراکز آموزشی، پژوهشی و دانشگاهی بخصوص مرکز تحقیقات ترومای بیمارستان نمازی شیراز که همکاری صمیمانه‌ای در انجام این رساله داشتند و کلیه دوستان عزیز که مرا در جریان این تحقیق یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

و در آخر نهایت سپاس و تشکر خود را ارزانی پرستاران و بیمارانی می‌کنم که خالصانه و در نهایت صداقت تجارب خود را در اختیار بنده قرار دادند، کسانی که بدون همراهیشان انجام این پژوهش مقدور نبود.

چکیده

مقدمه: مراقبت مفهوم پیچیده و چند بعدی است و امروزه مراقبت پرستاری در بخش‌های جراحی نقش مهمی در سیستم‌های مراقبتی ایفا می‌کند. کیفیت و اثر بخشی مراقبت‌های ارائه شده به بیماران جراحی یکی از عوامل مهم و تاثیر گذار بر پیامدهای تهدید کننده این بیماران است، با توجه به ماهیت تعاملی، چندبعدی و فرهنگی پدیده مراقبت از بیمار لازم است این موضوع در بستر و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی خاص مورد بررسی قرار گیرد. در عین حال با توجه به اینکه مراقبت در بخش‌های جراحی از بخش‌های غیر جراحی می‌تواند متفاوت باشد و تاکنون تئوری و یا مدل مستقلی برای مراقبت از بیمار در بخش‌های جراحی عمومی ارائه نگردیده است. به منظور ارائه راهبردهائی برای بهبود مراقبت از بیماران جراحی عمومی و توسعه تئوری‌های مبتنی بر زمینه که در آن به تجارب افراد درگیر در مراقبت توجه شده باشد بررسی درک بیماران و پرستاران از مراقبت و فرآیند مراقبت ضروری به نظر می‌رسد.

روش: این پژوهش با دو هدف کلی به منظور کاوش چگونگی مراقبت از بیماران جراحی عمومی و طراحی مدل تجویزی، مراقبت از بیماران جراحی انجام شده است. هدف اول با مطالعه کیفی از نوع گراند تئوری پیگیری شد و داده‌ها از طریق مصاحبه بدون ساختار و نیمه ساختار و مشاهده در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز از پرستاران، بیماران، همراهان و پزشک جمع آوری گردید. همه مصاحبه‌ها به نگارش درآمد و تجزیه و تحلیل داده‌ها همزمان با جمع آوری آنها و با استفاده از مقایسه مداوم و طبق روش اشتراک کوربین صورت گرفت. در مرحله بعد بر اساس هدف دوم طراحی مدل تجویزی با استفاده از روش سنتز نظریه به روش واکر و اوانت، طراحی مدل صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر در دو مرحله ارائه گردیده است، در این مرحله ۷۴۰ کد اولیه در ۴۷ طبقه جای گرفتند. در کد گذاری محوری این ۴۷ طبقه در ۴ طبقه محوری دسته بندی شدند که شامل "عوامل نامساعد محیط کار"، "تلاش پرستار برای مقابله"، "احساس خطر و تهدید در بیمار و" تلاش بیمار برای مقابله" بود. در این بین "تلاش برای مقابله" بعنوان متغیر مرکزی نقش محوری و اصلی را در فرآیند مراقبت داشت. بر اساس تبیین ارتباط این مفاهیم نظریه زمینه‌ای "تلاش برای مقابله" استخراج شد. سپس در مرحله دوم با استفاده از متغیر اصلی نظریه زمینه به عنوان مفهوم مرکزی و پارادایمیک و بر اساس روش سه مرحله‌ای واکر و اوانت «مدل مراقبت کارآمد» طراحی گردید. بر همین اساس باز سازی شناختی، بهبود روابط بین فردی و بهبود حمایت اجتماعی به عنوان راهبردهائی جهت دستیابی به مراقبت کارآمد تعیین شدند.

نتیجه گیری: در این تحقیق تلاش پرستاران برای مقابله با محیط کار نامساعد و به کارگیری گسترده راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد باعث قرار گرفتن بیماران در شرایط غیر مراقبتی و احساس خطر و تهدید در آنان شده بود و آنان نیز به نوبه خود در جهت مقابله با شرایط غیر مراقبتی تلاش می‌کردند. با توجه به عوامل و فرآیندهای ذکر شده و پیامدهای آنها، بهبود مراقبت‌های پرستاری از طریق راهبردهائی امکان پذیر است که منجر به مقابله موثر و کارا در پرستاران شود و دانش نظری و تئوری حاصل از مطالعه کیفی مبنای بسیار مفید و هدایت کننده‌ای برای طراحی یک مدل تجویزی گردید. در این راستا توصیه می‌شود این مدل در تحقیق مداخله‌ای مستقل مورد ارزشیابی قرار گیرد.

کلمات کلیدی: مراقبت از بیمار، جراحی عمومی، مقابله، مراقبت کارآمد. گراند تئوری

فهرست مطالب

فصل اول: مقدمه و زمینه پژوهش

۱-۱ مقدمه و زمینه پژوهش ۲

فصل دوم: فلسفه هدایت کننده پژوهش

۱-۲ پارادایم اساسی پیرامون موضوع پژوهش ۱۴

۲-۲ مروری بر مدل های مراقبت از بیماران جراحی ۲۳

۳-۲ بررسی و نقد یافته های مقالات پژوهشی مرتبط با موضوع اصلی مطالعه ۲۸

فصل سوم: روش پژوهش

۱-۳ روش تحقیق ۳۹

۲-۳ روش جمع آوری و تولید داده ها ۴۲

۳-۳ مشارکت کننده ها و ویژگی آنها ۴۴

۴-۳ محیط پژوهش ۴۵

۵-۳ روش تجزیه و تحلیل داده ها ۴۵

۶-۳ دقت و اعتبار علمی مطالعه ۴۷

۷-۳ محدودیت های پژوهش ۴۹

۸-۳ ملاحظات اخلاقی ۴۹

فصل چهارم: یافته ها

۱-۴ ارائه یافته ها ۵۲

۲-۴ تعیین متغیر مرکزی ۱۱۹

۳-۴ نتیجه گیری نهائی (نظریه اصلی پژوهش) ۱۲۳

فصل پنجم: طراحی مدل

۱-۵ پردازش مدل

۱-۵-۱ مقدمه ۱۲۸

۱-۵-۲ روش پردازش مدل ۱۳۰

۱-۵-۳ پیش فرض ها ۱۳۶

۱-۵-۴ مفاهیم و عناصر اصلی مدل ۱۴۰

۱-۵-۵ اهداف مدل ۱۴۴

۱-۵-۶ راهبردها یا مراحل عملیاتی مدل ۱۴۵

۲-۵ نتیجه گیری نهائی ۱۵۵

۳-۵ اهمیت و کاربرد یافته ها در پرستاری ۱۵۶

۴-۵ پیشنهادات برای مطالعات بعدی ۱۵۷

منابع ۱۵۸

پیوست ها ۱۷۳

چکیده انگلیسی ۱۷۴

فصل اول

مقدمه و زمینه پژوهش

۱-۱. مقدمه و زمینه پژوهش:

مراقبت مفهوم پیچیده و چند بعدی است و سازه مرکزی بسیاری از تئوری‌های پرستاری است و به طور گسترده در فعالیت‌های پرستاری شرح داده شده است [۱،۲]. پرستاری و مراقبت از یکدیگر جدائی‌ناپذیرند، در پرستاری مراقبت اندیشه، تمایل و فعالیت‌هایی است که به هنگام بیماری و سلامتی جنبه درمانی و حمایتی دارد، مراقبت منجر به ایجاد آسایش برای بیمار و خانواده وی می‌شود که همانا هدف غائی پرستاری است [۳]. ارائه مراقبت با تمرکز بر بیمار و نیازهای او انجام می‌شود و هدف پرستاری کمک به بیماران برای رفع نیازمندی‌های آنهاست. در مراقبت جامع هدف رفع همه جانبه نیازهای فرد از طریق تسکین بخشی به بدن، جسم و روح می‌باشد و ارتقاء سلامت از طریق تعادل بین بدن، جسم و روح افراد اساس و پایه مراقبت جامع می‌باشد [۴]. در پرداختن به مفهوم مراقبت شناخت بیمار به عنوان یک انسان منحصر به فرد با نیازهای خاص خود ضروری است و توانائی پرستار در شناخت بیمار به منظور دستیابی به مراقبت بیمار محور، عامل اساسی در فراهم کردن مراقبت موثر می‌باشد [۵]. بیماری به تنهایی و به سبب محدودیتی که به همراه دارد می‌تواند فرد را آسیب پذیر سازد اما علاوه بر بیماری، بستری شدن در بیمارستان نیز به دلیل محدودیت‌هایی که به بیمار تحمیل می‌کند براین آسیب‌پذیری می‌افزاید [۶]. همچنین بیماران در طول دوران بستری ممکن است با عوامل متعددی مواجه شوند که باعث ایجاد ترس، اضطراب و نگرانی در آنان شود، به همین منظور برخی از محققین به بررسی تجارب بیماران در طول زمان بستری پرداخته‌اند، بر اساس مطالعات انجام شده بیش از یک پنجم بیماران بستری شده در ایالات متحده مشکلات سیستم

بیمارستانی مانند سازماندهی نامناسب فرآیند بستری، به موقع انجام نشدن آزمایشات و پروسیجرها و ارائه اطلاعات متناقض توسط پرسنل را گزارش کرده‌اند. نتایج مشابهی در تحقیقات انجام شده در کشورهای آلمان، سوئیس و انگلستان بدست آمده است از جمله تجاربی که بیماران در این مطالعات مطرح کرده‌اند کمبود حمایت‌های عاطفی، نقص در بیان اضطراب و نگرانی‌ها، تأخیر در تخصیص تخت، سازماندهی نامناسب فرآیند بستری، روشن نبودن توضیحات ارائه شده توسط پرسنل پرستاری و پزشکی، انجام نشدن تست‌ها و پروسیجرها در زمان معین، تعاملات ناموثر پرستاران، فقدان آسودگی، نقص در مشارکت دادن بیماران در تصمیمات درمانی، آموزش و ارائه اطلاعات درباره داروها و عوارض آنها و نقص در مشارکت دادن خانواده و دوستان در جزئیات مراقبت بوده است [۷، ۸، ۹]. لازم است پرستاران به عنوان ارائه دهندگان مراقبت قادر به شناخت این عوامل و نیازها و توقعات بیماران باشند. پرستاران افراد کلیدی هستند که در ارتباط با بیمار و خانواده وی بوده و واسطه بین آنها و سیستم مراقبت بهداشتی هستند، آنان ۲۴ ساعت در کنار تخت بیمار با بررسی مداوم، مدیریت و هماهنگی مراقبت از بیمار را انجام داده و نیازهای مراقبت را پیش بینی می‌کنند و مسئولیت بزرگی برای هماهنگی با سایر سیستم‌ها در جهت رفع نیازهای بیماران دارند. مراقبت روشی برای برآورده ساختن نیاز انسان‌ها به هنگام آسیب‌پذیری از طریق ایجاد آسایش و حمایت است [۱۰] و مراقبت تعاملی سودمند بین پرستار و بیمار است که هدف آن ارتقاء آگاهی، احساس سرزندگی و نشاط در بیمار می‌باشد [۱۱].

پرستاران در فرآیند مراقبت از بیماران بایستی این نکته را همواره مورد توجه قرار دهند که بیماران ممکن است با عوامل ناخوشایندی مواجه باشند. چنانکه مطالعات نشان داده در آمریکا هر سال حدود ۲۳ میلیون نفر تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند و اکثر آنها اضطراب قبل از عمل را تجربه می‌کنند [۱۲] به طور کلی عواملی مانند ترس از محیط بیمارستان و نگرش پرستار، از دست دادن شغل و ترس از ناتوانی دائمی می‌تواند باعث ایجاد اضطراب در بیماران شود اما بیماران جراحی عوامل اضطراب‌آور دیگری مانند ترس از جراحی، ترس از بیهوشی و ناآگاهی در مورد عمل، ترس از

ناشناخته‌ها، ترس از جدا شدن از خانواده و ترس از مرگ را تجربه می‌کنند [۱۳]. علاوه بر آن تغییرات جسمی بعد از عمل جراحی و وجود علائمی مانند درد، تهوع و خستگی باعث ایجاد احساس ناخوشایندی در این بیماران می‌شود و درد به عنوان شایعترین علت ناراحتی بعد از عمل اغلب به عنوان یک منبع اضطراب گزارش شده و از جمله مواردی است که بیمار و خانواده‌اش می‌خواهند درباره آن اطلاعاتی به آنها داده شود [۱۴، ۱۵]. پرستاران نقش مهمی در پیش بینی نیازهای این بیماران و اعضاء خانواده و ارائه اطلاعات و حمایت از آنها دارند [۱۶] و لازم است به منظور ارائه مراقبت‌های قابل پذیرش و مفید به خواسته‌ها و نیازهای این بیماران توجه خاصی داشته باشند. زیرا برآورده نشدن نیازهای جسمی روانی باعث ایجاد احساس اضطراب، تردید، تنهایی، بی‌توجهی در آنان شده و این افراد دستورات دارویی را کمتر رعایت کرده و حتی پیشرفت کمتری در رفع علائم بیماری نشان می‌دهند [۱۷]. همچنین عدم حمایت از بیمار و خانواده می‌تواند منجر به بستری شدن مجدد بیماران جراحی پس از ترخیص شده و باعث افزایش هزینه‌های درمانی و هدر رفتن منابع شود. در حالی که ارائه اطلاعات کافی قبل از عمل جراحی می‌تواند استرس و اضطراب بیمار و خانواده او را کاهش داده و آمادگی آنها را افزایش دهد [۱۸، ۱۹].

یک تجربه اضطراب‌آور مانند جراحی می‌تواند علاوه بر واکنش‌های روانی، واکنش‌های جسمانی مانند افزایش فشارخون و افزایش تعداد نبض را در بیمار ایجاد نماید؛ همچنین می‌تواند باعث خونریزی، افزایش عوارض بعد از عمل جراحی، افزایش متابولیسم بدن، احساس خستگی، کاهش تحمل درد و افزایش نیاز به مسکن، کاهش خون‌رسانی به زخم، تاخیر در ترمیم بافتی و بهبودی بیمار و طولانی شدن اقامت در بیمارستان و تاخیر در ترخیص بیماران و کاهش رضایت بیماران بعد از عمل شود [۲۰، ۲۱، ۱۲]. در حالی که ارائه مراقبت موثر می‌تواند از بروز این مخاطرات در بیماران جلوگیری کند و لازمه ارائه مراقبت موثر درک و آگاهی پرستاران از نیازها و انتظارات بیماران و اعضاء خانواده آنان است؛ در صورتی که بیماران احساس کنند بهبودی آنها به وسیله مراقبت‌کنندگان به تاخیر افتاده، یا با رفتارهایی مواجه شوند که از نظر آنها به عنوان رفتارهای غیر مراقبتی تلقی گردد دچار

احساس غم، اضطراب، افسردگی، ترس، خشم و خجالت شده و این به استرس‌های ناشی از بستری شدن اضافه می‌شود و باعث کاهش اعتماد بنفس بیمار و مصرف انرژی با ارزشی می‌شود که می‌توانست صرف بهبودی بیمار شود [۷]. در صورت بی توجهی به نیازهای این بیماران یک عمل جراحی ساده می‌تواند منجر به بروز مشکلات وخیم‌تر شده و باعث به خطر افتادن جان بیمار شود. بنابراین لازم است پرستاران شناخت و درک مناسبی از نیازهای مراقبتی این بیماران و درک آنان از مراقبت داشته باشند. اما مطالعات نشان می‌دهد پرستاران در این زمینه از آگاهی و درک مناسبی برخوردار نمی‌باشند و این مسئله‌ای نگران کننده در ارائه خدمات می‌باشد.

در مطالعه وون اسن و سجدون^۱ (۲۰۰۳) تفاوت درک پرستاران و بیماران از مراقبت نشان داده شده است، بیماران شرکت‌کننده در این تحقیق رفتارهایی مانند در دسترس بودن و پایش را نشاندهنده مراقبت می‌دانستند در حالی که پرستاران رفتارهایی مانند گوش دادن، لمس کردن و حضورداشتن را نشاندهنده مراقبت می‌دانستند [۲۲]. همچنین در تحقیق ویچووسکی و همکاران^۲ (۲۰۰۳) که بر روی ۳۰ پرستار و ۳۰ بیمار در بخش‌های داخلی جراحی انجام شده، نشان داده بیماران قادر به درک اهمیت فعالیت‌های پرستاری در بعد روانی اجتماعی و ایمنی نبوده و این بخش از فعالیت‌های پرستاری نیاز به روشن‌سازی برای بیماران داشته است [۲۳]. در مطالعه دیگری که توسط وید مارک پیترسون و همکاران^۳ (۲۰۰۰) در کشور سوئد صورت گرفته تفاوت درک پرستاران و بیماران از اهمیت رفتارهای مراقبتی نشان داده شده است در این مطالعه بیماران به ترتیب "توضیح و تسهیل"، "پیش‌بینی" و "پایش و پیگیری" را مهمترین رفتار مراقبتی می‌دانستند و بیماران نسبت به پرستاران زیر گروه "توضیح و تسهیل" را با اختلاف معنی‌داری مهمتر می‌دانستند و اهمیت زیر گروه‌های "توضیح و تسهیل" و "در دسترس بودن" از دید بیماران با اختلاف معنی‌داری بیشتر از آنچه پرستاران تصور می‌کردند، بوده و بین درک بیماران و پرستاران هیچ ارتباط معنی‌داری

^۱ - Von Essen & Sjøden

^۲ - Wichowski & etal.

^۳ - Widmark-Petersson

مشاهده نشده است [۲۴]. همچنین در مطالعه‌ای که لنینون و همکاران^۱ (۲۰۰۳) به منظور مقایسه درک بیماران و پرستاران از کیفیت مراقبت قبل از عمل جراحی انجام داده‌اند پرستاران از طولانی بودن زمان انتظار برای بیماران و کمبود وقت برای بیماران انتقاد داشتند، اما بیماران چنین تجربیاتی را عنوان نکردند. پرستاران احساس می‌کردند اتاق بهبودی شلوغ است و باعث بیقراری می‌شود اما بیماران عنوان کردند مراقبت‌هایی که در اتاق بهبودی دریافت کردند برایشان خوشایند بوده است. پرستاران بیش از بیماران از میزان اطلاعات داده شده توسط جراح به بیمار انتقاد داشتند و معتقد بودند ارائه اطلاعات کافی نیست و از این بابت ناراضی بودند. در مجموع بیماران کیفیت مراقبت را به طور معنی داری بیش از پرستاران ارزیابی کردند [۲۵].

نتایج مطالعات دیگر نیز بیانگر تفاوت درک پرستاران از نیازها و توقعات بیماران درباره مراقبت و اهمیت رفتارهای مراقبتی است [۲۶، ۲۷، ۲۸، ۱۷] و نشان داده شده که پرستاران معمولاً نمی‌توانند نیازهای همراهان بیماران را نیز به طور صحیح بررسی کنند [۳۰، ۲۹]. در ایران نیز در تحقیقی که بوسیله خادیمان (۱۳۸۱) در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران صورت گرفته، بین درک بیماران و پرستاران در خصوص اهمیت رفتارهای مراقبتی ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشده است [۳۱]. لی و یام^۲ (۲۰۰۷) در خصوص تفاوت درک پرستاران و بیماران می‌نویسند: قواعد و استانداردهای بیماران و ارائه‌کنندگان مراقبت متفاوت است [۳۲]. بیماران و پرستاران کیفیت خدمات پرستاری را نیز به گونه‌ای متفاوت ارزیابی می‌کنند زیرا دارای استانداردها و معیارهای متفاوتی در این زمینه هستند [۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶] و برای ارائه خدماتی موثر و قابل قبول باید استانداردها و معیارهای متفاوت مصرف‌کنندگان و ارائه‌کنندگان به هم نزدیکتر شود [۳۲]. اریکسون و اسودلاند^۳ (۲۰۰۷) نیز بیان می‌کنند یکی از مشکلات موجود در عملکرد پزشکی و مراقبت پرستاری، اختلاف موجود بین توقعات بیماران و مراقبت واقعی است که آنان دریافت می‌کنند [۳۲، ۱۷]. پرستاران و بیماران

^۱-Leinonen & etal.

^۲-Lee & Yom

^۳-Eriksson & Svedlund

اولویت‌ها و توقعات متفاوتی درباره مراقبت دارند به عنوان مثال یک استاندارد قابل قبول برای سرعت پاسخگوئی پرستار به درخواست بیمار و یا مدت زمانی که پرستاران برای بیمار صرف می‌کنند احتمالاً می‌تواند به طور متفاوت به وسیله پرستاران و بیماران تعریف شود. تصور می‌شود که تجربیات بیماران از مراقبت‌هایی که دریافت می‌کنند ممکن است به ویژگی‌هایی مانند سن، جنس و سطح تحصیلات وابسته باشد، اما یک متا آنالیز^۱ گزارش شده به وسیله هال و دورنان^۲ نشان داده که ویژگی‌های فردی- اجتماعی^۳ نمی‌توانند بر تجربیات بیماران از مراقبت تاثیر گذارند [۲۸].

تعامل و ارتباط ابزاری با ارزش می‌باشد که به پرستاران در بررسی نیازهای بیماران و ارائه مراقبت کمک می‌کند [۳۷] و ارتباط موثر یک شاخص کلیدی در رضایتمندی، پذیرش و بهبودی بیمار است و توانایی در مراقبت از بیمار در قلب برقراری ارتباط موثر است [۳۸]. در واقع تعاملات بین فردی موثر پرستاران باعث افزایش رضایت بیماران [۳۹،۳۸،۷]، کاهش درد [۳۰]، بهبود وضعیت جسمی بیمار [۴۰]، کاهش طول مدت بستری، احساس توانمندی بیشتر و اطمینان در آنان می‌شود [۷]. اما متأسفانه تحقیقات متعدد بیانگر این مطلب است که پرستاران از معنی و اهمیت تعاملات برای بیماران آگاه نیستند [۴۱]. عواملی مانند مقتضیات سازمان، محیط فیزیکی بخش، کمبود وقت، حجم زیاد کار، کمبود تعداد کارکنان و استرس پرستاران امکان مواجهه خوب پرستاران با گیرندگان مراقبت را محدود می‌کند و مانعی برای پیش بینی موثر نیازهای آنان است اما علیرغم وجود این مشکلات لازم است پرستاران وضعیت کاری قابل قبولی را برای افزایش رضایت بیماران ارائه دهند و فرصت‌هایی را برای پایه گذاری ارتباطات خوب با بیماران اختصاص دهند [۱۷،۴۲].

مطالعات متعدد نشان داده احساس رضایت و آرامش، افزایش مراقبت از خود و تطابق درد در نتیجه بر آورده شدن نیازهای مراقبتی در بیماران ایجاد می‌شود [۴۴،۴۳]. در ایران نیز در تحقیقی که توسط حاجی‌نژاد (۱۳۸۵) در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران بر روی ۲۵۰ بیمار در بخش‌های داخلی جراحی صورت گرفته، نشان داده بین رفتارهای مراقبتی و رضایت بیمار ارتباط

^۱ -Meta- analysis

^۲ - Hall and Dornan

^۳ -Sociodemographic

معنی‌داری وجود دارد [۴۵]. رضایت بیمار با بهبودی، راحتی و پیروی از برنامه‌های درمانی ارتباط مستقیم دارد. همچنین افزایش ارائه اطلاعات به بیمار و خانواده سبب افزایش رضایت‌مندی از مراقبت، پذیرفتن مسئولیت مراقبت از خود، افزایش توانایی تطابق حین ترخیص و پیروی بیمار از رژیم درمانی می‌شود [۴۶،۴۷،۴۸].

در طی دهه اخیر سنجش رضایت بیماران به عنوان یک شاخص تعیین‌کننده برآورده شدن توقعات و انتظارات بیماران به طور گسترده مورد توجه بوده است. رضایت بیماران به عنوان ترکیبی از تجربیات، توقعات و نیازهای درک شده، تعریف شده است. رضایت بیماران یک مفهوم ذهنی است و به وسیله توقعات بیمار تعیین می‌شود و در کشورها و فرهنگ‌های مختلف متفاوت است [۱۷،۴۹،۵۰]. درک از مراقبت تحت تاثیر ارزش‌ها و باورهای فرهنگی است؛ در صورتی که مددجویان مراقبتی دریافت کنند که با باورها، ارزش‌ها و روش زندگی آنها مطابقت نداشته باشد، علائم تعارض‌های فرهنگی، عدم پیروی از برنامه درمانی و استرس را نشان می‌دهند اما مداخلات مطابق با فرهنگ سبب رضایت و بهبودی آنها می‌شود [۴۳،۵۱،۵۲].

مطالعاتی که در خصوص سنجش رضایت بیماران جراحی در جهان انجام شده نتایج متفاوتی در برداشته است. تعداد این مطالعات در ایران محدود است، در مطالعه ای که توسط صیادجو (۱۳۷۵) در شهر سمنان به منظور مقایسه میزان رضایت بیماران جراحی از ارائه مراقبت‌های پرستاری صورت گرفته، بیماران بستری در بیمارستان‌های غیر آموزشی رضایت بیشتری نسبت به بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی داشته‌اند [۵۳]. همچنین در مطالعه آریا (۱۳۷۳) که در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی شهر تهران انجام شده، میزان رضایت بیماران تحت عمل جراحی پیوند کلیه به میزان بالائی گزارش شده است [۵۴] اما این یافته‌ها تا چه حد بیانگر برآورده شدن نیازها و توقعات بیماران است؟ محققین معتقدند اغلب تحقیقاتی که در خصوص سنجش رضایت بیماران صورت گرفته از نظر روائی، پایائی و حساسیت ابزارهای اندازه‌گیری سوال‌برانگیز است و یافته‌های بدست آمده چندان قابل اطمینان نیستند [۱۷،۴۵،۵۲] و هنوز پایه‌های نظری رضایت کلی بیماران و رضایت آنها از مراقبت‌های پرستاری غیر شفاف باقیمانده است [۴۹]. لذا برای بهبود مراقبت،

درک نقطه نظرات بیماران در مورد مراقبت‌هایی که دریافت می‌نمایند باید مقدم بر اندازه‌گیری رضایت آنان از مراقبت باشد [۴۹].

علیرغم این که تاکنون تحقیقات گسترده‌ای در مورد درک از مراقبت انجام شده است اما همچنان درباره مراقبت در پرستاری و مقالات مروری مراقبت و آنالیز مفهومی مراقبت بحث‌های زیادی در بین محققین وجود دارد. با وجود آنکه محققینی مانند بنر^۱ (۱۹۸۴) و روبل^۲ (۱۹۸۹)، لنینگر^۳ (۲۰۰۱)، بویکین و شونوفر^۴ (۱۹۹۳) و واتسون^۵ (۲۰۰۴) مرکزیت مراقبت در پرستاری را در توسعه تئوری‌های پرستاری مشخص نموده اند اما هنوز چالش‌هایی در تعریف مراقبت در پرستاری وجود دارد. زیرا تئوری‌های مراقبت در پرستاری یا بر اساس ترجمه و انتقال دانش تئوریک از دیگر رشته‌ها و یا بر اساس تجربیات، مشاهدات و آموخته‌های خود نظریه پردازان توسعه یافته‌اند و در این میان تجارب افراد درگیر در مراقبت نادیده گرفته شده است [۵۵]. مانند تئوری روی^۶ که از تئوری سازگاری هلسون^۷ (بیوفیزیک) منتج شده است و فرضیه‌های این تئوری بر پایه علوم بیولوژیک و نورولوژیک هستند و بعضی از فرضیه‌ها تمایل دارند که انسان را به سطح پاسخ دهنده به محرک شیمیایی یا عصبی از طریق درون داده‌های عصبی تنزل دهند. بیشتر مفاهیم این تئوری نظری و انتزاعی بوده و فاقد تعریف عملی هستند. تئوری‌های دیگری مانند تئوری مراقبت از خود اورم علیرغم اینکه از جمله تئوری‌هایی است که هم مفاهیم بدیع در آن ایجاد شده و هم مفاهیم تئوری‌های دیگر در آن بسط یافته است اما تنها به مراقبت از خود محدود شده و بیشتر در مراقبت از بیماران مزمن کاربرد دارد و با توجه به باورهای این تئوری که فرد را مسئول مراقبت از خود می‌داند این تئوری بیشتر در سطوح مختلف پیشگیری و بهبود یا توسعه سلامت کاربرد دارد [۳۷]. محققین معتقدند تاکنون به جای تعریف مراقبت بیشتر به بحث درباره مراقبت پرداخته شده است [۵۵]. با وجود

^۱-Benner

^۲-Benner & Wrubel

^۳- leininger

^۴-Boykin & Schoenhofer

^۵-Watson

^۶-Roy

^۷-Helson

بحث‌ها و تحقیقات متعددی که در خصوص مراقبت و با هدف بهبود ارائه مراقبت به بیماران صورت گرفته، اما مارتین و همکاران^۱ (۲۰۰۹) بیان می‌کنند که شواهد نشان می‌دهد ارائه مراقبت از کیفیت و اطمینان قابل قبولی برخوردار نیست [۵۶]. محققین معتقدند برای بهبود مراقبت شناسایی درک بیماران به عنوان دریافت‌کنندگان مراقبت [۲۴،۴۹،۵۰] و درک پرستاران و دیدگاه آنها نسبت به مراقبت ضروری است و لازم است مشخص شود پرستاران در فعالیت‌های روزانه خود برای ارائه مراقبت با چه مسائلی مواجه هستند [۵۷]. همچنین با توجه به این نکته مهم که معنی مراقبت در بخش‌های مختلف متفاوت است [۵۵] و درک از مراقبت از دیدگاه بیماران و پرستاران جراحی عمومی می‌تواند با سایر بخش‌ها متفاوت باشد، به منظور ارائه مداخلاتی معنی‌دار برای مراقبت از بیماران جراحی عمومی و توسعه راهبردهائی برای بهبود مراقبت باید درک بیماران و پرستاران از مراقبت و فرآیند مراقبت در بخش‌های جراحی عمومی بررسی شود و توسعه تئوری‌های مبتنی بر زمینه که در آن به تجارب افراد درگیر در مراقبت توجه شده باشد کاملاً ضروری به نظر می‌رسد. چيوویتی^۲ (۲۰۰۸) بر اساس آنالیز مفهومی مراقبت در پرستاری که توسط بریلوسکی و وندلر^۳ در سال ۲۰۰۵ انجام گردیده است، می‌نویسد نیاز به توسعه تئوری‌های بیشتر و انجام تحقیقات گسترده در این زمینه ضروری است [۵۵].

تحقیقات کیفی که منجر به جمع‌آوری یافته‌ها از محیط واقعی می‌شوند و درک عمیقتری از واقعیت فراهم می‌نماید به ما در شناسایی و درک بهتر مراقبت از دیدگاه افراد و ارائه تعریفی از مراقبت کمک می‌کند. این تحقیقات همچنین به ما کمک می‌کنند تا بتوانیم بر اساس تئوری‌های حقیقی که از یافته‌های موجود در عرصه خلق شده مدلی جهت راهنمای عملی پرستاران در این عرصه ارائه نمائیم. یافته‌های بدست آمده از مطالعات کیفی در خصوص مراقبت به ایجاد تعاریف مفهومی مناسب و توسعه تئوری‌های حقیقی کمک می‌کند. با توجه به این که تا کنون تحقیقی در این زمینه صورت نگرفته است و تئوری‌های زیادی وجود دارند که لازم است پرستاران به کشف آنها بپردازند [۵۵]. در

^۱ - Martin & etal

^۲ - Chiovitti

^۳ - Brilowski & Wendler