

الله
البر الرحيم
حسن



تاییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع از رساله دکتری

خانم طاهره طولابی رشته پرستاری رساله دکتری خود را با عنوان «ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری در بخش ویژه قلبی: تحقیق عملکردی مشارکتی» در تاریخ ۱۳۹۱/۹/۱۴ ارائه کردند.

بدینوسیله اعضای هیات داوران نسخه نهایی این رساله را از نظر فرم و محتوا تایید کرده و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه دکتری پیشنهاد می‌کنند.

| اعضای هیات داوران | نام و نام خانوادگی | امضاء |
|------------------------|-----------------------------|-------|
| استاد راهنما | دکتر زهره ونکی | |
| استاد مشاور | خانم ربابه معماریان | |
| استاد مشاور | دکتر مهرداد نامداری | — |
| استاد ناظر | دکتر فضل اله ۱ حمدی | |
| استاد ناظر | دکتر عیسی محمدی | |
| استاد ناظر | دکتر رضا نگارنده | |
| استاد ناظر | دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی | — |
| نماینده تحصیلات تکمیلی | دکتر منیره اقوشه | |

آیین نامه 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 عنوان 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 دانشجو 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 آئین‌نامه‌های مصوب انجام شود.

ماده ۴- ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه یافته‌ها 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 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 **طاهره طولابی** دانشجوی رشته **پرستاری** ورودی سال تحصیلی **۱۳۸۷** مقطع **دکتری** دانشکده **علوم پزشکی** متعهد می‌شوم کلیه نکات مندرج در آیین‌نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی دانشگاه تربیت مدرس را در انتشار یافته‌های 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.»

طاهره طولابی
۱۳۹۱/۹/۱۴

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 ۱۳۹۱ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی دکتر زهره ونکی، مشاوره دکتر ربابه معماریان و دکتر مهرداد نامداری 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 طاهره طولابی دانشجوی رشته پرستاری مقطع دکتری تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

طاهره طولابی
۱۳۹۱/۹/۱۴



دانشگاه تربیت مدرس

دانشکده علوم پزشکی

رساله

دوره دکتری تخصصی (Ph.D.) در رشته پرستاری

عنوان

ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری در بخش ویژه قلبی : تحقیق عملکردی

مشارکتی

نگارش

طاهره طولابی

استاد راهنما

دکتر زهره ونکی

اساتید مشاور

دکتر ربابه معماریان

دکتر مهرداد نامداری

پاییز ۱۳۹۱

تقدیم به:

محضر مبارک آقا و سرورمان امام زمان (عج) و اجداد پاک و مطهرشان پیامبر رحمت
محمد مصطفی (ص) و مولی الموح دین امیرالمومنین علی (ع).

اساتید بزرگوارم که عالمانه و صمیمانه راهنمای من بودند .

بیماران و خانواده‌هایی که با صبر و شکیبایی ما را یاری دادند.

پرستاران و اعضای تیم مراقبت و درمان که برای حفظ و ارتقاء کیفیت مراقبت
بیماران ویژه قلبی تلاش می‌کنند.

همه کسانی که در انجام این پژوهش مرا یاری نمودند.

پدر و مادر مهربانم که همیشه دعای خیرشان بدرقه راهم بود .

همسر و فرزندان عزیزم که در تمام لحظات و تنگناها باعث آرامش و پشتیبانم بودند.

برادران و خواهران گرامیم که یار و یاور من بودند.

شکر و قدردانی

خداوند سبحان را شاکرم که درهای رحمتش را بر ما گشود و راه را آسان و هموار نمود.

مراتب سپاس و شکر خود را تقدیم سروران و اساتید فرزانه و ارجمندی می‌کنم که پژوهش حاضر را همون تلاش بی‌ثباته آنهاست:

سرکار خانم دکتر زهره ونگلی استاد محترم را به‌تاکید با صبر و صبر و نظری بلند از راه‌نمایی‌های ارزشمند و خردمندانه ایشان در طول تحقیق بهره‌مند شدم.

سرکار خانم دکتر ربیعه معاریان استاد محترم مشاور که با صبر و بردباری و مشاوره‌های اندیشمندانه در تمام مراحل تحقیق همراه و به‌کام من بودند.

جناب آقای دکتر مراد ناداری استاد محترم مشاور که با به‌کارگیری‌های صمیمانه نهایت مساعدت را در انجام پژوهش مبذول فرمودند.

جناب آقای دکتر فضل‌الله احمدی و جناب آقای دکتر عیسی محمدی که با نظرات و هدایت اندیشمندانه، بر غنای علمی این پژوهش افزودند.

اساتید محترم ناظر جناب آقای دکتر رضا نکارنده و جناب آقای دکتر علیرضا نیکنجخت که با نظرات ارزنده و ارزشمند خود این جانب را هدایت نمودند.

اساتید مدیر محترم گروه سرکار خانم دکتر انوشه که در محضرشان آموختم.

دانشجویان عزیز دکترای پرستاری دانشگاه تربیت مدرس که با پیشنهادات ارزشمند خود مرا یاری دادند.

اعضای خانواده و بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه که با صبر و بردباری و اعتماد به اجزای تحقیق کمک کردند.

پرستاران بخش ویژه قلبی، مدیران، پزشکان، اساتید مهندسی IT، کارکنان اداری، مالی و خدماتی مرکز فوق تخصصی قلب دانشگاه علوم پزشکی

لرستان که در اجزای پژوهش مشارکت فعال داشتند، پاسکزاری می‌نمایم.

چکیده

مقدمه: کیفیت مراقبت پرستاری همواره یکی از چالش های بهداشتی درمانی است، به خصوص در ارایه مراقبتهای ویژه قلبی که کیفیت مراقبت شاخصی برای حفظ و ارتقاء سلامتی بیماران است. **هدف:** پژوهش حاضر با هدف ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری در بخش ویژه قلبی مرکز فوق تخصصی قلب لرستان انجام شد.

روش کار: این مطالعه یک پژوهش کیفی به روش عملکردی مشارکتی است که در سالهای ۱۳۹۱-۱۳۸۹ انجام شد، این مطالعه در ۴ مرحله (بررسی مشکلات، تشخیص و تایید آنها؛ برنامه ریزی تغییر، اجرای برنامه ها و ارزشیابی تغییرات) با ۴ سیکل تغییر (بهسازی نیروی انسانی، بهسازی تجهیزات و ساختار، بهسازی سیستم ثبت الکترونیکی مراقبتهای پرستاری و تغییر در سیستم ارایه مراقبت پرستاری به کیس متد) طراحی و اجرا شد. روش جمع آوری داده ها بصورت کمی و کیفی شامل؛ مصاحبه، بحث گروهی متمرکز، جلسات گروه هدایت کننده، یادداشت برداری زمینه‌ای، پرسشنامه رضایت بیمار، چک لیست‌های مشاهده مراقبت پرستاری بر بالین و گزارش پرستاری ثبت شده در پرونده پزشکی بود. ارزشیابی‌ها برای مراحل اول و چهارم؛ شامل بررسی ۱۴۰ پرسشنامه رضایت بیمار، ۳۰ چک لیست مشاهده مراقبت پرستاری بر بالین و بررسی ۱۲۶۰ گزارش پرستاری ثبت شده در ۱۴۰ پرونده بیمار، ۳۸ مصاحبه، ۹ بحث گروهی متمرکز و ۴ جلسه گروه هدایت کننده بود که با روش مقایسه مداوم طبق الگوی باگدان و بیکلن و آزمون های آماری تی مستقل و ویلکاکسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: کیفیت مراقبت بالینی ۲۴٪، رضایت بیمار ۳۲٪ و کیفیت ثبت گزارشات پرستاری با توجه به تغییر زیر بنایی در سیستم اطلاعات بیمارستانی بخش ویژه قلبی ۱۷٪ افزایش یافت. هم‌چنین نتایج شامل مدل مفهومی عینیت بخشی نقش های حرفه ای (تیم مراقبت و درمان)، رضایت بیمار، کاهش شکایت، آسایش بیمار، اطمینان و اعتماد بیمار و خانواده به پرستار با تمرکز بر سیستم اطلاعات بیمارستانی و مدل عملیاتی به ترتیب شامل مراحل؛ بررسی سیستماتیک سیستم اطلاعات بیمارستانی، ایجاد تغییر در سیستم اطلاعات بیمارستانی، توانمند سازی نیروی انسانی، تجهیزات و محیط فیزیکی، مدیریت مراقبت و ارزشیابی آنها بود.

نتیجه گیری: عامل اصلی ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری ویژه قلبی بهینه سازی سیستم اطلاعات بیمارستانی با تمرکز بر نقش پرستار و مدیریت مراقبت بود که به ارایه مدل عملیاتی منجر شد که برای مراکز مراقبت ویژه قلبی پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: کیفیت مراقبت پرستاری ویژه، تحقیق عملکردی مشارکتی، بخش مراقبت ویژه قلبی

فهرست مطالب

| | |
|---|----|
| فصل اول: مقدمه | ۱ |
| ۱-۱. اهمیت پژوهش | ۲ |
| ۲-۱. ضرورت و دلایل انتخاب موضوع | ۷ |
| ۳-۱. تبیین چالش موجود | ۱۰ |
| ۴-۱. جمع بندی و ارائه سؤال اصلی پژوهش | ۱۲ |
| فصل دوم: فلسفه هدایت کننده مطالعه و مروری بر مطالعات گذشته | ۱۳ |
| ۱-۲. پارادایم های اساسی و مهم پیرامون موضوع پژوهش | ۱۴ |
| ۱-۲-۲. رویکرد های مراقبت پرستاری ویژه قلبی | ۱۴ |
| ۲-۲. بررسی و نقد یافته های مقالات پژوهشی مرتبط با موضوع اصلی مطالعه | ۲۸ |
| ۳-۲. جمع بندی و ارتباط آن با سؤال اصلی پژوهش | ۳۲ |
| فصل سوم: مواد و روش ها | ۳۴ |
| ۱-۳. اهداف و سؤالهای اصلی | ۳۵ |
| ۱-۳-۱. اهداف پژوهش | ۳۵ |
| ۱-۳-۲. سئوالات اصلی | ۳۶ |
| ۲-۳. دلایل انتخاب روش پژوهش و معرفی مختصر آن | ۳۶ |
| ۳-۳. مراحل تحقیق عملکردی مشارکتی: | ۴۰ |
| ۱-۳-۳-۱. مرحله ۱: جمع آوری اطلاعات اولیه و بررسی وضع موجود (تبیین و تایید مشکل).... | ۴۲ |
| ۱-۳-۳-۱. مشارکت کنندگان | ۴۲ |
| ۲-۳-۳-۱. نمونه گیری | ۴۳ |
| ۳-۳-۳-۱. معیار انتخاب بیماران | ۴۳ |
| ۴-۳-۳-۱. محیط پژوهش | ۴۴ |
| ۵-۳-۳-۱. روش جمع آوری داده ها | ۴۴ |

| | |
|-----|---|
| ۵۰ |تجزیه و تحلیل اطلاعات ۶-۱-۳-۳ |
| ۵۹ |مرحله دوم : طراحی برنامه های تغییر ۲-۳-۳ |
| ۶۶ |مرحله سوم: اجرای برنامه های تغییر (عمل) ۳-۳-۳ |
| ۷۳ |مرحله چهارم : ارزشیابی یا جمع آوری اطلاعات بعد از تغییر ۴-۳-۳ |
| ۷۴ |دقت و اعتبار علمی مطالعه ۵-۳-۳ |
| ۷۷ |محدودیت های پژوهش ۴-۳ |
| ۷۷ |متغیرهای قابل کنترل ۱-۴-۳ |
| ۷۸ |ملاحظات اخلاقی پژوهش ۵-۳ |
| ۷۹ | فصل چهارم : نتایج و یافته ها |
| ۸۰ |۱-۴. ارائه یافته ها براساس الگوریتم و روش آنالیز انتخاب شده |
| ۱۰۴ |۲-۴. مدل مفهومی ارتقاء کیفیت مراقبت ویژه قلبی |
| ۱۰۴ |۱-۲-۴. تعاریف مفاهیم متاپارادیم پرستاری در مدل مفهومی ارتقاء کیفیت مراقبت ویژه |
| ۱۰۵ |۲-۲-۴. پیش فرضها |
| ۱۰۷ |۳-۲-۴. توصیف مفاهیم مدل ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری ویژه قلبی |
| ۱۰۷ |۱-۳-۲-۴. تعریف ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری ویژه قلبی |
| ۱۰۸ |۲-۳-۲-۴. فرآیندهای ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری ویژه قلبی: |
| ۱۰۹ |۳-۳-۲-۴. شاخص های ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری ویژه قلبی |
| ۱۱۱ |۳-۴. مدل عملیاتی ارتقاء کیفیت مراقبت ویژه قلبی |
| ۱۱۳ |۱-۴-۳. توصیف مدل عملیاتی |
| ۱۲۲ |۴-۴. جمع بندی |
| ۱۲۲ | فصل پنجم : بحث، نتیجه گیری و پیشنهادها |
| ۱۲۴ |۱-۵. بحث |
| ۱۴۴ |۲-۵. نتیجه گیری نهایی |

۱۴۵.....۳-۵. کاربرد نتایج در پرستاری

۱۴۶.....۴-۵. پیشنهاد برای پژوهشهای بعدی

۱۴۷.....فهرست منابع

۱۶۵.....ضمائم

۲۲۱.....چکیده انگلیسی

فهرست جداول

- جدول ۳-۱. نمونه سئوالات مصاحبه باز در مورد تبیین مشکلات..... ۴۶
- جدول ۳-۲: نمونه مصاحبه باز..... ۴۶
- جدول ۳-۳: نمونه بحث گروهی متمرکز..... ۴۷
- جدول ۳-۴: نمونه مصوبات جلسات گروه هدایت کننده..... ۴۷
- جدول ۳-۵: نمونه یادداشت برداری زمینه ای از بخش ویژه قلبی..... ۴۸
- جدول ۳-۶: نمونه کد بندی اولیه..... ۵۵
- جدول ۳-۷: نمونه کد بندی اولیه و طبقات جدید..... ۵۶
- جدول ۳-۸: نمونه طبقات، کدها و داده ها وزیر مجموعه داده ها..... ۵۸
- جدول ۳-۹: نمونه دادهها وزیرمجموعه دادهها و مفاهیم قبل از تغییرات..... ۵۸
- جدول ۳-۱۰. ماتریس تلفیق سازی طبقات دادههای کیفیت مراقبت ویژه قلبی..... ۵۹
- جدول ۳-۱۱: نمونه سئوالات مصاحبه درمورد راه حل های ارتقاء کیفیت مراقبت ویژه قلبی..... ۵۹
- جدول ۳-۱۲: نمونه مصاحبه ها درمورد راه حل های ارتقاء کیفیت مراقبت ویژه قلبی..... ۶۰
- جدول ۳-۱۳: نمونه راه حل های ارتقاء کیفیت مراقبت ویژه قلبی در حیطه های مختلف..... ۶۱
- جدول ۳-۱۴: طراحی برنامه عملکردی (Action Plan) ارتقاء کیفیت مراقبت ویژه قلبی..... ۶۳
- جدول ۳-۱۵: برنامه عملکردی کلی (Action Plan) ارتقاء کیفیت مراقبتهای ویژه قلبی..... ۶۴
- جدول ۳-۱۶: برنامه عملکردی (Action Plan) ثبت گزارش های پرستاری در HIS..... ۶۵
- جدول ۳-۱۷: گامهای اجرایی بهسازی تجهیزات و ساختار بخش ویژه قلبی..... ۶۷
- جدول ۳-۱۸: گامهای اجرایی توانمندسازی نیروی انسانی بخش ویژه قلبی..... ۶۸
- جدول ۳-۱۹: ادامه گامهای اجرایی توانمندسازی نیروی انسانی بخش ویژه قلبی..... ۶۹
- جدول ۳-۲۰: گامهای اجرایی بهینه سازی HIS و ثبت گزارشهای پرستاری در پرونده..... ۷۰
- جدول ۳-۲۱: گامهای اجرایی مدیریت مراقبت (کیس متد) در بخش ویژه قلبی..... ۷۱
- جدول ۳-۲۲: مصاحبه کنترل و نظارت اجرای برنامه استفاده از HIS برای مراقبت ویژه قلبی..... ۷۲

- جدول ۳-۲۳ : نمونه سئوالات مصاحبه با مشارکت کنندگان بعد از اجرای تغییرات ۷۳
- جدول ۳-۲۴: نمونه مصاحبه با مشارکت کنندگان ومفاهیم بعد از اجرای فازها ۷۳
- جدول ۴-۱ : فراوانی مطلق ونسبی ومیانگین مشخصات فردی (تیم مراقبت ودرمان) ۸۰
- جدول ۴-۲: فراوانی نسبی ومیانگین مشخصات فردی مشارکت کنندگان (بیماران) ۸۱
- جدول ۴-۳: فراوانی مشخصات فردی بیماران ویژه قلبی ۸۱
- جدول ۴-۴: نمونه مصاحبه باازپرستاران در مورد تبیین مشکلات ۸۲
- جدول ۴-۵: نمونه مصاحبه از سرپرستارومدیران پرستاری در مورد تبیین مشکلات ۸۳
- جدول ۴-۶: نمونه مصاحبه ازبیماردر مورد تبیین مشکلات ۸۳
- جدول ۴-۷: نمونه داده‌ها وزیرمجموعه داده‌ها وکد گذاری اولیه قبل از تغییرات ۸۵
- جدول ۴-۸: نمونه داده‌ها وزیرمجموعه داده‌ها ، کد گذاری اولیه و مفاهیم قبل از تغییرات ۸۶
- جدول ۴-۹: نمونه مشکلات درحیطه های مختلف ۸۷
- جدول ۴-۱۰: نمونه مصاحبه با مشارکت کنندگان بعد از اجرای تغییرات ۸۸
- جدول ۴-۱۱ : نمونه داده ها و زیرمجموعه داده ها بر اساس مضمونها بعد از تغییرات ۸۹
- جدول ۴-۱۲: کدگذاری اولیه برای مضمون HIS ۹۰
- جدول ۴-۱۳: کدگذاری اولیه برای مضمون مدیریت مراقبت ۹۱
- جدول ۴-۱۴. تعیین مشترکات مضمون HIS بر اساس طبقات اولیه و طبقات جدید(مفاهیم) ۹۲
- جدول ۴-۱۵: مفاهیم اصلی بر اساس داده ها وکد گذاری در جدول بزرگ ۹۴
- جدول ۴-۱۶: مقایسه وضعیت قبل وبعد از تغییرات در بخش ویژه قلبی ۹۸
- جدول ۴-۱۷: مقایسه مفاهیم قبل وبعد از تغییرات در بخش ویژه قلبی ۹۹
- جدول ۴-۱۸: مقایسه میانگین کیفیت مراقبت پرستاری در بالین قبل وبعد از تغییرات ۱۰۰
- جدول ۴-۱۹: مقایسه میانگین ثبت گزارشات پرستاری در HIS قبل وبعد از تغییرات ۱۰۱
- جدول ۴-۲۰: مقایسه سطح رضایتمندی بیماران ویژه قلبی قبل و بعد از تغییرات ۱۰۲

فهرست نمودارها

- نمودار ۱-۳ : مراحل تحقیق عملکردی مشارکتی ارتقاء کیفیت مراقبت ویژه قلبی ۴۱
- نمودار ۲-۳ : مرور روش مقایسه مداوم آنالیز داده ها..... ۵۳
- نمودار ۳-۳ : روش مقایسه مداوم شناسایی مضمونها، پدیدار شدن الگوها، کدگذاری اولیه و... ۵۷
- نمودار ۴-۳ : طراحی برنامه‌های تغییر بر اساس سیکل‌های ارتقاء کیفیت مراقبت ۶۲

فهرست شکل‌ها

- شکل ۱-۳ : سیکل بهینه سازی HIS در بخش ویژه قلبی ۷۱
- شکل ۲-۳ : نمونه گزارشات ثبت شده در پرونده از طریق HIS در بخش ویژه قلبی ۷۱
- شکل ۱-۴ : مدل مفهومی ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری ویژه قلبی..... ۱۰۳
- شکل ۲-۴ : مدل عملیاتی ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری در بخش ویژه قلبی ۱۱۲

فصل اول

مقدمه

این فصل شامل اهمیت پژوهش ، ضرورت و دلایل انتخاب موضوع ، تبیین چالش موجود، جمع بندی و ارائه سئوال اصلی پژوهش است.

۱-۱. اهمیت پژوهش

ان الله لا یغیر ما بقوم حتی یغیروا ما بانفسهم [۱].

خداوند سرنوشت هیچ قومی را تغییر نمی دهد مگر اینکه خودشان بخواهند .

بیماریهای قلبی - عروقی بخصوص بیماریهای عروق کرونر از عوامل اصلی مرگ و میر در سراسر دنیا می باشند. در طرح مونیکا^۱ بررسی میزان بیماری قلبی - عروقی در میان ۳۷ جامعه در ۲۱ کشور از ۴ قاره جهان طی ۱۰ سال نشان داد که میانگین نرخ سالانه بیماری های قلبی عروقی در این جوامع ۵۷۳ میلیون و یکصد هزار نفر است [۲]. بیماریهای قلبی اولین علت مرگ و میر در آمریکا و یکی از مهمترین علل مرگ ومیر در جامعه ماست. سالانه حدود ۱۷/۱ میلیون مرگ در دنیا ناشی از بیماریهای قلبی و سکته مغزی است. حدود ۸۲ درصد از این مرگ ها سهم کشورهای با درآمد پایین و متوسط است. تقریبا روزانه ۳۷۸ مورد مرگ بر اثر بیماریهای قلبی در کشور ایران رخ می دهد. متاسفانه ۳۹/۳ درصد مرگهای ناشی از بیماریها در کشور مربوط به بیماریهای قلبی و عروقی است که ۱۹/۵ درصد آنها به علت سکته قلبی رخ می دهد [۳]. تعداد بیماران مبتلا به بیماری های عروق

¹Multinational Monitoring of Trends And Determinants In Cardiovascular Disease(MONICA)

کرونر قلب و مرگ و میر ناشی از آن در کشور ایران مانند سایر کشورهای صنعتی جهان هم چنان روند فزاینده ای داشته و از ۴۶/۱٪ در سال ۱۳۷۵ به ۵۸٪ در سال ۱۳۷۹ و به ۶۳/۳٪ در سال ۱۳۸۵ رسیده است [۴،۵].

انتظار می‌رود بار جهانی بیماری‌های^۱ غیر واگیردار با ۷۷٪ افزایش از رقم سالانه ۲۸/۱ میلیون (۲۰۰۲) به ۹۴/۷ میلیون (۲۰۲۰) برسد. بیماری‌های ایسکمیک قلب رتبه پنجم را در رده علتهای مرگ و میر در سال ۱۹۹۰ داشته است، اما تا سال ۲۰۲۰ رتبه اول مرگ و میر در جهان را خواهد داشت [۶].

برآورد کلی این است که هرچه کشور، پیشرفته تر و دارای درآمد بالاتری باشد بیماری‌های غیر واگیر بخش غالبی از علل مرگ و میر و بار بیماری را تشکیل می‌دهند [۷]. طبق آمار مندرج در سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور در سال ۱۳۸۳، اولین علت اصلی مرگ در ایران بیماری‌های قلبی - عروقی بوده است [۸]. همچنین بیماری‌های قلب و عروق با رتبه سوم؛ جزء ۱۰ علت اول نسبت بار بیماری‌ها، در سال ۱۳۸۲ محاسبه شده است [۹].

دائی (۱۳۸۲) میزان مرگ و میر بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان بوعلی سینا ی قزوین را ۳/۰۴٪ گزارش نمود [۱۰]. بر اساس آمار بیمارستانی در سال ۱۳۹۰ در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی مرکز فوق تخصصی قلب لرستان از ۱۹۷۷ نفر بستری، ۲/۵۲٪ فوت کردند.

آمارهای رسمی نشان می‌دهد که میزان مرگ و میر ناشی از این پدیده در ایران و جهان رو به افزایش است [۱۱]. این مسئله نشان می‌دهد که بیماری‌های ایسکمیک قلب می‌تواند اولین مسئله بهداشتی جهان بوده و بازنگری کلی برنامه‌های پیشگیری و درمانی را طلب می‌کند.

در بخش‌های مراقبت ویژه از بیماران مبتلا به بیماری‌های حاد و مخاطره آمیز حیات، مراقبت به عمل می‌آید. بیشتر این بیماران از اختلال چندین اندام رنج می‌برند [۱۲-۱۴]. این بیماران با مشکلات پیچیده‌ای مانند درد، آریتمی‌های قلبی گاه‌ا گاه‌ا کشنده، تحریک پذیری، استرس، اضطراب،

^۱ Global Burden of Disease (GBD)

گیجی و بیقراری مواجه هستند [۱۵،۱۶]، که در این رابطه، نیاز به مراقبت‌های پرستاری تخصصی و عمومی دارند. علاوه بر این، بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه به طور دائم در معرض اقدامات مختلف درمانی هستند، این محیط باعث بروز تجربیات نامطلوبی برای بیماران می‌شود که ممکن است دردناک، ناخوشایند و حتی ترسناک باشند [۱۷].

مسئولیت پرستار در بخش‌های مراقبت ویژه با بخش‌های دیگر متفاوت و منحصر بفرد است، و خدماتی که در این بخش ارائه می‌شود، به هیچ وجه نظیر آن را در خدمات افراد و گروه‌های دیگر نمی‌توان یافت؛ زیرا پرستار با بکارگیری علم و مهارت خود، جان بیماران را نجات می‌دهد. در واقع پرستار مسبب به نتیجه رسیدن سلسله اقدامات مراقبتی درمانی بوده و بدون مداخله وی اقدامات درمانی به نتایج مورد نظر نخواهند رسید [۱۸].

در بخش‌های مراقبت ویژه، پرستار از استقلال کاری زیادی برخوردار است. هنگامی که حال بیمار رو به وخامت می‌رود و یا دچار ایست قلبی تنفسی می‌شود، پرستار اولین کسی است که بر بالین بیمار حاضر می‌شود و تا قبل از رسیدن پزشک، اقدامات اولیه و پیشرفته احیاء قلبی ریوی را انجام می‌دهد. بنابر این پرستاران مراقبت ویژه نقش یک رابط حیاتی را دارند که با اقدامات سریع، دقیق و مناسب خود جان بسیاری از بیماران را از مرگ نجات می‌دهند [۱۸].

به علت شرایط حساس و پیچیدگی‌هایی که در کنترل وضعیت بیماران بد حال وجود دارد و مرگ و میر بالاتر آنها نسبت به بیماران بخش‌های دیگر، تنیدگی‌های شغلی مضاعفی بر فرآیندهای درمانی و مراقبتی وارد می‌گردد و ممکن است موجب افزایش خطا در عملکرد مراقبتی بیماران شود. در بخش مراقبت ویژه، بیماران نیاز به درمان و مراقبت‌های دقیق و لحظه به لحظه دارند و انتظار پدید آمدن شرایط اضطراری و بحرانی، همواره دغدغه کارکنان درمانی مراقبتی است. پرستاران به علت تداوم حضور در بخش‌های ویژه، جایگاه مهمی در چگونگی سیر بهبود بیماران بد حال و نیازمند مراقبت دارند [۱۹].

بیماران بخش مراقبت ویژه نیاز به ارزیابی مداوم، مشاهده مستقیم، مانیتورینگ مستمر، و معاینات فیزیکی جهت بررسی وضعیت ارگانه‌های حیاتی دارند [۱۸]. این مهم می‌تواند، با ارایه مراقبت‌های با کیفیت مطلوب توسط پرستار دارای صلاحیت بالینی، تامین گردد.

بنابراین، مراقبت پرستاری از بیماران در بخش ویژه، بسیار حیاتی است و می‌توان با مدیریت صحیح، بستری شدن مجدد بیماران را کاهش داد. از طرفی پرستاران بخش ویژه قلبی نقش مهمی در پایش، حمایت، بررسی و آموزش بیماران ایفا می‌کنند، و از مهم‌ترین خصوصیات آنها دانش و پشتوانه علمی قوی است و پرستارانی که صلاحیت ندارند، نباید در این بخش‌ها به کار گمارده شوند [۲۰، ۲۱].

مراقبت از بیماران اگر بر اساس نتایج تحقیقات علمی و استانداردها باشد می‌تواند به میزان قابل توجهی کیفیت مراقبت را بهبود بخشد [۲۲].

کیفیت، ایمنی و مقرون به صرفه بودن مراقبت بهداشتی درمانی همواره مورد توجه ویژه قرار دارد [۲۳]. کیفیت دستیابی به استانداردهای ازپیش تعیین شده، و پاسخگویی به نیازها و انتظارات مشتری‌ها می‌باشد، به گونه‌ای که خدمات ارائه شده دارای عناصر اساسی یک نظام و مراقبت کیفی یعنی اثر بخشی^۱، مناسب بودن^۲ و کار آیی^۳ باشند [۲۴]. از آنجایی که پرستاران بزرگ‌ترین گروه در میان کارکنان بهداشتی بوده و از دیدگاه قانونی و اخلاقی باید پاسخ‌گوی کیفیت مراقبت‌های پرستاری باشند [۲۵]، مشارکت آنان در ارتقاء کیفیت مراقبت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. اما کیفیت مراقبت پرستاری در بخش ویژه قلبی به دلیل نیاز به مراقبت فوری و صحیح، احتمال مرگ و میر و ناتوانی‌های ناشی از درمان و مراقبت نامناسب؛ بسیار مهم‌تر و حیاتی‌تر است.

مطالعات متعدد در ایران و سطح بین‌الملل نشان داده است که کیفیت مراقبت پرستاری در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی در حد مطلوبی نیست [۲۳، ۲۶]. پایین بودن کیفیت آموزش به بیمار، ارتباط ضعیف بین بیمار و پرستار، عدم رعایت رژیم غذایی در مطالعات متعدد گزارش شده است؛ به طوری که فقط ۸٪ مراقبت‌های پرستاری بخش ویژه قلبی در حد خوب بوده است [۲۶]. اکثراً

¹ Effectiveness

² Appropriateness

³ Efficiency

معتقدند طی ۵ سال اخیر ۴ تا ۱۰ درصد کیفیت مراقبت در آمریکا کاهش یافته است و هر ساله ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ نفر در بیمارستان‌ها به علت خطاهای پزشکی فوت می‌کنند [۲۳]. یکی از دلایل پایین بودن کیفیت مراقبت در بخش ویژه قلبی، پیچیدگی کیفیت مراقبت و تاثیر پذیری آن از عوامل متعدد درونی و بیرونی می‌باشد. علیرغم پیشرفت سریع در علم و تکنولوژی؛ عدم صلاحیت بالینی تیم درمان و مراقبت، کمبود نیروی متخصص، عدم بازنگری در قوانین و مقررات حرفه‌ای، کنترل و ارزشیابی، کمبود تجهیزات، نامناسب بودن فضای فیزیکی، بالا بودن هزینه‌های تشخیصی درمانی، پایین بودن آگاهی بیمار و خانواده از عوامل مهمی هستند که کیفیت مراقبت پرستاری در بخش ویژه قلبی را کاهش داده‌اند. همچنین فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جامعه، عملکرد سازمان‌های بهداشتی و سیستم‌های اجتماعی، سطح سلامت جامعه، از عوامل تاثیر گذار بر کیفیت مراقبت ویژه قلبی هستند. بنابراین، برای دستیابی به مطلوب‌ترین برآیندهای سلامتی، به گونه‌ای که خدمات ارائه شده اثربخش، کارا و به صرفه باشند باید به عوامل تاثیر گذار بر سیستم مراقبت بهداشتی درمانی توجه داشت و براهدافی مانند وسعت بخشیدن دسترسی به مراقبت، گسترش مراقبت ویژه، اندازه‌گیری تاثیر مراقبت پرستاری با بازخورد از مددجویان و در کل روی ارتقاء کیفیت مراقبت ویژه قلبی بیشتر تاکید نمود. ارایه مراقبت مطلوب و افزایش بهره‌وری پرستاران در بخش‌های ویژه قلبی به دلیل مرگ و میر بالا، ناتوانی و بستری مجدد بیماران و صرف هزینه، از اهمیت و ضرورت بیشتری برخوردار است. اما دهقان نیری و همکاران (۲۰۰۶) در یک مطالعه کیفی گزارش نمودند، پرستاران تنها ۱۵ تا ۲۰ درصد از بهره‌وری خود را در محیط کار مورد استفاده قرار می‌دهند و بیشتر وقتشان با کارهایی که مستقیماً به مراقبت از بیمار مربوط نمی‌شود به هدر می‌رود [۲۷].

اولین و مهمترین عامل در بهبود کیفیت مراقبت، اندازه‌گیری کیفیت است [۲۸]. ثبت گزارش پرستاری به عنوان یک ابزار تضمین کیفیت برای بیمار و پرستار بکار می‌رود [۲۹]. ثبت ضعیف؛ بیمار و پرستار را در معرض خطر قرار می‌دهد. هیچ چیز به اندازه یک ثبت کامل و استاندارد نمی‌تواند بیانگر تمام کارهای انجام شده برای بیماران باشد. زیرا عدم ثبت مراقبت به منزله انجام ندادن مراقبت است [۳۰]. بررسی، ثبت و گزارش به موقع پرستاران در بخش ویژه منجر به طراحی و