

تبیین کیفیت مراقبت در ترومای شکم و لگن از دیدگاه مدیران پرستاری

سکینه پرستش^۱، آذر درویش پور^۲، فاطمه مسکینی جان اکبری^۳، صدیقه پاریاب^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ترومای شکم یکی از علل عمده مرگ و میر به شمار می‌رود و شیوع آن روز به روز در حال افزایش است. با وجود پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه کیفیت مراقبت، مرور متون نشان می‌دهد که تاکنون مطالعه‌ای در زمینه کیفیت مراقبت در ترومای شکم و لگن انجام نشده است. هدف از انجام پژوهش حاضر، تبیین کیفیت مراقبت در ترومای شکم و لگن از دیدگاه مدیران پرستاری بود.

روش: این مطالعه به صورت کیفی - توصیفی انجام شد و در آن، ۱۴ نفر از مدیران پرستاری شاغل در بخش اورژانس یکی از مراکز آموزشی - درمانی منتخب شهر رشت به صورت هدفمند انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده گردید. نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. داده‌ها با استفاده از تحلیل محتوای کیفی مرسوم در نرم‌افزار MAXQDA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از تحلیل داده‌ها، ۳۲۱ کد اولیه، ۸ زیرطبقه، ۳ طبقه و یک درون‌مایه اصلی حاصل گردید. «همگرایی خدمات جامع مراقبتی» به عنوان درون‌مایه اصلی در نظر گرفته شد که مشتمل بر سه طبقه «مراقبت نجات‌بخش، مراقبت ضروری و مبنای کیفی خدمات» بود.

نتیجه‌گیری: با وجود اجرای جنبه اختصاصی از مراقبت بیماران ترومای شکم و لگن تحت عنوان «مراقبت نجات‌بخش»، اما هنوز در رابطه با جنبه‌های خاصی از «مراقبت ضروری» به ویژه در زمینه ارتباط با بیماران، نقایص قابل توجهی مشاهده می‌شود که نیازمند اقدامات لازم از سوی دست‌اندرکاران ذی‌ربط جهت تعدیل یا رفع آن‌ها می‌باشد.

کلید واژه‌ها: کیفیت مراقبت، مراقبت پرستاری، تروما، جراحات شکمی، مدیران پرستاری

ارجاع: پرستش سکینه، درویش پور آذر، مسکینی جان اکبری فاطمه، پاریاب صدیقه. تبیین کیفیت مراقبت در ترومای شکم و لگن از دیدگاه مدیران پرستاری. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۵؛ ۵ (۴): ۳۶۲-۳۴۹.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۷/۲۴

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۱۵

۱- دانشجوی دکتری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران و مربی، مرکز تحقیقات ترومای جاده‌ای و گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی و پیراپزشکی و مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و مرکز تحقیقات ترومای جاده‌ای، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۳- کارشناس ارشد پرستاری (آموزش کودکان)، مرکز تحقیقات ترومای جاده‌ای و مرکز آموزشی - درمانی پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۴- مربی، مرکز تحقیقات ترومای جاده‌ای و گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

Email: darvishpour@gums.ac.ir

نویسنده مسؤول: آذر درویش پور

مقدمه

تروما شایع‌ترین علت مرگ در سنین ۱ تا ۴۴ سالگی و سومین علت شایع مرگ بدون در نظر گرفتن سن می‌باشد (۱، ۲). در کشورهای در حال توسعه، تروما اولین علت مرگ و میر جوانان و مهم‌ترین علت از کارافتادگی و صدمات اقتصادی وابسته به سلامت محسوب می‌شود (۳).

ترومای شکم یکی از علل عمده مرگ و میر به شمار می‌رود (۴) که شیوع آن در حال افزایش است (۱، ۲). حدود ۲۰ درصد از بیماران صدمه دیده از تروماهای بلانت (Blunt trauma)، به صدمات لگن دچار می‌شوند. به نظر می‌رسد که بروز شکستگی لگن با توجه به تعداد بالای حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری، رو به افزایش باشد. میزان مرگ و میر ناشی از شکستگی لگن از ۵ تا ۶۰ درصد متغیر است. ناپایداری همودینامیک و نارسایی ارگان‌های متعدد که به دنبال خونریزی لگن اتفاق می‌افتد، به عنوان عوامل اصلی مرگ در شکستگی لگن شناسایی شده است (۵).

با وجود این که بسیاری از موقعیت‌های تهدید کننده زندگی با تشخیص به موقع و مداخلات سریع قابل برگشت هستند، با اجرای مراقبت‌های فوری و دقیق، می‌توان از مرگ و میرها و عوارض ناشی از تروما جلوگیری به عمل آورد (۶). بررسی مناسب و سریع مددجویان در به حداقل رساندن خطر مرگ و عوارض پس از آن بسیار مهم است (۷).

بخش اورژانس به منزله قلب بیمارستان به شمار می‌رود و گردش منظم امور در این واحد، می‌تواند جان انسان‌های بسیاری را نجات دهد. سهم مهمی از این عملکرد فعال و مناسب، به مدیریت بخش اورژانس که تحت تأثیر شرایط و عوامل زمینه‌ای است، مرتبط می‌باشد و به طور کلی تأثیر رهبری در میان کارکنان خط مقدم در مراقبت‌های بهداشتی تأیید شده است. اگرچه مسؤولیت‌های ویژه مدیران و رهبران تیم سلامت از جایی به جای دیگر متفاوت است، اما اغلب آن‌ها نقش‌هایی همچون سرپرستی مراقبت از بیمار، نظارت و توسعه کارکنان، تضمین پیروی از قوانین بهداشتی، فراهم نمودن مشاوره و هدایت، هماهنگی با سایر خدمات و... را بر عهده دارند (۸).

از طرف دیگر، ارایه مراقبت‌ها و خدمات دارای کیفیت مناسب، به عنوان اولویت مهمی در نظام خدمات بهداشتی-درمانی مطرح شده است (۶). مراقبت به عنوان جزء اساسی در زمینه خدمات بهداشتی-درمانی محسوب می‌شود (۹). سلامت و بهبود بیماران در گرو ارایه مراقبت باکیفیت می‌باشد. به همین علت، ارایه مراقبت‌ها و خدمات با کیفیت مناسب، به عنوان یک اولویت در نظام خدمات بهداشتی-درمانی به ویژه در زمینه خدمات پرستاری مطرح شده است؛ به طوری که در اغلب کشورها درجه‌بندی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها تحت تأثیر مراقبت‌های پرستاری و کیفیت آن است (۱۰).

نقش کیفیت در موفقیت و شکست سازمان‌ها به اندازه‌ای است که گفته می‌شود تنها سازمان‌ها و حرفه‌هایی که محور اصلی فعالیت مؤسسه خود را تأمین خواسته‌های مشتریان و رضای نیازهای آنان با حداقل قیمت و حداکثر کیفیت قرار داده‌اند، قادر خواهند بود به حیات خود ادامه دهند (۱۱).

در بین کلیه مراقبت‌های ارایه شده در محیط‌های درمانی مانند بیمارستان، مراقبت‌های پرستاری از اهمیت بیشتری برخوردار است (۱۲). مراقبت، در رأس اقدامات پرستاری قرار دارد (۱۳) و به عنوان قلب پرستاری شناخته می‌شود (۱۴). ارایه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت خوب، نقش مؤثری در جلوگیری از عود ناخوشی، کاهش طول بستری و کاهش هزینه برای بیمارستان، خانواده و جامعه دارد (۱۵).

بر این اساس، پرستار بخش اورژانس باید با تکیه بر آموزش، تعلیم و تجارب تخصصی، مشکلات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی بیمار را در شرایط بحرانی بررسی و کشف نماید، اولویت‌ها را تعیین کند و بیماران بسیار بدحال و مصدوم را تحت مراقبت و درمان قرار دهد (۱۶). کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی، میزان دستیابی به مطلوب‌ترین برایندهای سلامتی است؛ به گونه‌ای که خدمات ارایه شده اثربخش، کارا و به صرفه باشد (۱۷). کیفیت در مراقبت‌های سلامتی، جوانب، تعاریف و تفاسیر متنوعی دارد (۱۸). کیفیت مراقبت امر پیچیده‌ای است و در مطالعات مختلف توسط بسیاری از محققان حرفه‌های مراقبت سلامت مورد بحث قرار

واقعی و طبیعی بود. بدین ترتیب که از سوپروایزرها، سرپرستاران و معاون سرپرستار (استاف) شاغل در بخش‌های اورژانس مرکز آموزشی-درمانی پورسینا، در رابطه با کیفیت مراقبت ارایه مراقبت پرستاری سؤال شد.

داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته و سؤالات راهنما جمع‌آوری گردید. از جمله این سؤالات می‌توان به «از نظر شما کیفیت ارایه مراقبت پرستاری فوری به مددجویان مبتلا به ترومای شکم و لگن در بخش اورژانس به چه معنا است و چگونه آن را تفسیر می‌کنید؟» و «چگونه می‌توان کیفیت مراقبت پرستاری را در مددجویان مبتلا به ترومای شکم و لگن بستری ارتقا داد؟» اشاره نمود.

مصاحبه با مشارکت کنندگانی که شرایط ورود به مطالعه (دارا بودن سابقه مدیریت بخش و حداقل تجربه دو سال خدمت در بخش اورژانس) را داشتند، با تعیین وقت قبلی و اعلام آمادگی در محیط مورد نظر، انجام گردید. محقق در ابتدا هدف پژوهش را برای مشارکت کنندگان توضیح داد و در صورت تمایل آن‌ها، به انجام مصاحبه مبادرت نمود. مصاحبه‌ها با استفاده از دستگاه ضبط صوت مخصوص (Voice recorder)، ضبط و سپس کلمه به کلمه پیاده‌سازی شد. مصاحبه‌ها تا تکمیل طبقات و اشباع نهایی داده‌ها ادامه یافت. اشباع داده‌ها در تحقیق کیفی هنگامی به دست می‌آید که داده‌ها تکراری شوند و مقوله جدیدی به دست نیاید. برای دستیابی به این هدف، در نهایت با ۱۴ نفر از مشارکت کنندگان مصاحبه به عمل آمد. نمونه‌گیری به روش هدفمند (Purposeful) صورت گرفت. تمام نمونه‌ها افرادی بودند که تمایل به در میان گذاشتن ایده‌ها و احساسات درونی خود به طور آزاد و راحت با محقق را داشتند. جدول ۱، توزیع فراوانی مشخصات فردی مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.

محقق از یادداشت‌های در عرصه (Field note) و یادآورها (Memo) نیز برای جمع‌آوری داده بهره گرفت؛ بدین صورت که در تحلیل مصاحبه‌ها پژوهشگر با عمیق شدن در محتوای متن‌ها در هنگام کدگذاری، هر زمان ایده یا فکری به ذهنش می‌رسید، در قالب یادآور یادداشت می‌نمود. از

گرفته است (۱۹). پژوهش‌های مربوط به مراقبت و به کارگیری نتایج مربوط به آن، در بهبود و حفظ کیفیت اجرایی مراقبت‌های پرستاری نقشی حیاتی دارد و به درک بهتر پرستاری توسط خود پرستاران نیز کمک می‌کند (۱۳).

کیفیت برای افراد مختلف که خواهان برون‌دادهای کیفی و شیوه‌های ارزیابی کیفیت می‌باشند، معانی متفاوتی دارد. یافتن مفهوم کیفیت، پایه و اساس پژوهش‌های مبتنی بر کیفیت خدمات پرستاری است (۱۸).

تحقیقات متعددی در ارتباط با کیفیت مراقبت پرستاری از بیماران انجام شده است. به عنوان مثال، در پژوهش زاغری تفرشی و همکاران، مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه شرکت کنندگان، رفع نیازهای بیماران از طریق مراقبت هدفمند همراه با روابط عاطفی-روانی، حمایت، احترام، مسؤولیت‌پذیری و پاسخگویی تعریف گردید (۲۰). در پژوهش بازارگادی و همکاران در خصوص کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه پرستاران، دو جنبه مهم «خدمات مطلوب و ایمن و رضایت‌مندی مددجو» مورد توجه قرار گرفت (۱۷). با وجود پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه کیفیت مراقبت، مرور متون نشان می‌دهد که تاکنون مطالعه‌ای در زمینه تبیین کیفیت مراقبت در ترومای شکم و لگن انجام نشده است. بنابراین، با توجه به تفاوت‌هایی که در تعریف کیفیت مراقبت پرستاری وجود دارد (۱۸) و با توجه به این که تاکنون مطالعه‌ای در زمینه مراقبت در ترومای شکم و لگن صورت نگرفته است، تحقیق حاضر با هدف تبیین مراقبت در ترومای شکم و لگن از دیدگاه مدیران پرستاری انجام گردید. امید است نتایج حاصل از پژوهش بتواند در ارایه کیفی مراقبت پرستاری فوری به مددجویان مبتلا به ترومای شکم و لگن مفید باشد.

روش

این مطالعه به صورت کیفی-توصیفی (Descriptive qualitative study)، با رویکرد تحلیل محتوای مرسوم (Conventional Content analysis approach) انجام شد. محیط پژوهش متناسب با پژوهش کیفی، محیط

تفسیر ذهنی محتوای داده‌های مکتوب به کار می‌رود (۲۱). این روش به طور معمول در مطالعات پرستاری مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما تعداد کمی از این مطالعات منتشر شده‌اند و در کتاب‌های روش تحقیق نیز توضیح مختصری در مورد آن نوشته شده است (۲۲). برخی مطالعات بیان کرده‌اند که «تحلیل محتوا فراتر از بازی شمارش است و با معانی، منظورها، توالی‌ها و بافت سر و کار دارد. توصیف وقوع کلمات، عبارات یا جملات بدون توجه به محیط زمینه‌ای داده‌ها، نامناسب و ناکافی خواهد بود» (۲۳، ۲۱).

در پژوهش حاضر متن مصاحبه به عنوان واحد تحلیل در نظر گرفته شد. سپس متن گفتگوها از روی فایل الکترونیکی، پیاده‌سازی و چندین بار مرور گردید. تحلیل داده‌ها با خواندن مکرر همه داده‌های متنی شروع شد تا حس کلی از داده‌ها به دست آمد. سپس متون مربوط به شرکت کنندگان، همگی در یک متن قرار گرفت و واحد تحلیل را تشکیل داد. متن با تقسیم به واحدهای معانی خلاصه گردید. با تقلیل واحدهای معانی خلاصه شده توسط کدها، برچسب زده شد. کدهای متعدد بر اساس تفاوت‌ها و شباهت‌ها با یکدیگر مقایسه گردید و به زیرطبقه و طبقه تقسیم گردید. تا این مرحله تحلیل بارز صورت گرفت. طبقات آزمایشی به دست آمده توسط پژوهشگر و مشارکت کنندگان مورد بازنگری قرار گرفت تا به اجماع نظر و توافق کلی رسیدند. در نهایت، با استفاده از معانی اساسی و اصولی که همان تحلیل نهفته است، طبقات اصلی تنظیم و تدوین گردید.

برای دستیابی به صحت و پایایی داده‌ها، از معیارهای موثق بودن (Lincoln (Trustworthiness) و Guba استفاده گردید. این معیار معادل روایی و پایایی در تحقیقات کمی است. بدین منظور چهار معیار اعتبار (Credibility)، قابلیت وابستگی (اعتماد) (Dependability)، مقبولیت یا تأییدپذیری (Confirmability) و قابلیت انتقال (Transferability) (۲۴) مورد بررسی قرار گرفت.

جهت حفظ قابلیت وابستگی (اعتماد)، محقق تلاش نمود تا ضمن استفاده از راهنمای مصاحبه، از بررسی مداوم و مقایسه مداوم داده‌ها و طبقات از نظر تشابهات و تفاوت‌ها،

یادداشت‌های در عرصه برای ثبت نحوه پاسخگویی مصاحبه شونده، وضعیت ظاهری، چهره، نحوه نشستن، مکث کردن در میان صحبت‌ها و... که نشان دهنده حالات و روحیات مشارکت کننده بود، استفاده گردید. این یادآورها و یادداشت‌های در عرصه در مراحل بعدی در تحلیل داده‌ها و نگارش بحث یافته‌ها نقش بسیار مهمی داشت.

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات فردی مشارکت کنندگان

پژوهش		مشخصات فردی	تعداد (درصد)
سن (سال)	≤ 40		۳ (۲۱)
	> 40		۱۱ (۷۹)
جنسیت	مؤنث		۱۲ (۸۶)
	مذکر		۲ (۱۴)
سمت	سوپروایزر		۸ (۵۸)
	سرپرستار		۳ (۲۱)
	معاون سرپرستار (استاف)		۳ (۲۱)
مدرک تحصیلی	کارشناسی		۳ (۲۱)
	کارشناسی ارشد		۱۱ (۷۹)
سابقه کار (سال)	≤ 20		۸ (۵۸)
	۲۱-۲۵		۲ (۱۴)
	≥ 26		۴ (۲۸)

متن زیر نمونه‌ای از یادآور و یادداشت عرصه است که در زمان مصاحبه با شرکت کننده شماره ۳ زمانی که بیان می‌نمود «ترومای شکم خونریزی دارد، باید سریع به اتاق عمل بروم تا سریعاً جلوی خونریزی گرفته شود. آزمایش‌های تشخیصی باید سریع انجام شود...» به ذهن پژوهشگر متبادر شد. یادآور شماره ۳: وقتی این مشارکت کننده با شور و حرارت و با تون صدای بلند (یادداشت عرصه) ویژگی‌های مراقبت از بیمار ترومای شکمی را بیان می‌کند و می‌گوید «سریع...سریع...» در واقع به اهمیت زمان تأکید می‌نماید. به نظر می‌رسد او در همین لحظه که این مطالب را بیان می‌نماید با چنین بیماری روبه‌رو شده است و می‌خواهد به سرعت کار وی را انجام دهد.

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوا صورت پذیرفت. تحلیل محتوا نوعی روش تحقیق است که به منظور

«همگرایی خدمات جامع مراقبتی» گردید. جدول ۲، نمای کلی درون‌مایه اصلی، طبقات و زیرطبقات حاصل از تحلیل متن مصاحبه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۲. درون‌مایه اصلی، طبقات و زیرطبقات حاصل از تحلیل متن مصاحبه‌ها

زیرطبقات	طبقات	درون‌مایه اصلی
سرعت و دقت اقدامات حیاتی	مراقبت نجات‌بخش	همگرایی خدمات جامع مراقبتی
ارتباط حمایت روحی و روانی ماهیت حرفه‌ای	مراقبت ضروری	
مبنای مدیریتی مبنای ساختاری مبنای آموزشی	مبنای کیفی خدمات	

همگرایی خدمات جامع مراقبتی: یافته‌های مطالعه

حاضر نشان داد که از نظر مشارکت کنندگان، کیفیت مراقبت در ترومای شکم و لگن مشتمل بر مراقبت جامع و همه‌جانبه‌ای است که ضمن رعایت سرعت و دقت در اجرای اقدامات حیاتی، به ابعادی همچون ارتباط و حمایت از مددجو نیز توجه می‌کند و همه این اقدامات با فراهم شدن زیرساخت‌ها و زمینه‌های لازم در ابعاد مدیریتی، ساختاری و آموزشی امکان‌پذیر خواهد بود. این درون‌مایه از سه طبقه «مراقبت نجات‌بخش، مراقبت ضروری و مبنای کیفی خدمات» تشکیل شده است که در ادامه به تفصیل آن‌ها اشاره می‌شود.

مراقبت نجات‌بخش: در این طبقه مشارکت کنندگان به مواردی اشاره نمودند که در قالب دو زیرطبقه «سرعت و دقت و اقدامات حیاتی» پدیدار شد.

در زیرطبقه «سرعت و دقت»، مشارکت کنندگان به انجام سریع و دقیق اقدامات تشخیصی و درمانی برای ارایه مراقبت باکیفیت تأکید داشتند. «مراقبت با کیفیت یعنی ارایه بهترین، صحیح‌ترین و سریع‌ترین مراقبت به بیمار بدون خطا و انجام بهترین کار برای بهبود بیمار...» (شرکت کننده شماره ۷). مشارکت کننده دیگری بیان نمود: «مراقبت با کیفیت یعنی این که پرستار به موقع به بالین بیمار برسد. بیمار

تخصیص زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها و ارایه مجدد نتایج به دست آمده به شرکت کنندگان (بازنگری مشارکت کنندگان) (Member check) این امر را میسر نماید. ضمن این که بازنگری ناظران (Peer check) شامل استفاده از نظرات تکمیلی همکاران (مرور خبرگان) (Peer debriefing) توسط تیم تحقیق تا کسب توافق بالا از نتایج نیز صورت گرفت. نظارت خارجی نیز راهی برای ارزیابی قابلیت وابستگی می‌باشد؛ به این معنی که داده‌ها در اختیار پژوهشگری که ارتباطی با پژوهش نداشته باشد، قرار داده می‌شود تا میزان تشابه درک وی از داده‌ها مورد بررسی قرار گیرد. به همین منظور، داده‌ها به چند محقق آشنا با روش تحقیق کیفی داده شد تا توافق بالا از یافته‌ها کسب گردد.

جهت نیل به معیار مقبولیت یا تأییدپذیری، تلاش گردید تمام مراحل انجام تحقیق به ویژه مراحل تحلیل داده‌ها به صورت مشروح و مبسوط ارایه گردد تا چنانچه محقق دیگری مایل به اجرای پژوهش با این روش باشد، به راحتی بتواند مراحل کار را اجرا نماید. جهت تأمین قابلیت انتقال (Transfrability) نیز محقق تلاش نمود تا با توصیفات عمیق و غنی از پژوهش، شرایط استفاده از یافته‌ها را برای خوانندگان فراهم نماید.

جهت رعایت اخلاقیات پژوهش، تلاش گردید ضمن کسب اجازه و معرفی‌نامه از مسؤولان دانشگاه علوم پزشکی گیلان و بیمارستان منتخب، قبل از هر مصاحبه، رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان جهت ورود به مطالعه کسب شود و در رابطه با حفظ رازداری، رعایت امانت در نگهداری و ارایه درست اطلاعات کسب شده، بدون درج نام افراد تأکید گردید.

یافته‌ها

بر اساس تحلیل داده‌ها، ۱ درون‌مایه اصلی، ۳ طبقه، ۸ زیرطبقه و ۳۲۱ کد حاصل گردید. مشارکت کنندگان در رابطه با کیفیت مراقبت پرستاری به مواردی اشاره داشتند که به صورت سه طبقه «مراقبت نجات‌بخش، مراقبت ضروری و مبنای کیفی خدمات نام‌گذاری شد. انتزاع این طبقات به همراه زیرطبقات آن‌ها، منجر به پدیدار شدن درون‌مایه اصلی

قرار داشتند، بر اهمیت جنبه‌های دیگر مانند ارتباط مناسب و توجه به مسایل روحی و روانی و حمایت از آن‌ها نیز تأکید نمودند که در زیرطبقات «ارتباط و حمایت روحی و روانی» مورد بررسی قرار گرفت. یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه گفت: «از نظر اهمیت، اول باید حیات بیماران حفظ شود، اما مسایل دیگری هم هست. ساپورت روحی و روانی بیماران و همراهان مهم است؛ باید اعتماد بیماران جلب بشود تا جوی درست شود که بیمار خودش را در اختیار بیمارستان قرار دهد که درمانش انجام شود. مراقبت‌های روانی از خانواده باید انجام گیرد. باید همراهان را آرام بکنیم و وضعیت بیمار را به اطلاع خانواده برسانیم» (شرکت کننده شماره ۲).

مشارکت کننده دیگری نیز در این زمینه بیان نمود: «در بدو ورود باید کیفیت روی نجان جان بیماران متمرکز باشد، اما در این مرحله ارتباط خیلی مهم است تا بتوانیم شرح حال خوبی از بیمار به دست بیاوریم. باید با توضیحات خود بیمار را آرام کنیم و به او اطمینان دهیم تا به مراقبت‌های ما اعتماد کند. کیفیت مراقبت فقط دادن داروها و سرم نیست؛ درمان را هر طوری که باشد (بد یا خوب) انجام می‌دهند، اما توجه به بیمار و این که چطور ارتباط برقرار کنیم، مهم است» (شرکت کننده شماره ۵).

مشارکت کننده دیگری ضمن تأکید بر اهمیت مسایل ارتباطی در امر مراقبت به مشکلات موجود در این زمینه اشاره کرد و اظهار داشت: «پرسنل در مهارت‌های ارتباطی مشکل دارند و نمی‌دانند با بیمار و همراه بیمار چطور برخورد کنند؛ مثلاً یک بیمار می‌گفت به محض این که وارد اورژانس شدم از سر تا پای مرا عکس گرفتند، اما یک کلمه به من توضیح ندادند که تو چه مشکلی داری...» (شرکت کننده شماره ۱۱).

مبنای کیفی خدمات: در ارتباط با این طبقه، مشارکت کنندگان به مواردی اشاره نمودند که در ۴ زیرطبقه «ماهیت حرفه‌ای، مبنای مدیریتی، مبنای آموزشی و مبنای ساختاری» نام‌گذاری شد.

مشارکت کنندگان معتقد بودند که استرس بخش اورژانس و سختی و ساعت کار طولانی پرستاران، مانع ارایه مراقبت کیفی می‌شود. «سختی و استرس فضای اورژانس باعث

ترومایی باید سریع رسیدگی شود، لحظات مهم است. ترومای شکم خونریزی دارد، باید سریع به اتاق عمل برود تا سریعاً جلوی خونریزی گرفته شود. آزمایش‌های تشخیصی باید سریع انجام شود. حتماً باید اتند (پزشک متخصص) حضور داشته باشد؛ چون تا دانشجویان (پزشکی) به نتیجه برسند زمان از دست می‌رود و دیگر کار از کار گذشته است، اما اگر متخصص باشد زود تشخیص می‌دهد. در ترومای شکم وقفه ایجاد نمی‌کنیم. رزیدنت اگر توانست تعیین تکلیف کند، چه بهتر و اگر نتوانست باید سریعاً به اتند اطلاع بدهیم تا تعیین تکلیف شود» (شرکت کننده شماره ۳).

مشارکت کنندگان به موضوعاتی مانند ویزیت پزشک، برقراری خط وریدی، هماهنگی با اتاق عمل و بیهوشی درخواست خون، آزمایش‌ها، اخذ شرح حال و سابقه بیماری و داروهای مصرفی و... اشاره داشتند که همگی جزء اقداماتی است که باید در اسرع وقت برای نجات جان بیماران صورت گیرد. این اقدامات در زیرطبقه «اقدامات حیاتی» جای گرفتند. «در ترومای شکم و لگن اگر تصادفی نباشد، در درجه اول باید شرح حال بگیریم تا علت مشخص بشود... سابقه بیماری، غذاها و داروهای مصرفی را سؤال می‌کنیم و پس از بررسی‌های اولیه، اطلاعات را در اختیار پزشک می‌گذاریم» (شرکت کننده شماره ۱۱).

مشارکت کننده دیگری گفت: «باید تریاژ خوب انجام شود. شرح حال دقیق از بیمار خیلی مهم است. در این مواقع باید با اتاق عمل و بیهوشی هماهنگ کنیم که بیمار سریعاً به اتاق عمل منتقل شود. اگر احساس بکنیم بیمار در شوک می‌رود، سریعاً باید خون درخواست کنیم کراس ماچ درخواست شود و برای نجات جان بیمار حتی تا قبل از حضور پزشک، باید کارهای اولیه را انجام بدهیم. اگر بیمار در شوک باشد و پزشک در دسترس نباشد، باید سرم را شوت بدهیم. در نقل و انتقالات بیماران بدحال باید حتماً اترن بفرستیم و هماهنگی دقیق انجام بدهیم تا در کار بیمار وقفه ایجاد نشود» (شرکت کننده شماره ۳).

مراقبت ضروری: بیشتر مشارکت کنندگان ضمن تأکید بر مراقبت‌هایی که برای نجات جان بیمار در اولویت اقدامات

حضور پزشکان طب اورژانس، وضعیت نسبت به قبل بهتر شده است، اما چون تعدادشان کم است، همیشه نیستند. طب اورژانسی‌ها باید رزیدنت داشته باشند؛ چون ۲۴ ساعته در بخش هستند و خسته می‌شوند و حوصله ندارند مریض را خوب ببینند» (شرکت کننده شماره ۸).

برخی از مشارکت کنندگان نیز به عدم هماهنگی بین مراکز درمانی جهت اعزام و ارجاع بیماران و نیز نقایص موجود در هماهنگی داخلی بین قسمت‌ها و واحدهای مراکز درمانی اشاره داشتند. «بسیاری از بیماران مراجعه کننده، به این اورژانس مربوط نیستند. مثلاً وقتی با تامپون بینی درگیر هستیم، یک شکم حاد Miss می‌شود» (شرکت کننده شماره ۴).

«هماهنگی سایر قسمت‌ها مثل آزمایشگاه و رادیولوژی و بخش‌های اتاق عمل بسیار مهم هستند؛ اگر اقدامات پاراکلینیکی سریع انجام نشود، بیمار بالاتکلیف می‌ماند و مراقبت و یا مراحل درمانی انجام نمی‌شود و بیمار فرصت طلایی را از دست می‌دهد. آزمایشگاه باید به موقع آزمایش‌ها رو جوابدهی بکند، باید فرایندها و مسیر انجام کار روشن باشد» (شرکت کننده شماره ۳).

همچنین، مسایل دیگری مانند تعداد زیاد بیماران و کمبود نیروی باتجربه و علاقمند به کار در بخش اورژانس، عدم ایجاد انگیزه مادی یا معنوی و نظارت ناکافی، به عنوان مهم‌ترین موانع ارزیابی مراقبت کیفی در بخش اورژانس از سوی مشارکت کنندگان مورد اشاره قرار گرفت. یکی از مشارکت کنندگان در رابطه با کمبود نیروی باتجربه و علاقمند به کار اظهار داشت: «اینجا تعداد بیماران مراجعه کننده به ما خیلی زیاد است؛ در حالی که تعداد پرستاران ما به نسبت حجم مراجعان واقعاً کم است. از طرف دیگر، در شیفت‌های عصر و شب از پرسنل طرحی و کم‌تجربه استفاده می‌شود که روی کیفیت مراقبت تأثیر منفی می‌گذارد. بهتر است پرسنل با سابقه ده سال به بالا در اورژانس باشند. پرسنل طرحی جدید بی‌تجربه به اورژانس‌ها ندهیم که شب‌کاری‌شان به دوش دیگران بیفتد و سایر پرسنل خسته شوند و کیفیت کارشان افت کند. پرسنل به زور وادار به کار در اورژانس‌ها نشوند. برنامه‌ریزی کشیک‌های فشرده برای پرسنل موجب خستگی

خستگی پرستاران می‌شود، Turn over بالای بیمار، شیفت‌های فشرده و شلوغ هم از طرف دیگه باعث می‌شود تا مراقبت خوبی صورت نگیرد» (شرکت کننده شماره ۴).

یکی از مشارکت کنندگان بیان نمود: «پرستاران هر قدر هم وجدانی عمل کنند، ممکن است خسته بشوند و این خستگی روی مراقبت تأثیر می‌گذارد. شیفت‌ها باید به صورت ۶ ساعته باشد. شیفت‌های طولانی بر کیفیت کار اثر می‌گذارد» (شرکت کننده شماره ۹).

در زیرطبقه مبنای مدیریتی مشارکت کنندگان بر مواردی همچون فرایند غلط اداره بیماران از جمله ویزیت توسط دانشجویان پزشکی، روتین محوری، ناهماهنگی واحدها با یکدیگر اشاره نمودند که مبین مشخص نبودن و تعریف نشدن بسیاری از فرایندهای انجام کار در بخش اورژانس می‌باشد. «سیستم مدیریت معیوب بیمارستان باعث کندی کارها می‌شود. بیمار در بدو ورود به سرعت توسط رزیدنت و انترن کاور می‌شود، اما حضور متخصص و دستورات فوری او را نداریم که این باعث می‌شود کارهای حیاتی با تأخیر انجام شود. فرایند ویزیت در بیمارستان‌های آموزشی باعث مرگ بیماران می‌شوند؛ اول ویزیت انترن، بعد رزیدنت، بعداً اتند که تا این فرایند کامل بشود و به نتیجه برسد خیلی طول می‌کشد. تا زمانی که انترن و رزیدنت سال پایینی، اول بیمار را می‌بینند کیفیت بسیار پایین است و ممکن است بیمار از بین برود. رعایت سلسله مراتب وقت‌گیر است و این فرایند باید اصلاح شود. باید گایدلاین‌های مراقبت و درمان بیماری‌های مختلف نوشته شود و در اورژانس‌ها اجرایی شود. در واقع باید یک گایدلاین مشخص در بخش وجود داشته باشد که همه از آن استفاده بکنند» (شرکت کننده شماره ۴).

«بسیاری از کارهای روتین موجب شده است که از کارهای اساسی اورژانس دور بمانیم. حضور رزیدنت سال یک بی‌تجربه به جای متخصص مقیم در بخش و عدم توانایی اون در تصمیم‌گیری سریع و تصمیم‌گیری غلط، باعث هدر دادن وقت در رسیدگی به این بیماران می‌شود؛ در حالی که پزشک طب اورژانس باید اولین کسی باشد که بیمار را ویزیت می‌کند. طب اورژانس می‌تواند سریع تشخیص بدهد. الان با

وزارتخونه انجام نشده است و تسهیلات خاص به اورژانس داده نمی‌شود. برای ارایه خدمات خوب باید تجهیزات اورژانس‌ها کافی باشد و امکاناتی مثل سونوگرافی پرتابل وجود داشته باشد» (شرکت کننده شماره ۹).

مبنای آموزشی از دیگر زیرطبقاتی بود که به طور مکرر در بیشتر مصاحبه‌ها تکرار شده بود. مشارکت کنندگان بر مواردی مانند نقایص آموزشی پرستاران، دستیاران و کارورزان و عدم فراهم بودن امکانات آموزشی تأکید داشتند. در ذیل برخی از بیانات مشارکت کنندگان را مرور شده است.

«پرستاران برای اورژانس آماده نیستند؛ چون آموزش ویژه اورژانس را ندیده‌اند. رزیدنت‌ها و اترن‌ها هم تا مدت‌ها آلت (Alert) نیستند. آموزش دستیاران سال اول کافی نیست...» (شرکت کننده شماره ۱۲).

«باید آزمون‌های سخت بگیرند و آموزش‌ها سرسری داده نشود. به روز بودن خیلی مهم است و آموزش‌ها باید مستمر و بیشتر عملی باشد؛ در حالی که به جهت کمبود منابع نمی‌توانیم آموزش به صورت کارگاه برگزار کنیم. برگزاری کارگاه استاد از بیرون می‌خواهد، ماسک و وسایل می‌خواهد، مکان مناسب می‌خواهد که ما نداریم...» (شرکت کننده شماره ۳).

بحث

بر اساس تحلیل داده‌ها، درون‌مایه اصلی «همگرایی خدمات جامع مراقبتی» با ۳ طبقه تحت عناوین «مراقبت نجات‌بخش، مراقبت ضروری و مبانی کیفی خدمات» پدیدار شد. در رابطه با طبقه اول، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مدیران پرستاری به جنبه‌های مهمی همچون «سرعت و دقت و اقدامات حیاتی» تأکید داشتند. در تحقیق بازارگادی و همکاران، کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه پرستاران به صورت ارایه خدمات ایمن و مطابق با استانداردهای پرستاری تعریف گردید (۱۷) که شاید به شکل کلی حمایتگر طبقه اول پژوهش حاضر باشد، اما نمی‌تواند به طور کامل تأیید کننده آن باشد. بررسی متون نشان می‌دهد که مطالعات دیگری نیز به بررسی مفهوم مراقبت پرستاری پرداخته‌اند و حمایتگر طبقه اول مطالعه حاضر نیست. به بیان دیگر، در مطالعه حاضر به

اونا و پایین اومدن کیفیت خدمات می‌شود» (شرکت کننده شماره ۹).

مشارکت کننده دیگری گفت: «مصاحبه در ورود به این شغل انجام نمی‌شود و پرسنل به زور به اورژانس‌ها فرستاده می‌شوند. باید نیروهای مجرب و ماهر که خودشون تمایل به کار در اورژانس داشته باشند، برای کار در اورژانس‌ها انتخاب شوند. یعنی علاقمندان اورژانس را انتخاب کنند» (شرکت کننده شماره ۶).

عدم ایجاد انگیزه مادی یا معنوی نیز از مسایل مورد بحث در زیرطبقه مبنای مدیریتی بود. یکی از مشارکت کنندگان در این رابطه بیان نمود: «مطالبات و حق و حقوق پرسنل به موقع داده نمی‌شود. پرستاران باید از نظر مالی و جانی و حرفه‌ای تأمین باشند تا بتوانند به راحتی با نامالیات مقابله نمایند و از جان بیماران حمایت کنند. اجرای قانون بهره‌وری به طور کامل، خیلی کمک کننده هست. اگر این قانون اجرا بشه، پرستاران به اندازه کافی استراحت دارند که در زمان شیفت خسته نباشند. این کار باعث افزایش کیفیت مراقبت می‌شود. این را به وضوح می‌بینیم افرادی که خسته هستند، کم‌حوصله می‌شوند. برای پرسنل اورژانس باید مزایایی قایل بشوند، باید اضافه کار و کارانه بیشتری داشته باشند. حق و حقوقشان به موقع پرداخت شود. پرسنل اورژانس‌ها را باید راضی نگهدارند تا بتوانند رضایت بیماران را به دست بیاورند» (شرکت کننده شماره ۱۰).

در خصوص زیرطبقه مبنای ساختاری، مشارکت کنندگان به ساختارهای فیزیکی و تجهیزاتی اشاره نمودند. یکی از مشارکت کنندگان در رابطه با مشکلات ساختار فیزیکی چنین بیان نمود: «ینجا سانتر تروما است، اما فضای فیزیکی ما گنجایش لازم برای ارایه خدمات به تعداد زیاد این بیماران در استان را ندارد؛ چون اغلب این بیماران را بدون هماهنگی و اطلاع قبلی به اینجا می‌آورند و ما جا نداریم» (شرکت کننده شماره ۴).

نقایص تجهیزاتی و تسهیلاتی نیز جزء مواردی بودند که توسط برخی مشارکت کنندگان مورد اشاره قرار گرفتند. یکی از مشارکت کنندگان گفت: «برنامه‌ریزی کلان در سطح

همراه با احساس مسؤولیت، حمایت اساسی و یکپارچه از مددجو بیان نمودند (۲۶) که با زیرطبقات ارتباط و حمایت از طبقه اصلی مراقبت ضروری در مطالعه حاضر مطابقت دارد. نتایج پژوهش Charalambous و همکاران که در زمینه کیفیت مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان انجام شد، حاکی از آن بود ابعاد ارزشمندی، احترام، ارتباط مناسب و مراقبت مبتنی بر مذهب، معنویت و تعلق خاطر در تعریف مفهوم کیفیت مراقبت‌های پرستاری جای گرفتند (۲۷) که به نوعی با جنبه «ارتباط» از طبقه اصلی مراقبت ضروری مطالعه حاضر مشابهت دارد.

چنانچه ملاحظه می‌شود، موضوع احترام و همدلی به عنوان اجزای اصلی مراقبت در بیشتر مطالعات مطرح شده است. ارتباط مناسب بین افراد تیم مراقبت سلامت و بیمار، می‌تواند موجب کاهش ترس و اضطراب بیمار گردد (۲۸). همدلی و مراقبت‌های انسان‌دوستانه همراه با توجه به نگرانی‌ها و شکایات بیمار، در ارایه مراقبت‌های پرستاری نقش مهمی ایفا می‌کند (۲۹). با وجود اهمیت موضوع، نتایج حاصل از مصاحبه با مشارکت کنندگان نشان داد که در رابطه با جنبه‌های خاصی از مراقبت ضروری به ویژه در بحث ارتباط با بیماران، ضعف و نقایص قابل توجهی وجود دارد. نتایج مطالعات نیز نشان می‌دهد که در برخورد با بیمار دچار تروما، رفتار غیر مراقبتی (Uncaring) بیش از یک رفتار مراقبتی معمول می‌باشد (۳۰). بیماران در مطالعه Wiman و همکاران نیز برخورد اعضای تیم تروما را به صورت نگاه ابزاری به بیماران، عدم توجه کافی و رفتار غیر متعهدانه توصیف نمودند (۳۱).

در ارتباط با طبقه سوم «مبانی کیفی خدمات» مشارکت کنندگان به مواردی اشاره داشتند که به صورت ۴ زیرطبقه «ماهیت حرفه‌ای، مبنای مدیریتی، مبنای ساختاری و مبنای آموزشی» نام‌گذاری شد. در زیرطبقه ماهیت حرفه‌ای نیز به موضوعاتی همچون استرس بخش اورژانس و سختی و ساعت کار طولانی پرستاران به عنوان مانع ارایه مراقبت کیفی اشاره شد. به نظر می‌رسد طبیعت غیر قابل پیش‌بینی بخش اورژانس به دلیل شلوغی، کمبود پرستاری و بیماران بدحال در آن باشد (۳۲). عوامل مختلفی از جمله ازدحام، استرس، خستگی،

جنبه جدیدی از مراقبت اشاره گردید که در نتایج مطالعات دیگر بیان نشده است. علت تفاوت در نتایج می‌تواند به دلیل هدف اختصاصی پژوهش حاضر که تنها در جستجوی مراقبت از بیماران مبتلا به ترومای شکم و لگن بود، مرتبط باشد؛ در حالی که مطالعات دیگر به بررسی مفهوم کیفیت مراقبت به صورت کلی پرداخته‌اند. نتایج مطالعات ملی در ایالات متحده آمریکا، هفت جنبه مراقبتی مهم شامل «احترام به ارزش‌ها، انتظارات و نیازهای ابراز شده؛ هماهنگ بودن مراقبت‌ها، اطلاعات، ارتباطات و آموزش؛ آسایش جسمی و مدیریت درد بیمار؛ حمایت عاطفی و کاستن ترس و اضطراب بیمار؛ مداخله دادن خانواده و دوستان در مراقبت و تداوم مراقبت‌ها در جامعه یا خانه» را برای بیماران بستری برشمرد (۳۰). با اندکی دقت در مراقبت‌های بیان شده، می‌توان ملاحظه نمود که همه موارد با طبقه دوم این پژوهش (مراقبت ضروری) همسو است.

در طبقه دوم، مشارکت کنندگان به مواردی مانند «ارتباط و حمایت روحی و روانی» اشاره نمودند. ارتباط انسانی بر پیامدهای بیمار اثرگذار است و به طور فزاینده‌ای به عنوان معیار کیفیت پرستار حرفه‌ای مد نظر می‌باشد (۲۵). در مطالعه آتش‌زاده شوریده و همکاران که به تبیین مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه ذی‌نفعان پرداخت، به موضوع احترام و ارتباط مناسب نیز اشاره گردید (۱۸) که با نتایج تحقیق حاضر هم‌راستا است. در پژوهش زاغری تفرشی و همکاران، مفهوم کیفیت به صورت «رفع نیازهای بیماران از طریق مراقبت هدفمند همراه با روابط عاطفی- روانی، حمایت، احترام، مسؤولیت‌پذیری و پاسخگویی» تعریف گردید (۲۰) که با زیرطبقات طبقه اصلی مراقبت ضروری در بررسی حاضر همخوانی دارد. در مطالعه Muntlin و همکاران که به شناسایی و بهبود کیفیت مراقبت در بخش اورژانس از دیدگاه بیماران و کارکنان مراقبت سلامت پرداخت، به جنبه‌هایی مانند احترام و همدلی و زمان انتظار اشاره گردید (۱۹) که با نتایج مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشد. Burhans و Alligood در تحقیق کیفی خود، مراقبت پرستاری با کیفیت از دیدگاه پرستاران بالینی را به صورت دستیابی به نیازهای انسان از طریق توجه، همدلی، تعاملات احترام‌آمیز با بیمار

ارتقای کیفی مراقبت باشد، ناگزیر است برنامه‌ریزی لازم در جهت مرتفع نمودن این مشکل نیز داشته باشد. از طرف دیگر، استفاده از پرستاران آموزش ندیده و یا استفاده از دیگر کارکنان پزشکی به جای پرستاران متخصص، تأثیر منفی بر کیفیت مراقبت می‌گذارد. در پژوهش رفیعی و همکاران نیز استفاده از نیروهای غیر متخصص برای امور تخصصی، ادامه استفاده از کارکنان خاطی و استفاده از کارکنان در چند نوبت کاری از جمله عوامل تأثیرگذار بر کیفیت مراقبت پرستاری برشمرده شد (۳۶). در حالی که Van Bogaer و همکاران بیان کردند که کارکنان و منابع، لازمه ارایه مراقبت پرستاری مطلوب به بیماران می‌باشد (۳۹). مدیریت مناسب با بهبود شرایط، می‌تواند نتایج مثبتی را برای سازمان به همراه داشته باشد (۳۹، ۲۵). در مطالعه نوبهار نیز برخورداری از مدیریت پرستاری اثربخش جهت تأمین منابع و روابط انسانی، از ضروریات جدایی‌ناپذیر ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری عنوان گردید (۲۵).

در خصوص زیرطبقه مبنای ساختاری، مشارکت کنندگان به ساختارهای فیزیکی و تجهیزاتی اشاره نمودند. نقایص تجهیزاتی و تسهیلاتی نیز جزء مواردی بود که توسط برخی مشارکت کنندگان مورد اشاره قرار گرفت. محیط مطلوب، وجود وسایل، تجهیزات و امکانات مناسب و کافی می‌تواند منجر به کاهش مشکلات کاری پرستاران شود و به بهبود ارایه کیفیت خدمات پرستاری کمک نماید (۴۰). این موضوع در مطالعه نوبهار (۲۵) نیز مورد تأکید قرار گرفته است. بازارگادی و همکاران نیز بیان کردند که «تمرکز بر کیفیت، ارایه مراقبت پرستاری با کیفیت توسط یک فرد نیست، بلکه توسط تیمی است که برای مراقبت از یک بیمار خاص تخصیص داده می‌شود. در این شرایط پزشکان و پرستاران در کنار هم تنگاتنگ کار می‌کنند، همه تجهیزات آماده و تعداد پرستاران کافی است و همه چیز همان‌گونه که لازم است برای بیمار انجام می‌شود» (۱۷). مدیران پرستاری باید فرصت و امکانات و شرایط محیطی مناسبی را برای انجام صحیح و دقیق مراقبت‌های پرستاری با کیفیت به ویژه برای بیمارانی که با تهدید حیات مواجه هستند، فراهم نمایند (۴۱).

مبنای آموزشی از دیگر زیرطبقاتی بود که مکرر در بیشتر

محرومیت از خواب، فشار بالای کاری و وجود محرک‌های متنوع و متعدد در محیط، می‌تواند به عنوان موانع مراقبت عمل نماید (۳۳-۳۵). این یافته در مطالعات رفیعی و همکاران (۳۶) و نوبهار (۲۵) نیز مورد تأیید می‌باشد. در پژوهش Greenfield و همکاران، استرس و حجم کار از جمله عوامل مهم در حرفه پرستاری بیان گردید (۳۷). آن‌ها اظهار نمودند که انجام وظایف بالینی اورژانسی برای بیماران و عوامل استرس‌زا، کیفیت مراقبت از بیمار را کاهش می‌دهد (۳۷).

در پژوهش حاضر اغلب مشارکت کنندگان به موضوعاتی همچون فرایند غلط اداره بیماران از جمله ویزیت توسط دانشجویان رشته پزشکی، روتین محوری و ناهماهنگی واحدها با یکدیگر اشاره نمودند که بیانگر مشخص نبودن و تعریف نشدن بسیاری از فرایندهای انجام کار در بخش اورژانس می‌باشد. برخی از مشارکت کنندگان نیز به عدم هماهنگی بین مراکز درمانی جهت اعزام و ارجاع بیماران و نیز نقایص موجود در هماهنگی داخلی بین قسمت‌ها و واحدهای مراکز درمانی اشاره داشتند. همچنین، مسایل دیگری همچون تعداد زیاد بیماران و کمبود نیروی باتجربه و علاقمند به کار در بخش اورژانس، عدم ایجاد انگیزه مادی یا معنوی و نظارت ناکافی به عنوان مهم‌ترین موانع ارایه مراقبت کیفی در بخش اورژانس از سوی مشارکت کنندگان مورد بررسی قرار گرفت که موجب شد همگی آن‌ها در زیرطبقه مبنای مدیریتی طبقه‌بندی شوند. ازدحام در بخش‌های اورژانس همواره به عنوان معضلی جدی، فراگیر و تأثیرگذار بر کیفیت ارایه خدمات مطرح بوده است. عدم تعیین تکلیف و ارایه خدمات به موقع به بیماران، منجر به افزایش خطر بروز عواقب بدخیم، نارضایتی بیمار و همراهان و در نهایت، خشونت و تداخل در انجام امور عادی اورژانس می‌گردد (۳۸).

تعداد کافی نیروی انسانی، کلید بهبود کیفیت مراقبت از بیماران بیان شده است (۱۷). هنگامی که تعداد پرستاران کم است، آن‌ها فقط مراقبت‌های پرستاری ضروری را انجام می‌دهند (۳۸). اگرچه کمبود نیروی پرستاری یک مشکل جهانی است و تا حدودی در تمام محیط‌های مراقبتی مطرح می‌باشد (۳۲)، اما اگر نظام سلامت به دنبال دستیابی به اهداف عالی‌های همچون

خاصی از «مراقبت ضروری» به خصوص در زمینه ارتباط با بیماران، نقایص قابل توجهی وجود دارد. همچنین، مشارکت کنندگان در رابطه با مبانی کیفی خدمات پرستاری به مواردی همچون ماهیت حرفه‌ای، مبانی مدیریتی، مبانی ساختاری و مبانی آموزشی اشاره نمودند که نیازمند اقدامات لازم از سوی دست‌اندرکاران ذی‌ربط در جهت تعدیل یا رفع آن‌ها می‌باشد. تخصیص برنامه زمانی بیشتر به آموزش مداوم در عرصه‌های بالینی، ایجاد شرایط و امکانات لازم و افزایش تعداد نیروی انسانی متخصص، از جمله مهم‌ترین مواردی است که در این راستا باید مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از طرح پژوهشی با شماره ۱۰۵۶، مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه به جهت پشتیبانی مالی و همچنین، کلیه مشارکت کنندگانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

مصاحبه‌ها بیان شده بود. مشارکت کنندگان بر مواردی مانند نقایص آموزشی پرستاران، دستیاران و کارورزها و عدم فراهم بودن امکانات آموزشی تأکید داشتند. «مراقبت بر پایه علم و آگاهی» یکی از زیرطیقات مطالعه آتش‌زاده شوریده و همکاران بود (۱۸) که با این زیرطبقه هم‌راستا می‌باشد. امروزه رشد نیروی انسانی از طریق آموزش، بیش از پیش مورد تأکید و توجه سازمان‌ها قرار گرفته است. آموزش، کاراترین ابزار و قوی‌ترین فرایند موجود برای انتقال دانش و مهارت به نیروی انسانی برای انجام وظایف می‌باشد. در این راستا، نیاز است مدیران و مسئولان ذی‌ربط با تدوین برنامه‌های مستمر آموزشی، راه دگرگون شدن و بهبود کار را هموار سازند (۴۲).

نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر به جنبه اختصاصی از مراقبت بیماران ترومای شکم و لگن تحت عنوان «مراقبت نجات‌بخش» اشاره شد و نتایج بیانگر آن بود که با وجود اجرای این جنبه از مراقبت در فرایند اداره بیماران، هنوز در رابطه با جنبه‌های

References

1. Amirbeigy Tafty M, Davoud Abadi A, Amirbeigy MK. Evaluating frequency and cause of laparotomy in penetrating and blunt abdominal trauma in at Shahid Beheshti Hospital of Kashan during the years 2009-2012. Iran J Surg 2014; 22(2): 34-41. [In Persian].
2. Rajaei S, Taziki MH, Keshtkar AA, Shoa-Kazemi A. Prevalence of intra abdominal injuries due to penetrating trauma in Gorgan, Iran (2002-07). J Gorgan Univ Med Sci 2012; 14(2): 97-100. [In Persian].
3. Ebrahimipour H, Khani M, Salehabadi S, Babaei Heidarabadi A, Molavi Taleghani Y, Mirzaie N, et al. Demographically Investigate the trauma resulting from road traffic accidents in injured patients referred to Taleghani Hospital in Mashhad (Khorasan Razavi, Iran)-2013. Safety Promotion and Injury Prevention 2014; 2(3): 155-60. [In Persian].
4. Roshandel M, Sharififar ST. Rapid assessment methods in gastrointestinal tract and abdominal trauma and emergency procedures. Journal of Nursing Faculty of Army University of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran 2010; 10(2): 8-13. [In Persian].
5. McCormack R, Strauss EJ, Alwattar BJ, Tejwani NC. Diagnosis and management of pelvic fractures. Bull NYU Hosp Jt Dis 2010; 68(4): 281-91.
6. Afaghi E, Haider Nejad M, Gholami Zare N. Immediate actions on the chest trauma victims with emphasis on the nurse's role. Journal of Nursing Faculty of Army University of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran 2011; 11(Special Issue). [In Persian].
7. Jansen JO, Yule SR, Loudon MA. Investigation of blunt abdominal trauma. BMJ 2008; 336(7650): 938-42.
8. Sullivan EJ and Garland G. Practical leadership and management in nursing. Trans. Arbabi Sarjo A. Tehran, Iran: Jamenegar Publications; 2010. [In Persian].
9. Pashae S, Lakdizaji S, Rahmani A, Zamanzadeh V. Priorities of Caring Behaviors from Critical Care Nurses Viewpoints. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal 2014; 4(1): 65-73. [In Persian].
10. Neishabory M, Raeisdana N, Ghorbani R, Sadeghi T. Nurses' and patients' Viewpoints regarding quality of

- nursing care in the teaching hospitals of Semnan University of Medical Sciences, 2009. *Koomesh* 2011; 12(2): 134-43. [In Persian].
11. Karimyar Jahromi M. Nurses' quality of performance in intensive care units based on synergy model. *Iran J Nurs* 2013; 26(82): 74-83. [In Persian].
 12. Pazargadi M, Tafreshi MZ, Abedsaeedi Z, Majd HA, Lankshear AJ. Proposing indicators for the development of nursing care quality in Iran. *Int Nurs Rev* 2008; 55(4): 399-406.
 13. Baljani E, Azimi N, Hosseinloo A. A survey on nurses' perception of the importance of caring behaviors and factors affecting its provision. *Evidence Based Care* 2012; 2(1): 13-21.
 14. Smith MC, Turkel MC, Wolf. *Caring in nursing classics: An essential resource*. New York, NY: Springer; 2012.
 15. Memarian R, Vanaki Z, Rahmani A. The effect of mentoring program on quality of nursing care recording. *Nursing Mngement* 2013; 2(2): 49-54. [In Persian].
 16. Smeltzer SCO, Bare BG. *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Trans. Sami P. Tehran, Iran: Boshra Publicatons; 2004.
 17. Pazargadi M, Zagheri Tafreshi M, Abed Saeedi Z. Nurses' perspectives on quality of nursing care: A qualitative study. *Pajouhesh Dar Pezeshki* 2007; 31(2): 155-8. [In Persian].
 18. Atashzadeh Shoorideh F, Pazargadi M, Zagheri Tafreshi M. The concept of nursing care quality from the perspective of stakeholders: A phenomenological study. *J Qual Res Health Sci* 2012; 1(3): 214-28. [In Persian].
 19. Muntlin A, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *J Clin Nurs* 2006; 15(8): 1045-56.
 20. Zagheri Tafreshi M, Atashzadeh Shorideh F, Pazargadi M, Barbaz A. Quality of nursing care: Nurses', physicians', patients' and patients family's perspectives: A qualitative study. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2012; 10(5): 648-65. [In Persian].
 21. Burns N, Grove SK. *Understanding Nursing Research*. Philadelphia, PA: Saunders; 1999.
 22. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107-15.
 23. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
 24. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Principles and Methods*. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2004.
 25. Nobahar M. Care quality in critical cardiac units from nurses perspective: A content analysis. *J Qual Res Health Sci* 2014; 3(2): 149-61. [In Persian].
 26. Burhans LM, Allgood MR. Quality nursing care in the words of nurses. *J Adv Nurs* 2010; 66(8): 1689-97.
 27. Charalambous A, Papadopoulos IR, Beadsmoore A. Listening to the voices of patients with cancer, their advocates and their nurses: A hermeneutic-phenomenological study of quality nursing care. *Eur J Oncol Nurs* 2008; 12(5): 436-42.
 28. Baillie L. An exploration of nurse-patient relationships in accident and emergency. *Accid Emerg Nurs* 2005; 13(1): 9-14.
 29. Adriaansen M, Van Achterberg T, Borm G. The usefulness of the Staff-Patient Interaction Response Scale for palliative care nursing for measuring the empathetic capacity of nursing students. *J Prof Nurs* 2008; 24(5): 315-23.
 30. Wiman E, Wikblad K. Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *J Clin Nurs* 2004; 13(4): 422-9.
 31. Wiman E, Wikblad K, Idvall E. Trauma patients' encounters with the team in the emergency department-a qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(5): 714-22.
 32. Mahmoudi H, Mohammadi E, Ebadi A. Barriers to nursing care in emergency wards. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2013; 18(2): 145-51.
 33. Long LE. Imbedding quality improvement into all aspects of nursing practice. *International Journal of Nursing Practice* 2003; 9(5): 280-4.
 34. 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. [In Persian].
 35. Selbst SM, Levine S, Mull C, Bradford K, Friedman M. Preventing medical errors in pediatric emergency medicine. *Pediatr Emerg Care* 2004; 20(10): 702-9.
 36. Rafii F, Oskouie F, M. Nikravesh. Conditions Affecting quality of nursing care in burn centers of Tehran. *Iran J Nurs* 2007; 20(51): 7-24. [In Persian].

37. Greenfield S, Parle J, Holder R. The anxieties of male and female medical students on commencing clinical studies: the role of gender. *Educ Health (Abingdon)* 2001; 14(1): 61-73.
38. 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.
39. 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.
40. 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].
41. Teng CI, Hsiao FJ, Chou TA. Nurse-perceived time pressure and patient-perceived care quality. *J Nurs Manag* 2010; 18(3): 275-84.
42. Azami A, Bakhtiari H. Promoting building infrastructure of meritocracy in the police, designing a comprehensive training model of Competency. *Journal of promotional supervision and inspection* 2013; 24(7): 95-118. [In Persian].

Clarifying of Quality of Care in Abdominal and Pelvic Trauma Based on the Nursing Managers' Perspective

Sakineh Parastesh¹, Azar Darvishpour², Fatemeh Meskini-Jan-Akbari³, Sedigheh Paryab⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Abdominal trauma is one major causes of mortality and its prevalence is increasing. Despite the researches conducted in quality of care, review of literature show that no study has done about the quality of care in abdominal and pelvic trauma. This study aimed to clarify the quality of care in abdominal and pelvic trauma based on the nurse managers' perspective.

Method: In this descriptive qualitative study, 14 nurse managers employed in emergency department of one of the health centers in Rasht City, Iran, were selected purposefully. Semi-structured interviews were used to collect the data. Sampling continued until data saturation. Data were analyzed using qualitative content analysis via MAXQDA 2007 software.

Results: Data analysis led to extraction of 321 primary codes, 8 subcategories, 3 categories, and 1 main theme. The main theme named "convergence of comprehensive health care services" consists of three categories entitled "life-saving care", "essential care", and "foundations of service quality".

Conclusion: Despite the implementation of specific aspects of abdominal and pelvic trauma care as "lifesaver care", there are significant deficiencies in relation to certain aspects of "essential care", especially in communication with patients require necessary actions, which should be modified or eliminated by the relevant authorities.

Keywords: Quality of care, Nursing care, Abdominal injuries, Trauma, Nurse managers

Citation: Parastesh S, Darvishpour A, Meskini-Jan-Akbari F, Paryab S. **Clarifying of Quality of Care in Abdominal and Pelvic Trauma Based on the Nursing Managers' Perspective.** J Qual Res Health Sci 2016; 5(4): 348-62.

Received date: 07.10.2015

Accept date: 15.10.2016

1- PhD Student, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran AND Lecturer, Guilan Road Trauma Research Center AND Department of Nursing, Shahid Beheshti School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

2- Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing, Midwifery and Paramedicine AND Social Determinants of Health Research Center AND Guilan Road Trauma Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

3- Department of Nursing, Guilan Road Trauma Research Center AND Poursina Medical and Educational Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

4- Lecturer, Guilan Road Trauma Research Center AND Department of Nursing, Shahid Beheshti School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Corresponding Author: Azar Darvishpour, Email: darvishpour@gums.ac.ir