

چالش‌ها در تعیین شاخص‌های کیفی در پرستاری

منصوره زاغری تفرشی^۱

دکتر مهنوش بازارگادی^۲

چکیده

مقدمه: پرستاران در نظام مراقبت سلامتی، بزرگترین گروه را تشکیل می‌دهند و بسیاری از برآیندهای مراقبتی نتیجه فعالیتهای آنان است و اطمینان از کیفیت خدمات ارائه شده توسط این گروه مورد توجه مسئولین نظام سلامت است. گرچه تلاشهای بسیاری به منظور تعیین شاخص‌های عملکردی برای اطمینان از کیفیت مراقبتهای پرستاری انجام گرفته، اما هنوز این مسئله با چالش‌های زیادی مواجه است. تنوع در تعاریف، راههای تعیین و طبقه بندی شاخص‌ها موجب شده تا توافق و اجماع کلی در تعیین شاخص‌های مراقبتهای پرستاری وجود نداشته باشد.

مواد و روشها: این مقاله ضمن مرور مطالعات و پژوهشهای انجام شده در مورد شاخص‌های کیفیت سلامت که بیشترین و مستقیم‌ترین ارتباط را با مراقبت‌های پرستاری دارند، به بحث در مورد چالشهایی که در این حیطه وجود دارد پرداخته و راهکارهایی را برای تعیین این شاخص‌ها در کشور پیشنهاد می‌نماید.

نتیجه‌گیری: با توجه به تنوع بسیاری که در تعاریف، طبقه بندی و تعیین شاخص‌های کیفیت مراقبت پرستاری وجود دارد، نویسندگان این مقاله معتقدند انجام پژوهشهای وسیع در مورد شاخص‌های کیفیت مراقبت پرستاری مبتنی بر وضعیت نظام سلامت کشور با همکاری صاحبان نظران و پرستاران بالین ضروری است، زیرا با استفاده از این شاخص‌ها و تعیین استانداردهای مراقبتی مبتنی بر آنها، می‌توان گامی اساسی برای اطمینان از کیفیت خدمات پرستاری برداشت.

واژه‌های کلیدی: نظام مراقبت سلامتی، مراقبت پرستاری، کیفیت مراقبت، شاخص‌های کیفی

تایید مقاله: تیر ۸۴

دریافت مقاله: ۸۵/۱/۲۰

^۱ - دانشجوی دکترای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۲ - دکترای مدیریت آموزش دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مقدمه

پرستاری هنر یاری رساندن به افراد برای دستیابی به نیازهای خاص آنها در موقعیتهای خاص است (مک کان و همکاران^۱ ۲۰۰۳). از آنجا که پرستاری بزرگترین گروه مراقبتهای سلامتی است و بیماران نسبت به سایر کارکنان مراقبتی تماس بیشتری با پرستاران دارند، لذا اندازه گیری کیفیت مراقبتهای پرستاری و تأثیر آن بر نظام سلامتی مورد توجه مسئولین، صاحبان نظران و مدیران نظام سلامتی است. چالش های موجود در مورد کمبود تعداد پرستاران، تعدد و تنوع رده های پرستاری، افزایش خطاهای مراقبتی و افزایش هزینه ها سوالات مهمی را در مورد آینده نظام مراقبتهای سلامتی برانگیخته است (کاناویکتیکول و همکاران^۲ ۲۰۰۱). مطالعات نشان داده اند که کیفیت مراقبتهای پرستاری در پیشگیری از مرگ و میرهای غیر ضروری مهم است (چانگ و همکاران^۳ ۲۰۰۲) و نظام مراقبت سلامتی و خصوصاً پرستاری باید در موقعیتی قرار گیرد که از کیفیت بالای مراقبت اطمینان حاصل کند، بنابراین لازم است به سوالات زیر پاسخ داد:

۱ - معنای کیفیت در نظام سلامت چیست؟

۲ - کیفیت مراقبتهای پرستاری را چگونه می توان سنجید؟

۳ - شاخص های سنجش کیفیت مراقبتهای پرستاری کدامند؟

۴ - چه کسانی می توانند شاخص های کیفیت را در خدمات پرستاری تعیین نمایند؟

۵ - معیارهای در تعیین شاخص های مراقبتهای پرستاری کدامند؟

این مقاله درصدد است با توجه به پژوهشهای انجام شده در این رابطه، شاخص های مهم پرستاری را مطرح و چالش های موجود در تعیین این شاخص ها را مورد بحث و بررسی قرار دهد.

کیفیت در پرستاری:

کیفیت را متناسب بودن با اهداف و یا دستیابی به استانداردها تعریف می کنند (پوند^۴ ۲۰۰۲) و نه تنها یک متغیر مجزا نیست، بلکه ساختار پیچیده ای از ارزشها، عقاید و نگرشهای افرادی است که در نظام مراقبتهای سلامتی در تعامل با یکدیگر می باشند (گانتز و الیگود^۵ ۲۰۰۲).

امروزه از دیدگاه پرستاری کیفیت دیگر حداقل استانداردها نیست، بلکه دستیابی به انتظارات مددجویان در ارائه خدمات اثربخش، کافی و قابل ارائه توسط مراکز سلامتی می باشد، بطوریکه تأکید گسترده جهانی بر اندازه گیری و ارزشیابی کیفیت مراقبت سلامتی وجود دارد. این تقاضا چالش های بسیاری را برای کسانی که بدنبال شناسایی معیارهای کیفی مفید و معنادار هستند، بوجود آورده است. در واقع فراهم نمودن مراقبت های سلامتی مبتنی بر برآیندها و هزینه- اثربخش دیگر یک هدف نیست بلکه یک الزام است (گالاجر و راول^۶ ۲۰۰۳).

^۴ - Pond
^۵ - Gunther & Alligood
^۶ - Gallagher & Rowell

^۱ - Mc Cann et al
^۲ - Kunaviktikul et al
^۳ - Chang et al

شاخص های مراقبت پرستاری:

گرچه تعاریف بسیاری از شاخص ارائه شده است ولی بطور کلی می توان گفت "شاخصها، معیارهایی هستند که خصوصیات کیفی را در قالب کمیتهای بیان کرده و آنها را قابل بررسی و ارزشیابی می کنند" (پازارگادی ۱۳۷۸). برای تعیین شاخص ها از رویکردهای مختلفی استفاده می شود بطوریکه در بعضی مطالعات، این رویکردها در چهار گروه بر اساس «تشخیص های پزشکی، تشخیص های پرستاری و مراقبتی، شرایط و محیط بالینی، و مراقبت های کلی» طبقه بندی شده است که برای تعیین محتوای هر یک از این شاخص ها می توان به نظریه ها، پژوهشها، مددجویان و کارکنان سلامتی مراجعه نمود (ایدوال و همکاران^۱ ۱۹۹۷). دونابدین^۲ در سال ۱۹۶۶ در مدل پنداشتی خود برای کیفیت مراقبت سلامت، شاخص ها در سه گروه ساختار^۳، فرایند^۴ و برآیند^۵ طبقه بندی نمود (هال^۶ ۲۰۰۵). انجمن پرستاران امریکا^۷ نیز پیشنهاد کرده است که ارزیابی کیفیت مراقبت ها بر اساس تعیین معیارها و شاخص های عملکردی در ابعاد درونداد، فرآیند، و برآیند نظام مراقبت سلامتی انجام گردد. این انجمن در طی یک برنامه وسیع، ده شاخص را برای مراقبتهای پرستاری در بخش های حاد در سه گروه مذکور (جدول شماره ۱) ارائه نمود (گالاجر و راول، ۲۰۰۳، بروتن و همکاران^۸ ۲۰۰۴). گرچه این انجمن بر ضرورت انجام

پژوهشهای بیشتری در زمینه برآیند مراقبت از بیمار و شاخص های کیفی تأکید می نماید (کاناویکتیکول و همکاران، ۲۰۰۱) اما از سوی دیگر، رهبران پرستاری به منظور ایجاد یک الگوی کیفی معنا دار، قابل درک و کنترل، شاخص ها را به دو دسته عمده تقسیم نموده اند: شاخص های عمومی^۹ (همگانی) و شاخص های تخصصی^{۱۰} (ویژه). شاخص های عمومی در واقع همان شاخص هایی است که انجمن پرستاران امریکا معین نموده است اما شاخص های ویژه معمولاً برای بخش های خاص مورد استفاده قرار می گیرند (گران و همکاران^{۱۱} ۲۰۰۴). اُورتویت^{۱۲} (۲۰۰۱) نیز می نویسد شاخص ها را بر اساس سه سطح طبقه بندی نمود:

۱ - شاخص های درونداد/ ساختار؛ شاخص های فرایند و شاخص های برآیند. بطورکلی ابتدا شاخص های برآیند، سپس فرایند و پس از آن ساختار ارتباط مستقیم تری با کیفیت دارند.

۲ - براساس سطح مراقبت؛ و

۳- براساس موضوع شاخص.

از طرف دیگر در بعضی مطالعات شاخص ها به دو دسته عمده «مبتنی بر حادثه خاص»^{۱۳}، و «مبتنی بر میزان وقوع»^{۱۴} تقسیم شده اند. شاخص های مبتنی بر حادثه خاص، اندازه گیری اتفاقات نامطلوب و قابل اجتناب است که بندرت رخ می دهند و ماهیتاً نامطلوب می باشند مانند

^۱ - Idvall et al

^۲ - Donabedian

^۳ - Structure Indicators

^۴ - Process Indicators

^۵ - Outcome Indicators

^۶ - Hall

^۷ - American Nurses Association (ANA)

^۸ - Broton et al

^۹ - Universal Indicators

^{۱۰} - Specialty Indicators

^{۱۱} - Grant, et al.

^{۱۲} - Øvretveit

^{۱۳} - Sentinel Event

^{۱۴} - Rate-Based Indicators

فوت بیمار ناشی از تجویز خون ناسازگار. برای این گونه شاخص ها آستانه خطایی وجود ندارد و سطح این آستانه باید صفر باشد. شاخص های مبتنی بر میزان وقوع، شامل اندازه گیری وقایعی هستند که میزان معینی از آن قابل قبول است، مانند تعداد بیمارانی که دچار فلبیت محل تزریق وریدی شده اند. معمولاً آستانه خطا در این شاخص ها تعیین می گردد (ایدوال و همکاران، ۱۹۹۷).

هدف عمده تعیین شاخص ها- به هر طریق که طبقه بندی و شناسایی شوند- دستیابی به نظام ارزشیابی مناسبی است که بتواند کیفیت مراقبتهای پرستاری را اندازه گیری نماید (بروتن و همکاران، ۲۰۰۴). حال باید دید چه چالشهایی در راه تعیین این شاخص ها وجود دارد و در نهایت بهترین راه برای تعیین شاخص های کیفیت مراقبت پرستاری با توجه به نظام سلامت کشور چه می تواند باشد.

چالش ها در تعیین شاخص های کیفیت پرستاری:

همانگونه که گفته شد گرچه راههای مختلفی برای تعیین و دسته بندی شاخص های مراقبت پرستاری وجود دارد اما چالشهایی نیز در رسیدن به اتفاق نظر بین صاحب نظران وجود دارد که در این بخش بطور مختصر به آن می پردازیم.

۱ - نقش گروههای ذینفع^۱: مطالعات نشان می دهند که برای تعیین شاخص های مراقبتهای سلامتی، توجه به معیارها و مولفه های جهانی گرچه مناسب است اما کافی

نیست. بدیهی است هر گونه تلاش برای تعریف کیفیت باید با شناسایی دیدگاههای مختلف گروههای ذینفع در مراقبت سلامتی صورت گیرد که شامل بیماران، ارائه دهندگان مراقبت، پرداخت کنندگان هزینه ها و جامعه است (هویکی و آل^۲، ۲۰۰۰). البته مرز مشخصی بین این رویکردها وجود ندارد بعضی صاحب نظران معتقدند برای تعیین شاخص ها باید نظرات بیماران و خانواده ها در اولویت باشد، چرا که ممکن است پرستاران شاخص ها را بر اساس ارزش های مورد نظر خود تعیین کنند نه نیاز واقعی بیماران (کاناوکیکتیکول، ۲۰۰۱). بر این اساس بنظر می رسد یکی از مسائل مهم در تعیین شاخص ها توجه به گروههای ذینفع و انتظارات آنها از مراقبت های ارائه شده می باشد.

۲- برایندهای خاص پرستاری: افزایش سطح خدمات فوریتی، حجم کاری زیاد و کمبود تعداد پرستاران، تأثیر بسزایی بر کیفیت مراقبتهای پرستاری گذاشته است. اندازه گیری جنبه های مراقبت پرستاری با کیفیت مناسب، درگرو شناسایی شاخص های عملکردی کلیدی و نیز تعیین برآیندهایی است که بطور مستقیم یا غیر مستقیم تحت تأثیر عملکرد پرستاری قرار دارند. اگرچه تلاشهای بسیاری به این منظور انجام گرفته است اما هنوز این مسئله با چالش های زیادی مواجه است، چرا که مراقبتهای پرستاری ماهیتاً مجزا از سایر اقدامات تیم درمان نیست و در بسیاری از موارد، نتایج یا برآیندهای مراقبتهای ناشی از عوامل متعددی است که به کل تیم مراقبت و یا حتی به نظام مراقبت سلامتی مربوط می شود (لانگ^۳، ۲۰۰۳).

^۲ - Huycke & All
^۳ - Long

^۱ - Stakeholders

۳- موارد استفاده از شاخص‌ها: برای انتخاب اینکه

کدام شاخصها را باید استفاده نمود، ابتدا باید به سوالات کلیدی نظیر اینکه چه کسانی از این داده‌ها استفاده می‌کنند و چه استفاده‌ای از آنها خواهد شد، پاسخ داد. در واقع شاخص‌ها ممکن است در جهت اهدافی چون پژوهش، بهبود بالینی، حمایت از نظام ارجاع، مدیریت منابع، و بالاخره اطلاعات و اعتماد سیاستگذاران و عموم مردم استفاده شوند (اُورتویت ۲۰۰۱). بازارگادی (۱۳۸۱) معتقد است «برای برداشتن گام‌هایی محکم و استوار در پرستاری، به برنامه‌هایی جهت ارزیابی، ارزشیابی و تضمین کیفیت نیاز می‌باشد. تحقق این امر از یکسو منوط به طراحی الگو و نظامی جامع جهت تعیین استانداردها و شاخص‌ها در ابعاد درون‌داد، فرآیند و برون‌داد نظام مراقبتی و از سوی دیگر وجود رهبران اثربخش در مراکز سلامتی است». در واقع اگر استفاده از شاخص‌ها و داده‌های حاصل از آنها در جهت ارزشیابی و تضمین کیفیت مراقبت‌های ارائه شده می‌باشد، لذا باید بر اساس اهداف مورد نظر، شاخص‌هایی را در نظر داشت که حساس در پرستاری بوده و تا جایی که ممکن است کیفیت مراقبت‌های پرستاری را مورد ارزیابی قرار دهد.

۴- چگونگی طبقه‌بندی شاخص‌ها: پژوهشگران از

دیدگاه‌های متفاوت شاخص‌ها را طبقه‌بندی می‌کنند (جدول شماره دو). بنظر می‌رسد علت آن تفاوت در دیدگاهها و برنامه‌های نظام مراقبت سلامتی باشد. این تفاوتها مشکلاتی را در تعیین «شاخص‌های حساس در پرستاری»^۱ یا عبارت دیگر شاخص‌هایی که بیشترین

مستقیم‌ترین ارتباط را با مراقبت‌های پرستاری دارند، ایجاد نموده است. بطوریکه بروتن و همکاران (۲۰۰۴) می‌نویسند «در واقع توافق و اجماع کلی در تعیین شاخص‌های مراقبت‌های پرستاری علیرغم توجه روز افزون به آن وجود ندارد و علت این مسئله تنوع در راه‌های تعیین شاخص‌ها می‌باشد». بدلیل همین تفاوتها، بعضی کشورها به تعیین این شاخص‌ها با توجه به شرایط خاص کشور خود پرداخته‌اند (کاناویکتیکول و همکاران ۲۰۰۱)

راهکارها برای تعیین شاخص‌های کیفی

پرستاری:

در واقع رویکردها برای طراحی شاخص‌ها و کاربرد آنها، نیازمند تلاش فراوان در سطح محلی است (کازانجیان و همکاران^۲ ۲۰۰۳). به این معنا که هر کشور با توجه به نیازهای جامعه و توانمندیهای بالقوه و بالفعل خود، لازم است به تعیین شاخص‌های کیفی در این حیطه همت گمارد. حقیقت این است که بسیاری از مشکلات موجود در جامعه پرستاری کشور ما، علیرغم بعضی تشابهات، با کشورهای توسعه یافته و یا در حال توسعه دیگر متفاوت است. بطوریکه بازارگادی (۱۳۸۱) نیز می‌نویسد «در کشور ما خدمات پرستاری از ارزیابی کیفیت، ارزشیابی عملکرد و نهایتاً اثربخشی و کارآیی فاصله زیادی گرفته است». بنابراین گامهای زیر برای ارزشیابی کیفیت مراقبت پرستاری در کشورمان ضروری است:

۱ - شناسایی نیازهای بیماران/مددجویان با رویکردی جامع

گرا^۳

^۲ - Kazandjian, et al

^۳ - Holistic approach

^۱ - Nursing Sensitive Quality Indicators (NSQI)

۲ - بررسی نیروی پرستاری از نظر تعداد، تنوع رده ها، سطح علمی و مهارت‌های آنان

۳ - تعیین شاخص های مراقبتی تحت تأثیر نظام ارائه مراقبت در کشور.

۴ - تعیین شاخص های حساس پرستاری با انجام پژوهش های وسیع

۵ - تهیه ابزار مناسب جهت ارزشیابی کیفیت مراقبت‌ها از طریق بررسی و مقایسه شاخص ها

۶ - ارزشیابی دوره ای و منظم کیفیت مراقبت‌های پرستاری ارائه شده در مراکز سلامتی کشور

۷ - به روز نمودن و بازنگری شاخص ها و ابزار مورد نظر با توجه به نتایج ارزشیابی های دوره ای و بازخوردهای آن.

برای تحقق گام‌های مذکور پیشنهاد می شود کمیته ای متشکل از صاحب‌نظران و مدیران پرستاری، با توجه به نظام ارزشی جامع و اهداف نظام سلامت کشور، تشکیل گردیده و برنامه ای منسجم در این خصوص تدوین گردد.

نتیجه گیری

نظام سلامت با توجه به رسالت خود، زمانی می تواند پاسخگوی عملکرد کارکنان خود در برابر جامعه باشد که ابزاری مناسب برای تعیین و تضمین کیفیت خدمات ارائه شده، طراحی نماید. همانگونه که اشاره شد در تعیین شاخص های کیفیت مراقبت های پرستاری، بعنوان ابزاری برای ارزیابی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده، اجماع کلی وجود ندارد و عواملی چون نقش گروه‌های ذینفع، برایندهای خاص پرستاری، موارد استفاده از شاخص ها، و

روشهای طبقه بندی شاخص ها، در چگونگی تعیین آنها تأثیرگذار می باشند.

در کشور ما، اگرچه بعضی از محققان در جهت تبیین شاخص های کیفی در بخش سلامت تلاشهایی نموده اند، اما از آنجا که اغلب این تلاشها توسط افراد و یا صاحب‌نظران غیر پرستاری در نظام مراقبت سلامت صورت گرفته، لذا در تعیین شاخصهای پرستاری عمدتاً بر شاخص های ساختار نظیر تعداد و ترکیب کارکنان تأکید شده و شاخص های فرآیند و برآیند مورد توجه کافی قرار نگرفته اند. بدیهی است تعیین شاخصهایی که با ویژگیها و اهداف نظام سلامت و پرستاری در کشور همخوانی داشته باشد ضروری است تا بتواند نظام ارزشیابی و تضمین کیفیت را در مراقبت های پرستاری منسجم و هدفمند نماید. در غیر اینصورت تلاشهای انجام شده برای اطمینان از کیفیت خدمات پرستاری عقیم خواهد ماند. نویسندگان این مقاله معتقدند در راستای سیاستهای توسعه کشور و با افزایش تعداد صاحب‌نظران در حرفه پرستاری و نیز رشد فزاینده دانش آموختگان در مقاطع کارشناسی ارشد و دکترای پرستاری، زمان آن رسیده که کیفیت مراقبت‌های پرستاری با تعیین مولفه ها و شاخص های عملکردی در تمام ابعاد و مبتنی بر شرایط کنونی مراکز سلامتی کشور مورد توجه جدی قرار گیرد.

جدول ۱- شاخص های تعیین شده پرستاری در بخشهای حاد توسط انجمن پرستاران امریکا (گالاجر و راول، ۲۰۰۳ و بروتن و همکاران، ۲۰۰۴)

شاخص	زیر گروهها
ساختار	- نسبت تعداد پرستاران حرفه ای ، بهیاران، و کمک پرستاران (بدون احتساب پرستاران متخصص) - میزان کل ساعات مراقبت پرستاری به ازای هر بیمار
فرآیند	- حفظ سلامت پوست بیمار - رضایتمندی پرستاران
برآیند	- میزان صدمه به بیمار (مانند سقوط از تخت) - میزان عفونتهای بیمارستانی - میزان رضایتمندی کلی بیماران - میزان رضایتمندی بیماران از مراقبتهای پرستاری - میزان رضایتمندی بیماران از مدیریت درد - میزان رضایتمندی بیماران از آموزش های دریافت شده

جدول شماره ۲- انواع شاخص های پرستاری ارائه شده در منابع مختلف

منابع	انواع شاخص های پرستاری
ایدوال و همکاران (۱۹۹۷) به نقل از کمیسیون اعتباربخشی مراکز مراقبت سلامتی ^۱	- شاخص های مبتنی بر حادثه خاص: مانند فوت بیمار ناشی از تجویز خون ناسازگار - شاخص های مبتنی بر میزان وقوع: مانند تعداد بیمارانی که دچار فلبیت محل تزریق وریدی شده اند
کاناویکتیکول و همکاران (۲۰۰۱)	- شاخص های ساختار: مدیریت، محیط، منابع، پرسنل - شاخص های فرآیند: عملکرد پرستاران، فعالیت پرستاران بر اساس استانداردها، مدیریت مراقبت از بیمار، رضایتمندی پرستاران - شاخص های برآیند: میزان وقوع عوارض، رضایتمندی مددجو، رضایتمندی مددجو از آموزش ارائه شده، زمان، رضایتمندی از مدیریت درد، رضایتمندی از مدیریت علائم و نشانه های بیماری
اُورتویت (۲۰۰۱)	- براساس شاخص های سه گانه: شاخص های درونداد/ ساختار: نسبت کارکنان به بیماران، صلاحیت و مهارت کارکنان؛ شاخص های فرآیند: میزان خطاهای دارویی، زمانهای انتظار و شاخص های برآیند: میزان مرگ و میر، و کیفیت زندگی - بر اساس سطح مراقبت: شاخص های بیمارستانی (نظیر میزان عفونتهای بیمارستانی)، بخشی، گروهی، برنامه ای، گروه درمانی/ بیماری، و یا شاخص های انفرادی برای بیمار - بر اساس موضوع شاخص: شکایت بیمار، خطای دارویی، زمان انتظار، میزان بستری های مجدد برنامه ریزی نشده و....

^۱ - JCAHO

منابع	انواع شاخص های پرستاری
ANA (گالاجر و راول، ۲۰۰۳ و بروتن و همکاران، ۲۰۰۴)	- شاخص های ساختار: میزان کل ساعات مراقبت پرستاری به ازای هر بیمار، نسبت تعداد پرستاران دارای مجوز، بهیاران و پرسنل کمکی (بدون احتساب پرستاران متخصص) - شاخص های فرایند: میزان رضایتمندی پرستار از شغل خود، حفظ سلامت پوست بیمار - شاخص های برآیند: میزان وقوع صدمات به بیمار مانند سقوط از تخت، میزان وقوع عفونتهای بیمارستانی، میزان رضایتمندی کلی بیمار از مراقبت های ارائه شده، میزان رضایت بیمار از مدیریت درد، میزان رضایت بیمار از آموزش ارائه شده، میزان رضایت بیمار از مراقبت های پرستاری
گران و همکاران (۲۰۰۴)	- شاخص های عمومی: شیوع زخم فشاری، سقوط بیمار از تخت، رضایتمندی بیمار، مدیریت درد، ساعات کار پرستاری به ازای روز بستری بیمار، رضایتمندی پرستار، تعداد پست های بلا تصدی - شاخص های تخصصی: میزان عفونت ناشی از ویروس خاص، ساعات استفاده از دستگاه تهویه مصنوعی، واکنش های ناشی از انتقال خون، عفونتهای محل جراحی
صدقیانی (۱۳۷۷)	- کمیت مراقبتهای پرستاری: ساعات کار پرستاری به ازای هر بیمار در روز، ساعات مراقبت در بخش های ویژه، نسبت پرستاران حرفه ای به غیر حرفه ای، تعداد سوپروایزرها به پرستاران، متوسط هزینه های خدمات پرستاری به ازای هر روز بستری بیمار - کیفیت مراقبتهای پرستاری: نگرش حرفه ای پرستاران، چگونگی اقدامات پرستاری، گزارشات پرستاری، آسایش روانی بیمار، رفاه بیمار، کنترل شرایط بیمار

منابع

- بازارگادی، م (۱۳۷۸). *اعتباربخشی در آموزش عالی*. چاپ اول، تهران، انتشارات صباح.
- بازارگادی، م (۱۳۸۱). تضمین کیفیت: تلاشی جهت افزایش اثربخشی خدمات پرستاری. *فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی*. سال دوازدهم، شماره ۳۶.
- صدقیانی، ا (۱۳۷۷). *سازمان و مدیریت بیمارستان*. جلد اول، انتشارات جهان رایانه، چاپ اول.
- Brooten, D. et al. (۲۰۰۴) Quality and the nursing workforce: APNs, patient outcomes and health care costs. *Nursing Outlook*, ۵۲ (۱): ۴۵-۵۲.
- Chang, B.L. et al (۲۰۰۲) Evaluating quality of nursing care: The gap between theory and practice. *Journal of Nursing Administration (JONA)*, ۳۲ (۷/۸): ۴۰۵-۴۱۸.

- Gallagher, R. M. and Rowell, P.A. (۲۰۰۳) Claiming the future of nursing through nursing-sensitive quality indicators, *Nursing Administration Quarterly*, ۲۷(۴): ۲۷۳
- Grant, S. M., Wild, L. and Vincent, J. (۲۰۰۴) Process and outcome measures using nursing sensitive indicators, *Nurse Leader*, ۲ (۲): ۴۶-۴۹.
- Gunther, M. and Alligood, M. R. (۲۰۰۲) A discipline-specific determination of high quality nursing care, *Journal of Advanced Nursing*, ۳۸ (۴): ۳۵۳-۳۵۹.
- Hall, L. M. G. (۲۰۰۵) *Quality Work Environments for Nurses and Patient Safety*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Huycke, L. and All, A. C. (۲۰۰۰) Quality in health care and ethical principles, *Journal of Advanced Nursing*, ۳۲ (۳): ۵۶۲-۵۷۱.
- Idvall, E et al (۱۹۹۷) Quality indicators in clinical nursing: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. ۲۵(۱): ۶-۱۷.
- Kazandjian, V. A. et al. (۲۰۰۳) Are performance indicators generic? The international experience of the quality indicator project, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, ۹(۲): ۲۶۵-۲۷۶.
- Kunaviktikul, W. et al. (۲۰۰۱) Development of quality of nursing care in Thailand, *Journal of Advanced Nursing*, ۳۶ (۶): ۷۷۶-۷۸۴.
- Long, L. E. (۲۰۰۳) Imbedding quality improvement into all aspects of nursing practice. *International Journal of Nursing Practice*, ۹ (۵), ۲۸۰- ۲۸۴.
- Mc Cann, J. A. S. et al. (۲۰۰۳) *Five Keys to Successful Nursing Management*, Lippincott Williams & Wilkins.
- Øvretveit, J. (۲۰۰۱) Quality evaluation and indicator comparison in health care, *International Journal of Health Planning and Management*. ۱۶ (۳), ۲۲۹-۲۴۱.

- Pond, W. K. (۲۰۰۲) Twenty- first century education and training, implications for quality assurance, *Internet and Higher Education*. ۴ (۳-۴), ۱۸۵-۱۹۲.

Archive of SID

Challenges in identifying nursing quality indicators

Zagheri Tafreshi, M.

Pazargadi, M, Dr.

Abstract:

Introduction: Nurses comprise the largest group of health professionals in the health delivery and in assisting patients to achieve desired health outcomes. Thus, the quality assurance of nursing care is considered as an increasing concern for stakeholders. Although many efforts have been made to determine quality indicators of nursing care, there are challenges for achieving a consensus.

Methods: This article reviews literature to discuss about these challenges and suggests some solutions for them.

Results: Findings showed that different definitions and categorizations exist in quality indicators of nursing care.

Conclusion: As there are many differences in defining and categorizing nursing quality indicators, the authors believe that it is necessary for nurse researchers and scholars to find sensitive nursing indicators according to the healthcare system of their own country.

Key words: Healthcare system, Quality of nursing care, Quality indicators, Nursing quality indicators.