

نقش - ارائه خدمات پرستاری - ش بار کاری بی - استان - یک - الچه کیفی

سیف ... علانی (Ph.D Student)، فاطمه الحانلی* (Ph.D)، حسن ناوی پور (Ph.D)

گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

چکیده

هدف: علی بن ساخت بی - استان - نوات اخیر، توزیع - لحاظ تعداد تخت - های بی - استانی - داشته و با ازدحام کاری - اجه می - . لذا این - منظور تبیین - مراکز - خدمات پرستاری - ش بار کاری بی - استان - شده است.

روش: این - به روش کیفی - شرکت - گان اصلی این تحقیق - ان - اوره و ارائه - پرستاری - نمونه گیری - بت مبتنی - سپس نظری - در مجموع با ۲۶ - از مدیران - مختلف ارائه - مات مراقبتی - مانی، - گان و - گان - به عمل آمد. داده های - روش تحلیل - قراردادی تحلیل شد.

افته ها: افته - تحقیق در ۳ - ونمایه - "مراقبت های - رپائی از بی - اران -"، "سیر - شش - هی - اقبنتی بی - اران -"، "همکاری - مراقبت از بی - اران - ستی بی - استان -" - برباقه - تعدد پدیدار شد.

نتیجه گیری: ارائه - ات پرستاری - محور به - راقبت از بی - اران -"، بستری - نزل طی - ال های اخیر، سیر - زولی یافته - قابل توجهی از این - اقبنت - جدداً بی - استان - است. لذا - نگری - برنامه های - تعامل کاری - رابطه - بین - شاوره و بی - استان - روری می - اشد.

اژه - کلیدی: پرستاری - ارائه خدمات پرستاری، - الچه کیفی، - ستی - دن - بی - استان

مقدمه

بیمارستان ها کانون اصلی ارائه خدمات سلامت را با محوریت درمان و پیشگیری سطح دوم، تشکیل می دهند که در طول زمان دچار دگرگونی های زیادی شده اند [۱]. تغییر نیازهای جامعه و سیاست سیستم های سلامت، در ایجاد این دگرگونی ها نقش به سزایی داشته است [۲]. از جمله این تغییرات می توان به تاکید سازمان جهانی بهداشت بر توازن

سطوح پیشگیری و ارائه خدمات جامعه محور تاکید نمود [۳]. خدمات جامعه و خانواده محور از جمله تغییرات اساسی در سیاست های کلی نظام سلامت محسوب می شود به طوری که حتی در برخی کشورها ارائه خدمات سلامت به نسبت تقریباً مساوی در بین بیمارستان و جامعه توزیع گردیده است [۴]. خدمات جامعه محور سلامت دارای مزایای متعددی از جمله کاهش ریسک عفونت و هزینه های مادی و معنوی مرتبط با

و پرستاری در بیمارستان برخوردار بوده‌اند. داشتن ۳-۵ سال تجربه در حرفه پرستاری از ملزومات اولیه اعطای مجوز فعالیت می‌باشد [۱۵]. موقعیت‌های دیگری نیز برای ارائه خدمات پرستاری در خارج از بیمارستان فراهم می‌باشد. از جمله "مراکز ارائه خدمات بالینی در منزل" که اندک زمانی بعد از تصویب قانون ایجاد مراکز مشاوره موجودیت یافتند و معمولاً با مدیریت پزشکان اداره می‌شوند. این مراکز اجازه دارند به صورت فردی یا تیم بهداشتی، درمانی، مراقبتی و توان بخشی در منزل فعالیت نمایند و پرستاران نیز می‌توانند یکی از اعضای تیم مدیریتی یا مراقبتی آن‌ها باشند. حالت دیگر "شرکت‌های ارائه خدمات بهداشتی درمانی" هستند که در سطح جامعه مشغول به ارائه خدمات سلامت می‌باشند. این شرکت‌ها به صورت هیات مدیره‌ای تشکیل و اداره می‌شوند و پرستاران می‌توانند عضو هیات مدیره یا مدیرعامل این شرکت‌ها باشند. شرکت‌های بهداشتی درمانی دارای اختیارات وسیع بوده و می‌توانند با بیمارستان‌ها هم قرارداد کاری منعقد نمایند. این شرکت‌ها می‌توانند با مراکز مشاوره یا مراکز ارائه خدمات بالینی قرارداد همکاری منعقد نموده یا این‌که راساً اقدام به اخذ مجوزهای مذکور نمایند. وضعیت دیگر ارائه خدمات پرستاری، "واحدهای تزریقات و پانسمان" می‌باشند که با مدیریت پرستاران و نظارت فنی پزشکان، معمولاً در ساختمان پزشکان و در مجاورت مطب پزشک ناظر فنی فعالیت می‌نمایند. این واحدها می‌بایست خدمات پرستاری را صرفاً در محل کار خود ارائه نمایند. مراکز پرستاری در دنیا دارای یک قرن قدمت می‌باشند و تعداد آن‌ها در دهه‌های اخیر به خصوص بعد از سال ۱۹۸۵ گسترش یافته است [۱۶]. در آمریکا سه شکل از این مراکز شامل کلینیک‌های پرستاری، پرستاری وابسته به موسساتی نظیر بیمارستان‌ها، سازمان‌های بهداشتی، مراکز آکادمیک نظیر دانشکده‌های پرستاری و نهایتاً مراکز پرستاری خصوصی فعال می‌باشند که توسط پرستاران اداره می‌شود [۱۷]. در معدودی از کشورهای آسیای نظیر تایوان، این مراکز گسترش یافته و علاوه بر مراقبت‌های

آن می‌گردد [۵]. در عین حال وجود بیمارستان به خصوص برای بستری و مراقبت از بیماران حاد هم‌چنان ضرورت دارد [۲].

حرفه پرستاری سابقه طولانی مواجهه با تغییر نیازهای جوامع برای اطمینان از دستیابی به مراقبت بهداشتی با کیفیت داشته است [۶]. لذا حرفه پرستاری یکی از ارکان مهم نظام سلامت در ارائه خدمات و به ثمر نشانیدن سیاست‌های سلامت محسوب می‌شود. علاوه بر درک نیازهای بیماران، پرستاران نسبت به وضعیت سیستم بهداشتی و سیستم‌های اجتماعی آگاهی دارند، بنابراین در جایگاه منحصر به فرد ارائه مراقبت قرار گرفته‌اند [۷]. پرستاران در سطوح مختلف پیشگیری نقش دارند [۸]. در ارزیابی این نقش‌ها به ویژه در بعد مراقبت‌های جامعه‌محور، علاوه بر توجه به جنبه‌های کیفی به منفعت اقتصادی آن نیز بایستی توجه نمود [۹].

متأسفانه در کشور ما حوزه فعالیت پرستاران بیش‌تر در بیمارستان‌ها تعریف شده و به نقش جامعه‌محور آن‌ها کم‌تر توجه شده است [۱۰]. از اقدامات موثر در جهت توسعه نقش جامعه‌محور پرستاری، تاسیس مراکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری بوده است. یکی از اهداف اصلی تصویب قانون تاسیس این مراکز در سال ۱۳۷۸ کاهش بار کاری بیمارستان‌ها و هزینه‌های مربوطه می‌باشد [۱۱]. ذکر این نکته ضروری است که ساخت و نگهداشت بیمارستان‌ها پرهزینه بوده و سهم قابل توجهی از منابع نظام سلامت در بیمارستان‌ها صرف می‌شود [۱۲]. شاخص نسبت تخت بیمارستانی به جمعیت در کشور ما ۱/۵ به ۱۰۰۰ نفر جمعیت می‌باشد، کمبود تخت و توزیع نامتعادل تخت‌های بیمارستانی از مشکلات موجود در کشور می‌باشد [۱۳، ۱۴].

دفاتر "مراکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری" در سطح جامعه دایر می‌شوند و عموماً وظیفه این دفاتر کاری، هماهنگی با مشتریان بوده و ارائه خدمات پرستاری بایستی در منازل یا سطح جامعه یا منازل انجام گیرد. اغلب مدیران و کادر شاغل در این مراکز هم‌زمان در موقعیت‌های مختلف کاری در بیمارستان‌ها نیز اشتغال دارند یا از سابقه طولانی کار مدیریتی

یافته‌های نهایی تحقیق در ۳ درونمایه اصلی "مراقبت‌های سرپائی از بیماران در منزل"، "سیر کاهشی پوشش‌دهی مراقبتی بیماران حاد در منزل"، "همکاری محدود در مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان" با زیرطبقه‌های متعدد (جدول ۱) پدیدار شد.

- درونمایه "مراقبت‌های سرپائی در منزل" شامل زیرطبقات «مراقبت سرپائی بیماران مزمن مقیم در منزل»، «مراقبت مقطعی دوره بهبودی پس از ترخیص» می‌باشد.

مراقبت‌های سرپائی ارائه شده توسط مراکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری عمدتاً شامل تزریقات و پانسمان بود. یا مراقبت‌هایی نظیر تعویض سوند ادراری یا لوله معده که بر حسب ضرورت و مقطعی از طرف خانواده، یا از طرف خانواده و به توصیه پزشک تقاضا شده و انجام می‌گرفت. البته بعضی موارد پزشکان متخصص تاکید داشتند که ادامه فرایند مراقبت از زخم زیر نظر آن‌ها انجام گیرد یا این‌که توصیه عمومی در خصوص الگوی زمانی تعویض پانسمان می‌نمودند. تجربه یکی از مدیران مراکز چنین می‌باشد:

«کارائی رو که ما انجام میدیم مطابق مجوزمون هستش. تو مجوز نوشته الان چه نوع کارهائی رو انجام بدیم. تعویض پانسمان، سوندگذاری، تزریقات IM, IV اینا هستش که دقیقاً نوشته شده در مجوز که چه کارهائی رو ما می‌تونیم انجام بدیم.....» (م ۴ مدیر مرکز).

در موارد زیادی هم به دلیل پوشش بیمه‌ای ناکافی و بالا بودن هزینه‌های پرداختی جهت دریافت این خدمات در منزل، بیماران راساً یا به توصیه تیم درمانی به کلینیک‌های دولتی مراجعه می‌نمودند. یکی از پزشکان متخصص در این زمینه چنین گفت:

«من خودم همیشه بیماران را به رفتن به کلینیک دانشگاه توصیه می‌کنم، به دلیل این‌که در آن‌جا خدمات مراقبتی مثل تزریقات و پانسمان با هزینه بسیار کم انجام می‌شود.....» (م ۹).

مضاف بر این حالت خود پرستاران شاغل در بیمارستان، شرکت‌های بهداشتی درمانی، درمانگاه‌ها و حتی افراد فاقد

می‌شود تا درکی کامل درباره آن‌ها به‌دست آید [۲۱]. مراحل طی شده در این پژوهش شامل مرتب کردن داده‌ها، تصمیم‌گیری در خصوص واحد تحلیل، طراحی جهت توسعه کدها و طبقات، کدگذاری بر اساس نمونه متن، کدگذاری تمام متن، رسیدن به ثبات در کدگذاری، نتیجه‌گیری درباره داده‌های کدگذاری شده و گزارش آن‌ها بود.

به منظور تعیین استحکام داده‌ها از معیارهای پیشنهادی کوبا و لینکن شامل: اعتبار (Credibility)، قابلیت اعتماد (Dependability)، تاییدپذیری (Conformability) و انتقال‌پذیری (Transferability) استفاده شد [۲۲].

جهت افزایش اعتبار داده‌ها پژوهشگر مشارکت کافی و تعامل نزدیک با مشارکت‌کنندگان داشت، بازنگری متون مصاحبه کدگذاری شده توسط تعدادی از مشارکت‌کنندگان در پژوهش انجام شد. برای افزایش قابلیت اعتماد داده‌های پژوهش، یافته‌ها در اختیار مدیران مراکز مشاوره و خدمات پرستاری که از نمونه‌های تحقیق نبودند قرار گرفته و صحت آن مورد تایید قرار گرفت. به منظور تاییدپذیری و مطابقت داده‌ها، کلیه مراحل پژوهش تحت نظارت صاحب‌نظر و متخصص انجام و از نظرات آن‌ها استفاده شد. جهت افزایش قابلیت انتقال‌پذیری، نمونه‌ها با حداکثر تنوع (انتخاب شرکت‌کنندگان با مقاطع مختلف سنی و از دو جنس و تنوع اقتصادی و اجتماعی و افراد با سابقه ارائه خدمات متفاوت و نقش‌های متنوع از مراکز مناطق مختلف جغرافیائی) انتخاب شدند.

نتایج

مشارکت‌کنندگان پژوهش ۲۶ نفر از مدیران مراکز و موسسات مختلف ارائه‌کننده خدمات مراقبتی درمانی، پزشکان و گیرندگان خدمات بوده‌اند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان حدود ۵۰ (۳۷-۶۷) سال و اکثر آن‌ها دارای سوابق طولانی (بیش از ۵ سال) در ارائه خدمات بالینی و سمت‌های مدیریتی در بیمارستان‌ها بوده‌اند.

گسترده‌ای برای افراد تحت پوشش خود بیمه نموده بودند. لیکن کاهش هزینه‌های بستری در بیمارستان در سنوات اخیر، افزایش جذب و اشتغال پرستاران در بیمارستان‌ها و کم‌میلی و نگرانی پرستاران از ارائه مراقبت در جامعه، کاهش پوشش بیمه‌ای و حمایتی توسط سازمان‌های ذکر شده، فرایند رو به رشد مراقبت از بیماران حاد در منزل را با توقف و حتی سیر نزولی همراه کرده است. یکی از پرستاران تجربه خود را چنین بیان کرده است:

« بچه‌های درمان میدونن نازوتراکیال مشکله هر کسی نمیتونه بره (انجام بده) و اگه انجام بده مریض ۱۵ ساعت راحته.....۲۴ ساعت راحت باشه.... ولی اونا متاسفانه نمیدونن و پولش رو هم نمیدن..... و این باعث شد که ما چرا بیخودی کار کنیم.... من برم اونجا استرس و فلان و نه ارزش کارم رو میدونن نه خودمو تو استرس بندازم مریض ایست قلبی بکنه نکنه...» (م ۸ مدیر مرکز مشاوره).

• درونمایه "همکاری محدود در مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان" شامل زیر طبقات «مراقبت از بیماران بستری تحت پوشش سازمان‌های خاص حین بستری در بیمارستان»، «عقد قرارداد کاری تامین نیروی مراقب بیمارستان به صورت محدود» و «کمک به خانواده به عنوان جایگزین همراهی بیمار بستری» می‌باشد.

بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان مراکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری از طریق مختلفی این مراکز در تامین نیرو و کمک به مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان و مراکز سلامت همکاری داشته‌اند.

یک حالت آن انعقاد قرارداد بین مراکز مشاوره و بعضی از سازمان‌ها جهت ارائه مراقبت‌های مداوم از بیماران تحت پوشش در منزل و جامعه بوده است. در صورت بستری شدن این بیماران در بیمارستان، مراقبین خصوصی و دائم بیمار، ایشان را در بیمارستان همراهی می‌کردند.

مواردی هم قرارداد رسمی بین مراکز مشاوره و بعضی از بیمارستان‌های خصوصی، نیمه خصوصی جهت ارائه خدمات مراقبتی پس از ترخیص شکل می‌گرفت. بعضی مواقع که

صلاحیت حرفه‌ای نظیر بهیار و کمک بهیار نیز بدون رعایت ضوابط و چارچوب‌های تعیین شده به‌طور مستقل به ارائه خدمات سرپائی در منزل می‌پردازند. بنابراین سهمی از این خدمات توسط مراکز ارائه می‌شود.

• درونمایه "سیر کاهشی پوشش‌دهی مراقبتی بیماران حاد در منزل" شامل زیر طبقات «پوشش سازمانی کاهنده مراقبت از بیماران حاد بستری در منزل»، «تسهیل‌گرهای اقامت و مراقبت بیمارستانی» می‌باشد.

بنا به تجربه مشارکت‌کنندگان مراقبت نگهدارنده و طولانی مدت از بیماران دچار مشکلات جسمانی متعدد و به عبارتی ICU در منزل پس از طی فرایند نسبتاً طولانی و پریچ و خم در کشور ما اجرائی گردید. به این معنی که از ابعاد مختلف به تدریج این آمادگی و توانائی ایجاد شد. پرستاران و مراکز مشاوره به تدریج به مرحله نسبتاً مناسبی از توانائی در خصوص امکان ارائه این خدمات رسیدند، این آمادگی از ابتدا در بین پزشکان و خانواده گیرنده خدمات وجود نداشته است. یکی از مشارکت‌کنندگان تجارب خود را در این زمینه چنین بیان کرده است:

«برای اولین بار بود که من به مریضی رو از بیمارستان نزدیک ۱۰ سال پیش بردم خونه، روزی که من داشتم می‌بردم این مریض رو با آمبویگ داشتم، تراکتوستومی داشت آمبویگ داشتم میزدم که منتقلش کنم به آمبولانس و از اونجا بیرمش خونه، واقعاً پرستاری بیمارستان یعنی نگاه می‌کردن یعنی تعجب و حیرت زده شده بودن که این مریض زنده خواهد موند یا نه..... دید خانواده این بود که پسر این آقا می‌خواست پدر رو ببرد تا روزای آخر زندگیشو در منزل سپری کنه، که به ما معرفی شده بود» (م ۷ مدیر مرکز).

همگام با تغییرات ایجاد شده در توانائی پرستاران و مراکز مشاوره و بهبود نگرش جامعه در خصوص بستری و مراقبت بیماران حاد در منزل، تناسب نسبی بین هزینه‌های بستری این بیماران در منزل در مقایسه با بستری در بخش‌های ویژه بیمارستانی ایجاد شده بود. حتی بعضی از سازمان‌ها نیز خدمات پرستاری برای بیماران حاد در منزل را به‌طور نسبتاً

همراه آگاه را برای بیمار به عهده گرفته و در امور مراقبت تخصصی هیچ گونه دخالتی نداشتند. متقاضیان دریافت این گونه خدمات خانواده‌هائی بودند که از توانائی مالی نسبتاً خوبی برخوردار بوده، لیکن برای حضور و اقامت در کنار بیمار خود وقت کافی ندارند. یا خانواده‌هائی که در زمان بندی و هماهنگی جهت حضور در کنار بیمار در بیمارستان تفاهم نداشتند. تجربه یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان چنین بیان شد: «همراه مریض خودش نمی‌تونه بمونه. ولی خودبه‌خود می‌تونه ۴ تا پسر داره ۴ تا ۵۰ تومن سر هم کنن خرجشو برن بدن و مریضم چون تو بیمارستانه و اینا (کمک بهیاران شاغل مرکز) کارها رو یاد گرفتن بهتر به مریض خدمات میدن بیمارستان استقبال می‌کنه چون یه نفر مجانی بالاسر مریض هست....» (م ۱۲ مدیر مرکز).

بیمارستان‌های طرف قرارداد دچار کمبود نیرو می‌شدند، از مرکز مشاوره برای تکمیل نیروی مراقبتی بیمارستان به‌طور مقطعی کمک می‌گرفتند. این نیروها عمدتاً بهیار، کمک بهیار و یا مراقبین معمولی بودند که صرفاً کارهای اولیه و غیر تخصصی را برای بیماران انجام می‌دادند. یکی از مشارکت‌کنندگان تجارب خود را در این زمینه چنین بیان کرد: «توی بیمارستان هم فقط مریض‌هائی مراقبت می‌کردم که از طریق مرکز معرفی می‌شدند یا با هماهنگی مرکز مشاوره با بیمارستان کار می‌کنیم....» (م ۲۶ بهیار شاغل در مرکز). نحوه دیگر کمک به ارائه خدمات مراقبتی در بیمارستان قالب غیر رسمی داشته، عمدتاً توسط خانواده‌ها و به ندرت از طریق سازمان‌های خاص درخواست شده و با هماهنگی مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری شکل می‌گرفت. ارائه‌دهندگان این گونه خدمات مراقبتی به‌عنوان غالباً نقش یک

جدول ۱. جدول طبقات حاصل از یافته‌های پژوهش

طبقه	زیرطبقه	طبقه فرعی
مراقبت‌های سرپائی از بیماران در منزل	مراقبت سرپائی بیماران مزمن مقیم در منزل	مراقبت‌های خاص بیماری محور
		خدمات پرستاری موردی و مقطعی
مراقبت مقطعی دوره بهبودی پس از ترخیص	مراقبت‌های پس از ترخیص بیمارستان	خدمات پرستاری دفعی و باره وقت
		کاهش نسبی مراقبت پرستاری از بیماران سازمان‌های خاص
سیر کاهشی پوشش دهی مراقبتی بیماران حاد در منزل	پوشش سازمانی کاهنده مراقبت از بیماران حاد بستری در منزل	کاهش حمایت مالی سازمان‌های خاص از مراقبت مداوم در منزل
		کاهش هزینه مستقیم بیماران بستری
		ارتباط ضعیف بیمارستانها با مراکز مشاوره
همکاری محدود مراکز مشاوره در مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان	مراقبت از بیماران بستری تحت پوشش سازمانهای خاص حین بستری در بیمارستان	افزایش اشتغال کادر پرستاری در فعالیت‌های بیمارستانی
		همراهی پرستار و مراقب بیمار در هنگام بستری شدن
		تعیین مراقب برای بیماران بستری طرف قرارداد سازمان‌های خاص
		همکاری موردی در تامین نیروی انسانی بیمارستان‌ها
		تامین نیروهای مراقبتی بیمارستان‌های خصوصی در صورت لزوم
کمک به خانواده بعنوان جایگزین همراهی بیمار بستری	عقد قرارداد کاری تامین نیروی مراقب بیمارستان به صورت محدود	موافقت غیر رسمی بیمارستان‌ها با حضور مراقبین شخصی
		مراقبت از بیمار خانواده‌های با مشغله در بیمارستان

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر به منظور تبیین نقش مراکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری در کاهش بار کاری بیمارستان‌ها انجام شد. یافته نشان داد مراکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری در کشور ما از طرق ارائه مراقبت‌های سرپائی در منزل، مراقبت از بیماران حاد بستری در منزل و همکاری محدود در مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان، در کاهش بار کاری بیمارستان‌ها نقش دارند.

مراقبت‌های سرپائی در خارج از بیمارستان و در منزل یک بخش از نیازهای مراقبتی جامعه می‌باشد. این خدمات به‌طور متنوع توسط بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی، خصوصی و نیمه‌خصوصی، مطب‌ها، درمانگاه‌ها ارائه می‌شود به این دلیل که کشور ما از الگوی معاونت عمومی ارائه خدمات سلامت توسط بخش‌های دولتی و غیر دولتی تبعیت می‌کند، این مسئله امری طبیعی و نهادینه شده است [۲۳].

یافته‌های پژوهش نشان داد که به دلیل ضعف ارتباط بین سیستم‌های بهداشتی و درمانی و این مراکز و ناشناختگی نسبی مراکز در جامعه مراجعات یا ارجاع به این مراکز جهت دریافت خدمات پرستاری محدود می‌باشد. حتی بخشی از خدمات پرستاری از منزل که می‌بایست مطابق با تفکیک وظایف قانونی توسط مراکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری ارائه شود، به‌طور غیر ضابطه‌مندی از طرف افراد یا واحدهای دیگر، ارائه می‌شود. به هر حال واقعیت این است که خدمات سرپائی مراکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری از گستردگی چندانی برخوردار نمی‌باشد. شرایط موجود در ارائه خدمات این مراکز تا حدودی شبیه شرایطی است که برای خدمات پرستاری در منزل در کشور ترکیه وجود دارد. در این کشور نیز به دلیل کافی نبودن پوشش بیمه‌ای این خدمات، همه افراد جامعه از خدمات پرستاری در منزل بهره‌مند نمی‌باشند. این خدمات عمدتاً درمان محور بوده و به افراد محدودی از جامعه شهری که دارای توان پرداخت بوده و یا طبق قرارداد با بیمارستان‌ها به این مراکز معرفی شده‌اند، ارائه می‌گردد [۲۴].

یکی از اقدامات بسیار موثر مراکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری که علی‌الخصوص در شهرهای بزرگ به تدریج در جهت نهادینه شدن گام بر می‌داشت، ارائه خدمات پرستاری برای بیماران بدحال بستری در منزل بوده است. توانمندی مراقبتی مرکز مشاوره و نیز پذیرش اجتماعی این خدمت پس از طی زمان طولانی میسر گردید. لیکن افزایش امکان جذب پرستاران در بیمارستان‌ها از یک سو و کاهش هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های دولتی، ادامه فعالیت مراکز مشاوره و ارائه خدمات در این حوزه را از ابعاد ساختاری و فراهمی نیروی انسانی پرستاری و به صرفه بودن نزد مشتری، دچار مشکل نموده است. با ادامه این روند در آینده شاهد بستری ماندن گسترده‌تر بیماران بدحال و افزایش ضریب اشغال بخش‌های ویژه و تبعات منفی ناشی از آن خواهیم بود. لذا در جهت برطرف نمودن مشکل انتقال معکوس مراقبت از بیماران حاد از منزل به بیمارستان می‌بایست عوامل زمینه‌ساز برطرف شود. یکی از این عوامل ترغیب‌گیرندگان خدمات یعنی خانواده‌ها و جامعه به دریافت این مراقبت‌ها و به صرفه نمودن نگهداری بیماران حاد در منزل برای آنان است. نتایج برخی تحقیقات نشان می‌دهد نوع خدمات، هزینه‌ها و توصیه‌های پزشکان در انتخاب بیمارستان‌ها و خدمات سرپائی نقش دارند [۲۵].

از سوی دیگر توجه به قابلیت‌ها و توانمندی‌های مراکز در برنامه‌ریزی‌های کلان سلامت و تسهیل مرادوات سازمانی بین بیمارستان‌ها و مراکز و تنظیم روابط فی مابین، در توسعه نقش‌آفرینی مراکز مشاوره و اصلاح وضعیت موجود موثر می‌باشند. Scott و همکارانش پیشنهاد نمودند که بهبود خدمات بیمارستانی با بهبود مدیریت، ارتباط و کار تیمی با مراکز کوچک پرستاری در منزل میسر است [۵].

ایجاد انگیزه در پرستاران به فعالیت و پذیرش نقش‌های متنوع پرستاری از عوامل موثر دیگر محسوب می‌شود. این مهم علاوه بر گسترش ارتباطات کاری، به توسعه شغلی و بهبود مزایا و پرداخت‌های مالی به پرستاران بستگی دارد [۲۶]. در مطالعه کیفی که در بلژیک در خصوص انتقال

باقی مانده و از وی مراقبت می نمودند. ولی در هر یک از وضعیت‌های ذکر شده مراداد قانونی و مالی مستقیم بین مراکز و بیمارستان‌ها وجود نداشت. تنها در موارد محدودی که بعضی از مراکز که مراداد کاری بیش‌تری با بیمارستان‌ها داشتند، در شرایط خاص و کمبود نیروی انسانی، با فرستادن نیروهای مراقب، در تامین نیروی انسانی به‌طور گسترده‌تر و رسمی‌تر مشارکت می نمودند. با توجه به کمبود نیروی مراقبتی در بیمارستان‌ها از یکسو و نیز تغییر سبک زندگی و نیازمندی خانواده‌ها (به‌خصوص خانواده‌های با مشغله زیاد یا فاقد هماهنگی)، ضابطه‌مند نمودن حضور مراقبین و نیز معرفی مراکز به جامعه و خانواده‌های نیازمند دریافت مراقبت می‌تواند در تسهیل مراقبت‌ها و کاهش مشکل بیمار داری خانواده‌ها موثر باشد. ضمن این‌که از سوی دیگر در جهت کاهش هزینه‌ها و بار کاری بیمارستان‌ها نیز نقش به‌سزائی خواهد داشت.

همان‌طور که ذکر شد اکثر مدیران و شاغلین در مراکز، هم‌زمان شاغل در بیمارستان‌ها بوده یا قبلاً در بیمارستان‌ها شاغل بوده‌اند. از محدودیت‌های این پژوهش این احتمال وجود داشت که از موقعیت و جایگاه خود در هر دو حوزه فعالیت شخصی و سازمانی نگران بوده و اطلاعاتی را به‌خصوص در بعد نفع طلبی مالی یا استفاده از موقعیت کاری برای جلب مشتری برای فعالیت خصوصی در مرکز مخفی نمایند.

یافته‌های پژوهش نشان داد بار کاری بیمارستان‌ها در بعد خدمات سرپائی کاهش و بین ارائه‌دهندگان مختلف توزیع شده است. لیکن توانائی و تجربه نسبتاً موفق مراکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری در مراقبت از بیماران دچار مشکلات حاد و بدحال در منزل از کانون‌های منحصر به فرد و کلیدی در کاهش بار کاری بیمارستان‌ها بوده است. متأسفانه این خدمات مراکز در برنامه‌ریزی‌های اخیر نظام سلامت مورد کم‌توجهی واقع شده و در نتیجه بخشی از این مراقبت‌های مبتنی بر جامعه مجدداً به بیمارستان‌ها منتقل شده است. لذا توجه بیش‌تر به توانمندی مراکز مشاوره، ایجاد رابطه موثر بین آن‌ها، بیمارستان‌ها و دریافت‌کنندگان خدمات و توجه به منافع هر

مراقبت‌ها از بیمارستان به سطح جامعه و منازل انجام شد، یافته‌های مطالعه نشان داد اصلاحات ساختاری و سازمانی و هم‌چنین بهبود وضعیت پرداخت‌های مالی موجب تسهیل این فرایند خواهد شد [۲۷].

افزایش نظارت بر کیفیت خدمات مراکز توسط نظام سلامت بر خدمات سلامت جامعه‌محور و هم‌چنین تلاش مدیران مراکز برای ارائه خدمات با کیفیت و هزینه مناسب، برای حفظ و توسعه ارائه خدمات برای بیماران حاد بستری در منزل و کاهش بار کاری بخش‌های ویژه بیمارستان ضروری می‌باشد. مضاف بر کمبود تخت‌های بیمارستانی، بیمارستان‌های کشور با مشکل کمبود کادر پرستاری مواجه می‌باشند. با تقلیل کادر بهیار و حذف کمک بهیار در ساختار سازمانی کادر پرستاری، وظایف سازمانی پست‌های سازمانی ذکر شده به‌صورت رسمی و غیر رسمی بین کادر پرستاری، نیروهای خدماتی و خانواده (همراه) بیماران توزیع شده است. از طرفی با تغییر الگوی سنی جمعیت و متغیرهای فرهنگی اجتماعی، بسیاری از خانواده‌ها فرصت کافی برای ماندن در کنار بیماران، به‌خصوص سالمندان بستری در بیمارستان ندارند، یا این‌که بین اعضای خانواده در خصوص زمان‌بندی و بودن در کنار بیمار تفاهم وجود ندارد. لذا این خانواده‌ها به واسطه مراکز مشاوره از نیروهای کمک بهیار و مراقبین مراکز مشاوره برای ماندن در کنار بیمار بستری استفاده می‌کنند. این وضعیت در بیمارستان‌های خصوصی شکل رسمی‌تری به خود گرفته، لیکن در بیمارستان‌های دولتی به‌صورت غیر رسمی وجود داشت. فعالیت این افراد به‌عنوان جانشین خانواده بوده، هیچ‌گونه مداخله‌ای در مراقبت‌های تخصصی نداشته و تا حدودی در کاهش حجم کار روزانه پرستاران و نیروهای خدماتی نیز موثر بوده و حضور این مراقبین برای سرپرستان و کادر پرستاری بخش‌های بستری بیمارستان‌ها خوشایند به نظر می‌رسد. البته در بعضی از موارد نیز مراداد گسترده‌ای برای ارائه مراقبت افراد تحت پوشش برخی سازمان‌ها با بیمارستان‌ها وجود داشته که به‌دلیل مراقبت از بیمار یا سالمند در منزل، با بستری شدن بیمار، مراقب نیز در کنار بیمار

[9] Nolte E, Pitch forth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. 2014.

[10] Heydari H, Shahsavari H, Hazini A, Nasrabadi AN. Exploring the barriers of home care services in Iran: A qualitative study. Scientifica 2016; 2016: 2056470.

[11] Ministry of Health and Medical Education: Iran. Regulation establish of nursing services and counsel providing centers. 2000.

[12] James BC. Quality management for health care delivery. Hospital Research and Educational Trust. 1989.

[13] Hatam N, Zakeri M, Sadeghi A, Ramandi SD, Hayati R, Siavashi E. Equity analysis of hospital beds distribution in Shiraz, Iran 2014. Med J Islamic Republic Iran 2016; 30: 393. (Persian).

[14] Mostafavi AS, Zandian H, Alipor-Sakha M, Bayaty M, Mostafavy S. Survey distribution of specialists and hospital beds in governmental hospitals' of western azarbayjan province. Faculty of Allied Health Sciences. Payavard Salamat 2015; 9: 55-66 (Persian).

[15] Ministry of Health and Medical Education. Regulations of the for counseling and nursing services Center, 1999.

[16] King SE. A 10-Year review of four academic nurse-managed centers: challenges and survival strategies. J Prof Nurs 2008; 24: 14-20.

[17] Yoder MK. Starting a nurse-managed center for older adults: the needs assessment process. Geriatr Nurs 1996; 17: 14-19.

[18] Yeh YC, St John W, Venturato L. Inside a postpartum nursing center: tradition and change. Asian Nurs Res 2016; 10: 94-99.

[19] Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurs Educ Today 2004; 24: 105-112.

[20] Wu YP, Thompson D, Aroian KJ, McQuaid EL, Deatrck JA. Commentary: writing and evaluating qualitative research reports. J Pediatr Psychol 2016; 41: 493-505.

[21] Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Lipp Williams Wilkins 2011.

[22] Elo S, Kaariainen M, Kanste O, Polkki T, Utriainen K, Kyngas H. Qualitative content analysis. Sage Open 2014; 4.1: 2158244014522633.

[23] Lancaster, Community Health Nursing. Translated by Vahid Hosseni and Nasrin JaFary., Jamea Negar: Tehran 2012; 17-18. (Persian).

[24] Kisa S. Turkish nurses' concerns about home health care in Turkey. Austr J Adv Nurs 2008; 25: 97.

[25] Mosadeghrad AM. Patient choice of a hospital: implications for health policy and management. Int J Health Care Qual Assur 2014; 27: 152-164.

[26] Ebrahimian A, Dehvan F. Evaluation of nurses job expectations in hospitals executing the efficiency improvement law in Semnan. Koomesh 2016; 17: Pe739-746.

[27] De Vliegheer K, Aertgeerts B, Declercq A, Milisen K, Sermeus W, Moons P. Shifting care from hospital to home: a qualitative study. Primary Health Care 2015; 25: 24-31.

یک از آن‌ها می‌تواند در قابل قبول و اثربخش نمودن خدمات پرستاری مبتنی بر جامعه برای گیرندگان خدمات و کاهش هر چه بیش‌تر بار کاری بیمارستان‌ها موثر باشد. ضمناً با توجه به کمبود نیروی پرستاری و مراقبتی در بیمارستان‌ها، می‌توان از توانمندی مراکز برای تامین نیرو، به‌خصوص در قسمت مراقبت‌های ساده و ابتدائی؛ که تا حدود زیادی بلامتکلیف باقی مانده؛ به شکل رسمی‌تر و بهتر استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از رساله دکتری می‌باشد که توسط دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس با کد کمیته اخلاق به شماره ۵۲د/۸۱۹۹ مورد تصویب قرار گرفته است. نویسندگان از کلیه کسانی که در انجام پژوهش یاری نموده‌اند، علی‌الخصوص مدیران و کادر پرستاری شاغل در مراکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری تشکر و قدردانی می‌نمایند.

منابع

- [1] McKee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment. Bull World Health Organ 2000; 78: 803-810.
- [2] Melinda A, et al. The role of hospitals in improving non-medical determinants of community population health. NYS Health Foundation 2016.
- [3] De Penthes P. Primary health care improvement. WHO. Switzerland 2016; 6-8.
- [4] Jam, Guiding principles for the development of the hospital of the future. The Joint Commission of ARAMARAK Health care (T.J.C.O.A.H.C), 2009.
- [5] Scott RD. The direct medical costs of healthcare-associated infections in US hospitals and the benefits of prevention: division of healthcare quality promotion national center for preparedness, detection, and control of infectious diseases. Cent Dis Cont Prevent 2009.
- [6] Nurses: A force for change: Improving health systems' resilience. International Council of Nurses (I.C.O.N) 2016.
- [7] Royal College of Nursing. The nursing role in integrated care models Reflecting on the United States' experience. 2014.
- [8] Guttmacher S, Kelly PJ, Ruiz-Janecko Y. Community-based health interventions. John Wiley Sons 2010.

Role of counseling and nursing care services centers in reduceing work lads of hospitals,: A qualitative study

Sefollah Alaei (Ph.D Student), Fatemeh Alhani (Ph.D)*, Hassan Navipour (Ph.D)
Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

(Received: 18 Aug 2016; Accepted: 6 Dec 2016)

Introduction: Despite the development of hospitals in recent years, there is a gap between the number of hospital beds in our country and standard number of hospital beds, and they are faced with increased workload. The aim of this study is to explain the role of counseling centers and nursing services in reducing the workload of hospitals.

Materials and Methods: This study was conducted using qualitative method. The main research participants were managers of counseling and nursing care services Centers. Purposive and theoretical sampling was used in this study. In total, 26 managers of various centers and institutions providing health care services, physicians, and clients were interviewed. Data were analyzed using content analysis.

Results: The final research findings emerged on three main themes "outpatient care of patients at home", "decreased care coverage of acute patients at home", "limited cooperation in the care of hospitalized patients" with several subcategories.

Conclusion: Providing community-based services, particularly providing care for critically ill patients hospitalized at home has been reduced in recent years, and large part of this care is transferred again to the hospital. Therefore, it is necessary to revise the executive programs to develop interactive work and regulated the relationship between counseling and nursing care services Centers and hospitals.

Keywords: Nursing Services, Counseling, Qualitative Research, Hospitalization,

* Corresponding author. Tel: +98 34 34280038

Alhani_f@modares.ac.ir