

## مقاله پژوهشی اصیل

## کیفیت مراقبت پرستاری در بیماران در حال احتضار از دیدگاه پرستاران مراقبت ویژه

علی حسینزاده<sup>۱</sup>، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاریمهناز واردی کولایی<sup>۲</sup>، کارشناس ارشد پرستاریاسمعیل محمدنژاد<sup>۳</sup>، دکترای پرستاری\* رسول رازنهان<sup>۴</sup>، کارشناس ارشد پرستاری

## خلاصه

هدف. این مطالعه به منظور بررسی کیفیت مراقبت پرستاری در بیماران در حال احتضار از دیدگاه پرستاران مراقبت ویژه انجام شد. زمینه. ارزیابی کیفیت به عنوان یکی از ابزارهای مهم مدیریتی برای بهبود عملکرد پرستاری و دستیابی به ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری است، بنابراین، بررسی آن به طور پیوسته الزامی است.

روش کار. پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی-توصیفی است که با نمونه‌گیری در دسترس در ۱۹۱ پرستار انجام شد. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه استاندارد کیفیت مراقبت پرستاری (Quality Patient Care Scale) که دارای ۷۲ سوال در سه بعد روانی اجتماعی، جسمی، و ارتباطی بود انجام شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ تحلیل شدند.

یافته‌ها. میانگین نمره کیفیت مراقبت پایان زندگی در بعد روانی اجتماعی، ۸۳/۶۲ با انحراف معیار ۸/۶۲؛ در بعد ارتباطی، ۸۵/۳۶ با انحراف معیار ۷/۷۴؛ و در بعد جسمی، ۹۲/۲۳ با انحراف معیار ۱۰/۸۸ بود. همچنین، ۸۱/۷ درصد پرستاران کیفیت مراقبت‌های پرستاری را در بعد جسمی، ۵۰/۳ درصد پرستاران در بعد ارتباطی، و ۶۲ درصد در بعد روانی اجتماعی، مطلوب ارزیابی کردند. بین کیفیت مراقبت‌های پرستاری و گذراندن دوره آموزشی رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت ( $P=0/002$ ).

نتیجه‌گیری. وضعیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه پرستاران در کل مطلوب بود، اما تامین‌کننده انتظارات بیماران در برخی ابعاد نیست. اتخاذ تدابیر و برنامه‌های آموزشی جهت ارتقای ارتباط درمانی مناسب بین پرستار و بیمار و توجه به نیازهای روانی اجتماعی بیماران تا حد امکان می‌تواند گامی موثر در ارتقای کیفیت مراقبت پایان زندگی باشد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت مراقبت پرستاری، بخش مراقبت ویژه، بیمار در حال احتضار

۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲ کارشناس ارشد پرستاری، مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳ استادیار، دکترای تخصصی پرستاری، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴ گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران / مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی

تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران (\* نویسنده مسئول) پست الکترونیک: rr4239@gmail.com

## مقدمه

کمک به بیمار در مراحل پایانی زندگی عبارت از مراقبت در بازه زمانی قریب‌الوقوع بودن مرگ بیمار است و در این دوره، نیازها و درخواست‌های بیماران، همراهان و استرس‌زا بودن شرایط باعث اجتناب از مشارکت در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی، نارضایتی کارکنان مراقبتی، بی‌اعتنایی به جزئیات مراقبت، و در نتیجه، افت کیفیت رسیدگی و مراقبت از بیماران می‌شود (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۲). بسیاری از نظام‌های پرستاری آماده‌سازی پرستاران برای ارائه مراقبت دلسوزانه و مناسب و بهبود وضعیت بیماران رو به مرگ و خانواده‌شان را بسط و توسعه داده‌اند (هربرت و همکاران، ۲۰۱۱).

اخلاق پزشکی مدرن توجه ویژه‌ای به حقوق بیماران دارد (عباس‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵). در ارائه مراقبت پایان زندگی دامنه روانی معنوی خیلی مهم است، زیرا این مراقبت، به بیمار و خانواده‌اش برای سازش و پذیرش مرگ کمک می‌کند و بیمار آرام‌تر خواهد بود و اضطراب کمتری در رابطه با مرگ خواهد داشت (یوسف و همکاران، ۲۰۱۵). در سراسر دنیا، با توجه به اصول اخلاقی، تفاوت‌های بسیاری در شیوه مراقبتی و درمانی پایان زندگی بیماران در حال احتضار یا رو به مرگ دیده می‌شود (اسپورنگ و همکاران، ۲۰۱۴).

با وجود اینکه هدف مراقبت پایان زندگی با کیفیت، مرگ با عزت و احترام است، اما تعریف جامع و کاملی از این مفهوم وجود ندارد (گو و جاسلون، ۲۰۱۴). کیفیت ساختار پیچیده‌ای از ارزش‌ها، عقاید و نگرش‌های افرادی است که در نظام‌های مراقبت سلامتی در تعامل و همکاری با یکدیگر هستند (نیشابوری و همکاران، ۱۳۸۹). مراقبت به عنوان جزء اساسی خدمات سلامت محسوب می‌شود و در بین مراقبت‌های ارائه شده در محیط‌های بالینی، مراقبت پرستاری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. کیفیت خدمات بهداشتی درمانی میزان دستیابی به مطلوب‌ترین برآیندهای سلامتی است، به گونه‌ای که خدمات ارائه‌شده، اثربخش، کارآ و به‌صرفه باشد. پرستاران بزرگ‌ترین گروه کارکنان سلامتی هستند و از دیدگاه قانونی و اخلاقی باید پاسخگوی کیفیت مراقبت پرستاری باشند (پازارگادی و همکاران، ۱۳۸۶). پرستاران و پزشکان بخش مراقبت ویژه گروهی از مراقبین حرفه‌ای سلامت هستند که روزانه با معضلات و مشکلات مراقبت پایان زندگی سروکار دارند. پرستاران به دلیل نزدیکی بیشتر با بیماران و درگیری عمیق‌تر با درد و رنج و مشکلات آنها، نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی دارند (ازگا و همکاران، ۲۰۲۰). هر چند پرستاران سراسر دنیا مشترکات زیادی از نظر توجه به نیازهای گوناگون جسمی، روانی، و اجتماعی بیماران دارند، ولی تفاوت‌هایی در الگوهای مراقبت پایان زندگی وجود دارد که به طور عمده ریشه در فرهنگ، باور و ارزش‌های جامعه دارد (بگس و همکاران، ۲۰۱۲؛ کامپیل و همکاران، ۲۰۱۲).

تسکین درد و سایر علائم در مراحل انتهایی زندگی، جهت ارائه مراقبت با کیفیت و مناسب و آرامش بیمار و خانواده وی بسیار حایز اهمیت است. در ارائه مراقبت پایان زندگی بعد روانی معنوی بسیار مهم است، زیرا به بیمار و خانواده‌اش برای سازش و پذیرش مرگ کمک می‌کند و اضطراب کمتری در رابطه با مرگ خواهد داشت (یوسف و همکاران، ۲۰۱۵). پرستاران همواره باید توجه داشته باشند که مشارکت خانواده اهمیت قابل توجهی در بهبود ارائه مراقبت پایان زندگی دارد. فرآیند مردن برای خانواده بیمار بسیار پیچیده است و به دلیل نیازهای جسمی و عاطفی زیاد بیمار مستلزم زحمت زیادی است (مندز، ۲۰۱۵).

کیفیت مفهومی چند بعدی با ابعاد روانی اجتماعی، جسمی، ذهنی و معنوی است (مقیمیان و همکاران، ۱۳۹۵). مطالعه خاکی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد ۸۴ درصد پرستاران کیفیت مراقبت‌های پرستاری را در بعد روانی اجتماعی، ۷۹ درصد در بعد جسمی، و ۶۸/۵ درصد در بعد ارتباطی مطلوب ارزیابی کردند. در یک مطالعه در آمریکا میانگین کیفیت مراقبت در مقیاس صفر تا صد، از دید بیماران ۸۱/۶۹، از دید پرستاران ۷۳/۸۶، و از منظر پزشکان ۸۳/۵۵ بود و پرستاران پایین‌ترین کیفیت را گزارش کردند (سننون و همکاران، ۲۰۰۲). نتایج برخی از مطالعات بیانگر نامطلوب بودن کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه بیماران است (دالوندی و همکاران، ۱۳۹۹؛ جواد و همکاران، ۱۳۹۲). بیماران و پرستاران به علت دارا بودن پیش‌زمینه فکری متفاوت و تجارب مختلف زندگی دارای درک و دیدگاه متفاوتی نسبت به کیفیت مراقبت‌ها هستند (نیشابوری و همکاران، ۱۳۸۹).

کیفیت مراقبت ارائه شده، عاملی مهم در رضایتمندی بیمار و خانواده وی و حتی رضایتمندی شغلی پرستاران در سیستم بهداشت و درمان است و به عنوان اولویت نظام خدمات بهداشتی درمانی، به خصوص در زمینه پرستاری مطرح است. در بسیاری از کشورها از جمله ایران، درجه‌بندی و اعتباربخشی بیمارستان تحت تاثیر کیفیت ارائه مراقبت پرستاری است و در کنار سایر سنج‌های اعتباربخشی ارزیابی می‌شود، و از طرفی، کیفیت مهم‌ترین مسئله در عرصه خدمات سلامت به ویژه مراقبت پرستاری است. با توجه به این که هرگز نمی‌توان به سطح مطلق کیفیت دست یافت، بنابراین، بررسی پیوسته آن الزامی است (خاکی و همکاران، ۱۳۹۷). این مطالعه با هدف بررسی کیفیت مراقبت پرستاری در بیماران در حال احتضار از دیدگاه پرستاران مراقبت ویژه انجام شد.

## مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی-مقطعی، جامعه پژوهش شامل پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه مرکز آموزشی درمانی امام خمینی و مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی بودند تهران بودند و نمونه‌گیری به روش در دسترس و سرشماری انجام شد. از ۲۷۰ کادر پرستاری در این دو مرکز، ۱۹۱ نفر در مطالعه شرکت کردند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل تحصیلات لیسانس پرستاری و سابقه کاری حداقل یک سال در بخش مراقبت ویژه بود. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک با ۱۸ سوال و پرسشنامه استاندارد کیفیت مراقبت پرستاری (Quality Patient Care Scale) بود.

پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری یکی از معتبرترین ابزارهای اندازه‌گیری کیفیت مراقبت است که در سال ۱۹۷۲ توسط وندلت وایکر از کالج پرستاری ایالتی میشیگان ارایه گردید و بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت. این ابزار جهت بررسی فرآیند مراقبت و کیفیت مراقبت پرستاری از سال ۱۹۷۵ در کشورهای آمریکا، انگلستان و نیجریه مورد استفاده قرار گرفته است (فاتحی و همکاران، ۱۳۹۷؛ ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۲). این پرسشنامه شامل ۶۴ سوال درباره کیفیت مراقبت‌های پرستاری در سه بعد روانی اجتماعی (سوالات ۱ تا ۲۷)، جسمی (سوالات ۲۸ تا ۵۰) و ارتباطی (سوالات ۵۱ تا ۶۴) است. در این پرسشنامه از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت ("همیشه" با امتیاز ۴، "اغلب" با امتیاز ۳، "گاهی" با امتیاز ۲، و "هیچ‌وقت" با امتیاز ۱) استفاده شده است. بنابراین، دامنه نمره بعد روانی اجتماعی از ۲۷ تا ۱۰۸، دامنه نمره بعد جسمی از ۲۳ تا ۹۲ و دامنه نمره بعد ارتباطی از ۱۴ تا ۵۶ متغیر است و دامنه نمره کلی در این پرسشنامه بین ۶۴ تا ۲۵۶ است؛ نمره کمتر از ۸۵/۳ نشان‌دهنده کیفیت نامطلوب، نمرات ۸۵/۴ تا ۱۷۰ نشان‌دهنده کیفیت متوسط، و نمره بیشتر از ۱۷۰ نشان‌دهنده کیفیت مطلوب است. این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط حقیقی خوشخو (۱۳۸۲) استفاده و بومی‌سازی شد. در مطالعات مختلف روایی و پایایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است (رادوین و همکاران، ۲۰۱۹؛ ردفرن و نورمن، ۱۹۹۵). برای تعیین اعتبار علمی ابزار پژوهشی از روش اعتبار محتوی استفاده شد، بدین صورت که نظرات ۱۰ نفر از استادان هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی و ۱۵ نفر از پرستاران مجرب بخش مراقبت ویژه با مدرک تحصیلی بالاتر از لیسانس گرفته شد و اصلاحاتی بر اساس آن در پرسشنامه انجام شد تا بتواند کیفیت مراقبت پایان زندگی را بسنجد. در این تحقیق، ابزار اولیه دارای ۶۸ سؤال ۳۲ سوال در بعد روانی اجتماعی، ۲۳ سؤال بعد جسمی، و ۱۳ سؤال در بعد ارتباطی بود که بعد از بررسی اعتبار به ۶۴ سؤال (۲۷ سؤال در بعد روانی اجتماعی، ۲۳ سؤال در بعد جسمی، و ۱۴ سؤال در بعد ارتباطی) کاهش داده شد و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ تایید شد. ضریب قابلیت اعتماد کل آزمون با فرمول اسپیرمن براون ۰/۸۲ برآورد شد.

تحلیل داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. پژوهشگر پس از انجام هماهنگی‌های لازم و دریافت مجوزهای مربوطه، ضمن معرفی خود به واحدهای پژوهش و بیان اهداف، رضایت کتبی آنان را برای شرکت در پژوهش اخذ کرد. به نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات، محرمانه خواهد ماند و نیازی به ذکر نام در پرسشنامه نیست.

## یافته‌ها

اکثر پرستاران (۵۴/۵ درصد) در رده سنی بین ۳۰ تا ۴۰ سال، زن (۷۴/۳ درصد)، و متأهل (۵۱/۳ درصد) بودند، و سابقه کار کمتر از ۱۰ سال (۵۸/۱ درصد) داشتند. همچنین، اکثر پرستاران، استخدام رسمی (۵۹/۷ درصد)، شاغل در بخش مراقبت ویژه جراحی (شامل جراحی قلب، پیوند، مغز و اعصاب، کانسر، زنان) (۷۱/۲ درصد)، دارای مدرک تحصیلی کارشناسی (۸۷/۴ درصد)، علاقه‌مند به کار در بخش مراقبت ویژه (۶۶/۵ درصد)، دارای شیفت کاری عصر و شب (۵۶/۵ درصد)، دارای تجربه مراقبت از بیمار در حال مرگ (۹۸/۴ درصد)، و دارای تجربه مرگ اعضای خانواده یا دوستان نزدیک (۷۲/۳ درصد) بودند. به علاوه، اکثر پرستاران در دوره‌های مراقبت ویژه را گذرانده بودند (۸۶/۴ درصد) و اکثر ایشان دوره مراقبت پایان زندگی را نگذرانده بودند (۶۲/۳ درصد) (جدول شماره ۱).

از متغیرهای جمعیت‌شناختی، گذراندن دوره آموزشی مراقبت‌های پایان زندگی با ابعاد کیفیت مراقبت رابطه معنی‌دار آماری داشت. میانگین نمره کیفیت مراقبت در بعد جسمی برای پرستارانی که دوره مراقبت‌های پایان زندگی را گذرانده بودند، ۹۴/۴۳ با انحراف معیار ۴/۸۷ بود و این میانگین برای پرستارانی که این دوره را نگذرانده بودند، ۹۰/۹۰ با انحراف معیار ۸/۷۹ بود که با یکدیگر اختلاف آماری معنی‌دار داشتند ( $P=0/002$ ). بین بعد روانی اجتماعی و جسمی ( $P=0/001$ )، بعد ارتباطی و جسمی ( $P=0/001$ )، و بعد ارتباطی و روانی اجتماعی ( $P=0/001$ )، و بعد ارتباطی و روانی اجتماعی ( $P=0/001$ )، کیفیت مراقبت رابطه مستقیم و معنی‌دار مشاهده شد.

جدول شماره ۱: برخی مشخصات جمعیت‌شناختی واحدهای تحت مطالعه و ارتباط آنها با دیدگاه درباره کیفیت مراقبت

نتیجه آزمون	کیفیت مراقبت		متغیر
	میانگین (انحراف معیار)	تعداد (درصد)	
df=۱, $\chi^2=۰/۴۲$ , P=۰/۰۶	۹۰/۴ (۶/۵۱)	۴۹ (۲۵/۷)	جنس
	۹۱/۳۳ (۱/۴۲)	۱۴۲ (۷۴/۳)	مرد
df=۲, $\chi^2=۰/۸۶$ , P=۰/۷۳۴	۹۰/۲۳ (۳۲/۲)	۵۹ (۳۰/۹)	زن
	۹۲/۹ (۱/۱۲)	۱۰۴ (۵۴/۵)	سن (سال)
df=۲, $\chi^2=۱/۸۸$ , P=۰/۱۱۸	۹۱/۰۴ (۸/۳۵)	۲۸ (۱۴/۷)	کمتر از ۳۰
	۸۶/۱۲ (۶/۱۸)	۹۸ (۵۱/۳)	۳۰ تا ۴۰
df=۲, $\chi^2=۰/۳۴$ , P=۰/۸۷	۹۳/۵۲ (۲/۳۳)	۴ (۲/۱)	بیشتر از ۴۰
	۸۹/۰۱ (۷/۵۱)	۱۱۱ (۵۸/۱)	وضعیت تاهل
df=۲, $\chi^2=۰/۳۴$ , P=۰/۸۷	۹۲/۹۸ (۸/۳۶)	۷۰ (۳۶/۶)	مجرد
	۹۰/۱۴ (۳/۱۳)	۱۰ (۵/۳)	متاهل
df=۲, $\chi^2=۱/۸۸$ , P=۰/۱۱۸	۸۹/۹۹ (۱/۲۵)	۵۵ (۲۸/۹)	سایر موارد
	۸۳/۲۰ (۳/۱۵)	۱۹ (۹/۹)	سابقه کار (سال)
df=۳, t=۴/۱۲, P=۰/۱۰۴	۹۰/۸۳ (۵/۲۳)	۵۴ (۲۸/۳)	کمتر از ۱۰
	۸۹/۹۹ (۱/۲۵)	۵۵ (۲۸/۹)	۱۰ تا ۲۰
df=۳, $\chi^2=۲/۰۱$ , P=۰/۱۱۳	۹۰/۶۱ (۳/۲۲)	۳۳ (۱۷/۳)	بیشتر از ۲۰
	۸۹/۲۰ (۳/۳۱)	۲۹ (۱۵/۲)	سابقه کار در بخش مراقبت ویژه (سال)
df=۱, $\chi^2=۰/۲۹$ , P=۰/۸۲	۹۰/۴۳ (۴/۹۲)	۱۶۷ (۸۷/۴)	کمتر از ۲
	۹۰/۱۹ (۴/۰۱)	۲۴ (۱۲/۶)	۲ تا ۵
df=۲, $\chi^2=۴/۰۲$ , P=۰/۰۹	۸۸/۲۹ (۶/۰۶)	۶ (۳/۱)	۵ تا ۱۰
	۸۹/۰۷ (۴/۲۹)	۵۸ (۳۰/۴)	بیشتر از ۱۰
df=۱, $\chi^2=۰/۴۴$ , P=۰/۷۷	۸۹/۲۹ (۶/۰۶)	۶ (۳/۱)	نوع استخدام
	۸۹/۴۳ (۷/۴۲)	۱۲۶ (۶۵/۹)	رسمی
df=۱, $\chi^2=۰/۸۷$ , P=۰/۳۲	۸۹/۰۹ (۶/۵۸)	۱۸۸ (۹۸/۴)	پیمانی
	۸۸/۰۴ (۸/۴۵)	۳ (۱/۶)	قراردادی
df=۱, $\chi^2=۰/۸۷$ , P=۰/۳۲	۸۹/۰۹ (۶/۵۸)	۱۸۸ (۹۸/۴)	شرکت / طرحی
	۸۸/۰۴ (۸/۴۵)	۳ (۱/۶)	مدرك تحصیلی
df=۱, $\chi^2=۰/۸۷$ , P=۰/۳۲	۸۹/۰۹ (۶/۵۸)	۱۸۸ (۹۸/۴)	کارشناسی
	۸۸/۰۴ (۸/۴۵)	۳ (۱/۶)	کارشناسی ارشد
df=۲, $\chi^2=۴/۰۲$ , P=۰/۰۹	۸۸/۲۹ (۶/۰۶)	۶ (۳/۱)	میزان علاقه به کار در بخش مراقبت ویژه
	۸۹/۰۷ (۴/۲۹)	۵۸ (۳۰/۴)	کم
df=۱, $\chi^2=۰/۴۴$ , P=۰/۷۷	۸۹/۰۷ (۴/۲۹)	۵۸ (۳۰/۴)	متوسط
	۸۹/۰۷ (۴/۲۹)	۵۸ (۳۰/۴)	زیاد
df=۱, $\chi^2=۰/۴۴$ , P=۰/۷۷	۸۸/۳۲ (۱/۵۳)	۶۵ (۳۴/۱)	متوسط ساعت کار در هفته
	۸۹/۴۳ (۷/۴۲)	۱۲۶ (۶۵/۹)	۳۰ تا ۴۵
df=۱, $\chi^2=۰/۸۷$ , P=۰/۳۲	۸۹/۰۹ (۶/۵۸)	۱۸۸ (۹۸/۴)	بیشتر از ۴۵
	۸۸/۰۴ (۸/۴۵)	۳ (۱/۶)	تجربه مراقبت از بیمار در حال مرگ
df=۱, $\chi^2=۰/۸۷$ , P=۰/۳۲	۸۹/۰۹ (۶/۵۸)	۱۸۸ (۹۸/۴)	بلی
	۸۸/۰۴ (۸/۴۵)	۳ (۱/۶)	خبر

ادامه جدول شماره ۱: برخی مشخصات جمعیت‌شناختی واحدهای تحت مطالعه و ارتباط آنها با دیدگاه درباره کیفیت مراقبت

نتیجه آزمون	کیفیت مراقبت		متغیر
	میانگین (انحراف معیار)	تعداد (درصد)	
df=۱, $\chi^2=۲/۱۸$ , P=۰/۰۸	۳/۷۲) ۹۱/۶۵	۱۳۸ (۷۲/۳)	تجربه مرگ عضو خانواده/ دوستان
	۹/۲۱) ۹۲/۰۹	۵۳ (۲۷/۷)	بلی
df=۱, $\chi^2=۴/۲$ , P=۰/۰۶	۲/۵۳) ۹۲/۰۵	۱۶۵ (۸۶/۴)	خیر
	۲/۴۲) ۹۰/۹۹	۲۶ (۱۳/۶)	گذراندن دوره مراقبت ویژه
df=۱, $\chi^2=۲/۰۱$ , P=۰/۰۰۲	۴/۷۱) ۹۴/۴۳	۷۲ (۳۷/۷)	بلی
	۸/۲۳) ۹۰/۹۰	۱۱۹ (۶۲/۳)	خیر

میانگین نمره کیفیت مراقبت پایان زندگی در بعد روانی اجتماعی از دید پرستارانی که حس وجود حضور همیشگی خداوند در زندگی روزمره را گزارش دادند، ۸۴/۴۵ با انحراف معیار ۸/۴۸، از دید پرستارانی که گاهی در زندگی روزمره حس وجود خداوند را داشتند، ۷۶/۷۹ با انحراف معیار ۵/۹۶، و از دیدگاه پرستارانی که وجود خداوند را در زندگی روزمره حس نمی‌کردند، ۷۰/۸۳ با انحراف معیار ۴/۵۸ بود و تحلیل آماری نشان داد که کیفیت مراقبت پایان زندگی در بعد روانی اجتماعی با اعتقاد حس وجود حضور خداوند در زندگی روزمره ارتباط معنی‌دار آماری دارد ( $P=۰/۰۰۱$ )، به این صورت که کیفیت مراقبت ارائه شده از دید پرستاران با اعتقاد به حس وجود همیشگی خداوند در زندگی روزمره به طور قابل توجهی بالاتر بود.

از دید پرستاران مراقبت ویژه، میانگین نمره کیفیت مراقبت پایان زندگی در بعد روانی اجتماعی، ۸۳/۶۲ با انحراف معیار ۸/۶۲؛ در بعد ارتباطی، ۸۵/۳۶ با انحراف معیار ۷/۷۴؛ و در بعد جسمی، ۹۲/۲۳ با انحراف معیار ۱۰/۸۸ بود. همچنین، ۸۱/۷ درصد پرستاران کیفیت مراقبت‌های پرستاری را در بعد جسمی، ۵۰/۳ درصد پرستاران در بعد ارتباطی، و ۶۲ درصد در بعد روانی اجتماعی، مطلوب ارزیابی کردند.

## بحث

هدف این مطالعه بررسی کیفیت مراقبت پرستاری در بیماران در حال احتضار از دیدگاه پرستاران مراقبت ویژه بود که در مجموع کیفیت مراقبت پایان زندگی ارائه‌شده توسط پرستاران بخش مراقبت ویژه مطلوب گزارش شد. در مطالعه‌ای که در ایران با هدف "بررسی کیفیت مراقبت پرستاری کل نگر از دیدگاه پرستاران مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان" انجام شد، میانگین کیفیت مراقبت پرستاری از بیماران، در ابعاد جسمی و ارتباطی مطلوب و در بعد روانی اجتماعی تا حدی مطلوب گزارش شد (عسگری و همکاران، ۱۳۹۸). در مطالعه‌ای دیگر در ایران وضعیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه پرستاران مطلوب گزارش شد، اما تامین‌کننده انتظارات بیماران در برخی ابعاد مورد بررسی نبود و تاکید شد که ارزیابی مجدد استانداردهای کیفیت مراقبت در سه بعد ساختار، فرآیند و برآیند از دیدگاه پرستاران و بیماران، اتخاذ تدابیری جهت افزایش ارتباط درمانی مناسب بین پرستار و بیمار، و توجه به نیازهای روانی اجتماعی بیماران می‌تواند سودمند واقع شود (خاکی و همکاران، ۱۳۹۷). ارزیابی مجدد استانداردهای کیفیت مراقبت با رویکرد مددجو محوری، اتخاذ تدابیری جهت افزایش ارتباط مناسب بین بیمار و پرستار و توجه به نیازهای روانی-اجتماعی بیماران ضرورت دارد (نیشابوری و همکاران، ۱۳۸۹).

نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده تاثیر قابل توجه آموزش بر کیفیت مراقبت ارائه‌شده است. در مطالعه یوسف و همکاران (۲۰۱۵) گزارش شد در سیستم بهداشتی بعضی از کشورها از جمله عربستان آگاهی و آموزش مراقبت تسکینی و مراقبت پایان زندگی به عنوان موضوعی با اولویت و اهمیت بالا محسوب می‌شود و اولین گام مهم جهت بهبود مراقبت پایان زندگی در بخش مراقبت ویژه است و اینکه بیماری‌های صعب‌العلاج و مرگ تجربه‌های قابل تغییری هستند و مراقبت از این بیماران نیاز به آموزش ویژه دارد. مطالعه‌ای مروری در استرالیا تحت عنوان "آموزش مراقبت پایان زندگی در گذشته و حال حاضر با هدف مرور مقالات درباره چگونگی

آموزش مراقبت پایان زندگی برای دانشجویان مقطع کارشناسی پرستاری“ در طی ۳۰ سال گذشته نتیجه‌گیری کرد دانشجویان پرستاری احساس عدم آمادگی برای انجام مراقبت و موضوعات مربوط به مرگ دارند و آموزش کافی در این رابطه در دانشکده‌های پرستاری نمی بینند که از دلایل مهم مراقبت ناکافی شناخته شده است (گیلان و همکاران، ۲۰۱۴). بخشی از نتایج این تحقیق نشان‌دهنده کمبود محتوای مراقبت پایان زندگی در کتب پرستاری و برنامه‌های درسی مقطع کارشناسی پرستاری بود و توصیه شده است که در هنگام اجرای برنامه‌های آموزشی مراقبت پایان زندگی، سطح دانشجویان پرستاری، خصوصیات فردی، تجربیات مرگ و مردن، هم شخصی و هم حرفه‌ای در نظر گرفته شود.

بر اساس نتایج این پژوهش، همبستگی بین کیفیت مراقبت پایان زندگی در بعد روانی اجتماعی و بعد جسمی به صورت مستقیم و معنی دار بود، به طوری که با افزایش نمره کیفیت مراقبت پایان زندگی در بعد روانی اجتماعی، نمره بعد جسمی نیز افزایش پیدا می‌کند و برعکس. در مطالعه کیفی در ایران با موضوع “مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه پرستاران، پزشکان، بیماران و همراهان بیمار” بیان شد، مدیران پرستاری باید راهبردهای حمایتی برای شناخت و ارایه بهتر مراقبت‌های پرستاری را که منعکس‌کننده هدفمند بودن مراقبت‌ها، احساس مسئولیت، ارتقای روابط عاطفی روانی، حفظ احترام و حمایت از مددجو هستند، توسعه بخشند. متولیان آموزش پرستاری نیز با تغییر در برنامه‌های آموزشی دانشجویان، می‌توانند گام موثری در به‌کارگیری مدل‌های مراقبتی بر پایه تعریف کیفیت خدمات پرستاری بردارند (زاغری تفرشی و همکاران، ۱۳۹۵). بهتر بودن کیفیت مراقبت پایان زندگی در بعد جسمی در بیماران در حال احتضار می‌تواند ناشی از توجه بیشتر مسئولین به بعد مراقبت جسمی و نظارت بیشتر بر بالین بیمار و کنترل این بعد مراقبتی از طرف مدیران و همچنین، اهمیت بالای این بعد مراقبتی از دیدگاه پرستاران و مهارت پرستاران در انجام این نوع رفتارهای مراقبتی باشد (پیروی و همکاران، ۱۳۹۵). در مطالعه‌ای که در ۱۲ کشور اروپایی و آمریکایی با هدف تعیین بررسی تأثیر بهبود نیروی انسانی و محیط کار بر کیفیت مراقبت‌ها انجام شد، کیفیت مراقبت در بعضی از کشورها از جمله ایرلند و یونان ضعیف گزارش شد (آیکن و همکاران، ۲۰۱۲).

## نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که مراقبت پایان زندگی در بعد جسمی از کیفیت بالاتری نسبت به ابعاد ارتباطی و روانی اجتماعی برخوردار است و نگرش حرفه‌ای پرستاران به موضوع مرگ بر مراقبت از بیماران در حال مرگ تأثیر می‌گذارد، بنابراین، باید در آموزش، بحث‌های نگرش به مرگ از قبیل اجتناب‌ناپذیری مرگ و ترس از مرگ گنجانده شوند. محدودیت‌های این طرح شامل کمبود وقت و بار کاری زیاد پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه بود که ممکن است بر نحوه پاسخ‌دهی به پرسشنامه تأثیرگذار بوده باشد و سعی گردید با برنامه ریزی و هماهنگی با پرستاران این محدودیت کاهش یابد.

## تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری در مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران از همه پرستاران که در این پژوهش همکاری کردند قدردانی می‌شود.

## منابع فارسی

- بازارگادی، م. زاغری تفرشی، م. عابدسعیدی، ژ. ۱۳۸۶. کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه پرستاران: یک مطالعه کیفی. پژوهش در پزشکی. ۲(۳۱)، ۱۵۵-۱۵۸.
- پیروی، ح. بهادری، ع. اشقلی فراهانی، م. حقانی ح. ۱۳۹۲. مقایسه میزان رضایت بیماران بستری از ابعاد مختلف مراقبت پرستاری. فصلنامه مدیریت پرستاری. ۲(۱)، ۵۹-۶۶.
- حقیقی خوشخو، ن. ۱۳۸۲. کیفیت خدمات مراقبت پرستاری از دیدگاه پرستاران و بیماران در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تبریز. دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- خاکی، س. اسمعیل پورزنجانی، س. مشعوف، س. ۱۳۹۷. کیفیت مراقبت‌های پرستاری در پرستاران. فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی. ۳(۴): ۱-۱۴.

کاظمی، ع. کاظمی، م. عباسی، م. کیانی، م. فیض اللهی، ن. عطالو، ص. و همکاران. ۱۳۹۱. تحلیل شرایط بیماران در آستانه‌ی مرگ، مراقبت‌های پایان حیات و اطرافیان بیمار مشرف به موت و توجه به توصیه‌های موجود. اخلاق و تاریخ پزشکی. ۵۷-۴۵: (۲)۵.

نیشابوری، م. رئیس دانا، ن. قربانی، ر. صادقی، ط. ۱۳۸۹. بررسی کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه پرستاران و بیماران مراکز آموزشی - درمانی شهر سمنان. کومش. ۱۲(۲)، ۱۴۳-۱۳۴.

عسگری، ز. پهلوان زاده، س. علیمحمدی، ن. علیجان پور، ش. ۱۳۹۸. شایان. کیفیت مراقبت پرستاری کل نگر از دیدگاه پرستاران مراقبت‌های ویژه. نشریه پرستاری مراقبت‌های ویژه. ۱۲(۱)، ۱۴-۹.

زاغری تفرشی، م. آتش زاده شوریده، ف. بازارگادی، م. بارباز، ا. ۱۳۹۱. مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه پرستاران، پزشکان، بیماران و همراهان بیمار: یک پژوهش کیفی. مجله پرستاری و مامایی. ۱۰(۵)، ۶۶۵-۶۴۸.

### منابع انگلیسی

- Abbaszadeh, A., Ehsani, S. R., Begjani, J., Kaji, M. A., Dopolani, F. N., Nejati, A., & et al. (2014). Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 7, 18.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., et al. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Clinical research ed.)*, 344, e1717.
- Baggs, J. G., Schmitt, M. H., Prendergast, T. J., Norton, S. A., Sellers, C. R., Quinn, J. R., & Press, N. (2012). Who is attending? End-of-life decision making in the intensive care unit. *Journal of palliative medicine*, 15(1), 56-62.
- Campbell, L. & Amin, N. 2012. A poststructural glimpse at the World Health Organization's palliative care discourse in rural South Africa. *Rural and remote health*; 12:2059.
- Dalvandi, A., Vaisi-Raygani, A., Nourozi, K., Ebadi, A., & Rahgozar, M. (2019). The Importance and Extent of Providing Compassionate Nursing Care from The Viewpoint of Patients Hospitalized in Educational Hospitals in Kermanshah - Iran 2017. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 7 (6), 1047-1052.
- Ebrahimi, H., Namdar, H., & Vahidi, M. (2012). Quality of nursing care in psychiatric wards of university hospitals in northwest of iran from the perceptions of nurses. *Journal of caring sciences*, 1(2), 79-84.
- Gillan, P. C., Van Der Riet, P. J. & Jeong, S. 2014. End of life care education, past and present: a review of the literature. *Nurse education today*, 34, 331-342.
- Guo, Q. & Jaclon, C. S. 2014. An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliative medicine*, 28, 931-940.
- Hebert, K., Moore, H. & Rooney, J. 2011. The nurse advocate in end-of-life care. *Ochsner Journal*, 11, 325-329.
- Javadi, M., Karimi, S., Raiesi, A., Yaghoubi, M., & Kaveh, K. (2011). Comparison of patients' and nurses' viewpoints about responsiveness among a sample from public and private hospitals of Isfahan. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 16(4), 273-277.
- Mendes, A. 2015. The role of nurses' and patients' personal beliefs in nursing care. *British Journal of Nursing*, 24, 345-345.
- Moghimian, M., Kashani, F., Cheraghi, M. A., & Mohammadnejad, E. (2015). Quality of Life and Related Factors Among People With Spinal Cord Injuries in Tehran, Iran. *Archives of trauma research*, 4(3), e19280.
- Ozga, D., Woźniak, K., & Gurowiec, P. J. (2020). Difficulties Perceived by ICU Nurses Providing End-of-Life Care: A Qualitative Study. *Global advances in health and medicine*, 9, 2164956120916176.
- Radwin, L. E., Cabral, H. J., Seubert, M. N., Stolzmann, K., Meterko, M., Evans, L., et al. 2019. Patient-centered care in primary care scale: Pilot development and psychometric assessment. *Journal of nursing care quality*, 34, 34-39.
- Redfern, S. J. & Norman, I. J. 1995. Quality assessment instruments in nursing: towards validation. *International journal of nursing studies*, 32, 115-125.
- Shannon, S. E., Mitchell, P. H. & Cain, K. C. 2002. Patients, nurses, and physicians have differing views of quality of critical care. *Journal of Nursing Scholarship*, 34, 173-179.
- Sprung, C. L., Paruk, F., Kissoon, N., Hartog, C. S., Lipman, J., Du, B., et al. 2014. The Durban World Congress Ethics Round Table Conference Report: I. Differences between withholding and withdrawing life-sustaining treatments. *Journal of critical care*, 29, 890-895.
- Yousset, H., Mansour, M., Aa-zahrani, S., Ayasreh, I. & Abd El-karim, R. 2015a. Prioritizing Palliative Care: Assess Undergraduate Nursing Curriculum, knowledge and Attitude among Nurses Caring End-of-Life Patients. *European Journal of Academic Essays*, 2, 90-101.

## Original Article

**Critical care nurses views about quality of end-of-life nursing care in the intensive care unit****Ali Hosseinzadeh<sup>1</sup>, MSc Student****Mahnaz Varedi Kolahi<sup>2</sup>, MSc****Esmail Mohammadnejad<sup>3</sup>, PhD****\*Rasool Raznahan<sup>4</sup>, MSc****Abstract**

**Aim.** The present study aimed to determine the quality of end-of-life nursing care in the intensive care unit from the perspective of critical care nurses.

**Background.** Assessing the quality of nursing care is one of the most important strategies for nurse managers to improve nursing care services and achieve high-quality nursing practice; it is crucial to assess this index on a regular basis.

**Method.** In this descriptive cross sectional-study, data were collected using modified quality of nursing care questionnaire. The questionnaire was adopted from the standardized Quality Patient Care Scale in psychosocial, physical, and communication dimensions. A convenient sampling method was used to recruit 191 registered nurses participated in the study within a 2-month period. The data were analyzed SPSS version 20 using descriptive and inferential statistics.

**Findings.** The mean score for quality of end-of-life nursing care was  $83.62 \pm 8.62$  in the psychosocial dimension,  $85.36 \pm 7.74$  in the communication dimension, and  $92.23 \pm 10.88$  in the physical dimension. Quality was reported to be favorable in the psychosocial dimension (62 percent), communication (50.3 percent) and physical dimension (81.7 percent), respectively. There was a statistically significant relationship between the quality of end-of-life nursing care and passing educational course.

**Conclusion.** The quality of end-of-life nursing care was good from the perspective of critical care nurses, but it was not as good as expected in some dimensions. The psychosocial aspect of end-of-life nursing care needs to be improved. Taking measures and planning educational programs to improve the appropriate therapeutic relationship between the nurse and the patient and paying attention to the psychological and social needs of patients as much as possible can be an effective step in improving the quality of end-of-life care.

**Keywords:** Quality of nursing care, Intensive care unit, dying patient

1 MSc Student of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 MSc in Critical Care Nursing, Nursing Office, Imam Khomeini Clinical and Hospital Complex, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Assistant Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 MSc, School of Nursing and Midwifery, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran /Health Sciences Research Center, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran (\* Corresponding Author) email: rr4239@gmail.com