# Nursing cares quality in nurses

**Sore Khaki [1]*, Simin Esmaeilpourzanjani[2], Soheila Mashouf [3]**
1- Instructor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Behishty University, Tehran, Iran. **(Corresponding Author)**, **Tel:** +98 9212468137 **Email:** skhaki170@gmail.com
2- Instructor, Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Tehran Medical Branch, Tehran, Iran.
3- Instructor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Tehran Medical Branch, Tehran, Iran.

**Received:** 6 July 2018 **Accepted:** 13 Aug 2018

## Abstract

**Background & Aim:** Quality is the most important index in healthcare services, especially nursing care. Since absolute quality cannot be achieved, it is crucial to assess this index on a regular basis. The present study aimed to evaluate the quality of nursing care services in nursing staff.

**Materials & Methods:** This descriptive-analytical study was conducted on 210 nurses at Shahid Beheshti University in Tehran, Iran. The participants were selected via convenience sampling. Data were collected using a two-part demographic questionnaire and standard questionnaire of the quality of care by Koval and Peck with 72 items in the psychosocial, physical, and interactive dimensions. Data analysis was performed in SPSS version 16 using descriptive and inferential statistics.

**Results:** Mean age of the nurses was 33.53 years. Among the participants, 20% were male, and 76.1% were female. Quality of nursing care was considered favorable in the psychosocial (84%), physical (79%), and interactive dimensions (68.5%). Moreover, the results of Mann-Whitney U test indicated a significant association between the quality of nursing care and gender, so that female nurses provided better care compared to male nurses (P=0.01).

**Conclusion:** In the viewpoint of the nurses, the quality of nursing care was favorable. Nevertheless, the expectations of patients are not met in some cases. Therefore, it is recommended that the standards of the quality of care be re-evaluated in terms of the structure, processes, and outcomes from the perspective of nurses and patients in order to adopt effective strategies to enhance proper healthcare interactions between nurses and patients and meet the psychosocial needs of patients as far as possible**.**

**Keywords:** Quality of Care, Nurses, Nursing

**How to cite this article:**
**khaki S, Esmaeilpourzanjani S, Mashouf S. Nursing cares quality in nurses . Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2018; 3 (4) :1-14**
**URL: http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-139-a.html**

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/sjnmp.3.4.1 ]

**Copyright** © 2018 the Author (s). Published by **Kurdistan University of Medical Sciences**. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

# کیفیت مراقبت‌های پرستاری در پرستاران

**سوره خاکی[1]، سیمین اسمعیل پورزنجانی[2]، سهیلا مشعوف[3]**

۱- مربی گروه آموزشی پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

**تلفن:** ۰۹۲۱۲۴۶۸۱۳۷ **ایمیل:** skhaki170@gmail.com

۲- مربی عضو هیات علمی، گروه بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- مربی عضو هیات علمی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، تهران، ایران.

**تاریخ دریافت:** ۱۳۹۷/۰۴/۱۵ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۷/۰۵/۲۲

**چکیده**

**زمینه و هدف:** کیفیت مهم‌ترین مسئله در عرصه خدمات سلامت به‌ویژه مراقبت پرستاری است از آنجایی که هرگز نمی‌توان به سطح مطلق کیفیت دست یافت، بنابراین بررسی مداوم و مستمر آن همواره الزامی است. پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری در کارکنان پرستاری اجرا گردید.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که با مشارکت ۲۱۰ پرستار در دانشگاه شهید بهشتی با نمونه گیری در دسترس انجام گردید. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های مشتمل بر دو بخش مشخصات فردی و پرسشنامه استاندارد کیفیت مراقبت کوال پکس با ۷۲ سؤال در سه بعد روانی- اجتماعی، فیزیکی و ارتباطی انجام شد. به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 16 و نیز از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

**یافته‌ها:** میانگین سن پرستاران ۳۳/۵۳ سال بود. ۲۰ درصد پرستاران مرد و ۷۶/۱ درصد نیز زن بودند. ۸۴٪ پرستاران کیفیت مراقبت‌های پرستاری را در بعد روانی اجتماعی، ۷۹٪ در بعد فیزیکی و ۶۸/۵٪ در بعد ارتباطی مطلوب ارزیابی کردند. همچنین بر اساس آزمون من ویتنی بین میزان کیفیت مراقبت‌های پرستاری با جنس رابطه معنی داری وجود داشت به طوری که کیفیت مراقبت‌های پرستاری، در پرستاران زن بهتر از پرستاران مرد بود (p=۰/۰۱).

**نتیجه‌گیری:** وضعیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه پرستاران مطلوب است اما تأمین‌کننده انتظارات بیماران در برخی ابعاد مورد بررسی نمی‌باشد. لذا ارزیابی مجدد استانداردهای کیفیت مراقبت در سه بعد ساختار، فرایند و برآیند از دیدگاه پرستاران و بیماران، اتخاذ تدابیری جهت افزایش ارتباط درمانی مناسب بین پرستار و بیمار و توجه به نیازهای روانی و اجتماعی بیماران تا حد امکان می‌تواند سودمند واقع شود.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت مراقبت، پرستاران، پرستاری

## مقدمه

کیفیت رویکردی است که در چند دهه‌ی اخیر در بخش صنعت برای بهبود دائمی فرآیندها که در نهایت منجر به تولیدات مرغوب و مورد نیاز مشتریان می‌شود، مطرح شده و به تدریج دامنه رسوخ این نهضت از سازمان‌های صنعتی و تولیدی به بخش خدماتی و به‌خصوص خدمات بهداشتی و درمانی کشیده شده است (۱).

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/sjnmp.3.4.1 ]

با گذر زمان نیز نیاز بیماران، خانواده آن‌ها، شرکت‌های بیمه و متخصصان بهداشت و درمان به ارتقای کیفیت در زمینه مراقبت از بیماران فزونی یافته است (۲). به طوری که در سازمان‌های رقابتی امروز، فقط سازمان‌هایی قادر به ادامه حیات هستند که کارای و کیفیت خدمات خود را ارتقاء دهند (۳).

کیفیت خدمات سلامت به معنای دستیابی به مطلوب‌ترین برآیندهای سلامتی است (۴)؛ به گونه‌ای که خدمات ارائه شده اثربخش، کارا و به‌صرفه باشد (۵). پرستاران و مدیران پرستاری بزرگ‌ترین گروه در میان کارکنان بهداشتی بوده و به عنوان شالوده اصلی فرایند بهبود کیفیت مراقبت‌ها هستند، بنابراین عملکرد آن‌ها در پیشبرد اهداف سازمانی بسیار مثمر ثمر است (۶). توانمندی حرفه‌ای آن‌ها نقش مهمی در تحقق رسالت نظام سلامت ایفا می‌کند. به همین دلیل میزان توانمندی حرفه‌ای و کیفیت مراقبتی آن‌ها یکی از دغدغه‌های نظام‌های بهداشتی و متولیان سلامت در کشورهای مختلف است (۷). پرستاران از دیدگاه قانونی و اخلاقی باید پاسخگوی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده باشند. مطالعات نشان داده‌اند که افزایش هزینه‌های مراقبت، کاهش تعداد پرستاران حرفه‌ای و به کارگیری پرستاران دوره ندیده یا سایر کارکنان گروه پزشکی به جای پرستاران کارشناس، اثرات معکوسی بر کیفیت مراقبت پرستاری می‌گذارد (۸). امروزه به دلیل تأکید فراوان روی مدیریت منابع، کنترل هزینه، اثربخشی مراقبت از بیمار، ارتقاء کیفیت و مسئولیت‌پذیری، مراقبت خوب از بیمار امری ضروری است (۹). حتی برخی معتقدند کیفیت مراقبت پرستاری، بیش از دسترسی به فناوری‌ها منجر به برآیندهای مثبت مراقبت از بیمار می‌گردد (۸). مطالعه Williams نشان داد که از دید بیمار ارائه مراقبت پرستاری باکیفیت موجب دستیابی به مراقبت‌های جسمی، روانی و اجتماعی می‌شود (۱۰)؛ بنابراین با توجه به افزایش هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی، ارتقای مداوم کیفیت خدمات پرستاری امری است لازم و کنترل کیفیت خدمات پرستاری جهت افزایش رضایت مشتریان هم ضرورت دارد (۱۱)؛ به عبارت دیگر، کیفیت، توانایی یک فرآورده یا خدمت برای ارضاء نیازهای ابراز شده و میزانی برای برآوردن انتظارات مشتری یا مددجو است (۳).

امروزه در دنیا کیفیت خدمات پرستاری با چالش‌های فراوانی روبرو است. مطالعه‌ای که در بیمارستان‌های نیویورک انجام شده بود نشان می‌داد از هر ۲۵ بیمار یک نفر از مراقبت‌های ارائه شده صدمه می‌بیند که ۱۳/۶٪ این موارد به مرگ منجر می‌شود (۱۲). این در حالی است که اغلب مددجویان و بیماران به علت افزایش سطح آگاهی در زمینه بهداشت و درمان و نیز افزایش هزینه خدمات بهداشتی، خواستار خدمات باکیفیت مطلوب هستند (۱۳). از طرفی نیز ارزیابی کیفیت مراقبت‌های پرستاری می‌تواند اصلاحاتی در نحوه خدمت‌رسانی به وجود آورد تا خدمات طبق الگوهای استاندارد سلامتی اجرا شود. امروزه توسعه روزافزون کیفیت گرایی در بخش درمان و لزوم رعایت استانداردها به صورت موضوعی قابل تحقیق مطرح شده است. تحقیقات انجام شده در این زمینه نیز نشان می‌دهد ارزیابی کیفیت مراقبت‌ها باعث می‌شود بر مهارت‌های عملی افزوده شود، نقاط ضعف مشخص شود، خدمات با دقت بیشتر اجرا شود، اشکالات موجود در بخش‌ها و نارضایتی‌ها برطرف شود که در نهایت به ایجاد انگیزه در ارائه مراقبت‌های باکیفیت بالاتر و برآوردن خواسته و نیاز بیماران می‌انجامد (۱۴). شواهد قبلی نیز نشان داده که بررسی مستمر و دوره‌ای کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه‌های مختلف می‌تواند نقاط ضعف و قوت‌ها را

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/sjnmp.3.4.1 ]

مشخص نموده و در طراحی برنامه‌های مطلوب برای ارتقای کیفیت خدمات مثمر ثمر واقع گردد.

در مطالعه نیشابوری و همکاران، نتایج نشان داد کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه ۹۲/۶٪ پرستاران در بعد روانی اجتماعی و ۵۶/۸٪ در بعد ارتباطی مطلوب بوده است.

از دیدگاه ۳۱/۶٪ بیماران کیفیت مراقبت پرستاری در بعد روانی اجتماعی و ۲۴/۷٪ در بعد ارتباطی مطلوب بوده است (۱۵). همچنین Shannon و همکاران در پژوهشی تحلیلی در آمریکا دیدگاه ۴۸۹ بیمار، ۵۱۸ پرستار و ۵۱۵ پزشک را در خصوص کیفیت مراقبت مقایسه نمودند که یافته‌ها نشان داد میانگین کیفیت مراقبت از دید بیماران ۸۱/۶۹، پرستاران ۷۳/۸۶ و پزشکان ۸۳/۵۵ (از ۱۰۰) بود. دیدگاه پزشکان نسبت به پرستاران و بیماران بالاتر بود در حالی که پرستاران پایین‌ترین دیدگاه را داشتند. در مجموع نتایج این پژوهش حاکی از تفاوت دیدگاه پرستاران، پزشکان و بیماران از کیفیت مراقبت پرستاری بود (۱۶).

بنابراین با توجه به نتایج به‌دست‌آمده مبنی بر نامطلوب بودن کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه بیماران و وجود تفاوت بین دیدگاه پرستاران و بیماران در این خصوص (۱۵، ۱، ۱۷)، انجام اقداماتی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد؛ بنابراین جهت نیل به این هدف، ارزیابی مجدد استانداردهای کیفیت مراقبت پرستاری در ابعاد مختلف روانی اجتماعی، فیزیکی و ارتباطی، آموزش پرستاران جهت داشتن نگرش بیمار محوری در زمینه ارائه خدمات پرستاری، ارتقا تخصص حرفه‌ای، اتخاذ تدابیری جهت افزایش ارتباط درمانی مناسب بین پرستار و بیمار و توجه به نیازهای روانی و اجتماعی بیماران تا حد امکان می‌تواند سودمند واقع شود. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری و شناسایی عوامل مرتبط با آن در کارکنان پرستاری انجام گردید.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که با هدف تعیین وضعیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت شناختی در کارکنان پرستاری در سال ۱۳۹۳ انجام گردید. جامعه پژوهش شامل پرستاران شاغل در ۵ بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران بود. بدین ترتیب ابتدا فهرست تمامی بیمارستان‌های آموزشی و درمانی که زیر مجموعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند تهیه و سپس با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۵ مرکز شهدای تجریش، لبافی نژاد، امام حسین (ع)، مدرس و مهدیه انتخاب و از همه بخش‌های بیمارستان‌های منتخب به‌جز بخش اطفال با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس پرستاران موردپژوهش انتخاب گردید. معیارهای ورود به مطالعه برای پرستاران شامل: تمایل به شرکت در پژوهش، دارای تحصیلات فوق‌دیپلم و بالاتر در رشته پرستاری و حداقل ۶ ماه سابقه کار بود. تعداد نمونه‌های پژوهش نیز شامل ۲۱۰ پرستار شاغل در مراکز آموزشی و درمانی بیمارستان‌های نامبرده بودند که با توجه به مطالعه جعفری منش و همکاران (۱۸) و با در نظر گرفتن انحراف معیار برابر ۲۹/۵۵ و خطای قابل قبول برابر ۴ و سطح اطمینان ۹۵٪ و با استفاده از فرمول حجم نمونه تعیین شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات فردی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، مدرک پرستاری، وضعیت استخدامی، نوبت‌کاری و سابقه خدمتی و پرسشنامه استاندارد کیفیت مراقبت Quality patient care scale (QUALPAC) بود. این پرسشنامه شامل ۷۲ سؤال بود که وضعیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری را در سه بعد

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/sjnmp.3.4.1 ]

روانی – اجتماعی (۳۳ سؤال)، بعد فیزیکی (۲۶ سؤال) و بعد ارتباطی (۱۳ سؤال) بررسی می‌نمود.

برای هر گویه مقیاس لیکرت با پاسخ‌های بی‌مورد، هرگز، گاهی، بیشتر اوقات، در نظر گرفته شده بود. توزیع نمرات کیفیت مراقبت پرستاری نیز به صورت نامطلوب (صفر تا ۱/۸۹)، تا حدی مطلوب (۱/۹۰ تا ۲/۶۳)، مطلوب (۲/۶۴ تا ۴) بود. این پرسشنامه یکی از معتبرترین ابزارهای اندازه‌گیری کیفیت مراقبت می‌باشد که در سال ۱۹۷۲ ارائه گردید و بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت (۱۹). روایی این ابزار در سال ۱۳۸۳ در تبریز توسط خوشخو مورد بررسی و با فرهنگ ایران تطبیق داده شد (۱۷) و تاکنون در مطالعات مختلفی روایی آن مورد تائید و به کار گرفته شده است (۱۵، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳). پایایی پرسشنامه کیفیت مراقبت QUALPAC نیز در مطالعات متعددی مورد تائید قرار گرفته است (۱۵، ۱۷، ۲۱). در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه کیفیت مراقبت با اندازه‌گیری ضریب آلفای کرونباخ تعیین شد بدین صورت که پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب تکمیل و ضریب آلفای کرونباخ به میزان ۹۶ درصد محاسبه و مورد تائید قرار گرفت.

روش کار به این ترتیب بود که پژوهشگر در روزهای مختلف هفته و در شیفت‌های متفاوت صبح، عصر و شب به بیمارستان‌های منتخب مراجعه کرده و اقدام به جمع‌آوری اطلاعات نموده و در همان روز پرسشنامه‌ها را جمع‌آوری کرده است.

پژوهشگر با مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران و موافقت مسئولین بیمارستان‌ها به محیط پژوهش وارد شد. سپس با تکمیل رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه توسط پرستاران به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه و بدون نام مورد بررسی قرار خواهد گرفت و در نهایت به صورت کلی (نه موردی) گزارش خواهد شد و به مسئولین بیمارستان‌ها نیز در مورد آگاه شدن آن‌ها از نتایج پژوهش اطمینان داده شد. اطلاعات به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های آماری توصیفی و آزمون‌های ناپارامتریک کای دو، من ویتنی و ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نرمالیتی داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف اسمیرنف انجام گرفت و نشان داد که داده‌ها نرمال نیستند بدین‌جهت از آزمون‌های ناپارامتریک استفاده گردید. جهت تحلیل داده‌ها نیز سطح معنی‌داری آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

در این پژوهش ۷۶/۱٪ پرستاران زن و میانگین سنی آن‌ها ۸/۲۴± ۳۳/۵۳ سال بود. ۶۲/۹٪ پرستاران متأهل بودند. میانگین سابقه کار پرستاران ۶/۵۵± ۹/۶۷ سال بود. سایر مشخصات نیز در جدول شماره یک آمده است (جدول شماره ۱).

**جدول ۱: توزیع فراوانی (مطلق و نسبی) پرستاران بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی**

| متغیر جمعیت شناختی | | تعداد | درصد |
|---|---|---|---|
| جنسیت | زن | ۱۵۶ | ۷۶/۱ |
| | مرد | ۴۱ | ۲۰ |
| | بی‌پاسخ | ۸ | ۳/۹ |
| دانشگاه محل اخذ مدرک | سراسری | ۱۲۴ | ۶۲ |



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/sjnmp.3.4.1 ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| | آزاد | ۶۵ | ۳۲/۵ |
| | بی پاسخ | ۱۱ | ۵/۵ |
| مدرک پرستاری | فوق دیپلم | ۱۰ | ۵ |
| | کارشناسی | ۱۶۹ | ۸۴/۵ |
| | کارشناسی ارشد | ۱۶ | ۸ |
| | بی پاسخ | ۵ | ۲/۵ |
| نوبت کاری | ثابت | ۳۱ | ۱۵/۵ |
| | درگردش | ۱۶۵ | ۸۲/۵ |
| | بی پاسخ | ۴ | ۲ |
| وضعیت استخدام | طرحی | ۲۸ | ۱۴ |
| | قراردادی | ۴۳ | ۲۱/۵ |
| | رسمی آزمایشی | ۵۳ | ۲۶/۵ |
| | رسمی قطعی | ۷۴ | ۳۷ |
| | بی پاسخ | ۲ | ۱ |

یافته‌ها در خصوص وضعیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بعد روانی اجتماعی نشان داد که ۹۲/۵٪ از پرستاران بیان کرده‌اند که به سخنان بیماران توجه می‌کنند و کلامشان را قطع نمی‌کنند. ۹۱/۵٪ بیان کردند با حوصله و مهربانی به سؤالات بیماران پاسخ می‌دهند و ۹۱٪ نیز اظهار داشتند از روی علائم فیزیکی و علائم روانی قادر به تشخیص اضطراب بیمار هستند. ۱۹/۵٪ پرستاران از معرفی بیمار جدید به بیمار اجتناب می‌کنند، ۸/۵٪ هرگز به تقاضای بیمار برای دیدن یک روحانی توجه نمی‌کنند و ۷/۵٪ نیز بیمار را از زمان ورود و خروج خود مطلع نمی‌کنند (جدول شماره ۲).

**جدول ۲: توزیع میانگین کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بعد روانی- اجتماعی از دیدگاه پرستاران**

| سؤالات کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بعد روانی- اجتماعی | پرستار | | | |
|---|---|---|---|---|
| | بی‌مورد | هرگز | گاهی | بیشتر اوقات |
| ۱. پاسخ دادن با حوصله و مهربانی به سؤالات بیمار | ۰ | ۱ | ۷/۵ | ۹۱/۵ |
| ۲. فراهم کردن محیط مناسبی جهت پاسخ دادن به سؤالات بیمار | ۱ | ۱/۵ | ۲۳ | ۷۴/۵ |
| ۳. صحبت با همکاران فقط در رابطه با برآورده کردن نیازهای بیماران | ۰ | ۲/۵ | ۲۲/۵ | ۷۵ |
| ۴. لحن صدای پرستاران نشان‌دهنده علاقه آن‌ها جهت رفع مشکلات و نیازهای بیمار | ۱ | ۳/۵ | ۱۵/۵ | ۸۰ |
| ۵. توجه کردن پرستاران به سخنان بیمار | ۰ | ۱/۵ | ۶ | ۹۲/۵ |
| ۶. احساس رضایت پس از گفتگو با پرستاران | ۱/۵ | ۱ | ۹/۵ | ۸۸ |
| ۷. صدازدن بیمار با نام نه با شماره تخت | ۰ | ۲/۵ | ۱۴ | ۸۳/۵ |
| ۸. معرفی کردن پرستاران به بیمار | ۰ | ۳/۵ | ۲۲/۵ | ۷۴ |
| ۹. برخورد منطقی پرستاران با بیمار در صورت بروز رفتار نامناسب | ۰/۵ | ۱ | ۱۷/۵ | ۸۱ |
| ۱۰. صرف زمان بیشتر پرستاران در موقع احساس تنهایی بیمار | ۲ | ۴/۵ | ۳۴/۵ | ۵۹ |
| ۱۱. صحبت با بیمار در صورت خسته شدن از درمان و تشویق به ادامه درمان | ۱ | ۱ | ۱۲ | ۸۶ |
| ۱۲. خودداری پرستار از عصبانی شدن یا به زبان آوردن کلمات ناپسند در برخورد با بیمار | ۱/۵ | ۰/۵ | ۷/۵ | ۹۰/۵ |
| ۱۳. توانایی پرستاران در تشخیص و کاهش اضطراب بیمار | ۲ | ۰/۵ | ۶/۵ | ۹۱ |

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/sjnmp.3.4.1 ]

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ۱۴. ماندن در کنار بیمار در صورت احساس اضطراب و سعی در کاهش آن | ۱/۵ | ۱/۵ | ۱۴/۵ | ۸۲/۵ |
| ۱۵. اجازه دادن به ماندن یکی از خانواده بیمار در کنار وی در صورت کاهش نیافتن اضطراب، | ۰/۵ | ۱/۵ | ۱۴ | ۸۴ |
| ۱۶. توضیح دان مجدد با روی خوش و بدون اظهار ناراحتی برای بیمار | ۰/۵ | ۰/۵ | ۱۱/۵ | ۸۷/۵ |
| ۱۷. توضیح دادن انجام مراقبت‌های درمانی و آزمایش‌ها برای بیمار | ۰/۵ | ۰ | ۲۰ | ۷۹/۵ |
| ۱۸. قرار دادن بیمار در جریان روند بهبودی خود | ۱ | ۱ | ۱۵ | ۸۳ |
| ۱۹. مطلع کردن بیمار از زمان ورود و خروج پرستار | ۲ | ۷/۵ | ۳۲/۵ | ۵۸ |
| ۲۰. انجام اقدامات درمانی در کمترین تداخل با زمان ملاقات | ۲ | ۰/۵ | ۱۱/۵ | ۸۶ |
| ۲۱. فراهم کردن محیطی مناسب جهت برقراری ارتباط بیمار با خانواده‌اش | ۱ | ۲/۵ | ۲۰ | ۷۸/۵ |
| ۲۲. توجه به تقاضای بیمار برای دیدن یک روحانی | ۱۵ | ۸/۵ | ۳۱/۵ | ۴۵ |
| ۲۳. آموزش به بیمار جهت انجام فرایض دینی با توجه به شرایط جسمی | ۶/۵ | ۳/۵ | ۲۷/۵ | ۶۲/۵ |
| ۲۴. پاسخ با حوصله به سؤالات بیمار در رابطه با بیماری خود | ۰/۵ | ۱/۵ | ۹/۵ | ۸۸/۵ |
| ۲۵. حکم‌فرما بودن محیطی حاکی از اعتماد بین بیمار و پرستاران | ۰ | ۲ | ۱۵/۵ | ۸۲/۵ |
| ۲۶. توجه کردن به نظرات بیمار در رابطه با مراقبت‌های انجام شده و در صورت امکان اعمال به آن‌ها | ۱/۵ | ۱ | ۱۶ | ۸۱/۵ |
| ۲۷. صحبت کردن در مورد موضوعات مورد علاقه بیمار در حین مراقبت | ۱ | ۲ | ۳۱ | ۶۶ |
| ۲۸. معرفی کردن بیمار جدید به بیماران دیگر | ۶ | ۱۹/۵ | ۴۰ | ۳۴/۵ |
| ۲۹. توضیح دادن علت رعایت برخی از قوانین بخش برای بیمار | ۱ | ۲/۵ | ۱۸ | ۷۸/۵ |
| ۳۰. آشنا کردن بیمار با بیماران دارای مشکلات مشابه | ۱/۵ | ۵/۵ | ۳۵/۵ | ۵۷/۵ |
| ۳۱. آموزش انجام کارهای شخصی به تنهایی با توجه به شرایط جسمی بیمار | ۱/۵ | ۴ | ۳۵ | ۵۹/۵ |
| ۳۲. تشویق کردن خانواده در امر مراقبت از بیمار | ۱ | ۲ | ۲۴ | ۷۳ |

وضعیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بعد فیزیکی نشان داد ۹۳٪ پرستاران بیان کردند که بهداشت فردی خود را رعایت می‌کنند. ۹۱٪ اذعان داشتند که بیشتر اوقات زمانی که بیمار از درد شاکی است علت آن را یافته و در جهت رفع و یا کاهش آن تلاش می‌کنند. ۹۰٪ بیان کردند که به اظهار ناراحتی بیمار در رابطه با محل تزریقات وریدی توجه و درصدد رفع آن برمی‌آیند. ۸۸٪ نیز بیان کردند که بیشتر اوقات قبل از دادن دارو به بیمار حتماً نام وی را سؤال می‌کنند. همچنین ۲۹٪ پرستاران ابراز داشتند گاهی اوقات از مواد معطر جهت خوشبو کردن محیط استفاده می‌کنند. ۲۲/۵٪ بیان کردند که فقط گاهی اوقات بیماران را از نتایج آزمایش‌ها و درمان‌ها آگاه می‌کنند و ۲۱٪ نیز بیان کردند فقط گاهی اوقات استراحت متناوب در بین فعالیت‌ها برای حفظ انرژی را به بیمار آموزش می‌دهند (جدول شماره ۳).

**جدول ۳: توزیع میانگین کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بعد فیزیکی از دیدگاه پرستاران**

| سؤالات کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بعد فیزیکی | پرستار | | | |
|---|---|---|---|---|
| | بی‌مورد | هرگز | گاهی | بیشتر اوقات |
| ۳۳. آگاه کردن از نتایج آزمایش‌ها و درمان‌ها | ۰ | ۴/۵ | ۲۲/۵ | ۷۳ |
| ۳۴. در دسترس قرار دادن وسایل مورد نیاز | ۰/۵ | ۱/۵ | ۱۶ | ۸۲ |
| ۳۵. تنظیم کردن میله کنار تخت و توضیح دادن در مورد آن | ۱ | ۰/۵ | ۹/۵ | ۸۹ |
| ۳۶. برآورده کردن نیازهای بهداشتی روزانه | ۱ | ۲/۵ | ۲۰/۵ | ۷۶ |

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/sjnmp.3.4.1 ]

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ۳۷. کمک کردن به بیمار برای انجام کارهای شخصی در صورت ناتوانی | ۰/۵ | ۳ | ۲۰/۵ | ۷۶ |
| ۳۸. کنترل کردن روزانه بهداشت محیط | ۱ | ۱/۵ | ۱۹ | ۷۸/۵ |
| ۳۹. استفاده کردن مواد معطر جهت خوشبو کردن محیط | ۳/۵ | ۱۰ | ۲۹ | ۵۷/۵ |
| ۴۰. حمایت روحی از بیماران | ۱ | ۲ | ۱۸/۵ | ۷۸/۵ |
| ۴۱. انجام اقدامات مراقبتی لازم با مهارت مناسب | ۱/۵ | ۰ | ۱۳/۵ | ۸۵ |
| ۴۲. انجام دادن مراقبت‌های لازم جهت حفظ بهداشت پوست | ۱/۵ | ۰/۵ | ۱۲/۵ | ۸۵/۵ |
| ۴۳. توجه به تغییرات وزنی بیمار | ۲ | ۳/۵ | ۱۵/۵ | ۷۹ |
| ۴۴. توجه به الگو غذایی بیمار | ۰/۵ | ۳/۵ | ۱۱ | ۸۵ |
| ۴۵. توجه به الگو خواب و استراحت بیمار | ۰/۵ | ۳ | ۱۵ | ۸۱/۵ |
| ۴۶. توجه به الگوی دفعی بیمار | ۰/۵ | ۱ | ۱۶ | ۸۲/۵ |
| ۴۷. درک سریع علت درد و تلاش برای رفع و یا کاهش آن | ۱ | ۰/۵ | ۷/۵ | ۹۱ |
| ۴۸. توجه به اظهار ناراحتی بیمار در رابطه با محل تزریقات وریدی و تلاش برای رفع آن | ۱/۵ | ۰/۵ | ۸ | ۹۰ |
| ۴۹. توضیح دادن در خصوص انجام صحیح حرکات ورزشی در صورت نیاز بیمار | ۱/۵ | ۲ | ۱۸ | ۷۷/۵ |
| ۵۰. آموزش دادن در مورد انجام تنفس صحیح و تخلیه ترشحات ریه و علت آن | ۲ | ۱/۵ | ۱۲/۵ | ۸۴ |
| ۵۱. کمک کردن به بیمار در امر خروج از تخت و راه رفتن | ۱/۵ | ۲/۵ | ۱۵/۵ | ۸۰/۵ |
| ۵۲. آموزش استراحت متناوب در بین فعالیت‌ها برای حفظ انرژی | ۲/۵ | ۲/۵ | ۲۱ | ۷۴ |
| ۵۳. آموزش علت خروج از تخت بعد از عمل | ۳ | ۱ | ۱۴ | ۸۲ |
| ۵۴. توضیح علت رعایت رژیم غذایی خاص | ۰/۵ | ۰ | ۱۳ | ۸۶/۵ |
| ۵۵. سؤال کردن نام بیمار قبل از دادن دارو به وی | ۰ | ۰/۵ | ۱۱/۵ | ۸۸ |
| ۵۶. توضیح دادن در رابطه با اثرات درمانی داروی مصرفی | ۰ | ۰/۵ | ۱۹/۵ | ۸۰ |
| ۵۷. توضیح دادن در رابطه با اثرات جانبی و هشدار دهنده دارو | ۰ | ۱/۵ | ۱۹ | ۷۹/۵ |
| ۵۸. سؤال کردن در رابطه با سابقه حساسیت بیمار به غذا یا دارو خاص | ۱ | ۱/۵ | ۱۵ | ۸۲/۵ |
| ۵۹. رعایت بهداشت فردی پرستار | ۰/۵ | ۰/۵ | ۶ | ۹۳ |

وضعیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بعد ارتباطی نیز نشان داد ۹۱٪ از پرستاران بیان کردند که بیشتر اوقات با سایر کارکنان درمانی بیمارستان ارتباط مناسبی برقرار می‌کنند. ۸۹/۵٪ عنوان کردند که به نیازهای بیمار حین صحبت کردن با وی توجه می‌کنند و ۸۹٪ نیز ابراز داشتند که بیشتر اوقات احتیاجات بیمار را در محیطی آرام و بدون اضطراب برآورده می‌کنند. همچنین ۱۹/۵٪ پرستاران بیان کردند که گاهی اوقات منابع و سازمان‌های ارجاعی لازم جهت کمک در امور مالی به بیماران معرفی می‌کنند. ۱۷/۵٪ اظهار کردند که گاهی اوقات سعی می‌کنند نیازهای بیماران را پیش‌بینی و درصدد رفع آن برآیند و ۱۷٪ نیز اظهار کردند که گاهی اوقات زمان کافی به خانواده بیمار جهت مطرح کردن سؤالات خود قرار می‌دهند (جدول شماره ۴).

**جدول ٤: توزیع میانگین کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بعد ارتباطی از دیدگاه پرستاران**

| سؤالات کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بعد ارتباطی | پرستار | | | |
|---|---|---|---|---|
| | بی‌مورد | هرگز | گاهی | بیشتر اوقات |
| ۶۰. به‌راحتی در میان گذاشتن احساسات خود (بیمار) با پرستاران | ۱ | ۰/۵ | ۱۶/۵ | ۸۲ |
| ۶۱. به‌راحتی پرسیدن سؤالات در رابطه با بیماری از پرستاران | ۰ | ۰/۵ | ۱۲/۵ | ۸۷ |

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/sjnmp.3.4.1 ]

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ۶۲. به خوبی گوش دادن به سخنان بیمار | ۰/۵ | ۰ | ۱۰/۵ | ۸۹ |
| ۶۳. در اختیار قرار دادن زمان کافی به خانواده بیمار جهت مطرح کردن سؤالات خود | ۱ | ۱ | ۱۷ | ۸۱ |
| ۶۴. احساس رضایت خانواده از پاسخ پرستاران | ۰/۵ | ۰/۵ | ۱۰ | ۸۹ |
| ۶۵. درک اضطراب خانواده بیمار و دادن آموزش‌های لازم جهت کاهش اضطراب آن‌ها | ۰/۵ | ۰/۵ | ۱۱/۵ | ۸۷/۵ |
| ۶۶. قرار دادن خانواده بیمار در جریان روند بهبودی بیمار | ۰/۵ | ۱/۵ | ۱۴/۵ | ۸۳/۵ |
| ۶۷. دادن اطمینان خاطر به بیمار جهت حفظ اسرار وی | ۰ | ۱ | ۱۱/۵ | ۸۷/۵ |
| ۶۸. پیش‌بینی برخی از نیازهای بیمار حتی قبل از عنوان آن توسط بیمار | ۱ | ۱ | ۱۷/۵ | ۸۰/۵ |
| ۶۹. برقرار کردن ارتباط مناسب پرستاران با سایر کارکنان درمانی | ۱ | ۱ | ۷ | ۹۱ |
| ۷۰. معرفی کردن منابع و سازمان‌های ارجاعی لازم به بیمار | ۰ | ۲ | ۱۹/۵ | ۷۸/۵ |
| ۷۱. برآورده کردن احتیاجات بیمار در محیطی آرام و بدون اضطراب | ۰ | ۱ | ۱۰ | ۸۹ |
| ۷۲. نشان دادن توجه به نیازهای بیمار در حین صحبت کردن با وی | ۰ | ۱/۵ | ۹ | ۸۹/۵ |

از دیدگاه ۸۱٪ پرستاران کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری در مجموع ابعاد روانی اجتماعی، فیزیکی و ارتباطی مطلوب می‌باشد. همچنین ۸۴٪ پرستاران کیفیت مراقبت‌های پرستاری را در بعد روانی- اجتماعی، ۷۹٪ در بعد فیزیکی و ۶۸/۵٪ در بعد ارتباطی مطلوب ارزیابی کردند (جدول شماره ۵).

**جدول ۵: مقایسه کیفیت مراقبت‌های پرستاری در ابعاد روانی- اجتماعی، فیزیکی و ارتباطی از دیدگاه پرستاران**

| ابعاد | | پرستار | |
|---|---|---|---|
| | | تعداد | درصد |
| روانی- اجتماعی | نامطلوب | ۲ | ۱ |
| | تا حدودی مطلوب | ۳۰ | ۱۵ |
| | مطلوب | ۱۶۸ | ۸۴ |
| فیزیکی | نامطلوب | ۵ | ۲/۵ |
| | تا حدودی مطلوب | ۳۷ | ۱۸/۵ |
| | مطلوب | ۱۵۸ | ۷۹ |
| ارتباطی | نامطلوب | ۶ | ۳ |
| | تا حدودی مطلوب | ۵۷ | ۲۸/۵ |
| | مطلوب | ۱۳۷ | ۶۸/۵ |
| کیفیت مراقبت پرستاری | نامطلوب | ۴ | ۲ |
| | تا حدودی مطلوب | ۳۴ | ۱۷ |
| | مطلوب | ۱۶۲ | ۸۱ |

بر اساس نتایج آزمون‌های آماری بین وضعیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری با متغیرهای جمعیت شناختی نظیر سن، وضعیت تأهل، نوبت‌کاری، مدرک پرستاری، وضعیت استخدامی و سابقه خدمتی پرستاران ارتباط معناداری وجود نداشت. تنها از بین متغیرهای مورد بررسی بر اساس آزمون من ویتنی بین وضعیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری و جنس ارتباط معناداری وجود داشت (p=۰/۰۱)؛ به‌طوری‌که کیفیت مراقبت‌های پرستاری، پرستاران زن بهتر از کیفیت مراقبت‌های پرستاری پرستاران مرد می‌باشد.

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/sjnmp.3.4.1 ]

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه اکثریت پرستاران در هر سه بعد مراقبتی مطلوب می‌باشد. در مطالعه‌ای که پاریاد و همکاران جهت بررسی دیدگاه سرپرستاران در مورد کیفیت مراقبت‌های پرستاری در رشت انجام دادند نیز نتایج حاکی از آن بود که ۶۳/۷٪ سرپرستاران کیفیت مراقبت‌های پرستاری را در بعد روانی اجتماعی و ۶۸/۸٪ آن‌ها کیفیت مراقبت را در بعد فیزیکی را مطلوب ارزیابی کردند (۲۴). در مطالعه زمان زاده و همکاران نیز نتایج نشان داد اکثریت پرستاران کیفیت مراقبت را در سه بعد روانی اجتماعی، فیزیکی و ارتباطی مطلوب و اکثریت بیماران آن را نامطلوب ارزیابی نمودند (۱) که با یافته‌های مطالعه فوق همخوانی دارد. در مطالعه Shannon و همکاران میانگین کیفیت مراقبت از دیدگاه پرستاران ۷۳/۸۶ (از ۱۰۰) بود (۱۶). در مطالعه نیشابوری و همکاران نیز کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه اکثریت پرستاران در هر دو بعد مراقبتی روانی اجتماعی و ارتباطی مطلوب بود در حالی که از دیدگاه اکثریت بیماران کیفیت مراقبت‌ها در بعد روانی اجتماعی و ارتباطی تا حدودی مطلوب بود (۱۵). از جمله در مطالعه دهقانی و همکاران بیشتر پرستاران (۷۲/۵٪) در ابعاد مسئولیت‌پذیری، ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار و احترام به بیمار از دیدگاه خودشان عملکرد مطلوبی داشتند (۲۵). در مطالعه ابراهیمی و همکاران نیز از دیدگاه اکثر نمونه‌های پژوهش کیفیت مراقبت در بعد فیزیکی و ارتباطی در سطح مطلوب قرار داشتند (۲۲). در پژوهش اکبری کاجی و فرمهینی (۲۳) و راستیان (۲۱) نیز کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه پرستاران مطلوب ارزیابی شده است که با یافته‌های مطالعه فوق همخوانی دارد. این در حالی است که یافته‌های مطالعه حقیقی خوشخو و همکاران نشان داد که اکثر بیماران در ابعاد روانی اجتماعی و ارتباطی کیفیت مراقبت را نامطلوب گزارش کردند (۱۷). همچنین اکثریت بیماران مبتلا به ایدز در مطالعه دبیریان و همکاران کیفیت مراقبت پرستاری در این ابعاد را ضعیف ارزیابی کردند (۲۰). در مطالعه دهقانی و همکاران فقط ۴۵٪ از بیماران عملکرد پرستاران را در بعد ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار مطلوب ارزیابی کردند (۲۶). در مطالعه مظلوم به نقل از زمان زاده نیز در خصوص دیدگاه بیماران در مورد کیفیت مراقبت‌ها، بیشترین نارضایتی مربوط به برآورده کردن نیازهای اجتماعی بیماران بود (۱).

نتایج مطالعه فوق نیز نشان‌دهنده این امر می‌باشد که کیفیت مراقبت در ابعاد ارتباطی نسبت به سایر ابعاد مراقبتی ضعیف‌تر می‌باشد. نتایج مطالعه چنجوینی نیز حاکی از آن بود که فقط ۲۹/۱٪ بیماران ارتباط کلامی پرستاران را خوب ارزیابی کردند و در زمینه ارتباط غیرکلامی نیز ۱۶/۴٪ آن‌ها معتقد بودند که پرستاران قادر به برقراری ارتباط غیرکلامی خوب هستند (۲۷). لذا از آنجا که وظیفه یک پرستار در درجه اول برآوردن احتیاجات اولیه بیمار با برقراری ارتباط، مداخله کردن در ابعاد مختلف روانی اجتماعی، جسمی و ارتباطی و همچنین کمک و همیاری بیمار در امر درمان است. در صورتی که پرستار بتواند با بیمار ارتباط مناسبی برقرار نموده و به نیازهای بیمار در تمام ابعاد مراقبتی شامل روانی اجتماعی، فیزیکی و ارتباطی توجه نماید، کیفیت مراقبت‌های پرستاری افزایش می‌یابد و چنانچه مراقبت‌های ارائه شده مناسب و دقیق باشند، بیماران نیز رضایت بیشتری خواهند داشت (۲۸).

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/sjnmp.3.4.1 ]

همچنین یافته‌های مطالعه فوق نشان داد که کیفیت مراقبت‌های پرستاری در برخی جنبه‌های مراقبتی روانی اجتماعی، فیزیکی و ارتباطی مانند معرفی بیماران جدید به بیمار، توجه به تقاضای بیمار برای دیدن یک روحانی، توضیح در رابطه با اثرات درمانی، جانبی و هشداردهنده داروی مصرفی، آگاهی بیماران از نتایج آزمایشان و درمان‌ها، معرفی منابع و سازمان‌های ارجاعی لازم جهت کمک در امور مالی، پیش‌بینی نیازهای بیماران، درک اضطراب خانواده آن‌ها و ارائه آموزش‌های لازم جهت کاهش اضطراب، تخصیص زمان کافی به بیمار و خانواده بیمار جهت مطرح کردن سؤالات خود و آموزش استراحت متناوب در بین فعالیت‌ها برای حفظ انرژی پایین می‌باشد. نتایج مطالعه Deccaache و همکاران حاکی از آن بود که تنها ۲۰٪ از بیمارانی که در بیمارستان بستری بوده‌اند اظهار نموده‌اند که اطلاعات کافی و مشاوره در زمینه شرایط سلامتی و داروهای مصرفی خود دریافت نموده‌اند (۲۹). نتایج مطالعه مظاهری و محمدی نشان داد که آموزش‌های کافی در ابعاد مختلف مورد نیاز به بیماران داده نمی شود (۳۰). در مطالعه قورچیانی و همکاران پاسخگویی به سؤالات بیماران از نظر بیماران ۵۲٪ رعایت شده است (۳۱). در مطالعه بابا محمودی پاسخگویی گروه درمانی به سؤالات بیمار و خانواده ۲۰/۴۵ گزارش شده است (۳۲) که با یافته‌های مطالعه فوق همخوانی دارد. در کل Gunther & Alligood معتقد هستند که پرستاران هم از نظر قانونی و هم از نظر اخلاقی نسبت به کیفیت مراقبتی که ارائه می‌دهند دارای مسئولیت و تعهد می‌باشند و باید بدانند که هم جنبه‌های روانی – اجتماعی مراقبتی که ارائه می‌نمایند و هم تخصص و مهارت آن‌ها در امر ارائه مراقبت هر دو در درک بیمار نسبت به کیفیت مراقبت تأثیر دارد (۳۳).

بررسی ارتباط بین وضعیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری و متغیرهای جمعیت شناختی پرستاران نشان داد که بین کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بین پرستاران مرد و زن (متغیر جنس) رابطه معناداری وجود دارد. به طوری که کیفیت مراقبت‌های پرستاری، پرستاران زن بهتر از کیفیت مراقبت‌های پرستاری پرستاران مرد می‌باشد. در مطالعه دهقانی و همکاران نیز بین جنس و کیفیت عملکرد اخلاق حرفه‌ای پرستاران در مجموع، سه بعد مسؤولیت پذیری، ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار و احترام به بیمار رابطه معناداری وجود داشت، به‌طوری که پرستاران زن بیشتر از پرستاران مرد اظهار کردند که در بعد ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار و مجموع کیفیت عملکرد حرفه‌ای، معیارهای حرفه‌ای را رعایت می کنند (۲۵). همچنین نتایج مطالعه سخنور و همکاران حاکی از آن بود که بین جنس و به‌کارگیری اصول اخلاقی توسط پرستاران رابطه معناداری وجود دارد به‌طوری‌که عملکرد پرستاران زن در ابعاد مراقبتی بهتر از پرستاران مرد می‌باشد (۳۴) که این نتایج با یافته‌های مطالعه فوق همخوانی دارد. پژوهش انجام شده توسط مریر و همکاران نشان داد که بین رعایت معیارهای حرفه‌ای بالینی و متغیرهایی مانند سن و سابقه کار ارتباط معناداری وجود ندارد که با یافته‌های مطالعه فوق همخوانی دارد، همچنین در مطالعه مریر و همکاران بین رعایت معیارهای حرفه‌ای بالینی و جنس ارتباط معناداری پیدا نشد (۳۵) که با یافته مطالعه فوق مطابقت ندارد. در مطالعه تفاق و همکاران نیز بین میزان رعایت اخلاق حرفه‌ای و متغیرهایی همچون سن، جنسیت، بخش و سابقه کاری پرستاران ارتباط معناداری یافت نشد (۳۶).

بین وضعیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری با سایر متغیرهای جمعیت شناختی نظیر سن، وضعیت تأهل، نوبت‌کاری، مدرک پرستاری، وضعیت استخدامی و

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/sjnmp.3.4.1 ]

سابقه خدمتی پرستاران رابطه معناداری وجود نداشت. البته کیفیت مراقبت‌های پرستاری، پرستاران متأهل و پرستاران با نوبت‌کاری ثابت بهتر از کیفیت مراقبت‌های پرستاری پرستاران مجرد و پرستاران با نوبت‌کاری در گردش بود اما این تفاوت به لحاظ آماری معنادار نبود. همچنین در مطالعه دهقانی و همکاران بین نوبت‌کاری و کیفیت عملکرد اخلاق حرفه‌ای پرستاران همبستگی مثبتی نشان داده شد و به لحاظ آماری معنادار نبود (۲۵) که یافته‌های مطالعه فوق مطابقت دارد. نتایج مطالعه Wilson-Barnett نیز نشان داد که تغییرات بدنی ناشی از تغییرات مکرر در زمان شیفت های کاری (شیفت در گردش) ایجاد می‌گردد که در رعایت استانداردهای مراقبتی از طرف پرستاران اختلال ایجاد می‌کند (۳۷). از این رو پیشنهاد می‌شود با تنظیم شیفت‌های کاری ثابت‌تر که به پرستاران فرصت تطبیق بیولوژیک بدن با زمان کار را بدهد، در رعایت هر چه بهتر استانداردهای مراقبتی در عملکردهای پرستاری گام برداشت.

چون مطالعه فوق مربوط به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد لازم است که در تعمیم نتایج احتیاط شود. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، وضعیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه پرستاران مطلوب اما نمی‌تواند تأمین‌کننده انتظارات و خواسته‌های بیماران در تمام ابعاد مراقبتی باشد. لذا ارزیابی مجدد استانداردهای کیفیت مراقبت در سه بعد ساختار، فرایند و برآیند از دیدگاه پرستاران و همچنین بیماران به عنوان دریافت‌کنندگان خدمات مراقبتی، اتخاذ تدابیری جهت افزایش ارتباط درمانی مناسب بین پرستار و بیمار و توجه به نیازهای روانی و اجتماعی بیماران تا حد امکان می‌تواند سودمند واقع شود.

## تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه تحقیقاتی دانشجوی کارشناسی ارشد خانم سوره خاکی می‌باشد. لذا پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، خصوصاً شرکت‌کنندگان در پژوهش و معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران به جهت حمایت مالی تشکر و قدردانی نمایند.

## Reference

1. Zamanzadeh V, Moghadasian S, Valizadeh L, Haghighi Khoshkho N. Compare of nurses and patient perspective about the quality of nursing care provided in educational hospitals in Tabriz. Journal of Caring Sciences 2006; 2: 4 – 12.
2. Navulur Rb. Integrated quality improvement program in patient care. Nursing & Health Science 1999; 1(4): 249-256.
3. 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.
4. Marquis BL, Huston CJ. Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application. Lippincott Williams & Wilkins. 2009.
5. Foley ME. Nurses: assuring quality care for all populations. Leonard Davis Institute of health economics, university of Pennsylvania, American Nurses Association. 2001.
6. Zaeimi Pour Kermanshahi M, Vanaki Z, Haji Zadeh E. The effect of manager nurses' management skills retraining on empowerment of nursing staff. Journal of Zanjan University of Medical Sciences & Health Services 2005; 13(50): 14-21.
7. Brundtland GH. Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services. Geneva: World Health Organization; 2002.

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/sjnmp.3.4.1 ]

8. Pazargadi M. Zaghari M. Abedi Z. Quality of nursing care of nurses view: a quality study. Journal of Shahid Beheshti University 2007; 31(2): 147-153. [Persian].
9. Chow F L W, Suen L K P. Clinical staff as mentors in pre-registration undergraduate nursing education: students perceptions of the mentors roles and responsibilities. Journal of Nurse Education Today. 2001; 21: 350-358.
10. Williams AM. The delivery of quality nursing care: a grounded theory study of the nurse's perspective. J Adv Nurs. 1998 Apr; 27(4): 808-16.
11. Swansburg RC, Swansburg RJ. Introductory management and leadership for nurse. 2nd ed. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers; 1999.
12. Ovretveit J. Quality evaluation and indicator comparison in health care. International Journal of
Health Planning and Management 2004; 16(3): 229-241.
13. Brooten D, Youngblut JM, Kutcher J, Bobo C. Quality and the nursing workforce: APNs, patient outcomes and health care costs. Nursing outlook 2004; 52(1): 45-52.
14. Mohajjel Aghdam A, Hassankhani H, Zamanzadeh H, Khameneh S, Moghaddam S.Nurses' Performance on Iranian Nursing Code of Ethics from Patients' Perspective. Iran Journal of Nursing 2013; 26 (84):1 – 11.[Persian]
15. 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 2010; 12(2): 134-143.
16. Shannon SE, Mitchell PH. Cian KC. Patients, Nurses, and physicians have differing views of quality of critical care. Journal of Nursing Scholarship 2002; 34: 173-179.
17. Haghighi Khoshkho N. The quality of nursing care from nurses and patients viewpoints in the Teaching hospitals of Tabriz university of Medical Sciences. [MA thesis]. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2004.
18. Jafari manesh H, Ranjbaran M, Vakilian K, Tajik R, Almasi-Hashiani A. Nursing's code of ethics: a survey of respecting the code among nursing students. Iranian journal of medical ethics and history of medicine 2014; 6 (6): 45-55.
19. Redfern SJ, Norman IJ, Tomalin D, Oliver S. Assessing quality of nursing care. Quality in Health Care 1993; 2(2): 124.
20. Dabirian A, Zolfaghari H, Saidi ZA, Alavi-Majd H. Views of AIDS patients regarding nursing care quality in healthcare centers affiliated to Shaheed Beheshti and Tehran Universities of Medical Sciences. Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery 2008; 18(61): 40 – 45.
21. Rastian ML. The effect of nursing process applying on nursing care quality of patients in Shahid Beheshti hospital of Yasouj university of Medical Sciences [MA thesis]. Yasouj: Yasouj University of Medical Sciences; 2012.
22. Ebrahimi H, Namdar H, Vahidi.Quality of nursing care in psychiatric wards of university hospitals in northwest of iran from the perceptions of nurses. Journal of Caring Sciences (JCS) 2012; 1(2): 79-84.
23. Akbari Kaji M, Farmahani Farahani B. the effect of nursing process education on nursing care quality of schizophrenic patients. Journal of Kashan University of Medical Sciences (FEYZ) 2011; 15(1): 32-37.
24. Paryad A, Masooleshadman R, Kazemnejad A. Evaluating of head nurses perspectives in quality of care in healthcare centers in Rasht. Holistic Nursing and Midwifery Journal 2001; 10 (36 -37): 30 - 38.
25. Dehghani A. Kermanshahi SM. Evaluating of compliance with professional ethical standards in nursing practice from Nursing Staff's Viewpoints in in Tehran University of Medical Sciences. Modern care journal 2013; 9 (3): 208-216.

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/sjnmp.3.4.1 ]

26. Dehghani A, Ordoubadi N, Shamsizadeh M, Parviniyan Nasab A, Talebi M. Perspective of patients about compliance with standards of professional ethics in nursing practice. Journal of Nursing Education2014; 3 (2): 76-84.
27. Panjvini S. Evaluation of nursing staff communicates with patients in public wards of educational hospitals in Sanandaj city. Journal of School of Nursing and Midwifery 2002; 1(2): 1- 8.
28. Parsa-Yekta Z, Sharifi-Neiestanak N, Mehran A, Imani-Pour M. Quasi experimental research on anxiety and satisfaction of patients undergoing open cardiac surgery having intubation. Hayat 2002; 8(3): 5-12.
29. Deccache A, Aujoulat I. A European perspective: common developments, differences and challenges in patient education. Patient Educ Couns. 2001; 44(1): 7–14.
30. Mazaheri E, Mohammadi MA. [Review status and barriers of patient education of perspective of personal and students of Ardabil University of Medical Sciences report research plan of unit management and information of Ardabil University of medical sciences], 2004. [Persian] [cited 2014 May 29] available from: http://eprints.arums.ac.ir/381/
31. Ghurchiani F. Barati Martati A. Abolghasem Gorji H. Khatami FiroozabadiAM. Haghani H. Goldoost Marandi F. Ritual observance of ethicsand patient care nurses in teaching hospitals of Tehran University of MedicalSciences.Medical Ethics 2013;7(23): 63-79.[Persian]
32. Babamahmoodi F, Meftahi M, Khademloo M, Hesamzadeh A. Observation of patient's right charter in Mazandaran teaching hospitals: patients view. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2011; 4(4): 37-44.
33. Gunther M, Alligood MR. (2002). A discipline specific determination of high quality nursing care. Journal of Advanced Nursing, 38(4), 353-359.
34. Sokhanvar R. The effect knowledge of nursing ethics in clinical decision-makings and applying the perspective of working nurses in Shiraz University of Medical Sciences. [MS Dissertation] Shiraz: Shiraz University of Medical
Sciences, Faculty of Nursing & Midwifery; 1997. [Persian]
35. Meurier C, Vincent C, Parmar D. Learning from errors in nursing practice. J Adv Nurs 1997; 26(1):111-9
36. Tefaq M R, Nikbakht Nasrabadi A, Mehran A, Din Mohammad N. Evaluation of professional ethics in the implementation of drug orders by nurses. J Nurs and Midwifery.Tehran University of Medical Sciences1383: 10 (4): 77-86. [persian]
37. Wilson-Barnett J. Ethical dilemmas in nursing. J Med ethics. 1986; 12(3): 123-135.

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/sjnmp.3.4.1 ]