

اجرای دستورالعمل های پرستاری مبتنی بر شواهد و تأثیر آن بر کیفیت استانداردهای مراقبت پرستاری در بیماران بستری بخش مراقبت ویژه قلب

نویسندگان:

خدیجه زمانی بابگهری^۱، جمیله مختاری نوری^{۲*}، سید محمد خادم الحسینی^۳، عباس عبادی^۴

- ۱- گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) تهران، ایران
 ۲- گروه مدیریت، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
 ۳- گروه اطفال، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
 ۴- گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 3, Number 1, Spring 2014

چکیده:

مقدمه: دستورالعمل های پرستاری مبتنی بر شواهد، از ابزارهای مهمی در افزایش کیفیت کار بالینی پرستاران به شمار می روند. از مهمترین شاخص های سنجش کیفیت مراقبت ارائه شده به بیمار، کیفیت استانداردهای مراقبت پرستاری است. بنابراین این پژوهش با هدف اجرای دستورالعمل های پرستاری مبتنی بر شواهد و تأثیر آن بر کیفیت استانداردهای مراقبت پرستاری در بیماران مبتلا به سندرم کرونر حاد بستری در بخش مراقبت ویژه قلب انجام شد.

روش کار: این پژوهش کارآزمایی بالینی قبل و بعد، در بیمارستان حضرت فاطمه (س) شهر کرمان در (۹۲-۱۳۹۱) انجام شد. مداخله شامل: آموزش دستورالعمل های پرستاری مبتنی بر شواهد به پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه قلب و اجرای این دستورالعمل ها بر اساس فرایند پرستاری روی بیماران مبتلا به سندرم کرونر قلب بود. قبل و بعد از مداخله، کیفیت مراقبت های پرستاری با پرسشنامه ی محقق آماده و کیفیت استانداردهای مراقبت پرستاری آن، از طریق مشاهده و بررسی مستندات پرونده ی ۹۰ بیمار قلبی بستری در بخش مراقبت ویژه قلب، اندازه گیری شد و داده ها توسط نرم افزار آماری (SPSS) نسخه ی ۱۹ و استفاده از آمارهای توصیفی شامل: میانگین و انحراف معیار و آمارهای استنباطی شامل: آزمون های تی زوجی، کای اسکور و آزمون دقیق فیشر مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: در تمام مراحل فرایند، مقایسه ی میانگین نمرات قبل و بعد تفاوت آماری معنا داری داشت. به طوری که میانگین نمرات ثبت مراحل تشخیص پرستاری، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی قبل از مداخله به ترتیب (۰/۶۲) ۲/۲۸، (۱/۷۵) ۱/۰۴، (۱/۴) ۹/۳ و (۱/۶) ۳/۸ و بعد از مداخله به ترتیب (۰/۳۱) ۳/۸۸، (۰/۵۲) ۵/۷، (۱) ۱۵/۱۳ و (۰/۶) ۸/۶۴ و $p=0/001$ بود.

نتیجه گیری: اجرای دستورالعمل های پرستاری مبتنی بر شواهد باعث ارتقاء کیفیت مراقبت های پرستاری گردید. بنابراین به مسئولان و مدیران بیمارستان ها و مراکز آموزشی خدمات بهداشتی- درمانی، پیشنهاد می شود آموزش دستورالعمل های پرستاری مبتنی بر شواهد را در دستور کار خود قرار دهند.

واژگان کلیدی: سندرم کرونر حاد، کیفیت مراقبت های پرستاری، پرستاری مبتنی بر شواهد، دستورالعمل های پرستاری مبتنی بر شواهد، فرایند

پرستاری

J Educ Ethics Nurs 2014; 3(1):35-42

بسیاری از کشورهای جهان از جمله: کشور ما، مهمترین عامل مرگ و میر مردم جامعه به شمار می روند [۱]. طبق اعلام سازمان بهداشت جهانی در سال (۲۰۱۱)، بیماری های قلبی -

مقدمه:

امروزه بیماری های قلبی - عروقی به عنوان یکی از مهمترین عوامل تهدید کننده ی سلامت انسان ها شناخته شده اند و در

* نویسنده مسئول، نشانی: تهران، اقدسیه، میدان اراج، مجتمع ولایت، دانشکده پرستاری بقیه الله (عج)

پست الکترونیک: Mokhtari@bmsu.ac.ir

تلفن تماس: ۰۲۱-۲۲۲۸۹۹۴۱

تاریخ پذیرش: ۹۳/۴/۲۶

تاریخ دریافت: ۹۳/۱/۲۵

عملکردهای ساخته شده در یک تعامل پویا است که در طول زمان تکامل می‌یابد» [۱۱].

استانداردها، موضوعاتی قابل تغییر همراه با پویایی حرفه‌ی پرستاری هستند که به طور دوره‌ای بررسی و تجدید نظر می‌شوند [۱۲]. استانداردهای پرستاری شامل: استانداردهای عملی و استانداردهای عملکرد حرفه‌ای است. استانداردهای عملی معیار قابل قبول مراقبت پرستاری و نشان دهنده‌ی تفکر انتقادی است. این دسته از استانداردها را می‌توان در پنج گام فرایند پرستاری شامل: ارزیابی، تشخیص، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی قرار داد [۱۰]. فرایند پرستاری پایه و اساس مراقبت پرستاری با کیفیت بالا را تشکیل می‌دهد. در فرایند پرستاری، پرستاران شرایط فیزیولوژیکی، جسمی، رفتارهای روانی و اجتماعی را بررسی می‌کنند؛ به عبارت دیگر نیازهای بهداشتی بیماران را شناسایی، ارزیابی و اولویت بندی کرده و بر اساس آن مراقبت را ارائه می‌دهند [۱۳]. فرایند پرستاری به عنوان استاندارد عملی برای کار پرستاران به شمار می‌رود [۱۴]. اسلمتزر و همکاران این استاندارد عملی را جوهره‌ی پرستاری می‌دانند و معتقدند روشی متفکرانه برای حل مشکلات و رفع نیازهای بیمار و مراقبت از اوست [۱۵]. فرایند پرستاری به عنوان مؤثرترین روش برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت‌های پرستاری، موجب برقراری ارتباط مؤثر بین پرستار و بیمار، افزایش همکاری در امر مراقبت از خود و افزایش کیفیت خدمات پرستاری می‌گردد [۱۶]. در سال‌های اخیر توسعه‌ی روش‌های جدید در امر مراقبت و درمان، نیاز به ایجاد چارچوبی مؤثر و کارآمد برای ارتقاء کیفیت خدمات ارائه شده در نظام بهداشتی-درمانی را مطرح کرده است [۱۷]. کاربرد شواهد در تشخیص، درمان و پیش‌آگهی بیماری‌ها در علوم پزشکی در طول دو دهه‌ی اخیر مورد تأکید قرار گرفته است [۱۸] و برای اولین بار تحت عنوان پزشکی مبتنی بر شواهد مطرح و کاربرد آن توسط پزشکان ضروری قلمداد گردید [۱۹]. امروزه مراقبت مبتنی بر شواهد به همه عرصه‌های سلامت نفوذ کرده و حرفه‌ی پرستاری نیز در حال تغییر به سوی عملکرد مستند است [۱۶]. بر همین اساس در چند سال اخیر بحث پرستاری مبتنی بر شواهد در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی مربوط مطرح شده است. منظور از پرستاری مبتنی بر شواهد به کارگیری بهترین شواهد پژوهشی با تخصص و مهارت بالینی و در نظر گرفتن نیازها و وضعیت بیمار است [۲۰]. از آنجا که پرستاران نسبت به مراقبتی که برای بیماران انجام می‌دهند، مسئولند، بنابراین بهترین مراقبت‌ها را با مهارت ارائه می‌دهند. دستورالعمل‌های پرستاری مبتنی بر شواهد استانداردهای طلایی برای ارائه‌ی مراقبت پرستاری، متکی به بهترین شواهد تحقیقاتی، تجارب

عروقی یکی از علل عمده‌ی مرگ و میر در سطح جهانی بوده و حدود ۱۷/۳ میلیون نفر در سال (۲۰۰۸) در اثر بیماری قلبی - عروقی فوت کردند و حال آنکه ۳۰٪ کل مرگ و میر جهانی را تشکیل می‌دهند. (WHO) پیش‌بینی کرده است در سال (۲۰۳۰) تقریباً ۲۳/۶ میلیون نفر به علت بیماری قلبی - عروقی فوت خواهند شد و بیماری‌های قلبی - عروقی علت عمده‌ی مرگ و میر خواهند بود [۲].

در ایران بیماری عروق کرونر (قلب)، عامل اصلی مرگ و میر، ناتوانی و معلولیت با هزینه‌ی درمانی بالا است. هر چند آمار مشخصی در زمینه‌ی شیوع بیماری عروق کرونر (قلب) در ایران وجود ندارد ولی مرگ و میر ناشی از بیماری عروق کرونر (قلب)، طبق پژوهش‌های انجام شده در ایران، حدود ۴۵٪-۲۰ افزایش داشته است [۳].

باتوجه به شیوع بالای بیماری‌های عروق کرونر (قلب)، نظام‌های ارائه دهنده‌ی خدمات بهداشتی-درمانی باید در جهت بهبود درمان و مراقبت از این بیماران تلاش کنند.

تحقیقات اخیر نشان داده است که ارتقاء کیفیت مراقبت می‌تواند مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی را کاهش دهد [۳]. کیفیت مراقبت بیمار یک عامل مهم در نظام مراقبت بهداشتی است [۴]. اولین و مهمترین فاکتور در بهبود کیفیت خدمات مراقبت، اندازه‌گیری کیفیت است و ارزشمندترین اندازه‌گیری کیفیت، ارزیابی فعالیت‌های پرستاران در ارائه‌ی مراقبت پرستاری به بیماران ذکر شده است [۵]. پرستاران بزرگ‌ترین گروه ارائه دهنده‌ی خدمات بهداشتی را تشکیل داده و نقش اساسی در تداوم مراقبت، ارتقا و حفظ سلامت در سطوح مختلف نظام ارائه‌ی خدمات بهداشتی ایفا می‌کنند [۶]. به همین علت ارائه‌ی مراقبت‌ها و خدمات با کیفیت مناسب به عنوان یک اولویت در نظام خدمات درمانی به ویژه در زمینه‌ی خدمات پرستاری مطرح شده است [۷] به طوری که در اغلب کشورها درجه بندی و اعتبار بخشی بیمارستان‌ها، تحت تأثیر مراقبت‌های پرستاری و کیفیت آن است [۸]. این کیفیت را با توجه به متناسب بودن با اهداف یا دست‌یابی به استانداردها تعریف می‌کنند [۹]. استانداردهای پرستاری چارچوبی مناسب برای ارزشیابی این عملکرد هستند. بدین سبب انجمن پرستاران آمریکا که یک سازمان با تجربه برای همه‌ی پرستاران حرفه‌ای است، مسئولیت‌هایی را برای توسعه‌ی استانداردهای عمومی فرض کرده است که برای عملکرد همه‌ی پرستاران به کار برده می‌شوند [۱۰]. «موم» در مقاله‌ی خود می‌نویسد: «استاندارد یک فرایند تکرار شونده است که ارتباطی نزدیک با عملکرد دارد و همکاری متقابل بین طبقه بندی رسمی و

روش کار:

این پژوهش یک بررسی نیمه تجربی از نوع قبل و بعد است که در بیمارستان حضرت فاطمه (س) شهر کرمان در سال (۹۲-۱۳۹۱) انجام شد. جامعه ی مورد پژوهش شامل: ۹ نفر از پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه قلب بود که به روش سرشماری وارد تحقیق شدند.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش دو بخش است. بخش اول پرسشنامه ی مشخصات جمعیت شناختی نمونه ها و بخش دوم، پرسشنامه ی محقق آماده شده بر کیفیت استانداردهای مراقبت پرستاری است که برگرفته از استانداردهای پرستاری آنا است [۳۱] و شامل: ۳۷ سؤال سه گزینه ای با جواب «بله»، «خیر» و «موردی ندارد» می شد. این سوالات دارای چهار مرحله ی فرایند پرستاری بود: مرحله ی «تشخیص پرستاری» با ۴ سؤال و با نمره ی حداکثر ۴ و حداقل صفر، «برنامه ریزی» با ۶ سؤال و با نمره ی حداکثر ۶ و حداقل صفر، «اجرا» با ۱۸ سؤال و با نمره ی حداکثر ۱۸ و حداقل صفر، «ارزشیابی» با ۹ سؤال و با نمره ی حداکثر ۹ و حداقل صفر. در پایان نمونه گیری نمرات بر اساس طیف لیکرت ۴ بخشی در چهار سطح ضعیف (۴۰٪)، متوسط (۶۰٪)، خوب (۸۰٪) و عالی (۱۰۰٪) رتبه بندی شدند.

جهت تعیین روایی یا اعتبار علمی ابزار کیفیت استانداردهای مراقبت پرستاری از روش روایی محتوای کیفی و کمی استفاده شد و برای تعیین پایایی یا اعتماد علمی، روش پایایی بین مشاهده گرها به کار رفت. روایی محتوای کیفی ابزار استانداردهای مراقبت پرستاری با نظرخواهی از ده نفر از صاحب نظران بررسی شد و پس از دریافت نظرات، اصلاحات لازم انجام شد. روایی محتوای کمی ابزار با تعیین شاخص نسبت روایی محتوا و محاسبه ایندکس روایی محتوا سنجیده شد. حداقل نمره ی شاخص نسبت روایی محتوای قابل قبول ۰/۶۲ بود. بنابراین روایی محتوای ابزار در سطح $p < 0/05$ معنا دار شد. تعداد گویه ها در این مرحله کم نشد. برای تعیین پایایی به روش پایایی بین مشاهده گرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج حاصل میزان قابل قبولی جهت اعتماد علمی ابزار بود (۰/۹۳).

برای اندازه گیری کیفیت استانداردهای مراقبت پرستاری با استفاده از نوموگرام التمن (۳۲) و همچنین پژوهش جولایی و همکاران (۳۳) تعداد ۴۰ نمونه در نظر گرفته شد و با احتساب این موارد ده درصد ریزش احتمالی نمونه ها به تعداد ۹۰ بیمار (۴۵ پرونده قبل از مداخله و ۴۵ پرونده بعد از مداخله) مورد بررسی قرار گرفت. احتساب $\alpha = 5\%$ (خطای نوع اول) و $\beta = 10\%$ (خطای نوع دوم) و $\text{power} = 90\%$ (قدرت پژوهش).

بالینی، نظرات کارشناسی، استانداردهای جامعه، شواهد پژوهشی معتبر و ارزش ها و دیدگاه های بیماران هستند [۲۱] و مهمترین ابزار برای کار بالینی مؤثر و مبتنی بر شواهد به شمار می روند تا مراقبت از بیمار را ارتقاء دهند [۲۲]. استفاده ی صحیح از شواهد و یافته های پژوهش به ارتقاء کیفیت منجر شده و پرستاران را مسئول پاسخگویی به عملکرد خود قرار می دهند [۱۶]. دستورالعمل ها در ارائه ی راه حل ها و استاندارد نمودن روش ها جایگاه ویژه ای دارند و به عنوان ابزاری کمک کننده و راهنما برای گروه درمانی به حساب می آیند [۲۳]. بهترین دلیل کاربرد این دستورالعمل ها در مراکز درمانی، ارتقاء کیفیت خدمات، کاهش هزینه ها، بالابردن سطح سلامت جامعه و همسطح نمودن استانداردهای ملی با استانداردهای بین المللی است [۲۴]. دستورالعمل های عملکرد بالینی ابزارهای مهمی جهت استاندارد کردن فرایندهای مراقبت مرتبط با شرایط سلامتی برای بیماران خاص به کار می روند و جزء جدایی ناپذیر فرایند بهبود کیفیت هستند [۲۵].

میزان استفاده از رویکرد مبتنی بر شواهد برخلاف نتایج مناسب آن بسیار ناچیز است [۲۶] و نیاز به ارتقاء کیفیت مراقبت ها با روش مبتنی بر شواهد در کارکنان پرستاری و بهداشتی پیشنهاد شده است [۲۷]. بخش مراقبت ویژه یکی از مهمترین بخش هایی است که در آن بیماران نیاز به مراقبت های جامع و کامل دارند [۲۸] از این رو استفاده از یک راهنمای جامع می تواند باعث افزایش کیفیت مراقبت های پرستاری در بخش های ویژه شود [۲۹].

با توجه به فواید ذکر شده از دستورالعمل های پرستاری مبتنی بر شواهد و تشابه مراحل فرایند پرستاری و پرستاری مبتنی بر شواهد که در هر دو بر اساس مشکلات و نیاز های بیمار و شواهد، مداخلات پرستاری برنامه ریزی و اجرا می شوند، با آموزش و به کارگیری دستورالعمل های پرستاری مبتنی بر شواهد و کاربرد صحیح فرایند پرستاری می توان سطح دانش پرستاران را در این زمینه افزایش و کیفیت مراقبت های پرستاری را ارتقاء داد. بر اساس جستجوهای انجام شده، تا کنون در کشور ما پژوهشی در مورد اجرای دستورالعمل های پرستاری مبتنی بر شواهد و تأثیر آن بر کیفیت مراقبت پرستاری انجام نشده یا گزارش نگردیده است. با توجه به این که در کشور ما دستورالعمل های پرستاری مبتنی بر شواهد در بیماران قلبی در سال (۱۳۹۰) توسط خانم نظام زاده در قالب یک پایان نامه تهیه و تدوین شده اند [۳۰]. بنابراین پژوهش حاضر با هدف «تعیین اجرای دستورالعمل های پرستاری مبتنی بر شواهد و تأثیر آن بر کیفیت استانداردهای مراقبت پرستاری در بیماران بستری بخش مراقبت ویژه قلب» صورت گرفته است.

درصد) سابقه‌ی کار پرستاری ۷-۲ سال و ۳ نفر (۳۳/۳۳ درصد) سابقه‌ی کار ۱۵-۸ سال، ۸ نفر (۸۸/۹ درصد) از پرستاران در گروه سنی ۳۰-۴۰ سال و یک نفر در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال قرارداد شدند و از نظر وضعیت استخدام ۶ نفر (۶۶/۶۶ درصد) از پرستاران قراردادی و ۳ نفر (۳۳/۳۳ درصد) رسمی بودند و فقط یک نفر (۱۱/۱ درصد) از پرستاران قبل از پژوهش در کارگاه فرایند پرستاری شرکت کرده بود.

از نظر ثبت مراحل فرایند قبل از مداخله، بیشترین توزیع فراوانی به ترتیب شامل این موارد می‌شد: مرحله‌ی «اجرا» با ۶۴/۴ درصد، مرحله‌ی «ارزشیابی» با ۵۵/۶ درصد، مرحله‌ی «تشخیص» با ۵۳/۳ درصد و مرحله‌ی «برنامه ریزی» با ۴۶/۷ درصد و همگی در رتبه‌ی متوسط قرار داشتند. نتایج پژوهش با استفاده از آزمون دقیق فیشر نشان داد که در گروه بعد از مداخله میانگین نمره‌ی تمامی مراحل فرایند پرستاری نسبت به گروه قبل از مداخله بالاتر بوده است. فراوانی ثبت تمام مراحل فرایند پرستاری، بعد از مداخله افزایش یافته و در رتبه‌ی عالی قرار گرفتند به طوری که مرحله‌ی ارزشیابی با فراوانی ۱۰۰ درصد بیشترین توزیع فراوانی را به خود اختصاص داده و سایر مراحل به ترتیب: مرحله‌ی «برنامه ریزی» با ۹۵/۶ درصد، مرحله‌ی «تشخیص‌های پرستاری» با ۸۸/۹ درصد و مرحله‌ی «اجرا» با ۸۰ درصد از نظر توزیع فراوانی در رتبه‌ی های بعدی قرار گرفتند. با آزمون دقیق فیشر بین توزیع فراوانی ثبت هر مرحله فرایند پرستاری در گروه قبل و بعد از مداخله با $P > 0.001$ تفاوت معنا دار آماری مشاهده شد.

در آزمون تی زوجی مقایسه میانگین نمرات تمام مراحل فرایند پرستاری قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری را نشان داد (جدول شماره ۱).

بحث:

این پژوهش که با هدف افزایش کیفیت استانداردهای مراقبت پرستاری انجام شد، نشان داد که آموزش دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد و اجرای آن‌ها بر اساس فرایند پرستاری، کیفیت استانداردهای مراقبت پرستاری را افزایش می‌دهد و کیفیت ثبت مراحل فرایند پرستاری از رتبه‌ی متوسط به رتبه‌ی عالی ارتقاء می‌یابد. در بررسی‌های مشابهی مانند: پژوهش حبیب زاده و همکاران (۱۳۹۱) آموزش پرستاری مبتنی بر شواهد منجر به افزایش مهارت اجرایی فرایند پرستاری در دانشجویان پرستاری شد [۱۶]. در پژوهش مادرشاهیان و همکاران (۱۳۸۹) آموزش بالینی به روش مبتنی بر شواهد به دانشجویان پرستاری منجر به افزایش کیفیت مراقبت و رضایت بیماران گردید [۲۶]. «لوسیا مارتا» (۲۰۰۹) نشان داد اجرای

محقق پرسشنامه‌ی کیفیت استانداردهای مراقبت پرستاری را که شامل فرم‌های ثبت فرایند پرستاری می‌شد، بر اساس مشاهده و بررسی مستندات پرونده ۹۰ بیمار (۴۵ پرونده قبل از مداخله و ۴۵ پرونده بعد از مداخله) شامل فرم‌های ثبت فرایند پرستاری تکمیل کرد.

برای انجام پژوهش بعد از کسب اجازه از مسئولان و مدیران آموزشی بیمارستان، قبل از مداخله‌ی داده‌های مربوط به کیفیت استانداردهای مراقبت پرستاری ارائه شده به بیماران توسط گروه پرستاران هدف، با استفاده از پرسشنامه‌ی کیفیت مراقبت‌های پرستاری از طریق مشاهده و بررسی، مستندات پرونده‌ی ۴۵ بیمار مبتلا به سندرم کرونر (قلب) حاد جمع‌آوری و مورد بررسی قرار گرفت. سپس برنامه‌ی مداخله شامل: آموزش دستورالعمل‌های پرستاری مبتنی بر شواهد و نحوه‌ی به‌کارگیری دستورالعمل‌ها از طریق فرایند پرستاری به جامعه‌ی هدف که ۹ نفر بودند، اجرا گردید. این دستورالعمل‌ها شامل: موارد تشخیص پرستاری، معیار ارزشیابی و مداخلات پرستاری بودند. با توجه به اینکه انجام مداخله‌ی اجرای دستورالعمل‌های مراقبتی بر اساس فرایند پرستاری بود، فرم‌های ثبت مراحل فرایند شامل: برگه‌ی درمان، برگه‌ی مراقبت پرستاری، برگه‌ی گزارش پرستاری و برگه‌ی آموزش زمان ترخیص هم تهیه و به پرونده‌ی بیماران الصاق شد. یکی از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم (عج) طی چهار جلسه دو ساعته، دستورالعمل‌های پرستاری مبتنی بر شواهد و نحوه‌ی کاربرد آن‌ها بر اساس فرایند پرستاری به صورت تئوری و کارگاهی به پرستاران آموزش داد. در ابتدا، طرح به مدت دو هفته‌ی آموزشی و دو ماه به صورت آزمایشی اجرا گردید. در طی این مدت محقق با حضور مداوم ثبت‌ها را کنترل نموده و به کمک اعضای گروه تحقیق، اصلاحات انجام شده و به پرستاران برگردانده می‌شد. بعد از گذشت دو ماه و نیم از انجام مداخله، نمونه‌گیری بعد از مداخله آغاز گردید. نحوه‌ی ارزیابی تأثیر مداخله از طریق مشاهده و بررسی مستندات پرونده بیماران بود. در پایان نمونه‌گیری اطلاعات جمع‌آوری شده در مرحله‌ی قبل و بعد از مداخله با استفاده از نرم‌افزار آماری (SPSS) نسخه‌ی ۱۹ و آمارهای توصیفی میانگین و انحراف معیار و آمارهای استنباطی تی زوجی و آزمون دقیق فیشر مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها:

یافته‌های حاصل از مشخصات جمعیت شناختی پرستاران نشان داد ۷ نفر (۷۷/۸ درصد) از پرستاران زن، ۷ نفر (۷۷/۸ درصد) متأهل، صد درصد دارای مدرک کارشناسی، ۶ نفر (۶۶/۶۶

پرستاری را در بیماران به درستی هدایت نماید [۳۵]. نتایج بررسی های ذکر شده یافته های پژوهش حاضر را تأیید می کند.

فرایند پرستاری و انجام استاندارد ها تأثیر مثبتی بر کاهش میزان عفونت بعد از عمل جراحی دارد [۳۴]. «درو» هم در پژوهش خود نشان داد دستورالعمل هایی که از بهترین شواهد موجود برای تهیه ی آنها استفاده شده است می تواند مراقبت

جدول ۱: مقایسه ی میانگین نمرات کیفیت ثبت مراحل فرایند پرستاری قبل و بعد از مداخله

آزمون تی زوجی	گروه	
	قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	بعد از مداخله میانگین (انحراف معیار)
t=-۱۵/۲ df=۸۸ p<۰/۰۰۱	۲/۲۸ (۰/۶۲)	۳/۸۸ (۰/۳)
t=-۲۲/۸ df=۸۸ p<۰/۰۰۱	۱/۷۵ (۱)	۵/۷ (۰/۵)
t=-۲۲/۳ df=۸۸ p<۰/۰۰۱	۹/۳ (۱/۴)	۱۵/۱۳ (۱)
t=-۱۸/۱ df=۸۸ p<۰/۰۰۱	۳/۸ (۱/۶)	۸/۶۴ (۰/۶)

«کانسیدن» هم نشان داد که به کار گیری دستورالعمل های مبتنی بر شواهد، کیفیت مراقبت پرستاری از بیماران مبتلا به سکنه ی حاد مغزی پیش آگاهی آنان را بهبود می بخشد [۴۱]. همچنین در پژوهش «هیگوجی کاترین» و همکاران (۲۰۱۱) اجرای بهترین دستورالعمل های پرستاری در بیماران مبتلا به آسم و دیابت منجر به افزایش کیفیت شاخص های بهبود مراقبت در این بیماران گردید [۴۲]. در پژوهش دیگری اجرای دستورالعمل های استاندارد پرستاری موجب جدا سازی موفقیت آمیز نوزادان از لوله تراشه شد [۴۳]. در پژوهش نظام زاده و همکاران (۱۳۹۰) ارائه ی مراقبت مبتنی بر شواهد، کیفیت اجرای مراقبت را از سطح متوسط به سطح خوب ارتقاء داد [۴۴]. نتایج پژوهش های ذکر شده در مورد اجرای دستورالعمل های پرستاری یافته های تحقیق حاضر را تأیید می کند.

پرستاران نیز همچون سایر حرفه های پزشکی با این واقعیت رو به رو هستند که به دلیل سرعت پیشرفت های علمی، اطلاعات علمی آن ها و مطالبی را که در دوران تحصیل و حتی پس از آن فرا گرفته اند، به سرعت کهنه و منسوخ می شود [۴۵]. استفاده از پرستاری مبتنی بر شواهد به دلیل وجود شواهد جدید علمی، از رده خارج شدن اطلاعات و روش ها با گذشت زمان و بهبود آموزش و به روز کردن اقدامات ضروری است. از این رو یادگیری این روش و استفاده از آن در محیط های بالینی حائز اهمیت است. چرا که پرستاران هر روز به اطلاعات معتبری در

در زمینه ی فرایند پرستاری تحقیقاتی با نتایج متفاوت گزارش شده است از جمله: پژوهش مختاری و همکاران (۱۳۸۳) که کیفیت ثبت فرایند پرستاری در پرونده ی بیماران را بررسی کردند، نشان داد مرحله ی تشخیص پرستاری در رتبه ی عالی و مرحله ی ارزشیابی در رتبه ی خوب قرار داشت [۳۶]. این یافته ها با نتایج پژوهش ما قبل از مداخله همخوانی ندارد و دلیل احتمالی آن به برگزار نکردن کلاس یا کارگاه آموزشی در مورد فرایند پرستاری در محیط پژوهش حاضر تا قبل از بررسی ما، برمی گردد. در پژوهشی تجربی، تأثیر آموزش به کارگیری صحیح فرایند پرستاری را بر توانایی تشخیص پرستاری و ارزیابی نتایج بالینی، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج به دست آمده بیانگر این واقعیت بود که توانایی پرستاران در تشخیص پرستاری، برنامه ریزی و ارزشیابی بیشترین افزایش را بعد از مداخله داشته است [۳۷]. نتایج این پژوهش با بررسی حاضر کاملاً همخوانی دارد. فرایند پرستاری راه حلی نظام مند برای خدمات پرستاری است [۳۶] و ملاک اجرای فرایند پرستاری، ثبت نظام مندی است که بر اساس آن اطلاعات موجود در کشور ایران بر اساس این روش استفاده نمی شود یا به ندرت به کار گرفته می شود [۳۷].

در پژوهش سلیمی و همکاران (۸۴) استاندارد سازی مراقبت ها باعث کاهش معناداری در میزان بروز پنومونی وابسته به ونتیلیاتور، عفونت ادراری، و پنومونی شد [۴۰]. تحقیق

خدمات و فرایند پرستاری به عنوان استاندارد مراقبتی، راهکارهای لازم جهت اجرای این امر مهم را تدوین و اجرا کنند.

تشکر و قدردانی:

این مقاله بر اساس پایان نامه ی مصوب دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) تهران در سال (۹۲-۱۳۹۱) که با حمایت مالی مرکز تحقیقات قلب دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) و به شماره ی ثبت (N۱ ۲۰۱۲۲۹۱۱۹۲۶ IRCT) انجام شده، تنظیم گردید. بدین وسیله از همکاری مالی معاونت پژوهشی دانشگاه تشکر می شود. همچنین از ریاست و مدیران محترم بیمارستان حضرت فاطمه (س) شهر کرمان و به ویژه از سرپرستار و همه ی پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه قلب که صمیمانه ما را در جمع آوری اطلاعات و اجرای هر چه بهتر این طرح یاری نمودند، سپاسگزاری می شود.

زمینه ی تشخیص، درمان، پیش آگهی، پیشگیری، بررسی و شناخت، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی نیازمندند. استفاده ی بهینه از نتایج تحقیق در پرستاری و تأکید بر پرستاری مبتنی بر شواهد منجر به کسب هویت حرفه ای و بهبود کیفیت مراقبت پرستاری می شود [۱۶].

نتیجه گیری:

آموزش و اجرای دستورالعمل های پرستاری مبتنی بر شواهد با به کار گیری صحیح فرایند پرستاری در ارائه ی مراقبت به بیماران، کیفیت استانداردهای مراقبت پرستاری را افزایش داد. از پرستاران انتظار می رود که با ارائه ی مراقبت های پرستاری مبتنی بر شواهد و طبق استانداردهای فرایند به همه ی بیماران به خصوص بیماران بخش ویژه قلب کمک کرده و برای ارتقاء سلامت آنها بکوشند. بنابراین لازم است مسئولان و مدیران آموزشی بیمارستان ها ضمن اطلاع از اهمیت دستورالعمل های مبتنی بر شواهد به عنوان استانداردهای ارزشمند در ارائه ی

References:

- Bahonar A, Shahnam M, Asadi Lari M, Bshtam M, Qaripour M, Taghdisi M, et al. Risk factors for cardiovascular disease in a working population of the city of Esfahan. *Salamat Car Iran J* 2010;7(1):4-10.(Persian)
- World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). Accessed 2013, March 12. Available from: <http://www.WHO.org>. Cardiovascular diseases/.
- Mohammad Hassani M, Farahani R, Zohour A, Panahi Azar R. Self-care ability based on Orem's theory in individuals with coronary artery disease. *Iranian J Crit Care Nurs* 2010;3(2):87-91.(Persian)
- Safari M, Salsali M, Ghofranipour F. Effects of group discussion on the quality of nursing education. *Med J Islamic Republic Iran* 2004;2(4):437-41.(Persian)
- Lee L, Hsu N. An Evaluation of the quality of nursing care in orthopedic units. *J Orthopedic Nurs* 2007;11(3-4):160-8.
- Adib Hagbagerhy M, Salsali M, Ahmadi F. A qualitative study of Iranian nurses' understanding and experiences of professional power. *Hum Resour Health* 2004;2(1):9.(Persian)
- Ebrahimi H, Namdar H, Vahidi M. Quality of Nursing Care in Psychiatric Wards of University Hospitals in Northwest of Iran from the Perceptions of Nurses. *J Caring Sci* 2012;1(2):79-84.(Persian)
- Mosavi A, Mosavi Z, Froghi S, et al. *Fundamental of Management in Nursing*. 1 th ed. Tehran: Khosravi: 2007.(Persian)
- Zagheri Tafreshi M, Pazargadi M. Challenges in identifying nursing quality indicators. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ* 2006;16(52):56-65.(Persian)
- Rebecca M, Linda J. American Nurses Association by the Center for Health Policy, Columbia University School of Nursing: Adapting Standards of Care under Extreme Conditions Guidance for Professionals during Disasters, Pandemics, and Other Extreme Emergencies. 1 th ed; 2008;7-8.
- Meum T, Ellingsen G, Monteiro E, et al. The interplay between global standards and local practice in nursing. *Int j Med Inform* 2013;02(005).
- Carol J, Katherine C, Maureen E, et al. American Nurses Association: Nursing: Scope and standards of practice. 1 th ed. Nursesbooks.org; 2010.
- Sidani S, Braden CJ. Design, evaluation, and translation of nursing interventions. 1 th ed. John Wiley & Sons; 2011.
- Amante LN, Anders JC, Meirelles BHS, et al. The interface between teaching of the nursing process and the application in professional practice. *Rev Eletr de Enf* 2010;12(1): 201-7.
- Smeltzer S, Bare BG, Hinkle JL, et al. Brunner & Suddarth's textbook of medicalsurgical nursing. Smeltzer S, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medicalsurgical nursing. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins Co; 2010:7-25.
- Habibzadeh H, khajeali N, Khalkhali H, et al. Effect of evidence-based nursing education on nursing process in nursing students Uromie University of Medical Sciences. *J Nurs and Midwifery uromie* 2013;11(14):284-92.(Persian)
- Agarwal R, Kalita J, Misra UK. Barriers to evidence-based medicine practice in south asia and possible solutions. *Neurol Asia* 2008; 13(3): 87-94.

18. Ghanizadeh A, Imaniyeh MH, Kadivar MR. Knowledge and Attitude of Medical Students and Lecturers Toward Evidence-Based Medicine: Evidence from Shiraz. *J Med Educ* 2006;9(2): 65-9.
19. Azimi KH. *Clinical nursing process* (1). Hayat 2008; 10(6): 21.
20. Habibi S, Rezaeihachesoo P, Tabaghi R. Enhancing Information Literacy as a Base of Developing Evidence-Based Nursing. *J health Inform Manag* 2010;7(3):371-8 .(Persian)
21. W-HS H. Evidence-based nursing practice for health promotion in adults with hypertension: A literature review. *Asian Nurs Res* 2010;4(4):227-245.
22. Mohammadi GR, Ebrahimian A, Mahmodi H. Evaluating The Knowledge Of Intensive Care Unit Nursing Staffs. *Iranian J Crit Care Nurs (IJCCN)* 2009.(Persian)
23. Alanen S, Välimäki M, Kaila M. Nurses' experiences of guideline implementation: a focus group study. *J clinical Nurs*;18(18):2613-21.
24. Nouri JM. Quality of nursing evidence-based guidelines from the nurses' view. *Iranian J Crit Care Nurs Spring* 2011;4(1):53-8 .(Persian)
25. Ahmed AI, Soliman SM, Awad LA. Validation of evidence-based clinical practice guideline: Nursing intervention for newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients at community setting. *Alexandria J Med* 2012;48(2):155-65
26. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Feinstein NF, et al. Nurse practitioner educators' perceived knowledge, beliefs and teaching strategies regarding evidence based practice: Implications for accelerating the integration of evidence-based practice into graduate programs. *J Prof Nurs* 2008;24(1):7-13.
27. Lai NM, Teng C, Lee M. The place and barriers of evidence based practice: knowledge and perceptions of medical, nursing and allied health practitioners in malaysia. *BMC Res Notes*. 2010;3(1):279.
28. Hansen BS, Severinsson E. Dissemination of research-based knowledge in an intensive care unita qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* 2009;25(3):147-54.
29. Windle PE. Moving beyond the barriers for evidence-based practice implementation. *J Peri anesth Nurs* 2006;21(3):208-11.
30. Nezamzadeh M, , Mokhtari Nouri J, Khademolhosseini S M, Ebadi A . Quality of nursing evidence-based guidelines from the nurses' view. *Iranian J Crit Care Nurs* 2011;4(1):53-58. (persian)
31. American Association of Critical-Care Nurses, Editor: Linda Bell. Columbia. An AACN Critical Care Publication. Scope and Standards for Acute and Critical Care Nursing Practice: American Association of Critical-Care Nurses; 2008.
32. Yaghmaei F. measurement behavior in research with validity and reliability instrument. Tehran: shahid beheshti university; 2007 .(Persian)
33. Joolae S, Hajibabae F, Jafar Jalal E, et al . Assessment of Patient Satisfaction from Nursing Care Hospitals of Iran University of Medical Sciences. *J Faculty Nurs Midwifery* 2010;117(1):35-44 .(Persian)
34. LMG da Silva, Pawluk LC, Gebrim LH, et al. Structure and process of nursing care for prevention of surgical site infection: observational study. *Online Brazilian J Nurs* 2009;8(1): 173-84.
35. Drew B, Califf R, Funk M, et al. Practice standards for electrocardiographic monitoring in hospital settings: an american heart associatscientificstatement from the councils on cardiovascular nursing, clinical cardiology, andcardiovascular disease in the young: endorsed the international society of computerized electrocardiology and theamerican association of critical-care nurses. *Circulation* 2004. ;110(17):2721-46.
36. Mokhtari nori J, KHademohgpseini SM. Quality of record nursing process in medical and surgical patients hospitalized in one of the university hospitals Baghiyatallah Gilan University of Medical Sciences Quarterly. 2003 (49 and 48):47-51.(Persian)
37. Hommersom A, Lucus PJF, Vanbommel P. checking the quality of clinical guidelines usingautomated reasoning tools. *Cambridge Univ Press* 2008;8(5&6): 611-41.
38. Craven RF, Hirnle CJ. *Fundamentals of nursing: Human health and function*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:126-87.
39. Akbari M, Shamsi A. A Survey on Nursing Process Barriers from the nurses' view of Intensive Care Units. *Iranian J Crit Care Nurs* 2011; 3(4): 181-186 .(Persian)
40. Salimi S, Akdemir N, Anami I, et al. Effect of standardization of nursing cares on incidence of nosocomial infection in MICU. *Urmia Med J* 2009;19(4): 310-5
41. Considine J, McGillivray B. An evidence based practice approach to improving nursing care of acute stroke in an Australian Emergency Department. *J clinical Nurs* 2010;19(1- 2):138-44.
42. Higuchi KS, Davies BL, Edwards N, et al. Implementation of clinical guidelines for adults with asthma and diabetes: a three year follow up evaluation of nursing care. *J Clinical Nurs* 2011;20(910):1329-38.
43. West G, Pope A. Factors promoting successful extubation: An audit of planned extubations in preterm infants following the implementation of nursing guidelines. *J Neonatal Nurs*. 2010;16:279-3.
44. Nezam zadeh M, Khademolhoseini S, Mokhtari nori J, Ebadi A. Designing evidence-based care guidelines for patients with angina. *J Crit Care Nurs* 2012; 4(4): 169-76 .(Persian)
45. Barbara F. Information Resources: Information Literacy: The Benefits of Partnership. *J Issues Nurs* 2001 Accessed 2006, June 3. Available from: URL: http://www.nursingworld.org/ojin/infocol/info_5.htm/.

The Effect of Implementation of Evidence-Based Nursing Guidelines on the Quality of Standards of Nursing Care in Patients Admitted to the Coronary Care Unit

Zamani Babgohari KH¹, Mokhtari Nouri J², Kadhem Al-Hosseini SM³, Ebadi A⁴

Received: 4/4/2014

Accepted: 7/17/2014

1. Dept. of Nursing, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Dept. of Management, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Dept. of Pediatrics, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Dept. of Nursing Education, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 3, Number 1, Spring 2014

J Educ Ethics Nurs 2014;3(1):35-42

Abstract

Introduction:

Evidence-based nursing guidelines are important tools in improving the quality of nursing clinical work. One of the most important indicators in the assessment of care quality provided for patients is the quality of nursing care standards. This study attempts to trace the influence of the implementation of such guidelines on the quality of standards of nursing care provided for patients with severe coronary syndrome admitted to CCU.

Materials and Methods:

This clinical trial before and later was performed in Hazrat Fatima hospital in Kerman city during 2012 and 2013. Interventions included training CCU nurses in the evidence-based nursing guidelines, and to put the same guidelines based on the nursing process into enforcement for patients admitted to coronary care unit. Before and after intervention, the quality of nursing care was measured via ANA questionnaire and through observation and review of documentation from records of 90 patients admitted to the coronary care unit. Data collected were analyzed by using SPSS version 19, and descriptive statistics which included mean and standard deviation; and inferential statistics which included paired T-test, Chi-square and Fisher's exact test.

Results:

At all stages of the nursing process, the comparison of mean scores before and after training revealed meaningful statistic differences. The mean scores of registered nursing diagnosis, planning, implementation and evaluation process before the intervention, was respectively 2/28 (0/62), 1/75 (1/04), 9/3 (1/4) and 3/8 (1/6) and after intervention, respectively 3/88 (0/31), 5/7 (0/52), 15/13 (1), 8/6 (0/6) and $p < 0/001$.

Conclusion:

The implementation of evidence-based nursing guidelines improved the quality of nursing care. So that, the Hospital officials and health care centers are recommended to put training of evidence-based nursing guidelines on the agenda.

Key words: Acute Coronary Syndrome, Quality of Nursing Care, Evidence-Based Nursing, Evidence-Based Nursing Guidelines, Nursing Process