



Explaining the Ethical Competency in Home Health Care Nursing: Content Analysis

Jafary Gol M^{1*}, Navipour H², Sadooghiasl A³, Banaderakhshan H⁴

1- Ph.D. Nursing, Research Center for Life & Health Sciences & Biotechnology of the Police, Directorate of Health, Rescue & Treatment police Headquarter, Tehran, Iran.

2- Ph.D. Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

3- Ph.D. Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

4- Ph.D. Assistant Professor, Department of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti Medical Sciences University, Tehran, Iran.

Corresponding author: Jafary Gol M, Ph.D. Nursing, Research Center for Life & Health Sciences & Biotechnology of the police, Directorate of Health, Rescue & Treatment police Headquarter, Tehran, Iran.

Email: jafarigolmaryam53@gmail.com

Received: 23 Feb 2023

Accepted: 3 April 2023

Abstract

Introduction: Adherence of home care nurses to ethical in care, while improving the quality of nursing care, also improves patient satisfaction. The purpose of this study is to explain of ethical competency in care at home.

Methods: The qualitative content analysis study is conventional that was conducted in home health care centers in Tehran in 2020, With purposive sampling, 15 home health care nurses were selected and data were collected using semi-structured individual and in-depth interviews, sampling continue to data saturation and then, the analysis was performed by the method of conventional content analysis in accordance with Zhang's (2009) approach.

Results: Content analysis of the data led to the extraction of the 187 cods, 23 subcategories, 5 categories and one theme of ethical in home health care that included five categories: Commitment in ethical practice, Ethical decision-making, Respect for patient rights, Care based on patient culture, and Maintaining patient autonomy.

Conclusions: The findings of the study is ethical competency of home health care nurses, which contributes to practice nurses can assess their professional activity and completed and refined your practice, That the result is to improve the quality of care and increase patient, family and nurses satisfaction.

Keywords: Ethical, Conventional content analysis, Home health care, Nurse, Qualitative study.



تبیین صلاحیت اخلاق مداری در پرستاری مراقبت در منزل: تحلیل محتوای

مریم جعفری گل^۱، حسن ناوی پور^۲، افسانه صدوقی اصل^۳، هومن بنادرخشان^۴

۱- دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات علوم و فناوری های زیستی و سلامت پلیس، معاونت بهداشت، امداد و درمان، فرماندهی انتظامی، تهران، ایران.

۲- استادیار، دکترای پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۳- استادیار، دکترای پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۴- استادیار، دکترای آموزش پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مریم جعفری گل، دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات علوم و فناوری های زیستی و سلامت پلیس، معاونت بهداشت، امداد و درمان، فرماندهی انتظامی، تهران، ایران.

ایمیل: jafarigolmaryam53@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۴

چکیده

مقدمه: پابندی پرستاران مراقبت در منزل به اخلاق مداری در مراقبت ضمن ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری، موجب افزایش رضایت بیماران می شود. هدف مطالعه حاضر تبیین صلاحیت اخلاق مداری در پرستاری مراقبت در منزل می باشد. **روش کار:** مطالعه تحلیل محتوای کیفی از نوع قراردادی می باشد که در مراکز مراقبت در منزل شهر تهران در سال ۱۳۹۹ با نمونه گیری هدفمند انجام شد. ۱۵ پرستار مراقبت در منزل انتخاب شدند و داده ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختارمند فردی و عمیق جمع آوری شد. نمونه گیری تا اشباع داده ها ادامه و سپس تجزیه و تحلیل داده ها به روش تحلیل محتوای قراردادی و بر اساس رویکرد ژانک (۲۰۰۹) انجام شد.

یافته ها: تجزیه و تحلیل داده ها منجر به استخراج ۱۸۷ کد اولیه ۲۳ زیر طبقه، ۵ طبقه و یک مضمون اخلاق مداری در مراقبت در منزل شد که شامل پنج طبقه: تعهد در عملکرد اخلاقی، تصمیم گیری اخلاقی، احترام به حقوق بیمار، مراقبت بر اساس فرهنگ بیمار و حفظ استقلال بیمار می باشد.

نتیجه گیری: یافته مطالعه صلاحیت اخلاق مداری پرستاران مراقبت در منزل می باشد که به عملکرد پرستاران کمک می کند تا بتوانند فعالیت حرفه ای خود را ارزیابی کرده و عملکرد خود را اصلاح یا ارتقاء دهند که نتیجه آن ارتقاء کیفیت مراقبت و افزایش رضایتمندی بیمار، خانواده آنان و پرستاران می باشد.

کلیدواژه ها: اخلاق مداری، تحلیل محتوای قراردادی، مراقبت در منزل، پرستار، مطالعه کیفی.

مقدمه

سال گذشته و روند تغییرات به این صورت بوده است: بیماری های قلبی عروقی با ۲۷ درصد افزایش، سکته مغزی با ۱۹ درصد افزایش، آلزایمر با ۱۰۳ درصد افزایش، بیماری های قلبی ناشی از فشارخون بالا با ۵۵ درصد افزایش، دیابت با ۷۶ درصد افزایش، بیماری های مزمن انسدادی ریوی با ۴۰ درصد افزایش، بیماری های مزمن کلیوی با ۵۶ درصد افزایش، بیماری های عفونی دستگاه تنفسی با ۰/۶ درصد افزایش مهمترین علل مرگ در ایران را تشکیل می دهند (۳). بنابراین بدلیل افزایش بیماری های

مراقبت های بهداشتی به دلیل موضوعاتی مانند تغییر ساختار بیماری ها و افزایش سریع جمعیت سالمندان به همراه کاهش میزان زاد و ولد بسیار تغییر کرده است (۱). تعداد سالمندان ایران از کمتر از ۲/۱ میلیون نفر در سال ۱۳۳۵ با بیش از ۶ برابر شدن در سال ۱۳۹۵ به بالای ۴/۷ میلیون نفر رسیده است در حالی که جمعیت کل کشور در طی این مدت کمی بیشتر از ۴ برابر شده است (۲). بر اساس مطالعه ای علل مهم مرگومیر در ایران طی ۱۰

مسئولیت مراقبت شان را دارند و با ظهور نظریه های مورد توجه پرستاری مانند نظریه مراقبت انسانی Watson و اهمیت تاکید بر مفهوم مرکزی مراقبت به عنوان جوهره پرستاری، به طور فزاینده ای در تلاش برای افزایش حوزه های نظری و فلسفی اخلاقی خود با تاکید بر نظریه اخلاق مراقبت می باشند (۱۱). با این حال در مقالات پرستاری ایران جای خالی موضوع اخلاق مداری در مراقبت احساس می شود. همچنین بینگ جانسون (Bing-Jonsson) در تحقیق خود به این نتیجه رسیده است علیرغم این که صلاحیت اخلاق مداری پرستار مراقبت در منزل برای بهبود کیفیت پرستاری مهم هستند، اما هنوز به طور کامل توسعه یافته نیست (۱). این درحالی است که، به طور کلی توسعه صلاحیت پرستاران یک نیاز فوری در مراقبت از جامعه است (۱۲). با توجه به چالش های موجود در ارتباط با تعاریف و ساختارهای مراقبت در منزل در ایران در مورد مراقبت در منزل و صلاحیت پرستاران مراقبت در منزل و ایجاد مشکلات ناشی از عدم صلاحیت پرستاران بالاخص صلاحیت اخلاق مداری به صورت مستقیم و یا غیر مستقیم که متوجه بیماران می شود که در نهایت، موجب کاهش کیفیت مراقبت و نارضایتی بیماران و پرستاران خواهد شد، از طرف دیگر، بدلیل این که مطالعات کیفی به بیان نظرات و تجارب زنده و احساسات افراد می پردازد می تواند به طور عینی واقعیتها را بیان نماید و با انجام چنین پژوهش هایی می توان از زمینه ها و واقعیت های موجود مفاهیمی را استخراج کرد که شاید مورد تاکید و توجه محققین در مطالعات کمی قرار نگرفته باشد. لذا پژوهشگران بر آن شدند که با هدف تبیین تجارب پرستاران مراقبت در منزل درخصوص صلاحیت اخلاق مداری در ارائه مراقبت در منزل این مطالعه کیفی را انجام دهند.

روش کار

روش تحقیق تحلیل محتوای کیفی است که در مراکز مراقبت در منزل شهر تهران، ایران در سال ۱۳۹۹ انجام شده است. رویکردهای تحقیق کیفی در کاوش و توصیف پدیده های پیچیده، ارائه گزارش های متنوعی از «دنیای زندگی» افراد (۱۳) و یک روش مطمئن برای درک مفاهیم است، در این تحقیق از کلام، افکار و دیدگاه پرستاران مراقبت در منزل در مورد پدیده صلاحیت اخلاق مداری در مراقبت در منزل استفاده شده است. داده ها با استفاده از مصاحبه

مزمین و در نتیجه آن افزایش میزان بستری شدن و افزایش هزینه ها در دو دهه گذشته نظام سلامت در جهان از مراقبت مبتنی بر بیمارستان به مراقبت مبتنی بر جامعه تغییر کرده است (۴).

مراقبت در منزل یک جایگزین برای بستری نمودن بیماران است که باعث کاهش مدت اقامت بیماران در بیمارستان، هزینه ها، خطرات و عوارض مربوط به محیط بیمارستان می گردد. علاوه بر این، به عنوان یک محیط مطلوب برای مراقبت نوآورانه و منحصر به فرد و با پتانسیل برای ارائه مراقبت های متمرکز بر نیازها و خواسته های بیماران شناخته شده است (۵). منزل یک محیط واقعی و عادی برای ارتباط متقابل بین بیمار، اعضای خانواده بیمار و پرستار است و برخی اوقات بازدید بهداشتی از منزل، تنها راه دستیابی به اطلاعات یا آرایه آموزش، کاهش مخاطرات سلامتی، ارتقای سلامت و آرایه خدمات به خانواده ها در منزل می باشد (۶).

بر اساس شواهد از عوامل موثر در جلب رضایت بیمار وجود یک تعامل سازنده بین بیمار و ارائه دهندگان مراقبت و همچنین ماهیت انسانی و اخلاقی عملکرد پرستاران می باشد. رعایت اصول اخلاقی مانند: صداقت، مسئولیت پذیری و تعهد به ارائه بهترین مراقبت به میزان زیادی متاثر از معیارهای اخلاقی است، پرستار با بهره گیری از این خصایص می تواند یک ارتباط دو جانبه و سازنده با بیماران برقرار نموده و راه را برای برآورده نمودن نیازهای آنها هموار سازد (۷). همچنین پرستاران برای افزایش کیفیت مراقبت و رضایت بیماران باید مراقبت را به طور اخلاقی ارائه دهند و دارای صلاحیت های، حفظ احترام، همدلی، اعتماد و شفقت در تعامل با بیماران باشند و حق انتخاب و تصمیم گیری آگاهانه به بیماران دهند (۸). گروسکی (Gorski) نیز در تحقیق خود می گوید: پرستاران مراقبت در منزل از رویکردی جامع با هدف توانمندسازی بیماران، خانواده ها و مراقبین برای دستیابی به بالاترین سطح سلامت جسمی، عملکردی، روحی و روانی استفاده می کنند (۹). براساس مطالعه پارک (Park) نیز، تعریف مراقبت شخص محور یک رویکرد جامع برای ارائه مراقبت های محترمانه و فردی از طریق یک رابطه درمانی می باشد (۱۰).

در سه دهه اخیر شاهد افزایش روزافزون توجه فیلسوفان پرستاری به مفهوم مراقبت و رعایت اخلاق در مراقبت هستیم. پرستاران در جستجوی دفاع از شأن افرادی که

تجزیه و تحلیل داده ها

برای تجزیه و تحلیل داده های مصاحبه از روش تحلیل محتوی قراردادی بر اساس رویکرد ژانک (۲۰۰۹) استفاده شد. هشت مرحله رویکرد ژانک شامل آماده کردن داده ها، تعریف واحد های معنایی، ایجاد کدهای اولیه و طبقات، تست کردن کدهای اولیه و طبقات استخراج شده، کدگذاری همه مصاحبه ها، بررسی پایداری کدها، نتیجه گیری از کدها، گزارش روش ها و یافته ها می باشد (۱۵) به این صورت که بعد از انجام مصاحبه، داده های ضبط شده رونوشت گردید. سپس متن مصاحبه چندین بار خوانده شد و با استفاده از نرم افزار مکس کیودای ورژن ۱۰ و همچنین به صورت دستی واحدهای معنایی و سپس کدهای اولیه استخراج شدند. کدهای اولیه حاصل از مصاحبه ها از طریق ادغام کدهای مشابه، و حذف کدهای تکراری کاهش یافتند. در مجموع ۱۸۷ کداولیه از مصاحبه ها استخراج شد. بدین ترتیب کدهایی با محتوای مشابه در ۲۳ زیر طبقه قرار گرفتند و محتوای زیر طبقات در ۵ طبقه تعریف و نامگذاری شدند و در نهایت مضمون صلاحیت اخلاق مداری پرستاران مراقبت در منزل از مصاحبه با پرستاران استخراج شد. برای تست کردن کدهای اولیه و طبقات استخراج شده، مراحل مختلف تجزیه و تحلیل در گروه تحقیق چندین مرتبه مورد بحث قرار گرفت تا اطمینان حاصل شود که تجزیه و تحلیل، تجربیات پرستاران مراقبت در منزل را به طور دقیق منعکس می کند، کدهای استخراج شده از هر مصاحبه در طول جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها توسط شرکت کنندگان کنترل و بررسی شده و تغییرات لازم بر اساس نظرات شرکت کنندگان در تفسیر داده ها انجام شد. در جدول (۱) نمونه ای از واحدهای معنایی و کدگذاری اولیه حاصل از مصاحبه با شرکت کنندگان در مطالعه به نمایش گذاشته شده است. همچنین، در جدول (۲) زیرطبقات، طبقات و مضمون حاصل از مصاحبه با شرکت کنندگان در مطالعه ارائه شده است.

اعتبار داده ها

در مطالعه حاضر برای افزایش قابلیت اطمینان داده های حاصل از مصاحبه ها، از چهار معیار گوبا و لینکولن شامل؛ اعتبار، اعتماد، انتقال پذیری و تائید پذیری استفاده شد. (۱۶) جهت افزایش اعتبار یافته ها، در این تحقیق محقق به مدت طولانی با داده ها و موضوع تحقیق درگیر بود. درگیری طولانی مدت با شرکت کنندگان به محقق در

بدون ساختار چهره به چهره یا تلفنی با ۱۵ پرستار مراقبت در منزل که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده بودند، جمع آوری شد. معیارهای ورود شامل پرستاران دارای مدرک کارشناسی و یا بالاتر و شاغل در مرکز مراقبت در منزل و دارای حداقل یک سال سابقه کار در مراکز مراقبت در منزل بود. جهت انتخاب پرستاران به مراکز مراقبت در منزل شهرتهران در مناطق مختلف (شمال، جنوب، غرب، شرق، شمال شرقی، شمال غربی، جنوب شرقی و جنوب شرقی تهران) مراجعه نموده و با مسئول مرکز مراقبت در منزل هماهنگ کرده و معیارهای ورود را برای ایشان عنوان نموده و ایشان پرستاران خود را با توجه به معیارهای ورود معرفی نموده و سپس با آنها تماس گرفته شد و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، وارد مطالعه شدند. سپس از شرکت کنندگان جهت برگزاری مکان و زمان انجام مصاحبه نظرخواهی شد و طبق نظر آنان مصاحبه ها در مکانی آرام و محرمانه انجام شد. برای افزایش اعتبار داده های حاصل از مصاحبه با ۵ پرستار مراقبت در منزل مجدداً مصاحبه تکمیلی حضوری یا تلفنی انجام شد و موضوعاتی که به طور واضح بیان نشده بود و یا کمتر بیان شده بود مجدداً مورد بحث واقع شد تا ابهامات برطرف شد.

جمع آوری داده ها

در این مطالعه ۱۵ پرستار مراقبت در منزل وارد مطالعه شدند و سپس مصاحبه بدون ساختار و سپس نیمه ساختار یافته با پرستاران مراقبت در منزل انجام شد. جمع آوری داده ها در مهر - اسفند ۱۳۹۹ صورت گرفت. مدت زمان هر مصاحبه ۳۰ دقیقه به طور متوسط بود و سپس مصاحبه ها ضبط و ثبت شد. پژوهشگر قبل از سوالات اصلی تحقیق، با سوالات warming (نام و نام خانوادگی، تحصیلات، سابقه کار در بالین و سابقه مراقبت در منزل) مصاحبه را شروع نموده و سپس مصاحبه با سوال باز « شما چه مواردی اخلاقی را در مراقبت در منزل رعایت می کنید؟ » و « برای مراقبت اخلاقی به چه مهارت هایی نیاز دارید؟ » ادامه پیدا کرد و در طول مصاحبه هم سوالات عمق دهنده و کاوشی مثل: «می شود بیشتر توضیح دهید»، «مثال بزنید». و یا «سپس چه اتفاقی افتاد» مطرح شد. در پایان مصاحبه هم از آنان خواسته شد که «اگر نکته خاصی در نظر دارید بفرمائید». پس از اولین مصاحبه، بلافاصله تجزیه و تحلیل داده ها را شروع کرده (۱۴) و تا زمان اشباع داده ها که اطلاعات جدیدی بدست نیامد، مصاحبه ها ادامه داده شد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه در کمیته پژوهش دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تصویب شد. تاییدیه اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس به شماره IR.MODARES.1397.269 REC دریافت شد. قبل از رضایت آگاهانه، اطلاعاتی در مورد تحقیق به شرکت کنندگان ارائه شد. سپس رضایت آگاهانه برای مطالعه از ۱۵ پرستار مراکز مختلف مراقبت در منزل شهر تهران اخذ شد. اصول اخلاقی در تحقیق رعایت شد و احترام شرکت کنندگان در تحقیق حفظ گردید. همچنین به آنان اطلاع رسانی شد که مشارکت در مطالعه کاملاً آزادانه است، در مورد حق انصراف از شرکت در تحقیق در هر زمان آگاهی داده شد، و به آنان اطمینان داده شد که مصاحبه ها محرمانه حفظ می شود. برای ضبط مصاحبه ها رضایت گرفته شد. دستورالعمل های اخلاقی برای تحقیقات انسانی و اجتماعی در طول تحقیق مورد توجه واقع شده است.

یافته ها

میانگین سنی ۱۵ پرستار مراقبت در منزل ۳۵/۲ سال با انحراف معیار ۹/۴ و میانگین تجربه حرفه ای در مراکز مراقبت در منزل ۵ سال و میانگین سابقه حرفه ای در بیمارستان ۱۴ سال بود و تجزیه و تحلیل داده ها منجر به استخراج مضمون اخلاق مداری در مراقبت در منزل شد که شامل پنج طبقه: تعهد در عملکرد اخلاقی، تصمیم گیری اخلاقی، احترام به حقوق بیمار، مراقبت از بیماران بر اساس فرهنگ بیمار و حفظ استقلال بیمار می باشد و زیر طبقات هریک از طبقات هم در جدول (۲) مشخص شده است. در زیر هریک از طبقات ارایه می گردد:

جهت کسب اعتماد شرکت کنندگان و درک عمیقی از جزئیات داده ها کمک می کند. بازنگری اعضای گروه تحقیق نیز جزء کارهای افزایش دهنده اعتبار فرایند تجزیه و تحلیل داده های مطالعه بود. بدین منظور متن کامل مصاحبه های پیاده شده به همراه کدهای اولیه مربوطه، مفاهیم و طبقات بدست آمده به اعضای گروه تحقیق ارسال شد تا جریان کدگذاری و تجزیه و تحلیل را بررسی و نقد نمایند، سپس توسط اساتید ناظر مورد بررسی قرار گرفته و نظرات آنها مطابق نظر تیم تحقیق اعمال شد. بررسی شرکت کنندگان نیز برای تثبیت اعتبار داده ها استفاده شد. بدین صورت پس از تجزیه و تحلیل هر مصاحبه، خلاصه ای از تجزیه و تحلیل داده ها و یافته ها به شرکت کنندگان ارائه شد و از آنها درخواست شد که آیا مفاهیم توسعه یافته، تجربیات یا ایده های آنها را بازتاب می کند. سرانجام نظرات و پیشنهادات آنها در تحلیل داده ها گنجانده شد. جهت تعیین قابلیت اطمینان و تاییدپذیری یافته ها، اعضای تیم تحقیق شامل سه تن از اساتید متخصص در امر تحقیقات کیفی و مراقبت در منزل فرایند تحقیق را نظارت و بررسی نمودند. همچنین محقق از وارد کردن دیدگاه و برداشت خود در تجزیه و تحلیل داده ها، اجتناب نموده است. نهایتاً قابلیت انتقال پذیری داده ها از طریق توصیف غنی و عمیق از زمینه مورد بررسی و ارائه توضیحات لازم در مورد ادراکات شرکت کنندگان انجام شد. همچنین در نمونه گیری تحقیق حداکثر تنوع پذیری صورت گرفت بدین صورت که پرستاران مراقبت در منزل شاغل در مراکز مراقبت در منزل از مناطق متفاوت شهر تهران شامل: شمال، جنوب، مرکز، غرب و شرق انتخاب شدند که دارای سنین مختلف، سوابق کاربالیبی و مراقبت در منزل متفاوت بودند.

جدول ۱: واحدهای معنایی و کدهای اولیه حاصل از مصاحبه با پرستاران مراقبت در منزل

واحدهای معنایی	کدهای اولیه
"در مراقبت در منزل خودت به تنهایی کار می کنی و اگر مشکلی برای بیمار پیش آید خودت باید تصمیم بگیری و به بیمار کمک کنی و اورا نجات دهی چون تا به اعضای تیم مراقبت اطلاع دهی و آنها برسند و کمک کنند زمان زیادی طول می کشد در حالیکه در بیمارستان پزشکان و دیگران هستند تا به تو کمک کنند بنابراین نیاز به دانش و مهارت بیشتری داری و باید خونسردی خودت را حفظ کنی و به طور صحیح و سریع تصمیم گیری کنی و اعتماد به نفس داشته باشی." (p6)	کار کردن به تنهایی توانایی تصمیم گیری مستقل حفظ خونسردی در مراقبت توانایی تصمیم گیری صحیح توانایی تصمیم گیری سریع داشتن اعتماد به نفس در مراقبت

شرکت کننده (۶) p6*

جدول ۲: زیرطبقات، طبقات و مضمون حاصل از مصاحبه با پرستاران مراقبت در منزل

مضمون	طبقه	زیر طبقه
اخلاق مداری در مراقبت در منزل	تعهد در عملکرد اخلاقی	احترام به بیمار و خانواده معرفی خود و وظایفش به بیمار و خانواده به عنوان پرستار صبور بودن در مراقبت از بیمار توانایی برعهده گرفتن مسئولیت همه اقدامات مراقبتی خود اعتماد به نفس در مراقبت توضیح شرایط بیمار به خانواده او پاسخگویی به سوالات و انتظارات بیمار و خانواده
	تصمیم گیری اخلاقی	دادن حق تصمیم گیری به بیمار و خانواده در رابطه با روند درمان دادن حق تصمیم گیری به بیمار و خانواده در تهیه تجهیزات تصمیم گیری در مورد زمان تغییر شرایط زندگی (استقلال در مقابل ایمنی) توجه به ارزش های اخلاقی در تصمیم گیری
	احترام به حقوق بیمار	حفظ و احترام به حریم خصوصی بیمار شرح برنامه مراقبت با توجه به جنبه های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی محافظت محرمانه بودن اطلاعات و اسرار بیمار دادن اطلاعات به بیمار در مورد خطرات و منافع و نتایج مراقبت بهداشتی
	مراقبت از بیماران بر اساس فرهنگ بیمار	دارابودن آگاهی و حساسیت فرهنگی دارابودن دانش و مهارت مراقبت از همه بیماران براساس پیشینه فرهنگی بیماران تعیین نیازهای مراقبتی متناسب با زمینه فرهنگی بیمار برقراری ارتباط متناسب با فرهنگ بیمار احترام به ارزش ها و سنتها بیماران و خانواده ها در گروههای اجتماعی درک باورها و دیدگاهها جهت درک و احترام به بیمار
	حفظ استقلال بیمار	احترام و محافظت از استقلال بیمار کمک به مستقل شدن بیمار

۱. تعهد در عملکرد اخلاقی

پرستاران مراقبت در منزل لازم است جهت مراقبت از بیمار زمان ویزیت را با خانواده هماهنگ نمایند و هنگام ورود به منزل بیمار خود را معرفی کنند و وظایف خود به عنوان یک پرستار را بیان کنند و شرایط بیمار و اقداماتی که می خواهند برای او انجام دهند را برای خانواده بیمار توضیح دهند و به سوالات آنان پاسخگو باشند و به انتظارات آنها توجه کنند و در جهت برآورده کردن آنها تلاش کنند و به بیمار و خانواده احترام گذارند و شان آنها را حفظ نمایند. همچنین پرستاران باید بر وظایف و کار خود مسلط باشند و بتوانند به تنهایی و به طور مستقل کار کنند و اعتماد به نفس داشته باشند و خونسردی خود را در هنگام مشکلات و مراقبت حفظ کنند و بتوانند مسئولیت همه اقدامات مراقبتی خود را بر عهده گیرند.

شرکت کننده ۹ کارشناس پرستاری با ۵ سال سابقه کار در مرکز مراقبت در منزل در غرب تهران در این مورد می گوید:

«برای هر بار ویزیت بیمار از قبل با او تماس می گرفتیم و زمانی را که آنها راحتتر بودند می رفتیم. و در ضمن کارهایی

را هم که قرار بود برایش انجام دهم توضیح می دادم. با بیمار صحبت می کردم تا آرامش پیدا کند چون از بیماریش و مرگ می ترسید و گریه می کرد و به او امیدواری می دادم و حمایت روانی اش می کردم».

۲. تصمیم گیری اخلاقی

پرستاران مراقبت در منزل ضروری است که حق تصمیم گیری به بیمار و خانواده بدهند و به تصمیم آنها احترام گذارند و بتوانند استرس خانوادگی ناشی از داشتن فرد معلول و تأثیر آن بر همسر و فرزندان و موضوعات اخلاقی که در محیط خانه به وجود می آیند، مانند اینکه چه کسی باید تصمیم بگیرد، زمان تغییر شرایط زندگی (استقلال در مقابل ایمنی) را درک کنند. در ضمن پرستاران باید توانایی تصمیم گیری سریع در هنگام مشکلات و حوادث را داشته باشند و هنگام تصمیم گیری باید ارزش های اخلاقی بیمار را مورد توجه قرار دهند.

شرکت کننده ۶ کارشناس پرستاری با ۴ سال سابقه کار در مرکز مراقبت در منزل در شمال غرب تهران در این مورد می گوید:

«در مراقبت در منزل خودت به تنهایی کار می کنی و اگر

و اخلاق آنها را شناسایی کنیم تا مطابق با نوع اخلاق و رفتار و فرهنگشان با آنها رفتار کنیم و ارتباط برقرار کنیم تا مشکلی در حین مراقبت ایجاد نشود و بتوانیم موجب رضایت و اعتماد آنها شویم.»

۵. حفظ استقلال بیمار

پرستاران مراقبت در منزل ضروری است که توانایی ها و نقاط قوت بیمار را شناسایی و آنها را تقویت نمایند و به استقلال بیمار احترام بگذارند و به بیمار کمک نمایند تا توانایی های خود را افزایش دهند، و بیماران و خانواده‌ها را در فرایند مراقبت بیماری مژمن و سخت مشارکت دهند. و همچنین مشارکت بیمار و خانواده را در تدوین نتایج مورد انتظار از برنامه مراقبتی بیمار جلب کنند.

شرکت کننده ۸، کارشناس پرستاری با ۸ سال سابقه کار در مرکز مراقبت در منزل در جنوب تهران می گوید: «در ابتدا به بیمار و خانواده آموزش های مراقبت از خود و تغذیه و تزریق انسولین دادم تا دزهای بعدی را خودش به طور مستقل تزریق نماید و. انجمن های حمایت از بیماران دیابتیک را هم به او معرفی کردم.»

بحث

وقتی کسی پرستاری را انتخاب می کند، تعهد اخلاقی می دهد که از بیماران مراقبت کند. این مسئله بدین شکل در کدهای اخلاقی پرستاران مطرح می شود که «پرستار به شأن، ارزش و حقوق تمام افراد نیازمند مراقبت احترام می گذارد» (۱۱). مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب پرستاران مراقبت در منزل از صلاحیت اخلاق مداری در مراقبت انجام شد. بدلیل این که صلاحیت پرستاران بر توانایی آنها در ارائه مراقبت با کیفیت و ایمن از بیماران و خانواده آنها تأثیرگذار است (۱۷).

نتایج مطالعه حاضر نشان داده است اخلاق مداری در مراقبت یکی از صلاحیت های پرستاران مراقبت در منزل می باشد که شامل پنج طبقه: تعهد در عملکرد اخلاقی، تصمیم گیری اخلاقی، احترام به حقوق بیمار، مراقبت بر اساس فرهنگ بیمار، و حفظ استقلال بیمار می باشد. یکی از طبقات بدست آمده از مصاحبه با پرستاران مهارت تعهد در عملکرد اخلاقی می باشد که براساس تحقیقات دیگران پرستاران مراقبت در منزل ضروری است تعهد معنوی و اخلاقی به بیماران، خانواده‌ها و جوامع داشته باشند (۱) و پرستاران لازم است بتوانند رضایت بیمار را از مراقبت به طور

مشکلی برای بیمار پیش آید خودت باید تصمیم بگیری و به بیمار کمک کنی و او را نجات دهی چون تا به اعضای تیم مراقبت اطلاع دهی و آنها برسند و کمک کنند زمان زیادی طول می کشد در حالیکه در بیمارستان پزشکان و دیگران هستند تا به تو کمک کنند بنابراین نیاز به دانش و مهارت بیشتری داری و باید خونسردی خودت را حفظ کنی و به طور صحیح و سریع تصمیم گیری کنی و اعتماد به نفس داشته باشی.»

۳. احترام به حقوق بیمار

پرستاران مراقبت در منزل لازم است برنامه مراقبت را با توجه به جنبه های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی برای بیمار و خانواده او شرح دهند و حریم خصوصی بیمار را حفظ و اصل محرمانه بودن اطلاعات و اسرار بیمار را رعایت نمایند. همچنین اطلاعات کافی به بیمار و خانواده در مورد خطرات و منافع و نتایج مراقبت بهداشتی دهند. پرستاران در ضمن باید در روش درمان حق انتخاب به بیمار دهند. شرکت کننده ۷، کارشناس پرستاری با ۲ سال سابقه کار در مرکز مراقبت در منزل در مرکز تهران می گوید: «جهت پرستاری از این بیمار شرکت با من هماهنگ کرد و با همراهان صحبت کردیم و گفتیم این بیمار به چه وسایلی نیاز دارد و به چه مراقبت هایی نیاز دارد و آموزش های لازم جهت تهیه وسایل را دادیم و قبل از بردن بیمار به منزل ابتدا وسایل مورد نیاز را مثل ساکشن و اکسیژن و CPAP و تشک موج و ... را تهیه کردیم و به منزل بردیم.»

۴. مراقبت بر اساس فرهنگ بیمار

پرستاران مراقبت در منزل مسئولیت قابل توجهی در مورد مراقبت و درمان بیمار خود دارند. بیماران دارای ارزشها، ترجیحات، فرهنگ و عادات و زبان های متفاوتی هستند و این شرایط مستلزم این است که پرستاران بتوانند مراقبت و درمان پیشرفته ای را بر اساس نیازهای فردی و فرهنگی بیمار و خانواده در منزل این بیماران ارائه دهند و دارای آگاهی فرهنگی، دانش فرهنگی، حساسیت فرهنگی و عملکرد فرهنگی باشند و قادر باشند با بیمار و خانواده براساس فرهنگ آنها به طور صحیح ارتباط برقرار کنند و به آنها احترام گذارند تا بیمار احساس امنیت و اعتماد کند. شرکت کننده ۲ کارشناس پرستاری با ۲ سال سابقه کار در مرکز مراقبت در منزل در غرب تهران در این مورد می گوید:

«ما با خانواده بیمار ارتباط برقرار می کنیم تا فرهنگ

استقلال بیماران و خانواده‌ها پرستاران مراقبت در منزل باید از بیمار در به کارگیری روش‌های سازگاری، انجام فعالیت‌های زندگی روزانه حمایت کنند (۱).

نتیجه گیری

این مطالعه صلاحیت اخلاق مداری پرستاران مراقبت در منزل را ارائه می‌دهد که به عملکرد پرستاران مراقبت در منزل کمک می‌کند زیرا پرستاران با اخلاق مداری در مراقبت می‌توانند باعث افزایش رضایتمندی بیمار و کیفیت مراقبت و در نتیجه افزایش رضایت شغلی خود پرستاران و در نهایت هم باعث افزایش رضایت شغلی خود پرستاران می‌شود. بنابراین در برنامه آموزشی پرستاران مراقبت در منزل صلاحیت اخلاق مداری هم جهت افزایش کیفیت مراقبت باید در نظر گرفته شود. در ضمن صلاحیت استخراج شده می‌تواند به عنوان قسمتی از ابزار ارزیابی فعالیت‌های حرفه‌ای پرستاران مورد استفاده قرار گیرد.

محدودیت مطالعه حاضر، کم بودن مقالات به زبان فارسی بود به دلیل این که هنوز به اندازه کافی در کشور ایران به مراقبت در منزل توجه نشده است و در زمینه این موضوع مطالعات کمی انجام شده است. از محدودیت‌های دیگر می‌توان به عدم تعمیم پذیری نتایج بدلیل کیفی بودن مطالعه اشاره نمود. پیشنهاد می‌کنیم مطالعه دیگری برای کسب تجربه از پرستاران مراقبت در منزل در سایر شهرهای کشور ایران انجام شود و همچنین صلاحیت‌های دیگر پرستاران مراقبت در منزل مورد مطالعه قرار گیرد و نیز شرکت کنندگان مطالعات دیگر می‌توانند بیماران و یا خانواده باشند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول در دانشگاه تربیت مدرس است. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس و شرکت کنندگان در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

منظم بررسی کنند تا در صورت نیاز فرایند مراقبت را تغییر دهند (۹، ۱۸، ۱۹). در تحقیقات دیگر هم ذکر شده است که نیازها و محدودیت‌های خانواده، از جمله استرس خانواده در مراقبت از بیمار باید توسط پرستاران مراقبت در منزل مورد توجه قرار گیرد. همچنین آنها باید به تأثیرگذاری آموزش، برآورده شدن انتظارات بیمار و رضایت آنها از مراقبت اهمیت دهند (۲۰).

تصمیم‌گیری اخلاقی یکی دیگر از طبقات بدست آمده در این مطالعه است، در مطالعات دیگر هم بیان شده است که پرستاران باید از موضوعات اخلاقی که در محیط خانه به وجود می‌آیند، مانند اینکه چه کسی باید تصمیم بگیرد آگاهی کافی داشته باشد و بتواند در صورت لزوم تصمیم‌گیری اخلاقی کنند (۹) و همچنین به ارزش‌های اخلاقی در تصمیم‌گیری توجه کنند (۱۸). پرستار مراقبت در منزل باید دانش و مهارت تصمیم‌گیری پیچیده را برای عملکرد خوب بدست آورد (۲۱).

سومین طبقه حاصل از داده‌های مصاحبه با پرستاران مراقبت در منزل مهارت احترام به حقوق بیمار می‌باشد که محققان دریافتند که پرستاران مراقبت در منزل ضروری است که ارتباط محترمانه، متقابل و موثر با بیمار و خانواده بر اساس ارزش‌های حرفه‌ای داشته باشند (۲۲، ۲۳). و از حقوق و محرمانه بودن اسرار بیمار محافظت کنند و به بیمار در مورد خطرات و منافع و نتایج مراقبت‌های بهداشتی اطلاعات دهند (۱۹).

چهارمین طبقه حاصل از داده‌های مصاحبه با پرستاران مراقبت در منزل مهارت مراقبت بر اساس فرهنگ بیمار می‌باشد که در مطالعات پیشین بیان شده است که پرستاران مراقبت در منزل لازم است دانش و مهارت مراقبت از همه بیماران را بر اساس پیشینه فرهنگی آنها دارا باشند و نیازهای مراقبتی متناسب با زمینه فرهنگی بیمار را تعیین کنند (۲۴) و به ارزش‌ها و عقاید بیماران در تصمیم‌گیری توجه کنند (۱۸).

طبقه دیگر مهارت حفظ استقلال بیمار می‌باشد که در پژوهش‌های دیگر عنوان شده است که جهت حفظ

References

1. Fukada M. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago acta medica*. 2018;61(1):1. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>
2. Mosavi sb. <https://www.amar.org.ir/Portals/0/News/1396/salmandan.pdf> ,2017
3. Malekzadeh R. The most common cause of death and disease in Iran <https://www.tasnimnews.com>2018
4. Heydari H. Home-based palliative care: A missing link to patients 2019 care in Iran (Letter to Editor). *HAYAT*. 2018;24(2 #b001206)
5. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Nursing practice in home care: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2017;70:210-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>
6. Amini R, Najafi H, Samari B, Khodaveisi M, Tapak L. Effect of Home Care Program on Therapeutic Adherence of Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Education and Community Health*. 2020;7(3):187-93. <https://doi.org/10.29252/jech.7.3.187>
7. Sadeghi A AZ, Shamsaei F , Moghim Beigi A. Relationship between nurses' moral intelligence and patient' satisfaction from nursing care. *Nursing Management*. 2015;Vol 4, No3:76-65
8. Manitoba CoLPNo. NURSING COMPETENCIES FOR LICENSED PRACTICAL NURSES IN MANITOBA. 463 St. Anne's Road Winnipeg, MB R2M 3C9 2019.
9. Gorski LA. Implementing home health standards in clinical practice. *Home healthcare now*. 2016;34(2):76-85. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000349>
10. Park E, Choi J. Attributes associated with person-centered care competence among undergraduate nursing students. *Research in Nursing & Health*. 2020;43(5):511-9. <https://doi.org/10.1002/nur.22062>
11. L. N. Care of ethics: a nursing approach to ethics. *Teb and Tazkie*. 2017;25:9-18.
12. Bing-Jonsson PC, Foss C, Björk IT. The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2016;36(1):27-37. <https://doi.org/10.1177/0107408315601814>
13. Erlingsson C, Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine*. 2017;7(3):93-9. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.001>
14. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*. 2018;24(1):9-18. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
15. Zhang Y, Wildemuth BM. Qualitative analysis of content. Applications of social research methods to questions in information and library science. 2009;308:319.
16. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
17. Chen S-H, Chen S-C, Lee S-C, Chang Y-I, Yeh K-Y. Impact of interactive situated and simulated teaching program on novice nursing practitioners' clinical competence, confidence, and stress. *Nurse education today*. 2017;55:11-6. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.025>
18. Hovland G, Kyrkjeb D, Andersen JR, Råholm M-B. Self-assessed competence among nurses working in municipal health-care services in Norway. *British journal of community nursing*. 2018;23(4):162-9. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2018.23.4.162>
19. Sousa JM, Alves ED. Nursing competencies for palliative care in home care. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2015;28(3):264-9. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500044>
20. Feliciano E, Boshra A, Mejia P, Feliciano A, Maniago J, Alsharyah H, et al. Understanding Philippines nurses' competency in the delivery of healthcare services. *Journal of Patient Care*. 2019;5(1):146. <https://doi.org/10.35248/2573-4598.19.5.146>
21. Sastre-Fullana P, De Pedro-Gómez J, Bennasar-Veny M, Serrano-Gallardo P, Morales-Asencio J. Competency frameworks for advanced practice nursing: a literature review. *International nursing review*. 2014;61(4):534-42. <https://doi.org/10.1111/inr.12132>
22. Heshmati-Nabavi F, Vanaki Z. Professional approach: The key feature of effective clinical educator in Iran. *Nurse Education Today*. 2010;30(2):163-8. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.07.010>
23. Salminen L, Metsämäki R, Numminen OH, Leino-Kilpi H. Nurse educators and professional ethics-Ethical principles and their implementation from nurse educators' perspectives. *Nurse education today*. 2013;33(2):133-7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.11.013>
24. Vasiliou M, Raftopoulos V, Kouta C. The use of the cultural competence assessment tool (ccatool) In community nurses: the pilot study and test-retest reliability. 2013.