

February-March 2022, Volume 16, Issue 6

Care Comprehensive Assessment in Home Health Care : Qualitative Content Analysis

Jafary Gol M¹, Navipour H^{2*}, Sadooghiasl A²

1-Ph.D. Student, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

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

Corresponding author. Navipour H, Ph.D.Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

E-mail: naviporh@modares.ac.ir

Received: 30 Aug 2021

Accepted: 1 Dec 2021

Abstract

Introduction: Healthcare has greatly changed due to issues such as rapidly aging population with decreasing birthrate, also patients' preference of receiving care at home. Home health care nurses need to assess the needs and limitations of the patient and family for holistic approach aimed at empowering patients, families, and caregivers to achieve their highest levels of physical, functional, spiritual, and psychosocial health. Therefore home health care nurses should have the skills to assess in Home health care. The aim of this study was explain the nurse's competency in "assessment" the provision of home health care.

Methods: The present study is a qualitative conventional content analysis that was conducted in home health care centers in Tehran in 2020. With purposive sampling to data saturation, 15 home health care nurses were selected and data were collected using semi-structured individual and in-depth interviews, 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 176 cods, 12 subcategories, 3 categories and one theme of care comprehensive assessment in home health care that included categories: comprehensive assessment of the patient, assessment of the family and assessment of the care environment.

Conclusions: The findings of the study provided one of the HHC nurses' competencies namely care comprehensive assessment in home health care, which contributes to practice HHC nurses can assess their professional activity and think over the aspects to be completed and refined, That the result is to improve the quality of care and increase patient, family and nurse satisfaction. Also, there can be a basis for educational curriculum development.

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

بررسی جامع مراقبتی در مراقبت در منزل: تحلیل محتوای کیفی

مریم جعفری گل^۱، حسن ناوی پور^{۲*}، افسانه صدوقی اصل^۲

۱- دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

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

نویسنده مسئول: حسن ناوی پور، استادیار، دکترا پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
ایمیل: naviporh@modares.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۶/۸

چکیده

مقدمه: مراقبت‌های بهداشتی به دلیل افزایش سریع سن جمعیت، همچنین اولویت بیماران برای دریافت مراقبت در منزل، تغییر کرده است. پرستاران مراقبت در منزل نیاز به بررسی نیازها و محدودیت‌های بیمار و خانواده برای رویکردی جامع با هدف توانمندسازی بیمار و خانواده جهت دستیابی به بالاترین سطح سلامت جسمی، روانی و عملکردی دارند. بنابراین پرستاران باید دارای مهارت بررسی کردن جامع مراقبتی در منزل باشند. هدف مطالعه حاضر تبیین صلاحیت پرستار در بررسی در ارائه مراقبت در منزل می باشد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع تحلیل محتوای کیفی قراردادی می باشد که در مراکز مراقبت در منزل شهر تهران در سال ۱۳۹۹ انجام شده است. با نمونه گیری به روش هدفمند تا اشباع داده ها، ۱۵ پرستار مراقبت در منزل انتخاب شدند و داده ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار فردی و عمیق جمع آوری شد. سپس تجزیه و تحلیل به روش تحلیل محتوای قراردادی مطابق با رویکرد ژانک (۲۰۰۹) انجام شده است.

یافته ها: تجزیه و تحلیل داده ها منجر به استخراج ۱۷۶ کد اولیه ۱۲ زیر طبقه و ۳ طبقه و یک مضمون بررسی جامع مراقبتی در مراقبت در منزل شد که طبقات شامل: بررسی همه جانبه بیمار، بررسی خانواده و بررسی محیط مراقبتی بیمار می باشد.

نتیجه گیری: یافته های مطالعه یکی از صلاحیت های پرستاران مراقبت در منزل (صلاحیت بررسی جامع مراقبتی در مراقبت در منزل)، را ارائه می دهد که به عملکرد پرستاران مراقبت در منزل کمک می کند تا بتوانند فعالیت حرفه ای خود را ارزیابی کرده و بر جنبه هایی که باید اصلاح و ارتقاء داده شود تمرکز کنند که پیامد آن ارتقاء کیفیت مراقبت و افزایش رضایتمندی بیمار و خانواده و پرستار می باشد. همچنین، می تواند زمینه ای برای توسعه برنامه آموزشی باشد.

کلید واژه ها: بررسی، تحلیل محتوای قراردادی، مراقبت در منزل، پرستار، مطالعه کیفی.

مقدمه

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 منازلشان است (۲). تا سال ۲۰۳۰ میلادی جمعیت سالمندان در دنیا از ۹ درصد به ۱۶ درصد و در ایران از ۵/۶ درصد به ۵/۱۷ درصد افزایش خواهد یافت. (۳). طبق گزارش ابوترابی در ایران از تعداد ۳۶۹۷۵۱ موارد فوت شده بیشترین علت مرگ را بیماری های مزمن قلبی

مراقبت در منزل به عنوان یکی از روش های مراقبت مبتنی بر جامعه، یکی از اشکال کلیدی مراقبت سلامت می باشد و در مدیریت منابع نقش مهمی ایفا می کند زیرا از خدمات مهم و ضروری بوده که در محیط منزل بیماران و با مشارکت بیماران و خانواده آنها ارائه می شود و دارای مزایای بسیاری هم برای بیماران و هم نظام سلامت است (۱). خانه یک محیط واقعی و عادی برای ارتباط متقابل بین بیمار،

بررسی صحیح و کامل در منزل می باشد. در مطالعه حیدری عنوان شده است که، بسیاری از بیماران ترجیح می دهند که روزهای آخر عمر را در میان خانواده و در تماس نزدیک با بستگان خود سپری کنند. شواهد حاکی از این است که مراقبت تسکینی در ایران به صورت جزیره ای و در مراکز محدودی ارایه میشود. اکثر بیماران از این شیوه مراقبتی محروم هستند و مراقبت تسکینی مبتنی بر منزل در کشور فاقد هرگونه جایگاهی در نظام سلامت است. بیماران مبتلا به بیماریهای صعب العلاج نیازمند دریافت مراقبت تسکینی، برای دریافت این خدمات و کاهش درد و رنج ناشی از بیماری خود، سرگردان هستند و در اکثر مواقع خدمات مناسب و به موقع به این بیماران داده نمی شود (۱۳). البته در صورت بررسی بیمار و تشخیص نیازهای مراقبتی او می توان مراقبت تسکینی مناسب و به موقع ارائه داد.

رضایت و خشنودی بیماران به تامین نیازها و تمایلات درونی آنها از ارائه مراقبت بستگی دارد و تامین نیازها، تمایلات، انتظارات و توقعات بیمار از مراقبت در منزل پیچیده می باشد (۱۴) که برای رسیدن به این هدف مهمترین عملکرد پرستار بررسی کردن دقیق بیمار و خانواده می باشد تا به نیازهای آنها پی ببرد. با وجود این که، صلاحیت بررسی کردن پرستاران مراقبت در منزل برای بهبود کیفیت مراقبت مهم هستند، اما هنوز به طور کامل توسط پرستاران مراقبت در منزل به خصوص در کشور ایران به طور کامل اجرا نمی شود (۱۵) در کشور ایران مراقبت در منزل بیشتر به صورت انجام پروسیجرهای منفرد مختلف مثل تعویض پانسمان، سونداژ، سرم تراپی و ... انجام می شود و کمتر بیمار و خانواده به طور کامل بررسی می شود و نیازهای مراقبتی آنها استخراج می شود و برای این نیازها برنامه ریزی می شود. بنابراین، پرستاران مراقبت در منزل باید صلاحیت بررسی کردن را بهبود بخشند تا نه تنها انتظارات بلکه همچنین ایمنی بیماران و خانواده و خود، نیز تامین کنند. از آنجایی که مطالعات کیفی به بیان نظرات و تجارب زنده و احساسات افراد می پردازد می تواند عینی تر به بیان واقعیت ها بپردازد. با انجام چنین پژوهش هایی می توان از زمینه ها و واقعتهای 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 در خصوص

و عروقی با ۳۹ درصد و سرطان ها نیز ۱۰ درصد، بیماری های دستگاه تنفسی ۸ درصد و سهم حوادث غیر عمدی نیز ۷ درصد بوده است (۴). با توجه به آمارهای اشاره شده برای توجه به بیماری های مزمن و مراقبت از آنها مراقبت در منزل می تواند یک رویکرد پایدار باشد (۵).

پرستاری بخش مهمی از مراقبت در منزل است و بر زندگی روزمره و سلامت افراد تأثیر می گذارد (۶). در نتیجه وظایف کاری جدید برای پرستاران در مراقبت در منزل ظاهر می شود (۷). صلاحیت حرفه ای عبارت از توانایی متخصصان مراقبت بهداشتی برای ارائه خدمات به طور موثر به افراد و جامعه با توجه به قوانین و استانداردهای حرفه ای است (۸). 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). بنابراین، مهارت بررسی کردن در مراقبت برای پرستاران اهمیت دارد زیرا باید نیازها و محدودیت های بیمار و خانواده تشخیص داده شود، از جمله باید نیازهای مراقبتی بیمار و استرس خانواده برای اجرای برنامه مراقبت (۱۰)، و همچنین نیازهای عاطفی بیمار و اعضای خانواده باید شناسایی شود (۱۱). سپس مراقبت را بر اساس نیازهای فردی بیمار و خانواده برنامه ریزی کنند و با توجه به منابع موجود اجرا کنند. ولی متأسفانه بدلیل عدم توسعه مراقبت در منزل در ایران و همچنین عدم تربیت پرستاران متخصص در امور مراقبت در منزل و انجام نشدن مراقبت ها به طور استاندارد، بررسی کردن به طور صحیح و کامل انجام نمی شود.

بر اساس مطالعه امینی اجرای برنامه مراقبت در منزل در بیماران دیابتی نوع دو موجب بهبود پیروی درمان این بیماران می شود (۲). در این مطالعه نشان داده شده است که با بررسی بیمار و تشخیص نیازهای مراقبتی و آموزشی و برنامه ریزی جهت برطرف نمودن این نیازها و اجرای آن موجب بهبود پیروی درمان بیمار شده است.

کیوانلو شهرستانکی می گوید خدمات مراقبت در منزل می تواند به عنوان یک بخش پشتیبان در خدمات سلامت عمل کرده و بار زیادی را از دوش نظام سلامت بکاهد. اما دانش ما در رابطه با چالش های مراقبت در منزل بسیار محدود است. توجه ویژه به چالش ها و مشکلات مراقبت در منزل می تواند در ارتقاء مراقبتهای سلامتی کمک کننده باشد (۱۲) که یکی از این چالش ها مربوط به صلاحیت

صلاحیت بررسی در ارائه مراقبت در منزل این مطالعه کیفی را انجام دهند.

روش کار

روش مطالعه حاضر 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 پدیده‌های پیچیده، ارائه گزارش‌های متنی از «دنیای زندگی» افراد (۱۶) و یک روش مطمئن برای درک مفاهیم است، در مطالعه حاضر از کلام، دیدگاه و افکار پرستاران در مورد پدیده صلاحیت بررسی کردن در مراقبت در منزل استفاده شده است. داده‌ها را با استفاده از مصاحبه چهره به چهره یا تلفنی بدون ساختار با ۱۵ پرستار مراقبت در منزل که از طریق نمونه گیری هدفمند انتخاب شده بودند، جمع آوری شد. معیارهای ورود شامل پرستاران دارای حداقل مدرک کارشناسی و پرستاران شاغل در مرکز مراقبت در منزل و دارای حداقل یک سال سابقه کار در مرکز مراقبت در منزل بود. جهت انتخاب شرکت کنندگان به مراکز مراقبت در منزل نقاط مختلف شهر تهران (شمال، جنوب، غرب، شرق، شمال شرقی، شمال غربی، جنوب شرقی و جنوب شرقی تهران) مراجعه نموده و با رئیس مرکز هماهنگ کرده و معیارهای ورود را برای ایشان بازگو نموده و ایشان کارکنان خود را با توجه به معیارهای ورود معرفی نموده و سپس با آنها تماس گرفته شد و در صورت تمایل به شرکت در تحقیق و رعایت ملاحظات اخلاقی وارد مطالعه شدند. سپس با آنها جهت برگزاری مکان و زمان انجام مصاحبه هماهنگی شد و طبق نظر مشارکت کنندگان مصاحبه‌ها در مکانی خصوصی و آرام انجام شد. سپس برای افزایش اعتبار داده‌های حاصل از مصاحبه با ۵ مشارکت کننده مجدداً مصاحبه تکمیلی حضوری یا تلفنی انجام شد و مطالبی که واضح نبود و یا کمترین شده بود مجدداً سوال شد تا ابهامات برطرف شد.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر در کمیته پژوهش دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تصویب شد. تاییدیه اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه به شماره IR.MODARES.REC.1397.269 دریافت شد. قبل از رضایت آگاهانه، اطلاعاتی در مورد مطالعه به پرستاران ارائه شد. سپس رضایت آگاهانه برای مطالعه از ۱۵ پرستار مراکز مختلف مراقبت در منزل شهر

تهران اخذ شد. اصول اخلاقی در طول مطالعه رعایت شد و احترام افراد شرکت کننده حفظ گردید. همچنین به آنان اطلاع داده شد که مشارکت در مطالعه آزادانه است، در مورد حق انصراف در هر زمان آگاهی داده شد، و اطمینان داده شد که مصاحبه‌ها محرمانه نگه داشته می‌شود. برای ضبط مصاحبه‌ها رضایت گرفته شد. دستورالعمل‌های اخلاقی برای تحقیقات انسانی و اجتماعی در طول مطالعه مورد توجه قرار گرفته است.

جمع آوری داده‌ها

در مطالعه حاضر ۱۵ پرستار مراقبت در منزل با میانگین سنی ۳۵/۲ سال و میانگین تجربه حرفه‌ای در مراکز مراقبت در منزل ۵ سال و میانگین سابقه حرفه‌ای در بالین (بیمارستان) ۱۴ سال وارد شدند و سپس مصاحبه بدون ساختار و سپس نیمه ساختارمند با پرستاران مراقبت انجام شد. جمع آوری داده‌ها در مهر - اسفند ۱۳۹۹ صورت گرفت. همه مصاحبه‌ها پس از هماهنگی با شرکت کنندگان در یک محیط خصوصی انجام شد. مدت زمان مصاحبه به طور متوسط ۳۰ دقیقه بود و مصاحبه‌ها ضبط و ثبت شد. پژوهشگر قبل از ورود به سوالات اصلی در مصاحبه، با سوالات warming (نام و نام خانوادگی، تحصیلات، سابقه کار در بالین و سابقه مراقبت در منزل) شروع نموده و سپس با سوال باز «آیا می‌توانید در مورد بررسی کردن در مراقبت در منزل به من بگویید؟»، «شما چه مواردی را در مراقبت در منزل بررسی می‌کنید؟»، «لطفاً در مورد زمان بررسی کردن در مراقبت در منزل توضیح می‌دهید؟» و «برای بررسی کردن به چه مهارت‌هایی نیاز دارید؟» مصاحبه ادامه پیدا کرد و در طول مصاحبه هم سوالات کاوشی و عمق دهنده مثل: «می‌شود بیشتر توضیح دهید»، «مثال بزنید». و یا «سپس چه اتفاقی افتاد» پرسیده شد. در پایان مصاحبه هم از آنان خواسته شد که «اگر نکته خاصی در نظر دارید بفرمائید». بلافاصله پس از اولین مصاحبه، تجزیه و تحلیل داده‌ها را شروع کرده (۱۷) و مصاحبه‌ها را تا زمان اشباع داده‌ها که اطلاعات جدیدی بدست نیامد، ادامه داده شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های مصاحبه از روش تحلیل محتوی قراردادی مطابق با رویکرد ژانک (۲۰۰۹) استفاده شد. هشت مرحله رویکرد ژانک شامل آماده کردن داده‌ها، تعریف واحدهای معنایی، ایجاد کدهای اولیه و طبقات، تست کردن کدهای اولیه و طبقات استخراج شده،

مریم جعفری گل و همکاران

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 شرکت کنندگان 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 پیشنهادات شرکت کنندگان در تفسیر داده ها انجام شد. در (جدول ۱) نمونه ای از واحدهای معنایی و کدگذاری اولیه حاصل از مصاحبه با پرستاران مراقبت در منزل به نمایش گذاشته شده است. همچنین، در (جدول ۲) زیرطبقات، طبقات و مضمون حاصل از مصاحبه با پرستاران مراقبت در منزل ارائه شده است.

کدگذاری همه مصاحبه ها، بررسی پایداری کدها، نتیجه گیری از کدها، گزارش روش ها و یافته ها می باشد (۱۸) به این صورت که بعد از انجام مصاحبه، داده های ضبط شده رونوشت گردید. سپس چندین بار، متن مصاحبه خوانده شد و سپس به کمک 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 ۷۶۱ کد اولیه از مصاحبه ها استخراج شد. بدین ترتیب کدهایی با محتوای مشابه در ۱۲ زیر طبقه قرار گرفتند و محتوای زیر طبقات در ۳ طبقه تعریف و نامگذاری شدند و در نهایت مضمون صلاحیت بررسی پرستاران مراقبت در منزل از مصاحبه با شرکت کنندگان استخراج شد. برای

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

واحدهای معنایی	کدهای اولیه
در ابتدا همکاران من رفته بودند بیمار را از جهات مختلف مثل علائم حیاتی، حرکتی و سطح هوشیاری و ... بررسی کرده بودند و سپس محیط منزل را بررسی کرده بودند و تجهیزاتی که جهت نگهداری ایشان لازم بود را بررسی کردند و سپس از لحاظ محیط فیزیکی منزل را مناسب کرده بودند و همچنین اعضای خانواده را بررسی کرده بودند از نظر روحیه و میزان آگاهی درمورد بیماری و وضعیت بیمارشان. (P۱)	بررسی کردن بیمار از نظر علائم حیاتی بررسی کردن بیمار از لحاظ سطح هوشیاری بررسی کردن بیمار از لحاظ وضعیت حرکتی بررسی کردن محیط منزل بیمار بررسی تجهیزات مورد نیاز مراقبت بررسی اعضای خانواده از لحاظ روحی بررسی میزان آگاهی اعضای خانواده در مورد بیماری و شرایط بیمار

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

زیر طبقه	طبقه	مضمون
بررسی فیزیکی بیمار بررسی خودمراقبتی در بیمار بررسی روحی و روانی بیمار بررسی وضعیت اجتماعی - اقتصادی بیمار بررس فرهنگ بیمار بررسی اخلاق و رفتار بیمار	بررسی همه جانبه بیمار	بررسی جامع مراقبتی در مراقبت در منزل
بررسی میزان سازگاری و پذیرش بیمار از طرف خانواده بررسی همکاری خانواده در امر مراقبت از بیمار بررسی میزان آگاهی و آموزش پذیری خانواده	بررسی خانواده	
بررسی ساختاری و فیزیکی محیط منزل بررسی تجهیزات مورد نیاز مراقبت از بیمار بررسی میزان دسترسی بیمار به مراکز درمانی و حمایتی	بررسی محیط مراقبتی بیمار	

اعتبار داده ها

در تحقیق حاضر برای افزایش قابلیت اطمینان داده های حاصل از مصاحبه ها، از چهار معیار گویا و لینکولن شامل؛ اعتبار، اعتماد، انتقال پذیری و تأییدپذیری استفاده شد. (۱۹) جهت افزایش اعتبار یافته ها، در مطالعه حاضر محقق به مدت طولانی با به مدت طولانی با موضوع تحقیق و داده ها درگیر بود. درگیری طولانی مدت با

مشارکت کنندگان به محقق در جهت کسب اعتماد مشارکت کنندگان و درک عمیقی از جزئیات داده ها کمک می کند. بازنگری اعضای گروه تحقیق نیز جزء کارهای افزایش دهنده اعتبار فرایند آنالیز داده ها بود. بدین منظور علاوه بر این که متن کامل مصاحبه های پیاده شده به همراه کدهای مربوطه، مفاهیم و طبقات بدست آمده برای اعضای گروه تحقیق فرستاده شد تا جریان کدگذاری و

تغییرات بالینی بیمار و عوارض دارویی توجه کنند و پرستار می بایست اتصالات مربوط به دستگاهها از قبیل ونتیلاتور، خط ورید مرکزی و..... بررسی و کنترل نمایند. همچنین ضروری است بتوانند از بیمار و خانواده و افراد مرتبط با بیمار شرح حال بگیرند و در پرونده بیمار ثبت نمایند و نتایج آزمایشات، داروهای مصرفی و عادات (سیگار و مصرف مواد مخدر و.....) و درمان های قبلی بیمار را بررسی و ثبت نمایند. و همچنین باید بیمار را از نظر میزان پذیرش بیماری و سازگاری با آن مورد بررسی قرار دهند و وضعیت روحی و روانی بیمار را شناسایی نمایند.

پرستاران لازم است وضعیت اقتصادی بیمار را از نظر فراهم کردن دارو و تجهیزات و هزینه های مراقبت در منزل بررسی نمایند و همچنین از لحاظ این که آیا بیماری مشکلاتی برای موقعیت شغلی او ایجاد می کند، بررسی بعمل آورد. پرستاران مراقبت در منزل ضروری است بتوانند فرهنگ بیمار و خانواده را شناسایی نمایند و براساس فرهنگ آنها به طور صحیح و صمیمی ارتباط برقرار کنند تا بیمار احساس امنیت و اعتماد کند. همچنین باید به ارزش ها و سنت های بیمار توجه کنند و احترام بگذارند و حق تصمیم گیری به بیمار و خانواده او دهند. و نیز به انتظارات آنها توجه کنند و در جهت برآورده کردن آنها تلاش کنند.

شرکت کننده ۲ کارشناس پرستاری با ۲ سال سابقه کار در مرکز مراقبت در منزل در غرب تهران در این مورد می گوید: " هنگام تحویل از بیمارستان تاریخچه کامل بیمار را در مدتی که در بیمارستان بوده است را از همکاران بیمارستان گرفتیم و خلاصه پرونده بیمار هم در یافت کردیم همچنین دستورات پزشک را هم جهت مراقبت در منزل دریافت کردیم و سپس بیمار را یک بررسی اولیه از لحاظ مختلف مثل وضعیت هوشیاری بیمارمیزان و مکان های زخم بستر، وضعیت پوست بیمار، بررسی سیستم های مختلف بدن و بررسی اتصالات بیمار و ... انجام دادیم."

شرکت کننده ۹ کارشناس پرستاری با ۵ سال سابقه کار در مرکز مراقبت در منزل در غرب تهران در این مورد می گوید: "خانواده بیمار همه خارج از کشور بودند و فقط با همسرش زندگی می کرد و وابستگی خاصی به خانواده اش داشت و از دوری خانواده رنج می برد و ما با بیمار صحبت کردیم تا آرامش پیدا کند و اظهار می داشت از بیماریش و مرگ می ترسد و گریه می کرد و ما به او امیدواری می دادیم و حمایت روانی اش می کردیم و با

تحلیل را بررسی و نقد نمایند، همچنین توسط اساتید ناظر مورد بررسی قرار گرفته و نظرات آنها مطابق نظر تیم تحقیق اعمال شد. چک اعضا نیز برای تثبیت اعتبار داده ها استفاده شد. بدین صورت پس از تجزیه و تحلیل هر مصاحبه، خلاصه ای از فرآیند تجزیه و تحلیل داده ها و یافته ها به مشارکت کنندگان ارائه شد و از آنها درخواست شد که مفاهیم توسعه یافته، تجربیات یا ایده های آنها را بازتاب می کند. سرانجام نکته نظرات و پیشنهادات آنها در تحلیل گنجانده شد. جهت تعیین قابلیت اطمینان و تاییدپذیری یافته ها، تیم تحقیقات شامل سه تن از اساتید متخصص در امر تحقیقات کیفی و مراقبت در منزل تمام روند پژوهش را نظارت و بررسی نمودند و داده های تمامی مصاحبه ها ضبط شده و رونوشت گردید. همچنین پژوهشگر از وارد کردن دیدگاه ها و برداشت های 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 مشارکت کنندگان انجام شد. همچنین در نمونه گیری حداکثر تنوع پذیری صورت گرفت بدین صورت که پرستاران مراقبت در منزل شاغل در مراکز مراقبت در منزل از مناطق متفاوت تهران شامل: شمال، جنوب، مرکز، غرب و شرق انتخاب شدند که دارای سنین مختلف، سوابق کاربالینی و مراقبت در منزل متفاوت بودند. برای افزایش تأییدپذیری داده ها تمامی مصاحبه ها ضبط شده و رونوشت گردید. همچنین پژوهشگر از وارد کردن دیدگاه ها و برداشت های خود در تجزیه و تحلیل داده ها، اجتناب نموده است.

یافته ها

تجزیه و تحلیل داده ها منجر به استخراج مضمون بررسی جامع مراقبتی در مراقبت در منزل شد که شامل سه طبقه: بررسی همه جانبه بیمار، بررسی خانواده و بررسی محیط مراقبتی بیمار می باشد و زیر طبقات هریک از طبقات هم در جدول (۲) مشخص شده است. در زیر هریک از زیر طبقات و طبقات مربوط به هریک ارایه می گردد:

۱. بررسی همه جانبه بیمار

پرستاران مراقبت در منزل در ابتدای پذیرش جهت پایش وضعیت سلامت بیمار می بایست او را از لحاظ سطح هوشیاری، شنوایی و بینایی، گفتاری، وضعیت حرکتی و همچنین پوست را از لحاظ داشتن زخم بررسی کنند و به

همچنین دارای تهویه مناسب (پنجره) و دمای مناسب باشد را انتخاب کنند. بنابراین باید توانایی بررسی فضای فیزیکی مراقبت بیمار را داشته باشند.

پرستاران مراقبت در منزل ضروری است وسایل و تجهیزات مورد نیاز مراقبت را در منزل بررسی کنند و تجهیزاتی را که مورد نیاز است را تعیین کنند و به خانواده بیمار اطلاع دهند و نیز آنها را در تهیه وسایل راهنمایی کنند. تجهیزات مناسب شرایط بیمار را در محیط مناسب منزل قرار دهند و آماده کاربری کنند و نیز در حفظ و نگهداری آنها هم تلاش کنند.

در ضمن پرستاران لازم است بررسی نمایند که آیا مشکل بیمار در جامعه انجمن حمایتی دارد مثل انجمن های حمایتی دیابت، فشارخون و ... که در این صورت باید آنها را به بیمار و خانواده معرفی کنند و از آنها حمایت کنند.

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 مراقبتهایی 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 و محیط منزل را جهت مراقبت بیمار آماده کردیم."

بحث

مطالعه حاضر با هدف تبیین صلاحیت بررسی کردن پرستاران مراقبت در منزل انجام شد. بدلیل این که صلاحیت پرستاران بر توانایی آنها در ارائه مراقبت دقیق از بیماران و خانواده آنها تأثیر می گذارد (۲۰).

نتایج نشان داده است بررسی جامع مراقبتی یکی از صلاحیت های پرستاران مراقبت در منزل می باشد که شامل سه طبقه: بررسی همه جانبه بیمار، بررسی خانواده و بررسی محیط مراقبتی بیمار می باشد. پرستاران مراقبت در منزل جهت ارائه مراقبت با کیفیت و ایمن به بیمار در منزل خودش لازم است دارای صلاحیت بررسی جامع مراقبتی باشد تا بتواند بیمار و خانواده و محیط مراقبت را که همان منزل بیمار می باشد به طور کامل بررسی کند و مراقبت از بیمار را مدیریت نماید.

یکی از طبقات بدست آمده از مصاحبه با پرستاران مهارت

روانشناس تیم هم هماهنگ کردیم و چندین جلسه مشاوره روانشناسی به او داد."

۲. بررسی خانواده

بر اساس تجربه پرستاران مراقبت در منزل لازم است اعضای خانواده بررسی شود و با آنها صحبت کنند و میزان آمادگی روحی اعضای خانواده را برای پذیرش شرایط و وضعیت بیمار و سطح سازگاری با مشکلات و تحمل این شرایط را بررسی کنند.

همچنین پرستاران باید قادر باشند سطح آگاهی اعضای خانواده در مورد بیماری و میزان آموزش پذیری اعضای خانواده را در مورد بیماری و شرایط بیمار و نحوه مراقبت از بیمار بررسی نمایند تا به آنها در مورد بیمار و بیماری آگاهی های لازم را بدهند تا خانواده هم در امر مراقبت بیمار همکار های لازم را کند و در زمان های عدم حضور پرستار بتواند وظایف واگذار شده به آنها را انجام دهند و رضایت بیمار را جلب نمایند.

شرکت کننده ۸، کارشناس پرستاری با ۸ سال سابقه کار در مرکز مراقبت در منزل در جنوب تهران می گوید: "بیمار مبتلا به زخم دیابتیک در دو انگشت شصت پا بود که یکی از انگشتان شست او را از بند اول قطع کرده بودند و به همین دلیل وضعیت روحیه بیمار هم خیلی بد بود و با روانشناس تیم مراقبتی مان هماهنگ کردیم و به بیمار دو جلسه مشاوره روانشناسی داد و حتی به خانواده بیمار هم مشاوره دادیم و به خانواده بیمار هم آموزش های لازم را جهت پیشگیری و پیگیری برای جلوگیری از مبتلا شدن به بیماری دادیم."

"خانواده را هم بررسی کردیم و آزمایشات لازم از لحاظ مبتلا بودن به دیابت را برای خانواده ام انجام دادیم که خوشبختانه مبتلا نبودند و به آنها توضیحات لازم در مورد نحوه تهیه انسولین و خرید دستگاه گلوکومتر و تهیه کیت های آن و انجام آزمایشات دوره ای را دادیم و. انجمن های حمایت از بیماران دیابتیک را که نزدیک به منزلشان بود را پیدا کردیم و به آنها معرفی کردیم."

۳. بررسی محیط مراقبتی بیمار

بر اساس مصاحبه با پرستاران مراقبت در منزل لازم است پس از پذیرش بیمار و ورود به منزل ایشان شرایط فیزیکی منزل را از لحاظ مناسب بودن با شرایط بیمار بررسی کنند و سپس اتاقی که مناسب گذاشتن تخت و تجهیزات مورد نیاز بیمار و دارای نور کافی برای انجام پروسیجرها باشد و

محیط منزل و تجهیزات مراقبتی برای مراقبت از بیمار آماده شود (۲۷). تحقیقات نشان می‌دهد که نور ناکافی، تهویه نامناسب، موقعیت‌های کاری ناراحت‌کننده، و مشکلات در حفظ استریلیتی تجهیزات بر مراقبت و درمان ارائه شده به بیماران تأثیر می‌گذارد (۲۸). پرستاران باید بتوانند خطرات و موانع خاص ایمنی بیمار در منزل، از جمله زمین خوردن، خطرات آتش‌سوزی، سوء استفاده از سالمندان و سایر خطرات در منزل را بررسی کرده و مداخلات را برای افزایش ایمنی بیمار برنامه‌ریزی کنند (۱۰). یافته این مطالعات در راستای صلاحیت بررسی کردن محیط منزل مطالعه حاضر می‌باشد که پرستار در زمان پذیرش بیمار باید محیط منزل را بررسی کند تا خطرات آن را شناسایی کند و مکان بستری شدن را در بیماران استراحت مطلق مشخص نماید و همچنین اگر تغییراتی در محیط منزل جهت مراقبت نیاز باشد به خانواده بیمار اطلاع دهد.

در مطالعه باقر صاد آمده است که به کمک مراقبت در منزل می‌توان مراقبت‌های بهداشتی و آموزش‌های لازم را در منزل به مادران ارائه داد. ویزیت در منزل بعد از زایمان، بهترین روش تأمین نیازهای آموزشی و حمایتی خانواده هاست، زیرا برای خانواده‌هایی که به تازگی صاحب فرزند شده‌اند، در اولین روزهای پس از زایمان، جایجایی مشکل است و بهتر است این خدمات و مراقبت‌ها در منزل ارائه شود (۲۹). در این مطالعه به خدمات مراقبت در منزل به خوبی اشاره شده است مانند ویزیت کردن، تأمین نیازهای آموزشی، تأمین نیازهای حمایتی و... ولی هیچ اشاره‌ای به بررسی کردن مادر و فرزند و خانواده نشده است.

در مطالعه انجمن پرستاران آمریکا بیان شده است که پرستاران مراقبت در منزل باید خدمات حمایتی جامعه را بشناسند و بیماران را به طور مناسب ارجاع دهند، به عنوان مثال، خانه‌های سالمندان یا فعالیت‌های فوق برنامه مانند کارگاه‌ها، مراکز خدمات الکترونیکی برای مراقبت از راه دور بیماران در منزل، و نحوه تأمین هزینه‌های تأمین دارو و مراقبت توسط ارائه‌دهندگان خدمات بیمه را مشخص کنند (۳۰). البته به دلیل این که در ایران هنوز مراقبت در منزل به اندازه کافی پیشرفته نیست شرکت کنندگان مراکز خدمات الکترونیکی برای مراقبت از راه دور را ذکر نکردند.

نتیجه‌گیری

این مطالعه یکی از صلاحیت‌های پرستاران مراقبت در منزل

بررسی همه جانبه بیمار می‌باشد که براساس تحقیقات پرستاران مراقبت در منزل ضروری است نیازهای متفاوت بیماران در منزل را بررسی کنند و مطابق با نیازهای بیمار به آنان کمک کنند و از آنها مراقبت نمایند (۲۱). از جمله مهارت‌های پرستاران بررسی تداخلات دارویی، نظارت بر عوارض جانبی نامطلوب داروها و بررسی اثربخشی درمانی است (۲۲) پرستاران لازم است به طور منظم نتایج مراقبت از بیمار و درمان را بررسی نمایند تا در صورت نیاز فرایند مراقبت را تغییر دهند. همچنین پرستاران باید قادر باشند مراقبت‌های انجام شده را بر اساس دستورالعمل‌ها و قوانین حرفه‌ای بررسی کنند (۹، ۱۱، ۲۳). در این مطالعه به بررسی فیزیکی بیمار و یا بررسی روحی و روانی بیمار اشاره‌ای نکرده است و بیشتر به بررسی پیامدهای مراقبت اشاره کرده است.

طبقه دیگر مهارت بررسی خانواده می‌باشد که محققان مستند کردند که نیازها و محدودیت‌های خانواده، از جمله استرس خانواده در مراقبت از بیمار، منابع اجتماعی موجود باید توسط پرستاران مراقبت در منزل بررسی شود. همچنین آنها باید تأثیرگذاری آموزش به خانواده، برآورده شدن انتظارات آنها و رضایت آنها از مراقبت را بررسی نمایند (۲۴). گاهی اعضای خانواده ممکن است مبتلا به افسردگی، خستگی، فرسودگی و انزوا باشد و یا وضعیت بهداشتی نادرست داشته باشد که بر مراقبت‌های آنها از بیماران تأثیر می‌گذارد، در نتیجه کاهش کیفیت و ایمنی مراقبت را بدنبال دارد (۲۵) که راه حل این مشکل بررسی کردن خانواده از نظر روحی و روانی و توانایی مراقبت از بیمار می‌باشد که متأسفانه بر اساس مصاحبه‌های انجام شده بطور صحیح انجام نمی‌شود. همچنین در مطالعات دیگر بیان شده است که آموزش خانواده در حین مراقبت در منزل باعث کاهش حوادث حاد بیمار و نیاز به مراقبت‌های حاد و بستری شدن در بیمارستان می‌شود (۲۶) که برای پی بردن به نیازهای آموزشی بیمار و خانواده ضروری است بررسی کامل از لحاظ نیازهای آموزشی بیمار و خانواده انجام شود که در این مطالعه به بررسی کردن نیازهای آموزشی خانواده در زمان پذیرش بیمار و در حین مراقبت اشاره‌ای نشده است. سومین طبقه حاصل از داده‌های مصاحبه با پرستاران مراقبت در منزل مهارت بررسی محیط مراقبتی بیمار می‌باشد که محققان دریافتند بین بررسی کردن محیط مراقبت در منزل و نتایج مراقبت بیمار رابطه وجود دارد، بنابراین باید

موضوع مطالعات کمی انجام شده است. از محدودیت های دیگر می توان به عدم تعمیم پذیری نتایج بدلیل کیفی بودن مطالعه اشاره نمود.

پیشنهاد می کنیم مطالعه دیگری برای کسب تجربه از پرستاران مراقبت در منزل در سایر شهرهای کشور ایران انجام شود و همچنین صلاحیت های دیگر پرستاران مراقبت در منزل مورد مطالعه قرار گیرد و نیز شرکت کنندگان مطالعه ای دیگر می توانند بیماران و یا خانواده باشند.

سیاسگزاری

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

References

1. Bastami A, Pashaii Sabet F, Qomarverdi S, Nikbakht Nasraabadi A. Review Study of Requirements for a Model for Home-Based Rehabilitation of Traumatic Spinal Cord Injury. Iranian Journal of Nursing Research. 2017;12(2):45-9.
2. 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>
3. Beladi mosavi S. <https://www.amar.org.ir/Portals/0/News/1396/salmandan.pdf> 2018
4. Aboutorabi S. <https://www.ilna.ir/.../542325-Death-and-disease-statistic-2018>
5. Safdari R. AM, Mohamadi A.Ma , Sharifi F. ,Fakhrzadeh H. . COMPARATIVE STUDY OF HOME CARE PROGRAM IN IRAN WITH OTHER DEVELOPED COUNTRIES Iranian journal of Diabetes and Metabolism (Elderly Health Research Center, Special Issue);. 2015; Vol.13, No 6, 2014:439-46.
6. Fjørtoft AK, Oksholm T, Delmar C, Førland O, Alvsvåg H. Home-care nurses' distinctive work: A discourse analysis of what takes precedence in changing healthcare services. Nursing Inquiry. 2021;28(1):e12375. <https://doi.org/10.1111/nin.12375>
7. Flöjt J, Hir UL, Rosengren K. Need for preparedness: nurses' experiences of competence

یعنی صلاحیت بررسی جامع مراقبتی در مراقبت در منزل را ارائه می دهد که به عملکرد پرستاران مراقبت در منزل کمک می کند زیرا پرستاران با بررسی جامع در مراقبت می توانند باعث افزایش ایمنی بیمار و کیفیت مراقبت و در نتیجه افزایش رضایتمندی بیمار و خانواده شوند و در نهایت هم باعث افزایش رضایت شغلی خود پرستاران می شود. در ضمن صلاحیت استخراج شده می تواند به عنوان قسمتی از ابزار ارزیابی فعالیت های حرفه ای پرستاران مورد استفاده قرار گیرد. همچنین، می تواند زمینه ای برای توسعه برنامه آموزشی فراهم نماید.

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

- in home health care. Home Health Care Management & Practice. 2014;26(4):223-9. <https://doi.org/10.1177/1084822314527967>
8. Al Jabri FYM, Kvist T, Azimirad M, Turunen H. A systematic Review of Healthcare Professionals' Core Competency Instruments. Nursing & Health Sciences. 2021.
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. Academy A. Clinical Competencies. <https://www.aahcm.org/resource/resmgr/homepage/homecaremedicinecompetencies.pdf>. 2019.
11. Hovland G, Kyrkjebø 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>
12. Keyvanloo Shahrestanaki S. “ Letter to Editor” Challenges of Home Care during the COVID-19 Outbreak. IRAN JOURNAL OF NURSING (IJN). 2020;33(127 #a001466):-.
13. Heydari H. Home-based palliative care: A missing link to patients’ care in Iran (Letter to Editor). HAYAT. 2018;24(2 #b001206):-.
14. Aghaee A, Taheri H, Karimi GA. Satisfaction of Patients with Nutritional Status in Police Hospitals. Journal of Police Medicine. 2019;9(1):27-34.

15. Fukada M. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago acta medica*. 2018;61(1):1. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>
16. 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>
17. 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>
18. Zhang Y, Wildemuth BM. Qualitative analysis of content. Applications of social research methods to questions in information and library science. 2009;308:319.
19. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
20. 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>
21. Liu Y, Aunguroch Y. Current literature review of registered nurses' competency in the global community. *Journal of Nursing Scholarship*. 2018;50(2):191-9. <https://doi.org/10.1111/jnu.12361>
22. Sun W, Tahsin F, Abbass Dick J, Barakat C, Turner J, Wilson D, et al. Educating Homecare Nurses about Deprescribing of Medications to Manage Polypharmacy for Older Adults. *Western Journal of Nursing Research*. 2021:0193945920982599. <https://doi.org/10.1177/0193945920982599>
23. 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>
24. 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>
25. Macdonald MT, Lang A, Storch J, Stevenson L, Barber T, Iaboni K, et al. Examining markers of safety in homecare using the international classification for patient safety. *BMC health services research*. 2013;13(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-191>
26. Karlsson S, Ridbäck A, Brobeck E, Norell Pejner M. Health Promotion Practices in Nursing for Elderly Persons in Municipal Home Care: An Integrative Literature Review. *Home Health Care Management & Practice*. 2020;32(1):53-61. <https://doi.org/10.1177/1084822319863308>
27. Jarrín OF, Kang Y, Aiken LH. Pathway to better patient care and nurse workforce outcomes in home care. *Nursing outlook*. 2017;65(6):671-8. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.05.009>
28. Andersson H, Lindholm M, Pettersson M, Jonasson L-L. Nurses' competencies in home healthcare: an interview study. *BMC nursing*. 2017;16(1):65. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0264-9>
29. Baghersad Z, Mokhtari F, Bahadoran P. Effect of postpartum home care on mothers' health. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2020;23(4):45-53.
30. Association AN. *Home Health Nursing: Scope and Standards of Practice, 2nd Edition*. 2nd Edition ed: American Nurses Pub.; 2014.