Iranian Journal of Critical Care Nursing
Vol. 4. No. 4, Winter 2012
Pages: 169 - 176

مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره ۴، شماره ، زمستان ۱۳۹۰
صفحات: ۱۷۶ - ۱۶۹

طراحی دستورالعمل‌های مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد در بیماران مبتلا به آنژین صدری

مریم نظام‌زاده[۱]، سید محمد خادم‌الحسینی*[۱]، جمیله مختاری نوری[۱]، عباس عبادی[۱]
۱. دانشکده‌ی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران*

چکیده

اهداف: دستورالعمل‌های بالینی مبتنی بر شواهد، یک راهنمای موثر برای تیم درمانی است که افزایش کیفیت کار بالینی را در پرستاران به همراه دارد. طراحی دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد در بخش‌های مراقبت ویژه، به خصوص در بخش ویژه‌ی قلب، حساسیت بیشتری دارد. این پژوهش با هدف «طراحی دستورالعمل‌های مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد در بیماران مبتلا به آنژین صدری» انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی ـ تطبیقی و تحلیلی در سال ۱۳۹۰ در دو بخش ویژه‌ی قلب بیمارستان بقیه ا... الاعظم (عج) در شهر تهران انجام شد. ابتدا کیفیت سی دستورالعمل مراقبتی موجود بر اساس سه سطح خوب، متوسط و ضعیف با چک لیست محقق‌ساخته، بررسی شد. سپس دستورالعمل‌های مراقبت پرستاری در آنژین صدری بر اساس مدل استتلر با رویکرد مبتنی بر شواهد طراحی شد و کیفیت آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و نرم افزار SPSS17 انجام شد.

یافته‌ها: کیفیتِ ۲۶/۷ درصد از دستورالعمل‌های موجود ضعیف و ۷۳/۳ درصد از آن‌ها متوسط بود. در نهایت هشت دستورالعمل مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد، برای بیماران آنژین صدری، طراحی شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به پایین بودن کیفیت دستورالعمل‌های موجود با طراحی دستورالعمل‌های مراقبتی مبتنی بر شواهد، می‌توان نقش مؤثری در بهبود شاخص‌های ارایه‌ی مراقبت پرستاری ایفا نمود.

واژگان کلیدی: دستورالعمل‌های مراقبتی؛ پرستاری؛ مبتنی بر شواهد؛ آنژین صدری؛ بخش مراقبت ویژه‌ی قلب

Design of guidelines evidence-based nursing care in patients with angina pectoris

Maryam Nezamzadeh[1], Seyed Mohammad Khademolhosseini[1*], Jamileh Mokhtari Nouri[1], Abbas Ebadi[1]
1.Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Aims: Evidence-based clinical guidelines effectively guide medical teams and nurses to increase the quality of clinical work. Designing evidence-based guidelines in critical care units, especially in cardiac care unit is much more needed. Therefore, this study was conducted to design evidence-based nursing care guidelines for patients with angina pectoris.

Methods: This descriptive-comparative study was conducted in two cardiac care units in Baqiyatallah Hospital in Tehran in 2011. First, the quality of 30 available care guidelines was investigated via a checklist designed by the researcher in three levels: good, average and poor.

Then nursing care guidelines were designed based on Stetler model with an evidence-based approach and their quality was re-investigated. Finally, the collected data was analyzed by the help of descriptive statistics and using SPSS 17 software.

Results: Quality of 26.7 % of the available guidelines was found out to be poor and 73.3 % was proven to be average. After designing the guidelines, this number increased to 100 %. Finally, an eight evidence-based nursing care guideline was designed for patients with angina pectoris.

Conclusion: Since the available guidelines are of low quality, designing evidence-based care guidelines can improve nursing care.

Key words: Care guidelines; Nursing; Evidence-based; Angina pectoris; Cardiac Care Unit

(این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی است)

* نویسنده مسؤول: سید محمد خادم‌الحسینی، تمامی درخواست ها باید به نشانی khadem@bmsu.ac.ir .ارسال شوند.
دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۴/۱۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۸/۲۳

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

مقدمه

با وجود برنامه‌های متعدد در درمان و پیش‌گیری از بیماری‌های قلبی، همچنان این بیماری سالانه ۱/۹ میلیون نفر را در امریکا و اروپا به کام مرگ می‌کشاند. درد قفسه‌ی سینه، شایعترین علامت ایسکمی قلبی است. این درد، علامتی شایع در مراجعین به بخش ویژه‌ی قلب است و دو تا هشت درصد از بیماران بستری در بخش ویژه را در هر دوره به خود اختصاص می دهد. در حدود سی‌درصد از بیماران در دو تا سه سال پس از بستری شدن، دوباره با علامت آنژین صدری بستری می‌شوند [۱ و۳].

مراقبت پرستاری از بیماران با آنژین صدری در بخش ویژه، بسیار حیاتی است و می‌توان با مدیریت صحیح، بستری شدن مجدد بیماران را کاهش داد. از طرفی پرستاران نقش مهمی در پایش، حمایت، بررسی و آموزش بیماران ایفا می‌کنند [۳ و ۴].

مراقبت از بیماران اگر بر اساس نتایج تحقیقات علمی باشد می‌تواند به میزان قابل توجهی نتایج مراقبت را بهبود بخشد [۵]. کاربرد شواهد علمی برای بهبود عملکرد و تصمیم‌گیری بالینی را «مراقبت مبتنی بر شواهد» می‌گویند [۶ و ۸]. مراقبت مبتنی بر شواهد، مفهوم جدیدی است که کمتر از دو دهه از عمر آن می‌گذرد. در حقیقت فرایند مبتنی بر شواهد، تلاشی برای بالا بردن کیفیت اطلاعاتی است که بر مبنای آن می‌توان به یک تصمیم‌گیری صحیح در مراقبت بهداشتی دست یافت [۹ و ۱۱].

پرستاری مبتنی بر شواهد فرایندی است که در سال‌های اخیر به عنوان شیوه‌ای برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بر اساس جدیدترین یافته‌ها مطرح شده است. طی این فرایند، پرستار می‌تواند با استفاده از نتایج تحقیقات موجود، مهارت بالینی خود و عملکرد بیمار را ارتقا داده و تصمیمات بالینی مناسب اتخاذ نماید [۱۲]. به هر حال فراهم آوردن مراقبتی که بر اساس بهترین شواهد بوده و هزینه‌ی اثر بخشی آن بالا باشد، امروزه به عنوان یک استراتژی بین‌المللی برای انجمن‌های سلامتی است [۱۳].

استفاده از حجم زیاد نتایج تحقیقات برای کادر درمانی مشکل است. دستورالعمل‌های بالینی به عنوان ابزاری تسهیل کننده توصیه می‌شود. اجرای دستورالعمل‌های بالینی به تصمیم‌گیری مناسب بالینی کمک نموده و صرفه‌جویی در وقت و هزینه را در پی دارد [۵]. دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد، مراحل اجرایی مراقبت بالینی را توضیح می‌دهد و از کارهای بالینی غیر استاندارد جلوگیری می‌کند [۱۴].

در سال ۱۹۹۰ انجمن پزشکی واشنگتن بیان کرد که دستورالعمل‌های بالینی، به طور سیستماتیک، مراقبت‌های بالینی و تصمیم گیری‌های مراقبتی بیماران را در شرایط خاص بهبود می‌بخشند [۱۵]. در سال ۱۹۹۶ *ساکت* و همکاران دستورالعمل‌های بالینی را بر اساس بهترین شواهد موجود طراحی کردند [۱۳].

انستیتو بین المللی عالی مراقبت NICE در سال ۲۰۰۲ مراحل تدوین دستورالعمل‌ها را به این ترتیب بیان کرد:

- تدوین معیارهای لازم برای طراحی دستورالعمل
- تدوین قوانین و ایجاد کارگروه
- جستجوی شواهد معتبر و آنالیز شواهد
- نظر سنجی از گروه متخصص و مشورت در زمینه دستورالعمل‌ها
- تدوین و اشاعه دستورالعمل‌های مراقبت مبتنی بر شواهد [۱۳].

تایلور در سال ۲۰۰۳ به ساخت دستورالعمل‌های مراقبت پرستاری در بخش‌های ویژه، بر پایه‌ی بهترین و اثربخش‌ترین شواهد علمی پرداخت. در این فرایند، کمیته‌ای متشکل از بهترین پرستاران بالینی، برای ساخت دستورالعمل‌ها تشکیل شد و مراحل ساخت دستورالعمل‌های بالینی شامل: ایجاد متغیرهای بالینی، تشکیل گروه مدیریت برنامه، جستجو در منابع علمی و منابع پژوهشی، گنجاندن نظر متخصصان و مشاوران و در نهایت نشر و اشاعه دستورالعمل‌ها انجام گرفت. این دستورالعمل‌ها در بخش‌های ویژه که بیماران نیاز به مراقبت بیشتری داشتند، صورت گرفت که توانست در تصمیم-گیری پرستاران در مراقبت از بیماران کمک کننده باشد. *تایلور* همچنین دستورالعمل‌های مراقبت پرستاری را در برخورد با هر بیمار خاص بیان نمود تا بهترین قضاوت در هر موقعیت صورت گیرد [۱۳].

انجمن بین‌المللی سلامت نیز اعلام کرد که برای توسعه‌ی پرستاری و مامایی از کاربرد دستورالعمل‌های بالینی و وارد شدن شواهد در بالین حمایت می‌کند و این دستورالعمل‌ها باید بر اساس آخرین تحقیقات، به‌روز رسانی شود. برخی از منابع در سال ۲۰۰۴ نشان داده‌اند که فقط ۳۸ درصد از ارائه‌ی خدمات پرستاری بر پایه‌ی تحقیقات صورت گرفته است. از طرفی به دلیل تغییرات سریع علمی، توسعه و به‌روز رسانی دستورالعمل بالینی با کیفیت بالا و دستیابی به منابع معتبر در این راه ضروری به نظر می‌رسد [۱۲].

نتایج مطالعه *درو* و همکاران در سال ۲۰۰۴ نشان داد که دستورالعمل‌هایی که از بهترین منابع برای تهیه‌ی آن‌ها استفاده شده بود، می‌تواند مراقبت قلبی را در بیماران به درستی هدایت نماید [۱۶]. همچنین *گیبلر* و همکاران در سال ۲۰۰۵ اجرای بالینی دستورالعمل‌ها را برای بیماران آنژین ناپایدار و انفارکتوس میوکارد، مفید دانستند و بیان کردندکه دستورالعمل‌هایی که مبتنی بر شواهد باشد، هم برای زمان بستری بیماران مفید است و هم برای زمان پس از ترخیص. پیروی از این دستورالعمل‌ها توسط متخصصان قلب و اورژانس، سبب ارایه‌ی مراقبت بهتر برای بیماران قلبی شده و نتایج بهتری را در پی خواهد داشت [۱۷].

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

در سال ۲۰۰۷ *تینگ و همکاران* بیان کردند که با اجرای پروتکل استاندارد شده می‌توان زمان تشخیص بیماری را کاهش و کیفیت مراقبت را افزایش داد [۱۸]. *جان استانلی* نیز به این نکته اشاره کرد که توسعه‌ی دستورالعمل‌های ترخیص، در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، منجر به کاهش پذیرش مجدد بیماران در بخش‌های ویژه می‌شود [۱۹].

امروزه به دلیل تأکید فراوان روی مدیریت منابع، کنترل هزینه، اثربخشی مراقبت از بیمار، ارتقای کیفیت و مسئولیت پذیری، مراقبت خوب از بیمار ضروری است [۲۰]. در این راستا، چارچوب‌ها، شاخص-ها و استراتژی‌هایی که بتواند تشخیص و مراقبت بیمار را تضمین نماید ضروری به نظر می‌رسد که این چارچوب‌ها را می‌توان به صورت دستورالعمل‌های بالینی در بخش‌ها به خصوص در بخش‌های ویژه ارایه نمود [۱۴].

نظر به این‌که درد قفسه‌ی صدری، یکی از شایعترین علل مراجعه به بخش‌های ویژه است، تدوین دستورالعمل‌هایی که بر اساس نتایج تحقیقات باشد، می‌تواند کیفیت مراقبت پرستاری را افزایش داده و از بستری شدن مجدد این افراد بکاهد. با این هدف، تدوین دستورالعمل‌های مراقبت بالینی پرستاری آنژین قفسه‌ی صدری، با رویکرد مبتنی بر شواهد انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه توصیفی ـ تطبیقی و تحلیلی با رویکرد مبتنی بر شواهد بر اساس مدل استتلر در دو بخش مراقبت قلبی (CCU) بیمارستان بقیه ا... الاعظم (عج) شهر تهران در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد

مراحل مدل استتلر شامل:

آمادگی: تعیین اهداف و مشکلات موجود در مراقبت بیماران مبتلا به آنژین صدری، بررسی کیفیت دستورالعمل‌های مراقبتی، تدوین دستورالعمل و بررسی مجدد کیفیت دستورالعمل

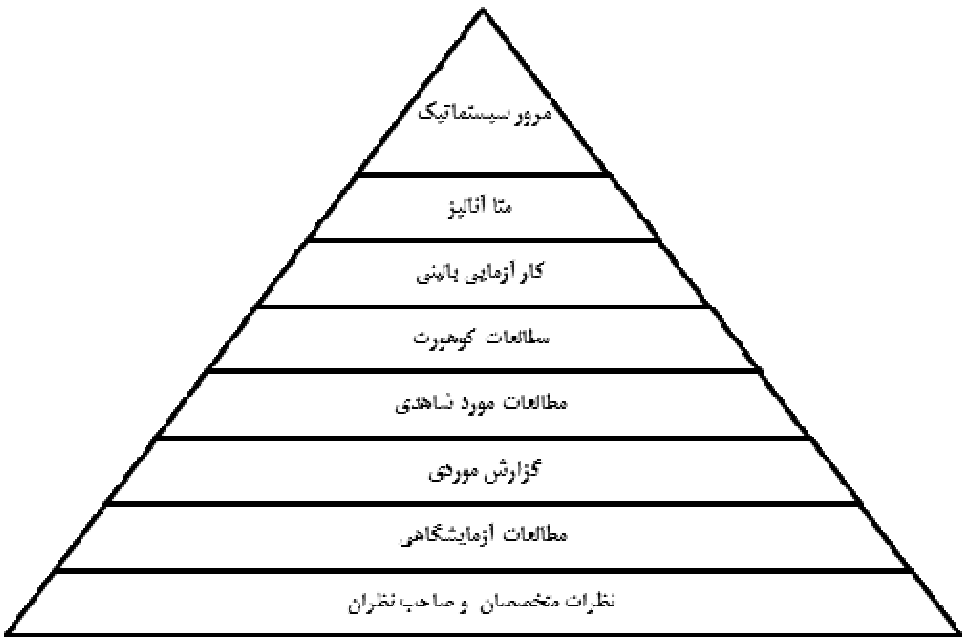
اعتباربخشی: نقد و بررسی مقالات، بر اساس هرم مبتنی بر شواهد (شکل ۱) و تایید دستورالعمل‌ها با نظرخواهی از اعضای هیئت علمی و متخصصان قلب و مربیان آموزشی بخش ویژه‌ی قلب به عنوان گروه‌های اسمی (nominal groups)

بررسی مقایسه‌ای: تعیین عملی بودن دستورالعمل‌ها در بخش، توسط گروه پرستاران، به شیوه‌ی بحث گروه متمرکز (Focus group discussion)

کاربرد و اجرا: از آن‌جا که برای اجرای دستورالعمل‌ها به زمان نیاز است [۲۱] و در محدوده کار پایان‌نامه‌ی دانشجویی نمی‌گنجد، دستورالعمل‌ها به مسؤولین آموزش بیمارستان ارایه شد.

برای ارزشیابی کیفیت دستورالعمل‌های مراقبت پرستاری موجود، چک‌لیست محقق‌ساخته‌ای بر اساس چارچوب فرایند پرستاری و ابزار AGREE و GLIA ساخته شد. ابزار AGREE دارای ۲۳ آیتم و ۶ حیطه است که برای ارزیابی کیفیت دستورالعمل مراقبتی از سال ۲۰۰۳ استفاده می‌شود. GLIA نیز ابزاری است که قابلیت اجرایی بودن دستورالعمل‌ها را بررسی می‌نماید و حیطه‌های نوآوری، اعتبار، انعطاف‌پذیری و میزان تأثیر بر روند مراقبت، قابلیت اندازه‌گیری دستورالعمل‌ها را بررسی می‌کند.

ابزار ساخته شده دارای دو بخش و ۲۶ آیتم دو جوابی (بلی یا خیر) بود. ۱۱ سئوال برای بررسی شناسنامه‌ی دستورالعمل و ۱۵ سئوال



شکل ۱: هرم مبتنی بر شواهد

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

Chest pain (NANDA)

تشخیص پرستاری

درد قفسه سینه مربوط به:

- کاهش جریان خون قلبی
- افزایش کار قلبی و کاهش اکسیژناسیون

معیار ارزشیابی/ علائم

ظاهر بیمار، شکایت از درد، بی‌خوابی ، PR,RR,BP، الگوی تنفس

مداخلات پرستاری

۱. بررسی شدت و کیفیت درد با مقیاس بصری درد (۲ و ۲۳)
۲. پایش بیمار از نظر درد (۲ و ۲۴)
۳. بررسی علایم حیاتی هر پنج الی پانزده دقیقه در طول حملات درد تا تثبیت علایم (۲۴ و۲۵)
۴. برقراری ارتباط با حفظ شوخ طبعی (۲۴ و ۲۶)
۵. استراحت مطلق (۲۷ و ۲۸)
۶. استفاده از ماساژ درمانی به عنوان ضد درد غیر دارویی (۲۹)
۷. استفاده از آرام‌سازی به عنوان ضد درد غیر دارویی (۳۰)
۸. استفاده از تغییر وضعیت به عنوان ضد درد غیر دارویی (۳۱)
۹. دادن وضعیت راحت (۳۲)
۱۰. کاهش محرک‌های محیطی (۳۳)
۱۱. محدود کردن ملاقاتی‌های بیمار (۳۳)
۱۲. اکسیژن رسانی ۶-۴ لیتر با لوله بینی (دو الی سه لیتر در بیماران COPD) (۲۷)
۱۳. نیتروگلیسیرین ۱۰μ/min- ۵، طی ۲۰-۱۵ دقیقه در بیمار با فشار سیستولیک بالای ۹۰mmgh در صورت تجویز پزشک (۲۷ و ۳۱)
۱۴. توصیه به پزشک معالج برای استفاده از داروی مخدر (۲۷ و ۳۱)
۱۵. در صورت عدم تسکین درد مشورت با پزشک (۳۱)
۱۶. آموزش رژیم غذایی کم چربی کم نمک (۳۴)
۱۷. آموزش به بیمار درباره عدم انجام مانور والسالوا (۳۵ و ۳۶)
۱۸. آموزش درباره عدم استعمال سیگار (۳۷)
۱۹. آموزش درباره مصرف با احتیاط کافئین [چای، شکلات، نوشابه‌های کولادار] (۳۱ و ۳۸)

برای بررسی کیفیت دستورالعمل بود. پایایی ابزار با ضریب توافق همکاران (ICC) ۰/۷۸ به دست آمد.

به منظور بررسی کیفیت دستورالعمل‌های مراقبتی، از منطق ۳۳ استفاده شد و نمرات نهایی به دست آمده در سه سطح ضعیف (۰ تا ۳۳ درصد)، متوسط (۳۳ تا ۶۶ درصد) و خوب (۶۶ تا ۱۰۰ درصد) رتبه‌بندی و کیفیت سی دستورالعمل مراقبت پرستاری موجود، ارزشیابی شد.

برای طراحی دستورالعمل‌ها، تشخیص‌های پرستاری مربوط به بیماری آنژین صدری با استفاده از بررسی مفصل متون و همچنین بر اساس نیاز پرستاران بالینی استخراج شد. مقاله‌ها بر اساس اولویت، در هرم مبتنی بر شواهد، اولویت بندی شدند. این مقالات از بانک-های اطلاعاتی فارسی معتبر و بین المللی Pub Med, Cochran, Google scholar, Springer, Elsevier, SID, Magiran به صورت متن کل مقاله و در محدوده‌ی سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ انتخاب شدند. کیفیت هشت دستورالعمل طراحی شده با چک‌لیست محقق‌ساخته اندازه‌گیری شد. داده‌ها با آمار توصیفی و برنامه‌ی نرم افزاری SPSS17 تجزیه و تحلیل شد.

پس از تهیه‌ی دستورالعمل‌ها، گروه اعتبار بخشی شامل یک گروه اسمی (nominal group) متشکل از اعضای هیئت علمی، متخصصان قلب و مربیان آموزشی بخش ویژه‌ی قلب بود که از نظر علمی به بررسی دستورالعمل پرداختند و گروه متمرکز (focus group) متشکل از ۱۵ پرستار بود. این پرستاران دارای میانگین سنی ۳۶ سال، سیزده نفر دارای مدرک کارشناسی و دو نفر کارشناسی ارشد با میانگین سابقه‌ی کاری پانزده سال بودند که مراقبت‌های بالینی را به صورت مستقیم و غیر مستقیم، در بخش ویژه‌ی قلب ارایه می‌دادند. آنان قابلیت اجرایی بودن این دستورالعمل‌ها را تایید نمودند و پیشنهاداتی برای توضیح بیشتر در مورد بعضی از موارد ارایه کردند.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

یافته‌ها

جدول ۱: کیفیت دستورالعمل‌های مراقبت پرستاری

فراوانی کیفیت	وضعیت موجود		پس از طراحی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ضعیف	۸	۲۶/۷	۰	۰
متوسط	۲۲	۷۳/۳	۰	۰
خوب	۰	۰	۳۰	۱۰۰
جمع کل	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰

در این پژوهش کیفیت هیچ کدام از دستورالعمل‌های موجود در سطح خوب نبود. پس از طراحی دستورالعمل‌ها با رویکرد مبتنی بر شواهد و با در نظر گرفتن متغیرهای تعیین شده‌ی قبلی در چک کیفیت صددرصد دستورالعمل‌ها در حد خوب بود (جدول ۱).

دستورالعمل‌های طراحی شده دارای دو بخش بود:

شناس‌نامه‌ی دستورالعمل: در این قسمت ابتدا هدف از طراحی دستورالعمل و هشت تشخیص پرستاری مرتبط با بیماران آنژین صدری استخراج شده از متون به شرح زیر نوشته شد:

درد قفسه سینه (Chest pain)،
دیس‌ریتمی قلبی (Cardiac Disrrythemia)،
اضطراب (Anxiety)،
نقص دانش (Knowledge deficit)،
عدم تحمل فعالیت و خستگی (Risk for activity intolerance)،
نقص در رعایت رژیم دارویی (Impaired in drug regimen)،
استعداد اختلال پرفیوژن میوکارد
(Risk for myocardial perfusion altered)،
استعداد کاهش برون‌ده قلبی
(Risk for decrease cardiac output).

در ادامه شناس‌نامه‌ی گروه، هدف متخصصین مربوطه در طراحی، معیارهای ورود و خروج منابع، روش طراحی، نحوه‌ی استفاده و منابع مورد استفاده بیان شد و در انتها بیان شد که این دستورالعمل‌ها با توجه به پیشرفت سریع علم تا سال ۱۳۹۴ اعتبار داشته و با منابع جدید باید به‌روز رسانی شود [۲۲].

دستورالعمل طراحی شده: این دستورالعمل ها بر اساس فرایند پرستاری طراحی شد که دارای قسمت‌های تشخیص، معیار ارزشیابی و مداخلات پرستاری است. از آن جا که در این مقاله امکان ارایه‌ی تمام دستورالعمل‌های مراقبتی نیست از این رو فقط یک تشخیص به عنوان نمونه ارایه می‌شود.

بحث

در این مطالعه، کیفیت دستورالعمل‌های موجود در بخش‌های ویژه‌ی قلب، در سطح متوسط بود که با مطالعه *بورگرز* و همکاران که میزان کیفیت دستورالعمل‌های موجود در بخش انکولوژی را با ابزار AGREE ۴۲/۲ درصد و در سطح متوسط به دست آورد، همخوانی دارد [۳۹].

دستورالعمل‌های طراحی شده در بیماری آنژین قفسه صدری بر اساس فرایند مبتنی بر شواهد صورت گرفت. فرایند مبتنی بر شواهد نیز در راستای توسعه‌ی دستورالعمل‌های مراقبت بالینی می‌تواند مفید باشد. در همین راستا *درو و همکاران* در سال ۲۰۰۴ نیز با هدف ایجاد تضمین کیفیت، دستورالعمل‌هایی که از بهترین منابع برای تهیه‌ی آن‌ها استفاده شده بود در مراقبت بیماران قلبی در بیمارستان‌ها ارایه نمودند [۱۶].

در این پژوهش پس از تعیین تشخیص‌های پرستاری، بررسی متون بر اساس فرایند مبتنی بر شواهد و تعیین گروه‌های اعتباربخشی، دستورالعمل‌ها تدوین شد. *تایلور* نیز در سال ۲۰۰۳ به ساخت دستورالعمل‌های مراقبتی پرستاری در بخش‌های ویژه پرداخت. وی در این مقاله به ساخت دستورالعمل‌ها بر پایه‌ی بهترین و اثربخش‌ترین شواهد بالینی اشاره می‌کند. در این فرایند، کمیته‌ای متشکل از بهترین پرستاران بالینی برای ساخت دستورالعمل‌ها تشکیل داد و مراحل ساخت دستورالعمل‌های بالینی وی شامل: ایجاد متغیرهای بالینی، تشکیل گروه برای مدیریت برنامه، جستجو در منابع علمی و پژوهشی، گنجاندن نظر متخصصان و مشاوران و در نهایت، نشر و اشاعه‌ی دستورالعمل‌ها بود [۱۶].

مطالعات متعدد مؤید آن است که این دستورالعمل‌ها می‌تواند کیفیت مراقبت را بهبود بخشد. *متحدیان تبریزی و همکاران* در سال ۱۳۸۸ تاثیر مراقبت‌های برنامه‌ریزی شده را بر روی کاهش عوارض دیالیز نشان داد که در این مطالعه، دستورالعمل‌های مراقبتی که بر اساس منابع معتبر و تایید خبرگان گردآوری شده بود سبب کاهش عوارض در بیماران دیالیزی شد [۴].

در سال ۲۰۰۷ *تینگ و همکاران* با اجرای پروتکل در ۵۷۹ بیمار با انفارکتوس حاد نشان داد که با اجرای پروتکل استاندارد شده می‌توان سبب کاهش زمان تشخیص بیماری و افزایش کیفیت مراقبت شد [۱۹]. *پرورزاده و همکاران* نیز در سال ۱۳۸۴ به بررسی تاثیر دستورالعمل‌های استاندارد خدمات مراقبت بالینی بر سرانجام حاملگی پرداختند. نتایج نشان داد که در مادرانی که با مراقبت استاندارد شده مراقبت شده بودند شاخص‌های زایمانی ارتقا یافته و مشکلات کمتری به دنبال دارد [۴۰].

گیبلر و همکاران در سال ۲۰۰۵ اجرای بالینی دستورالعمل‌ها را که برای بیماران با آنژین ناپایدار و انفارکتوس میوکارد در بخش اورژانس صورت گرفت را مفید ارزش‌یابی کرد. همچنین بیان کرد

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

که دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد، هم در زمان بستری بیماران و هم در زمان ترخیص مفید است و پیروی از این دستورالعمل‌ها توسط متخصصان قلب و اورژانس، سبب ارایه‌ی مراقبت بهتر برای بیماران قلبی شده و نتایج بهتری را در پی خواهد داشت [۱۷].

نتیجه‌گیری

پایین بودن کیفیت دستورالعمل‌های موجود، ضرورت بازنگری و طراحی دستورالعمل‌های مراقبتی مطلوب را آشکار می‌سازد و از آن جا که در سال‌های اخیر تاکید بر مراقبت مبتنی بر شواهد به عنوان راهی برای اعتلای خدمات، مورد تاکید سیاست‌گزاران نظام سلامت قرار گرفته است و با توجه به شیوع آنژین صدری در بخش‌های ویژه و هزینه‌های گزاف ناشی از مراقبت آن و همچنین تلاش مراکز درمانی به منظور افزایش کیفیت مراقبت، دستورالعمل‌های بالینی پرستاری بر اساس فرایند مبتنی بر شواهد، می‌تواند به عنوان یک مرجع معتبر در ارایه‌ی خدمات پرستاری باشد و از مدت بستری و هزینه‌ی بیماران بکاهد.

با گسترش تحقیقات در زمینه مراقبت‌های پرستاری بخش ویژه‌ی قلب و ترغیب پرسنل به استفاده از دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد، می‌توان به سوی افزایش کیفیت مراقبت پرستاری گام برداشت. از سویی کد گذاری این دستورالعمل‌ها، استفاده از آن‌ها را برای پرستاران بالینی تسهیل می‌نماید و سبب صرفه‌جویی در زمان اختصاص یافته برای ثبت می‌شود. در نهایت تدوین دستورالعمل‌ها برای تمامی بخش‌های بیمارستانی بر اساس آخرین شواهد ضروری به نظر می‌رسد تا با ارایه‌ی این دستورالعمل‌ها به بخش‌های درمانی، کیفیت مراقبت پرستاری ارتقا پیدا کند.

تشکر و قدردانی

از همکاری اعضای هیات علمی دانشکده های علوم پزشکی پرستاری تهران، شهید بهشتی و بقیه ا... (عج) که در زمینه‌های علمی ما را حمایت کردند و همچنین مسئولین و پرستاران بخش‌های ویژه‌ی قلب بیمارستان بقیه ا... الاعظم (عج) که در انجام این طرح ما را یاری نمودند سپاسگزاری می‌شود.

References

1. Zakerimoghadam M, Aliasgharpor M. Critical nursing care in ccu, icu, diyalis. Second, editor. tehran: Andishe rafie. 2004.p.28-30.
2. Pottle A. A nurse-led rapid access chest pain clinic-experience from the first 3 years. Eur J Cardiovasc Nurs. 2005;4(3):227-33.
3. Siebens K, Moons P, Geest SD, Miljoen H, Drew BJ, Vrints C. The role of nurses in a chest pain unit. Eur J Cardiovasc Nurs. 2007;6(4):265-72.
4. Motahediyantabrizi E, NajafiMehri S, Samiei S, Einollahi B, Babaei G .Effect of programmed nursing care in prevention of hemodialysis complications. Critical Care Nurs. 2009;2(2):55-9.
5. Koh SS, Manias E, Hutchinson AM, Donath S, Johnston L. Nurses' perceived barriers to the implementation of a fall prevention clinical practice guideline in singapore hospitals. BMC health serv Res. 2008;18;8(105):1-10.
6. Beyea SC, Slattery MJ. Evidence-based practice in nursing a guide to successful implementation. [cited available from: www.hcmarketplace.com]. 2006.
7. Amini M, Sagheb MM, Moghadami M, Shayegh S. Assessment concept & using evidence medicine in special asisstant shiraz medical university. improved steps in education medicine. 2007;4(1):30-5. [persian]
8. Profetto-McGrath J. Critical thinking and evidence Based practice. J Prof Nurs. 2005;21(6):364-71.
9. Ghazvin medical university. Evidence based. Ghazvin. [cited 2011 5/29/2011]. Available from: vct.qums.unv.behdasht.gov.ir.
10. Siyofi AB, Nosrati L, Ebrahimi M, Hajebrahimi S. evidence -based practice workbook. 1nd, editor. tabriz: tabriz university. 2008.p.1-20.
11. Rafiei S, Abdollahzadeh S, Ghajarzadeh M, Habibollahi P, Fayazbaksh A. The effect of introducing evidence based medicine on critical appraisal skills of medical students. Iranian J Med Educ. 2008;8(1):149-53. [persian]
12. Midwifery ncftpdona. Guidance on the adaptation of clinical practice guidelines: Getting evidence into practice. cited. Available from: www.ncnm.ie. 2009.
13. Hewitt-Taylor J. Clinical guidelines and care protocols. Intensive Crit Care Nurs. 2004;20:45-52.
14. Hommersom A, Lucus PJF, Vanbommel P. checking the quality of clinical guidelines using automated reasoning tools. Cambridge university Press. 2008;8(5&6):611–41.
15. Vlayen J, Aertgeerts B, Hannes K, Sermeus W, Ramaekers D. A systematic review of appraisal tools for clinical practice guidelines: multiple similarities and one common deficit. Int J Qual Health Care. 2005 Jun;17(3):235-42.
16. Drew BJ, Califf RM, Funk M, Kaufman ES, Krucoff MW, Laks MM, et al. Practice standards for electrocardiographic monitoring in hospital settings: an american heart association scientific statement from the councils on cardiovascular nursing, clinical cardiology, and cardiovascular disease in the young: endorsed by the international society of computerized electrocardiology and the american association of critical-care nurses. circulation. 2004 Oct 26;110(17):2721-46.
17. Gibler WB, Cannon CP ,Blomkalns AL, Char DM, Drew BJ, Hollander JE, et al. Practical implementation of the guidelines for unstable angina/non–st-segment elevation myocardial

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

infarction in the emergency department: A scientific statement from the american heart association council on clinical cardiology (subcommittee on acute cardiac care), council on cardiovascular nursing, and quality of care and outcomes research interdisciplinary working group, in collaboration with the society of chest pain centers. circulation. 2005 May 24;111(20):2699-710.
18. Ting HH, Rihal CS, Gersh BJ, Haro LH, Bjerke CM, Lennon RJ, et al. Regional systems of care to optimize timeliness of reperfusion therapy for st-elevation myocardial infarction: The mayo clinic STEMI protocol. Circulation. 2007;116(7):729-36.
19. Stanley JM, Hoiting T, Burton D, Harris J, Norman L. Implementing innovation through education-practice partnerships. Nurs Outlook. 2007;55:67-73.
20. Ghamari Zare Z, Anoshe M, Vanaki Z, Hajizadeh E. Assessment quality of nursing practice and patient satisfaction in critical cardic care units. Tabib Shargh. 2008;10(1):27-36
21. Schmidt NA, Brown JM. Evidence-based practice for nurses .canada: Janes and Bartlett. 2009.p.5-30.
22. Sherry CS, Adams MJ, Berlin L, Fajardo LL, Gazelle GS, Haseman DB, et al. ACR practice guideline for communication of diagnostic imaging findings. Journal [serial on the Internet]. 2011 Date: Available from: http://www.acr.org/guidelines.
23. Blanchard JF, Murnaghan DA. Nursing patients with acute chest pain: Practice guided by the prince edward island conceptual model for nursing. Nurse Educ Pract. 2010 Jan;10(1):48-51.
24. White AK. Interactions between nurses and men admitted with chest pain. Eur J Cardiovasc Nurs. 2003 Apr;2(1):47-55.
25. Arbour C, Gélinasa C. Are vital signs valid indicators for the assessment of pain in postoperative cardiac surgery ICU adults? Intensive Crit Care Nurs. 2010 Apr;26(2):83-90.
26. Asbury EA, Collins P. Psychosocial factors associated with noncardiac chest pain and cardiac syndrome X. Herz. 2005;30(1):55-60.
27. Gibler WB, Cannon CP, Blomkalns AL, Char DM, Drew BJ, Hollander JE, et al. Practical implementation of the guidelines for unstable angina/non-st-segment elevation myocardial infarction in the emergency department: A scientific statement from the american heart association council on clinical cardiology (subcommittee on acute cardiac care), council on cardiovascular nursing, and quality of care and outcomes research interdisciplinary working group, in collaboration with the society of chestPain centers. Circulation. 2005;111:2699-710.
28. Jones I, Johnson M. What is the role of the coronary care nurse? A review of the literature. European J Cardiovascular Nursing. 2008;7(2):163-70.
29. Jane S-W, Wilkie DJ, Gallucci BB, Beaton RD, Huang H-Y. Effects of a full-body massage on pain intensity, anxiety, and physiological relaxation in taiwanese patients with metastatic bone pain: A pilot study. J Pain Symptom Manage. 2009 Apr;37(4):754-63.
30. Bastani F, Hidarnia A, Anoshirvan Kazemnejad, Vafaei M, Kashanian M. A randomized Controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. J Midwifery & Women's Health. 2005;50(4):e36-e40.
31. Ulrich SP, Canale SW, Wendell SA. Nursing care of the client with disturbances of cardiovascular function. medical surgical nursing care planning guides. United States of America: W.B.Saunders. 2005. p. 303-85.
32. Laat Ed, Schoonhoven L, Grypdonck M, Verbeek A, Graaf Rd, Pickkers P, et al. Early postoperative 30 lateral positioning after coronary artery surgery: influence on cardiac output. J Clin Nurs. 2007 Apr;16(4):654-61.
33. Berry Bf. Effect of noise on physical health risk in london report on phase 2 - estimates of The numbers of people at risk. uk: Berry environmental Ltd – Bel. 2008.p.1-28.
34. Balady GJ ,Williams MA, Ades PA, Bittner V, Comoss P, Foody JM, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs:2007 update: A scientific statement from the american heart association exercise, cardiac rehabilitation, and prevention committee, the council on clinical cardiology; the councils on cardiovascular nursing, epidemiology and prevention, and nutrition, physical activity, and metabolism; and the american association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation. Circulation. 2007 May 22;115(20):2675-82.
35. Woo MA, Macey PM, Keens PT, Rajesh Kumar, Fonarow GC, Hamilton MA, et al. Aberrant central nervous system responses to the valsalva maneuver in heart failure. LE JACQ. Congest Heart Fail. 2007 Jan-Feb;13(1):29-35.
36. Williams MA, Haskell WL, Ades PA, Amsterdam EA ,Bittner V, Franklin BA, et al. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: 2007 update a scientific statement from the american heart association council on clinical cardiology and council on nutrition, physical activity, and metabolism. Circulation. 2007;116(5):572-84.
37. Kalyani MN, Jamshidi N. Risk factors of iranian patients with three vessels disease candidate for coronary artery bypass graft surgery (CABG). Pak J Med Sci. 2010;26(4):837-41.accesse by 89/10/30.
38 Lopez-Garcia E, Dam RMv, Willett WC, Rimm EB, Manson JE, Stampfer MJ, et al. Coffee consumption and coronary heart disease in men and women a prospective cohort study. Circulation is

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

available from: http://wwwcirculationahaorg. 2006;113:2045-53.
39. Burgers JS, Fervers B, Haugh M, Brouwers M, Browman G, Philip T, et al. International assessment of the quality of clinical practice guidelines in oncology using the appraisal of guidelines and research and evaluation instrument. J Clin Oncol. 2004 May 15;22(10):2000-7.
40. Rohparvarzadeh N, Shahidi S. Impact standardize protocol in pregnancy care for result pregnancy isfehan nursing univercity. 2006;31(7):55-61.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]