

اثر بخشی روش های ارایه مراقبت پرستاری موردی و پرایمیری بر کیفیت ارتباط پرستار - بیمار در بخش های ویژه قلبی

سیمین شرفی، حمید چمنزاری[■]، علی بزی، سید رضا مظلوم، شاهرخ مقصودی، محمد رجب پور

چکیده

مقدمه: کیفیت مراقبت از بیمار به واسطه ارتباط موثر پرستار ارتقاء می یابد. یکی از مهمترین راهکارهای مدیریتی در افزایش کیفیت مراقبت پرستاران، بکارگیری صحیح روش های تقسیم کار در ارایه مراقبت پرستاری توسط مدیران پرستاری خصوصا سرپرستاران است.

هدف: هدف از این پژوهش مقایسه تاثیر روش های تقسیم کار پرستاری پرایمیری و موردی بر کیفیت ارتباط پرستار - بیمار در بخش های ویژه قلبی است.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که به صورت همزمان در چهار بخش سی سی یو بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۳ انجام گردید. دو بخش به گروه روش تقسیم کار پرایمیری (۳۳ بیمار) و دو بخش به گروه روش تقسیم کار موردی (۲۶ بیمار) تخصیص تصادفی شدند. ابتدا پرستاران با اجرای استاندارد هر دو روش آشنا شدند. در روش پرایمیری به هر پرستار (۳) بیمار اختصاص داده می شد که تا زمان ترخیص مسؤل آنها بود و در شیفت های عصر و شب نظارت مستقیم بر همکاران خود داشت. در روش موردی هم در هر شیفت (۳) بیمار برای پرستار در نظر گرفته می شد. کلیه خط مشی های بخش با همکاری سرپرستار تدوین شده بود. هر دو روش در هریک از بخش ها به مدت (۲) ماه اجرا شد. پرسشنامه استاندارد کیفیت مراقبت: QUAL-PAC (۰/۸۹) تعیین شد. داده ها از طریق نرم افزار SPSS^{۱۶} با استفاده از آزمون من-ویتنی یو، کای اسکور و آمار توصیفی تجزیه تحلیل گردید.

یافته ها: نتایج مطالعه نشان داد بین دو گروه تقسیم کار پرایمیری و موردی برحسب میانگین نمره کیفیت مراقبت در بعد ارتباطی تفاوت معنی داری وجود داشت بطوریکه در گروه پرایمیری، میانگین نمره کیفیت در بعد ارتباطی مراقبت بالاتر ($3.5/3 \pm 0.7$) از تقسیم کار موردی ($2.4/4$) بود ($P > 0.001$). همچنین بین میزان سابقه کار پرستار و میانگین نمره بعد ارتباطی کیفیت مراقبت ارتباط معناداری وجود نداشت ($p = 0.17$).

نتیجه گیری: با توجه به اثربخشی روش پرایمیری در ارتقاء کیفیت ارتباطی بین پرستار - بیمار به مدیران پرستاری پیشنهاد می شود که از الگوی اجرایی این مطالعه برای بهبود ارتباط پرستار و بیماران در بخش های ویژه استفاده نمایند.

کلمات کلیدی: ارتباط پرستار - بیمار، تقسیم کار در ارایه مراقبت پرستاری، سازماندهی مراقبت پرستاری، کیفیت مراقبت از بیمار، مدیریت پرستاری، مراقبت ویژه

سیمین شرفی

دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری
داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی مشهد،
دانشکده پرستاری و مامایی

■ مؤلف مسؤل: حمید چمنزاری

کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی،
عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی،
دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پرستاری و
مامایی

آدرس: chamanzari@ums.ac.ir

علی بزی

کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی
دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پرستاری و
مامایی

سید رضا مظلوم

دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری و عضو هیئت
علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، مشهد دانشگاه
علوم پزشکی مشهد، دانشکده پرستاری و مامایی

شاهرخ مقصودی

کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی،
عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی،
مشهد دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده
پرستاری و مامایی

محمد رجب پور

دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری داخلی
جراحی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده
پرستاری و مامایی

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال چهارم، دوره چهارم، شماره چهارم
زمستان ۱۳۹۴

■ مقدمه

بیماری و بستری شدن در بیمارستان معمولاً تنش زا بوده و همراه با تجارب تهدید کننده ای برای بیماران و اعضای خانواده آن ها می باشد و پرستاران با به کارگیری مهارت های ارتباطی نقش عمده ای در کاهش این تجارب بر عهده دارند (۱). ارتباط جنبه ای مهم از مراقبت بوده که توسط کارکنان مراقبت بهداشتی، به خصوص پرستاران تامین می گردد. پرستاران به واسطه ارتباط از نیازهای مراقبتی بیماران خود آگاه می شوند (۲). در واقع ارتباط بیمار و پرستار منجر به رفتارهای مراقبتی متعددی می شود که زیر بنای ارائه مراقبت پرستاری با کیفیت قلمداد می گردد (۳ و ۴). به طوریکه برقراری ارتباط مناسب بین پرستار و بیمار منجر به ارتقای سلامت بیماران شده (۵) و بسیاری از اقدامات پرستاری نظیر تامین مراقبت جسمی، حمایت روحی و تبادل اطلاعات با بیماران معطوف به اعمال نقش ارتباطی پرستاران می باشد (۶). فرآیند ارتباط از ماهیتی تعاملی و پویا برخوردار است و اهمیت مطالعه بر روی عوامل موثر بر آن کاملاً مشهود است (۷). این ارتباط متاثر از عوامل مختلفی نظیر روند های اجتماعی، فرهنگی، اخلاقی، اقتصادی، قانونی و همچنین فناوری می باشد (۸). معمولاً ارتباط ناکارآمد مانعی بالقوه در ارائه خدمات در محیط های مراقبتی محسوب می شود (۹). در واقع ارائه مراقبت پرستاری با کیفیت به ایجاد رابطه ای معنی دار از جانب پرستار با بیماران و ارزیابی مداوم نیازهای آنان نیاز دارد (۱۰ و ۱۱). ارتباط پرستار و بیمار تحت تاثیر شرایط پدیدار شده در محیط بالینی می باشد (۱۲). در مطالعه نیشابوری و همکاران (۱۳۸۹) یافته ها نشان داد کیفیت مراقبت در بعد روانی اجتماعی تنها از دیدگاه ۶/۳۱ درصد بیماران و ۶/۹۲ درصد پرستاران مطلوب بود (۲۶) که این تفاوت دیدگاه پرستاران و بیماران موجب شد تا در مطالعه فعلی کیفیت مراقبت از دیدگاه بیماران که دریافت کنندگان اصلی کیفیت مراقبت هستند سنجیده شود.

این در حالی است که تعداد زیادی از مطالعات انجام شده در کشور با رویکرد توصیفی و کمی گرایانه به فرآیند ارتباط بیمار با پرستار نگرسته اند به طوریکه انوشه و همکاران (۲۰۰۹)، در مطالعه خود به توصیف موانع ارتباط پرستار با بیمار پرداخته اند و به این نتیجه رسیدند که مدیران پرستاری و برنامه ریزان سیستم مراقبتی باید توجه بیشتری بر حذف یا تعدیل موانع ارتباطی در بالین مبذول دارند (۱۳). همچنین مدیریت صحیح در این زمینه می تواند منجر

به بهبود کیفیت ارتباط با بیمار و در نهایت ارتقاء کیفیت مراقبت شود (۱۴). پرستاران بزرگترین گروه کارکنان ارایه دهنده خدمات سلامت (۱۵) و شالوده اصلی فرآیند بهبود کیفیت مراقبت ها هستند. توانمندی حرفه ای آن ها نقش مهمی در تحقق رسالت نظام سلامت ایفا می کند. لذا به دلیل وجود چنین ارتباط مستقیمی بین میزان توانمندی پرستاران و کیفیت ارائه خدمات توسط آن ها، افزایش توانمندی حرفه ای و مراقبتی پرستاران یکی از دغدغه های نظام های بهداشتی و متولیان سلامت در کشورهای مختلف است (۱۶). در حال حاضر افزایش سطح خدمات فوریتی، حجم کاری زیاد و کمبود تعداد پرستاران تأثیر بسزایی بر کیفیت مراقبت های پرستاری به ویژه در بعد ارتباطی گذاشته است (۱۷). این امر نگرانی هایی را در جامعه پرستاری نموده است. همچنین چالش های به وجود آمده، مدیران و مسئولان نظام مراقبت های سلامت را برانگیخته است تا کیفیت مراقبت پرستاری را افزایش دهند (۱۸). به نظر می رسد یکی از راهکارهای افزایش کیفیت مراقبت به کارگیری صحیح مهارت ها و اصول مدیریتی باشد که با فراهم کردن محیطی مناسب و شرایط کاری همراه با استقلال حرفه ای بتوان موجبات ارتقا کیفیت مراقبت سطح سلامت جامعه را فراهم نمود (۱۹). روشن است هیچکس از نظر جسمی یا روانی آنقدر توانایی ندارد که همه کارهای مربوط به یک نوع فعالیت پیچیده را به تنهایی انجام دهد. برعکس تقسیم کار موجب می شود تا کارها ساده شود و افراد بتوانند هریک از آنها را به سرعت فراگیرند و کارها را نسبتاً سریع تکمیل کنند (۲۰). به علاوه تقسیم کار باعث تنوع در مشاغل می شود، و افراد می توانند در سایه آن به پست ها و مقام های مختلفی که با استعداد، علاقه و توانایی آنان سازگار است، گمارده شوند. امروز ما می توانیم از واژه یا عبارت تقسیم کار استفاده کنیم و تمام کارهای یک سازمان را به صورت تخصصی درآوریم (۲۱).

روش های تقسیم کار مورد استفاده در بخش ها روش های فعالیتی و یا تلفیقی از روش های مختلف بوده که روش فعالیتی در موارد بحرانی کاربرد داشته و کیفیت مراقبت در آن پایین است. روش موردی جزء روش های مناسب و مورد توصیه در بخش های ویژه است. روش موردی اولین و قدیمی ترین نظام عرضه خدمات بالینی می باشد. در این روش بیماران را به تناسب نیاز بیمار و میزان مهارت و دانش پرستار تقسیم می نمایند و به هریک بر حسب سادگی و پیچیدگی و میزان مراقبت و مهارت شخصی پرستاران تعدادی بیمار واگذار می شود. کلیه مراقبت های این بیمار بر عهده پرستار مسئول خواهد

بود (۲۲). بیمار در شیفت‌های گوناگون پرستاران مختلفی دارد و هیچ تضمینی نیست که پرستاران، روزهای بعد همان بیماران روز گذشته خود را داشته باشند. این روش بر اجرای دستورات پزشک تاکید دارد. پرستار مسئول برنامه ریزی، سازماندهی و انجام مراقبت در طی شیفت کاری خود می باشد و در صورت عدم واگذاری بیمار در روزهای آینده استمرار مراقبت و ارتباط مناسب بین بیمار و پرستار برقرار نخواهد شد (۲۳).

از طرف دیگر روش پرستاری پرایمری یک مدل تخصصی پرستاری با حداکثر بیمار محوری است. پرستار ضمن جلب اعتماد بیمار، از بدو پذیرش تا ترخیص مسئولیت مراقبت از او را بر عهده می گیرد. جهت اجرای این سیستم پرستار اولیه مراقبت از ۱ تا ۴ بیمار را بر عهده دارد. این پرستار مسئول مراقبت بیماران در ۲۴ ساعت روز در کل زمان بستری بیمار در بیمارستان است. ارتباط پرستار اولیه با سر پرستار به صورت همکاری است و نه ریسی و مرئوس (۲۰). در صورت در دسترس نبودن پرستار اولیه، دستیاران پرستار یا پرستاریار (Associate nurse) طرح مراقبت را اجرا میکنند (۲۱). در این روش استمرار مراقبت به دلیل ثابت بودن پرستار اولیه وجود دارد. در مطالعه خطیبیان و همکاران (۱۳۸۰) که به بررسی تاثیر روش پرایمری بر رضایت بیماران و پرستاران پرداخت، یافته‌ها حاکی از افزایش معنی دار رضایتمندی در هر دو گروه بود. (۲۴).

از آنجا که تحقیقات انجام شده در خصوص اجرای روش‌های تقسیم کار نیز عموماً در خارج از کشور بوده و با عنایت به اینکه هنوز در بخش‌های بالینی ما که از نظر فرهنگی و شرایط کاری با خارج از کشور متفاوت است مطالعات محدودی در این زمینه صورت گرفته، لذا این مطالعه با هدف "ارزشیابی اثر دو روش ارایه مراقبت پرستاری پرایمری و موردی بر کیفیت ارتباط بین پرستار - بیمار در بخش‌های ویژه قلبی" انجام گردید.

■ مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع نیمه تجربی است که به صورت همزمان در ۴ بخش سی سی یو بیمارستان های قائم (عج) و امام رضا (ع) مشهد در بهمن ماه سال ۱۳۹۳ انجام گردید. پس از اخذ تاییدیه از کمیته اخلاق و معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی مشهد و هماهنگی‌های لازم با بیمارستان‌ها پژوهش آغاز شد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران بستری و پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی این بیمارستان‌ها بود.

از جمله مهمترین معیار ورود جهت پرستاران شامل: حضور در جلسه توجیهی، سابقه اشتغال (حداقل دو سال) در بخش CCU، دارا بودن مدرک کارشناسی پرستاری و مهمترین معیار های ورود برای بیماران شامل: سن بالای ۱۸ سال، حداقل مدت ۴۸ ساعت بستری در بخش CCU، هوشیاری کامل و قادر به پاسخگویی به سوالات و عدم آشنایی قبلی با پرستاران گروه‌های مداخله بود. مهمترین معیارهای خروج نیز جهت بیماران و پرستاران شامل: انتقال بیمار یا پرستار از بخش مورد نظر به بخش دیگر، رفتن پرستار و یا بیمار به مرخصی در طی مدت بستری، عدم تمایل بیمار و یا پرستار به ادامه شرکت در پژوهش بود. دو بیمارستان انتخاب شده بر اساس سابقه مطالعات مقایسه ای پیشین در این بخش ها همسان بوده، همچنین بخش های انتخاب شده از نظر تشخیص بیماران بستری، امکانات و تجهیزات و فضا، سیستم مدیریتی، تعداد پرسنل یکسان بودند.

برای تعیین حجم واحد پژوهش (بیماران) از فرمول مقایسه میانگین‌ها در دو گروه مستقل استفاده شد. پارامترهای میانگین و انحراف معیار متغیر کیفیت مراقبت از مطالعه‌ای که از همین ابزار به منظور ارزیابی کیفیت مراقبت استفاده کرده بود اخذ شد (۳۰). حجم نمونه با سطح اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha = 0.05$) و توان آزمون ۸۰ درصد، ۲۴ نفر در هر گروه به دست آمد که با توجه به احتمال ریزش تعداد ۳۰ نفر در هر گروه (مجموعاً ۶۰ نفر) بر آورد شد. جهت نمونه گیری در این پژوهش، در ابتدا هر بخش سی سی یو به روش تخصیص تصادفی (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) در دو گروه پرایمری و موردی قرار گرفتند. بدین ترتیب که در هر بیمارستان یک بخش به روش تقسیم کار موردی و بخش دیگر به روش تقسیم کار پرایمری اختصاص یافت. سپس با استفاده از روش خوشه‌ای تعداد بیماران در هر یک از بخش‌ها تعیین گردید. لازم به ذکر است نسبت پرستار به بیمار در هر چهار بخش برابر بود. برای تعیین حجم نمونه، سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد مورد نظر بود.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل: دو فرم مشخصات دموگرافیک برای بیمار و پرستار و یک پرسشنامه بعد از تباطی کیفیت مراقبت (QUAL-PAC: Quality of patient care) بود. فرم مشخصات دموگرافیک: حاوی ۱۱ سوال برای پرستاران و ۱۹ سوال برای بیماران بود که به صورت مصاحبه و توسط کمک پژوهشگر تکمیل گردید. پرسشنامه کیفیت مراقبت جهت بررسی فرآیند

روش تقسیم کار پرایمیری به هر پرستار پرایمیری که در شیفت صبح ثابت با هماهنگی سرپرستار، ۳ بیمار اختصاص داده شد که از بدو پذیرش تا انتهای ترخیص مسئولیت مراقبت از این بیماران بر عهده همان پرستار بود. در ابتدای پذیرش برنامه مراقبتی برای بیمار توسط پرستار پرایمیری تنظیم و در اختیار پرستاران در شیفت های بعدی قرار داده می شد. در شیفت های عصر و شب نیز پرستاران پرایمیری و همچنین پژوهشگر (به صورت تصادفی) بر کار همکاران خود به صورت تلفنی یا حضوری نظارت می کردند. در واقع پرستاران پرایمیری مسئول برنامه ریزی و تدوین طرح مراقبتی برای بیماران و انتقال آن به صورت کتبی و یا شفاهی به همکاران عصر و شب خود بودند. در گروه روش تقسیم کار موردی نیز با هماهنگی سرپرستار بخش به هر پرستار ۳ بیمار اختصاص یافته و پرستاران مسئول مراقبت از بیمار در همان شیفت کاری بودند و هیچ تضمینی وجود نداشت که روز بعد نیز مسئولیت مراقبت از همان بیماران را بر عهده داشته باشند. ضمناً برنامه مراقبتی پیشنهادی پرستاران پرایمیری و همچنین روش تقسیم کار موردی منطبق بر خط مشی های بخش توسط پژوهشگران طراحی و به عنوان راهنما در اختیار پرستاران قرار گرفت. پژوهشگران در شیفت های عصر و شب نیز به صورت تصادفی بر روند اجرای درست دو روش تقسیم کار در بخش های مذکور تا زمان تکمیل حجم نمونه نظارت نمودند. سپس تا تکمیل حجم نمونه (به مدت دوماه) این دو روش به صورت همزمان بر روی تمام بیماران و پرستاران در دو بخش CCU هریک از بیمارستان ها اجرا شد. پرسشنامه کیفیت مراقبت در زمان ترخیص توسط پژوهشگران به روش مصاحبه بیماران پر شد. ریزش واحد پژوهش در گروه موردی به دلیل ترخیص با رضایت شخصی و یا انتقال از مطالعه اتفاق افتاد. نهایتاً تجزیه تحلیل بر روی ۵۹ بیمار انجام گردید. همچنین ریزش نمونه در پرستاران ۲ نفر و نهایتاً ۴۴ نفر در پایان پس از تکمیل حجم نمونه داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ بعد از کدگذاری وارد رایانه گردید. برای توصیف مشخصات واحدهای پژوهش در هریک از گروه ها از آمار توصیفی و شاخص های تمایل مرکزی و پراکندگی شامل: میانگین، انحراف معیار و فراوانی نسبی استفاده شد. جهت تعیین برخورداری متغیرهای کمی پژوهش از توزیع طبیعی از آزمون های کلموگوروف-اسمیرنوف و شاپیروویلکس (Kolmogorov-Smirnov & Shapiro-Wilkis test) استفاده شد. به

و کیفیت مراقبت پرستاری مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه در سال ۱۳۸۲ در تبریز نیز مورد بررسی قرار گرفته و با فرهنگ ایران تطبیق داده شده است (۲۲). این پرسشنامه دارای ۱۱ آیتم است و بر اساس مقیاس لیکرت با پاسخ های رتبه ای شامل هرگز، گاهی، اغلب، همیشه و موردی ندارد، و با نمرات صفر تا ۴ ارزشیابی می شود. امتیاز این پرسشنامه حداقل صفر و حداکثر ۴۴ می باشد. جهت پایایی این ابزار با روش همسانی درونی با آزمون آلفای کرونباخ (۰/۸۹) مورد تایید قرار گرفت. همچنین پایایی آن در مطالعه نیشابوری و همکاران با آلفای کرونباخ ۰/۸ تایید شده است. (۲۶). محتوی ابزار به طور نمونه شامل مواردی زیر بود که با استفاده از مقیاس ۵ درجه ای لیکرت اندازه گیری شد. شما به راحتی احساساتان را با پرستار در میان می گذارید. شما به راحتی سوالات خود را در رابطه با بیماریتان از پرستار می پرسید. خانواده شما از پاسخی که پرستار به آنها می دهد احساس رضایت می کنند. پرستار به شما اطمینان خاطر می دهد که اسرار تان را حفظ خواهد کرد.

هر بخش CCU دارای ۸ تخت و ۱۰ تا ۱۴ پرستار بود که به طور متوسط در هر شیفت سه پرستار و ۲ کمک بهیار حضور داشتند. شیفت پرسنل به صورت ۶ ساعته بوده و در بخش سیستم HIS اجرا می شد. روش رایج تقسیم کار در هر چهار بخش به صورت ترکیبی از روش فانکشنال و موردی بود. پس از توضیح روش مورد اجرا در هر بخش و توجیه پرسنل مربوطه، پژوهشگران به مدت دو هفته بر روند صحیح اجرای هر یک از روش ها نظارت نمودند. پرستاران پرایمیری بر اساس نظر سرپرستار از بین پرستاران مجرب و دارای معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند که این پرستاران پرایمیری در شیفت صبح ثابت می شدند.

پژوهشگران پس از بیان هدف از انجام پژوهش، در ابتدا پرسشنامه معیارهای ورود و اطلاعات دموگرافیک را در اختیار پرستاران دو گروه قرار دادند و در صورت داشتن تمام معیارهای ورود به مطالعه و نیز تکمیل فرم رضایت کتبی و آگاهانه برای شرکت در پژوهش، افراد وارد مطالعه شدند.

لازم به ذکر است پس از انتخاب واحد پژوهش به دو گروه تقسیم کار موردی و تقسیم کار پرایمیری، کارگاه یک روزه بصورت مجزا جهت آشنایی هر گروه در مورد روش تقسیم کار مورد نظر پرستاران توسط پژوهشگر و با حضور یک عضو هیئت علمی مدیریت پرستاری برای یکسان سازی اطلاعات ابتدای پژوهش برگزار شد. در گروه

منظور بررسی دو گروه از نظر همگن بودن متغیرهای با توزیع طبیعی از آزمون پارامتری تی مستقل و در مورد متغیر کمی با توزیع غیر طبیعی از آزمون‌های غیر پارامتریک من ویتنی و متغیرهای کیفی اسمی و رتبه‌ای از آزمون مجذور کای استفاده شد.

■ یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد، اکثر بیماران مورد مطالعه در گروه مراقبت پرایمری $54/5\%$ (۱۸ نفر) زن و در گروه موردی $65/4\%$ (۱۷ نفر) مرد بودند. میانگین و انحراف سنی بیماران در گروه پرایمری و در گروه موردی به ترتیب $57/0 \pm 13/8$ و $55/6 \pm 13/8$ بود. اکثر بیماران گروه مراقبت پرایمری $84/8\%$ (۲۸ نفر) سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را داشتند در حالیکه در گروه موردی تنها $69/2\%$ (۱۸ نفر) سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را داشتند. در این مطالعه مجموعاً ۴۴ پرستار مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی پرستاران $44 \pm 37/4$ سال بود که در محدوده ۳۰ تا ۴۶ سال قرار داشتند. بیشترین پرستاران مورد مطالعه در هر دو گروه مراقبت پرایمری $82/6\%$ (۱۹ نفر) و موردی $66/7\%$ (۱۴ نفر) زن بودند. میانگین سابقه کار کلی پرستاران $5/4 \pm 12/6$ سال و محدوده ۳ تا ۲۲ سال و میانگین سابقه کار در بخش CCU پرستاران $9/2 \pm 6/5$ سال و در محدوده ۲ تا ۱۴ سال قرار داشت. همچنین میانگین سابقه کار مدیریتی پرستاران $3/4 \pm 3/3$ سال و در محدوده صفر تا ۱۶ سال قرار داشت. همچنین توزیع نرمال متغیرهای کمی و سایر اطلاعات دموگرافیک در جدول یک مشاهده می‌گردد. نتایج آزمون آماری مجذور کای نشان داد که بین دو گروه و سابقه بستری بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه از نظر فراوانی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد ($p = 0/515$). نتیجه آزمون تی مستقل برای سابقه کار کلی پرستاران ($p = 0/0545$) و آزمون من ویتنی برای سابقه کار در بخش CCU ($p = 0/271$) و همچنین سابقه کار مدیریتی ($p = 0/484$) نشان داد بین دو گروه از نظر میانگین تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، یعنی دو گروه از نظر این متغیرها همگن بودند (جدول ۱).

مقایسه میانگین نمره بعد ارتباطی از کیفیت مراقبت، در دو گروه پرایمری و موردی، با آزمون تی مستقل نشان داد بین دو گروه از نظر میانگین این متغیر تفاوت معنی‌داری وجود داشت بطوریکه در گروه تقسیم کار به روش پرایمری، کیفیت بعد ارتباطی مراقبت

بالاتر بود ($p = 0/001$) (جدول ۲). همچنین بین میزان سابقه کار پرستار ($p = 0/17$)، سابقه کار در بخش ($p = 0/33$) و سابقه کار مدیریتی ($p = 0/09$) با میانگین نمره بعد ارتباطی کیفیت مراقبت ارتباط معناداری وجود نداشت ($p = 0/17$).

■ بحث

نتایج مطالعه ما نشان داد بین میانگین نمره بعد ارتباطی کیفیت مراقبت از بیماران در گروه پرایمری نسبت به موردی اختلاف معنی داری مشاهده شد که با توجه به همگن بودن مشخصات دموگرافیک بیماران و سایر متغیرها و همچنین تخصیص تصادفی گروه‌ها این اختلاف مربوط به اجرای روش تقسیم کار پرایمری می‌باشد. پژوهش‌های زیادی در ارتباط با کیفیت مراقبت از بیمار انجام شده است که نشان داده‌اند کیفیت مراقبت از بیمار در سطح مطلوبی قرار ندارد. در مطالعه سیرتی‌نیر و همکاران (۱۳۸۶) که به بررسی تاثیر اجرای روش مراقبت پرستاری پرایمری بر میزان آگاهی خودمراقبتی بیمار قلبی و رضایت پرستار پرداختند؛ نتایج نشان دهنده تاثیر روش تقسیم کار پرستاری پرایمری بر افزایش میزان آگاهی خودمراقبتی بیماران قلبی و رضایت شغلی پرستاران بود (۲۳). نتایج مطالعه سیرتی و همکاران با مطالعه ما از نظر تاثیر گذاری مثبت روش تقسیم کار پرایمری همسو است هرچند در این مطالعه به بعد ارتباطی پرداخته نشده است اما از آنجایی که افزایش میزان آگاهی خودمراقبتی بیماران از وظایف مهم پرستار است و این افزایش آگاهی بیماران در گرو آموزش کافی توسط پرستارانی خواهد بود که از شغل خود رضایت دارند و ارتباط موثری با بیمار ایجاد می‌کنند (۲۸). بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد این نوع تقسیم کار پرستاران با افزایش وظیفه ارتباطی پرستاران باعث افزایش کیفیت مراقبت از بیمار گشته است.

همچنین در (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای به بررسی ارتباط بین نقش حمایتی مدیران با عملکرد پرستاران پرایمری پرداخت و یافته‌ها نشان دادند که دستیابی به نتایج مطلوب در مدل پرستاری پرایمری به تعامل پرستاران و مدیران و حمایت مدیران از پرستاران وابسته است و مدیرانی که حمایت بیشتری از پرستاران و مدل پرایمری پرستاری داشتند بر عملکرد مثبت پرستاران تاثیر گذاشته است. همچنین عدم حمایت از پرستاران و مدل پرستاری پرایمری باعث کاهش عملکرد مطلوب پرستاران می‌گردد (۲۴). این یافته‌ها با مطالعه حاضر از نظر اهمیت مدل پرستاری پرایمری هم‌سو است. اما میزان تاثیرگذاری تقسیم کار پرایمری در جهت افزایش

نقش عوامل مدیریتی که غالبا نادیده گرفته می شود احتمالا یکی از راهکارهای کاهش این موانع را در روش تقسیم کار پرایمری به عنوان یک راهکار مدیریتی با توجه به نتایج مطالعه ما می توان یافت. در مطالعه هدوگاس نیز افزایش ارتباط حرفه ای بین پرستار و بیمار و افزایش رضایت شغلی در پرستاران گزارش شده است که در این مطالعه ارتباط پرستاران با پزشکان مدنظر قرار نگرفته ولی به دلیل استمرار در مراقبت توسط پرستار پرایمری و آگاهی از تمامی نیازهای بیمار بر این بعد نیز ممکن است تاثیرگذار باشد (۲۷). با توجه به اینکه نتایج مطالعات مختلف به خصوص مطالعاتی که در خارج از کشور انجام شده است عموما نشان دهنده تاثیر روش تقسیم کار پرایمری بر افزایش کیفیت مراقبت از بیمار است، ولی با توجه به محدودیت های موجود در این روش مانند نسبت بیمار به پرستار (که حداکثر ۴ الی ۶ بیمار به ۱ پرستار می باشد) و کمبود تعداد پرستاران در کشور ما، در بخش های محدودی مانند بخش های ویژه قابلیت اجرا دارد. از طرفی نگرش مدیران بر ایجاد تغییر در روش های روتین بر کیفیت و قابلیت اجرای این روش تاثیر دارد. بنابراین اجرای این روش در ابتدا به دلیل مقاومتی که به صورت طبیعی در مقابل تغییر وجود دارد، مستلزم حمایت جدی مدیران و مسئولین بیمارستان ها و بخش ها و توجیه کامل پرستاران می باشد.

نتیجه گیری

به طور کلی نتایج مطالعه ما نشان داد با ایجاد تغییر در روش های تقسیم کار با توجه به قابلیت اجرای آن در بخش تا حدود زیادی می توان کیفیت مراقبت از بیماران را در بعد ارتباطی که یکی از ابعاد بسیار مهم و موثر در پرستاری است، ارتقا داد. همچنین استفاده از روش های تقسیم کار مناسب موجب می شود تا با کمترین افزایش در امکانات و تجهیزات بتوانیم به هدف ارتقا کیفیت مراقبت به ویژه در بعد ارتباطی نائل شویم. از طرفی روش تقسیم کار پرایمری نیز به دلیل بیمار محور بودن دستیابی به مراقبت با کیفیت و ایجاد ارتباط مناسب با بیماران را تا حدود زیادی تسهیل می کند. لذا بازنگری و تعدیل روش های تقسیم کار بر اساس شرایط هر بخش در جهت بهبود کیفیت مراقبت از بیماران به مدیران پرستاری توصیه می شود.

از جمله محدودیت های پژوهش مقاومت در مقابل تغییر بود که با برگزاری جلسات توجیهی و توضیح مزایا و معایب و همکاری

کیفیت مراقبت از بیمار علاوه بر افزایش بعد ارتباطی حرفه ای گری پرستاری به عوامل دیگری مانند حمایت مدیران، رضایت شغلی و ویژگی های بیماران بستگی دارد (۲۹) که می تواند دلیل تفاوت میزان تاثیر گذاری این مدل در سایر مطالعات با یافته های ما باشد. آرچیونگ (۱۹۹۹) مطالعه ای با عنوان "بررسی تاثیر مدل پرستاری اولیه بر کیفیت مراقبت پرستاری" در نیجریه انجام داد. این مطالعه در بخش داخلی و جراحی انجام شده و روش تقسیم کار رایج در بخش به صورت عملکردی بوده است. یافته ها نشان داد کیفیت مراقبت در گروه مداخله افزایش و بیشترین تاثیر آن در بعد فردی و کمترین تاثیر در بعد فیزیکی بود. همچنین اجرای این روش بر کیفیت انجام کارهای روتین و تکنیک های پرستاری تاثیر آماری معنی داری نداشت (۳۰). این نتایج با مطالعه حاضر همخوانی ندارد که از علل احتمالی آن می توان به تفاوت زمانی انجام دو مطالعه و تفاوت های محیطی و فرهنگی مطالعه حاضر و مطالعه اوداک اشاره کرد. همچنان که اوداک اشاره کرده است، احتمالا پرستاران شرکت کننده در مطالعه وی در زمانی مورد بررسی قرار گرفته اند که کیفیت مراقبت آن ها بالا بوده و مدل مراقبتی اولیه تاثیر چندانی بر کیفیت مراقبت آن ها نداشته است. همچنین زمان پس آزمون خیلی طولانی بوده است (۶ و نیم ماه بعد از مداخله) که احتمالا ارزیابان نحوه ی تکمیل پرسشنامه را فراموش کرده اند. همچنین بررسی همگنی دو گروه از نظر متغیرهای زمینه ای و مداخله گر انجام نشده که می توانسته بر نتایج تاثیر گذار باشد و اوداک نیز به این علل در مطالعه خود اشاره کرده است (۳۱).

فخر موحدی و همکاران (۱۳۹۰) نیز در مطالعه ای به تبیین عوامل زمینه ای در ارتباط پرستار - بیمار: یک مطالعه کیفی به بررسی ارتباط بیمار و پرستار پرداختند. یافته ها نشان داد که علی رغم اهمیت قائل شدن پرستاران برای نقش ارتباطی خود، در مسیر ارتباط بیمار و پرستار مشکلات و موانعی وجود دارد که نمی گذارد یک ارتباط صرفا بیمار محور بین پرستار و بیمار ایجاد شود (۲۵). طبق مطالعه فخر موحدی یکی از مهمترین موانع ایجاد ارتباط مناسب بین پرستار و بیمار نبود شرایط مناسب علی رغم داشتن انگیزه در زمینه افزایش کیفیت مراقبت بیماران است. از مهمترین موانع فراهم آوری شرایط مناسب برای ایفای نقش ارتباطی با وجود روش های تقسیم کار رایج در این مطالعه حجم کار پرستاران، مسائل شخصی پرستاران، باورهای ارزشی پرستار نسبت به ارتباط، نیازهای بیمار و عوامل مدیریتی بود. با توجه به

■ تشکر و قدرانی

این مقاله از پایان نامه دانشجویی با کد ۹۳۰۵۵۸ که در تاریخ ۹۳/۰۸/۰۴ در حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تصویب شد استخراج گردیده است. بدین وسیله از معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل حمایت مالی، از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، اساتید و مربیان محترم و همچنین مسئولین محترم بیمارستان های قائم و امام رضا مشهد به ویژه سرپرستاران و پرستاران بخش های CCU به دلیل همکاری صمیمانه، تشکر می شود.

سرپرستاران محترم در جهت ایجاد انگیزه در پرسنل تا حدود زیادی برطرف شد. همچنین به نظر می رسد در صورت استمرار روش پرایمری به مدت طولانی تر، اشراف پرسنل نیز بیشتر شده و مزایای استفاده از این روش واضح تر گردد. محیط پژوهش روش پرایمری در این مطالعه به دلیل کافی بودن پرسنل جهت رعایت نسبت پرستار به بیمار، بخش های ویژه قلبی بوده که این مساله ممکن است مانع به کارگیری این روش در بخش هایی که کمبود شدید نیرو یا پرسنل با مدرک پایین تر از کارشناسی داشته، یک عامل محدودکننده باشد که نیازمند مطالعات بیشتری است.

■ References

1. Sheldon LK, Barrett R., Ellington L. Difficult communication in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. 2006; 38: 141-147.
2. Charlton CR., Dearing KS., Berry JA., Johnson MJ. Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: An integrated literature review. *Journal of American Academy Nursing Practice*. 2008; 20: 382-388.
3. Cossette S, Cara C, Richard N, Pepin J. Assessing nurse- patient interactions from a caring perspective: report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse-Patient Interactions Scale. *International Journal of Nursing Studies*. 2005; 42: 673-686.
4. Thorsteinsson LS. The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illnesses: the magical touch of nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 2002; 11: 32-40.
5. Thomas RK, (Editor). *Health Communication*. New York: Springer Science Business Media; 2006.
6. Caris-Verhallen W, Timmermans L, Van Dulmen S. Observation of nurse-patient interaction in oncology: review of assessment instruments. *Journal of Patient Education & Counselling*. 2004; 54: 307-320.
7. Hall JA. Some observations on provider-patient communication research. *Journal of Patient Education & Counselling*. 2003; 50: 9-12.
8. Hagerty BM, Patuskyl KL. Re-conceptualizing the nurse- patient relationship. *Journal of Nursing Scholarship*. 2003; 35: 145-150.
9. Reynolds WJ, Scott B. Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 31:226-234.
10. Tuohy D. Student nurse-older person communication. *Nursing Education Today*. 2003; 23: 19-26.
11. Moore CD. Communication issues and advances care planning. *Seminars in oncology nursing*. 2005; 21: 11-19.
12. O'Connell E. Therapeutic relationships in critical care nursing: a reflection on practice. *Nursing of Critical Care*. 2008; 13: 138-143.
13. Anoosheh M, Zarkhah S, Faghihzadeh S, Vaismoradi M. Nurse-patient communication barriers in Iranian nursing. *International Journal of Nursing Review*. 2009; 56: 243-249.
14. Berry JA. Nurse practitioner/patient communication styles in clinical practice. *Journal of Nursing Practice*. 2009; 7: 508-515.
15. Brundtland G. Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services. World Health Organization, Geneva. 2002.
16. Irurita V. Factors affecting the quality of nursing care: the patient's perspective. *International Journal of Nursing*

Practice. 1999;5(2):86-94.

17. Long LE. Imbedding quality improvement into all aspects of nursing practice. *International Journal of Nursing Practice*. 2003;9(5):280-4.

18. Kunaviktikul W, Anders RL, Srisuphan W, Chontawan R, Nuntasupawat R, Pumarporn O. Development of quality of nursing care in Thailand. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;36(6):776-84.

19. Hosseini M. *Fundamentals of nursing management*. Tehran: Hakim Hidaji Co. 2010. (Persian).

20. Yaghubian M. *Management of nursing and midwifery*. Boshra. 1999. (Persian).

21. Heroabadi SH. *Management of nursing and midwifery*. Tehran: Medical University of Iran, Publisher 2001. (Persian).

22. Masoudiasl E. *Nursing management*. Tehran: Jame Negar Salemi. 2010. (Persian)

23. Sirati- Nayer M, Babatabar H, Sadeghi-Sherme M, Javadi-Nasab M, Tadrissi D, Ebadi A. The effect of implementing nursing care using a primary nursing model on knowledge of the cardiac patient care and nurse satisfaction. *Aflak*. 2008;3(7). (Persian).

24. Drach -Zahavy A. Primary nurses' performance: role of supportive management. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;45(1):7-16.

25. Fakhr-Movahedi A, Salsali M, Negharandeh R, Rahnavard Z. Exploring contextual factors of the nurse-patient relationship: A qualitative study . *Koomesh*. 2011; 13 (1):23-34. (Persian).

26. Neishabory M, Raeis-Dana N, Ghorbani R, Sadeghi T. Nurses' and patients' viewpoints regarding quality of nursing care in the teaching hospitals of Semnan University of Medical Sciences, 2009. *Koomesh*. 2010;12(2):134-43. (Persian).

27. Hedugas KS. Primary nursing: Evaluation of professional nursing practice. *Nursing Dimensions*. 1998; 7(4): 85-89.

28. Crowthr M, Virtue E, Mason C. Evidence based development of a nursing- based heart failure center. *Journal of Knowledge synthesis for nursing*. 2002; 2:121-124.

29. Giovanneti P. Evaluation of primary nursing. *Annual Review of Nursing Research*. 1986; 4:127-51.

30. Archibong UE. Evaluating the impact of primary nursing practice on the quality of nursing care: a Nigerian study. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 29(3):680-9.

Impact of nursing care delivery systems; "case method and primary nursing" on nurse- patient interaction in CCU

Simin Sharafi, Hamid Chamanzari[■], Ali Bazi, Seyed Reza Mazloom, Shahrokh Maghsoodi, Mohammad Rajabpour

Introduction: Quality of patient care is enhanced by effective communication between nurses and patients. One of the most important management practices to improve the quality of nursing care is applying nursing care delivery systems by nurse managers; especially by head nurses effectively,

Aim: This study was done for comparing the effectiveness of primary nursing care and case method on quality of nurse-patient interaction in CCU.

Methods and materials: This study was a quasi-experimental study that was done in four CCU in two teaching in Mashhad in 2014. Two units for case method (n=26 patients) and two units for primary nursing (n=33patients) randomly selected. In implementation, at first all of the nurses trained with two nursing care delivery systems by workshops. And then, in primary system allocated (3) patients to primary nurse who was responsible to their discharge. In other shifts sh/he supervised him/her associate nurse. Also, in case method, head nurse allocate (3) patients to nurses in the shift, only they were here. All of the policies established that were needed by head nurse mutually. Both of two nursing care delivery systems implemented for (2) months. Data were gathered by standardized questioner QUAL PAC) Quality of patient care) that its reliability was measured by α -Chronbach (0.89). Data were analyzed by SPSS16 and statistical tests such as Mann-Whitney, 2 and others were used. Applying descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (Pearson moment correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis) data were analyzed by SPSS₁₆.

Results: findings showed that there is a significant difference between two group (case method and primary nursing) in quality of interaction between nurses- patients ($p < 0.00001$). So, the mean of quality interaction in primary nursing was higher (35.3 ± 8.3) than the other method (24.4 ± 5.7). Also, there is not any correlation between job experiences' nurses and quality of interaction ($p = 0.17$).

Conclusion: In order to effectiveness primary nursing care in promotion in quality of interaction between nurse- patients, it is suggests to nurse managers that they apply its model in CCU.

Key words: nurse-patient interaction, nursing care delivery systems, nursing care organization, nursing management, quality of patient care, QUAL PAC

Sharafi S.

Graduate Student of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad Mashhad University of Medical Sciences

■ Corresponding author:

Chamanzari H

M.Sc. Instructor of Medical-Surgical nursing, Faculty of nursing and Midwifery, Mashhad Mashhad University of Medical Sciences

Address: chamanzarih@mums.ac.ir

Bazi A.

Graduate Student of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad Mashhad University of Medical Sciences

Mazloom S R.

PhD students and faculty of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad Mashhad University of Medical Sciences

Maghsoodi S.

M.Sc. Instructor of management nursing, Faculty of nursing and Midwifery, Mashhad Mashhad University of Medical Sciences

Rajabpour M.

Graduate Student of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad Mashhad University of Medical Sciences

Nursing Management

Quarterly Journal of Nursing Management

Fourth Year, Vol 4, No4, Winter 2015