Comparison the effects of primary nursing model and case method on the general and professional quality of patient care

Simin Sharafi[1], Mohammad Rajabpoor[2], Hamid Chamanzari[3], Mahnaz Bahrami[4]

1. Ph.D. Candidate in Nursing, Student Research Committee, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran. ORCID ID: 0000-0003-2288-695X
2. Instructor, Department of Nursing, Ferdows Paramedical School, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran. ORCID ID: 0000-0001-8612-2604
3. Instructor, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. ORCID ID: 0000-0001-8734-7370
4. Instructor, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran, (Corresponding Author), Tel: 056-32381443. E-mail: bahramim901@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-6878-3924

ABSTRACT

Background and Aim: Quality of care in the health system is one of the most important issues and one of the most important indicators in organizational accreditation. Use of managerial principles, such as the division of labor among nurses, can affect the quality of care.

Materials and Methods: This was a randomized double-blind clinical trial which included 44 nurses and 59 patients in 4 CCU wards. The intervention included 3 sessions of 2-hour workshops and then implementing the two above-mentioned care methods for the patients. After the intervention and at the time of discharge, the quality of care provided was assessed from the patients' point of view by means of quality care patient scale. Data were analyzed by Mann-Whitney test.

Results: The results showed after the intervention, the mean values for general quality of patient care in the primary group and case method group were (14.2 ± 1.9) and (11.2 ± 2.8) respectively. Also the quality of professional care in the primary group and case method group were (18.2 ± 2.2) and (3.5 ± 14.2) respectively. Mann-Whitney test in both aspects showed that the quality of general and professional care was significantly higher in the primary group than in the case-method group ($p < 0.05$).

Conclusion: The results of this study indicated that the primary method can be used in some wards, and was more effective than the case-method. Therefore, paying more attention to nursing care management planning is recommended.

Keywords: Primary nursing, Case method, Quality of Care

Received: Feb 3,2019 **Accepted: Oct 9,2019**

How to cite the article: Simin Sharafi, Mohammad Rajabpoor, Hamid Chamanzari, Mahnaz Bahrami. Comparison the effects of primary nursing model and case method on the general and professional quality of patient care. . SJKU 2020; 24 (6): 1-11

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjku.24.6.130]

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و چهارم / بهمن و اسفند ۱۳۹۸/۱۳۹-۱۳۰

مقایسه تأثیر مدل تقسیم‌کار پرایمری و کیس متود بر کیفیت مراقبت عمومی و حرفه‌ای بیمار

سیمین شرفی[۱]، محمد رجب پور[۲]، حمید چمن زاری[۳]، مهناز بهرامی[۴]

۱ .دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی،دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۲۲۸۸-۶۹۵X

۲. مربی، دانشکده پیراپزشکی فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۸۶۱۲-۲۶۰۴

۳. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۸۷۳۴-۷۳۷۰

۴. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران (نویسنده مسئول)، تلفن ثابت: ۰۵۱-۵۷۲۲۴۴۸۷ پست الکترونیک: bahramim901@gmail.com . کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۵۵۶۹-۷۷۰۴

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت مراقبت در نظام سلامت از موضوعات بسیار مهم و یکی از شاخص‌های مهم در اعتبار بخشی به شمار می‌رود. هدف این مطالعه؛ مقایسه تأثیر مدل تقسیم کار پرایمری و کیس متود بر کیفیت مراقبت عمومی و حرفه‌ای بیمار بود.

روش بررسی: این مطالعه یک مطالعه تجربی- تصادفی دوگروهی بود، که با مشارکت ۴۴ پرستار و ۵۹ بیمار در ۴ بخش C.C.U. انجام پذیرفت. مداخله شامل برگزاری ۳ کارگاه ۲ ساعته برای همه پرستاران و سپس اجرای این دو روش، برای بیماران تحت مراقبت هر پرستار بود. بعد از مداخله و هنگام ترخیص قطعی بیماران، کیفیت مراقبت از دیدگاه بیماران با استفاده از پرسشنامه Quality Care Patient Scale، سنجیده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون من‌ویتنی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بعد از مداخله، میانگین کیفیت مراقبت بعد عمومی در گروه پرایمری (۱/۹± ۱۴/۲) و در گروه کیس متود(۲/۸± ۱۱) بود و کیفیت مراقبت بعد حرفه‌ای در گروه پرایمری (۲/۲± ۱۸/۲) و در گروه کیس متود (۳/۵± ۱۴/۲) بود که نتایج در هر دو بعد نشان داد کیفیت مراقبت عمومی و حرفه‌ای در گروه پرایمری به طور معنی‌داری بالاتر از روش کیس‌متود است ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان‌دهنده قابلیت اجرای روش پرایمری در برخی از بخش‌ها است. همچنین حاکی از اثربخشی بالاتر این روش نسبت به روش کیس متود است. لذا توصیه می‌شود در برنامه‌ریزی‌های مدیریتی مراقبت پرستاری، بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

کلمات کلیدی: پرستاری پرایمری، روش موردی، کیفیت مراقبت

وصول مقاله:۹۷/۱۱/۱۴ اصلاحیه نهایی:۹۸/۷/۱۳ پذیرش:۹۸/۷/۱۷

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjku.24.6.130]

مقدمه

کیفیت به عنوان مهم‌ترین موضوع در عرصه خدمات بهداشتی درمانی در طی دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۴۰ مورد توجه قرار گرفته و اخیراً نیز مؤسسات مراقبت بهداشتی نیز شروع به شناسایی ارزش کیفیت مراقبت نموده‌اند(۱). کیفیت یک متغیر مجزا نیست، بلکه ساختار پیچیده‌ای از ارزش‌ها، عقاید و نگرش‌های افرادی است که در نظام مراقبت‌های سلامتی در تعامل با یکدیگر می‌باشند(۲). در اغلب کشورها درجه‌بندی و اعتبار بخشی بیمارستان ها، تحت تأثیر مراقبت‌های پرستاری و کیفیت آن است(۳). مراقبت به عنوان یک جزء اساسی در زمینه خدمات بهداشتی درمانی به حساب می‌آید. در بین کلیه مراقبت‌های ارائه شده در محیط‌های درمانی مانند بیمارستان، مراقبت‌های پرستاری از اهمیت بیشتری برخوردار است(۵ و۴). به همین علت ارائه مراقبت‌ها و خدمات با کیفیت مناسب به عنوان یک اولویت در نظام خدمات بهداشتی درمانی به ویژه در زمینه خدمات پرستاری مطرح شده است(۶).

پرستاران بزرگ‌ترین گروه کارکنان ارائه‌دهنده خدمات سلامت(۷) و شالوده اصلی فرآیند بهبود کیفیت مراقبت‌ها هستند؛ بنابراین عملکرد آن‌ها در پیشبرد اهداف سازمانی بسیار بااهمیت است(۸). توانمندی حرفه‌ای آن‌ها نقش مهمی در تحقق رسالت نظام سلامت ایفا می‌کند. به همین دلیل میزان توانمندی حرفه‌ای و مراقبتی آن‌ها یکی از دغدغه‌های نظام‌های بهداشتی و متولیان سلامت در کشورهای مختلف است(۷) Pazargadi و همکاران(۲۰۰۸)؛ معتقدند از آنجا که بیماران بیشترین تماس را با پرستاران دارند، مطلوب یا نامطلوب بودن خدمات ارائه شده را منحصراً متوجه پرستاران می‌دانند و نقش مهم سایر گروه‌های درمانی، اغلب نادیده گرفته می‌شود. پرستاران از دیدگاه قانونی و اخلاقی باید پاسخ‌گوی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده باشند(۹). بسیاری از صاحب نظران پرستاری، مراقبت را اساس پرستاری فرض کرده(۱۱و۱۰) و یا آن را قلب مداخلات پرستاری می‌دانند(۱۲). حتی برخی معتقدند کیفیت مراقبت پرستاری، بیش از دسترسی به فناوری‌ها، منجر به برآیندهای مثبت مراقبت از بیمار می‌گردد(۱۳). به نظر می‌رسد یکی از راهکارهای افزایش کیفیت مراقبت به کارگیری صحیح مهارت‌ها و اصول مدیریتی باشد که با فراهم‌کردن محیطی مناسب و شرایط کاری همراه با استقلال حرفه‌ای بتوان موجبات ارتقا کیفیت مراقبت سطح سلامت جامعه را فراهم نمود(۱۴). 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. بر عکس تقسیم کار موجب می‌شود تا کارها ساده شود و افراد بتوانند هریک از آن‌ها را به سرعت فراگیرند، و کارها را نسبتا سریع تکمیل کنند(۱۵).

روش‌های مختلفی مانند روش کیس متود و پرایمری برای تقسیم کار در حرفه پرستاری وجود دارد. در حال حاضر در بسیاری از بیمارستان‌ها از روش تقسیم‌کار کیس متود استفاده می‌شود که در این روش بیمار را به تناسب نیازش بین کارکنان پرستاری با توجه به میزان مهارت و دانش پرستار تقسیم می‌کنند و به هر یک بر حسب پیچیدگی میزان مراقبت و مهارت‌های شخصی تعدادی بیمار می‌رسد. در این روش کلیه مراقبت‌های بیمار بر عهده پرستار مسئول در همان نوبت کاری است. این روش هم بیمار محور و هم پرستار محور است ولی کیفیت انجام کار در این روش ضعیف بوده و به چشم نمی‌آید(۱۶).

در طی دهه ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ پرستاری پرایمری (Primary nursing) توسط پرستاران حرفه‌ای که از تقسیم مراقبت و تماس مستقیم اندک با بیمار ناراضی بودند، معرفی شد. این الگو فلسفه‌ای جهت ارائه مراقبت پرستاری و مدلی برای سازماندهی مراقبت در بیمارستان است که ماحصل آن دستیابی به مراقبت با کیفیت عالی است. آرمان این الگو ارائه مراقبت بیمار محور و جامع فردی و ایجاد هماهنگی و مراقبت مستمر است(۱۷). این روش یک روش تقسیم کار حرفه‌ای پرستاری است، زیرا موجب تقویت اجرای مراقبت تخصصی و مسئولیت‌پذیری پرستار در مقابل بیمار و مراقبت

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjku.24.6.130]

کیفی از مددجو می‌شود(۱۸). در مدل تقسیم‌کار پرستاری پرایمری که یکی از روش‌های مراقبتی با حداکثر بیمار محوری است پرستار ضمن جلب اعتماد بیمار، از بدو پذیرش تا ترخیص مسئولیت مراقبت از او را بر عهده می‌گیرد. سرپرستار مسئول تقسیم‌کار پرستاران اولیه، هماهنگ کردن فعالیت های آن‌ها در تمام شیفت‌ها است. پرستار اولیه مسئول بررسی و شناخت، برنامه‌ریزی، اجراء و ارزشیابی مراقبت پرستاری است. پرستار اولیه مراقبت پرستاری را از طریق طرح‌های مراقبت مداوم و پشت سر هم هماهنگ می‌کند. در صورت در دسترس نبودن پرستار اولیه، دستیاران پرستار یا پرستاریار(Associate Nurse) طرح مراقبت را اجرا می‌کند(۱۹).

از آنجا که تحقیقات انجام شده در این خصوص نیز عموماً در خارج از کشور بوده و با توجه به اینکه در بخش‌های بالینی ما که از نظر فرهنگی و شرایط کاری با خارج از کشور متفاوت است، مطالعات محدودی در زمینه اجرای مدل تقسیم کار پرایمری و مقایسه آن با روش کیس متود صورت گرفته است. ما در این مطالعه بر آن شدیم تا تأثیر مدل تقسیم کار پرایمری و کیس متود را بر کیفیت مراقبت عمومی و حرفه ای بیمار را بررسی و مقایسه نماییم.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی- تصادفی دو گروهی با طرح فقط پس آزمون بود که به صورت هم‌زمان در ۴ بخش CCU مراکز آموزشی، پژوهشی و درمانی قائم (عج) و امام رضا (ع) مشهد انجام گردید. جامعه پژوهش را کلیه بیماران بستری و پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان‌های فوق‌الذکر تشکیل داد. از جمله‌معیارهای ورود جهت پرستاران شامل: دارا بودن مدرک کارشناسی پرستاری و یا بالاتر، اشتغال در بخش CCU و حداقل دو سال سابقه‌کاری در آن بخش، حضور در جلسه توجیهی، دادن رضایت کتبی و آگاهانه جهت شرکت در پژوهش و معیارهای ورود برای بیماران شامل: تسلط به زبان فارسی، سن بالای ۱۸ سال، حداقل مدت بستری بیمار در بخش موردنظر به مدت ۴۸ ساعت، بیمار جزء کادر درمانی نباشد، هوشیاری (GCS=15) (Glasgow Coma Scale)، قادر بودن به پاسخگویی به سؤالات و عدم داشتن آشنایی قبلی با پرستاران (مثلاً سابقه آشنایی) بود. 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 و فوت بود.

برای تعیین حداقل حجم شرکت‌کنندگان در این پژوهش از فرمول (تعیین حجم نمونه برای مقایسه میانگین 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(۶). ضمناً برای تعیین حجم نمونه، سطح اطمینان ۹۵ درصد(α=۰/۰۵) و توان آزمون ۸۰ درصد(β=۰/۲۰) مورد نظر بود.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل: فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت مراقبت QUAL-PAC (Quality of Patient Care) بود. فرم مشخصات دموگرافیک: حاوی ۱۱ سؤال برای پرستاران و ۱۹ سؤال برای بیماران به منظور جمع‌آوری اطلاعاتی نظیر، سن، جنس و وضعیت تأهل است که به صورت مصاحبه و توسط پژوهشگر تکمیل گردید. طبق مطالعه Irurita (۲۰۰۴)پرسشنامه کیفیت مراقبتQUAL-PAC جهت بررسی فرآیند مراقبت و کیفیت مراقبت پرستاری از سال ۱۹۷۵ در کشورهای آمریکا، انگلستان و نیجریه مورد استفاده قرار گرفته است(۲۰). این پرسشنامه در سال ۱۳۸۲ در تبریز مورد بررسی قرار گرفته و با فرهنگ ایران تطبیق داده شده است(۲۱). این پرسشنامه شامل ۹ آیتم در ۲ بعد: مراقبت عمومی (۴سؤال) و مداخلات حرفه ای (۵ سؤال) بود که بر اساس مقیاس لیکرت با پاسخ‌های رتبه‌ای هرگز، گاهی، اغلب، همیشه و موردی ندارد، بود که به ترتیب نمرات ۰ تا ۴ به آن اختصاص یافت. جهت تعیین اعتبار علمی این ابزارها از روایی محتوا و صوری استفاده شد، به

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjku.24.6.130]

این صورت که در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشکده پرستاری مامایی مشهد قرار داده شد و پس از بررسی، اصلاحات لازم در ابزارهای ذکر شده اعمال و در پژوهش استفاده شد. جهت پایایی از روش (همسانی درونی)و از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۹ بود.

پس از کسب اجازه از کمیته اخلاق جهت انجام پژوهش، محیط پژوهش از نظر قابلیت اجرای پرستاری پرایمری و کیس متود توسط پژوهشگران قبل از اجرای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. بدین ترتیب پژوهشگران پس از معرفی خود، هدف از انجام پژوهش را برای سرپرستاران و پرستاران توضیح دادند و سپس ابتدا پرسشنامه معیارهای ورود و اطلاعات دموگرافیک در اختیار پرستاران دو گروه گذاشته شد و در صورت داشتن تمام معیارهای ورود به مطالعه و نیز تکمیل فرم رضایت کتبی و آگاهانه برای شرکت در پژوهش، وارد مطالعه شدند. در هر بیمارستان بخش‌های CCU به روش تخصیص تصادفی در دو گروه پرایمری و کیس متود قرار گرفتند. بدین ترتیب که در هر بیمارستان یک بخش به روش تقسیم کار کیس متود و بخش دیگر به روش تقسیم کار پرایمری اختصاص یافت. در مرحله مداخله جهت آشنایی پرستاران دو گروه تحقیق با روش تقسیم کار خود، کلاس آموزشی روش‌های تقسیم‌کار شامل انواع روش‌های تقسیم کار، مزایا و معایب هر روش و با تأکید بر نحوه اجرای روش مورد مطالعه در بخش مورد نظر (روش پرایمری یا کیس متود) در محل هر بخش برای پرستاران همان بخش و به صورت مجزا به روش سخنرانی به مدت ۴ ساعت و در طی ۲ جلسه توسط مدرس گروه مدیریت پرستاری برگزار گردید.

پس از گذراندن کلاس آموزشی روش‌های تقسیم کار و در مرحله اجرای این روش پژوهشگران به صورت مستقیم نظارت نمودند. در گروه روش تقسیم کار پرایمری به هر پرستار پرایمری که در شیفت صبح ثابت است ۲ تا ۴ بیمار اختصاص داده شد که از بدو پذیرش تا انتهای ترخیص مسئولیت مراقبت از این بیماران بر عهده همان پرستار پرایمری بود. در شیفت‌های عصر و شب نیز پرستاران پرایمری بر کار همکاران خود به صورت تلفنی یا حضوری نظارت می‌کردند. پرستاران پرایمری مسئول بررسی بیمار، 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 کیس متود به هر پرستار ۲ تا ۴ بیمار اختصاص یافته و پرستاران مسئول مراقبت از بیمار در همان شیفت‌کاری 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 پرایمری و همچنین روش تقسیم کار کیس متود منطبق بر خط مشی های بخش توسط پژوهشگران طراحی و در اختیار آن‌ها قرار گرفت.

پژوهشگران در شیفت‌های عصر و شب نیز به صورت تصادفی بر روند اجرای دو روش تقسیم کار در بخش‌های مذکور تا زمان تکمیل حجم نمونه نظارت نمودند. سپس این دو روش به صورت هم‌زمان در دو بخش CCU هریک از بیمارستان‌ها اجرا شد و پژوهشگران بر اجرای درست روش نظارت نمودند. در هنگام ترخیص قطعی بیمار از بخش CCU و در زمان ارجاع پرونده بیمار به حسابداری (به دلیل اینکه بیمار قطعاً مرخص شده باشد و اطمینان داشته باشد تکمیل فرم بر مراقبت پرستاران و پزشکان از وی تأثیری نخواهد داشت) هریک از بیماران تحت مراقبت قرار گرفته در هر دو گروه پرایمری و کیس متود، پس از ارائه توضیحات لازم و تکمیل فرم معیارهای ورود و اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت مراقبتQUAL-PAC به روش مصاحبه از بیماران توسط کمک پژوهشگر پر شد.

برای توصیف مشخصات واحدهای پژوهش در هریک از گروه‌ها از آمار توصیفی و شاخص‌های تمایل مرکزی و پراکندگی شامل: میانگین، انحراف معیار و درصد استفاده شد. جهت تعیین برخورداری متغیرهای کمی پژوهش از توزیع طبیعی از آزمون‌های کلموگروف- اسمیرنوف و

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjku.24.6.130]

شاپیروویلکس استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۴ بعد از کدگذاری وارد رایانه گردید.

یافته‌ها

نتایج نشان داد بیشترین تعداد بیماران مورد مطالعه در گروه مراقبت پرایمری (۱۸ نفر معادل ۵۴/۵٪) زن و در گروه کیس متود (۱۷ نفر معادل ۶۵/۴٪) مرد بودند. میانگین سنی بیماران در گروه پرایمری ۱۳/۷±۵۷/۰ سال و در گروه کیس متود ۱۳/۸± ۵۵/۶ بود که در محدوده ۱۳ تا ۸۳ سال قرار داشتند. اکثر بیماران در گروه پرایمری (۲۰ نفر معادل ۶۰/۶ درصد) سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را داشتند در حالی‌که در گروه کیس متود تنها ۱۲ نفر (معادل ۴۶/۲٪) سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را داشتند. نتایج آزمون آماری مجذور کای نشان داد که بین دو گروه و بستری در بخش مراقبت‌های ویژه از نظر فراوانی این متغیر (بستری دربخش مراقبت‌های ویژه) ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (P=۰/۵۱۵).

در این مطالعه مجموعاً ۴۴ پرستار مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی پرستاران ۴/۴ ± ۳۷/۴ سال بود که در محدوده ۳۰ تا ۴۶ سال قرار داشتند. بیشترین پرستاران مورد مطالعه در هر دو گروه مراقبت پرایمری (۱۹ نفر معادل ۸۲/۶٪) و کیس متود (۱۴ نفر معادل ۶۶/۷٪) زن بودند. میانگین سابقه کار کلی پرستاران ۴/۵±۱۲/۶ سال بود که در محدوده ۳ تا ۲۲ سال و میانگین سابقه کار در بخش CCU پرستاران ۲/۹±۵/۶ سال بود که در محدوده ۲ تا ۱۴ سال قرار داشت. همچنین میانگین سابقه کار مدیریتی پرستاران ۴/۳±۳/۳ سال بود که در محدوده ۰ تا ۱۶ سال قرار داشت. نتیجه آزمون تی مستقل برای سابقه کار کلی و آزمون من ویتنی برای سابقه کار در بخش CCU و سابقه کار مدیریتی نشان داد بین دو گروه از نظر میانگین تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، یعنی دو گروه از نظر این متغیر ها همگن بودند.

مقایسه میانگین نمره بعد عمومی از کیفیت مراقبت، در دو گروه پرایمری و کیس متود، با آزمون من ویتنی نشان داد بین دو گروه از نظر میانگین این متغیر تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱) به‌طوری‌که در گروه پرایمری، کیفیت بعد عمومی مراقبت بالاتر بود (جدول ۱).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار کیفیت مراقبت بعد عمومی در دو گروه پرایمری و کیس متود

بعد عمومی	گروه	
	پرایمری	کیس متود
انحراف معیار± میانگین	۱۴/۲±۱/۹	۱۱ ±۲/۸
تعداد	۳۳	۲۶
نتیجه آزمون	(P<۰/۰۰۱)	Mann–Whitney: Z= -۴/۳

مقایسه میانگین نمره بعد حرفه‌ای کیفیت مراقبت نیز در دو گروه پرایمری و کیس متود، با آزمون من ویتنی نشان داد بین دو گروه از نظر میانگین این متغیر تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱) به‌طوری‌که در گروه پرایمری، کیفیت بعد حرفه‌ای مراقبت بالاتر بود (جدول ۲).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjku.24.6.130]

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار کیفیت مراقبت حرفه‌ای در دو گروه پرایمری و کیس متود

بعد حرفه ای	گروه	
	پرایمری	کیس متود
انحراف معیار± میانگین	۱۸/۲±۲/۲	۱۴/۲±۳/۵
تعداد	۳۳	۲۶
نتیجه آزمون	Mann–Whitney: -Z=۳/۹۲ (P<۰/۰۰۱)	

بحث

با توجه به اینکه مسئولیت اساسی پرستاران مراقبت از بیمار و ارتقا کیفیت مراقبت از اهداف اصلی کادر درمانی به ویژه پرستاران است ولی پژوهش‌ها نشان داده‌اند کیفیت مراقبت از بیمار در سطح مطلوبی قرار ندارد(۲۲). یکی از روش‌های بهبود کیفیت مراقبت از بیماران بهینه‌کردن روش تقسیم کار پرستاران است(۲۳). در مطالعه حاضر نشان داده شد کیفیت مراقبت در بعد عمومی و حرفه‌ای در روش تقسیم کار پرایمری نسبت به روش کیس متود از رتبه بالاتری برخوردار است. مطالعه Wan و همکاران (۲۰۱۱) با هدف بررسی تفاوت پرستاری مراقبت پرایمری در مقابل پرستاری وظیفه محور بر روی زنان باردار بستری در بیمارستان چین و مشکلات بهداشتی پس از زایمان نشان داد، انجام مدل پرایمری مؤثرتر از انجام مراقبت پرستاری وظیفه محور است که این امر باعث افزایش رضایت بیماران شد(۲۴).

تحقیقی که توسط Mathijis و همکاران (۲۰۰۸) نیز با هدف بررسی تأثیر پرستاری پرایمری بر روی عوامل کاری پرستاران نشان داد؛ پرستاران پرایمری وظایف مراقبتی خود را بسیار کامل‌تر و بهتر از گروه کنترل انجام دادند و این پرستاران با مشکلات کمتری روبرو بودند (25). در تحقیق Hedugas (۱۹۹۸)با هدف پرستاری پرایمری، ارزیابی پرستاری افزایش رضایت شغلی در پرستاری پرایمری هم در معیارهای بهداشتی و هم انگیزشی به همراه رضایت در وضعیت حرفه ای، مدیریت، ارتباط حرفه ای بین پزشک و پرستار و احساس استقلال گزارش شده است (۲۶). مطالعه فضل‌اللهی (۲۰۱۶) نیز نشان داد که پرستاران بیان کردند مراقبت پرستاری پرایمری باعث افزایش مهارت‌های حرفه‌ای آن‌ها شده است(۲۷). در مطالعه Isen berg(۱۹۹۶) بر روی مدل‌های پرستاری در پرستاری تخصصی به این نتیجه رسیده است که پرستاران پرایمری بهتر در مورد بیمارانشان اطلاعات دریافت می‌کنند (۲۸).

در مطالعه Mattila و همکاران (۲۰۱۴) که به صورت یک مرور نظام‌مند انجام شده است نتایج حاکی از آن بود که مطالعات بر روی روش پایمری عمدتاً بر اثرات آن بر کارکنان و بیماران متمرکز شده است و کمتر به خانواده بیماران توجه شده است در صورتی که این روش ماهیتاً پتانسیل اجرا به صورت خانواده محور را دارا است. در نهایت نتایج این پژوهش حاکی از نقص روش شناختی در بسیاری از مطالعات است و بهتر است مطالعات بیشتری در رابطه با درک بیماران و خانواده‌های آن‌ها و همچنین اثرات قابل اندازه‌گیری مثل کاهش خطاهای دارویی و... انجام شود(29). در همین راستا Nadeau و همکاران (۲۰۱۶) مطالعه‌ای تحت عنوان درک بیماران و خانواده‌های آن‌ها از روش پرایمری انجام دادندکه نتایج حاکی از رضایت و درک مثبت بیماران و خانواده‌های آن‌ها از اجرای این روش بود، فقط تعدادی از بیماران احساس عدم امنیت در نبود پرستار پرایمری شان را گزارش نمودند که ایجاد وابستگی بین پرستار پرایمری و بیمار از محدودیت‌های این روش است (۳۰).

Archibong (۱۹۹۹) مطالعه ای با عنوان «بررسی تأثیر مدل پرستاری پرایمری بر کیفیت مراقبت پرستاری» در نیجریه انجام داد. این مطالعه که در بخش داخلی و جراحی انجام

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjku.24.6.130]

شد. روش تقسیم کار رایج در بخش به صورت عملکردی بود. یافته‌ها نشان داد کیفیت مراقبت در گروه مداخله افزایش و بیشترین تأثیر آن در بعد فردی و کمترین تأثیر در بعد فیزیکی بود. همچنین اجرای این روش بر کیفیت انجام کارهای روتین و تکنیک‌های پرستاری تأثیری آماری معنی‌داری نداشت(۳۱). نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد که از علل احتمالی آن می‌توان به تفاوت زمانی انجام دو مطالعه و تفاوت‌های محیطی و فرهنگی مطالعه حاضر و مطالعه فوق اشاره کرد. همچنان که Archibong اشاره کرده است، احتمالاً پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه وی در زمانی مورد بررسی قرار گرفته‌اند که کیفیت مراقبت آن‌ها بالا بوده و مدل مراقبتی پرایمری تأثیر چندانی بر کیفیت مراقبت آن‌ها نداشته است. همچنین زمان پس آزمون خیلی طولانی بوده است (شش ماه و نیم بعد از مداخله) که احتمالاً ارزیابان نحوه‌ی تکمیل پرسشنامه را فراموش کرده‌اند. همچنین بررسی همگنی دو گروه از نظر متغیرهای زمینه ای و مداخله گر انجام نشده که می توانسته بر نتایج تأثیرگذار باشد و اوداک نیز به این علل در مطالعه خود اشاره کرده است(۳۱).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد استفاده از روش پرایمری در مقایسه با روش کیس متود، کیفیت مراقبت عمومی و حرفه‌ای پرستاری را افزایش می‌دهد. در حال حاضر روش کیس متود به صورت عمومی و رایج در بسیاری از بخش‌های بیمارستانی در حال اجرا است در صورتی‌که این روش مانع تداوم مراقبت و برقراری ارتباط اثربخش بین پرستار و بیمار است. همچنین امروزه روتین محور بودن کار پرستاری به عنوان یک نقص جدید در پرستاری مطرح بوده و تلاش همگانی به منظور جایگزین کردن آن با روش‌های مبتنی بر «بیمار محوری» و با تأکید بر حفظ تمامیت وجودی بیمار و نیازهای منحصر به فرد او با ارائه فرآیند پرستاری اختصاصی مورد پذیرش همه صاحب‌نظران است. با توجه به اینکه محور کار و هدف گروه درمان باید کسب «کیفیت بالای مراقبت از بیمار» باشد و پرستار باید وقت کافی برای بودن با بیمار داشته باشد. این مهم در روش پرایمری محقق شده و پرستار سرپرستی بیمار را از بدو پذیرش تا انتهای ترخیص بر عهده گرفته و در مقابل بیمار احساس مسئولیت می‌نماید.

محدودیت‌ها

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، تعداد کم پرستاران و تعداد زیاد بیماران در بسیاری از بخش‌های بیمارستان بود که اجرای روش پرایمری در این بخش‌ها به دلیل استاندارد نبودن نسبت پرستار به بیمار مقدور نبود. همچنین مقاومت پرستاران در ابتدای شروع پروژه به تغییر در بخش از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود که با برگزاری جلسات متعدد و کارگاه‌های آشنایی با روش پرایمری و کیس متود این مقاومت کاهش یافت. با توجه به نتایج این مطالعه و سایر مطالعات که حاکی از ارتقای کیفیت مراقبت پرستاری بوده و از طرفی می‌بینیم ساز و کار اجرای این روش در برخی از بخش‌های بیمارستان فراهم است لذا استفاده از این روش به دست اندرکاران و مدیران بیمارستانی توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از نتایج پایان‌نامه کارشناسی ارشد با کد ۹۳۰۵۵۸ تصویب شده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد است. کد ثبت کارآزمایی بالینی نیز (IRCT code: IRCT2014053117923N1) است. پژوهشگران این مطالعه از تمامی پرستاران و بیمارانی که در بخش‌های CCU بیمارستان‌های قائم و امام رضا شهر مشهد جهت اجرای این مطالعه همکاری داشته اند تشکر می نمایند.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjku.24.6.130]

References

1. Hamzehpour H, Valiee S, Majedi M A, Roshani D, Seidi J. Effect of "Roy adaptation model" in physiologic aspect on the level of consciousness of patients in intensive care unit: A clinical trial. Sci J Kurdistan Univ Med Sci. 2017; 22 (5):1-12
2. Lyu H, Wick EC, Housman M, Freischlag JA, Makary MA. Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care. JAMA Surg. 2013;148:362–367.
3. Th Tsai, E. John Orav, A Jha. Patient Satisfaction and Quality of Surgical Care in US Hospitals. Ann Surg. 2015 Jan; 261(1): 2–8.
4. Elayan RM, Ahmad MM. Assessment of the quality of nursing care from perspectives of nurses who experienced hospitalization as patients. J Nurs Care Qual. 2017; 32(4):369-74.
5. Baraz S, Mohammadi E, Broumand B. The effect of self-care educational program on decreasing the problems and improving the quality of life of dialysis patients. SJKU. 2006; 10 (4):69-79
6. Ghamari Zare Z, Anoosheh M, Vanaki Z, Hagi Zadeh E. The effect of peer review evaluation on quality of nurse's performance and patient's satisfaction (Persian). Iranian Journal of Neonatology. 2010; 22(62):8-21.
7. Hosseiny M, Moradi G, Janati A, Gouya M M, Ghaderi E. Problems of health care systems and disease reporting for communicable diseases and surveillance in hospitals and the potential solutions: A qualitative study. SJKU. 2015; 20 (4):101-111
8. Burhans LM, Alligood MR. Quality nursing care in the words of nurses. J Adv Nurs. Journal of Advanced Nursing. 2010; 66(8):1689-97.
9. Pazargadi M, Tafreshi MZ, Abedsaeedi Z, Majd HA. And Lankshear AJ. Indicators for the development of nursing care quality in Iran. Int Nurs Rev 2008; 55: 399-406.
10. Jasmine T.Art, science, or both? Keeping the care in nursing. Nurs Clin North Am. 2009 ;44(4):415-21
11. Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. J Clin Nurs. 2008;17(2):196-204.
12. Järvinen O, Saarinen T, Julkunen J, Huhtala H, Tarkka MR. Changes in health-related quality of life and functional capacity following coronary artery bypass graft surgery. Eur J Cardiothorac Surg 2003 Nov; 24(5): 750-6
13. Tunlind A, Granström J, Engström Å. Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. Intensive Crit Care Nurs. 2015 Apr;31(2):116-23.
14. Lu MS. The art of nursing management. Hu Li Za Zhi. 2005;52(5):14-9.
15.Davison I, Cooke S. How nurses' attitudes and actions can influence shared care. J Ren Care. 2015; 41(2):96-103.
16. Jost SG, Bonnell M, Chacko SJ, Parkinson DL. Integrated primary nursing method: a care delivery model for the 21st-century knowledge worker. Nurs Adm Q. 2013; 34(3):208-16.
17. Hosseini MM. Fundamentals of nursing management. Tehran: Etminan; 2014.
18. Yaghubian M. Management of nursing and midwifery. Tehran: Boshra; 2005.
19.Dehghan Nayyeri N, Salehi T. Principles of nursing management. Tehran: Boshra; 2011.
20. Irurita V. Factors affecting the quality of nursing care: The patient's perspective. Int J Nurs Pract. 2004; 5(2):86-94.
21.Haghighi Khoshkho N. The quality of nursing care provided from the viewpoint of nurses and patients admitted to Tabriz University of medical sciences, 2004 (Persian). [MD thesis]. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2004.
22.Kane RL, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. Nurse staffing and quality of patient care. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2007 Mar;(151):1-115.
23. P Lavander et al.Challenges and Barriers in Developing the Division of Labour between Nurses in a Finnish Acute Hospital. Int JCaring Sciences. 2017; 10 (2). 726.
24. Wan H, Hu S, Thobaben M, Hou Y, Yin T. Continuous primary nursing care increases satisfaction with nursing care and reduces postpartum problems for hospitalized pregnant women. Contemp Nurse. 2011;37(2):149–59.
25. Mathijis.E.WMelchior.The effect of primary nursing on work related factories. J Adv Nurs. 2008; 29(1): 88-96.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjku.24.6.130]

26. Hedugas KS. Primary nursing: Evaluation of professional nursing practice. Int J Nurs Stud 1998;7(4): 85-9.
27. Fazlolahi M, Sanagoo A, Vakili M, jouybari L. Evaluating the effect of primary nursing method on patients' and nurses' self-care knowledge, and patients' satisfaction level of care in open heart surgery (Persian). J Urmia Nurs Midwifery. 2016; 14(7):580-91
28. Isen berg MA.Nursing models and their use in practice professional Nursing practice. Ston ford: Apple. Ton. Lang; 1996. P.61-86.
29.Mattila E, Pitkänen A, Alanen S, Leino K, Luojus K, Rantanen A, et al. (2014) The Effects of the Primary Nursing Care Model: A Systematic Review. J Nurs Care 3: 205. doi:10.4172/2167-1168.1000205.
30. K Nadeau et al. Perceptions of a Primary Nursing Care Model in a Pediatric Hematology/Oncology Unit. J Assoc Pediatr Oncol Nurses. 2016:1;(7).
31. Archibong UE. Evaluating the impact of primary nursing method practice on the quality of nursing care: A Nigerian study. J Adv Nurs. 1999; 29(3):680-9.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.29252/sjku.24.6.130]