

کیفیت عملکرد پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بر اساس مدل سینرزی

* مهدی کریم یار جهرمی^۱

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت ارائه خدمات و تولیدات همواره مورد توجه انسان‌ها بوده است. مدل سینرزی یک چهارچوب واحد را برای توصیف شغل پرستاری، بررسی دقیق عملکردها، بهبود کیفیت عملکرد و ارائه مسیر مراقبت‌ها ارائه می‌دهد. مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت عملکرد پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه جهرم و شیراز بر اساس مدل سینرزی انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۱ انجام شد. نمونه‌گیری به صورت سرشماری شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بود. چک لیست کیفیت عملکرد بر اساس مدل سینرزی تهیه و پس از بررسی روایی و پایایی به صورت "خود ارزیابی" توسط پرستاران تکمیل شد. نمره عملکرد کل و نیز حیطه‌های مختلف محاسبه شد. به منظور تعیین سطح کیفیت عملکرد، هر حیطه به سه تقسیم شد. جهت تحلیل یافته‌ها، از آزمون‌های میانگین و انحراف معیار و آزمون‌های مقایسه‌ای کای دو، تی مستقل و ویلکاکسون و نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان می‌دهد پرستاران در حیطه‌های هماهنگی ($99/1 \pm 6/02$) و فعالیت مراقبتی ($97/92 \pm 3/6$)، بهترین عملکرد و در حیطه‌های تحقیقات بالینی ($81/98 \pm 4/7$) و پاسخ به تضاد ($85/98 \pm 3/8$) پایین‌ترین عملکرد را بیان کردند. ضمناً یافته‌های الحاقی نشان داد که در حیطه‌های ارزیابی بالینی، هماهنگی، تفکر سیستمی، پاسخ به تضاد، تحقیقات بالینی، تسهیل یادگیری و نیز مجموع عملکرد تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه پرستاران شیراز و جهرم وجود داشته است. ($P < 0/05$)

نتیجه‌گیری کلی: مدل سینرزی با توجه به قابلیت‌های آن در تعیین استانداردهای لازم در زمینه توانمندی‌های پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، می‌تواند موجب ارتقاء کیفیت عملکرد تیم درمانی به خصوص پرستاران و در نتیجه بهبود نتایج، پیش‌آگهی و رضایت بیماران بخش‌های مراقبت ویژه شود.

کلیدواژه‌ها: کیفیت عملکرد، مراقبت ویژه، مدل سینرزی

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۲/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۳/۲۲

مقدمه

کیفیت ارائه خدمات و تولیدات همواره مورد توجه انسان ها بوده است. اهمیت کیفیت در بخش صنعت در دهه های ۱۹۵۰-۱۹۶۰ مورد توجه قرار گرفت و در علوم پرستاری از سال ۱۹۸۰ مطرح شد. کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان بهداشتی در رابطه با کیفیت چنین بیان می کند: «سطح قابل قبول از خدمات بهداشتی ارائه شده به افراد و جوامع که احتمال نتایج بهداشتی مطلوب را افزایش دهد و مطابق با دانش حرفه ای روز می باشد». نقش کیفیت در موفقیت و شکست سازمان ها به اندازه ای است که گفته می شود تنها سازمان ها و حرفه هایی که محور اصلی فعالیت مؤسسه خود را تأمین خواسته های مشتریان و ارضای نیازهای آنان با حداقل قیمت و حداکثر کیفیت قرار داده اند، قادر خواهند بود به حیات خود ادامه دهند^(۱).

Davis و همکاران اندازه گیری کیفیت در محیط مراقبت سلامت را یک ضرورت دانسته اند^(۲). Lee نیز بیان می کند که در حقیقت اولین و مهم ترین فاکتور در بهبود کیفیت مراقبت، اندازه گیری کیفیت است^(۳).

ارزیابی کیفیت در قالب عملکرد و ارزیابی نقاط قوت و ضعف عملکرد شغلی کارکنان بوده که توسط ناظر کارکنان رهبری می شود. این ارزیابی شامل عوامل ذهنی و عینی است. عوامل ذهنی عبارت از رفتارهای مربوط به عملکرد شغلی هستند که ارزیابی کننده معمولاً با استفاده از لیست بررسی یا مقیاس درجه بندی آنها را ارزیابی و درجه بندی می کند^(۴).

هدف اصلی نظارت و کنترل، ارتقاء مداوم و بهبود عملکرد پرسنل بیمارستان یا هر مرکز درمانی دیگر است. داشتن استاندارد مطلوب و صحیح در فرایند کنترل مهم است زیرا در صورت فقدان آن نمی توان نتایج مورد نظر را از کنترل کیفیت به دست آورد. در این مرحله که در واقع مهمترین مرحله فرایند کنترل است، استانداردها (بایدها) تعیین می شود. مقایسه نتیجه عملیات با

استانداردها (مقایسه بین "بایدها" و "هست ها") منجر به تشخیص انحراف ها می شود^(۵).

بخش مراقبت ویژه یکی از ارکان ضروری و حیاتی بیمارستان ها است که بیماران با وضعیت وخیم را که در معرض خطر مرگ قرار دارند در خود جای می دهد. این بخش با ارائه صحیح خدمات درمانی و استفاده بهینه از تجهیزات مدرن پزشکی و بهره گیری از کادر مجرب و واجد صلاحیت و تصمیم گیری گروهی تیم درمان در مورد بیمار می تواند در بازگرداندن سلامت به بیماران بدحال مؤثر باشد. در این راستا باید کادر پزشکی و پرستاری شاغل در این بخش ها آموزش دیده باشند و از نظر شرایط جسمانی و روانی در هر لحظه آمادگی مقابله با شرایط پیش بینی نشده را داشته باشند و بتوانند در یک ساختار فیزیکی مناسب و با به کارگیری تجهیزات پیشرفته و فنون احیای بیمار، بهترین مراقبت را برای بیماران فراهم نمایند و مرگ های احتمالی را کاهش دهند^(۶). در این بخش ها، پرستار از اعضای مؤثر تیم بهداشتی است که می تواند تأکید مستقیم به وضعیت سلامتی بیماران داشته باشد و این در صورتی امکان پذیر است که مهارت بالینی همراه با بینش لازم را نسبت به انجام مراقبت های لازم بخصوص در بخش های ویژه که از اهمیت خاصی برخوردارند، دارا باشد^(۷).

شایستگی مفهومی پیچیده و مبهم و یکی از موضوعات بحث برانگیز در حوزه مراقبت سلامتی است که در حیطه های مختلف پرستاری از جمله آموزش، بالین و مدیریت پرستاری اهمیت زیادی دارد. تعاریف متعددی از این مفهوم ارائه شده و نیز تحقیقات متعددی در این زمینه منتشر شده است. با این وجود ابهامات و سردرگمی زیادی در درک این مفهوم وجود دارد^(۸).

مروری بر متون موجود، بیانگر آن است که شایستگی در حیطه های مختلف مدیریت، آموزش و بالین نیز مورد توجه قرار گرفته است. از دیدگاه مدیریت، شایستگی پرستاری یک عامل مؤثر در تضمین کیفیت خدمات مراقبتی ارائه شده به بیماران و کسب رضایت آنها است.

توصیف شغل پرستاری، بررسی دقیق ارزیابی ها، بهبود کیفیت عملکرد و ارائه مسیر مراقبت ها می شود^(۱۲).

مفهوم اصلی این مدل بیانگر این است که نیازها یا کاراکترهای بیماران و خانواده آن ها با قابلیت ها یا ویژگی های پرستاران در تعامل و تأثیرپذیری می باشند. سینرژی زمانی برقرار می شود که نیازها و خصوصیات بیماران، واحد بالینی یا سیستم، با قابلیت ها و استعدادها پرستاران، هماهنگ گردد. ارائه مراقبت حداکثری با هماهنگی بین کاراکترهای بیماران (نیازها) و ویژگیهای پرستاران (قابلیت ها) بهبود می یابند^(۱۰،۱۱). مدل سینرژی در ارائه مراقبت، عملکرد پرستار را بر پایه ارتباط با بیمار و خانواده اش قرار می دهد و ابزار لازم را در تقسیم نقش حرفه ای پرستار و تأثیر مستقیم بر پیش آگهی بیمار و در نتیجه موفقیت کل سیستم فراهم می کند^(۱۲).

مطالعات مختلفی در رابطه با کیفیت عملکرد پرستاران انجام گرفته است. در مطالعه Becker و همکاران در آمریکا تحت عنوان "فعالیت های انجام گرفته توسط پرستاران اورژانس و مراقبت ویژه: مطالعه عملکردی انجمن مراقبت ویژه آمریکا" کیفیت عملکرد پرستاران بخش های مراقبت ویژه و اورژانس، بر اساس مدل سینرژی مورد سنجش و مقایسه قرار گرفته است^(۱۳). در ایران نیز هر چند مطالعات محدودی در این زمینه صورت گرفته است اما یک ابزار استاندارد جهت بررسی نیروی انسانی شاغل در بیمارستان ها به خصوص بخش های ویژه، ارائه نشده است. در مطالعه قمری زارع و همکاران در رابطه با کیفیت عملکرد پرستاران در ۵ حیطه (ارتباطی، مراقبتی، درمانی، حمایتی و آموزشی) میزان کیفیت در ابعاد عملکرد نشان می دهد که کیفیت عملکردهای آموزشی و ارتباطی پرستاران نسبت به سایر عملکردها ضعیف تر می باشد^(۱). در مطالعه دبیران و همکاران در مورد کیفیت مراقبت های پرستاری از دیدگاه بیماران مبتلا به ایدز، نتایج حاکی از آن است که خدمات پرستاری ارائه شده به آنان نتوانسته است تأمین کننده

این امر در دنیای پر رقابت امروز عامل کلیدی در بقای بیمارستان ها محسوب می شود ولی تاکنون ابزار و معیار قطعی جهت ارزیابی پرستاران و دانشجویان در این زمینه ارائه نشده است. بنابراین نیاز به تحقیقات بیشتری در این زمینه احساس می شود.

در ایران نیز ضرورت توجه به موضوع شایستگی بالینی پرستاران در سال های اخیر بیش از پیش احساس می شود. بدون تردید شفاف سازی مفهوم شایستگی، شناخت ابعاد، خصوصیات و عوامل مؤثر بر آن در تعیین معیارها و استاندارد سازی ابزارهای شایستگی و به تبع آن در ارزیابی دانشجویان و پرستاران و کیفیت مراقبت کمک کننده خواهد بود.^(۹)

به کارگیری یک مدل و شاخص گذاری عملکردها طبق آن، می تواند به عنوان ابزاری قوی جهت استخدام پرستار و متفاوت کردن سازمان از سایر رقبا باشد. مدل های مفهومی که فعالیت ها را هدایت می کنند، ضامن تمرکز سازمان بر مأموریت اصلی ارائه کنندگان خدمات می باشند. بدون توجه به ساده یا پیچیده بودن سازمان، چهارچوب و مدل موجب ارائه مراقبت، درمان و خدمات مناسب و با کیفیت می شوند^(۱۰).

مدل سینرژی که در سال ۱۹۹۳ توسط انجمن پرستاران مراقبت ویژه آمریکا (American Association of Critical Nurses)(AACN) طرح شد تا حوزه فعالیت مراقبت های ویژه را ترسیم کند^(۱۱). انجمن پرستاران مراقبت ویژه آمریکا ویژگی های پرستاران بخش های مراقبت ویژه را در قالب مفاهیم هشت گانه مدل سینرژی تحت عنوان: ارزیابی بالینی (Clinical judgment)، حمایت (Advocacy)، فعالیت های مراقبتی (Caring practices)، هماهنگی (Collaboration)، تفکر سیستمی (Systems thinking)، پاسخ به تفاوت ها (Response to diversity)، تحقیقات بالینی (Clinical inquiry) و تسهیل یادگیری (Facilitation to learning) تشریح نمود. این مدل موجب ایجاد یک چهارچوب واحد برای

پرستاران در مدل تهیه شد و روایی آن با کسب نظر ده نفر از اساتید دانشکده پرستاری بررسی و اصلاحات پیشنهادی اعمال شد. جهت سنجش پایایی، چک لیست طی دو مرحله به فاصله ده روز توسط ۲۰ نفر از پرستاران بخش های مراقبت ویژه (ICU, CCU, دیالیز) تکمیل و ضریب همبستگی پیرسون برابر ۰/۸۳ به دست آمد. پس از اخذ مجوزهای لازم، پژوهشگر در بخش های مراقبت ویژه بیمارستان های علوم پزشکی جهرم و شیراز حضور یافت و اهداف پژوهش و نحوه پر کردن پرسش نامه خود ساخته را به واحدهای مورد پژوهش توضیح داد. چک لیست کیفیت عملکرد به صورت "خود ارزیابی" توسط پرستارانی که دارای مشخصات نمونه بودند، تکمیل شد. این چک لیست بر اساس خصوصیت پرستاران مورد تأکید در مدل سینرزی، شامل ۸ قسمت (۶۴ گویه)؛ قضاوت بالینی (۱۶ گویه)، حمایت (۸ گویه)، فعالیت های مراقبتی (۶ گویه)، هماهنگی (۸ گویه)، تفکر سیستمی (۸ گویه)، پاسخ به تضادها (۴ گویه)، تحقیقات بالینی (۸ گویه) و تسهیل در یادگیری (۶ گویه) است. در مقابل هر گویه گزینه های «بلی»، «خیر» و «موردی ندارد» قرار دارد. فرد در صورت انجام عملکردها (مطابق با گویه ها)، گزینه «بلی» و اگر انجام عملکردها (گویه ها) ضرورت داشت اما پرستار انجام نمی داد، گزینه «خیر» را انتخاب می کند. گزینه «موردی ندارد» نیز برای عملکردهایی (گویه هایی) که دلیلی برای انجام آن ها نبوده، انتخاب می شد. جهت تعیین نمره کیفیت عملکرد پرستار، به پاسخ "بلی" نمره «یک» و "خیر" نمره «صفر» داده شد. داده های ستون «موردی ندارد» در تجزیه و تحلیل به کار نیامد. نمره عملکرد کل و نیز حیطه های مختلف، به صورت عدد بین "صفر" تا "۱۰۰" محاسبه شد. به این صورت که تعداد موارد پاسخ "بلی" یعنی تعداد عملکردهای انجام شده توسط پرستار، در کسری که صورت آن عدد "۱۰۰" و مخرجش تعداد کل گویه هایی است که انجام آن ها برای پرستار ضرورت داشته است،

خواسته ها و انتظارات بیماران مبتلا به ایدز باشد^(۱۴). در زمینه بررسی کیفیت عملکرد پرستاران در حیطه های مختلف، مطالعه Shannon و همکاران نشان می دهد میانگین کیفیت مراقبت از دیدگاه پرستاران ۷۳/۸۶ بوده که در سطح "خوب" قرار دارد^(۱۵).

در مطالعه زمان زاده و همکاران یافته ها حاکی از آن است که ۴۲ درصد بیماران کیفیت مراقبت پرستاری در بعد جسمی، ۳۲ درصد در بعد روانی-اجتماعی و ۶۱ درصد در بعد ارتباطی را مطلوب ارزیابی کرده اند و این در حالی است که این ارقام از دیدگاه پرستاران به ترتیب ۹۲/۶ درصد، ۷۸/۵ درصد و ۹۱/۱ درصد بوده است^(۱۶).

مطالعات مختلف صورت گرفته در ایران نشان می دهد که اگر چه به جنبه های مختلف عملکردی و کیفیت در حیطه های مختلف توجه شده، اما استاندارد و چک لیست خاصی که از یک چارچوب و مدل مراقبتی منشاء گرفته باشد، استفاده نشده است. با توجه به اهمیت ارزیابی و بررسی عملکرد پرستاران بخش های مراقبت ویژه بر اساس یک استاندارد و چارچوب معین، این مطالعه با هدف تعیین کیفیت عملکرد پرستاران بخش های مراقبت ویژه بیمارستان های علوم پزشکی جهرم و شیراز بر اساس مدل سینرزی صورت پذیرفته است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی بود. نمونه گیری به صورت سرشماری از کلیه (۳۶۴ نفر) پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه (ICU, CCU, دیالیز) بیمارستان های علوم پزشکی شهر شیراز (۳۰۱ نفر) و جهرم (۶۳ نفر) انجام شد. مشخصات نمونه دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی و حداقل سابقه ۳ ماه کار در بخش مراقبت ویژه بود.

ابتدا با بررسی مطالعات مختلف و توجه به خصوصیات مورد تأکید در مدل سینرزی، چک لیستی از فعالیت های بخش های مراقبت ویژه بر اساس خصوصیات هشتگانه

جدول شماره ۱: جدول میانگین حیطه های مختلف عملکردی از دیدگاه پرستاران بخش های مراقبت ویژه (n=۳۶۴)

شاخص آماری	گروه	
	میانگین	انحراف معیار
ارزیابی بالینی	۹۱/۹۸	۴/۷
حمایت	۹۵/۴۹	۴/۷۷
فعالیت مراقبتی	۹۷/۹۲	۳/۶
هماهنگی	۹۹/۱	۶/۰۲
تفکر سیستمی	۸۷/۰۱	۴/۰۴
پاسخ به تضاد	۸۵/۹۸	۳/۸
تحقیقات بالینی	۸۱/۹۸	۴/۷
تسهیل یادگیری	۹۵/۲۶	۶/۱۷
مجموع عملکرد	۹۱/۸۴	۴/۴۳

ضرب شد. مثلا در مورد کل عملکرد، مجموع موارد انجام شده در کسر با صورت ۱۰۰ و مخرج تعداد مواردی که می باید انجام می شده (از مجموع ۶۴ مورد) و در حیطه قضاوت بالینی مجموع آیتام های انجام شده در کسر با صورت ۱۰۰ و مخرج تعداد مواردی که می باید انجام می شده (از مجموع ۱۶ مورد) ضرب شد. همچنین جهت تعیین سطح کیفیت عملکرد در هر حیطه بر اساس امتیاز کسب شده، به سه حیطه کیفیت ضعیف (۰-۳۳)، کیفیت متوسط (۳۴-۶۶) و کیفیت خوب (۶۷-۱۰۰) تقسیم شد. جهت تجزیه و تحلیل یافته ها، از آزمون های آماری توصیفی شامل؛ فراوانی و میانگین و آمار استنباطی شامل؛ کای دو، تی مستقل و ویلکاکسون و نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده گردید.

یافته ها

نمونه های مورد پژوهش ۳۶۴ نفر (۶۳ نفر جهرم و ۳۰۱ نفر شیراز) بود که ۲۶۰ نفر (۷۱/۴ درصد) زن و ۱۰۴ نفر (۵۳/۶ درصد) متأهل بودند. در مجموع نمونه ها، ۲۵۲ نفر (۶۹/۳ درصد) در بخش ICU، ۸۷ نفر (۲۳/۸ درصد) CCU و ۲۵ نفر (۷/۶ درصد) در بخش دیالیز کار می کردند. همچنین ۱۴۳ نفر (۳۹/۴ درصد) رسمی، ۱۱۶ نفر (۳۱/۹ درصد) طرحی و مابقی (۱۰۵ نفر) به صورت قراردادی بودند.

طبق جدول شماره ۱، نتایج نشان می دهد پرستاران در حیطه های هماهنگی (۶/۰۲ ± ۹۹/۱) و فعالیت مراقبتی (۳/۶ ± ۹۷/۹۲)، بهترین عملکرد و در حیطه های تحقیقات بالینی (۴/۷ ± ۸۱/۹۸) و پاسخ به تضاد (۳/۸ ± ۸۵/۹۸) پایین ترین عملکرد را بیان کردند. در رابطه با سطح بندی حیطه های عملکردی، یافته ها نشان داد که در تمام حیطه ها و نیز مجموع عملکرد، اکثریت پرستاران خود را در سطح خوب ارزیابی کرده اند.

آزمون آماری کای دو، اختلاف معنی داری را بین پرستاران جهرم و شیراز در موارد جنسیت (۲=۲/۵، $p=۷/۰۷۹$)، تأهل (۲=۰/۰۰۸، $p=۰/۵۳۷$)، بخش (۲=۷/۴۶۷، $p=۰/۰۵۸$) و نوع استخدام (۲=۰/۶۲۲، $p=۰/۷۲۳$) نشان نداد. میانگین سن کلیه افراد ۷/۲۶ ± ۳۰/۴۵ سال، میانگین سابقه کار ۷/۸۱ ± ۶/۵۴ سال و میانگین سابقه کار در بخش مراقبت ویژه ۶/۲۶ ± ۶/۲ سال بود. آزمون آماری تی مستقل نشان داد که اختلاف معنی داری بین سن (۱/۲۸، $t=-۱/۲۸$ ، $df=۴۰/۹۸$ ، $p=۰/۱۷$) و سابقه کار (۰/۱۲۱، $t=۰/۱۲۱$ ، $df=۴۲/۴۵$ ، $p=۰/۹۰۵$) بین پرستاران جهرم و شیراز وجود ندارد اما از حیث سابقه کار در بخش مراقبت ویژه پرستاران جهرم به طور معنی داری سابقه بالاتری داشته اند (۲/۱۸۳، $t=۲/۱۸۳$ ، $df=۳۸/۶۲$ ، $p=۰/۰۳۵$). ضمنا یافته های الحاقی نشان داد که عملکرد پرستاران بخش های ویژه جهرم در حیطه پاسخ به تضادها به طور معنی داری از پرستاران شیراز بهتر بود (۰/۱۲، $p=۰/۰۹$) و در حیطه های حمایت (۰/۰۹، $p=۰/۱۲$) فعالیت مراقبتی (۰/۲۴، $p=۰/۲۴$) نیز گرچه عملکرد پرستاران جهرم بهتر خودارزیابی شده اما تفاوت معنی دار نبود. همچنین در حیطه های ارزیابی بالینی (۰/۰۳، $p=۰/۰۳$)، هماهنگی (۰/۰۲، $p=۰/۰۲$)، تفکر سیستمی (۰/۰۴۶، $p=۰/۰۴۶$).

به میزان ۲۸ درصد ضعیف، ۶۴ درصد متوسط و تنها ۸ درصد خوب بوده است^(۱۱).

در پژوهش حاضر پرستاران از نظر قضاوت بالینی در وضعیت مطلوبی بوده اند. قضاوت بالینی در واقع اوج دانش و تجربه یادگیری است که بر پایه توانایی حل مسئله و تجارب قبلی فرد ایجاد می شود^(۱۸). در این مطالعه، عملکرد حیطه های درمانی از کیفیت بالاتری نسبت به سایر حیطه ها برخوردار بوده است. در مطالعه خلیفه زاده و همکاران نیز حیطه های ارتباطی، آموزشی و حمایتی نسبت به مراقبتی و درمانی کیفیت پایین تری داشته اند^(۱۹). یافته های مطالعه حاجی نژاد و همکاران نشان داد که بیماران به رفتار آموزشی پرستاران کمترین نمره را داده بودند^(۲۰).

در این خودارزیابی عملکرد پرستاران در حیطه حمایت مطلوب گزارش شده است. نتایج مطالعه کیفی **Cabe** روی ۱۱ بیمار مشخص کرد که بیماران از فقدان ارتباط مناسب، احساس عدم توجه و همدلی و ارتباط دوستانه از طرف پرستاران گله مند و ناراضی اند^(۲۱). این در حالی است که ارتباط مناسب و حمایت از طریق کاهش اضطراب و ترس در مورد بیماری و روش های درمان باعث رضایت بیشتر بیماران می شود^(۲۲). بیشتر مشاهده شدن رفتارهای مراقبتی و درمانی (دانش و مهارت حرفه‌ای) ممکن است به علت اهمیت بالاتر رفتارهای درمانی و مراقبتی از دیدگاه پرستاران و برخی علل تفاوت عملکردها در حیطه های مختلف می باشد. در شرایط بار کاری زیاد، به علت تعداد کم کارکنان و تعداد زیاد بیماران، ممکن است پرستار فقط به وظایف اصلی تمرکز کند و وظایفی را که در قبال انجام ندادن آن مواخذه نمی شود، رها نماید. مطالعات نشان داده اند که نداشتن وقت و خستگی منجر به ایجاد نگرش منفی و فشار عاطفی در کارکنان پرستاری شده و این موارد به صورت کناره گیری عاطفی و جسمی از بیماران نمایان می شود و کارکنان را در بسیاری از مواقع نسبت به نیازهای عاطفی بیمار بی توجه می کند^(۲۳) و این موارد می تواند مؤید پایین

پاسخ به تضاد ($p = ۰/۰۱۲$)، تحقیقات بالینی ($p = ۰/۰۴$)، تسهیل یادگیری ($p = ۰/۰۴$) و مجموع عملکرد ($p = ۰/۰۰۶$) نیز تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه وجود داشت. در مجموع عملکرد، حیطه های تحقیقات بالینی و پاسخ به تضاد کمترین نمره و فعالیت مراقبتی و هماهنگی بیشترین نمره را به خود اختصاص داده اند.

بحث و نتیجه گیری

مدل سینرژزی، به عنوان یک مدل مراقبتی حرفه ای، زبان مشترکی را جهت تعریف و بیان ویژگی ها و قابلیت های پرستاران در بخش های مراقبت ویژه ارائه می دهد^(۱۷). یافته های این مطالعه بیانگر این است که پرستاران بخش های مراقبت ویژه، در حیطه های مختلف، عملکرد متفاوتی را از خود نشان می دهند.

اندازه گیری کیفیت عملکرد، یکی از فاکتورهای مهم و ضروری در ارتقاء مراقبت به خصوص در بخش بهداشت و درمان است. در این رابطه مطالعات متعدد نشان می دهد که وضعیت مطلوبی در ایران در این زمینه وجود ندارد. در مطالعه دبیریان و همکاران یافته ها نشان داد که ۲۷/۹ درصد بیماران، کیفیت مراقبت ها را متوسط، ۱۴/۳ درصد ضعیف، ۱۱/۴ درصد خوب و ۴/۱ درصد بسیار خوب بیان کرده اند^(۱۴).

یافته های این مطالعه نشان داد که پرستاران در حیطه های فعالیت مراقبتی و هماهنگی بالاترین نمره و در حیطه های تحقیقات بالینی و پاسخ به تضادها پایین ترین نمره را کسب نموده اند. در مطالعه قمری زارع و همکاران با هدف بررسی کیفیت عملکرد پرستاران بخش های ویژه قلبی، مقایسه میزان کیفیت عملکرد در حیطه های مختلف نشان داده کیفیت عملکرد آموزشی و ارتباطی پرستاران نسبت به سایر عملکردها، ضعیف تر و عملکرد درمانی آن ها، از کیفیت بالاتری نسبت به سایر حیطه ها برخوردار است. اما از نظر مجموع عملکرد بر خلاف یافته های موجود، سطح کیفیت عملکرد پرستاران

بودن نمرات حیطه‌های عملکردی تحقیقات بالینی و تفکر سیستمی نسبت به سایر موارد در مطالعه حاضر باشد. پرستاران در این مطالعه در حیطه تحقیقات بالینی عملکرد ضعیفی را نسبت به سایر حیطه‌ها بیان کردند. مطالعات مختلف نشان داده است که برخی دیگر از علل تفاوت عملکردها در حیطه‌های مختلف به ویژه فعالیت‌های پژوهشی عواملی چون کاهش عامل انگیزه به عللی چون عدم آشنایی کافی با مبانی پژوهش در دوران تحصیل، در دسترس نبودن امکانات پژوهشی کافی در محل کار، عدم حمایت کافی و کارآمد از نظر پشتیبانی پژوهشی و ناکافی بودن آموزش از طریق کارگاه‌های روش تحقیق، مقاله نویسی، آمار، کامپیوتر، اینترنت و غیره است^(۲۴). به نظر می‌رسد با برنامه ریزی انجام تمهیدات لازم، بسیاری از این نواقص قابل حل می‌باشد.

اما یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که سطح کیفیت عملکرد اکثریت پرستاران از دیدگاه خودشان در وضعیت مطلوب قرار دارد. یافته‌های مطالعه خلیفه زاده و همکاران نیز با یافته‌های مطالعه حاضر منطبق است^(۱۹). نتایج سایر مطالعات نیز نشان می‌دهد که کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه اکثریت پرستاران مطلوب می‌باشد. بیماران و پرستاران به علت دارا بودن پیش زمینه فکری متفاوت، دارای درک و دیدگاه متفاوتی نسبت به کیفیت عملکردها می‌باشند^(۱۹،۲۵) در مطالعه زمان زاده و همکاران یافته‌ها حاکی از آن است که ۴۲ درصد بیماران کیفیت مراقبت پرستاری در بعد جسمی، ۳۲ درصد در بعد روانی- اجتماعی و ۶۱ درصد در بعد ارتباطی مطلوب ارزیابی کرده‌اند و این در حالی است که این ارقام از دیدگاه پرستاران به ترتیب ۹۲/۶ درصد، ۷۸/۵ درصد و ۹۱/۱ درصد بوده است^(۱۶). در مطالعه نیشابوری و همکاران یافته‌ها حاکی از آن است که کیفیت مراقبت در بعد روانی- اجتماعی از دیدگاه ۳۱/۶ درصد بیماران و ۹۲/۶ درصد پرستاران مطلوب و در بعد ارتباطی از دیدگاه ۲۴/۷ درصد بیماران و ۵۶/۸ درصد پرستاران مطلوب بوده است^(۲۵).

در مطالعه Shannon و همکاران نیز که به بررسی دیدگاه‌های متفاوت بیماران، پرستاران و پزشکان از کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بخش‌های ویژه پرداخته، میانگین کیفیت مراقبت از دیدگاه پرستاران ۷۳/۸۶ بوده که در سطح "خوب" قرار دارد^(۱۵). با توجه به تأثیر مثبت به کارگیری مدل‌های مختلف بر کیفیت عملکرد پرستاری، کاربرد مدل سینرزی با توجه به قابلیت‌های آن در زمینه‌های چون توجه به کلیت جسم، ذهن و خصوصیات روحی بیمار، تعامل مؤثر با خانواده وی و سایر افراد تیم مراقبتی، هماهنگ کردن نیازهای بیمار با ویژگی‌های پرستار و تعیین استانداردهای لازم در زمینه قابلیت‌های پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، می‌تواند موجب ارتقاء کیفیت عملکرد تیم درمانی به خصوص پرستاران و در نتیجه بهبود نتایج، پیش‌آگهی و رضایت بیماران بخش‌های مراقبت ویژه شود^(۱۰،۱۲،۱۷،۱۹). این مدل جهت مسئولان پرستاری نیز به طرق مختلف کاربرد دارد، که از جمله به مواردی مثل؛ کمک به تعیین نسبت مناسب پرسنل به بیماران^(۲۰)، الگویی جهت توصیف شغل پرستاری، انجام ارزیابی‌ها و توسعه برنامه‌های پیشرفته بالینی می‌توان اشاره کرد. سایر نتایج استفاده از این مدل، در اندازه‌گیری نتایج و تخصیص منابع مالی، به عنوان بخشی از برنامه ریزی مدیران بوده است^(۲۶). محدودیت اصلی این مطالعه نگرانی برخی از پرستاران در پر کردن واقعی چک لیست‌ها و ایجاد بازخورد از طرف مسئولین بود که سعی شد با ارائه توضیحات لازم در مورد هدف مطالعه و تأکید بر محرمانه ماندن داده‌ها، این مشکل برطرف شود.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم و نیز کلیه پرستاران و مسئولین بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های علوم پزشکی جهرم و شیراز، که ما را در انجام این طرح یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم. این مقاله، از طرح شماره ۹۲ مصوب دانشگاه علوم پزشکی جهرم استنتاج شده است

فهرست منابع:

1. Ghamari Zare Z, Anousheh M, Vanaki Z, Haji Zadeh A. Quality of Nurse's Performance and Patients' Satisfaction cardiac care units. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2008; 10(1): 27-36.
2. Davis BA, Kiesel CK, McFarland J, Collard A, Coston K, Keeton A. Evaluating instruments for quality: testing convergent validity of the consumer emergency care satisfaction scale. *J Nurs Care Qual.* 2005;20(4):364-8.
3. Lee L-L, Hsu N, Chang S-C. An evaluation of the quality of nursing care in orthopaedic units. *Journal of Orthopaedic Nursing.* 2007;11(3):160-8.
4. Salarian Zadeh M, Yusofian SH. Analysis of the performance evaluation process, Ministry of Health and Medical Education. The Third National Conference On Performance Management, Tehran: 15 -16 May 2007.
5. Hardin S, Kaplow R. cardiac surgery essentials for critical care nursing. Canada, Jones and Bartlett, 2010.
6. Noroozi A, Moshri E. The relationship between physical and human resources in the Intensive Care Units and patients mortality rate in Hospitals of Markazi Province's: 2007. *Arak Medical University Journal.* 2009;12(2):29-38.
7. Karimyar Jahromi M. Assessing characteristics of the patients suffering from Acute Coronary Syndrome based on synergy model. *IJCCN.* 2013; 6 (2) :127-34.
8. Nesami MB, Rafiee F, Parvizi S, Esmaeili R. Concept analysis of competency in nursing: Qualitative research. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2008; 18 (67) :35-42.
9. Mohammadi GR, Ebrahimian A, Mahmoudi H. Evaluating the knowledge of intensive care unit nursing staffs. *IJCCN.* 2009.; 2 (1) :41-46.
10. Kaplow R, Hardin S. Critical Care Nursing Synergy for Optimal Outcomes, Canada, Jones and Bartlett, 2007.
11. Kaplow R, Reed K. The AACN Synergy Model for Patient Care: A Nursing Model as a Force of Magnetism. *Nurs. Econ;* 2008.;26 (1):17-25 .
12. Kerfoot KM, Lavandero R, Cox M, Triola N, Pacini C, Hanson MD. Conceptual models and the nursing organization: Implementing the AACN Synergy Model for patient care™. *Nurse Leader.* 2006;4(4):20-6.
13. Becker D, Kaplow R, Muenzen PM, Hartigan C. Activities performed by acute and critical care advanced practice nurses: American Association of Critical-Care Nurses Study of Practice. *Am J Crit Care.* 2006;15(2):130-48.
14. Dabirian A, Zolfaghari H, Abed Saidi Z, Alavi-Majd H. Views of AIDS patients regarding nursing care quality in healthcare centers affiliated to Shaheed Beheshti and Tehran Universities of Medical Sciences. *Journal of Nursing and Midwifery.* 2008;18(61).40-5.
15. Shannon SE, Mitchell PH, Cain KC. Patients, nurses, and physicians have differing views of quality of critical care. *J Nurs Scholarsh.* 2002;34(2):173-9.
16. Zaman Zadeh V, Moghadasiyan S, Vali Zadeh L, Haghghi Khoshku N. Comparing the patients and nurses viewpoints about the nursing care quality Offered in educational hospital. *Journal of Nursing and Midwifery of Tabriz Medical Sciences University* 2004; 1(2): 4-12.
17. Reed K. AACN Synergy Model for Patient Care: Nursing Model as a Force of Magnetism: The Synergy Model as a Professional Model of Care. 2007, Available From: <http://www.medscape.com>.
18. Weatherspoon DL, Wyatt TH. Testing computer-based simulation to enhance clinical judgment skills in senior nursing students. *Nurs Clin North Am.* 2012;47(4):481-91.
19. Khalifehzadeh A, KarimyarJahromi M, Yazdannik A. The impact of Synergy Model on nurses' performance and the satisfaction of patients with acute coronary syndrome. *IJNMR,* 2012, 17(1), 16-20.
20. Hajinezhad MA, Rafii F, Jafarjala E, Haghani H. Relationship between nurse caring behaviors from patients' perspectives and their satisfaction. *I J N,* 2007, 20(49):73-83.

21. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs*. 2004;13(1):41-9.
22. Alligood MR, Tomey AM. Nursing theory, Utilization and Application. 2nd. ST Louis: Mosby; 2001: 106.
23. Hajinezhad MS, Rafii F, Jafarjalal E, Haghani H. Relationship Between Nurse Caring Behaviors from Patients' Perspectives & Their Satisfaction. *IJN*. 2007; 20 (49) :73-83.
24. Chehrei A, Kahbazi M, Salehi B, Zarganj-fard A, Darreh F, Soltani P, et al. The effect of clinical research center, on clinical researches of Arak University of Medical Science. *Journal of Arak University of Medical sciences (Rahavard Danesh)* 2006; 9 (2): 12-22.
25. Neishaburi M, Raies Dana N, Ghorbani R, Sadeghi T. Examining the nursing care quality from the viewpoints of nurses and patients of therapeutic- educational centers of the city of Semnan. *Koomesh* 2010; 12(2): 134-43.
26. hartigan R. establishing criteria for 1:1 staffing ratio, *Critical care nursing*, 2000, 20(2), 112, 114-116.

Nurses' Quality of Performance in Intensive Care Units based on Synergy Model

*¹Karimyar Jahromi M. MS.

Abstract

Background and Aims: Quality of services and products has always attracted people. Synergy model provides a unified framework to describe nursing job, peer review functionality, quality of performance improvement and the care pathway. This study aimed to determine the intensive care unit nurses' quality of performance in Shiraz and Jahrom according to Synergy model.

Material & Methods: It was a descriptive study. The nurses working in ICUs were recruited by census (n=364) in 2012. The checklist of quality performance was constructed according to Synergy model concepts and was completed by nurses. Total performance score and the scores of different dimensions were calculated. Data was analyzed by chi-square test; t-test and Wilcoxon test using SPSS-PC (v. 16).

Results: The results show that the nurses have expressed their best performance in the areas of collaboration (99.1± 6.02) and caring practice (97.92± 3.6); and their lowest performance in the areas of clinical inquiry (81.98± 4.7) and response to diversity (85.98± 3.8). Also additional findings revealed that there were statistically significant differences between Shiraz and Jahrom nurses' performance in the areas of clinical judgment, collaboration, system thinking, response to diversity, and learning facilitation and overall performance (p value <0.05).

Conclusion: Regarding the capabilities of Synergy Model in determining the required standards to empower ICU nurses, it can improve the quality of health care team performance, especially nurses and thus improve the care outcomes, prognosis and satisfaction of patients in ICUs.

Key words: Quality of performance, Intensive care, Synergy Model

Received: 11 March 2013

Accepted: 12 Jun 2013

¹ Faculty member, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran. (*Corresponding author).
Tel: 0791- 3341501 Email:Mahdi_karimyar@yahoo.com