

تأثیر فرآیند ارزشیابی همکار بر کیفیت عملکرد پرستاران و رضایت بیماران

زهرة قمري زارع^۱ *دکتر منیره انوشه^۲ دکتر زهره ونکی^۳ دکتر ابراهیم حاجی زاده^۴

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران به عنوان بزرگ ترین گروه مراقبت دهنده، خدمات مراقبتی مستمری را به بیماران ارائه می دهند. اهمیت تأثیر این خدمات بر کیفیت مراقبت های سلامتی و به تبع آن نیل به اهداف عالی سیستم ارائه خدمات سلامت و همچنین رضایت بیمار بر کسی پوشیده نیست. با عنایت به نقش کلیدی پرستاران در تیم بهداشتی درمانی بر مدیران پرستاری است تدابیری را جهت ارتقاء دانش و مهارت آنان بیندیشند. ارزشیابی همکار به عنوان شیوه ای از تفویض اختیارات مدیران جهت تضمین کیفیت خدمات پرستاری معرفی شده است. هدف این مطالعه، تعیین میزان تأثیر فرآیند ارزشیابی همکار بر کیفیت عملکرد پرستاران و رضایت بیماران در بخش های ویژه قلبی بیمارستان های دولتی شهر اراک بود.

روش بررسی: این تحقیق یک مطالعه نیمه تجربی بود. چهار بخش ویژه قلبی (CCU و PCCU) در دو بیمارستان دولتی شهر اراک به عنوان محیط های پژوهش انتخاب شدند. دو بخشی که دارای تعداد پرستار بیشتر بود (با ۲۵ پرستار) به عنوان گروه آزمون و دو بخش دیگر (با ۱۹ پرستار) به عنوان گروه شاهد مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل چک لیست های بررسی کیفیت عملکرد پرستاران و پرسشنامه بررسی میزان رضایت بیماران بود. جهت پیش آزمون ۵۰ عدد چک لیست بررسی کیفیت عملکرد توسط همکار پژوهشگر، با مشاهده عملکرد پرستاران در هر گروه تکمیل شد. پرسشنامه رضایت نیز توسط خود بیماران یا مصاحبه پژوهشگر با بیمار به تعداد ۳۵ مورد تکمیل گردید. مداخله به مدت ۲ ماه در گروه آزمون انجام شد و سپس به مدت یک ماه مداخله ای در گروه آزمون انجام نشد، کلیه ابزارهای فوق مجدداً برای دو گروه (مرحله پس آزمون) به همان روش تکمیل شد.

یافته ها: گروه های آزمون و شاهد (پرستاران و بیماران) به لحاظ متغیرهای دموگرافیک (سن، تحصیلات، وضعیت معیشت و ...) همسان بوده و آزمون های مجذور کای و تی مستقل اختلاف معنی داری را بین دو گروه پرستاران با یکدیگر و چهار گروه بیماران (دو گروه قبل و دو گروه بعد) نشان ندادند. آزمون های مجذور کای و تی زوجی هیچ گونه اختلاف معنی داری در ارتباط متغیرهای دموگرافیک پرستاران با عملکرد نشان نداد، در مورد ارتباط متغیرهای دموگرافیک بیماران با رضایت؛ این آزمون ها نشان داد که بین رضایت با سن و وضعیت معیشت بیماران گروه شاهد در قبل مداخله و رضایت با شغل و وضعیت معیشت بیماران گروه مورد در بعد مداخله ارتباط معنی دار وجود دارد. آزمون های آماری من ویتنی اختلاف معنی داری را برای کیفیت عملکرد پرستاران بین دو گروه آزمون و شاهد، بعد از مداخله نشان داد ($P < 0/001$). همچنین این آزمون اختلاف معنی داری را برای رضایت بیماران بین دو گروه آزمون و شاهد، بعد از مداخله نشان داد ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که اجرای فرآیند ارزشیابی همکار بر ارتقای کیفیت عملکرد پرستاران و رضایت بیماران مؤثر بوده است.

کلید واژه ها: ارزشیابی همکار - کیفیت عملکرد پرستاران - رضایت بیماران

تاریخ دریافت: ۸۷/۸/۱

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۰/۲۸

این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

^۱ دانش آموخته کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
^۲ دانشیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (*مؤلف مسؤول) شماره تماس: ۰۲۱۸۲۸۸۳۸۱۳

Email: anoosheh@modares.ac.ir

^۳ دانشیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۴ دانشیار گروه آمار، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

مقدمه

از زمانی که انسان سعی در تولید کالا و ارائه خدمات نمود، موضوع کیفیت نیز مورد توجه بوده است. شاید یکی از دلایل مهم توسعه تکنولوژی و صنعت نیز، بر مبنای این اصل استوار باشد که انسان هیچ گاه به وضع موجود خود راضی و قانع نبوده و همواره سعی در بهبود آن داشته است^(۱). امروزه پرداختن به کیفیت کالاها و خدمات و رضایت مشتریان در کلیه زمینه ها در زمره اولویت های اساسی هر سازمان پیشرو می باشد. این موضوع تلاش برای ادامه بقاء سازمان ها در بازار رقابت، ضرورت استفاده بهینه از تمامی منابع در دسترس و کشف و به کارگیری مستمر منابع جدید را ایجاب می نماید تا از این منابع، جهت ارائه خدمات و یا تولید محصولات با کیفیت بالاتر و متناسب با نیازهای مشتری بهره گیری شود^(۲). اصلی ترین هدف ارتقاء کیفیت در رشته های بالینی، ارائه مراقبت های بالینی به بهترین شکل ممکن به مددجویان است. در صورتی که این هدف تحقق یابد، نتایج آن نه تنها شامل حال بیماران می گردد بلکه ارائه دهندگان مراقبت و خود حرفه را نیز در بر می گیرد. Yoderwise در این باره اظهار می دارد که نظام بهداشتی شایسته از طریق خدمات مطلوب می تواند به هدف نهائی خود که تأمین سلامت انسان ها است، دست یابد و با توجه به افزایش هزینه های بهداشت و درمان باید به کیفیت مراقبت نیز بیشتر توجه کرد^(۳). از آنجا که پرستاران در خط مقدم ارائه خدمات مراقبت بهداشتی به مددجویان قرار دارند، و عملکرد آن ها تا حد زیادی تعیین کننده کیفیت مراقبت های بهداشتی است و همچنین به عنوان اعضای تیم مراقبت بهداشتی بیشترین ارتباط را با بیمار داشته و در تمامی ساعات شبانه روز در دسترس بیماران هستند، لذا نقش بسزایی در ارتقای کیفیت خدمات دارند و مشارکت آنان در این راستا ضروری است^(۴). بیماران حق دارند که از مراقبت پرستاری مطلوب و با کیفیت برخوردار باشند^(۵). اما بر اساس تحقیقاتی

که در زمینه کیفیت مراقبت های پرستاری و رضایت مددجویان انجام شده؛ در می یابیم علی رغم تلاش زیاد در این زمینه هنوز به این مهم دست نیافته ایم. مطالعه صفری در سال ۱۳۸۱ نشان داد که عملکرد پرستاران بخش ویژه قلب تنها در ۲۰ درصد موارد مطلوب بوده و فقط ۲/۲ درصد بیماران از خدمات و مراقبت های ارائه شده رضایت داشته اند^(۶). نتایج تحقیق حبیبی پور (۱۳۸۵) در مورد تأثیر به کارگیری برنامه طراحی شده ترخیص بر اساس "نظریه هدفگذاری" بر انگیزش شغلی پرستاران و رضایت بیماران نشان داد که ۹۶/۷ درصد بیماران گروه شاهد و صد درصد بیماران گروه آزمون قبل از اجرای برنامه مورد نظر، نسبتاً ناراضی بوده اند^(۷)، حبشی زاده (۱۳۸۵) نیز از نتایج مطالعه خود با عنوان بررسی تأثیر ایفای نقش مربیگری توسط سوپروایزران بالینی بر روحیه پرسنل پرستاری و رضایت بیماران دریافت که تنها ۲۴ درصد بیماران گروه شاهد و ۶ درصد بیماران گروه آزمون قبل از برنامه بهسازی از رضایت بالایی برخوردار بودند^(۸). پرستاران در مطالعه کیفی دهقان نیری و همکاران در سال ۲۰۰۶ با هدف بررسی دیدگاه پرستاران پیرامون بهره وری خود؛ عنوان کردند که تنها ۲۰ - ۱۵ درصد زمان خود را به مراقبت در بالین اختصاص می دهند و زمان در دسترسشان بیشتر صرف انجام کارهایی که مستقیماً به مراقبت از بیمار مربوط نمی شود به هدر می رود^(۹). کیفیت مراقبت ها در خارج از کشور نیز پایین گزارش شده است، از جمله نتایج یک مطالعه کمی و کیفی در سال ۲۰۰۲ که به منظور ارزیابی کیفیت مراقبت های پرستاری توسط Shongwe انجام گرفت، نشان داد که اکثریت بخش ها دارای استانداردهای مراقبت پرستاری نیستند و فرآیند پرستاری در آن ها به کار گرفته نشده است^(۱۰). لذا ضروریست که جهت ارتقای کیفیت مراقبت ها چاره ای اندیشیده شود. Aroa معتقد است که امروزه با رشد و پیچیدگی علوم بهداشتی و افزایش تخصص حرفه های بهداشتی به روش های

است، از جمله نتایج مطالعه Bryan و همکارانش در سال ۲۰۰۵ نشان داد که کاربرد این روش توانسته مهارت های بررسی را در دانشجویان پزشکی سال اول ارتقاء دهد^(۱۸)، نتایج مطالعه ای دیگر در سال ۲۰۰۵ توسط Elliott نشان داد که انجام این روش در بین دانشجویان پرستاری باعث ایجاد انگیزه به انجام کارهای گروهی و تشویق به انجام کار مطابق با استاندارد گشته است^(۱۹). Gillies (۱۹۹۴) بیان می کند تکنیک ارزشیابی همکار مشوق مسئولیت پذیری افراد بوده و می تواند با ایجاد رشد حرفه ای و مسئولیت پذیری گروهی منجر به بهبود کیفیت مراقبت کلی در واحد پرستاری گردد^(۱۷). مطالعه ای در سال ۲۰۰۰ توسط Vurinen تحت عنوان "نقش ارزشیابی همکار در رشد حرفه ای پرستاران" در بخش مراقبت ویژه یک بیمارستان وابسته به دانشگاه فنلاند انجام شد. نتایج نشان داد که ارزشیابی همکار با ایجاد حمایت فردی و شغلی زمینه را برای ارتقاء رشد حرفه ای آماده می کند^(۲۰). ارزشیابی همکار به عنوان یکی از مؤثرترین روش های مدیریت ریسک در مشاغل پزشکی کاربرد داشته است^(۲۱)؛ این روش می تواند علاوه بر تعیین مشکلات و مسائل مدیریت ریسک، نقص های ثبت پرستاری و نیازهای آموزشی مداوم را شناساند و یا به عنوان یک نوع تفویض اختیار برای مدیرانی که از سبک مدیریت مشارکتی استفاده می کنند به کار رود^(۲۲)، Rees & Porter (۲۰۰۴) نیز بیان کرده اند که ارزشیابی همکار علاوه بر این که یک نوع رشد حرفه ای برای فرد در حال انجام ارزشیابی به حساب می آید، برای حفظ استانداردهای کیفیت، شناخت نیازهای آموزشی و ارزشیابی نهائی عملکرد مناسب است^(۲۳). سازمان های خدمات بهداشتی درمانی با ارائه مراقبت با کیفیت مطلوب و استانداردهای مراقبتی می توانند به اثربخشی، کارایی و موفقیت برسند. منابع انسانی این سازمان ها از ارکان مهم پیشرفت سازمان می باشند و پرسنل پرستاری بیشترین سرمایه انسانی در سازمان های

دقیق کنترل نیازمندیم تا مطمئن شویم که کارکنان دارای دانش و مهارت کافی برای ارائه مراقبت مؤثر و مطمئن به بیمار می باشند. وی در ادامه ابراز می کند که تعهد به حفظ استانداردهای مراقبت بیمار توسط کارکنان تنها بوسیله ارزشیابی خدمات به طور دوره ای و انجام گام های لازم برای بهبودی بدست آورده می شود^(۱۱). یکی از وظایف مدیر ارزشیابی عملکرد زیردستان است زیرا او در برابر عملکرد آنان مسئولیت دارد، شاید کسان دیگری در سازمان باشند که بتوانند این کار را بهتر انجام دهند^(۱۲). به راستی چرا مدیر باید تنها کسی باشد که عملکرد را ارزشیابی می کند؟ در صورتی که او اغلب اطلاعات کمتری از کارهای افراد نسبت به اعضای گروه و همکاران فرد دارد^(۱۳). Soltani (۲۰۰۳) ارزشیابی همکار را با این مزیت که همکاران بیش جامع تری از عملکرد شغلی یکدیگر دارند ارزشمند می داند^(۱۴)، Tailor (۲۰۰۰) نیز بیان می کند همکارانی که با هم کار می کنند سطح بیش بالاتری نسبت به کار بالینی یکدیگر دارند و فرصتی برای دریافت بازخورهای بهتر به منظور خود بهبودی فراهم می آورند^(۱۵). ارزشیابی همکار به عنوان یک روش کنترلی و جزء برنامه های تضمین کیفیت پرستاری معرفی شده است. ارزشیابی همکار فرآیندی است که به وسیله آن پرستاران به طور سیستماتیک به بررسی، کنترل و قضاوت درباره کیفیت مراقبت پرستاری در مقایسه با استانداردهای حرفه ای عمل می پردازند^(۱۶). به عبارت دیگر ارزشیابی همکار امری است که توسط آن کارکنان با حرفه و وضع مشابه عملکرد فرد دیگری را در قبال معیارهای قابل قبول ارزیابی می کنند^(۱۷). نظر به این که نمی توان سطح مطلوب خدمات بهداشتی و بالینی را بدون ارزشیابی و کنترل دقیق و منظم حفظ کرد، ارزش و لزوم ارزشیابی عملکرد روز به روز مشخص تر می شود^(۱۷). تحقیقات مختلفی نشان داده اند که ارزشیابی همکار برای دانشجویان پزشکی و پرستاری به کار رفته و نتایج مثبتی داشته

خدماتی بهداشتی هستند، بنابراین تأثیر خدمات پرستاران بر کیفیت مراقبت‌ها و رضایت بیماران بر کسی پوشیده نیست، لذا انجام مداخلاتی که باعث حفظ و ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها توسط پرستاران گردد ضروری است. محقق در پی آن است تا تأثیر فرآیند ارزشیابی همکار را بر کیفیت مهم عملکردهای پرستاران بعنوان معیارهای فرآیندی و بر رضایت بیماران به عنوان معیار برآیندی خدمات پرستاران بسنجد. با توجه به این که در کشور ما تحقیقات تجربی زیادی در این خصوص انجام نشده است، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت عملکرد پرستاران و رضایت بیماران و میزان تأثیر فرآیند ارزشیابی همکار بر ارتقاء آن اجرا شد. فرضیه این پژوهش، این است که اجرای ارزشیابی همکار بر ارتقاء کیفیت مراقبت در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد مؤثر است.

روش بررسی

این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی بود. جامعه پژوهش را کلیه پرستاران شاغل و بیماران بستری در بخش‌های CCU و PCCU بیمارستان‌های دولتی شهر اراک به علاوه بیماران بستری در این بخش‌ها تشکیل می‌دادند. نمونه پژوهش شامل پرستارانی بودند که حداقل از ۲ ماه گذشته در این بخش‌ها مشغول به کار بودند. در مورد بیماران؛ بستری بودن به مدت حداقل ۷۲ ساعت در این بخش‌ها، سن کمتر از ۳۰ سال و عدم عضویت در کادر درمانی معیارهای ورود به مطالعه را تشکیل می‌داد. روش نمونه‌گیری در مورد جامعه پرستاران به روش در دسترس بود. روش تقسیم‌بندی گروه‌ها به آزمون و کنترل بر طبق تعداد پرستار موجود در این بخش‌ها صورت گرفت، به طوری که دو بخشی که دارای ۲۵ پرستار بود به عنوان گروه آزمون و دو بخش دیگر با ۱۹ پرستار، به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. در مورد بیماران نیز از نمونه‌های در دسترس و واجد شرایط استفاده گردید. لازم به ذکر است

که محیط بخش‌ها از نظر قوانین و مقررات حاکم، پروتکل‌های ارزشیابی عملکرد پرستاران، پروتکل‌های درمان برای بیماران، سیستم‌های ثبت گزارشات، نوع پزشکان و تجهیزات تفاوتی نداشتند، بنابراین مشکلی در همسان‌سازی این دو بخش موجود نبود. نمونه لازم جهت بررسی کیفیت عملکرد و رضایت، از طریق کاربرد فرمول حجم نمونه (فرمول پوکاک) و با استفاده از یافته‌های مطالعات مشابه انجام گرفت.

به منظور تعیین روایی یا اعتبار چک‌لیست‌های بررسی کیفیت عملکرد پرستار در مراقبت از بیماران CCU و PCCU از روش اعتبار محتوی استفاده گردید. بدین صورت که ابتدا با مطالعه مقالات و کتب معتبر داخلی و خارجی ابزار گردآوری داده‌ها تهیه گردید. سپس این ابزارها به ۱۰ نفر از اساتید صاحب نظر دانشگاه تربیت مدرس، علوم پزشکی تهران، بقیه‌... و اراک ارائه شد و ابزار نهایی با اعمال نظر اصلاحی و پیشنهادی اساتید مذکور و تأیید تیم تحقیق معتبر گردید. به منظور تعیین پایایی چک‌لیست‌ها از روش پایایی بین‌ارزیاب‌ها استفاده شد، به طوری که پژوهشگر و همکار پژوهش به مشاهده همزمان عملکرد ۱۰ تن از پرستاران پرداختند. ضریب پایایی حساب شده از چک‌لیست‌های بررسی کیفیت عملکرد ۰/۹۳ بود. لازم به ذکر است که ۸۰ گویه موجود در چک‌لیست بررسی کیفیت عملکرد پرستار در مراقبت از بیماران PCCU با ۸۰ گویه از ۱۰۰ گویه موجود در چک‌لیست بررسی کیفیت عملکرد پرستار در مراقبت از بیماران CCU یکسان بود؛ بنابراین لزومی به اندازه‌گیری پایایی جداگانه چک‌لیست‌های دو بخش نبود. ابزار سنجش رضایت بیماران از پژوهش صفری^(۱) اقتباس شده که روایی و پایایی آن به میزان ۰/۸۸ سنجیده شده بود. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و رضایت بیماران توسط خود آن‌ها یا با مصاحبه پژوهشگر (خواندن عین سؤالات برای افراد بی‌سواد و

علامت‌گذاری پاسخ آن‌ها بر روی پرسشنامه) بعد از ترخیص تکمیل می‌شد.

پژوهشگر طی برگزاری جلسه معارفه، سرپرستار و پرستاران گروه مورد را پیرامون هدف و روش اجرای ارزشیابی همکار و رابطه آن با کیفیت عملکرد آشنا کرده و همکاری آن‌ها را جهت شرکت در پژوهش جلب کرد. جهت کاهش تورش در جمع‌آوری داده‌ها، بررسی کیفیت عملکرد پرستاران توسط همکار پژوهشگر (پرستاری که بعد از آموزش درباره چگونگی جمع‌آوری داده‌ها، به بررسی کیفیت عملکرد پرستاران بدون اطلاع از تقسیم‌بندی بخش‌ها به گروه آزمون و کنترل پرداخت) با استفاده از چک‌لیست بررسی کیفیت عملکرد پرستاران انجام گرفت. پرسشنامه رضایت نیز توسط خود بیماران یا با مصاحبه پژوهشگر تکمیل شد. انتخاب پرستاران ارزشیاب با توجه به سابقه کاری، تمایل فرد برای ارزشیاب شدن، نمره ارزشیابی اولیه (نتیجه حاصل از بررسی عملکرد در پیش‌آزمون) و مورد قبول بودن توسط سرپرستار و پرسنل صورت گرفت. در این پژوهش ۴ پرستار ارزشیاب از بخش CCU1 و ۲ پرستار ارزشیاب از بخش PCCU انتخاب شدند به طوری که به هر کدام از پرستاران ارزشیاب مسئولیت اجرای فرآیند ارزشیابی از ۴ پرستار همکار محول گردید. آماده‌سازی پرستاران ارزشیاب توسط پژوهشگر صورت گرفت. بدین ترتیب که این افراد طی جلسات نظری و عملی با مفهوم ارزشیابی همکار، وظایف و مسئولیت‌های پرستار ارزشیاب طی فرآیند، چگونگی تکمیل فرم‌های ارزشیابی همکار و عوامل مؤثر بر افزایش اثربخشی ارزشیابی آشنا شدند. سرپرستاران نیز بعلت نقشی که در فرآیند ارزشیابی دارند لازم بود در جلسات حضور یابند. آماده‌سازی ارزشیابی شونده‌گان توسط پرستاران ارزشیاب به منظور آشنایی پرسنل پرستاری با اهداف پژوهش و نقش ارزشیابی همکار به عنوان یک شیوه ارزشیابی در ارتقاء کیفیت مراقبت‌های ارائه شده صورت

گرفت. در این مرحله هر پرستار ارزشیاب به تعیین حدود انتظار و وظایف ارزشیابی شونده‌گان پرداخته و بعد از آشنایی با مراحل فرآیند زمان ارزشیابی را (تعیین شده توسط سرپرستار) به آن‌ها اعلام می‌کنند. در این مرحله سرپرستاران با سازماندهی برنامه کاری پرسنل به طوری که در هر شیفت، یک ارزشیاب با حداقل یکی از ارزشیابی شونده‌های او در بخش حضور داشته باشد و یادآوری زمان ارزشیابی به ارزشیابان و تقسیم کار کمتر به آن‌ها در روز ارزشیابی، زمینه را برای اجرای فرآیند ارزشیابی همکار توسط ارزشیاب در زمان مقرر آماده می‌کند. همچنین برای هر ارزشیابی شونده‌ای یک کد انتخاب کرده که بالای فرم ارزشیابی هر ارزشیابی شونده نوشته می‌شد و این کد تنها برای سرپرستار، پرستار ارزشیاب و ارزشیابی شونده شناخته شده بود.

در مرحله اجرای فرآیند هر پرستار ارزشیاب با استفاده از فرم‌های ارزشیابی همکار به مشاهده و بررسی عملکرد ارزشیابی شونده‌های خود می‌پرداخت و با ارائه بازخورد سعی در تثبیت رفتار صحیح و رفع نقاط ضعف آن‌ها می‌نمود همچنین وی را از نتیجه ارزشیابی آگاه کرده؛ در صورت لزوم اقدامات اصلاحی بصورت نظری و عملی در جهت بهسازی وی ارائه می‌داد و او را برای ارزشیابی بعد آماده می‌کرد. در طول مدت اجرای فرآیند، پژوهشگر در بخش حضور داشته و عملکرد هر پرستار ارزشیاب را در رابطه با نحوه ارزشیابی عملکرد هر کدام از چهار ارزشیابی شونده‌وی حداقل یکبار مورد نظارت مستقیم قرار می‌داد تا در صورت نقص یا انحراف از ارزشیابی صحیح، ارزشیاب را هدایت کند. مرحله رهاسازی پرستاران ارزشیاب نیز یک ماه به طول انجامید و در این مرحله آنان فرآیند ارزشیابی همکار را بدون حضور مستمر پژوهشگر انجام دادند. پس آزمون همانند مرحله قبل مداخله انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌های این پژوهش را چک‌لیست بررسی کیفیت عملکرد پرستار و پرسشنامه بررسی میزان

رضایت بیماران تشکیل می داد. جهت تعیین امتیاز کیفیت عملکرد پرستار که معیار سنجش آن به صورت "بلی"، "خیر" و "موردی ندارد" بوده است، به پاسخ بلی نمره "۱" و خیر نمره "۰" داده شد. لازم به ذکر است که عملکردهای موجود در چک لیست های بررسی کیفیت عملکرد پرستار در ۵ بعد عملکرد ارتباطی، مراقبتی، درمانی، حمایتی و آموزشی تدوین شده است. چک لیست بررسی کیفیت عملکرد پرستار در مراقبت از بیماران CCU شامل ۱۰۰ گویه و چک لیست بررسی کیفیت عملکرد PostCCU شامل ۸۰ گویه بود. جهت تعیین کیفیت عملکرد پرستاران نمره این چک لیست ها به درصد حساب شده و از بین نمرات ۲۰۰ چک لیست مورد بررسی قبل و بعد از مداخله در دو گروه، تفاوت امتیاز حداکثر (۱ نمره) و حداقل (۰) به سه قسمت مساوی تقسیم شده و کیفیت عملکرد در سه حیطه کیفیت ضعیف (نمره ۰/۳۳ - ۰)، کیفیت متوسط (نمره ۰/۶۶ - ۰/۳۴) و کیفیت خوب (نمره ۱ - ۰/۶۷) مورد بررسی قرار گرفته است.

در مورد تعیین رضایت بیماران معیار سنجش و نمره بندی داده‌ها به صورت "بلی" و "خیر" بود که به پاسخ بلی "۱" و خیر "۰" داده شد. حداقل نمره پرسشنامه ۰ و حداکثر آن ۲۵ بوده که پس از نمره دهی به سه دسته رضایت زیاد (۲۵ - ۱۷)، رضایت نسبی (۱۶ - ۹) و رضایت کم (۸ - ۰) تقسیم بندی گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته ها

پس از تجزیه و تحلیل داده ها، مشخص شد که ۷۳/۶۸ درصد پرستاران گروه کنترل و تمام پرستاران گروه مورد زن و اکثریت پرستاران هر دو گروه متأهل هستند. ۹۴/۷۳ درصد پرستاران در گروه کنترل و ۸۸٪ پرستاران در گروه آزمون دوره مراقبت های ویژه قلبی را نگذرانده‌اند و از نظر گذراندن دوره ضمن خدمت

دو گروه وضعیت مشابهی دارند. اکثریت پرستاران گروه کنترل (۵۲/۶۳٪) رسمی و اکثریت پرستاران گروه آزمون (۶۸٪) غیر رسمی می باشند. همچنین اکثریت پرستاران گروه کنترل و مورد سابقه کاری زیر ۵ سال دارند و از نظر سابقه خدمت در بخش ویژه، اکثریت پرستاران هر دو گروه زیر ۲ سال سابقه کاری دارند. استفاده از آزمون آماری مجذور کای و تی مستقل نشان می دهد که پرستاران هر دو گروه از نظر ویژگی های فردی همسان هستند. گروه بیماران (آزمون و کنترل در مرحله قبل و بعد) نیز به لحاظ ویژگی های دموگرافیک سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت معیشت، شغل، نوع بیمه و سابقه بستری همسان بوده و آزمون های آماری مجذور کای و تی مستقل اختلاف معنی داری را بین گروه ها نشان نداد.

طبق آزمون آماری غیرپارامتریک من ویتنی بین میانگین های نمرات کیفیت عملکرد در دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله اختلاف معنی دار آماری وجود نداشت، اما این آزمون بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی داری را نشان داد ($P < 0/001$). همچنین این آزمون اختلاف معنی داری را بین نمرات رضایت بیماران گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله نشان نداد، در حالی که بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی داری را نشان داد ($P < 0/001$) (جدول شماره ۱).

از نظر تقسیم بندی کیفیت عملکرد به سه دسته کیفیت ضعیف، متوسط و خوب؛ نتایج نشان که تنها ۸٪ عملکردها در مرحله قبل مداخله از هر دو گروه دارای کیفیت خوب می باشند و کیفیت اکثریت عملکردهای هر دو گروه در حد متوسط است. در مرحله بعد مداخله ۴۴٪ عملکردهای گروه مورد از کیفیت خوبی برخوردار می باشند و عملکرد ضعیف وجود ندارد در حالی که در گروه شاهد ۲۰٪ عملکردها در حد ضعیف باقی مانده و تنها ۱۰٪ عملکردها از کیفیت خوبی برخوردار می‌باشند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار کیفیت عملکرد و رضایت بیماران گروه های کنترل و آزمون در مراحل قبل و بعد از مداخله

گروه	متغیرها		کیفیت عملکرد		رضایت بیمار	
	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد
شاهد	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
آزمون	۰/۱۲ \pm ۰/۴۲	۰/۱۲ \pm ۰/۴۴	۰/۰۸ \pm ۰/۶۸	۰/۰۸ \pm ۰/۸۸	۲/۵۵ \pm ۱۷/۴۸	۳/۰۶ \pm ۱۰/۲۵
آزمون من ویتنی	P = ۰/۲۳	P = ۰/۰۰	P = ۰/۰۲	P = ۰/۰۰		

این یافته ها فرضیه پژوهش را مبنی بر این که اجرای ارزشیابی همکار بر ارتقاء کیفیت عملکرد در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد مؤثر است، تأیید می کند. در جدول شماره ۳ نیز میانگین نمرات کیفیت از نظر ابعاد عملکرد پرستاران در دو مرحله قبل و بعد گروه های شاهد و مورد آورده شده است تا به مقایسه کمی ابعاد عملکرد پرداخته شود.

جدول شماره ۲- بررسی کیفیت عملکرد پرستاران گروه کنترل و آزمون در مراحل قبل و بعد از مداخله

کیفیت عملکرد	گروه		قبل		بعد	
	شاهد	آزمون	شاهد	آزمون	شاهد	آزمون
کیفیت ضعیف (۰ - ۰/۳۳)	۱۲	۲۴	۱۶	۳۲	۱۰	۲۰
کیفیت متوسط (۰/۳۴ - ۰/۶۶)	۳۴	۶۸	۳۰	۶۰	۳۵	۷۰
کیفیت خوب (۰/۶۷ - ۱)	۴	۸	۴	۸	۵	۱۰
جمع	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰

جدول شماره ۳- مقایسه میانگین نمرات کیفیت از نظر ابعاد عملکرد پرستاران در دو مرحله قبل و بعد به تفکیک گروه های کنترل و آزمون

ابعاد عملکرد	گروه		شاهد		آزمون	
	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد
ارتباطی	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
مراقبتی	۰/۳۴	۰/۳۶	۰/۳۰	۰/۳۰	۰/۶۲	۰/۶۲
درمانی	۰/۵۵	۰/۵۵	۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۷۹	۰/۷۹
حمایتی	۰/۶۱	۰/۵۸	۰/۵۵	۰/۵۵	۰/۷۶	۰/۷۶
آموزشی	۰/۴۴	۰/۴۸	۰/۴۰	۰/۴۰	۰/۶۵	۰/۶۵
	۰/۲۹	۰/۳۲	۰/۲۸	۰/۲۸	۰/۶۳	۰/۶۳

نتایج نشان می‌دهد که ۲۶/۸۵٪ بیماران گروه شاهد و آزمون در مرحله قبل از مداخله از رضایت بالایی برخوردارند. اکثریت بیماران گروه شاهد قبل و بعد مداخله از رضایت نسبی برخوردار می‌باشند، در حالی که اکثر بیماران گروه مورد فقط در مرحله قبل مداخله از رضایت نسبی برخوردارند و اکثریت

آن‌ها (۵۱/۴۲٪) بعد از مداخله دارای رضایت زیاد می‌باشند (جدول شماره ۴). این یافته‌ها فرضیه پژوهش را مبنی بر، اجرای ارزشیابی همکار بر افزایش رضایت بیماران در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد مؤثر است، تأیید می‌کند.

جدول شماره ۴- بررسی رضایت بیماران گروه شاهد و آزمون در مراحل قبل و بعد از مداخله

رضایت	گروه	قبل		بعد	
		شاهد	آزمون	شاهد	آزمون
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
رضایت کم (۰-۸)	۸	۲۲/۸۵	۱۰	۲۸/۵۷	۰
رضایت نسبی (۹-۱۶)	۲۶	۷۴/۲۸	۲۴	۶۸/۵۷	۴۸/۵۷
رضایت زیاد (۱۷-۲۵)	۱	۲/۸۵	۱	۲/۸۵	۵۱/۴۲
جمع	۳۵	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۱۰۰

بحث و بررسی

ویژگی‌های دموگرافیک افراد می‌تواند بر وضعیت رضایت آنان تأثیر گذار باشد؛ بنابراین در این مطالعه ارتباط بین ویژگی‌های دموگرافیک بیماران با رضایت سنجیده شد. آزمون‌های آماری مجذور کای و تی زوجی ارتباط معنی‌داری را بین رضایت با سن و وضعیت معیشت در مرحله قبل مداخله گروه شاهد و ارتباط معنی‌داری را بین رضایت با شغل و وضعیت معیشت بیماران در مرحله بعد مداخله گروه آزمون نشان داد، به طوری که بیماران مسن‌تر و بیماران با وضعیت معیشت بهتر رضایت بیشتری را ابراز داشتند. مطالعه Thiedke (۲۰۰۷) بیان داشته افرادی که وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین دارند، رضایت کمتری از مراقبت‌های ارائه شده ابراز می‌دارند^(۲۴). Schulmeister (۲۰۰۵) نیز بیان می‌کند خصوصیات دموگرافیکی مثل سن، جنس، و سطح تحصیلات بر میزان رضایت بیماران تأثیر گذار است، به طوری که بیماران مسن‌تر رضایت بالاتری را ابراز می‌کنند؛ مردان

بیشتر از زنان از مراقبت ارائه شده رضایت دارند و بیماران با سطح تحصیلات کمتر، رضایت‌مندی بیشتری از مراقبت‌های ارائه شده دارند^(۲۵). Wang و Liu نیز طی مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۷ که با هدف بررسی رضایت بیماران از مراقبت‌های پرستاری و تعیین فاکتورهای مؤثر بر رضایت انجام شد؛ دریافتند که متغیرهای سن، سطح تحصیلات، شغل، و بخش بستری بیماران با میزان رضایت آن‌ها مرتبط بوده است^(۲۶). Jackson می‌نویسد: با این‌که انتظارات، ارزش‌ها و ویژگی‌های دموگرافیک افراد، بر نتایج رضایت‌مندی تأثیر دارند ولی این موارد تنها دلیل کمتر از ده درصد تفاوت‌های موجود بین رضایت‌مندی افراد است^(۲۷). بنابراین ارتباط معنی‌دار بین رضایت با شغل و وضعیت معیشت بیماران گروه آزمون در بعد مداخله نمی‌تواند دلیل قانع‌کننده‌ای برای افزایش رضایت آنان باشد، همان‌طور که ارتباط معنی‌دار بین رضایت با سن و وضعیت معیشت بیماران گروه شاهد در قبل مداخله نتوانسته رضایت آنان را به طور معنی‌داری نسبت به

گروه آزمون تغییر دهد. در این پژوهش بین ویژگی های دموگرافیک پرستاران هر دو گروه با کیفیت عملکرد آنان هیچ گونه ارتباط معنی داری یافت نشد که این نتایج تأثیر مداخله را بر کیفیت مراقبت بیشتر مورد تأکید قرار می دهد. به عبارت دیگر می توان ادعا داشت که اجرای مداخله باعث افزایش معنی دار کیفیت مراقبت پرستاران با هر ویژگی مانند سن، سابقه خدمت، حقوق و موارد دیگر شده است ($P < 0/05$).

در بررسی کیفیت عملکرد پرستاران در مرحله بعد از اجرای فرآیند ارزشیابی، یافته ها نشان می دهد که فرآیند ارزشیابی همکار به طور معنی داری توانسته موجب تغییر در کیفیت عملکرد گردد. در این راستا نتایج تحقیق Harris و همکاران در سال ۲۰۰۰ در یکی از بیمارستان های زنان بریتانیا نیز نشان داد که اجرای فرآیند ارزشیابی همکار باعث افزایش کیفیت مراقبت پرستاران شده است. در این مطالعه که هدف؛ کاهش میزان القای نامناسب و غیر ضروری زایمان ها بود، کادری متشکل از حرفه های مختلف درمانی به برنامه ریزی جهت شناسایی زایمان های نیازمند القا، تهیه معیارهای واضح برای القا، و چگونگی بهبود فرآیند القا پرداختند. سپس با برقراری سیستم ارزشیابی همکار و فیدبک دهی به تغییرات ایجاد شده و حفظ بهبود فرآیند القای جدید کمک کردند و در نتیجه میزان القاها کاهش یافت و این تغییرات حفظ شد، و بدین ترتیب روش های بهبود مداوم کیفیت به کار گرفته شد^(۲۸). مطالعه ای دیگر توسط شبکه قلبی انگلستان (Cardiac Network) در سال ۲۰۰۵ انجام گرفته که ارزشیابی همکار را به عنوان یک فرآیند بهبود کیفیت خدمات مراقبت قلبی معرفی کرده است. این شبکه قلبی ۳۰ سازمان مراقبت دهنده اولیه، ثانویه و ثالثیه را در موقعیت جغرافیایی خود جای داده است، که تمامی این سازمان ها مرتبط با ارائه خدمات قلبی توسط انجمن بوده و جزء اعضای شبکه هستند. دوازده تیم بالینی ارائه دهنده خدمات مراقبت کرونری در ۱۲ مرکز مراقبت دهنده ثانویه (بیمارستان)

در فرآیند ارزشیابی همکار شرکت داشتند. هر تیم شامل همه نوع کارکنان مثل پزشک، پرستار، داروساز، مددکاران اجتماعی و مدیران بود که در فرآیند ارائه مراقبت دخالت دارند. شبکه قلبی هر تیم را برای ارزشیابی با تیم دیگری جفت می کرد، به عنوان مثال؛ یک متخصص قلب از یک سازمان بایستی با همکار شغلی اش در سازمان دیگر روبرو می شد. قبل از انجام ویزیت های ارزشیابی همکار، اطلاعاتی از جمله اهداف ویزیت، اطلاعات پایه از بخش، حسابرسی ها، سطوح پرسنلی و ابزار ارزشیابی به افراد تیم داده شد. ابزار ارزشیابی ابتدا جهت خود ارزشیابی توسط هر فرد استفاده شد. تیم های بالینی طی ویزیت در سازمان جفت شده به بازنگری و ارزشیابی خدمات ارائه شده همکاران بر اساس استفاده مجدد از ابزار ارزشیابی می پرداختند. در پایان ویزیت، تیم ها با همدیگر ملاقات کرده و پیامهای ساده ای که آموخته بودند بازخورد می دادند. بعد از آن هر عضو تیم ویزیت کننده یک صفحه گزارش می نوشت. آن ها با تمرکز بر چیزهایی که می خواستند در عملکردشان تغییر دهند و مواردی که معتقد بودند همکار در تیم ارزشیابی شونده باید برای تغییر در نظر بگیرد گزارش را تکمیل می کردند. گزارشات توسط سربازرس جمع آوری و سپس برای استفاده از نظرات و انجام اصلاحات با تیم تخصصی انجمن و سرانجام با شبکه در میان گذاشته می شد تا بر تغییر فرآیندهایی که نتایج مطلوب کمی برای بیمار داشته توافق و سعی در توسعه برنامه های بهبود شود. شبکه طی برگزاری جلسه ای با گردهمایی ۸ تیم تکمیل کننده فرآیند، به مذاکره جهت تسهیم تجارب ارزشیابی همکار و برنامه بهبود پرداختند. از جمله نتایج حاصل از جلسه این بود که تیم های بالینی پیشرفت های حاصل از فرآیند را، بهبود در کار خود و بالینی پیشرفت های حاصل از فرآیند را، بهبود در کار خود و سرانجام در برآیند بیمار بیان داشته و به طور کلی تجربه مثبتی را گزارش کردند^(۲۹). آن طور که از مطالعه بر می آید اگر ارزشیابی همکار با در نظر گرفتن اصول ارزشیابی و اصول

مدیریت صورت گیرد می تواند نقش مؤثری در بهبود فرآیند کار (کیفیت خدمات) و برآیند بیمار (رضایت) داشته باشد؛ همان طور که یافته های این مطالعه نیز مؤید این حقیقت می باشد.

یافته های مطالعه امامزاده قاسمی و ونکی (۱۳۸۶) نیز نشان داد طراحی و اجرای الگویی از ارزشیابی عملکرد که منطبق با اصول ارزشیابی و مدیریت مشارکتی بود، توانست موجب ۷۸٪ رشد در میزان کیفیت مراقبت های پرستاری گردد. به عبارتی ارزشیابی عملکرد پرستاران از جمله راه هایی است که می توان برای کنترل و رسیدن به سطح مطلوب خدمات پرستاری از آن بهره گرفت^(۳۰). یکی از دلایل معنی داری ایجاد شده بین نمرات کیفیت عملکرد پرستاران گروه شاهد و مورد در مرحله بعد از مداخله استفاده از اصل ارائه بازخوردهای هدایتی است که در اجرای فرآیند ارزشیابی همکار در گروه مورد به کار گرفته شد. Carthy بیان می کند که ۸۵ درصد از شرکت کنندگان در مطالعه وی نظر موافقی نسبت به ارزشیابی همکار داشته و پیشنهاد کرده بودند که سیستم ارائه بازخورد از جانب همکار تداوم یابد، چرا که موجب تغییراتی در رفتار و عملکردها شده است^(۳۱). نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد پرستاران گروه شاهد که هیچ گونه بازخوردی از جانب همکار در قالب ارزشیابی دریافت نکرده اند، تغییری هم در رفتار و عملکردهای آن ها مشاهده نشده است. Awases در سال ۲۰۰۶ مطالعه ای توصیفی اکتشافی، با هدف تعیین فاکتورهای مؤثر بر عملکرد پرستاران حرفه ای انجام داد. ۴۱٪ درصد مدیران در پاسخ به این سؤال که ارزشیابی عملکرد کارکنان را چگونه انجام می دهند؛ بیان کردند که هیچ گونه ارزشیابی انجام نمی دهند، در راستای این پاسخ، ۳۸٪ درصد پرستاران حرفه ای نیز بیان کرده اند که هیچ گونه ارزشیابی عملکرد از جانب مدیران اعمال نمی شود و قریب به ۶۶ درصد مدیران بیان کردند که روش ارزشیابی عملکرد همکار نیز انجام

نمی گردد. تنها ۵٪/۵ درصد مدیران بیان داشتند که درباره چگونگی عملکرد کارکنان بازخورد می دهند و ۱٪/۶۴ درصد نیز بیان کردند که بازخورد سازنده بر طبق نتایج ارزشیابی عملکرد صورت نمی گیرد. پاسخ دهندگان این مطالعه در بیان انتخاب محتوای دوره های آموزشی، اولویت را به مکانیسم های بازخورددهی و ارزشیابی عملکرد گذاشتند. یافته های این مطالعه نشان داد که به ارزشیابی عملکرد و بازخورد به عنوان فاکتورهای مؤثر بر عملکرد؛ کمتر توجه شده است. این مطالعه پیشنهاد کرده است که مدیران می توانند وظیفه ارزشیابی عملکرد را با مشارکت پرستاران حرفه ای بخش ها انجام دهند^(۳۲). در مطالعه حاضر سعی شده که ارزشیابی و بازخورد مرکز ثقل فرآیند ارزشیابی همکار قرار گیرد. همچنین از پرستارانی که سابقه کار و تجربه بیشتری دارند؛ به عنوان پرستاران ارزشیاب استفاده شود. نتایج مطالعه Barclay که در بین پرستاران مراقبت سلامت دولتی آمریکا انجام گرفت، نشان داد سیستمی که در آن پرستاران ارزشیاب سطوح بالاتری از آموزش و تجربه داشتند مناسب تر و راضی کننده تر از سیستمی بود که در آن ارزشیابانی با سطح آموزشی و تجربه پایین تر قرار داشتند^(۳۳). مقایسه میانگین نمرات کیفیت در ابعاد عملکرد نشان می دهد که کیفیت عملکردهای آموزشی و ارتباطی پرستاران نسبت به سایر عملکردها ضعیف تر است. در این میان، عملکرد درمانی پرستاران کیفیت بالاتری نسبت به سایر ابعاد دارد. در مطالعه ای تحت عنوان انتقال از بیمارستان به منزل، بیماران در حال ترخیص اعلام کردند که فقدان آموزش لازم یکی از عوامل منجر به پذیرش مجدد آن ها به بیمارستان بوده است^(۳۴). تحقیق ذکایی و همکاران در سال ۱۳۸۱ نشان داد که از نظر پرستاران ایفای نقش آموزشی آنان کم رنگ است و از مجموع فعالیت هایی که پرستار برای آموزش بیمار استفاده می کند فقط ۳۱٪/۷ آن مطلوب می باشد^(۳۵). در این راستا تحقیق مقرب (۱۳۸۱) نشان داد که

استفاده از آزمون آماری پی‌رسون مشخص کرد که ارتباط نسبتاً قوی بین مراقبت و رضایت بیماران از مراقبت های پرستاری وجود دارد^(۴۳). Oulton نیز بیان می‌کند رضایت بیماران در ارتباط مستقیم با کیفیت مراقبت است^(۴۴)، یافته‌های این پژوهش نیز حاکیست که به موازات افزایش کیفیت مراقبت، میزان رضایت بیماران نیز افزایش داشته است. Bry و همکاران در سال ۲۰۰۶ نشان دادند که روش ارزشیابی همکار موجب شناخت خطاهای انسانی و سیستمی و حفظ ایمنی در مراقبت از بیمار شده و بنابراین باعث کاهش وقایع نامطلوب برای بیمار گشته است^(۴۵). بنابر این عملکردهایی که موجب کاهش خطاها و افزایش کیفیت مراقبت ها گردند، موجب افزایش رضایت بیماران نیز خواهند شد.

مدیران پرستاری باید محیطی ایجاد کنند که پرستاران را به ارائه مراقبت بیمار محور کشانده و بدین ترتیب رضایت بیماران را تضمین کنند. به این منظور لازم است پرستاران بیشتر به اهمیت و جایگاه نقش های خود در ایجاد رضایت بیماران پی برده و خود را با نقش هایی چون آموزشی، ارتباطی، مراقبتی، درمانی و حمایتی تطبیق دهند. مدیران می‌توانند چنین محیطی را با ایجاد فرصت های رشد حرفه ای از جمله با تفویض اختیاراتی چون ارزشیابی عملکرد فراهم کنند. در این پژوهش با اجرای فرآیند ارزشیابی همکار در گروه آزمون توسط پرستاران ارزشیاب، آن ها تأکید را بر اجرای این نقش ها توسط پرستاران همکار داشتند، زیرا فرم ارزشیابی عملکرد همکار، در واقع به ارزیابی نقش‌های متعدد پرستاران می‌پرداخت. آن طور که از یافته ها بر می‌آید اجرای فرآیند ارزشیابی همکار و ارتقای کیفیت مراقبت‌ها در گروه آزمون، توانست رضایت بیماران را نیز به طور معنی داری افزایش دهد. بدین لحاظ ارزشیابی همکار به عنوان راهکاری جهت رسیدن به هدف پرستاری که همانا ارائه مراقبت با کیفیت بالا به بیمارست، معرفی می‌گردد.

میزان رضایت بیماران از مهارت های آموزشی؛ ۱۲/۸٪ زیاد، ۵۶/۸٪ متوسط و ۳۰/۴٪ کم است^(۳۶). مطالعه کهن (۱۳۸۲) نیز نشان داد بیماران بیشترین میزان رضایت را از رفتار مراقبتی پرستاران (اجرای به موقع دستورات درمانی) داشته و آموزش نکات لازم و ضروری هنگام ترخیص؛ کمترین میزان رضایت را به خود اختصاص داده است^(۳۷). همچنین یافته های مطالعه حاجی نژاد و همکاران (۱۳۸۶) با عنوان ارتباط رفتارهای مراقبتی کارکنان پرستاری از دیدگاه بیماران با رضایت بیماران نشان داد که بیماران به بعد آموزش به بیمار کمترین نمره را داده بودند^(۳۸). این در حالی است که آموزش از طریق کاهش اضطراب و ترس در مورد بیماری و روش های درمان، باعث رضایت بیشتر بیماران می‌شود^(۳۹). نتایج مطالعه کیفی Cabe در سال ۲۰۰۴ روی ۱۱ بیمار بستری در بیمارستان مشخص کرد که بیماران از فقدان ارتباط مناسب، احساس عدم توجه و همدلی و ارتباط دوستانه از طرف پرستاران گله مند و ناراضی‌اند^(۴۰). نتایج مطالعات اخیر نشان می‌دهد که ایفای نقش آموزشی و ارتباطی پرستاران ضعیف می‌باشد، به طوری که بیماران از عملکرد آموزشی و ارتباطی پرستاران ابزار ناراضی‌تایی داشته‌اند و این یافته ها با نتایج قبل از مداخله این پژوهش هم خوانی دارد. در غالب موارد مراقبتی که نتوانسته باعث ایجاد رضایت در بیمار شود را نمی‌توان دارای کیفیت خوب تلقی کرد^(۴۱). حال آن که Underhill اظهار می‌دارد که بیماران حق دارند که از مراقبت پرستاری مطلوب و با کیفیت برخوردار باشند^(۴۲).

دلیل افزایش معنی داری رضایت بیماران بعد از مداخله بین دو گروه شاهد و مورد، افزایش کیفیت مراقبت های ارائه شده به این بیماران می‌باشد. در این رابطه Wolf و همکارانش در سال ۲۰۰۳ پژوهشی با هدف بررسی ارتباط بین مراقبت پرستاری و رضایت بیماران روی بیماران تحت درمان با مداخلات تهاجمی قلب انجام دادند. نتایج این تحقیق با

تقدیر و تشکر

بخش‌های ویژه قلبی (CCU و PCCU) بیمارستان‌های

دولتی شهر اراک تشکر و قدردانی می‌گردد.

از کلیه کسانی که در انجام این تحقیق صمیمانه با پژوهشگران

همکاری داشته‌اند، به ویژه مدیران، پرستاران و بیماران

فهرست منابع

- 1- Kazazi A. Total quality management (applicating outlook). Tehran: Governmental management Education Center; 1999: 1-33. (Persian)
- 2- Torres EJ, Guo KL. Quality improvement techniques to improve patient Satisfaction. *J Health Care Qual Assur*, 2004; 17(6): 334 – 338.
- 3- Yoderwise PS. Leading and managing in nursing. 4th ed. st Louise: Mosby co; 2002.
- 4- Satinsky MA. What are you doing about health care quality in your practice? Part 1. *NCMB Forum*. 2006; 1: 8 - 1.
- 5- Woods SL, Sivarajan ES, Underhill MS. Cardiac nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Co; 2000: 760 – 768.
- 6- Safari M. Effect of nursing education with group discussion on nursing care quality from patients afflicted by MI. Thesis for MSc in Nursing, Tarbiat Modares University, 2002. (Persian)
- 7- Habibipoor B. The effect of utilization discharge designed program based “Goal Setting Theory” on Staff Nurses’ Job Motivation and patients’ satisfaction. Thesis for MSc in Nursing, Tarbiat Modares University, 2006. (Persian)
- 8- Habashizadeh A. The effect of coaching role by clinical supervisors on nursing staff moral and patients’ satisfaction. Thesis for MSc in Nursing, Tarbiat Modares University, 2006. (Persian)
- 9- Dehghan Nayeri N, Nazari AK, Salsali M, Ahmadi F, Adib Hajbaghery M. Iranian staff nurses’ views of their productivity and management factors improving and impeding it: A qualitative study. *J Nurs Health Sci*, 2006; 8: 51 – 56.
- 10- Shangwe NT. Quality assurance: an evaluation of the quality of nursing care in Swaziland. PhD. Dissertation, university of South Africa, 2002.
- 11- Aroa T. Facilitating effective performance appraisal of nurses. *Nurs J India*, 2004; 95(8): 177 – 181.
- 12- Stiphen PR. Organizational behavior. Translator: parsaeian Ali and eerabi Mohammad. 8th ed. Third volume (organization), The Office for Cultural Research; 2006: 46. (Persian)
- 13- Di Scot S, Jef D. Empowerment. Committed to creating workforce. Translator: mohegh morteza. 1st ed. Basir publication; 1996: 46. (Persian)
- 14- Soltani E. Towards a TQM-driven HR performance evaluation: an empirical study. *Employee Relations*, 2003; 25(4): 347-370.
- 15- Taylor K. Tackling the issue of nurse competency. *Nurs Manage*, 2000; 31(9): 35 – 37.
- 16- Lindberg JB, Hunter ML, Kruszewski AZ. Introduction to nursing. 3th ed. Lippincott; 1998.
- 17- Gillies DA. Nursing Management: A System Approach. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1994.
- 18- Bryan R. Assessing professionalism in early medical education: Experience with peer evaluation and self evaluation in the gross anatomy course. *Ann Med*, Singapore, 2005; 34:486 – 491.
- 19- Elliott N, Higgins A. Self and peer assessment – dose it make a difference to student group work?. *Nurse edu pract*, 2005; 5:40 – 48.
- 20- Vurinen R, Tarkka MT, Meretoja R. Peer evaluation in nurses’ professional development: a pilot study to investigate the issues. *JCN*, 2000; 9: 273- 281.
- 21- Nijm LM. Pitfalls of Peer Review. *J Legal Med*, 2003; 24: 541 – 556.
- 22- Sheahan SL, Simpson C, Rayens MK. Nurse practitioner peer review: process and evaluation. *Research*, 2001; 13:140 – 145.

- 23-Rees WD, Porter CH. Appraisal pitfalls and the training implications – part 2. *Indust Commer Training*, 2004; 36(1): 29 – 34.
- 24-Thiedke C. What do we really know about patient satisfaction?. *Family practice management*, 2007: 33 – 36. Available in: www. Aafp.org/fpm
- 25-Schulmeister L, Quiett K, Mayer K. Quality of life, quality of care, and patient satisfaction: perceptions of patient undergoing outpatient autologous stemcell transplantation. *Oncol Nurs Forum*, 2005; 32(1): 57 – 67.
- 26-Liu Y, Wang G. Inpatient satisfaction with nursing care and factors influencing satisfaction in a teaching hospital in China. *J Nurs Care Q*, 2007; 22(3): 266 – 271.
- 27-Jakson JL, Chamberlain J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med*, 2001; 52: 602 – 620.
- 28-Harris S, Buchinski B, Gryzbowski S, Janssen P, Mitchell E, Farquharson D. Induction of labour: a continuous quality improvement and peer review program to improve the quality of care. *Can Med Assoc J*, 2000; 163(9): 1163 – 1166.
- 29-Greater Manchester and Cheshire Cardiac Network. Report of peer review programme interim evaluation of progress 19th October 2005; 2006: 1 – 12.
- 30-Emamzadeh Ghasemi HS, Vanaki Z, Dehghan Nayeri N, Salehi T, Salsali M, Phaghihzhadeh S. Performance appraisal via management by objective and that's effect on nursing care quality. *Hayat*, 2007; 13(3): 5 – 15. (Persian)
- 31-McCarthy AM, Garavan T N. 360 feedback processes: performance improvement and employee career development. *J Euro Indust Training*, 2001; 25(1): 5 – 32.
- 32-Awases MH. Factors affecting performance of professional nurses in Namibia. PhD. Dissertation, university of South Africa, 2006: 227 – 229.
- 33-Barclay J, Harland L. Peer performance appraisals: the impact of rater competence, rater location and rating correctability on fairness perceptions. *Group Organization Manag*, 1995; 20(1): 39 – 60.
- 34-Kalisch BJ. Missing nursing care, a qualitative study. *J Nurs Care Q*, 2006; 21(4): 306 – 313.
- 35-Zokaii Yazdi S, Mosayeb Moradi J, Mehran A. Employed nurses' perspective in Tehran hospitals of medical science related to nursing roles and activities. *Hayat*, 2002; 8(16): 22-31. (Persian)
- 36-Moghareb M, Mahmoodirad Gh. Assessment of patient satisfaction from education skills provided in medical and surgical wards in Birjand city' Emam Reza therapeutic – health complex. *Scientific J Birjand Univ Med Sci*, 2002; 9(1): 23-26. (Persian)
- 37-Kohan S. Comparison of patients' satisfaction from presenting nursing and medical cares. *J Nurs Mid Coll. Razi Kerman College of Nursing and Midwifery*, 2003; 3(1). (Persian)
- 38-Hajinezhad MS, 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. (Persian)
- 39-Allgood MR, Tomey AM. Nursing theory, Utilization and Application. 2nded. ST Louis: Mosby; 2001: 106.
- 40-Cabe C. Nurse – patient communication: an exploration of patients' experiences. *JCN*, 2004; 13(1): 41 – 49.
- 41-Han CH, Connoly M, Canbam D. Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care at a teaching hospital of southern taiwan. *J Nurs Care Q*, 2003;18(2):143-150.
- 42-Woods SL, Sivarajan ES, Underhill MS. Cardiac nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Co; 2000: 760 – 768
- 43-Wolf ZR, Miller PA, Devine M. Relationship between nurse caring and patient satisfaction in patients undergoing invasive cardiac procedures. *Medsurg Nurs*, 2003; 12(6): 391 – 396.
- 44-Oulton J. Nursing management today. An ICN viewpoint. International hospital federation reference book; 2006: 81 – 83.
- 45-Bry K, Stettner B, Marks J. Patient safety: through the eyes of your peers. *Nurs Manage*, 2006: 20 – 24.

The Effect of Peer Review Evaluation on Quality of Nurse's Performance and Patient's Satisfaction

Ghamari-Zareh, Z MSc¹ * Anosseh, M PhD²
Vanaki, Z PhD³ Hagi Zadeh, E PhD⁴

Abstract

Background and Aim: Nurses as the biggest group of caregivers provide patients with continuous caring services. The effect of these services on health care quality and also, patient's satisfaction is obvious. Regarding the key role nurse play in health care team, it is up to the manager to plan for improving nurse's knowledge and practical skills. Peer review process is seen as an approach of authority delegation by managers for nursing quality assurance. The aim of the study was to examine the effect of peer review process on quality of nurse's performance and patient satisfaction in cardiac care units in governmental hospitals located in the city Arak, Iran.

Material and Method: This was a quasi-experimental study in which four cardiac units (CCU and PCCU) in two governmental hospitals in Arak city were selected as the study environment. The staff nurses of two units with higher number of nurses (n= 25) were selected as experimental group and the nurses of the other two units (n= 19) were selected as control group. The study tools were the quality of nurse's performance checklists and patient satisfaction questionnaire. Before intervention, checklists of quality of nurse performance were completed by co-researcher based on nursing care observations in every group. The patient satisfaction checklists (35 checklists) were completed by patients or by the interview. After the intervention (2 months duration) and supervision by the researcher without any intervention (1 months duration), the study tools were completed again for every group.

Results: Both groups were similar in terms of their demographics (age, years of study, the level of living welfare, and...). Chi-square and paired t-test did not show any statistically significant difference between two groups, before and after the intervention. Also, there was not found any statistical significant relationship between nurse's demographic variables and their performance. There was a statistically significant relationship between patients' satisfaction and their age and level of living welfare in control group before the intervention and the same was true for patients' satisfaction and their level of living welfare in experimental group after the intervention. Mann-whitney U test showed a statistically significant difference for quality of nurse's performance between two groups after the intervention ($P < 0.001$). Also, there was a statistically significant difference in patient's satisfaction between two groups after the intervention ($P < 0.001$).

Conclusion: The results of the study showed that the peer review process has effects on quality of nurse's performance and patient's satisfaction.

Keywords: Peer review evaluation - Quality of nurse's performance - Patient's satisfaction.

Received: 22 Oct, 2008

Accepted: 18 Jan, 2010

◆ This article has been excerpted from a dissertation

¹ Msc Graduate in Nursing, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

² Associate professor, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran (*Corresponding Author) Tel: 02182883813 Email:anosseh@modares.ac.ir

³ Associate professor, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

⁴ Associate professor, Biostatistics Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran