مقاله تحقیقاتی

رضایت مندی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه: نتایج یک مطالعه چند مرکزی در بیمارستان‌های منتخب نظامی

احمد دولت یاری[1]، *سیمین تاج شریفی فر[2]، آرمین زارعیان[3]، سید داوود تدریسی[4]

چکیده

مقدمه: سنجش سطوح رضایت مندی اعضای خانواده بیماران بستری یکی از اجزای اندازه گیری کیفیت مراقبت از بیماران است و موجب تحلیل وضع موجود خواهد شد. این مطالعه با هدف اندازه گیری رضایت مندی اعضای خانواده بیماران بزرگسال بستری در بخش‌های مراقبت ویژه طراحی شد.

مواد و روش‌ها: مقاله حاضر، حاصل یک مطالعه توصیفی در بخش‌های مراقبت ویژه در ۵ بیمارستان منتخب نظامی شهر تهران است. نمونه‌گیری در ۳۶۰ نفر از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. ابزار مورد استفاده نسخه فارسی ۳۰ گویه‌ای پرسشنامه رضایت مندی اعضای خانواده بیماران بزرگسال بستری در بخش‌های مراقبت ویژه با سه زیر مقیاس رضایت از عملکرد کارکنان درمانی، راحتی و تصمیم گیری بود. برای توصیف داده‌ها از میانگین، انحراف معیار، واریانس و درصد فراوانی توسط نرم افزار spss نسخه ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد شرکت کننده ۱۰/۷۶±۳۶/۱۳ بدست آمد. میزان پاسخ دهی به پرسشنامه ۸۲٪ تعیین شد. بیشترین رضایت مندی به ترتیب مربوط به « زمان کافی برای فکر کردن در مورد اطلاعات ارائه شده در مورد مشارکت در تصمیم گیری برای بیمار» با کسب میانگین و انحراف معیار ۴۶/۰۴±۶۹/۶۶، « رضایت مندی کلی از تجربه در بخش‌های مراقبت ویژه» (۲۲/۲۹±۶۲/۷۵)، و کمترین رضایت مندی به ترتیب مربوط به «میزان مشارکت در روند تصمیم گیری» (۳۰/۸۸±۴۱/۷۵)، «مشارکت در روند مراقبت از بیمار» (۳۰/۸۳±۴۲/۹۱) تعیین شد. رضایت مندی کلی با پرسش در سه گویه تعیین شد، امتیازات این گویه‌ها به ترتیب ۲۲/۲۹±۶۲/۷۵، ۲۴/۱۶±۵۷/۵۸، ۲۴/۴۹±۵۳/۸۳ به دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری: رضایت مندی خانواده یکی از ابزارهای مهم بررسی کیفیت مراقبت در بخش‌های مراقبت ویژه است. کمترین امتیاز رضایت مندی مربوط به مشارکت در روند مراقبت از بیمار و میزان مشارکت در روند تصمیم گیری بود که بیانگر لزوم مداخلات مناسب به منظور ارتقای کیفیت خدمات در این بخش‌ها می‌باشد.

کلمات کلیدی: رضایت مندی، اعضای خانواده، بخش مراقبت ویژه

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ دوره اول ■ شماره ۱ ■ پاییز ۱۳۹۳ ■ صفحات ۱۸-۲۷

مقدمه

در دنیای امروز، اهمیت سنجش رضایت مندی بیماران به عنوان یکی از مهمترین و اساسی‌ترین معیارهای تعیین کیفیت خدمات مراقبتی بر کسی پوشیده نیست. سازمان‌های ارائه کننده خدمات بهداشتی ملزم به ارتقاء کیفیت خدمات خود هستند. به همین دلیل توجه و مسئولیت پذیری آنان نسبت به رضایت‌مندی مشتریان به

۱ـ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری
۲ـ مربی، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری (* نویسنده مسئول)
آدرس الکترونیک: s_sharififar@yahoo.com
۳ـ استادیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری
۴ـ مربی، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، دانشکده پرستاری

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.1.18]

عنوان معیار ارتقای سطح کیفیت خدمات رو به رشد است (۱). در رویکرد ارتقاء کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی، افزایش رضایت مندی بیماران یکی از تأثیر گذارترین موارد بر کیفیت خدمات است و اندازه گیری رضایت مندی بیمار یکی از مهم‌ترین و چالش برانگیزترین اجزاء بررسی کیفیت مراقبت‌ها است. رضایت مندی بیمار به طور معمول از طریق تجربه اخیر بیمار در بیمارستان بررسی می‌شود. در محیط مراقبت ویژه سنجش رضایت مندی بیماران اغلب با مشکل مواجه است. بیماران بستری در این بخش‌ها عمدتاً از کاهش سطح هوشیاری رنج برده و قادر به تصمیم گیری در مورد روند درمانی که احتمالا قرار است در مورد آنها صورت بگیرد نیستند (۲). به این دلایل رضایت مندی این بیماران ساختاری مهم را تشکیل داده است که جز با بررسی رضایت مندی اعضای خانواده آنها میسر نیست (۳). همچنین به دلیل مسئولیت زیاد اعضای خانواده، رضایت مندی آنها بازتاب خوبی از رضایت مندی خود بیمار است. در این موارد اعضای خانواده اغلب تعیین کننده سطح رضایت مندی و میزان مراقبت از بیمار هستند و رضایت مندی بیمار ممکن است بوسیله آگاهی و درک اعضای خانواده صرف نظر از نتایج بالینی تعیین شود. ارائه حمایت به خانواده بیمار می‌تواند در بهبودی بیمار موثر باشد (۲). بهبود کیفیت مراقبت در بخش مراقبت‌های ویژه نیازمند اندازه گیری داده‌های رضایت مندی خانواده می‌باشد (۴). در دهه اخیر تحقیقات روی رضایت مندی خانواده‌ها در بخش مراقبت‌های ویژه رو به افزایش است و رویکرد مراقبتی به سمت بیمار محور و خانواده محور سوق داده شده است. از ابعاد کلیدی کیفیت مراقبت، رضایت مندی نسبت به مراقبت ارائه شده، می‌باشد. رضایت مندی نه تنها در مورد بیماران بلکه در ارتباط با خانواده آنها امری بسیار مهم است (۵). اغلب بیماران ترجیح می‌دهند که خانواده‌های آنها در تصمیم گیری مشارکت داشته باشند و از طرف دیگر ارزیابی رضایت مندی خانواده با مراقبت ارائه شده به آنها یکی از مهم‌ترین جنبه‌های بررسی کیفیت در بخش‌های ویژه می‌باشد. علی رغم بیشترین توجهات، نیازهای اعضای خانواده بیماران در این بخش‌ها به صورت برآورده نشده باقی می‌ماند. همچنان که مطالعات در اروپا، کانادا و امریکا نشان داده‌اند که برآورده نشدن این نیازها یک مسئله و بغرنج جهانی است (۸، ۶). یک مطالعه کارآزمایی بالینی در فرانسه نشان داد که بهبود روابط و حمایت اعضای خانواده در بخش‌های ویژه می‌تواند به طور قابل توجهی افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه را کاهش دهد (۹). چندین فاکتور کلیدی برای اندازه گیری رضایت مندی خانواده پیشنهاد شده که شامل: حسن نیت کارکنان، احترام، محبت، اطلاعات ارائه شده به خانواده‌ها و سطح مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده به بیمار می‌باشند (۱۰). پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که در بخش مراقبت‌های ویژه خانواده محوری به جای بیمار محوری به عنوان یک بعد از کیفیت مراقبت‌های بهداشتی مد نظر قرارگیرد (۱۰). بیش از نیمی از همراهان بیماران بستری در بخش‌های ویژه در مراحل اولیه بستری دچار اضطراب شده و حدود ۳۵٪ از آنها افسردگی را تجربه می‌کند. در حالی که این میزان‌ها قبل از ترخیص یا مرگ بیمارشان افزوده می‌شود و پس از ترخیص یا مرگ بیمار، اعضای خانواده ممکن است استرس پس از سانحه مربوط به واحد مراقبت ویژه را تجربه کنند (۱۱). ارزیابی و تحلیل رضایت مندی خانواده بیماران بخش‌های ویژه و کوشش هدفمند در رفع چالش‌های موجود، در نهایت منجر به بهبود مراقبت بیمار و خانواده آنها می‌گردد. بهبود کیفیت مراقبت در بیماران بدحال طیف گسترده‌ای از اجرای استراتژی‌های توسعه یافته را طلب می‌کند که می‌تواند شامل بکارگیری رهنمودهای حاصل از طب مبتنی بر شواهد، استفاده از دستورالعمل‌ها و پروتکل‌ها، چرخه بهبود کیفیت، تغییر در فرهنگ ایمنی، مدیریت عوامل خطر باشد. مطالعات اخیر، بیماران و خانواده‌های آنها را به عنوان منبع و یکی از ارکان بهبود کیفیت مراقبت مطرح می‌کنند و در این رابطه، ابزارهای مختلفی برای بررسی رضایت مندی خانواده و بیماران در بخش‌ها ی مراقبت ویژه ارائه می‌دهند. این ابزارها منابع مناسبی به منظور کنترل کیفیت این گونه بخش‌ها محسوب می‌شوند (۱۲).

تاکنون بررسی رضایت مندی اعضای خانواده بیمار در بخش‌های ویژه در ایران انجام نشده بود و به این منظور این مطالعه با هدف بررسی رضایت مندی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه در بیمارستان‌های منتخب نظامی انجام شد.

مواد و روش‌ها

مقاله حاضر حاصل یک مطالعه‌ی توصیفی در بخش‌های مراقبت ویژه

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.1.18]

در ۵ بیمارستان منتخب نظامی شهر تهران در سال ۹۳ است. در این پژوهش از نسخه فارسی ۳۰ گویه‌ای پرسشنامه رضایت مندی اعضای خانواده بیماران بزرگسال بستری در بخش‌های مراقبت ویژه با سه زیر مقیاس رضایت از عملکرد کارکنان درمانی، راحتی و تصمیم گیری استفاده شده است. این پرسشنامه در پژوهشی روش شناختی برای مردم ایران بومی شده و روایی صوری، محتوا، سازه و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است (۱۳). پایائی درونی این ابزار با محاسبه آلفای کرونباخ در این پژوهش برای کل ابزار ۰/۹۵ و برای زیر مقیاس‌های رضایت از عملکرد کارکنان درمانی، راحتی و تصمیم گیری به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۸۴ بدست آمده است. مقادیر بدست آمده در این پژوهش حاکی از پایائی مناسب این ابزار است.

این پرسشنامه متشکل از بخش دموگرافیک و بخش تعیین رضایت مندی اعضای خانواده بیماران است که بخش تعیین رضایت مندی خود دارای سه زیر مقیاس کلیدی شامل: زیر مقیاس رضایت از عملکرد کارکنان درمانی و راحتی هر یک با ۱۲ گویه و زیر مقیاس تصمیم گیری با ۶ گویه می‌باشد.

امتیازدهی این ابزار بر اساس کد بندی استاندارد ابزار کانادایی FS-ICU ۳۴ که توسط هیلند و همکاران توسعه یافته به این صورت زیر انجام شد: در زیر مقیاس اول و دوم از طیف لیکرتی ۵ قسمتی با امتیاز دهی ۱۰۰-۷۵-۵۰-۲۵-۰ به گزینه یک امتیاز صفر تعلق گرفت (گویه های۲۴-۱)، در زیر مقیاس سوم در گویه های۲۵، ۲۹ و ۳۰ پاسخ سوالات به صورت پنج گزینه‌ای و توصیفی بود. طیف امتیازات از ۱۰۰-۷۵-۵۰-۲۵-۰ تعیین شد. در گویه ۲۶ پاسخ سوال به صورت پنج گزینه‌ای و توصیفی بود با این امتیاز دهی که به گزینه ۱ و۵ امتیاز صفر، گزینه ۲ و ۴ امتیاز ۵۰ و به گزینه ۳ امتیاز ۱۰۰ تعلق گرفت. در همین زیر مقیاس در گویه ۲۷ پاسخ سوال به صورت سه گزینه توصیفی بود و امتیازدهی این گویه به این صورت تعیین شد که به گزینه ۱ و ۳ امتیاز صفر و به گزینه ۲ امتیاز ۱۰۰ تعلق می‌گرفت. نحوه امتیاز دهی به گویه ی ۲۸ از زیر مقیاس سوم نیز به صورت سه گزینه توصیفی با امتیاز دهی گزینه ۱ امتیاز صفر و گزینه ۲ و ۳ امتیاز ۱۰۰ تعیین شد. برآورد حجم نمونه توسط فرمول کوکران با سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۰/۰۶ و نسبت ۰/۵، ۲۶۷ مورد تعیین شد. که با توجه به مرور مطالعات و در نظر گرفتن احتمال ریزش ۳۰ درصدی ۳۶۰ پرسشنامه در اختیار شرکت کنندگان در پژوهش قرار گرفت. با توجه به اینکه تحقیق مشابه در ایران انجام نشده بود برای دست یابی به حداکثر حجم نمونه p= ۰/۵ در نظر گرفته شد (۲۰-۱۴).

$$n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$$

نمونه‌گیری در این مطالعه به روش آسان و در دسترس و با توجه به تعداد تخت‌های مراقبت ویژه در هر بیمارستان به صورت سهمیه‌ای انجام شد. بدین ترتیب که با مراجعه به بیمارستان‌های منتخب از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، پس از کسب رضایت آگاهانه درخواست شد تا پرسشنامه مورد نظر را تکمیل کنند. پرسشنامه در اختیار ۳۶۰ نفر از واحدهای پژوهش قرار گرفت. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها به مسئولین بخش برگردانده می‌شد. از این تعداد ۳۰۰ پرسشنامه تکمیل و باز گردانده شد و آنالیز آماری در مورد پاسخ‌های آن‌ها صورت گرفت.

پس از امضای فرم استاندارد رضایت نامه و ذکر آزاد بودن واحدهای پژوهش در خودداری از ورود یا ادامه پژوهش، از آن دسته از اعضای خانواده بیماران که فاقد موانع شناختی، فرهنگی و یا زبانی بوده، سن آنها بین ۶۵-۱۸ سال بود، نسبت خویشاوندی نزدیک با بیمار داشتند یا در فرایند تصمیم گیری برای بیمار نقش داشتند (همسر، پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزندان و در صورت عدم وجود افراد فوق سایر بستگان بیمار)، بیمار ایشان بیش از ۴۸ ساعت در بخش ویژه بستری بود و حداقل دو بار بیمار را ملاقات کرده بودند، درخواست مشارکت شد. در صورتی که بیش از یک نمونه از اعضای خانواده از بیمار بازدید می‌کرد ما سعی کردیم که نزدیک‌ترین خویشاوند وی را انتخاب کنیم. در صورتی که به هر دلیل همراهان بیمار در حین تکمیل کردن پرسشنامه تمایل به خروج از مطالعه را داشتند، از مطالعه حذف می‌شدند. برای توصیف داده‌ها از میانگین، انحراف معیار، واریانس و درصد فراوانی استفاده شد.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت شناختی واحدهای پژوهش در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سنی افراد شرکت کننده ۱۰/۷۶±۳۶/۱۳

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.1.18]

بدست آمد. دامنه ی سنی افراد شرکت کننده در این مطالعه بین ۱۸ تا ۶۰ سال تعیین شد. بیشترین نسبت با بیمار را خواهر، ۱۹٪ و کمترین را شوهر، ۲/۷٪ تشکیل می‌داد. در این مطالعه مشخص شد که ۶۸/۳٪ از مشارکت کنندگان در پژوهش سابقه همراهی با بیماران دیگری در بخش مراقبت ویژه را نداشتند. این سابقه در ۳۱/۷٪ از آنها مثبت بود.

توصیف نسبت فامیلی داده‌های پژوهش با بیمار، وضعیت زندگی با بیمار، دفعات ملاقات با بیمار قبل از بستری و محل زندگی اعضای خانواده بیمار در جدول (۱) آمده است.

بر اساس کدگذاری استاندارد نسخه کانادایی پرسشنامه رضایت مندی اعضای خانواده بیماران بزرگسال بستری در بخش‌های مراقبت ویژه به هر یک از گویه‌ها امتیازی اختصاص یافت و امتیاز هر گویه به صورت، میانگین، انحراف معیار رضایت مندی و درصد فراوانی گزینه‌های انتخاب شده محاسبه شد (جدول ۴-۲).

میانگین‌های امتیازات در زیر مقیاس اول (رضایت از عملکرد کارکنان درمانی) ۳/۶۲±۵۳/۲۳، زیر مقیاس دوم (راحتی) ۳/۱۲±۵۵/۳۰ و زیر مقیاس سوم (تصمیم گیری) ۱۱/۵۵±۵۲/۶۰ بدست آمد. همچنین مشخص شد که بیشترین رضایت‌مندی به ترتیب مربوط به «زمان کافی برای فکر کردن در مورد اطلاعات ارائه شده در مورد مشارکت در تصمیم گیری برای بیمار» با کسب میانگین و انحراف معیار ۴۶/۰۴±۶۹/۶۶ مربوط به زیر مقیاس تصمیم گیری، «رضایت مندی کلی از تجربه در بخش‌های مراقبت ویژه» با کسب میانگین و انحراف معیار ۲۲/۲۹±۶۲/۷۵ مربوط به زیر مقیاس راحتی و «ادب و احترام نسبت به بیمار» با کسب میانگین و انحراف معیار ۲۳/۹۲±۶۰/۹۱ و مربوط به زیر مقیاس رضایت از عملکرد کارکنان درمانی است.

کمترین رضایت‌مندی به ترتیب مربوط به «میزان مشارکت در روند تصمیم‌گیری» با کسب میانگین و انحراف معیار ۳۰/۸۸±۴۱/۷۵، «مشارکت در روند مراقبت از بیمار» با کسب میانگین و انحراف معیار ۳۰/۸۳±۴۲/۹۱ و «حمایت از طرف کارکنان طی روند تصمیم گیری» با کسب میانگین و انحراف معیار ۲۸/۹۰±۴۳/۵۰ هر سه مربوط به بعد تصمیم گیری، تعیین شد. بنا به توصیه تدوین‌گران ابزار رضایت‌مندی کلی در تصمیم گیری، مراقبت و رضایت از بخش مراقبت‌های ویژه با پرسش درگویه‌های ۱۹، ۲۳، ۲۴ تعیین شد،

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی اعضای خانواده بیماران بستری شرکت کننده در مطالعه

	فراوانی	درصد
جنسیت		
مرد	۱۳۷	۵۴/۳
زن	۱۶۳	۴۵/۷
نسبت اعضای خانواده با بیمار بستری		
زن	۱۶	۵/۴
شوهر	۸	۲/۷
مادر	۱۸	۶
پدر	۱۷	۵/۷
خواهر	۵۷	۱۹
برادر	۴۴	۱۴/۷
دختر	۴۸	۱۶/۱
پسر	۳۰	۱۰
غیره	۶۱	۲۰/۴
سابقه قبلی بستری یکی از اعضای خانواده در بخش‌های مراقبت ویژه		
بلی	۹۵	۳۱/۷
خیر	۲۰۵	۶۸/۳
زندگی با بیمار		
بلی	۱۰۶	۳۵/۳
خیر	۱۹۴	۶۴/۷
دفعات ملاقات اعضای خانواده و بیمار قبل از بستری شدن		
بیش از یک بار در هفته	۶۱	۲۰/۴
هفتگی	۷۶	۲۵/۷
ماهیانه	۳۴	۱۱/۴
سالیانه	۱۷	۵/۸
کمتر از یک بار در سال	۵	۱/۷
مفقوده	۱۰۷	۳۵
محل زندگی اعضای خانواده بیماران		
خارج از شهری که بیمارستان قرار دارد	۱۰۶	۳۵/۳
در شهری که بیمارستان قرار دارد	۱۹۳	۶۴/۷

میانگین و انحراف معیار امتیاز این گویه‌ها به ترتیب ۲۲/۲۹±۶۲/۷۵، ۲۴/۱۶±۵۷/۵۸، ۲۴/۴۹ ±۵۳/۸۳ به دست آمد (۲۱).

بحث

رضایت مندی خانواده یکی از ابزارهای مهم بررسی کیفیت مراقبت

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.1.18]

جدول ۲- رضایت از عملکرد کارکنان درمانی

شماره گویه در ابزار	شماره گویه در زیر مقیاس	گویه ها	تعداد	عالی ٪	خیلی خوب ٪	خوب ٪	متوسط ٪	ضعیف ٪	امتیاز گویه ها (میانگین)	انحراف معیار
۱	۱	ادب و احترام نسبت به بیمار	۳۰۰	۱۲/۳	۳۶/۷	۳۶/۷	۱۱	۳/۳	۶۰/۹۱	۲۳/۹۲
۲	۲	مراقبت دلسوزانه نسبت به بیمار	۳۰۰	۱۱/۷	۲۸	۴۰/۷	۱۵/۷	۴	۵۶/۹۱	۲۴/۸۷
۳	۳	تسکین درد بیمار	۳۰۰	۸/۷	۲۰	۴۱	۲۰/۳	۱۰	۴۹/۲۵	۲۶/۸۴
۴	۴	کاهش تنگی نفس	۳۰۰	۹/۷	۲۲/۷	۳۹/۷	۱۷/۷	۱۰/۳	۵۰/۹۱	۲۷/۴۵
۵	۵	کاهش آشفتگی	۳۰۰	۷	۲۰	۴۲/۷	۲۰	۱۰/۳	۴۸/۳۳	۲۶/۱۳
۶	۶	همکاری کارکنان در مراقبت از بیمار	۳۰۰	۱۲	۲۲/۷	۴۶/۳	۱۳/۷	۵/۳	۵۵/۵۸	۲۵/۱۲
۷	۷	ادب و احترام نسبت به شما	۳۰۰	۱۰/۷	۲۵	۴۳	۱۸	۳/۳	۵۵/۴۱	۲۴/۳۱
۸	۸	عملکرد پرستاران در مراقبت از بیمار (نظیر پانسمان و تزریقات...)	۳۰۰	۱۰	۲۲	۵۰/۳۳	۱۲/۳۳	۵/۳۳	۵۴/۷۵	۲۴/۰۲
۹	۹	عملکرد پزشکان در مراقبت از بیمار	۳۰۰	۸/۳	۳۶/۷	۴۲/۳	۱۸۰/۳	۵/۳	۵۳/۳۳	۲۴/۶۴
۱۰	۱۰	ارتباط پزشکان با اعضای خانواده در مورد وضعیت بیمار	۳۰۰	۶/۷	۲۴	۴۴/۷	۱۸	۶/۷	۵۱/۵۰	۲۴/۴۰
۱۱	۱۱	صحت اطلاعات در مورد بیمار	۳۰۰	۷/۷	۲۲/۷	۴۲	۲۴	۳/۷	۵۱/۴۴	۲۳/۹۶
۱۲	۱۲	وضعیت اطلاع رسانی در مورد وضعیت بیمار		۷/۷	۲۱	۴۴/۷	۱۹/۷	۷	۵۰/۴۴	۲۴/۹۴
میانگین امتیازات زیر مقیاس									۵۳/۲۳	۳/۶۲

در بخش‌های مراقبت ویژه است (۲۲، ۲۳، ۲۴). سنجش رضایت مندی اعضای خانواده بیماران در بخش‌های ویژه از این نظر که اغلب بیماران آی سی یو نمی‌توانند تصمیم گیرنده مراقبت از خود باشند، حائز اهمیت است. همچنین با بررسی رضایت‌مندی اعضای خانواده بیماران می‌توان به روند بهبود خدمات و مراقبت‌ها و درمان‌های ارائه شده کمک کرد (۲).

از ۳۶۰ پرسشنامه‌ای که در اختیار اعضای خانواده بیماران بزرگسال بستری در بخش‌های بیمارستان‌های منتخب قرار داده شده بود تعداد ۳۰۰ پرسشنامه تکمیل و بازگردانده شد که با توجه به یافته‌ها، میزان پاسخ دهی ۸۲٪ تعیین شد. این میزان در پژوهش‌های مختلف بین ۴۱ تا ۷۵ درصد گزارش شده است (۲۰-۱۴). تعیین میزان پاسخگوئی ۸۲ درصدی در این مطالعه حکایت از سهولت استفاده از نسخه فارسی این ابزار برای واحدهای پژوهش ایرانی دارد. در بین زیر مقیاس‌ها بیشترین میانگین امتیازات مربوط به زیر مقیاس دوم (راحتی) و کمترین میانگین مربوط به زیر مقیاس سوم (تصمیم گیری) بدست آمد. کمبود نسبی امتیاز زیر مقیاس تصمیم گیری می‌تواند نشانگر کمبود توجه درمانگران، مراقبان و مدیران درمانی به اهمیت این بعد از دیدگاه اعضای خانواده بیماران است. در مطالعه حاضر کمترین امتیاز کسب شده در رضایت‌مندی مربوط به مشارکت در روند مراقبت از بیمار، میزان مشارکت در روند تصمیم‌گیری و حمایت از طرف کارکنان طی روند تصمیم‌گیری بدست آمد. این در حالی است که مطالعه سرحدی و همکاران که با هدف بررسی نیازهای اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه و CCU شهر زاهدان انجام شد نیاز به تصمیم گیری از سوی اعضای خانواده بیماران صد درصد تعیین گشت (۲۵).

این نیاز صد درصدی و کم بودن رضایت مندی در زمینه تصمیم‌گیری بیانگر مانعی واضح در اجرای ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده در این بخش‌ها است. لازم به ذکر است که در اکثر پژوهش‌های مشابه در خارج از کشور نیز بعد تصمیم‌گیری امتیازات کمتری نسبت به سایر ابعاد بدست آورده‌اند (۱۴، ۱۶). همچنین دو گویه‌ای که در مطالعه حاضر کم‌ترین رضایت‌مندی را کسب کرد «حمایت از طرف کارکنان درمانی طی روند تصمیم‌گیری» و «مشارکت

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2024-03-28]
[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.1.18]

جدول ۳- امتیازات کسب شده در زیر مقیاس راحتی

شماره گویه در ابزار	شماره گویه در زیر مقیاس	گویه ها	تعداد	عالی ٪	خیلی خوب ٪	خوب ٪	متوسط ٪	ضعیف ٪	امتیاز گویه ها (میانگین)	انحراف معیار
۱۳	۱	برآورده کردن نیازها	۳۰۰	۱۱	۲۱/۳	۴۷	۱۶	۴/۷	۵۴/۵۰	۲۴/۶۳
۱۴	۲	حمایت عاطفی	۳۰۰	۱۳/۳	۲۰/۳	۴۵/۳	۱۵/۳	۵/۷	۵۵/۰۸	۲۵/۹۶
۱۵	۳	تامین نیازهای معنوی/ مذهبی	۳۰۰	۹/۷	۲۲	۴۸	۱۳/۳	۷	۵۳/۵۰	۲۵/۰۴
۱۶	۴	مددکاران اجتماعی	۳۰۰	۵	۲۵/۳	۵۲/۷	۱۲	۵	۵۳/۳۳	۲۱/۷۶
۱۷	۵	ظاهر بخش	۳۰۰	۸/۷	۲۶/۷	۴۵/۷	۱۳/۳	۵/۷	۵۴/۸۳	۲۴/۲۲
۱۸	۶	ظاهر اتاق انتظار	۳۰۰	۱۰	۲۵/۷	۴۰	۱۹	۵/۳	۵۴	۲۵/۴۷
۱۹	۷	رضایت مندی کلی از تجربه در بخش مراقبت ویژه	۳۰۰	۱۳/۳	۳۸/۳	۳۵/۷	۱۰/۳	۲	۶۲/۷۵	۲۲/۲۹
۲۰	۸	تمایل کارکنان در پاسخگویی به پرسش ها	۳۰۰	۸/۷	۲۴/۳	۴۲	۱۸/۷	۶/۳	۵۲/۵۸	۲۵/۲۸
۲۱	۹	قابل فهم بودن توضیحات کارکنان درمانی در مورد بیمار	۳۰۰	۸	۲۳/۷	۴۲/۳	۲۱	۵	۵۲/۱۶	۲۴/۵۲
۲۲	۱۰	ارتباط پرستاران با شما در مورد وضعیت بیمار	۳۰۰	۸/۷	۳۶/۷	۴۱/۷	۱۰	۳	۵۹/۵۰	۲۲/۲۴
۲۳	۱۱	رضایت مندی از میزان مراقبت	۳۰۰	۱۱	۲۹	۴۳/۷	۱۲	۴/۳	۵۷/۵۸	۲۴/۱۶
۲۴	۱۲	رضایت مندی از تصمیم گیری	۳۰۰	۸/۳	۲۶/۳	۴۳	۱۷	۵/۳	۵۳/۸۳	۲۴/۴۹
میانگین امتیازات زیر مقیاس									۵۵/۳۰	۳/۱۲

جدول ۴- امتیازات کسب شده در زیر مقیاس تصمیم گیری

شماره گویه در ابزار	شماره گویه در زیر مقیاس	گویه ها	تعداد	گزینه اول ٪	گزینه دوم ٪	گزینه سوم ٪	گزینه چهارم ٪	گزینه پنجم ٪	امتیاز گویه ها (میانگین)	انحراف معیار
۲۵	۱	میزان مشارکت در روند تصمیم‌گیری	۳۰۰	۹	۱۸	۲۳	۳۰	۱۹/۷	۴۱/۷۵	۳۰/۸۸
۲۶	۲	مشارکت در روند تصمیم‌گیری در زمان مناسب	۳۰۰	۱۹/۷	۲۲/۷	۴۴/۷	۸/۳	۴/۷	۶۰/۱۶	۴۰/۳۳
۲۷	۳	دریافت اطلاعات کافی برای شرکت در روند تصمیم گیری	۳۰۰	۱۱	۵۷/۷	۳۱/۳	-	-	۵۷/۶۶	۴۹/۴۹
۲۸	۴	زمان کافی برای فکر کردن در مورد اطلاعات ارائه شده در مورد مشارکت در تصمیم گیری برای بیمار	۳۰۰	۳۱/۳	۵۷/۷	۱۱	-	-	۶۹/۶۶	۴۶/۰۴
۲۹	۵	حمایت از طرف کارکنان طی روند تصمیم گیری	۳۰۰	۶/۳	۲۱/۳	۲۹	۲۶/۷	۱۶/۷	۴۳/۵۰	۲۸/۹۰
۳۰	۶	مشارکت در روند مراقبت از بیمار	۳۰۰	۷/۷	۲۱	۲۸/۳	۲۱/۳	۲۱/۷	۴۲/۹۱	۳۰/۸۳
میانگین امتیازات زیر مقیاس									۵۲/۶۰	۱۱/۵۵

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.1.18]

در روند مراقبت از بیمار» نیز با مطالعه ریچارد همخوانی دارد (۱۴). در مطالعه هیلند در سال ۲۰۰۲ کمترین رضایت مندی در «ارتباط پزشکان با اعضای خانواده»، «مددکاران اجتماعی» و «رضایت‌مندی کلی اعضای خانواده از تصمیم‌گیری» مشاهده شد (۱۶) و کم‌ترین رضایت‌مندی در مطالعه دیگری از همین پژوهشگر مربوط به «ارتباط پزشکان با اعضای خانواده»، «ثبات اطلاعات داده شده به اعضای خانواده از طرف کارکنان درمانی» و «رضایت‌مندی از میزان مراقبت» بدست آمد (۱۷) در مطالعه‌ی مدوس حداقل رضایت‌مندی اعضای خانواده در «ارتباط با محیط اتاق انتظار» مشاهده شد (۲۶).

میزان رضایت‌مندی کلی از تصمیم گیری، مراقبت و رضایت از بخش مراقبت‌های ویژه در مطالعه‌ی ما نسبت به مطالعات کورتی، استریکر و دو مطالعه هیلند کمتر بود که این موضوع احتمالا به دلیل تفاوت در خدمات ارائه شده در بخش‌های بیمارستان‌های مورد مطالعه در این پژوهش است (۱۶، ۱۷، ۲۷).

کم بودن امتیاز در دو گویه ۲۵ و ۳۰ که هر دو مربوط به میزان مشارکت اعضای خانواده بیمار در روند تصمیم‌گیری و مراقبت از بیمار است، بیانگر این موضوع است که احتمالا هنوز اعضای خانواده بیماران با سطح مناسبی در روند تصمیم‌گیری و مراقبت از بیماران خود درگیر نمی‌شوند. این در حالی است که به منظور کسب سطوح مناسبی از رضایت‌مندی اعضای خانواده بیماران در بخش‌های ویژه که بازتابی از رضایت مندی خود بیماران در این گونه بخش‌ها است و می‌تواند نقش مؤثری در ارتقای کیفیت خدمات داشته باشد، لازم است چاره‌ای اندیشیده شود و نه تنها اعضای خانواده بیماران را در جریان تصمیم‌گیری‌هایی که اعضای خانواده می‌توانند مشارکت کنند، قرار داد بلکه کارکنان بخش‌های ویژه اطلاعات مناسبی را بر حسب مورد در اختیار این افراد قرار دهند و تا جایی که نظام مدیریت خدمات در این گونه بخش‌ها اجازه می‌دهد، اعضای خانواده را در روند مراقبت از بیمارانشان هر چند ناچیز درگیر کرد. این مهم با ارتباط موثر کادر درمانی با اعضای خانواده میسر خواهد شد.

بیشترین رضایت مندی به ترتیب مربوط به «زمان کافی برای فکر کردن در مورد اطلاعات ارائه شده در مورد مشارکت در تصمیم گیری برای بیمار» مربوط به زیر مقیاس تصمیم‌گیری، «رضایت‌مندی کلی از تجربه در بخش‌های مراقبت ویژه» مربوط به زیر مقیاس راحتی و «ادب و احترام نسبت به بیمار» مربوط به زیر مقیاس رضایت از عملکرد کارکنان درمانی تعیین شد. کسب یکی از امتیازات بالای رضایت‌مندی درگویه «ادب و احترام نسبت به بیمار» با مطالعه ریچارد در سال ۲۰۰۷ در کانادا همخوانی دارد (۱۴). در مطالعه هیلند (۲۰۰۲) بیشترین رضایت از نگرانی در مورد مراقبت از بیمار، عملکرد پرستاران، تسکین درد بیمار تعیین شد (۱۶). و در مطالعه‌ای دیگر از همین پژوهشگر بیشترین رضایت‌مندی به ترتیب مربوط به در نظر گرفتن نیازها، دریافت اطلاعات کافی توسط اعضای خانواده طی روند تصمیم‌گیری، عملکرد پرستاران بود (۱۷). در مطالعه مدوس بیشترین رضایت در ارتباط با عملکرد پرستاران تعیین شد (۲۶).

اختلاف‌های موجود در سطوح و منابع رضایت‌مندی اعضای خانواده بیماران در مطالعات گوناگون می‌تواند بیانگر این مطلب باشد که سیستم‌های مدیریتی اینگونه بخش‌ها، خدمات ارائه شده و زمینه‌های فرهنگی- اجتماعی واحدهای پژوهش متفاوتند و مداخلات لازم به منظور ارتقای کیفیت رضایت‌مندی بهتر است با توجه به زمینه‌های ذکر شده انتخاب و اجرا شوند.

با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود مداخلاتی مناسب در زمینه افزایش رضایت‌مندی در محتوای گویه‌هایی که امتیاز کمی کسب کرده‌اند، طراحی شده و در بوته‌ی آزمون قرار گیرند. ارائه آموزش‌های حرفه‌ای به منظور برقراری ارتباط مؤثر با اعضای خانواده بیماران در زمینه نحوه مشارکت در تصمیم گیری، اطلاع رسانی به موقع و صحیح به آنان، افزودن تعداد کارکنان بخش‌های ویژه، به کار گماردن کارکنانی حرفه‌ای جهت راهنمائی و آموزش به همراهان بیماران، استفاده از روش‌های نوین اطلاع رسانی در زمینه بیمار، بهبود محیط انتظار همراهان در این گونه بخش‌ها، فراهم سازی امکان ملاقات با بیمار با تناوب بیشتر بسته به نیازهای بیمار و همراه از جمله مداخلاتی است که احتمالا بر سطوح رضایت مندی تاثیر گذار خواهد بود. عدم همکاری خانواده بیماران به دلیل سطوح بالای استرس و بدحال بون بیمارشان یکی از محدودیت‌های این پژوهش بود که بر میزان پاسخ گویی به پرسشنامه تأثیر گذار بود هر چند این میزان در پژوهش ما ۸۲ درصد بدست آمد که نسبت به پژوهش‌های مشابه مطلوب تلقی می‌شود.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.1.18]

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج فوق کمترین رضایت‌مندی در حیطه تصمیم‌گیری و مشارکت در روند مراقبت از بیمار مشاهده شد که نیازمند مداخلات مناسب به منظور ارتقای کیفیت خدمات در این بخش‌ها است. رضایت مندی بیشتر اعضای خانواده در کشورهای دیگر شاید به علت تفاوت‌های موجود در امکانات بخش‌ها، فراهم بودن فضاهای خاص به منظور حضور همراهان بیماران، مناسب بودن کمیت نیروی انسانی اعم از پزشک، پرستار، کمک پرستار، مددکار اجتماعی و حتی پرسنلی که مسئول حمایت معنوی از اعضای خانواده بیماران هستند، باشد.

همچنین طراحی و به کارگیری نظام‌های مدیریتی به منظور کشف عواملی که ممکن است موجب نارضایتی اعضای خانواده گردد و تلاش برای رفع این عوامل از دیگر مواردی است که در نظام سلامت بسیاری از کشورهای پیشرفته با جدیت بیشتری پی‌گیری می‌شود. بنابراین باید عوامل نارضایتی اعضای خانواده بیماران مشخص گردد و حقوق و انتظارات آنان مورد توجه بیشتر قرار گیرد تا از این طریق بتوان رضایت مددجویان را که دریافت کننده خدمات پرستاری هستند فراهم نمود.

تشکر و قدردانی

بر خود واجب می‌دانیم که به این وسیله از تمام واحدهای پژوهش که با وجود سطح بالائی از تألمات روحی و تنیدگی، صمیمانه پاسخگوی پژوهشگران بودند، تشکر به عمل آوریم. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه در دانشگاه علوم پزشکی آجا است.

References

1- julaii S, Haji Babaei F. Evaluate the satisfaction level of nursing care provided in educational institutions Treatment. Journal of Nursing and Midwifery, Tehran Sciences (hayat). 2011; 17 (1):35-44.) Persian).
2- Hemati N, Niyazi M. Anesthesiology and Critical Care Specialist. Critical Care In Icu. Tehran. Boshra. 2001; 20. (Persian).
3- Richard J, Wall J, Randall C, Colin R, Cooke aR, A. Family Satisfaction in the ICU. Differences Between Families of Survivors and Nonsurvivors. Chest. 2007; 132 (5):1425-33.
4- Erin K, Kross Ruth A, Engelberg Cynthia J, Gries Elizabeth L. ICU Care Associated With Symptomsof Depression and Posttraumatic Stress Disorder Among Family Members of Patients Who Die in the ICU. Chest. 2011;139 (4):795-801.
5- Sungeun Y. A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit. Reaserch Paper. Australian Journal Of Advanced Nursing. 2008:25 (4) ; 79-85.
6- Azoulay E, Chevret S, Leleu G. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate commu- nication with physicians. Crit Care Med. 2000 Aug;28 (8):3044-9.
7- Heyland D, Rocker G, Dodek P. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. Crit Care Med. 2002;30 (7):1413–8.
8- Johnson D, Wilson M, Cavanaugh B, Bryden C, Gudmundson D, Moodley O.. Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. Crit Care Med. 1998;26 (2):266-71.
9- Lautrette A, Darmon M, Megarbane B. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med. 2007;356:469 – 78.
10- Dodek P, Heyland D. translating family satisfaction data into quality improvement. crit care med. 2004;32:1922-7.
11- Wendy G, Robert M, Derek C, Cindy L. Posttraumatic Stress and Complicated Grief in Family Members of Patients in the Intensive Care Unit. J Gen Intern Med. 2008;23 (11):1871–6.
12- Rothen Hans U, Stricker Kay H, Heyland Daren K. Family satisfaction with critical care: measurements and messages. Curr Opin Crit Care. 2010;16 (6):623-31.
13- Dolatyari A, Sharififfar S, Zareian A, Tadrissi S D. Translation, cross cultural adaptation and validation of Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit -FS-ICU (34) [Thesis for MSc Degree]. Tehran: AJA university of medical sciences; 2014.
14- Richard J W, Engelberg , louiss D, Daren K and et al. Rifinement , scoring and validation the family satisfaction in the Intensive care unit (FS-ICU) Survey.Crit Care Med. 2007;35 (1):271-279.
15- Jennifer K, Daren K. Using family satisfaction data to improve the processes of care in the icu. Intensive Care Medicine. 2009;35 (12):2015-7
16- Daren K, Graeme M, Peter M. Family satisfaction with care in the intensive care unit. Result of a multiple center study.Crit Care Med. 2002; (30) 7:1413-1418.
17- Daren K. Heyland and Joan E. Measuring Family Satisfaction With Care in the Intensive Care Unit: The Development of a Questionnaire and Preliminary Results. Journal of Critical Care. 2001 ; 16 (4):pp 142-149.
18- Lewis-Newby M, Curtis JR, Martin DP. Measuring family satisfaction with care and quality of dying in the intensive care unit: does patient age matter? J Palliat Med. 2011;14 (12):1284-90.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.1.18]

19- Osborn T, Curtis J, Nielsen E, Back A, Shannon S, Engelberg R. Identifying elements of ICU care that families report as important but unsatisfactory: decision-making, control, and ICU atmosphere. Chest. 2012 Nov;142 (5):1185-92.
20- Gries CJ, Curtis JR, Wall RJ, Engelberg RA. Family member satisfaction with end-of-life decision making in the ICU. Chest. 2008;133 (3):704-12.
21- Heyland , D. and j. korol Family satisfaction in the intensive care unit (FS ICU) survey. 2014 [cited 2001; Available from: www.thecarenet.ca].
22- Truog R, Cist A, Brackett S, Burns J, Curley M. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 2001;29 (12):2332-48.
23- Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, Levy M, Danis M, Nelson J, et al. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. Crit Care Med. 2003 Sep;31 (9):2255-62.
24- Angus D. Charting (and publishing) the boundaries of critical illness. Am J Respir Crit Care Med. 2005;171 (9):938-9.
25- Sarhadi M, Navidian A, Fasihi Harandi T, Khikhaii A. Assess Psychosocial needs of family members of patients admitted to cardiac care unit And Intensive Care.Journal of Critical Care Nursing. 2013; 6 (4): 16,153. (Persian)
26- Meadows C, Bastin A, Kaul S, Finney S. Family satisfaction on the intensive care unit. Critical Care. 2010; 14 (Suppl 1): 59.
27- Kay H. Stricker, Oliver Kimberger, Kurt Schmidlin.Family satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference?, Intensive Care Medicine. December. 2009; 35 (12): p 2051-2059.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.1.18]

Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multiple center study in Selected Military Hospitals

Dolatyari. A[1], *Sharififar. S[2], Armin. Z[3]

Abstract

Introduction: Family satisfaction is the reflection of needs and expectations made by family members of the patient admitted in ICU by the individuals who take care after the professional health. Measuring the satisfaction levels of family members of the patients admitted, is in a sense, one of the components of measuring the quality of taking care after patients and will improve the analysis of the existing situation and basic measures in promoting this dimension of taking care after the patients.

Material and Methods: The present article is the result of a descriptive study in the intensive care units in 5 selected military hospitals in Tehran. In this research, a 30-item questionnaire in Persian on satisfaction of family members of patients admitted in intensive care units with three sub-scales of satisfaction of the performance of treatment staffs, comfort and decision making was used. For description of data were used mean, variance, standard deviation and frequency that calculated with SPSS16.

Results: The average age of the participating individuals was 36/13± 10/76.Responding rate was 82%.The most scores of satisfaction was related to the item of «Enough time to think about the information provided about the patient's with an average and standard deviation 69/66±46/04, General satisfaction with the experience in ICU", (62/75±22/29) and the least scores of satisfactions was related to the " rate of participation in decision making trend: " (41/75 ± 30/88) , and " participation in the trend of care after the patient" (42/91±30/83).General satisfaction with decision making, care and satisfaction with the intensive care units were determined in three items. The average and standard deviations of the scores of these items were 62/75± 22/, 57/58± 24/16, 2953/83 ± 24/49.

Discussion and Conclusion: Family satisfaction is one of the important tools to study the quality of care in the intensive care units. The least score gained in satisfaction was related to the participation in the trend of care after the patient, the rate of participation in the decision making trend. This shows the necessity of proper intervention in order to promote the quality of services in ICU.

Keywords: Satisfaction, Family Members, Intensive Care Unit (ICU)

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.1.18]

1- Master of Science in Nursing. AJA University of Medical Sciences.Tehran.Iran.

2- (*Corresponding author) Master of Science in Nursing.Instructor of Nursing. AJA University of Medical Sciences.Tehran.Iran.
Email: s_sharififar@yahoo.com

3- PhD in Nursing.Assistant Professor, School of Nursing. AJA University of Medical Sciences.Tehran.Iran.