نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره دوم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۲
Cardiovascular Nursing Journal, 2(3), Autumn 2013

مقاله پژوهشی اصیل

بررسی تاثیر اجرای برنامه مراقبت جامع بر رضایتمندی بیماران دچار تروما در اورژانس

معصومه ذاکری مقدم[۱]، کارشناس ارشد پرستاری
***سمیه صادقی[۲]، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه**
شهرزاد غیاثوندیان[۳]، دکترای پرستاری
انوشیروان کاظم نژاد[۴]، دکترای آمار زیستی

خلاصه

هدف. هدف مطالعه حاضر تعیین تاثیر اجرای برنامه مراقبت جامع بر رضایتمندی بیماران دچار تروما بود.

زمینه. بررسی رضایتمندی بیماران یکی از مهمترین شاخص های اندازه گیری کیفیت مراقبت می باشد. سطح رضایتمندی بیمار از خدمات پرستاری رو به کاهش است که می تواند به علت افزایش آگاهی بیماران نسبت به حقوق و مراقبت های سلامت باشد که منجر به افزایش انتظارات بیماران از سرویس های فراهم کننده مراقبت می شود. یکی از روش های افزایش رضایتمندی بیماران، اجرای برنامه مراقبت جامع است.

روش کار. این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی غیر تصادفی می باشد که در اورژانس بیمارستان شهید محمد منتظری نجف آباد شهر اصفهان بر روی ۱۰۴ بیمار دچار تروما مراجعه کننده به اورژانس انجام شده است. گروه آزمون از لحظه ورود به بخش اورژانس تا ترخیص، برنامه مراقبت جامع را دریافت کرد و گروه کنترل مراقبت های معمول پرستاری را دریافت کرد. بعد از اجرای برنامه مراقبت جامع و در پایان اقامت بیماران، رضایتمندی بیماران دو گروه کنترل و آزمون با نسخه تعدیل شده پرسشنامه رضایتمندی اندازه گیری شد. تحلیل داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ با آزمون های آماری توصیفی و آزمون استنباطی (تی مستقل، تی زوجی و کای دو) انجام شد.

یافته ها. میانگین نمره رضایتمندی کلی بیماران بعد از مداخله، در گروه کنترل، ۳۲/۰۱ (نسبتا مطلوب) و در گروه آزمون، ۴۵/۶ (مطلوب) بود. بین میانگین نمره رضایتمندی در دو گروه بعد از مداخله اختلاف آماری معنا داری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری. اجرای برنامه مراقبت جامع باعث بهبود میزان رضایتمندی بیماران شده است. بنابراین به مدیران و پرسنل بیمارستان و مراکز آموزشی مراقبت سلامت پیشنهاد می شود برنامه مراقبت جامع را در بیمارستان یا مراکز آموزشی خود به کار ببرند.

کلید واژه ها: برنامه مراقبت جامع، رضایتمندی بیماران، بخش اورژانس

۱ مربی، عضو هیات علمی گروه پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) پست الکترونیک: ssadeghi@razi.tums.ac.ir
۳ استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴ استاد، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

مقدمه

تروما یکی از علت های مهم مرگ و میر با تعدادی بیشتر از پنج میلیون مرگ و ناتوانی، هر سال در جهان می باشد (مک و همکاران، ۱۳۸۹) و یکی از مسائل سلامت عمومی مهم در جهان محسوب می شود. تقریبا ۹۰ درصد مرگ های مرتبط با تروما، در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می دهد (رسولی و همکاران، ۲۰۱۱). ایران، یکی از بالاترین آمار تروما را در جهان دارد. هر ساله در ایران ۲۸ هزار نفر جان خود را بر اثر سوانح رانندگی و تصادفات جاده ای از دست می دهند. در هر سه دقیقه یک تصادف رخ می دهد و هر ۱۹ دقیقه یک نفر جان خود را به همین دلیل از دست می دهد (کدخدایی، ۱۳۸۵) و (مهری و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین، تروما یکی از معضلات مهم اقتصادی، اجتماعی و درمانی در ایران می باشد (بیژنی و همکاران، ۱۳۹۲).

دپارتمان اورژانس یکی از ورودی های بزرگ بیمارستان برای تعداد زیادی از بیماران می باشد و مراقبت پاراکلینیک و کلینیکی اورژانسی را برای بیمارانی که در تصادف و سانحه ای آسیب دیده اند، فراهم می نماید (عجمی و همکاران، ۱۳۹۱). اغلب تجربه اولیه بیمار از بیمارستان در بخش اورژانس فراهم می شود (محمد و همکاران، ۱۳۹۱). وقتی بیماران با شرایط مبهم و تهدید کننده حیات وارد بخش اورژانس می شوند، بقای آنها یک تشخیص و درمان سریع و دقیق، بدون چندین ساعت انتظار را طلب می کند (شارون، ۱۳۸۸). بیماران اورژانس و خویشاوندان آن ها اغلب به علت عدم توجه لازم از سوی پرسنل، ترس از ناشناخته ها دچار اضطراب می شوند. آن ها از پرسنل مراقبت سلامت انتظار توجه دقیق، لبخند زدن، داشتن مهارت بالا و ارائه مراقبت علمی را دارند. اغلب بیماران اورژانس برای مدت زمان طولانی منتظر مانده و عجز و ناتوانی را تجربه می کنند (اکوال و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین، ممکن است به علت کمبود آگاهی از مدت زمان انتظار، بیماران و خانواده پر استرس آن ها به صورت کلامی با پرسنل بد رفتاری کنند (گیلبوی و همکاران، ۱۳۸۷) و رضایتمندی آن ها از سرویس مراقبت سلامت کاسته شود.

رضایتمندی بیماران یکی از شاخص های کلیدی، جهت تعیین کیفیت مراقبت فراهم شده می باشد (احمد، ۱۳۸۹). رضایتمندی به عنوان خلاصه ای از همه تجربیات بیمار در بیمارستان تعریف می گردد. در واقع می توان ادعا کرد که رضایت بیماران حاصل ارزیابی آنان در مورد این است که نیازهای شخصی و عاطفی تا چه حد به اندازه نیازهای جسمی برآورده شده است (اولوادیا و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین، رضایتمندی بیمار می تواند به عنوان مقیاسی برای بررسی کفایت مراقبت، سلامت و صلاحیت پرسنل مورد استفاده قرار گیرد و قادر است توانایی برآورده کردن نیازهای بیمار توسط فراهم کننده های مراقبت سلامت را منعکس نماید (الدباسی و احمد، ۱۳۹۰).

یکی از شاخص های بررسی مراقبت های پرستاری، میزان رضایتمندی بیماران از مراقبت دریافت شده می باشد (قمری زارع و همکاران، ۱۳۸۹) و همچنین یکی از جنبه های مهم رضایتمندی بیمار، مراقبت پرستاری است، زیرا پرستاران اکثر جنبه های مراقبت از بیمار را به عهده دارند (سامینا و همکاران، ۱۳۸۷). رضایتمندی بیمار از مراقبت پرستاری به عنوان عقیده بیمار در مورد مراقبت دریافت شده از پرستاران تعریف شده است (وانگر و بیر، ۱۳۸۸). همچنین، مراقبت پرستاری به عنوان بخش عمده ای از ارائه مراقبت سلامت که بر رضایت کلی بیماران تاثیر می گذارد، معرفی گردیده است (کارالامبوس، ۱۳۹۲). از طرفی، اندازه گیری رضایتمندی بیمار از مراقبت پرستاری، جهت تعیین و برآورده کردن نیازهای بیماران و ارزیابی کیفیت مراقبت اهمیت دارد (آکین و اردوگان، ۱۳۸۶). تحقیقات نشان دادند که رضایتمندی بیمار از مراقبت پرستاری، موجب افزایش پذیرش درمان و پیگیری های بعد از ترخیص توسط بیماران خواهد شد (هابیش و همکاران، ۱۳۹۱).

تعیین سطح رضایت بیمار از مراقبت های پرستاری حائز اهمیت است، زیرا مراقبت پرستاری اغلب از عوامل اصلی رضایت کلی بیمار در طول اقامت در بیمارستان می باشد (لیو و وانگ، ۱۳۸۶). طبق مطالعه حسن سلیمان پور و همکاران (۲۰۱۱) بالاترین میزان رضایت بیماران در اورژانس مربوط به ادب و تواضع پرستاران با بیماران بود. همچنین، بیماران وقتی راضی بودند که پرستار آگاه، مودب، شاداب و دارای رفتار توام با احترام بود. ارتباط خوب بین پرستار و بیمار، دانش بالای پرستار، رفتار مودبانه با بیمار و صرف زمان برای نیازهای بیمار از عوامل افزایش دهنده رضایت هستند (اوزسوی و همکاران، ۱۳۸۶). مطالعات نشان داده اند که رضایت بیمار، یک عامل مهم تعیین کننده برای پذیرش درمان، میل به معرفی کردن و یا برگشت به همان تسهیلات یا فراهم کننده های مراقبت سلامت می باشد (مک و همکاران، ۱۳۷۶؛ وارتمان و همکاران، ۱۳۸۹). رضایت بیمار ممکن است با حضور هر چه زودتر پرستار و پزشک در زمان ورود بیمار به اورژانس افزایش پیدا کند. همچنین، رضایتمندی می تواند با مدیریت انتظارات بیمار،به ویژه

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

پاسخ دادن به سوالات او مثل "من چه مدت زمانی در اینجا می مانم؟"، افزایش پیدا کند (رومورو و همکاران، ۱۳۸۸؛ توما و همکاران، ۱۳۸۸). این مدیریت، زمانی موثر است که مراقبت ها هرچه زودتر انجام شود (مثلا در زمان ورود بیمار به اورژانس). مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر اجرای برنامه مراقب جامع بر رضایتمندی بیماران دچار تروما انجام شد.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی غیر تصادفی می باشد که بر روی ۱۰۴ بیمار دچار تروما (تصادف، ضربه، سقوط) پذیرش شده به اورژانس بیمارستان شهید محمد منتظری نجف آباد از دی تا اسفند سال ۱۳۹۲ انجام شد. جامعه مورد پژوهش شامل کلیه بیماران دچار تروما بودند که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل مراجعه بیمار به بیمارستان به دلیل تروما برای اولین بار، آگاهی بیمار به زمان، مکان و شخص، عدم وجود بیماری روحی روانی شناخته شده، توانایی درک مکالمه به زبان فارسی، حداقل سواد خواندن و نوشتن، سن بالاتر از ۱۸ سال، اقامت حداقل چهار ساعته در اورژانس، عدم وجود بیماری مزمن زمینه ای مختل کننده راحتی بیمار، عدم مصرف داروی موثر بر روان، مسلمان بودن و تریاژ سطح سه بود.

ابزار استفاده شده در این مطالعه شامل دو بخش می باشد. بخش اول، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و بیماری، بخش دوم، نسخه تعدیل شده پرسشنامه رضایتمندی داوود (۲۰۰۴) می باشد. اطلاعات دموگرافیک شامل ۱۰ سوال در مورد سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، سطح تحصیلات، سکونت، میزان درآمد، ماهیت آسیب، مداخله درمانی و فرد همراه بود. پرسشنامه رضایتمندی ابتدا به زبان فارسی ترجمه شد، سپس توسط فردی که مسلط به هر دو زبان فارسی و انگلیسی است و از موضوع مطلع نمی باشد، دوباره به زبان انگلیسی ترجمه و با متن اصلی انطباق داده شد. ایرادها و تفاوت ها بررسی و تصحیح گردید. جهت تعیین روایی محتوا، ابزار توسط ده نفر از اساتید صاحب نظر از اعضاء هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تهران و مشاوره با استاد محترم آمار مورد قضاوت قرار گرفت و بعد از جمع آوری نظرات مختلف، اصلاحات لازم با تائید استاد راهنما و مشاور صورت گرفت. پایایی درونی ابزار از طریق ضریب آلفاکرونباخ بررسی شد که ۰/۹۲ بود. پرسشنامه شامل ۲۵ سوال می باشد. به هر سوال چهار گزینه "بله"، "تا حدی"، "خیر" و "موردی ندارد" تعلق گرفت که به ترتیب امتیاز ۲، ۱، ۰ داده شد و به گزینه "موردی ندارد" امتیازی تعلق نگرفت. نمره زیر ۳۳ درصد، رضایت نامطلوب، بین ۳۳ تا ۶۶ درصد، رضایت نسبتا مطلوب و بالای ۶۶ درصد رضایت مطلوب در نظر گرفته شد.

پژوهشگر بعد از ارائه معرفی نامه از کمیته اخلاق دانشگاه محل تحصیل و معرفی خود و کسب رضایت نامه آگاهانه کتبی از بیماران، به روش نمونه گیری آسان، بیماران واجد شرایط را به عنوان نمونه پژوهش انتخاب کرد. جهت شروع نمونه گیری و به منظور عدم ملاقات نمونه های دو گروه با هم، در ابتدا با قرعه کشی نمونه گیری با گروه کنترل آغاز گردید و پس از ترخیص آخرین بیمار گروه کنترل نمونه گیری از گروه آزمون بعمل آمد.

پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک و بیماری در هر دو گروه کنترل و مداخله در ابتدای پذیرش بیمار تکمیل گردید. گروه آزمون برنامه مراقبت جامع را از لحظه ورود به اورژانس تا ترخیص از اورژانس دریافت کردند و گروه کنترل مراقبت های معمول پرستاری را دریافت کردند. برنامه مراقبت جامع شامل چهار حیطه حمایت اطلاعاتی (برقراری ارتباط با بیمار، معرفی بخش اورژانس به بیمار با ارائه توضیحات و یک کتابچه آموزشی در مورد آزمون های تشخیصی، پروسیجرها و علل تاخیر احتمالی در انجام امور درمانی، فرایند ترخیص، اطلاعات ترخیص، توضیح در مورد داروهای تجویز شده برای بیمار و خبر دادن به خانواده بیمار در صورت عدم اطلاع آن ها از حضور بیمار در اورژانس، حمایت عاطفی (گوش دادن به صحبت های بیمار و خانواده و پاسخ به سوالات آنها، دادن فرصت کافی برای صحبت در مورد نگرانی و ترس ها و بیان احساسات خود، اطمینان دادن به بیمار از در دسترس بودن پرستار در زمان نیاز و حداکثر مراقبت از بیمار، اجازه حضور خانواده یا همراه در کنار بیمار)، پاسخ به نیاز های شخصی (حفظ حریم خصوصی، تغییر پوزیشن، متعادل کردن نور و صدای محیط، بر طرف کردن بوی بد محیط، برآورده کردن نیازهای دفعی بیمار با حفظ حریم خصوصی، هماهنگی با واحد مددکاری بیمارستان در صورت مشکل مالی بیمار، در صورت بیمه نبودن بیمار هماهنگی با واحد بیمه بیمارستان)، و حمایت معنوی (فراهم کردن مکان مناسب جهت وضو گرفتن یا تیمم و اعاده نماز در صورت درخواست بیمار، ارتباط با یک روحانی در صورت درخواست بیمار) و در نهایت برطرف کردن نیازهای اختصاصی هر بیمار در حیطه های ذکر شده در حد توان و اختیارات پژوهشگر بود. در پایان اقامت بیماران هر دو گروه در اورژانس پرسشنامه رضایتمندی توسط محقق تکمیل شد. در پایان

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

نمونه گیری، داده های جمع آوری شده در دو گروه با نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ با آزمون های توصیفی و استنباطی (کای دو، تی زوجی و تی مستقل) تجزیه و تحلیل شد.

این مطالعه بر اساس کد اخلاقی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره ۹۲/د/۲۹۱۹/۱۳۰ انجام شد و در مرکز مطالعات کارآزمایی بالینی ایران به ثبت رسید. رضایت آگاهانه از بیماران جهت شرکت در پژوهش گرفته شد و به آن ها در مورد شرکت در این پژوهش حق انتخاب داده شد و هر موقع که تمایل به ترک پژوهش داشتند، قادر به انصراف از ادامه همکاری بودند. در مورد محرمانه ماندن اطلاعات بیماران به آن ها اطمینان خاطر داده شد.

یافته ها

میانگین سن شرکت کنندگان در گروه آزمون ۳۵/۳۸ و در گروه کنترل ۳۸/۱۷ سال بود. برخی متغیرهای دموگرافیک در جدول شماره ۱ آمده است. آزمون کای دو نشان داد هر دو گروه از نظر سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، میزان درآمد، محل سکونت، ماهیت آسیب، مداخله درمانی دستور داده شده و فرد همراه همگن بودند.

تحلیل داده های نمره رضایتمندی بیمار با آزمون تی مستقل نشان داد میانگین نمره رضایتمندی کلی بعد از مداخله در گروه کنترل ۳۲/۰۱ و در گروه آزمون ۴۵/۶ بود و بین میانگین نمره رضایتمندی در دو گروه، اختلاف آماری معنا داری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$) (جدول شماره ۲). میانگین نمره رضایتمندی در گروه کنترل در حد نسبتا مطلوب و در گروه آزمون در حد مطلوب قرار گرفت.

جدول شماره ۲: مقایسه نمره رضایتمندی بیماران در حیطه های مختلف در دو گروه کنترل و آزمون بعد از مداخله

گروه	آزمون	کنترل	آزمون تی مستقل	
حیطه های رضایتمندی بیمار	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	P-value	T
مدت زمان انتظار جهت فعالیت های مختلف	۹/۳۴ (۳۹/۱)	۶/۶۵ (۲/۶۴)	۰/۰۰۱	۶/۴۹
مهارت و ارتباط پرستاران	۱۷/۳ (۰۷/۱)	۱۱/۸۴ (۳/۶۷)	۰/۰۰۱	۱۰/۲۸
سرعت عمل پرستاران	۸/۸۶ (۴۴/۱)	۶/۳۲ (۲/۵۴)	۰/۰۰۱	۶/۲۵
بخش اورژانس	۱۰/۰۹ (۵۱/۱)	۷/۱۹ (۳/۰۹)	۰/۰۰۱	۶/۰۷
رضایتمندی کلی	۴۵/۶ (۶۹/۳)	۳۲/۰۱ (۷/۷۸)	۰/۰۰۱	۱۱/۳۷

بحث

طبق یافته های این پژوهش، رضایتمندی بیماران بعد از اجرای برنامه مراقبت جامع افزایش یافت. میانگین نمره رضایتمندی کلی بیماران بعد از اجرای برنامه مراقبت جامع با اختلاف مهمی در گروه کنترل در سطح نسبتا مطلوب و در گروه آزمون در سطح مطلوب قرار گرفت. به نظر می رسد که حمایت اطلاعاتی در مورد اقداماتی که برای بیمار انجام خواهد شد، فرایند اورژانس، تست ها و پروسیجرهای تشخیصی، تاخیرهای احتمالی، روش های درمانی، مدت زمان انتظار در بخش اورژانس و فرایند ترخیص باعث بهبود رضایتمندی بیماران می شود، به طوری که ترن و همکاران (۱۳۸۲) به این نتیجه رسیدند که دادن اطلاعات به بیماران هر ۱۵ در مورد فرایند های اورژانس، دلایل تاخیرهای پیش آمده، طرح های درمانی و تست های تشخیصی باعث بهبود رضایتمندی بیماران در بخش اورژانس می شود. همچنین، کمبود اطلاعات و توضیحات در مورد پروسیجرها در بخش اورژانس یک علت شناخته شده برای شکایت ها و نارضایتی بیماران محسوب می شود.

در مطالعه دیگر امیدواری گزارش کرد که بیشترین درصد (۷۳ درصد) عدم رضایت بیماران در اورژانس مربوط به "توضیح پرستاران در مورد اقدامات مختلف به بیماران" بوده است و آموزش و دادن اطلاعات به بیماران باعث افزایش رضایتمندی

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

بیماران می شود (امیدواری و همکاران، ۱۳۸۷). با توجه به نتایج این مطالعات به نظر می رسد بیشترین عامل رضایت بیماران در بخش اورژانس مربوط به توضیح پرستاران در مورد اقداماتی که برای بیمار انجام خواهد شد، می باشد.

جدول شماره ۱: مقایسه توزیع فراوانی برخی ویژگی های دموگرافیک در دو گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون	کنترل
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جنس		
مرد	۴۲ (۸۰/۸)	۳۷ (۷۱/۲)
زن	۱۰ (۱۹/۲)	۱۵ (۲۸/۸)
وضعیت تاهل		
متاهل	۴ (۷۸/۸)	۳۲ (۶۱/۵)
مجرد	۱۱ (۲۱/۲)	۲۰ (۳۸/۵)
وضعیت اشتغال		
بیکار	۷ (۱۳/۵)	۹ (۱۷/۳)
کارمند	۷ (۱۳/۵)	۴ (۷/۷)
کارگر	۱۵ (۲۸/۸)	۱۵ (۲۸/۸)
آزاد	۱۳ (۲۵)	۹ (۱۷/۳)
بازنشسته	۱ (۱/۹)	۴ (۷/۷)
خانه دار	۹ (۱۷/۳)	۱۱ (۲۱/۱)
میزان درآمد		
کفایت می کند	۸ (۱۵/۳)	۵ (۹/۶)
تا حدودی کفایت می کند	۳۰ (۵۷/۷)	۲۵ (۴۸/۱)
کفایت نمی کند	۱۴ (۲۷)	۲۲ (۴۲/۳)
ماهیت آسیب		
تصادف	۲۹ (۵۵/۸)	۲۸(۵۳/۸)
ضربه	۱۵ (۲۸/۸)	۱۶ (۳۰/۸)
سقوط	۸ (۱۵/۴)	۸ (۱۵/۴)
مداخله درمانی		
اتاق عمل	۳ (۵/۸)	۹ (۱۷/۳)
پانسمان	۲ (۳/۸)	۴ (۷/۷)
بخیه	۱۳ (۲۵)	۹ (۱۷/۳)
گچ گیری	۷ (۱۳/۵)	۶ (۱۱/۵)
آتل گیری	۱۶ (۳۰/۸)	۱۱ (۲۱/۲)
سرم درمانی	۱۱ (۲۱/۲)	۱۳ (۲۵)

از طرفی حمایت اطلاعاتی در این مطالعه جامع و در مورد تمام اقدامات انجام شده برای بیمار، تست ها، مدت زمان انتظار و فرایند ترخیص می باشد. با توجه به این موضوع، هیش (۱۳۸۹) به این نتیجه رسید که یک بروشور آموزشی در بخش اورژانس به تنهایی

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

باعث افزایش رضایتمندی بیماران نمی شود. همچنین، سان و همکاران (۱۳۸۵) گزارش کردند که تنها یک فرم آموزشی یک صفحه ای در مورد فرایند های اورژانس باعث افزایش رضایتمندی بیماران نمی شود. نتایج این دو مطالعه نیز بیانگر این موضوع می باشد که حمایت اطلاعاتی فقط در یک بعد باعث بهبود رضایتمندی نمی شود بلکه این حمایت باید جامع و چند بعدی باشد.

یکی دیگر از جنبه های برنامه مراقبت جامع، برقراری ارتباط با بیمار و خانواده او بود. به نظر می رسد برقراری ارتباط با بیمار در لحظه ورود بیمار به اورژانس و اطمینان دادن به او از در دسترس بودن پرستار می تواند باعث بهبود رضایتمندی بیمار شود، به طوری که لوواتو بیان می کند دردسترس بودن پرستار و برقراری ارتباط دو جنبه کلیدی مهم برای بیماران می باشد که می تواند رضایتمندی آن ها را بهبود بخشد (لوواتو و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین، تیلور به این نتیجه رسید که آموزش و برقراری ارتباط با بیماران جزء مهم ترین موضوعات موثر بر رضایتمندی بیماران در اورژانس می باشد (تیلور و همکاران، ۱۳۸۵).). در مطالعه دیگر، برقراری ارتباط به عنوان یک موضوع کلیدی در بخش اورژانس توسط بیماران گزارش شد و همچنین، بیماران بیان کردند که نیاز به آگاه شدن در مورد عملکرد بخش اورژانس مانند فرایند تریاژ، بررسی بیمار و پروسیجر پذیرش را دارند (استوارت و همکاران، ۱۳۸۲). همچنین، کوک دریافت که افزایش توجه در مورد مدت زمان انتظار و ارتباط برقرار کردن توسط کارمندان ممکن است باعث افزایش کفایت بخش اورژانس و رضایتمندی بیماران شود (کوک و همکاران، ۱۳۸۵). در مطالعه دیگر گزارش شد، صرف زمان بیشتری با بیمار به همراه بهبود ارتباط و کاهش زمان اقامت بیمار باعث افزایش رضایتمندی بیماران می شود (کارتر و چوچینو، ۱۳۸۶). همچنین بهبود مهارت های برقراری ارتباط با بیمار باعث بهبود رضایتمندی می شود (سورمکون و همکاران، ۱۳۹۰). یلن (۱۳۸۲) نیز گزارش کرد، بیمارانی که ارتباط موثری با پرستاران دارند، میزان رضایتمندی بیشتری را گزارش می کنند.

نتیجه گیری

اجرای برنامه مراقبت جامع در بالین باعث افزایش رضایتمندی بیماران از مراقبت های پرستاری می شود. بنابراین، لازم است مدیران پرستاری، مربیان بالین و سوپروایزهای آموزشی بیمارستان در برنامه های بازآموزی خود به اهمیت برنامه مراقبت جامع بپردازند و این برنامه را جزو سرفصل های مراقبت و شرح وظایف پرستاران و دانشجویان در بیمارستان قرار دهند و بر نحوه ی اجرای آن نیز نظارت نمایند.

تقدیر و تشکر

این مقاله از پایان نامه تایید شده توسط دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۲ استخراج شده است. در این رابطه، محققین از کمک های مالی معاون پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکر و قدردانی می کنند. همچنین، از مدیر بیمارستان شهید محمد منتظری و سرپرستار و پرسنل شاغل در بخش اورژانس بیمارستان که محققین را در جمع آوری اطلاعات و بهتر اجرا کردن این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

منابع فارسی

امیدواری س، شهید زاده ماهانی ع، منتظری ع، آذین س، حریرچی آ و سوری چ. ۱۳۸۷. میزان رضایت بیماران از اورژانس بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران. فصلنامه پایش، ۷(۲)، ۱۴۱-۱۵۲.

قمری زارع ز، انوشه م، ونکی ز و حاجی زاده ا. ۱۳۸۸. تأثیر فرآیند ارزشیابی همکار بر کیفیت عملکرد پرستاران و رضایت بیماران. نشریه پرستاری ایران، ۲۲(۶۲)، ۸-۲۱.

منابع انگلیسی

AKIN, S. & ERDOGAN, S. 2007. TheTurkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. Journal clinical nursing, 16, 646–653.

AHMAD, I. 2010. Patients Satisfaction from the Health Care Services. Gomal Journal of Medical Sciences., 8, 95-97.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

Aldebasi, Y. H. & Ahmed, M. I. (2011). Patients' Satisfaction with Medical Services in the Qassim Area. Journal of Clinical and Diagnostic Research, 5, 813-817.

BIJANI , M., NIKROOZ , L., NAGHIZADEH, M. & TAVAKKOL , Z. 2013. The Incidence of Chest Trauma in Patients Refer to Vali - Asr Hospital of Fasa: (Epidemiology of Chest Trauma). Journal of Fasa University of Medical Sciences, 3.

CARTER, A. J. & CHOCHINOV, A. H. 2007. A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. Cjem, 9, 286.

CHARALAMBOUS, A. 2013. Variations in patient satisfaction with care for breast, lung, head and neck and prostate cancers in different cancer care settings. . European Journal of Oncology Nursing, 17, 588-595.

COOKE, T., WATT, D., WERTZLER, W. & QUAN, H. 2006. Patient expectations of emergency department care: phase II-a cross-sectional survey. Cjem, 8, 148.

EKWALL, A., GERDTZ, M. & MANIAS, E. 2008. The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and carers. Journal of Clinical Nursing, 17.

GILBOY, N., TANABE, P. & GILBOY, N. 2008. RESEARCH TO PRACTICE: Who Is Leaving the Emergency Department Without Being Seen? . Advanced Emergency Nursing Journal, 30.

HSIEH, M. 2010. Evaluating the effect of a patient education brochure on patients' expectations and satisfaction with emergency department service. Queensland University of Technology.

KADKHODAIE, M. 2006. Three-year review of facial fractures at a teaching hospital in northern Iran. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 44, 229-231.

LOVATO, E., MINNITI, D., GIACOMETTI, M., SACCO, R., PIOLATTO, A., BARBERIS, B., PAPALIA, R., BERT, F. & SILIQUINI, R. 2013. Humanisation in the emergency department of an Italian hospital: new features and patient satisfaction. Emergency Medicine Journal, 30, 487-491.

LIU, Y. & WANG, G. 2007. Inpatient satisfaction with nursing care and factors influencing satisfaction in a teaching hospital in China. Journal of nursing care quality, 22, 266-271.

MEHRI, A., MAHMOODABAD, S. M., MOHAMMAD, A. M. & NADRIAN, H. 2011. Determinants of helmet use behaviour among employed motorcycle riders in Yazd, Iran based on theory of planned behaviour. Injury, 42, 864-869.

MACK, J. L., FILE, K. M., HORWITZ, J. E. & PRINCE, R. A. 1996. Factors associated with emergency room choice among Medicare patients. Journal of ambulatory care marketing, 6, 45-58

MOCK, C., JUILLARD, C., JOSHIPURA, M. & GOOSEN, J. 2010. Strengthening care for the injured: success stories and lessons learned from around the world. . World Health Organization

MOHAMED, H. A., TANTAEWY, N. M., EL-SAID, N. M. & NASSAR, M. E. 2012. Efficiency of Care and Satisfaction for Head Injury Patients at Emergency Department in Mansoura Emergency Hospital. . Medical Journal Cairo Univercity, 80, 5-12.

OERMANN, M. H. 2003. Effects of Educational Intervention in Waiting Room on Patient Satisfaction. Journal Ambulatory Care Management, 26, 150-158.

OLUWADIYA, K., OLATOKE, S. A., ARIBA, A. J., OMOTOSHO, O. A. & OLAKULEHIN, O. A. 2010b. Patients' satisfaction with emergency care and priorities for change in a university teaching hospital in Nigeria. International Emergency Nursing, 18, 203-209.

ÖZSOY, S., ÖZGUR, G. & DURMAZ AKYOL, A. 2007. Patient expectation and satisfaction with nursing care in Turkey: a literature review. International nursing review, 54, 249-255.

RASOULI, M., SAADAT, S., HADDADI, M., GOOYA, M., AFSARI, M. & RAHIMI-MOVAGHAR, V. 2011. Epidemiology of injuries and poisonings in emergency departments in Iran. Public health, 125, 727 -733.

RUMORO, D., SHAH, S., PATEL, A., HOHMANN, S. & FULLAM, F. 2009. Managing Patient Expectations at Emergency Department Triage. Annals of emergency medicine, 54, S52.

SAMINA, M., QADRI, G., TABISH, S., SAMIYA, M. & RIYAZ, R. 2008. Patient's perception of nursing care at a large teaching hospital in India. International journal of health sciences, 2, 92.

SOLEIMANPOUR, H., GHOLIPOURI, C., SALARILAK, S., RAOUFI, P., VAHIDI, R. G., ROUHI, A. J., GHAFOURI, R. R. & SOLEIMANPOUR, M. 2011. Emergency department patient satisfaction survey in Imam Reza Hospital, Tabriz, Iran. Int J Emerg Med, 4.

SOREMEKUN, O. A., TAKAYESU, J. K. & BOHAN, S. J. 2011. Framework for analyzing wait times and other factors that impact patient satisfaction in the emergency department. The Journal of emergency medicine, 41, 686-692.

SHARON, T. A. 2009. Health Secrets from the Seventh Heaven: For healing and wellness in the world of opposites. 27: 821-828. Emergency Medical Journal, 27, 821-828.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

SUN, B. C., BRINKLEY, M., MORRISSEY, J., RICE, P., & STAIR, T. 2004. A patient education intervention does not improve satisfaction with emergency care. Annals of Emergency Medicine, 44(4), 378-383.

TAYLOR, D., KENNEDY, M. P., VIRTUE, E. & MCDONALD, G. 2006. A multifaceted intervention improves patient satisfaction and perceptions of emergency department care. International Journal for Quality in Health Care 18, 238-245.

TRAN, T. P., SCHUTTE, W. P., MUELLEMAN, R. L. & WADMAN, M. C. 2002. Provision of clinically based information improves patients' perceived length of stay and satisfaction with EP. The American journal of emergency medicine, 20, 506-509.

TOMA, G., TRINER, W. & MCNUTT, L.-A. 2009. Patient satisfaction as a function of emergency department previsit expectations. Annals of emergency medicine, 54, 360-367. e6.

WAGNER, D. & BEAR, M. 2009. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. Journal of advanced nursing, 65, 692-701.

YELLEN, E. 2003. The influence of nurse-sensitive variables on patient satisfaction. AORN journal, 78, 783-793.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

Original Article

Effects of comprehensive-care program on patients' satisfaction with trauma in emergency department

Masumeh Zakeri moghadam[1], MSc
*** Somayeh Sadeghi[2], MSc**
Ghyasvandian Shahrzad[3], Ph.D
Anushirvan Kazemnejad[4], Ph.D

Abstract

Aim. The purpose of this study was to determine the effect of comprehensive-care program on patient satisfaction in patients with minor and moderate trauma (accident, fall and other types of trauma) in emergency department.

Background. Assessment of patient satisfaction is one of the most important indicators of measuring quality of care. Patient satisfaction of nursing services is declining; it can be caused by increased awareness of patients about their rights and health care services which leads to an increase in patient expectations of health care services. Comprehensive care program is one of the ways to increase patient satisfaction.

Method. This clinical trial study was conducted with 104 patients, 52 in each control and experimental groups. The experimental group received comprehensive-care program from the moment of entering emergency department to the discharge of emergency department and the control group received the usual nursing care. After implementing comprehensive-care program and at the end of the patient stay, the patient satisfaction in two groups was measured using a modified form of satisfaction questionnaire. The data analysis was done by SPSS software, version 22 using descriptive and inferential statistics.

Findings. The mean score of the total satisfaction was 32.02 (relatively appropriate) and 45.6 (appropriate) after intervention in control and experimental groups, respectively. There was a statistical significant difference between the mean score of total satisfaction of the groups after intervention ($p<0.001$).

Conclusion. Implementing comprehensive-care program increases the rate of the patient satisfaction. Therefore, it is recommended to managers and staff of the health care centers and educational centers to apply comprehensive care program.

Keywords: Comprehensive-care program; Patient satisfaction; Emergency department

1 Nurse Lecturer, Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2 Master of Science in Critical Care Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author) E-mail: ssadeghi@razi.tums.ir
3 Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4 Professor, Department of Biostatistics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]