

Nurses' clinical performance assessment in critical care units in teaching and non-teaching hospitals in Qazvin city: Based on Synergy Model

Khoeiniha F¹, *Sheikhi MR², Shokati AM³, Mohammad Poor A⁴

1- MSc Student of Critical Care Nursing, School of Nursing & Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing & Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran (**Corresponding author**)

E-mail: mmsheikhi1@yahoo.com

3- Assistant Professor, Department of Critical Care Nursing, School of Nursing & Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

Abstract

Introduction: Improving quality of care is one of the challenges in health care services. In this regard, human factor is one of the important factors that affect the quality of care. The aim of this study was to assess nurses' clinical performance in Critical Care Units (CCU) in teaching and non-teaching hospitals non-teaching hospitals of Qazvin city based on the Synergy Model.

Materials & Methods: This was a descriptive study. All 191 nurses in the CCU, ICU (Intensive Care Unit), and emergency units in teaching and non-teaching hospitals of Qazvin participated in this study. To collect data, Demographic questionnaire and "Nurse's Clinical Performance Questionnaire" based on Synergy Model were used. Validity and reliability of the instrument was confirmed in pervious study. Data was analyzed using SPSS/22.

Findings: The lowest level of nurses' clinical performance in teaching and non-teaching hospitals was related to clinical Inquiry respectively (76/55±31/4), (78/3±30/9). The highest level of clinical performance in teaching hospitals was related to support (89/40±18/4) and in non-teaching hospitals was respond to differences (89/74±20/5).

Conclusion: In this study 15% of critical nurses in teaching hospitals and 10% in non-teaching hospitals had non-optimal performance. Due to the lower level of nurse's clinical performance in emergency department compared to the ICU and CCU, it is suggested that clinical skill training to be considered.

Keywords: Nursing Clinical performance, Critical Care units, Synergy Model.

Received: 12 May 2015

Accepted: 15 September 2015

بررسی عملکرد بالینی پرستاران بخش های ویژه بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی شهر قزوین: براساس

الگوی سینرژی

فاطمه خوینی ها^۱، *محمدرضا شیخی^۲، مصطفی شوکتی احمد آباد^۳، اصغر محمد پوراصل^۴

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت های ویژه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

۲- استادیار، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: mmsheikhil@yahoo.com

۳- استادیار، گروه مراقبت های ویژه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

۴- استادیار، گروه آمارزیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

نشریه مدیریت ارتقای سلامت، دوره ۵ شماره ۳ خرداد و تیر ۱۳۹۵، ۳۶-۲۸

چکیده

مقدمه: ارتقا کیفیت مراقبت ها یکی از چالش های نظام ارایه خدمات مراقبت بهداشتی است و عملکرد پرستاران یکی از عوامل مهم و تاثیر گذار بر کیفیت مراقبت هاست. این مطالعه با هدف تعیین عملکرد بالینی پرستاران در بخش های ویژه در بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی شهر قزوین بر اساس الگوی سینرژی انجام گرفت.

مواد و روش ها: این پژوهش، یک مطالعه توصیفی است و نمونه گیری آن به روش سرشماری انجام گردیده شده است. کلیه ۱۹۱ پرستار شاغل در بخش های CCU و ICU و اورژانس بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی شهر قزوین در سال ۱۳۹۳ در این پژوهش شرکت داشتند. ابزار مورد استفاده " پرسشنامه عملکرد بالینی پرستاران " " Nurse's Clinical Performance Questionnaire " NCPQ بود. روایی و پایایی آن در مطالعات قبلی تایید شده است. داده ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۲ تحلیل گردید. **یافته ها:** در بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی پایین ترین سطح عملکرد بالینی پرستاران در حیطه بررسی بالینی به ترتیب $(76/55 \pm 3/14)$ و $(78/3 \pm 30/9)$ بود. پرستاران بالاترین سطح عملکرد بالینی را در بیمارستان های آموزشی در حیطه حمایت $(89/40 \pm 18/4)$ و در بیمارستان های غیر آموزشی در حیطه پاسخ به تفاوت ها $(89/74 \pm 20/5)$ داشتند.

نتیجه گیری: در این مطالعه ۱۵ درصد عملکرد نامطلوب مربوط به بیمارستانهای آموزشی و ۱۰ درصد مربوط به بیمارستان های غیر آموزشی بود. سطح عملکرد بالینی پرستاران بخش های اورژانس در مقایسه با بخش های آی سی یو و سی یو پایین تر بود. پیشنهاد می شود آموزش مهارت های بالینی ویژه این گروه از پرستاران مورد توجه قرار گیرد.

کلید واژه ها: عملکرد بالینی پرستاران، بخش ویژه، الگوی سینرژی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۲۲

مقدمه

پرستاران بزرگترین بخش از نیروهای حرفه ای نظام سلامت هستند که در جهت ارائه خدمات بهداشتی درمانی، نقش ها و وظایف متعددی دارند (۱). وظایف آنان ارتقا بهداشت، پیشگیری از بیماری، حفظ سلامت و تندرستی، تسکین درد و رنج و کمک در تطابق یافتن بیمار با شرایط موجود را شامل می شود (۲). از آنجا که پرستاران در مقایسه با سایر اعضای تیم بهداشت و درمان مدت زمان بیشتری را بر بالین بیمار صرف می کنند، غالباً اولین گروهی هستند که از تغییرات ایجاد شده در شرایط بیماران آگاه می شوند و با اجرای مداخلات سریع و نجات بخش می توانند بیماران را از حوادثی که منجر به نارسایی می شود، نجات دهند و سبب کاهش میزان مرگ گردند (۳). یکی از حساس ترین بخش های بیمارستان که پرستاران نقش مهمی در آن ایفا می کنند، بخش ویژه است (۴). بخشی که جدیدترین روش های فن آوری در آن به کارگرفته می شود (۵) و مجهز به امکانات و تجهیزات لازم برای مراقبت از بد حال ترین بیماران است (۶). بیماران بخش های ویژه به دلیل قرارگرفتن در شرایط تهدید کننده حیات برای تشخیص، مدیریت و مراقبت، نیاز به توجه مداوم و پیگیری افراد متخصص و پرستاران آموزش دیده دارند (۷). پرستارانی که نسبت به علایم هشداردهنده فیزیولوژیک آگاهی و دانش کافی داشته باشند و قادر باشند به تغییرات سریع در وضعیت بیمار پاسخ دهند. همچنین در فعالیت های بالینی مهارت، در کارگروهی قوی و در عملکردها از اعتماد به نفس کافی برخوردار باشند (۳) تا بتوانند اطلاعات حاصل از بیمار را ارزیابی نموده و مداخلات مورد نیاز برای مراقبت ها را ارتقا دهند (۸).

نیاز به مراقبت های ویژه در بسیاری از کشورهای جهان در حال افزایش است. براساس آمار تعداد تخت های آی سی یو در ایالات متحده آمریکا حدود ۱۵ درصد (۹) و در انگلستان در ۱۰ سال اخیر ۳۰ درصد افزایش داشته است (۱۰). میزان این نیاز در کانادا تا ۱۵ سال آینده در حدود ۵۷ درصد تخمین زده شده است (۷). آمار پذیرش اورژانس ها نیز افزایش قابل توجهی داشته است. در ایالت متحده آمریکا، پذیرش بخش های آی سی یو از اورژانس از ۴۹ درصد به ۷۹ درصد تغییر یافته است (۱۱). به دنبال کمبود تخت در بخش های آی سی یو، مدت زمان بستری بیماران بدحال طولانی گردیده (۱۲) و در بسیاری از اورژانس ها واحدهای مراقبت ویژه اورژانس ایجاد شده است (۱۳).

افزایش تقاضا برای مراقبتهای ویژه همراه با افزایش متوسط سن بیماران، پیچیدگی بیماریها (۱۱،۱۴)، تغییرات طول مدت بستری

(۷، ۱۲، ۱۵)، گسترش فناوری های پیشرفته (۷) و افزایش مداخلات پرستاری (۱۴) موجب شده تا فرآیند های تصمیم گیری، مدیریت، مراقبت و نتایج حاصل از آن تا حد قابل ملاحظه ای با پیچیدگی همراه گردد (۷، ۱۱). این موضوع می تواند بر کیفیت مراقبت تاثیر نامطلوب گذاشته، سبب افزایش خطاهای پزشکی و پرستاری و احتمالاً افزایش میزان مرگ گردد (۱۶).

ارتقا کیفیت مراقبت یکی از چالش های نظام ارائه خدمات مراقبت بهداشتی در ایران است. عامل انسانی یکی از عوامل مهم و تاثیر گذار بر کیفیت مراقبت است (۸، ۱۷). پرستاران به عنوان بزرگترین گروه حرفه ای نظام سلامت، دارای نیروی بالقوه و قابل توجهی برای اثرگذاری بر کیفیت مراقبت های بهداشتی درمانی هستند (۸) و عملکرد آنها می تواند در این زمینه تاثیر بسزایی داشته باشد.

یکی از فرآیندهای مورد نیاز در نظام مراقبت های بهداشتی برای تضمین کیفیت مراقبت، ارزیابی عملکرد است. وزارت بهداشت انگلستان، عملکرد خوب را مترادف و معادل مراقبت با کیفیت دانسته است (۱۸). ارزیابی عملکرد می تواند ضمن اطلاع از وضع موجود و تطابق با استاندارد ها، در ارتقا فعالیت های حرفه ای (۲۲) و تقویت روابط میان پرستاران، تعیین شیوه آموزش و نیازهای آموزشی آنان و بازدهی بیشتر موثر باشد (۱۹). همچنین می تواند فرصت شناسایی و تقویت عملکردهای مثبت و بهبود بخشیدن به شرایط محیط کار را فراهم آورد (۲۰، ۲۱).

ارزیابی عملکرد پرستاران به علت مشکلات طراحی ابزار (۱۷)، یکسان نبودن شرایط و عدم وجود روش ارزیابی و کنترل مناسب، فرآیندی دشوار است (۲۰). در ایران مطالعاتی انجام شده که ابعاد عملکرد و کیفیت آن در حیطه های مختلف را مورد توجه قرار داده است، اما در آنها از پرسشنامه و چک لیستی که از یک چارچوب و الگو مراقبتی منشا گرفته باشد و یا در خصوص بخش های ویژه باشد، استفاده نشده است (۱۷).

الگوی سینرژیک یک الگو حرفه ای است که ویژگیهای پرستار بخش مراقبت ویژه را در ابعاد مختلف عملکردی همراه با نیازهای مراقبتی بیماران و پیش بینی آن ها در حیطه های مختلف ارزیابی می نماید (۲۲). این الگو در سال ۱۹۹۳ توسط انجمن مراقبت ویژه پرستاران آمریکا برای تعیین حوزه فعالیت های پرستاران بخش ویژه در نظر گرفته شد (۲۳). در این مدل ویژگی های بیمار که در تمام بیماران با وضعیت حاد و بحرانی وجود دارد، در هشت مفهوم بازگشت، آسیب پذیری، ثبات، پیچیدگی، منابع در دسترس، مشارکت در مراقبت، مشارکت در تصمیم گیری و قابلیت پیش

که شامل قضاوت بالینی (۱۷ گویه)، حمایت (۷ گویه)، فعالیت های مراقبتی (۷ گویه)، هماهنگی (۸ گویه)، تفکر سیستمی (۸ گویه)، پاسخ به تضادها (۴ گویه)، بررسی بالینی (۸ گویه) و تسهیل در یادگیری (۶ گویه) می باشد. در مقابل هر گویه گزینه های "بلی"، "خیر" و "موردی ندارد" قرار دارد. پرستار در صورت انجام عملکردها (مطابق با گویه ها)، گزینه "بلی" و اگر انجام عملکردها (گویه ها) ضرورت دارد اما پرستار انجام نمی دهد، گزینه "خیر" را انتخاب می نماید. گزینه "موردی ندارد" نیز برای عملکردهایی که دلیلی برای انجام آنها نبوده، انتخاب شده بود. جهت تعیین نمره کیفیت عملکرد پرستار، به پاسخ "بلی" نمره "یک" و "خیر" نمره "صفر" داده شد. داده های ستون "موردی ندارد" در بخش هایی که کاربرد نداشت، قبل از انجام آزمون های آماری از تعداد گزینه های کلی در هر حیطه حذف گردید. جهت تعیین نمره عملکرد کل و نیز حیطه های مختلف، بصورت عدد بین "صفر" تا "۱۰۰" محاسبه گردید. به این صورت که نمره کسب شده هر فرد از پرسشنامه در کسری که صورت آن عدد "۱۰۰" و مخرجش تعداد کل گویه هایی است که انجام آنها برای پرستار ضرورت داشته است، ضرب شد. همچنین جهت تعیین سطح عملکرد بر اساس نمرات کسب شده، به سه سطح ضعیف (۳۳-۰)، متوسط (۶۶-۳۳) و خوب (۱۰۰-۶۷) تقسیم گردید و نمره عملکرد به دست آمد. کیفیت عملکرد خوب به عنوان سطح عملکرد مطلوب و کیفیت عملکرد متوسط و ضعیف به عنوان سطح عملکرد نامطلوب تعیین گردید.

کیفیت عملکرد خوب تا متوسط به عنوان سطح عملکرد مطلوب و کیفیت عملکرد متوسط و متوسط تا ضعیف به عنوان سطح عملکرد نامطلوب تعیین گردید. این ابزار در مطالعه کریم یار به کارگرفته شده و روایی آن از منظر صوری و محتوی در ایران در پرستاران بخش های ویژه (۱۷) مورد تایید قرار گرفته است و پایایی پرسشنامه نیز سنجیده شده و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۳ برای آن تعیین گردیده است (۱۷). شرکت کنندگان پس از تکمیل نمودن فرم رضایت آگاهانه قبل از مشارکت، با رضایت کامل در پژوهش شرکت نمودند. محرمانه بودن اطلاعات و بدون نام بودن پرسشنامه ها، رعایت اخلاق در جمع آوری داده ها، تحلیل و ارایه گزارش و ارایه نتایج مبتنی بر واقعیت از دیگر ملاحظات اخلاقی این پژوهش بود. داده ها با استفاده از پرسشنامه جمع آوری و با استفاده از نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۲۲ و آزمون های توصیفی (میانگین، تی تست و انحراف معیار) و آزمون های آماری کای اسکور تجربیه و تحلیل شدند.

بینی خلاصه گردیده است. همچنین برای پرستاران بخش ویژه نیز خصوصیات در نظر گرفته شده که در قالب هشت مفهوم قضاوت بالینی (Clinical Judgment)، تفکر سیستمی (Systems Thinking)، هماهنگی (Collaboration)، عملکردهای مراقبت (Caring practices)، حمایت (Advocacy)، پاسخ به تفاوتها (Response to Diversity)، بررسی بالینی (Clinical Inquiry) و تسهیل یادگیری (Facilitation to Learning) بیان گردیده است. مراقبتها با صلاحیت و مهارتهای پرستار کامل می گردد و بیشترین نتایج مورد انتظار از بیمار زمانی حاصل می شود که نیازمندی و ویژگیهای بیمار با مهارت و صلاحیت پرستار هماهنگی داشته باشد (۲۳). در این الگو پیش بینی نیازهای بیماران در وضعیت حاد و بحرانی در اولویت قرار دارد. در حالی که براساس مطالعه پاشایی و همکاران پرستاران بخش ویژه پیش بینی نیازهای بیمار را آخرین اولویت مراقبتی قرار داده اند (۴). از این رو با توجه به تاثیر بالقوه و قابل ملاحظه عملکرد بالینی پرستاران بر کیفیت مراقبتها و لزوم سنجش عملکرد آنان همچنین شناخت و بهره گیری از مدل های اثر بخش، مطالعه حاضر با هدف تعیین عملکرد بالینی پرستاران در بخش های ویژه در بیمارستانهای آموزشی و غیر آموزشی شهر قزوین براساس الگوی سینرژئی انجام گرفت.

مواد و روش ها

این مطالعه یک پژوهش توصیفی بود در بخش های ویژه (آی سی یو، سی سی یو، اورژانس) بیمارستانهای آموزشی و غیر آموزشی شهر قزوین براساس الگوی سینرژئی در سال ۱۳۹۳ انجام شد. کلیه پرستاران شاغل (سرشماری) در بخش های ویژه در مطالعه وارد شدند که شامل ۱۹۱ پرستار شاغل در بخش های آی سی یو و سی سی یو و اورژانس از ۶ بخش اورژانس و ۱۰ بخش آی سی یو و ۷ بخش سی سی یو بودند. معیار ورود شامل پرستارانی بود که به طور تمام وقت مشغول به کار بوده و حداقل مدرک کارشناسی پرستاری داشته و سابقه کار حداقل سه ماه کار در بخش ویژه را داشته باشند. معیار خروج شامل عدم رضایت شرکت کننده در پژوهش بود. ابزار پژوهش شامل دو بخش اطلاعات جمعیت شناختی که سوالاتی در مورد سن، جنس، وضعیت تاهل، بخش، سابقه کار، سابقه کار در بخش ویژه، وضعیت استخدام، نوع بیمارستان و دوره آموزشی گذرانده شده را در برداشت و "پرسشنامه عملکرد بالینی پرستاران" (Nurse's NCPQ) (Clinical Performance Questionnaire) براساس الگوی سینرژئی بود. پرسشنامه براساس خصوصیات پرستاران در الگوی سینرژئی دارای ۸ قسمت (۶۵ گویه) می باشد

یافته ها

و دیفیبریلاتور) را گذرانده بودند و ۷۶ درصد سابقه گذراندن هیچ دوره تخصصی را نداشتند. آزمون کای دو ارتباط معنی داری میان گذراندن دوره تخصصی و عملکرد پرستاران نشان نداد ($P=0/46$). بررسی عملکرد به تفکیک جنسیت نشان داد که ۱۷ درصد مردان شرکت کننده و ۱۴ درصد زنان دارای عملکرد نامطلوب بودند ($P=0/70$). از نظر وضعیت تاهل ۱۳/۶ درصد افراد متاهل و ۱۴/۱ درصد افراد مجرد شرکت کننده در پژوهش، عملکرد نامطلوب داشتند ($P=0/91$). بررسی عملکرد بر اساس نوع بخش نشان داد که ۱۰ درصد پرستاران بخش آی سی یو و ۱۴/۳ درصد پرستاران بخش سی سی یو و ۲۵ درصد پرستاران بخش اورژانس عملکرد نامطلوب داشتند. میان نوع بخش و عملکرد پرستاران ارتباط معنی دار وجود داشت ($P=0/04$). در بیمارستانهای آموزشی ۱۵/۱ درصد پرستاران و در بیمارستانهای غیرآموزشی ۱۰/۳ درصد پرستاران دارای عملکرد نامطلوب بودند (جدول ۱). اما ارتباط معنی داری میان عملکرد و نوع بیمارستان وجود نداشت ($\chi^2=0/608$ و $P=0/43$). همچنین میان متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت استخدام و نوع بیمارستان با عملکرد همبستگی آماری یافت نشد.

۱۹۲ پرستار دارای معیار ورود به پژوهش بودند که پس از توزیع پرسشنامه ها، یک پرسشنامه فاقد اطلاعات جمعیت شناختی بود و حذف گردید. بر اساس نتایج این پژوهش از ۱۶۷ شرکت کننده (۸۷ درصد) زن و ۱۱۸ نفر (۶۱/۵ درصد) متاهل بودند. از مجموع پرستاران شرکت کننده، ۵۵ درصد در بخش ICU، ۲۲ درصد در بخش CCU و ۲۳ درصد در بخش اورژانس مشغول به کار بودند. میانگین سن افراد $31/04 \pm 5/91$ سال بود. شرکت کنندگان حداقل ۲۲ و حداکثر ۵۳ سال داشتند. میانگین سابقه کار $7/7 \pm 5/56$ حداقل سابقه کار ۳ ماه و حداکثر ۳۰ سال بود. میانگین سابقه کار در بخش ICU $2/68 \pm 3/7$ ، در بخش CCU $1/30 \pm 2/9$ و در بخش اورژانس $1/29 \pm 2/6$ سال بود. از نظر وضعیت استخدامی پرستاران ۱۲ درصد مشمولین طرح نیروی انسانی، ۳۶ درصد قراردادی و بقیه رسمی بودند. ۷۹ درصد شرکت کنندگان در بیمارستان های آموزشی و ۲۱ درصد در بیمارستانهای غیرآموزشی شاغل بودند. از نظر گذراندن دوره تخصصی ۴۶ نفر (۲۴ درصد) افراد، یکی از دوره های تخصصی بخش ویژه (وتیلیاتور، EKG، ABG، اینتوباسیون

جدول ۱: میزان عملکرد پرستاران بر حسب نوع بیمارستان

بیمارستان	عملکرد نامطلوب		عملکرد مطلوب		آزمون آماری کای دو
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
آموزشی	۲۳	۱۵/۱	۱۲۹	۸۴/۹	$\chi^2=0/608$ $1 = df$ $P=0/43$
غیر آموزشی	۴	۱۰/۳	۳۵	۸۹/۷	

پایین ترین سطح عملکرد در حیطه بررسی بالینی در بیمارستانهای آموزشی و غیر آموزشی به ترتیب ($76/55 \pm 31/4$) و ($78/3 \pm 30/9$) و بالاترین سطح عملکرد در بیمارستان های آموزشی مربوط به حیطه حمایت ($89/40 \pm 18/4$) و در بیمارستانهای غیرآموزشی مربوط به حیطه پاسخ به تفاوت ها ($89/74 \pm 20/5$) بود (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین نمره عملکرد پرستاران در حیطه های مختلف براساس نوع بیمارستان

حیطه	بیمارستان آموزشی		بیمارستان غیرآموزشی	
	میانگین نمره	انحراف معیار	میانگین نمره	انحراف معیار
قضاوت بالینی	۸۶/۶۷	۱۳/۲۳	۸۶/۹	۱۴/۴۷
حمایت	۸۹/۴۰	۱۸/۴۰	۸۵/۰۷	۲۲/۳
عملکرد مراقبتی	۸۵/۵	۲۰/۳۴	۸۵/۴۵	۲۳/۳
هماهنگی	۸۳/۸۷	۲۳/۱	۸۴/۰۲	۲۴/۲
تفکر نظامند	۸۶/۱	۲۰/۹	۸۴/۶۱	۲۲/۵۲
پاسخ به تفاوت ها	۸۵/۵	۲۶/۸	۸۹/۷۴	۲۰/۵
بررسی بالینی	۷۶/۵۵	۳۱/۴	۷۸/۳	۳۰/۹
تسهیل یادگیری	۸۴/۴۹	۲۲/۹۷	۸۷/۶۴	۲۵/۸۷

بحث

ارایه مراقبت با کیفیت و ارتقای آن به اطلاعات کامل و کافی از وضعیت موجود نیاز دارد (۲۴). ارزیابی عملکرد یک سازمان ضمن فراهم آوردن اطلاعات از وضع موجود می تواند در جهت دستیابی به اهداف تعیین شده و ارتقای آن کمک کننده باشد (۲۰). از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین عملکرد پرستاران بخش های ویژه در بیمارستان های آموزشی و غیرآموزشی انجام شد.

نتایج این پژوهش با توجه به میانگین نمره عملکرد پرستاران در حیطه های مختلف، در بیمارستانهای آموزشی و غیرآموزشی شهر قزوین نشان داد که اکثریت پرستاران عملکرد خود را مطلوب گزارش نموده اند. مقایسه این نتایج با یافته های به دست آمده در مطالعه کریم یار (۱۷) مشخص نمود که میانگین نمرات از مطالعه کریم یار، کمتر بوده است.

پایین ترین سطح عملکرد پرستاران در مطالعه کریم یار مربوط به حیطه بررسی بالینی ($4/7 \pm 81/98$) بود که از این جهت با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در مطالعه عزیزاده و همکاران عملکرد پرستاران شاغل در بخش اورژانس $68/5$ درصد عالی گزارش گردیده است (۲۴). در مطالعه حاضر، بررسی نتایج عملکرد پرستاران در بخش اورژانس، 75 درصد عملکرد مطلوب را نشان داد که با مطالعه عزیزاده و همکاران همسو بود.

مقایسه عملکرد پرستاران بخش های ای سی یو، سی سی یو و اورژانس نتایج نشان داد که بیشترین عملکرد نامطلوب (25 درصد) مربوط به بخش اورژانس و کمترین عملکرد نامطلوب (10 درصد) مربوط به بخش ای سی یو بود. این کاهش در عملکرد بخش های اورژانس متأثر از عوامل متعددی است. یکی از عوامل تاثیر گذار ممکن است به کارگیری نیروهای تازه کار در اورژانس ها باشد. کمتر بودن میانگین سابقه کار پرستاران در اورژانس ($1/29 \pm 2/6$) نسبت به میانگین سابقه کار در بخش ای سی یو ($2/68 \pm 3/7$) می تواند موید این موضوع باشد. افزایش بیماران بدحال مراجعه کننده به اورژانس ها، به تنهایی می تواند موجب کمبود وقت و کاهش کیفیت مراقبت و عملکرد نامطلوب گردد (۲۵). از سوی دیگر، فعالیت پرستاران در بخش اورژانس دارای طیف گسترده ای است. وسعت دامنه مراقبت ها و نیاز به مداخلات سریع در بیماران، پرستاران این بخش را در مقایسه با سایر بخش ها، در معرض تنش های شغلی بیشتری قرار می دهد (۲۶) که تنش های شغلی سبب بروز واکنش های متفاوت جسمی، روانی و نیز کیفیت نامطلوب مراقبت ها می گردد (۲۷).

همبستگی نوع بیمارستان با عملکرد پرستاران براساس الگوی سینرژیک نشان داد که 15 درصد عملکرد نامطلوب مربوط به بیمارستانهای آموزشی و 10 درصد مربوط به بیمارستان های غیرآموزشی بود (جدول ۱). بنظر می رسد از عوامل موثر بر کاهش عملکرد در بیمارستانهای آموزشی، به کارگیری نیروهای تازه کار در آن باشد. پرستاران تازه دانش آموخته ملزم به گذراندن دوره دو ساله طرح کارورزی در بیمارستانهای آموزشی می باشند. در این مدت آنان توانمندی هایی را که در دوره کارشناسی در دانشگاه کسب نموده اند در بالین تکمیل نموده و به سطح مهارت عالی دست می یابند (۲۸) و غالباً پس از این دوره دو ساله جذب بیمارستانهای غیرآموزشی می گردند.

در پژوهش حاضر کمترین میانگین نمره در بیمارستان آموزشی و غیر آموزشی مربوط به حیطه بررسی بالینی بود که در آن پرستاران، نتایج پژوهش ها را در بالین به کار می گیرند. براساس مطالعه لطیفی و همکاران بیشترین موانع به کارگیری مطالعات در بین پرستاران بالین شامل نبودن وقت کافی برای کاربرد عملی ایده های جدید، احساس عدم توانمندی در خود برای ارزیابی کیفیت پژوهش های انجام شده در پرستاری، فقدان وقت کافی برای مطالعه، عدم آگاهی کافی پرستاران از روش پژوهش، عدم گرایش آنان به تغییر و عقاید تازه بود (۲۹). عدم صدور اجازه از طرف مدیران برای به کار بستن نتایج مطالعات، کافی نبودن تسهیلات برای کاربرد نتایج پژوهش و نیز عدم همکاری و مشارکت پزشکان در به کار بستن نتایج مطالعات از دیگر موانع به کارگیری نتایج پژوهش ها است (۲۹). مراقبت پرستاری اساسی ترین جنبه عملکرد های پرستاری است (۳۰). در این مطالعه میانگین نمره عملکرد پرستاران در حیطه فعالیت های مراقبتی، بیش از 85 است. بر اساس مطالعه کریمی مونتقی و همکاران کیفیت مراقبت از نظر پرستاران $53/6$ درصد مطلوب بود که با نتایج مطالعه کنونی همسو است (۳۰). مطالعه قمری زارع و همکاران کیفیت عملکرد پرستاران را به میزان 28 درصد ضعیف، 64 درصد متوسط و فقط 8 درصد خوب گزارش نموده اند (۳۱) که نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر همخوانی نداشت.

همچنین در این مطالعه حیطه حمایت و طرفداری معنوی از بیمار با موارد پژوهش بستانی و همکاران در زمینه حق بیمار در تصمیم گیری و مشارکت دادن وی جهت اقدامات تشخیصی و درمانی همسو نبود (۳۲).

نتیجه گیری نهایی

نتایج این مطالعه نشان داد که عملکرد بالینی پرستاران در

به منظور رفع کاستی ها و شرکت فعال تر پرستاران در این برنامه ها صورت پذیرد.

بخش های اورژانس پایین تر از سایر بخش های ویژه می باشد که این مهم بایستی مورد توجه مدیران و سیاست گزاران پرستاری قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد فاطمه خونی ها و به راهنمایی آقای محمدرضا شیخی در دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین می باشد. از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین و همچنین کلیه پرستاران و مسئولین بیمارستانهای آموزشی و غیرآموزشی قزوین که در این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می آید.

از محدودیت های این پژوهش تعداد کم پرستاران تمام وقت در بیمارستان های غیرآموزشی بود. بسیاری از پرستاران بخش های عمومی بطور پاره وقت در بخش های ویژه فعالیت داشتند. انجام پژوهش با تعداد بیشتری از پرستاران در بیمارستان های غیرآموزشی می تواند در دستیابی به نتایج قابل اعتمادتر موثر باشد. انجام پژوهش به روش خودگزارش دهی پرستاران از دیگر محدودیت های این مطالعه بود.

پیشنهاد می شود آموزش در راستای ارتقای مهارتهای بالینی ویژه این گروه از پرستاران طراحی و برگزار گردد. بررسی های بعدی

References

- 1- Ravanipour M, Vanaki Z, Afshar L, Azemian A. [The standards of professionalism in nursing: The nursing instructors' experiences]. Journal of Evidence-based Care. 2014;4(1):27-40 (Persian).
- 2- Dehghani Kh, Nasiriani K, Mousavi T.[Investigating intensive care unit nurses' performance and its adjusting with standard]. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2014;21(6):808-815 (Persian).
- 3- Harvey E M, Echols SR, Clark R, Lee E. Comparison of two TeamSTEPS® Training Methods on nurse failure-to-rescue performance. Clinical Simulation in Nursing. 2014;10(2):e57-e64.
- 4- Pashae S, Lakdizajee S, Rahmani A, Zamanzade V. [Priorities of caring behaviors from critical care nurses viewpoints]. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal. 2014;4(1):65-73 (Persian).
- 5- Galage M, Ghalgae F, Mazloom A. [Association between clinical nurse competence and patient satisfaction with nursing care]. Journal of Nursing & Midwifery Faculty, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 2008;18(63):12-9 (Persian).
- 6- Ayoubian A, Navid M, Moazam E, Hoseinpoufard M, Izadi M. [Evaluation of intensive care unit and comparing it with existing standards in hospitals of Isfahan]. Iranian Journal of Military Medicine. 2013;14(4):295-301 (Persian).
- 7- Morrow D A, Fang JC, Fintel D J, Granger C B, Katz J N, Kushner F, et al. [Evolution of critical care cardiology: Transformation of the cardiovascular intensive care unit and the emerging need for new medical staffing and training models. A scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2012;126(11):1408-1428.
- 8- Negarandeh R, Razi Sh P, Khosravinezhad M. [Effect of clinically competent nurses services on safety and patients' satisfaction in an emergency department]. Journal of Faculty of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2013;19(1):51-62 (Persian).

- 9- Wallace D J, Angus DC, Seymour C W, Barnato A E, Kahn J M. Critical care bed growth in the United States. A comparison of regional and national trends. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2015;191(4):410-416.
- 10- Baruch M, Messer B. Criteria for intensive care unit admission and severity of illness. *Surgery (Oxford)*. 2015;33(4):158-164.
- 11- Ramjee V. Fellows-in-training & early career page cardiac intensivism. *Journal of the American College of Cardiology*. 2014;64(9):949-952.
- 12- Herring AA, Ginde A A, Fahimi J, Alter HJ, Maselli JH, Espinola JA ,et al. Increasing critical care admissions from U.S. emergency departments, 2001-2009. *Critical Care Medicine*. 2013;41(5):1197-1204.
- 13- Aslaner M, Akkas M, Eroğlu S, Aksu M N, Özmen M M. Admissions of critically ill patients to the ED intensive care unit. *American Journal of Emergency Medicine*. 2015;33(4):501-505.
- 14- Lucchinia A, Felippisa C D, Elli S, Schifano L, Rolla F, Pegoraro F, et al. Nursing Activities Score (NAS): 5 Years of experience in the intensive care units of an Italian University hospital. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2014;30(3):152-158.
- 15- Mullins PM GM, Pines JM. National growth in intensive care unit admissions from emergency departments in the United States from 2002 to 2009. *Academic Emergency Medicine*. 2013;20(5):479-486.
- 16- Falahinia G H, Zareian A, Oshvandi K, Farhanchi A, Moghimbegi A. Comparison of intensive care units structural standards. *Iran Journal of Critical Care Nursing*. 2013;5(4):222-227.
- 17- Karimyar J M. [Nurses' quality of performance in intensive care units based on Synergy Model]. *Iran Journal of Nursing*. 2013;26(82):74-83 (Persian).
- 18- Whittle R, Shelton Sh. Outcome from intensive care and measuring performance. *Surgery (Oxford)*. 2015;333(4):180-185.
- 19- Torabi A, Setodeh S. [Employees' Attitude about the annual performance evaluation of faculties affiliated to Ahvaz University of Medical Sciences in 2007, Iran]. *Journal of Health Administration*. 2010;12(38):17-22 (Persian).
- 20- Hassan H, Rajen _Durai PP, Marzuki M, Panduragan S.L, Mat S. The relevance of staff performance evaluation in a pre-existing nursing environment: Everything is new to everyone. *Journal of Behavioral Health*. 2013;2(1):87-93.
- 21- Nikpeyma N, Abed Saedi Zh, Azargashb E, Alavi Majd H. Problems of clinical nurse performance appraisal system: A qualitative study. *Asian Nursing Research*. 2014;8(1):15-22.
- 22- Khalifehzadeh A, Tavasoli A, Golshahi J, Sanei H, Mirdehghan A, Payehdar Z, et al. Synergy Model in clinical teaching of critical care among MSc students of nursing and patients with cardiovascular diseases. *ARYA Atherosclerosis Journal*. 2012;7(Suppl):106-110.
- 23- Kerfoot K M, Lavandero R, Cox M, Triola N, Pacini C, Hanson MD. Conceptual

models and the nursing organization: Implementing the AACN Synergy Model for patient care™. *Nurse Leader*. 2006;4(4):20-26.

24- Aliadeh M, Iremlow A, Alizadeh B, Shakibi A, Aliloo L. [A survey to examin the emergency nurses operation and compering it with international standards in the Hospital of Urumia Medical Sciences University]. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences*. 2010;8(3):156-161 (Persian).

25- Tseng J, Li C, Chen K, Chan Y, Chang Sh, Wang F, et al. Outcomes of an emergency department intensive care unit in a tertiary medical center in Taiwan: An observational study. *Journal of Critical Care*. 2015;30(3):444-448.

26- Lu D-M, Sun N, Hong S, Fan Y-Y, Kong F-Y, Li Q-J. Occupational stress and coping strategies among Emergency Department Nurses of China. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2015;29(4):208-212

27- Liang Y-W, Hsieh Y, Lin Y-H, Chen E-Y. The impact of job stressors on health-related quality of life of nursing assistants in long-term care settings. *Geriatric Nursing*. 2014;35(2):114-119.

28- Sadeghi M, Hojat M. [Comparison of the effect of routine and programmed educations on new graduate nurses' performance]. *Journal of Education and Ethics in Nursing*. 2013;2(2):8-11(Persian).

29- Latifi Sh, Khalilpour A, Rabiee O, AmanI N. [Barriers to research utilization among clinical nurses]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012;22(89):88-95 (Persian).

30- Karimi Moonaghi H, Taheri N, Behnam V H, Vaghee S, Yavari M. The effect of communication skills training on the quality of nursing care of patients. *Journal of Evidence-based Care*. 2013;5(2):37-46.

31- Ghamari Zareh Z, Anoosheh M, Vanaki Z, Hagi Zadeh E. [Quality of nurse's performance and patients' satisfaction in cardiac care units]. *Zahedan Journal of Research in Medical Science*. 2008;1(10):27-36 (Persian).

32- Bostani Khalesi Z, Reza- Masoule Sh, Abedinzade M. [Evaluation of the patients, doctors and nurses view points about patient bill of rights in Rasht public hospitals]. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2012;2(2):91-95 (Persian).