





دانشگاه علوم پزشکی قزوین

دانشکده پرستاری و مامایی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد پرستاری

مراقبت های ویژه

عنوان

ارزیابی عملکرد پرستاران بخش های ویژه (سی سی یو، آی سی یو و اورژانس) بیمارستان های آموزشی و

غیر آموزشی شهر قزوین: براساس مدل سینرژزی : ۱۳۹۳

استاد راهنما: محمد رضا شیخی

اساتید مشاور:

دکتر مصطفی شوکتی احمدآباد

دکتر اصغر محمد پوراصل

نگارنده :

فاطمه خوینی ها

تیرماه ۱۳۹۴

## سپاسگزارى

سپاس و ستايش پروردگاريكتا را كه هستى مان بخشيد، به طريق علم و دانش رهنمونمان شد، به همنشيني رهروان علم و دانش مفتخرمان نمود و خوشه چيني از خرمن علم و معرفت را روزيمان ساخت.

نمى توانم معنايى بالاتر از تقدير و تشكربر زبانم جارى سازم و سپاس خود را در وصف استادان خويش آشكار نمايم، كه هر چه بگويم كم گفته ام.

از استاد گرانقدر جناب آقاى محمدرضا شىخى كه به عنوان استاد راهنما ساعات متمادى وقت خود را صرف اين پژوهش نمودند و اظهار نظر هاى علمى و دقيق شان راهنماى من در انجام اين پژوهش بود، صميمانه سپاسگزارم.

از استاد گرامى جناب آقاى دكتر مصطفى شوكتى احمد آباد كه به عنوان استاد مشاور زحمت مشاوره اين رساله را متقبل شدند و از هيچ كمكى در اين عرصه بر من دريغ ننمودند كمال تشكر و قدر دانى را دارم.

از استاد محترم جناب دكتر آقاى اصغر محمدپور اصل كه با صبر و حوصله فراوان در انجام مباحث آمارى اين پژوهش كمك هاى شايانى نمودند، سپاسگزارم.

صبر و حوصله اين بزرگواران به من فرصت داد تا پژوهش كردن را بياموزم.

از سركار خانم دكتر حسيني گل افشاني براى قبول داورى و تصحيح اين پايان نامه سپاسگزارم.

از سركار خانم دكتر محبى فر براى قبول داورى و تصحيح اين پايان نامه سپاسگزارم.

از جناب آقاى دكتر جليل عظيميان براى قبول داورى و تصحيح اين پايان نامه سپاسگزارم.

از دوست گرانمايه ام سركار خانم غنچه صميمى كه مشوق من در پيمودن اين راه بودند، سپاسگزارم.

از دوستان و همكاران گرامى و پرستاران عزيز شاغل در بخش هاى مورد مطالعه كه در پيشبرد اين پژوهش يارى ام داده اند،

از صميم قلب سپاسگزارم و برايشان بهترين آرزوها را دارم.

تقدیم به پدر و مادر عزیزم

که پشتیبان بی قید و شرط و همیشگی ام بوده اند،

باشد که این عزیزان سپاس کوچک مرا

پذیرا باشند.

## چکیده

مقدمه :

ارتقا کیفیت مراقبت ها یکی از چالش های نظام ارایه خدمات مراقبت بهداشتی است و عامل انسانی یکی از عوامل مهم و تاثیر گذار بر کیفیت مراقبت هاست. عملکرد پرستاران به عنوان بزرگترین گروه حرفه ای نظام سلامت می تواند تاثیر زیادی بر کیفیت مراقبت های بهداشتی درمانی داشته باشد. ارزیابی عملکرد یکی از فرآیندهای مورد نیاز برای تضمین کیفیت مراقبت ها است. این مطالعه با هدف ارزیابی عملکرد پرستاران در بخش های ویژه در بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی شهر قزوین انجام گرفت.

### مواد و روش ها:

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی تحلیلی است. کلیه پرستاران شاغل در بخش های سی سی یو و آی سی یو و اورژانس بیمارستان های آموزشی و غیرآموزشی شهر قزوین در سال ۱۳۹۳ در این پژوهش شرکت داشتند. ابزار پژوهش پرسشنامه بررسی عملکرد براساس مدل سینزری بود که به روش خودگزارش دهی تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل یافته ها به وسیله روش های آماری توصیفی و آزمون های تی مستقل (برای بررسی ارتباط میان عملکرد و سابقه کار، سابقه کار در هر یک از بخش های ویژه) و کای اسکوئر (بررسی میان عملکرد با وضعیت تاهل، نوع بخش، بیمارستان آموزشی یا غیرآموزشی، وضعیت استخدام، گذراندن دوره تخصصی) و با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۲ انجام شد.

### یافته ها:

نتایج نشان داد که عملکرد ۱۵ درصد از پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی و ۱۰ درصد پرستاران شاغل در بیمارستان های غیرآموزشی در دامنه غیر مطلوب بود. پرستاران بخش اورژانس پایین ترین سطح عملکرد را در میان بخش های مورد مطالعه داشتند. میان نوع بخش با عملکرد پرستاران ارتباط وجود داشت ( $p=0/04$ ). همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بالاترین میانگین نمره عملکرد پرستاران بخش های آی سی یو و سی سی یو بیمارستان های آموزشی در حیطه حمایت و در آی سی یو و سی سی یو بیمارستان های غیر آموزشی در حیطه پاسخ به تفاوت ها است. کمترین میانگین نمره عملکرد در هر دو نوع بیمارستان در رابطه با تحقیقات بالینی است. بالاترین میانگین نمره عملکرد پرستاران بخش اورژانس بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی در حیطه تسهیل یادگیری است. کمترین میانگین نمره عملکرد در بخش اورژانس بیمارستان های آموزشی در حیطه تحقیقات بالینی و در بیمارستان های غیرآموزشی در حیطه هماهنگی است. همچنین نتایج نشان داد که ۷۶ درصد پرستاران هیچ دوره تخصصی را نگذرانده اند.

## بحث و نتیجه گیری:

ارزیابی سطح عملکرد پرستاران با استفاده از مدل سینرژزی می تواند در تعیین سطح عملکرد ایشان در بخش ویژه و شناسایی حیطه های عملکردی، نقاط قوت و ضعف و سنجش کارایی کمک کننده باشد. به کارگیری سایر روش های ارزیابی عملکرد پرستاران می تواند در تعمیم نتایج آن موثر باشد. همچنین لازم است مطالعات بیشتری برای بررسی علل کاهش عملکرد پرستاران بخش ویژه به خصوص بخش اورژانس به منظور ارتقای سطوح عملکردی آنان انجام گیرد. با توجه به نتایج مطالعه، طراحی و ارایه دوره های تخصصی که بتواند در افزایش مهارت و کارایی پرستاران موثر واقع شود و عملکرد مطلوب آنان را ارتقا دهد، ضرورت می یابد.

## کلید واژه ها:

عملکرد پرستار، بخش ویژه، مدل سینرژزی، بیمارستان.

## فهرست:

۱۱	فصل اول معرفی پژوهش
۱۲	۱-۱ زمینة پژوهش
۱۷	۱-۲ اهداف پژوهش
۱۸	۱-۳ سوالات پژوهش
۱۸	۱-۴ تعریف واژه ها
۲۰	جدول متغیرها
۲۲	فصل دوم: دانستنی های موجود در زمینة پژوهش
۲۳	۲-۱ چارچوب پژوهش
۲۳	۲-۲ ارزیابی عملکرد
۲۴	۲-۳ منابع ارزیابی عملکرد
۲۵	۲-۴ روش های ارزیابی عملکرد
۲۷	۲-۵ مدل های ارزیابی عملکرد
۳۸	۲-۶ بررسی متون
۴۵	فصل سوم: روش پژوهش
۴۶	۳-۱ نوع پژوهش
۴۶	۳-۲ جامعه پژوهش
۴۶	۳-۳ محیط پژوهش
۴۶	۳-۴ نمونه پژوهش
۴۶	۳-۵ روش نمونه گیری
۴۶	۳-۶ حجم نمونه
۴۶	۳-۷ معیار ورود

۴۷	۳-۸ معیار خروج
۴۷	۳-۹ ابزارگردآوری داده ها
۴۷	۳-۱۰ روش کار
۴۸	۳-۱۱ تجزیه و تحلیل داده ها
۴۸	۳-۱۲ ملاحظات اخلاقی
۴۹	فصل چهارم : یافته ها
۶۵	فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری
۶۶	۵-۱ بحث و تحلیل یافته ها
۷۲	۵-۲ نتیجه گیری نهایی
۷۳	۵-۳ محدودیت ها
۷۳	۵-۴ پیشنهادات
۸۷	منابع
۱۰۳	چکیده انگلیسی



## فهرست جداول و نمودارها:

- ۵۰ جدول ۴-۱- فراوانی و میانگین سن و سابقه کار در بخش ویژه
- ۵۱ جدول ۴-۲- فراوانی و درصد متغیربخش
- ۵۱ جدول ۴-۳- فراوانی و درصد پرستاران شاغل در بخش های ویژه برحسب نوع بیمارستان
- ۵۲ جدول ۴-۴- فراوانی و درصد وضعیت استخدامی
- ۵۲ جدول ۴-۵- فراوانی و درصد گذراندن دوره تخصصی
- ۵۳ جدول ۴-۶- فراوانی و درصد نوع دوره های تخصصی گذرانده شده
- ۵۳ جدول ۴-۷- فراوانی کیفیت عملکرد
- ۵۴ جدول ۴-۸- فراوانی عملکردمطلوب و غیر مطلوب
- ۵۴ جدول ۴-۹- فراوانی و درصد عملکرد پرستاران بر حسب جنس
- ۵۵ جدول ۴-۱۰- فراوانی و درصد عملکرد پرستاران بر حسب وضعیت تاهل
- ۵۵ جدول ۴-۱۱- فراوانی و درصد عملکرد پرستاران برحسب بخش ویژه
- ۵۶ جدول ۴-۱۲- فراوانی و درصد عملکرد پرستاران بر حسب نوع بیمارستان
- ۵۶ جدول ۴-۱۳- فراوانی و درصد عملکرد پرستاران بر حسب وضعیت استخدام
- ۵۷ جدول ۴-۱۴- فراوانی و درصد عملکرد بر حسب گذراندن دوره تخصصی
- ۵۷ جدول ۴-۱۵- میانگین سن در دو گروه با عملکرد
- ۵۸ جدول ۴-۱۶- میانگین سابقه کار در دو گروه با عملکرد
- ۵۸ جدول ۴-۱۷- میانگین سابقه کار در بخش آی سی یو با عملکرد
- ۵۹ جدول ۴-۱۸- میانگین سابقه کار در بخش سی سی یوبا عملکرد
- ۵۹ جدول ۴-۱۹- میانگین سابقه کار در بخش اورژانس با عملکرد

۶۰	جدول ۴-۲۰ میانگین سابقه کار در بخش ویژه با عملکرد
۶۰	جدول ۴-۲۱ عملکرد پرستاران بخش آی سی یو در بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی
۶۱	جدول ۴-۲۲ عملکرد پرستاران بخش سی سی یو در بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی
۶۱	جدول ۴-۲۳ عملکرد پرستاران بخش اورژانس در بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی
۶۲	جدول ۴-۲۴ عملکرد پرستاران بخش آی سی یو در حیطه های مختلف
۶۳	جدول ۴-۲۹ عملکرد پرستاران بخش سی سی یو در حیطه های مختلف
۶۴	جدول ۴-۲۹ عملکرد پرستاران بخش اورژانس در حیطه های مختلف
۷۵	فهرست پیوست
۷۶	فرم رضایت آگاهانه
۷۸	پرسشنامه جمعیت شناختی
۸۰	پرسشنامه ارزیابی عملکرد

## فصل اول

### معرفی پژوهش

## ۱-زمینه پژوهش

پرستاران بزرگترین بخش از نیروهای حرفه ای نظام سلامت را تشکیل می دهند 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 درمانی 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 و میر گردند(۳).

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 بدحال 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 پیگیر افراد متخصص و آموزش دیده دارند(۷). پرستاران ماهر و لایقی که مهارت ها و توانایی های خاصی برای مراقبت و مدیریت بیماران ناپایدار داشته باشند(۵). پرستارانی که نسبت به علائم هشداردهنده فیزیولوژیک آگاهی و دانش کافی داشته باشند تا بتوانند به تغییرات سریع در وضعیت بیمار پاسخ دهند. آنان باید در فعالیت های بالینی ماهر، 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 آمارتعداد تختهای آی سی یو در ایالات متحده آمریکا ۱۵ درصد (۹) و در انگلستان حدود ۳۰ درصد در ۱۰ سال اخیر افزایش داشته است (۱۰). این نیاز در کانادا تا ۱۵ سال آینده در حدود ۵۷ درصد تخمین زده شده است (۷).

عوامل متعددی زمینه ساز این افزایش نیاز هستند. تعداد و سن جمعیت، شیوع بالای بیماری ها، بروز بیماری های واگیر، شیوع بیماری های همراه و افزایش طول مدت بستری بیماران از جمله عواملی هستند که نیاز به مراقبت های ویژه را افزایش داده اند(۱۱). در زمینه تعداد و سن جمعیت، اطلاعات حاصل از سرشماری در سطح جهان حاکی از افزایش تعداد افراد مسن ( سن ۶۰ سال و بالاتر ) است و پیش بینی می شود که این میزان تا سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر افزایش یابد(۱۲). در ایالات متحده آمریکا نرخ رشد جمعیت ۶۵ سال به بالا تا سال ۲۰۲۰ در حدود ۵۰ درصد افزایش خواهد یافت(۱۳). در ایران نیز جمعیت مسن بالای ۶۵ سال در سال ۲۰۵۰ نسبت سال ۲۰۰۶ پنج برابر خواهد گردید(۱۴). بررسی ها نشان می دهند که با افزایش تعداد و سن جمعیت، مراجعه به

اورژانس ها افزایش یافته است (۱۵). به طوری که در انگلستان از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۳ مراجعه بیماران بالای ۶۵ سال به اورژانس حدود ۴۵/۶ درصد افزایش داشته است (۱۶). در ایالات متحده امریکا نیز تعداد بیماران مسن مراجعه کننده به اورژانس سیر صعودی داشته است (۱۷). نیمی از مراجعه کنندگان به اورژانس ها، موارد بستری در بیمارستان را تشکیل می دهند. این موضوع نیاز به تخت بستری (۱۵) به خصوص تخت آی سی یو را افزایش داده است (۱۸-۲۲). آمار نشان می دهند که پذیرش بخش های آی سی یو از اورژانس در ایالت متحده آمریکا از ۴۹ درصد به ۷۹ درصد افزایش یافته است (۲۳). به دنبال کمبود تخت در بخش های آی سی یو، مدت زمان بستری بیماران بدحال در اورژانس طولانی تر گردیده است (۲۴) و بسیاری از مراکز مجبور به ایجاد واحدهای مراقبت ویژه اورژانس گردیده اند (۲۵).

از دیگر علل افزایش نیاز به مراقبت های ویژه شیوع بیماری ها است. در بسیاری از کشورهای جهان بیماری های قلبی یکی از بزرگترین مشکلات تهدید کننده سلامتی به شمار می رود و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ حدود ۶۰ درصد بار بیماریها و ۷۳ درصد مرگ و میر ناشی از آن باشد (۲۶). آمار نشان می دهند که بیش از یک نفر از هر سه آمریکایی مبتلا به بیماری قلبی عروقی است و پیش بینی می شود که این میزان تا سال ۲۰۳۰ به ۴۴ درصد افزایش یابد (۲۳). عوامل خطر بیماری های قلبی در ایران نیز شیوع بالایی دارد به طوری که پرفشاری خون در بوشهر ۲۰/۸۵ درصد، چاقی در مازندران ۲۶ درصد، دیابت در قم ۲۷/۶۵ درصد، میزان بالای کلسترول در لرستان ۵۰/۸۷ درصد، مصرف سیگار در آذربایجان شرقی ۱۴/۸ درصد و قلیان در هرمزگان ۷/۶۲ درصد، کم تحرکی در کهکیلویه و بویراحمد ۲۲/۲ درصد گزارش گردیده است (۲۶).

از بیماری های غیر قلبی که نیاز به مراقبت ویژه را افزایش داده (۱۱) و حجم کار مراکز درمانی را بالا می برد، دیابت است (۲۷). دیابت سومین اختلال شایع در جهان و چهارمین علت مرگ و میر است (۲۸). در سال ۲۰۱۱ در حدود ۳۶۶ میلیون نفر در جهان مبتلا به دیابت بوده اند و پیش بینی می شود که تا سال ۲۰۳۰ حدود ۱۰ درصد جمعیت جهان را مبتلایان به دیابت تشکیل دهند. این بیماری با صدمه به عروق بدن سبب بسیاری از بیماریهای عروق بزرگ (بیماری قلبی، مغزی) و بیماریهای عروق کوچک (پای دیابتی و نفروپاتی و رتینوپاتی) می گردد (۲۹). بیماران مبتلا به دیابت ۲ تا ۶ بار بیشتر از بیمارانی که مبتلا به دیابت نیستند، در بیمارستان بستری می گردند. شیوع این بیماری با افزایش سن و شیوع چاقی (۳۰) به عنوان یکی از عوامل زمینه ساز دیابت در ارتباط است (۳۱).

نارسایی مزمن کلیه به عنوان یکی دیگر از اختلالاتی است که شیوع آن در حال افزایش است. این افزایش به دلیل میزان بالای ابتلا به دیابت، فشارخون و افزایش سن جمعیت است (۳۲) که نیاز به مراقبت های بخش ویژه را به طور قابل توجهی افزایش می

دهد (۳۳). تعداد مبتلایان به این بیماریهای مزمن، در ایلات متحده از ۱۰۰۰۰ نفر در سال ۱۹۷۳ به بیش از ۶۱۶۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۱ رسیده است (۳۴) و البته در ایران نیز در حال افزایش است (۳۵).

شیوع بیماری های همراه از دیگر علل موثر در افزایش نیاز به مراقبت های ویژه است. در این زمینه گزارش مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها<sup>۱</sup> حاکی از آن است که در حدود ۸۰ درصد افراد مسن از یک بیماری مزمن و ۵۰ درصد آنان از دو بیماری مزمن رنج می برند (۳۶). شیوع بیماریهای غیر قلبی مانند شوک سپتیک، مشکلات حاد کلیه، نارسایی تنفسی، نارسایی کبدی، ترومبوسیتوپنی و... در بیماران بستری در بخش های ویژه قلبی (۳۷) نیز این موضوع را تایید می نماید.

بررسی مطالعات فوق به خوبی نشان می دهد که افزایش تقاضا برای مراقبت های ویژه با پیچیدگی بیماری ها (۲۳، ۳۸)، تغییرات طول مدت بستری (۷، ۲۲، ۲۴) و گسترش فن آوری های پیشرفته و تهاجمی در سال های اخیر (۷) همراه بوده و موجب گردیده تا مداخلات پرستاری افزایش یابد (۳۸). افزایش مداخلات پرستاری و اتخاذ تصمیمات بالینی از سوی پرستاران بخش های ویژه که اغلب در شرایط نامطمئن، دشوار و با محدودیت زمانی صورت می گیرد (۳۹) فرآیند های مدیریت، مراقبت و نتایج حاصل از آن را تا حد قابل ملاحظه ای با پیچیدگی همراه می سازد (۷، ۲۳) و متعاقب آن می تواند سبب افزایش خطاهای پزشکی و پرستاری واحتمالا افزایش میزان مرگ و میر گردیده و بر کیفیت مراقبت تاثیر نامطلوب گذارد (۴۰).

ارتقای کیفیت مراقبت یکی از چالش های نظام ارایه خدمات مراقبت بهداشتی در ایران است. عامل انسانی و عملکرد مراقبین از عوامل مهم و تاثیر گذار بر کیفیت مراقبت محسوب می شوند (۸، ۴۱). به دلیل شرایط بحرانی بیماران بخش ویژه و آسیب پذیری بیشتر و انعطاف پذیری کمتری آنان نسبت به تغییرات و اشتباهات رخ داده از سوی تیم درمان (۴۲) عملکرد پرستاران بخش ویژه اهمیت خاصی می یابد. مطالعات انجام شده در زمینه عملکرد پرستاران بخش ویژه با نتایج متفاوتی همراه بوده است. به طوری که براساس مطالعه چراغی و همکاران (۲۰۱۲) میزان ۷۳/۴۳ درصد پرستاران در بخش مراقبت ویژه اشتباه دارویی داشته اند (۴۲). در مطالعه رضایی و همکاران (۱۳۹۲) محاسبات دارویی غلط با ۸۱/۸ درصد یکی از علل شایع اشتباهات دارویی بوده است (۴۳). نصیری و همکاران (۱۳۸۸) توانمندی اکثریت پرستاران مراقبت ویژه را برای محاسبه میزان داروها در حد متوسط (۵/۵ درصد) گزارش نموده اند (۴۴). در مورد فعالیت های مراقبتی پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه دهقانی و همکاران (۱۳۹۲) میانگین نمره عملکرد پرستاران در زمینه ساکشن لوله تراکئوستومی، گواژ و اکستوبه را بطور معنی داری پایین تر از استاندارد گزارش نموده اند (۴۵). انصاری و همکاران (۲۰۱۲) عملکرد پرستاران را در انجام ساکشن راه هوایی علیرغم سطح دانش قابل قبول، ضعیف اعلام نموده اند (۴۶). بر اساس مطالعه گلن و همکاران (۲۰۱۱) فقط ۵۶ درصد پرستاران بخش ویژه قبل از انجام ساکشن لوله

---

1. Centers for Disease Control and Prevention

تراشه، درصد اکسیژن دریافتی بیمار<sup>۱</sup> را افزایش می دهند(۴۷). بهشت آیین و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش خود در زمینه پیشگیری از پنومونی مربوط به ونتیلاتور گزارش نموده‌اند که ۶۶/۴ درصد پرستاران عملکرد نامطلوب و ۳۳/۶ درصد عملکرد نسبتاً مطلوب داشته‌اند و هیچ‌یک از پرستاران عملکرد مطلوب نداشته‌اند (۴۸). براساس مطالعه کاووسی و همکاران (۱۳۹۲) عملکرد پرستاران و تیم احیا در زمینه احیا قلبی ریوی در بیمارستان‌ها ضعیف و نگران‌کننده بوده است(۴۹). قنبری و همکاران (۱۳۹۲) نحوه عملکرد پرستاران در پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی را ضعیف ارزیابی نموده‌اند (۵۰).

ارزیابی سطح عملکرد، یکی از فرآیندهای مورد نیاز در سیستم مراقبت‌های بهداشتی برای تضمین کیفیت مراقبت‌ها است (۴۱). وزارت بهداشت انگلستان، عملکرد خوب را مترادف مراقبت با کیفیت دانسته است. اگرچه هر دو واژه متفاوت هستند اما مفهومی بسیار نزدیک دارند (۵۲). ارزیابی عملکرد را می‌توان سنجش سیستماتیک و منظم کارافراد در رابطه با نحوه انجام وظیفه و تعیین پتانسیل موجود در آن‌ها برای رشد و بهبود تعریف کرد(۵۳). ارزیابی عملکرد در پرستاری می‌تواند ضمن اطلاع از وضع موجود و تطابق با استاندارد‌ها در مواردی مانند ارتقای فعالیت‌های حرفه‌ای، شناسایی و تقویت عملکردهای مثبت، بهبود بخشیدن به شرایط محیط کار (۵۱، ۵۴)، افزایش انگیزه آن‌ها برای دستیابی به سطوح بالاتر، بهبود ارتباط بین مدیران و کارکنان، تقویت روابط میان پرستاران، تعیین شیوه آموزش و نیازهای آموزشی آنان، انتخاب پرستاران واجد شرایط برای ارتقا و افزایش حقوق(۵۱) و بازدهی بیشتر موثر باشد(۵۳). ارزیابی عملکرد پرستاران به روش‌های متفاوتی صورت گرفته است (۵۳). علیرغم تلاش‌های زیادی که در زمینه ارزیابی انجام شده است، این نوع ارزیابی به علت مشکلات طراحی ابزار(۴۱)، یکسان نبودن شرایط و عدم وجود روش ارزیابی و کنترل مناسب، فرآیندی دشوار است(۵۴). اگر چه در ایران مطالعاتی انجام شده که ابعاد عملکرد پرستاری و کیفیت آن در حیطه‌های مختلف را مورد توجه قرار داده است اما در آنها از استاندارد و چک لیستی<sup>۲</sup> که از یک چارچوب و مدل مراقبتی منشا گرفته باشد و یا در خصوص بخش‌های ویژه باشد، استفاده نشده است (۴۱). از نقاط چالش‌های اساسی در سیستم ارزیابی عملکرد پرستاران عدم اجرای صحیح ارزیابی به دلیل عدم آگاهی ارزیاب‌ها و فقدان دستورالعمل مناسب برای تکمیل فرم‌ها، ذهنی، کلی و غیر تخصصی بودن معیارهای ارزیابی، انطباق کم نظام ارزیابی با واقعیت سیستم موجود، دخالت احساسات و عواطف شخصی ارزیاب‌ها و عدم تطابق دقیق با شرح وظایف پرستاران است(۵۵). به کارگیری یک مدل به عنوان شاحصی برای ارزیابی عملکرد می‌تواند در تعیین پرستاران شایسته و مورد نیاز سازمان، ارزیابی مراقبت، درمان و خدمات با کیفیت کمک‌کننده باشد، همچنین می‌تواند جهت فعالیت‌ها در سازمان را مشخص نموده و آن را در مسیر اهداف اصلی هدایت نماید(۴۱)

---

<sup>1</sup>. Fraction of inspired oxygen

<sup>۱</sup>.Check list

به منظور دستیابی به مدل یا ابزار مناسب برای ارزیابی عملکرد پرستاران که بتواند معیارهای عینی را مورد توجه قرار داده، تخصصی بوده و با شرح وظایف پرستاران انطباق داشته باشد و ابعاد حرفه ای این شغل را در نظر بگیرد، در این مطالعه از مدل سینرزی استفاده شد. مدل سینرزی یک مدل حرفه ای است که ویژگی های پرستار بخش مراقبت ویژه را در ابعاد مختلف عملکردی همراه با نیازهای مراقبتی بیماران و پیش بینی آن ها در حوزه های مختلف ارزیابی می نماید (۵۶). این مدل در سال ۱۹۹۳ توسط انجمن مراقبت ویژه پرستاران آمریکا برای تعیین حوزه فعالیت های پرستاران بخش ویژه در نظر گرفته شد (۵۷). در این مدل ویژگی هایی برای بیمار بیان شده که در تمام بیماران با وضعیت حاد و بحرانی وجود دارد و می تواند به پیش بینی نیازهای این بیماران کمک کند. از مزایای این مدل این است که پیش بینی نیازهای بیماران بدحال بخش ویژه در اولویت قرار دارد. در حالی که براساس مطالعه پاشایی و همکاران (۱۳۹۳) پرستاران بخش ویژه پیش بینی نیازهای بیمار را آخرین اولویت مراقبتی قرارداده اند (۴). مدل ویژگی هایی را برای پرستار بخش ویژه نیز مطرح می نماید (۵۷) که توجه به آن ها می تواند انتخاب پرستاران کارآمد و متبحر برای بخش ویژه را تسهیل نماید و تلاش آن به حداکثر رساندن تعهد پرستاران در توجه به نیازمندی های بیماران است به طوری که دستیابی به بهترین و بیشترین نتایج ممکن باشد (۵۶). از آنجا که مدل ارزیابی عملکرد پرستاران مبتنی بر ارزشیابی عملکرد سالیانه می باشد و امتیاز دهی در این الگو برای خود ارزیابی کلی بوده و میزان اعتبار آن نیز به وضوح مشخص نیست، اکثر پرستاران این خود ارزیابی را موضوعی جدی در سنجش عملکرد محسوب نمی نمایند. لذا لازم است تا برای سنجش عملکرد پرستاران این خود ارزیابی مبتنی بر الگو و مدلی قرار گیرد که در آن به تمام ویژگی های سنجش عملکرد توجه شده و از اعتبار علمی برخوردار باشد و بتواند شناخت دقیق تری از عملکرد پرستاران برای مدیران پرستاری فراهم نماید. در این میان مدل سینرزی که در برخی مطالعات برای سنجش و ارزیابی مورد استفاده قرار گرفته است، در این پژوهش برای ارزیابی عملکرد پرستاران بخش های ویژه مورد استفاده قرار گرفت.

در نهایت با توجه به مطالعات فوق و با در نظر گرفتن این که عملکرد پرستاران تاثیر بالقوه و قابل توجهی بر کیفیت مراقبت های بهداشتی درمانی دارد (۸) و شناخت مدل های اثر بخش که بتواند در سنجش عملکرد پرستاران و مراقبت های ارائه شده توسط آنان موثر واقع شود یک نیاز حرفه ای است، این مطالعه با هدف ارزیابی عملکرد پرستاران بخش مراقبت های ویژه و بمنظور شناسایی نقاط قوت و ضعف عملکرد پرستاران در بیمارستان های آموزشی و غیرآموزشی شهر قزوین با استفاده از مدل سینرزی انجام گرفت.



## ۱-۲ اهداف پژوهش

### هدف اصلی:

تعیین عملکرد پرستاران بخش های ویژه (سی سی یو، آی سی یو، اورژانس) بیمارستان های آموزشی و غیرآموزشی شهر قزوین

بر اساس مدل سینرزی

### اهداف فرعی:

۱- تعیین سطح عملکرد پرستاران بخش های سی سی یو، آی سی یو، اورژانس بیمارستان های آموزشی براساس مدل

سینرزی

۲- تعیین سطح عملکرد پرستاران بخش های سی سی یو، آی سی یو، اورژانس بیمارستان های غیرآموزشی براساس مدل

سینرزی

۳- مقایسه سطح عملکرد پرستاران بخش های سی سی یو، آی سی یو، اورژانس بیمارستان های آموزشی براساس مدل

سینرزی

۴- مقایسه سطح عملکرد پرستاران بخش های سی سی یو، آی سی یو، اورژانس بیمارستان های غیرآموزشی بر اساس مدل

سینرزی

۵- تعیین ارتباط میان عملکرد پرستاران درهریک از بخش های سی سی یو و آی سی یو و اورژانس با متغیرهای جمعیت

شناختی بیمارستان های آموزشی و غیرآموزشی.

۶- مقایسه سطح عملکرد پرستاران هر یک از بخش های سی سی یو و آی سی یو و اورژانس بیمارستان های آموزشی

و غیرآموزشی.

### هدف کاربردی:

نتایج این مطالعه می تواند در تعیین وضعیت عملکردی بخش های ویژه و شناسایی حیطه هایی که پرستاران بخش

ویژه نیاز به ارتقا دارند، کمک کننده باشد. به کارگیری یافته های پژوهش همراه با سایر روش های ارزیابی می تواند برای

مدیران پرستاری در جهت اطمینان از کیفیت مراقبت ها، تعیین شایستگی پرستاران و شناسایی مسیرآموزش و ارتقا

فعالیت های حرفه ای کمک کننده باشد. فراهم شدن بستری مناسب جهت پژوهش های وسیع تر، با استفاده از روش

های ارزیابی دیگر (در چارچوب مدل) از دیگر اهداف کاربردی می تواند باشد. ارزیابی عملکرد به روش خودگزارش دهی به عنوان یکی از روش های ارزیابی می تواند پرستاران بخش ویژه را با اهداف عملکردی مورد انتظار آشنا ساخته، سبب کاهش تعارض در نقش و رشد شخصی آنان گردیده و با همکاری بیشتر این گروه از پرستاران در آموزش ها و اقدامات اصلاحی همراه باشد.

### ۳-۱ سوالات پژوهش:

۱- آیا سطح عملکرد پرستاران در بخش های ویژه سی سی یو و آی سی یو و اورژانس بیمارستان های آموزشی شهر قزوین مطلوب است؟

۲- آیا سطح عملکرد پرستاران در بخش های ویژه سی سی یو و آی سی یو و اورژانس بیمارستان های غیر آموزشی شهر قزوین مطلوب است؟

۳- آیا سطح عملکرد پرستاران در بخش های ویژه سی سی یو و آی سی یو و اورژانس بیمارستان های شهر قزوین مطلوب است؟

### ۴-۱ تعریف واژه ها

#### ارزیابی عملکرد (تعریف نظری):

ارزیابی عملکرد عبارت است از فرآیند سنجش و اندازه گیری عملکرد در دستگاه های اجرایی برای تحقق اهداف و وظایف سازمانی در قالب برنامه های اجرایی است (۵۸).

#### ارزیابی عملکرد (تعریف عملی):

ارزیابی عملکرد عبارت است از تکمیل کردن پرسشنامه ای که بر اساس مدل سینرژیک طراحی شده و به روش خود گزارش دهی توسط پرستاران بخش ویژه کامل می گردد. پرستار در مقابل هر سوال که ضرورت انجام آن در بخش وجود داشته باشد گزینه بلی را انتخاب می نماید و به هر پاسخ بلی یک امتیاز تعلق می گیرد و نمره عملکرد با تقسیم کردن نمرات دریافت شده بر کل مواردی که باید انجام گیرد، تعیین گردید.

**بخش ویژه : (تعریف نظری):**

بخشی که بیماران آن در شرایط تهدید کننده حیات قرار داشته و برای تشخیص، مراقبت و درمان نیاز به توجه مداوم و پیگیر افراد متخصص و آموزش دیده دارند(۷).

**بخش ویژه : (تعریف عملی):**

در این پژوهش بخش ویژه شامل بخش های سی سی یو و آی سی یو اورژانس بیمارستان های آموزشی و غیرآموزشی بود.

**بیمارستان آموزشی : (تعریف نظری):**

بیمارستانی که علاوه بر مراقبت و درمان بیماران، آموزش بالینی را برای پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان بهداشتی ارائه می گردد و وابسته به دانشگاه یا دانشکده یا بخشی از یک سیستم بهداشتی منطقه ای یا ملی می باشد(۵۹).

**بیمارستان آموزشی : (تعریف عملی):**

بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی قزوین که شامل بیمارستان های بوعلی سینا، ولایت، شهید رجایی، کوثر بود.

**بیمارستان غیر آموزشی : (تعریف نظری):**

بیمارستان متعلق به شرکت یا سازمانی غیر انتفاعی که تامین مالی آن از طریق پرداخت توسط بیماران و بیمه ها انجام می شود و از سوی دولت ها تحت پوشش مالی قرار نمی گیرد(۵۹).

**بیمارستان غیر آموزشی : (تعریف عملی):**

بیمارستان های دهخدا، مهرگان و پاستور را شامل گردید که تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی قزوین نمی باشند.

**مدل سینرزی (تعریف نظری):**

یک مدل حرفه ای است که ویژگی های پرستار بخش مراقبت ویژه را در ابعاد مختلف عملکردی همراه با نیازهای مراقبتی بیماران و پیش بینی آن ها در حوزه های مختلف ارزیابی می نماید(۵۵).

جدول متغیرها:

مقیاس	تعریف عملی	کیفی		کمی		مخدو ش گر	زمانه ای	وابس ته	مستقل	عنوان متغیر
		رتبه ای	اسمی	پیوسته	گسسته					
مدل سینرژی	فعالیت‌های پرستاری که در بخش اجرا می گردد	*						*		عملکرد
جمعیت شناختی	سن شناسنامه ای افراد			*			*			سن
جمعیت شناختی	مذکر یا مونث بودن		*				*			جنس
جمعیت شناختی	مجرد، متأهل		*				*			وضعیت تاهل
جمعیت شناختی	بخش سی سی یو و آی سی یو و اورژانس		*				*			بخش
جمعیت شناختی	سال های فعالیت در رشته پرستاری			*			*			سابقه کار
جمعیت شناختی	سالهای کار پرستاری در بخش سی سی یو و آی سی یو			*			*			سابقه کاربخش ویژه

	و اورژانس									
جمعیت شناختی	طرحی، قراردادی، پیمانی، رسمی آزمایشی، رسمی قطعی	*					*			وضعیت استخدام
جمعیت شناختی	آموزشی، غیر آموزشی		*		*		*			نوع بیمارستان
جمعیت شناختی	گذرانیدن دوره های ECG و ABG و ونتیلاتور		*		*		*			دوره بازآموزی

## فصل دوم

### دانستنی های موجود در زمینه پژوهش

## ۱-۲ چارچوب پژوهش

چارچوب پنداشتی این مطالعه برپایه ارزیابی عملکرد، مدل سینرژزی و بخش های مراقبت ویژه تنظیم گردیده است. بر این اساس در این بخش به تعریف ارزیابی عملکرد، منابع ارزیابی عملکرد، روش های ارزیابی عملکرد، مدل های ارزیابی عملکرد و در نهایت به بررسی مدل سینرژزی و ویژگی های آن پرداخته شده است.

## ۲-۲ ارزیابی عملکرد:

ارزیابی عملکرد یکی از فرایندهای اصلی مدیریت است که در جهت تجزیه و تحلیل عملکرد و بررسی انطباق بین عملکرد و اهداف مجموعه صورت می گیرد که نتیجه آن می تواند زمینه ساز تصمیم گیری صحیح برای انجام اقدامات آینده باشد. هر سازمان به منظور آگاهی از میزان مطلوب بودن و چگونگی کیفیت فعالیت های خود به ویژه در محیط های پیچیده و پویا نیاز مبرم ارزیابی دارد (۵۸).

هدف اصلی از ارزیابی عملکرد این است که اطلاعات ضروری درباره نیروهای شاغل در سازمان جمع آوری گردد و در دسترس مدیران قرار گیرد تا آنها بتوانند تصمیمات بجا و لازم را در جهت بالا بردن کیفیت و کمیت کار کارکنان اتخاذ نمایند. از اطلاعاتی که در نتیجه ارزیابی عملکرد کارکنان به دست می آید می توان در برنامه ریزی نیروی انسانی و تامین نیروهای مورد نیاز سازمان استفاده کرد. نتایج حاصل از ارزیابی می تواند در پیش بینی عملکرد افرادی که در آینده وارد سیستم خواهند گردید و نیز شناسایی کارمندان برای تصدی مشاغل جدید که احتمال می رود فرد در انجام آن موفق باشد کمک کننده باشد. بخشی از اطلاعات به دست آمده از ارزیابی عملکرد به سازمان در تعیین نیازهای آموزشی کمک می کند. عملکرد کارمند در شغل وی نشان دهنده توانایی های بالقوه و بالفعل و نیز نقاط ضعف و قوت او می باشد. در نتیجه می توان مسیر شغلی فرد را در سازمان ترسیم نماید (۶۰). شناخت کارکنان قوی و اعطای پاداش به آنها، ایجاد انگیزه برای بهبود عملکرد کارکنان (۵۸، ۶۰) از دیگر علل اصلی ارزیابی عملکرد است.

## ۳-۲ منابع ارزیابی عملکرد :

اطلاعات لازم برای ارزیابی عملکرد از منابع مختلف گردآوری می گردد. این منابع عبارتند از : سرپرستان، خود کارکنان، همکاران، ارزیابی توسط زیر دستان و ارزیابی توسط گروه (۶۱).

**ارزیابی توسط سرپرستان :** در این روش ارزیابی توسط سرپرست بلافصل انجام می شود که بهتر از سایرین شغل و عملکردها را می شناسد (۶۲). این روش متداول ترین شیوه ارزیابی است. از دلایل موجه آن این است که فرایند ارزیابی عملکرد و فرایند آموزش رابطه بسیار نزدیک و تنگاتنگی با یکدیگر داشته و یکی از وظایف سرپرستان تربیت نیروی انسانی تحت سرپرستی وی است. با

ارزیابی عملکرد سرپرست نیازهای آموزشی نیروهای تحت سرپرستی خود را شناخته و در موقعیت مناسبی برای رفع آن قرار می گیرد (۶۱). ارزیابی عملکرد توسط سرپرست دارای معایبی است. با توجه به اختیار سرپرست برای تنبیه و پاداش، زیر دستان ممکن است احساس خطر نمایند. این نوع ارزیابی یکطرفه است و بهمین دلیل می تواند در کارکنان حالت تدافعی ایجاد نماید. ممکن است سرپرست مهارت لازم را در برقراری رابطه با افراد نداشته باشد تا بازخورد خوب ایجاد نماید. همچنین ممکن است سرپرست تعصبات اخلاقی خاصی داشته باشد و نتایج ارزیابی را تحت تاثیر قرار دهد و یا با تنبیه ها موجب گریز کارکنان از خود گردیده و در روابط خود با کارکنان دچار مشکل گردد (۶۲).

**خود ارزیابی :** استفاده از خود ارزیابی سبب می شود تا کارکنان با اهداف ارزیابی بیشتر درگیر شوند و به آن متعهدتر گردند. به نظر می رسد این روش ممکن است در روشن ساختن نقش افراد و کاهش تعارض نقشها نیز کمک نماید. خود ارزیابی اغلب ابزار اثر بخشی برای برنامه های خود پروری، رشد شخصی و ایجاد تعهد به هدف ها است (۶۲).

**ارزیابی توسط همکار:** از آن جا که معمولا همکاران یکدیگر را به خوبی شناخته و به نقاط قوت و ضعف هم اطلاع بیشتری دارند، می توانند یکی از منابع ارزیابی باشند (۶۳). از قابل اطمینان بودن این روش هنگامی می توان مطمئن بود که سه شرط زیر وجود داشته باشد. اول آن که گروه همکاران برای مدت طولانی به همان شکل باقی مانده باشند. دیگر آن که وظایف اعضای گروه مرتبط و وابسته به یکدیگر باشد و در آخر همکارانی که یکدیگر را ارزیابی می نمایند در رقابت مستقیم برای دریافت پاداش ها نباشند (۶۱).

**ارزیابی توسط زیر دستان :** یکی از مزیت های این روش آگاهی از نگرش زیردستان نسبت به خود است که می تواند سرپرست را به تاثیری که بر زیردستان گذارده آگاه نماید. اگرچه ممکن است زیردستان صرفا بر مبنای شخصیت وی یا برآورده شدن نیازهای خود ( نه نیازهای سازمان ) ارزیابی نمایند (۶۲).

**ارزیابی توسط گروه :** اگر کار کارمند به گونه ای باشد که با دو یا چند واحد مختلف سازمانی در ارتباط باشد، در این صورت از چند نفر از سرپرستان و مدیران که از کار وی آشنایی دارند دعوت می شود تا با تشکیل گروه، عملکرد کارمند را ارزیابی نمایند. در این شکل از ارزیابی اعضا گروه با توجه به تخصص خود از زوایای مختلفی عملکردها را ارزیابی می نمایند. نتایج حاصل از این ارزیابی با دقت بیشتری همراه خواهد بود. البته در این ارزیابی نقش سرپرست مستقیم کم رنگ خواهد بود (۶۱).



## ۲-۴ روش های ارزیابی عملکرد :

روش های مختلفی برای ارزیابی عملکرد کارکنان وجود دارد؛ ولی اینکه کدام روش، مناسب ترین روش ارزیابی است به هدف سازمان از ارزیابی کارکنان بستگی دارد (۶۰).

**روش مقیاسی :** روش مقیاسی یکی از قدیمی ترین و متداول ترین روش ها است در این روش کارکنان بر اساس عوامل معینی درجه بندی می گردند و یکی از دلایل عمده محبوبیت این روش سادگی و سهولت استفاده از آن است. در این روش ارزیاب که معمولاً رئیس مستقیم کارکنان است با استفاده از فرم های بخصوصی اقدام به ارزیابی عملکرد آنها می نماید. در فرم ها فهرستی از صفات و ویژگی های که باید مورد سنجش و ارزیابی قرار گیرند درج شده است. مقیاسی که برای ارزیابی عملکرد به کار برده می شود به شکل پیوسته یا گسسته است. از ویژگی های این روش این است که ابعاد و جنبه های مختلف کار را مورد بررسی قرار می دهد که بزرگترین امتیاز این روش است. اما ویژگی های شخصیتی و صفاتی چون داشتن روحیه همکاری؛ قدرت تشخیص و قدرت قضاوت حالت کیفی داشته و اندازه گیری آن به این روش امکان پذیر نیست (۶۰).

**عامل سنجی :** اگر به جای ارزیابی عملکرد بر اساس صفات و خصوصیات شخصیتی فرد کارآیی او در انجام وظایف و مسئولیت های ویژه ای که در شغلش دارد ارزیابی می گردد که با استفاده از شرح شغل و وظایف محوله ارزیابی انجام می پذیرد (۶۱).

**روش ثبت وقایع حساس :** عبارت است از مشاهده و ثبت و ضبط رفتارهای غیرمعتاد مثبت و منفی که در فرد مورد نظر بخصوص اگر نقش بسزایی در کارآمدی فرد داشته باشد این عمل یک واقعه حساس به شمار می آید. با ثبت این وقایع ارزیاب اطلاعات لازم را برای ارزیابی عملکرد در اختیار خواهد داشت. برای این کار باید ارزیاب کل عملکرد فرد را در فواصل معین یا در طی یک دوره کامل ارزیابی نماید (۶۳).

**روش توصیفی :** در این روش از ارزیاب خواسته می شود تا شرحی درباره چگونگی عملکرد فرد بنویسد. موفقیت این روش به قدرت توصیف و تشریح ارزیاب بستگی دارد و از آنجا که دست سرپرست در توصیف عملکرد کارکنان باز است و استاندارد خاصی ندارد ارزیابی بر این اساس کار ساده ای نیست (۶۰).

**روش قیاسی :** عملکرد فرد با استاندارد از پیش تعیین شده ای مقایسه و سنجیده می شود. تولید استاندارد بیشتر برای مراکز تولیدی متداول است و به همین دلیل بیشتر برای بازدهی یک کارگر متوسط تحت شرایط عادی کار می باشد. از مزایای آن هم عدم دخالت ذهنیت و قضاوت ارزشی است (۶۱).

**روش درجه‌بندی:** از ارزیاب خواسته می‌شود تا کارکنان را بر اساس یک معیار کلی از بهترین تا ضعیف‌ترین درجه‌بندی نماید. معمولاً تعیین بهترین و بدترین کار ساده‌ای است اما تعیین مابین افراد کار سختی است به خصوص اگر تعداد کارکنان زیاد باشد (۶۰).

**توزیع اجباری:** مانند روش درجه‌بندی نمونه دیگری از یک روش ارزیابی مقایسه‌ای است که ارزیاب باید عملکرد کارکنان را در گروه‌های خاصی دسته‌بندی نماید. گروه بندی کارکنان مطابق با توزیع نرمال بوده و کارکنان بر اساس قضاوتی که از عملکرد آنان به عمل می‌آید در گروه‌ها قرار می‌گیرند. این گروه‌ها ممکن است درجه بندی به صورت عملکرد عالی، متوسط و ضعیف داشته باشند (۶۰).

**انتخاب اجباری:** هیچیک از روش‌های ارزیابی عملکرد نمی‌تواند از اعمال نظرهای شخصی خالی باشند. در روش انتخاب اجباری اعمال نظر شخصی ارزیاب به حداقل می‌رسد. ارزیاب ناگزیر به پاسخ دادن به یکی از چند جمله توصیفی درباره کارمند است که شرح مناسبی درباره عملکرد وی باشد (۶۳).

**روش مقیاسی رفتاری:** از دو نظر با روش مقیاسی تفاوت دارد. اولاً ارزیابی بر اساس رفتارهای خاصی است که ارتباط مستقیم با انجام وظیفه دارند. ثانیاً در کنار مقیاسی که برای اندازه‌گیری رفتار درجه‌بندی شده است. در واقع در مقابل هر یک از درجات عملکرد، شرح دقیقی از نوع رفتاری که در هر یک از درجات از فرد انتظار می‌رود، آورده شده است. استفاده از این روش نگرش مثبتی از ارزیابی به افراد می‌دهد و پایای و روایی بالایی دارد (۶۱).

**مدیریت بر مبنای هدف:** شهرت این روش در همخوانی آن با ارزش‌ها و بینش‌های افراد و یکپارچگی بیشتر در دستیابی به اهداف فردی و سازمانی است که احتمال پرداختن مدیران به اهداف و مقاصد نامرتبط با سازمان را کاهش می‌دهد (۶۲).

از جمله اهداف در این روش ایجاد رابطه خوب میان رئیس و مرئوس، ایجاد جو مساعد در محیط کار و افزایش انگیزه و ارتقا عملکرد است. از ویژگی‌های این روش تشریح مساعی رئیس و مرئوس در تعیین وظایف و مسئولیت و معیارهای ارزیابی است. تعیین اهداف عملیاتی کوتاه مدت توسط مرئوس با همکاری رئیس صورت می‌گیرد و جلساتی برای بررسی پیشرفت کار برقرار می‌گردد. نقش رئیس، پشتیبانی و راهنمایی دائمی از مرئوس است. در مرحله ارزیابی عملکرد، نتایج حاصل از عملکرد وی بررسی یا مورد انتقاد قرار می‌گردد نه خود او. این روش بیشتر بر اهداف کوتاه مدت و چگونگی نیل به آن‌ها توجه دارد و شناخت و پرورش صفات و خصوصیتی که فرد را در دراز مدت قادر به احراز مشاغل مختلف می‌نماید مد نظر نیست (۶۰).

## ۵-۲ مدل های ارزیابی عملکرد :

امروزه به علت حجم بالای اطلاعات، رقابت میان سازمان ها و چالش هایی که با آن مواجه هستند، نیاز به مدل های ارزیابی عملکرد که بتواند موقعیت و نقاط قوت و ضعف یک سازمان را مشخص کرده و در برنامه ریزهای آینده آن کارایی داشته باشد، بیش از پیش احساس می گردد. روش های بسیاری برای ارزیابی و سنجش عملکرد سازمان ها طراحی شده است که مدیران سازمان بر اساس اهداف ارزیابی و نوع سازمان از یک روش یا مدل و یا تلفیقی از هر دو استفاده می نمایند. در میان انواع مدل های ارزیابی عملکرد برخی از مدل ها سازمان بیشترین توجه را به خود اختصاص داده اند. مدل کارت امتیازدهی متوازن<sup>۱</sup> و مدل بنیاد اروپایی برای مدیریت کیفیت<sup>۲</sup> یا مدل تعالی از آن جمله اند (۶۴).

### مدل کارت امتیازدهی متوازن : این مدل در سال ۱۹۹۲ توسط کاپلان و نورتون ارایه شد که به عنوان یکی از ابزارهای

مدیریتی پر کاربرد، کم خطا و موثر بین مدیران در ۲۲ کشور دنیا شناخته شده است (۶۵).

این مدل دارای ۴ دیدگاه است که شامل دیدگاه مشتری، فرآیند های داخلی، یادگیری و رشد و دیدگاه مالی است. دیدگاه مشتری در این مدل به مفهوم بررسی نگرش مشتریان به سازمان و عملکرد آن است. فرآیند های داخلی آن دسته از فرآیندهایی را در برمی گیرد که در رابطه با انتظارات مشتریان سازمان است و به توانمندی ها، کیفیت کار و مهارت کارکنان مربوط می شود. فرآیندهای یادگیری و رشد با توانایی یک سازمان در ایجاد بهبود مستمر و توانایی عرضه محصولات جدید در عرصه رقابت با دیگر سازمان ها و ایجاد ارزش بیشتر برای مشتریان ارتباط دارد. دیدگاه مالی سنجش های مالی سازمان را شامل می شود و این که با بهبود سطوح عملیاتی تا چه حد تحولات اقتصادی با ارزش در سازمان رخ داده است (۶۶).

### مدل بنیاد اروپایی برای مدیریت کیفیت یا مدل تعالی سازمان:

در سال ۱۹۸۸ مدل تعالی با کمک ۱۴ کشور بزرگ و پیشرو اروپایی برای تعالی کسب و کار صنایع اروپایی با روش بهبود کیفیت طراحی شد. اما امروزه برای تعالی سازمانی به کار برده شده و در بسیاری از سازمان های انتفاعی و غیر انتفاعی مورد استفاده قرار گرفته است. ارزش ها در این مدل عبارتند از نتیجه گرایی، مشتری مداری، رهبری و ثبات در مقصد، مدیریت مبتنی بر فرآیندها و واقعیت ها، توسعه و مشارکت کارکنان، یادگیری و نوآوری و بهبود مستمر، توسعه شراکت ها، مسئولیت اجتماعی شرکت (۵۸).

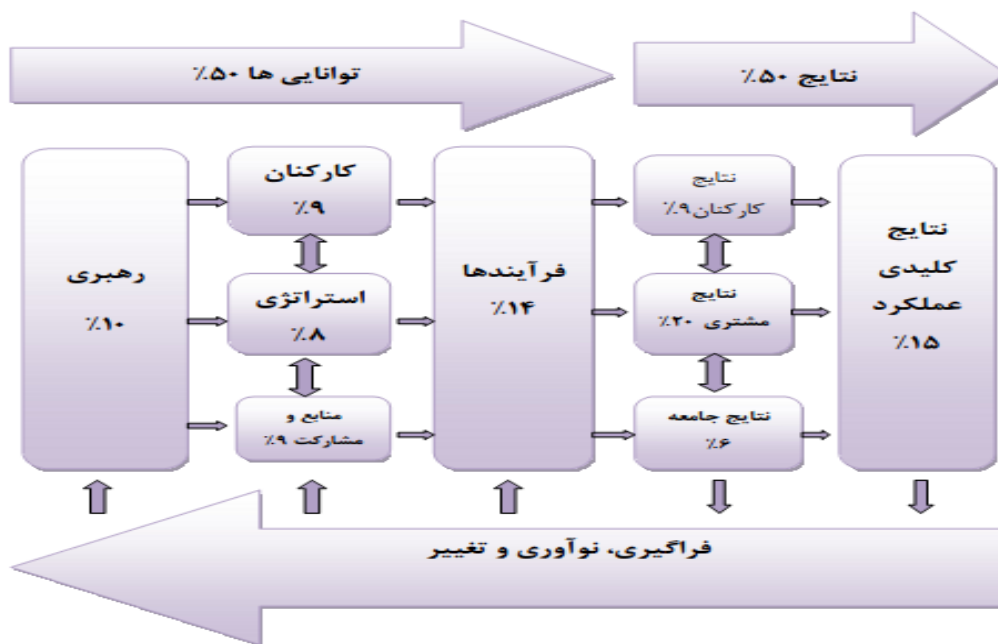
---

<sup>۱</sup>. Balances Score Card

<sup>۲</sup>. European Foundation for Quality Management

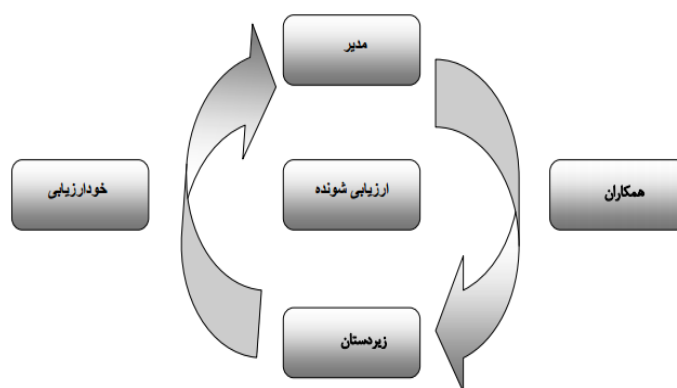
چهارچوب این مدل به دو دسته تقسیم می‌گردد. توانمندسازها و نتایج. این دسته از معیارها ۵۰۰ امتیاز دارند. توانمندسازها در مدل شامل رهبری، کارکنان (منابع انسانی)، خط مشی و استراتژی، شراکت‌ها و منافع و نیز فرآیندها می‌باشد. رهبری به رفتار تمامی تیم و رهبران برای دستیابی به اهداف سازمان و بهبود مستمر اشاره دارد. کارکنان که چگونگی مدیریت، افزایش سطح اطلاعاتی کارکنان و بالفعل سازی نیروی پرسنل در راستای اهداف و استراتژی سازمان را شامل می‌شود. خط مشی و استراتژی به مفهوم چگونگی پیاده سازی مأموریت و دستیابی به اهداف است و سیاست‌ها، برنامه‌ها و فرآیندهایی را شامل می‌شود که در جهت توسعه و استقرار استراتژی تدوین و جاری می‌گردد. شراکت‌ها و منافع به مفهوم نحوه مدیریت سازمان، شرکا خارجی و منابع داخلی در جهت پیاده سازی استراتژی سازمان است. فرآیندها، طراحی و مدیریت برنامه‌هایی را شامل می‌شود که در جهت رضایت کامل مشتریان، ذی‌نفعان و بهبود و حمایت از خط مشی و استراتژی سازمان پایه ریزی شده اند (۶۷).

دسته بعدی معیارهای این مدل که در گروه نتایج مورد بررسی قرار می‌گیرند عبارتند از: نتایج کارکنان، نتایج مشتریان، نتایج جامعه و نتایج کلیدی عملکرد (۵۸) که آن نیز ۵۰۰ امتیاز دارد. نتایج شامل نتایج کارکنان (منابع انسانی) است که میزان موفقیت سازمان در بهره برداری از سرمایه نیروی انسانی است. نتایج مشتریان که به مفهوم اندازه گیری میزان رضایت مشتریان با میزان فرض سازمان و نتایج حاصل از مشتریان خارج از سازمان است. نتایج جامعه که شامل میزان موفقیت سازمان در پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه، محلی، ملی و بین‌المللی است و نتایج کلیدی عملکرد که میزان نتایج سازمان در رابطه با عمل به برنامه‌های خود است (۶۷). هر سازمان که بتواند بالاترین نمره ارزیابی را در میان سایر سازمان‌ها دریافت نماید جایزه منسوب به این مدل را دریافت خواهد کرد (۶۵).



شکل ۱: نمای کلی از معیارهای اطلاعاتی مدل تعالی سازمانی

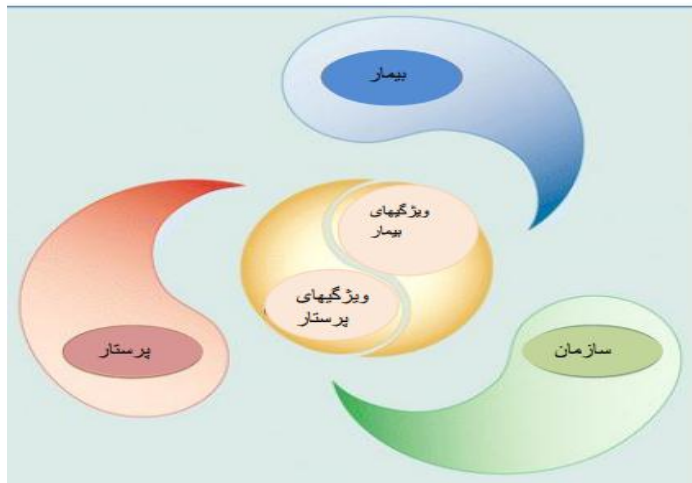
مدل ارزیابی ۳۶۰ درجه : فرآیندی از یک چرخه کامل است که خلاصه برخورد از همه افراد (سرپرستان، زیردستان و همکاران) در جنبه های مختلف سبک رهبری و عملکرد است. این نوع ارزیابی و بازخورد آن به افراد کمک می کند تا درک خود را از محیط با ارزیابی کنندگان مقایسه نمایند. ارزیابی ۳۶۰ درجه دارای ۴ عنصر مهم است. ارزیابی از بالا به پایین، شکلی سنتی از ارزیابی که مدیران و سرپرستان فرد را ارزیابی می نمایند. ارزیابی از پایین به بالا که زیردستان عملکرد مدیران و سرپرستان خود را از چند بعد ارزیابی می نمایند. ارزیابی همکاران که دیدگاهی ۱۸۰ درجه از در زمینه عملکرد فرد ارایه می دهد و خودارزیابی که در آن فرد به عنوان منبع ارزیابی عملکرد خود می باشد. البته امروزه اکثر سازمان ها اساس کار تیمی دارند به گونه ای که نمی توان عملکرد فرد را از تیم جداگانه تعیین و ارزیابی نمود. در چنین رابطه ای ارزیابی ۳۶۰ درجه می تواند اطلاعات مناسب تری از عملکرد تیم فراهم نماید(۶۶).



شکل ۲: نمای کلی از مدل ارزیابی ۳۶۰ درجه

**مدل سینرژزی:** این مدل چهارچوبی پنداشتی است که طراحی فعالیت ها در بخش ویژه (۶۸) و ویژگی های پرستاران این بخش را بیان می نماید و به طور مستقیم بر نتایج مورد انتظار از بیمار تاکید دارد (۶۹). مراقبت ها با صلاحیت و مهارت های پرستار کامل می گردد و بیشترین نتایج مورد انتظار از بیمار زمانی حاصل می شود که نیازمندی و ویژگی های بیمار با مهارت و صلاحیت پرستار هماهنگی داشته باشد. در این مدل ویژگی های بیمار که در تمام بیماران با وضعیت حاد و بحرانی وجود دارد در هشت مفهوم بازگشت<sup>۱</sup>، آسیب پذیری<sup>۲</sup>، ثبات<sup>۳</sup>، پیچیدگی<sup>۴</sup>، منابع دردسترس<sup>۵</sup>، مشارکت در مراقبت<sup>۶</sup>، مشارکت در تصمیم گیری<sup>۷</sup> و قابلیت پیش بینی<sup>۸</sup> خلاصه گردیده است (۵۷).

- 
۱. Resiliency
  ۲. Vulnerability
  ۳. Stability
  ۴. Complexity
  ۵. Resource availability
  ۶. Resource availability
  ۷. Participation in care
  ۸. Predictability



شکل ۳: نمای کلی از مدل سینرژی

۱- بازگشت : توانایی بیمار در بازگشت به سطحی از بهبودی با بهره گیری از مکانیسم های جبرانی است. این سطح غالباً به توانایی بیماران برای برگشت به وضعیت اولیه بعد از بیماری بستگی دارد که البته تحت تاثیر عوامل زیادی از جمله سن، بیماری زمینه ای و مکانیسم های جبرانی قرار می گیرد (۷۰). این ویژگی دارای سه سطح است. بیمار با حداقل توانایی برای بازگشت یا عدم انعطاف پذیری در سطح اول قرار می گیرد. در سطح سوم بیمار دارای انعطاف پذیری متوسط بوده یا قادر به بازگشت با استفاده از مکانیسم های جبرانی در حد متوسط است و در سطح پنجم بیمار بسیار انعطاف پذیر بوده و قادر به بازگشت به وضعیت اولیه و ارایه یک پاسخ قوی در مواجهه با بیماری است (۷۱).

۲- آسیب پذیری: موقعیتی است که عوامل استرس زا به طور حاد یا بالقوه اثرات نامطلوب بر بیمار گذارده باشند (۷۲). آسیب پذیری می تواند در اثر یک اختلال فیزیولوژیکی نهفته یا در اثر رفتارهای بهداشتی نا صحیح باشد (۷۰). در سطح اول بیمار کاملاً در مقابل عوامل استرس زا و اثرات نامطلوب ناشی از آن ها حساس و آسیب پذیر است. در سطح سوم تا حدودی آسیب پذیر و در سطح پنجم بیمار در برابر عوامل فوق، شکننده و آسیب پذیر نیست (۷۱).

۳- ثبات : توانایی بیمار برای حفظ یک حالت پایدار و در حال تعادل است. پاسخ به درمان و مداخلات پرستاری می تواند بر ثبات و پایداری بیمار تاثیر گذارد (۷۰). در سطح اول بیمار ناپایدار است، به درمان ها پاسخ نداده و خطر مرگ بالاست. در سطح سوم بیمار در مدت زمان محدودی قادر به حفظ ثبات می باشد و به برخی درمان ها پاسخ می دهد. در سطح پنجم بیمار وضعیت پایداری دارد، به درمان ها پاسخ داده و خطر مرگ بسیار کم است (۷۱).

۴- پیچیدگی : به مفهوم درگیری دو یا چند سیستم ( بدن، خانواده، روش های درمانی) است (۷۲). همچنین وضعیت فیزیولوژی یا احساسی بدن و محیط مرتبط با بیمار را نیز بر می گیرد. درگیری بیشتر سیستم ها پیچیدگی و ناتوانی بیشتر برای بیمار را همراه

دارد(۷۰). در سطح اول پیچیدگی شدید بوده و بیمار و خانواده وی در وضعیت بغرنجی قرار دارند. درگیری سیستم‌ها موقعیت نامعلوم و مبهمی را ایجاد نموده است. در سطح سوم پیچیدگی متوسط و در سطح پنجم با وجود درگیری سیستم‌ها پیچیدگی کم و وضعیت بیمار روشن و مشخص و در جهت بهبود است(۷۱).

۵- منابع در دسترس : وجود منابعی که موقعیت بهتری برای بیمار، خانواده و اجتماع فراهم می‌آورد. این منابع می‌توانند مالی، فنی، شخصی، روانی یا اجتماعی باشند(۷۲). منابع بیشتر با وضعیت مطلوب تری از سلامت و نتایج مثبت بیشتر برای بیمار همراه است سطح اول به مفهوم حداقل منابع است. دانش، مهارت و منابع مالی ضروری در دسترس نمی‌باشد و حداقل حمایت‌های روانی، شخصیتی یا اجتماعی وجود دارد. در سطح سوم منابع در حد متوسط وجود دارند. این به آن معناست که منابع محدود هستند به گونه‌ای که قابلیت پاسخگویی به موقعیت به طور کامل ممکن نیست. در سطح پنجم تمامی دانش، مهارت، منابع مالی و حمایتی و اجتماعی مورد نیاز در دسترس می‌باشند و قابلیت پاسخگویی به طور کامل وجود دارد(۷۱).

۶- مشارکت در مراقبت : شامل مشارکت بیمار و خانواده وی در مراقبت است(۷۳). زمینه فرهنگی، آموزش‌ها و منابع در دسترس بر میزان مشارکت بیمار و خانواده وی تاثیر می‌گذارد(۷۰). در سطح اول بیمار و خانواده وی یا قادر به مشارکت نیستند یا تمایل به آن ندارند. در سطح سوم بیمار و خانواده وی برای مراقبت نیاز به کمک دارند و در سطح پنجم آنان کاملاً قادر به شرکت در مراقبت می‌باشند(۷۱).

۷- مشارکت در تصمیم‌گیری: به مفهوم سطح تعامل بیمار و خانواده وی در درک اطلاعات ارایه شده توسط مراقبین بهداشتی و اقدام آگاهانه در تصمیم‌گیری است. این مشارکت متاثر از سطح دانش بیمار و خانواده وی، زمینه فرهنگی، باورها و ارزش‌های آنان و توانایی درونی برای مقابله با بحران است(۷۰). در سطح اول بیمار و خانواده وی قادر به تصمیم‌گیری نبوده و نیاز به جانشین برای اتخاذ تصمیم دارند. در سطح سوم در تصمیم‌گیری نیاز به کمک و راهنمایی توسط دیگران دارند. در سطح پنجم بیمار و خانواده وی قادر به تصمیم‌گیری آگاهانه می‌باشند(۷۱).

۸- پیش‌بینی: انتظار در یک دوره از بیماری یا یک دوره معین از رویدادها است(۷۳). در سطح اول موقعیت بیمار یا بیماری وی غیر قابل پیش‌بینی است. تغییرات غیر منتظره بوده و روند مشخصی را دنبال نمی‌نماید. در سطح سوم تا حدودی قابلیت پیش‌بینی دارد وضعیت بیمار و بیماری وی نوسان می‌یابد. در سطح پنجم موقعیت قابل پیش‌بینی بوده و سیر بیماری روندهای معمول را طی می‌نماید(۷۱).



مدل سینرژي برای پرستاران بخش ویژه خصوصياتی را در نظر گرفته که در قالب هشت مفهوم قضاوت بالینی<sup>۱</sup>، حمایت<sup>۲</sup>، فعاليتهاي مراقبتي<sup>۳</sup>، هماهنگي<sup>۴</sup>، تفکر سيستمي<sup>۵</sup>، پاسخ به تفاوتها<sup>۶</sup>، تحقيقات باليني<sup>۷</sup> و تسهيل يادگيري<sup>۸</sup> بيان شده است (۵۷). برای هر یک از ویژگی ها سطوح اول، سوم و پنجم تعريف شده است که فعاليت های پرستار را در هر سطح بيان می نماید.

۱- **قضاوت بالینی**: بهبود کیفیت مراقبت های پرستاری بستگی به ارتقا مهارت های تصميم گیری و قضاوت پرستاران دارد که بی تردید بر عملکرد بالینی آنها تاثیر می گذارد (۷۴). حاد بودن وضعیت بیماران بستری در بیمارستان و شیوع روزافزون بيماريهای مزمن، نیاز به وجود پرستارانی که قضاوت بالینی عالی داشته باشند را افزایش می دهد. پرستارانی که بتوانند نیازهای مراقبتي پیچیده بیماران را دریافته و با عملکرد مناسب خود حداکثر نتایج مطلوب برای بیمار را فراهم آورند (۷۵). البته مفاهيم قضاوت و تصميم گیری متفاوت اما در ارتباط با یکدیگرند. قضاوت نشان دهنده ارزیابی است و تصميم گیری حاصل انتخاب میان چند گزینه است. نتیجه تصميم گیری ممکن است یک عمل فعال باشد (انجام مداخله) و یا غیر فعال باشد (انتظاری هوشیارانه). پرستاران در کار بالینی خود بطور مکرر مهارت های قضاوت و تصميم گیری را بکار می گیرند (۷۴). قضاوت بالینی به مفهوم تفکر انتقادی، درک کلی از موقعیت همراه با مهارت های پرستاری است که با یکپارچه ساختن دانش و تجربه و دستورالعمل های مبتنی بر شواهد حاصل شده باشد (۵۷). در سطح اول پرستار اطلاعات را در سطح پایه جمع آوری می نماید، از الگوریتم ها و پروتکل ها را برای تمام جمعیت بیماران پیروی نموده و انحراف از آنها را مشکل می داند. توانایی فرد محدود به سوالات در زمینه تصميم گیری بالینی است و جزییات بیشتر را به دیگران محول می نماید. در سطح سوم داده ها و اطلاعات پیچیده از بیمار را پس از جمع آوری تفسیر می نماید، الگوها و رخدادهایی را که به پیش بینی جهت بیماری می انجامد را شناسایی می نماید، محدودیتها را شناخته و برای کمک مناسب به جستجو می پردازد و بیشتر بر عناصر کلیدی متمرکزی گردد. در سطح پنجم پرستار توانایی ترکیب و تفسیر از منابع اطلاعاتی متعدد و گاه متضاد را دارد، قضاوت بالینی را براساس درک فوری از موقعیت انجام می دهد، تجربیات را برای رفع مشکلات

---

1. Clinical judgment

2. Advocacy

3. Caring practices

4. Collaboration

5. Systems thinking

6. Response to diversity

7. Clinical inquiry

8. Facilitation to learning

به کار می‌گیرد، به بیمار و خانواده درنگرش کلی به موضوع کمک می‌نماید و در جهت مشاوره و همکاری‌های میان اعضای مختلف تیم مراقبت و درمان تلاش می‌نماید (۷۱).

**۲- حمایت و نمایندگی اخلاقی:** حمایت بیمار یکی از مسؤلیت‌های موردانتظار در پرستاران است (۷۶). آن بخشی حیاتی از تلاش‌های پرستاران است که در جهت پیشبرد و حفظ سلامت و منافع بیماران صورت می‌گیرد. آن به مفهوم فراهم کردن اطلاعات و کمک به مددجویان در تصمیم‌گیریها برای تعیین سرنوشت، استقلال یا توانمندسازی بیماران، پشتیبانی از بیمار در نگرانی‌های بی‌مورد، افشای اطلاعات در مورد سوء رفتارهایی که رفاه و آسایش دیگران را به خطر می‌اندازد، احترام به ارزشها و اعتقادات بیمار و آموزش با در نظر گرفتن ارزشها و اعتقادات وی. حمایت یک نوع مراقبت و مهربانی در کار پرستاری است. حمایت کردن یک مهارت آموخته شده است که پرستاران آن را از طریق تجربه‌های مختلف گسترش می‌دهند. این تعاریف بر نقش پرستار بعنوان مشاهده‌گری درست کار در محیط بیمار تاکید می‌کند و حاکی از آن است که تعهد اخلاقی کیفیت خاصی از مراقبت را ایجاد می‌کند (۷۷). به معنای حامی بیمار بودن و به نمایندگی از بیمار و خانواده وی در تشخیص و رفع نگرانی‌ها در داخل و خارج از محیط بالینی تلاش کردن است (۵۷). پرستار در سطح اول بیمار را حمایت می‌نماید، ارزش‌ها و اعتقادات بیمار را شناسایی می‌نماید، از تعارضات اخلاقی که ممکن است در طول دوره درمان بروز نماید آگاه است، براساس قوانین و در زمانی که بیمار قادر به دفاع از حقوق خود نیست به عنوان نماینده بیمار در تصمیم‌گیری اخلاقی و وجدانی شرکت می‌نماید. در سطح سوم از بیمار و خانواده وی حمایت می‌نماید. ارزش‌ها و اعتقادات بیمار را در مراقبت‌ها حتی وقتی که متفاوت از ارزش‌های خود وی باشد، مورد توجه قرار می‌دهد و گاه ممکن است تصمیم‌گیری اخلاقی وی با قوانین موجود متفاوت باشد. در مسایل اخلاقی و بالینی از همکاران خود حمایت می‌نماید، به بیمار و خانواده وی اجازه در دست گرفتن زمام امور را داده و در اتخاذ تصمیمات پیچیده و حیاتی به آنان کمک می‌نماید. در سطح پنجم پرستار، بیمار و خانواده و جامعه را در نظر دارد، در صورت موافق یا مخالف بودن با ارزش‌های خود همچنان از بیمار و خانواده حمایت اخلاقی می‌نماید، بیمار و خانواده وی را برای بیان خود و دستیابی به ارتباط موفق تر میان بیمار و کادر بالینی حرفه‌ای کمک می‌نماید، با توجه به تصمیم‌گیری اخلاقی برای بیمار و خانواده وی ممکن است برخی قوانین را تعلیق نماید (۷۱).

**۳- مراقبت بالینی:** مجموعه‌ای از اقدامات پرستاری است که با هدف ارتقا بهبودی و پیشگیری از درد و رنج غیرضروری انجام می‌گیرد (۵۷). پرستار در مراقبت خود به دقت و فعالانه به بیمار گوش فرا می‌دهد، به دور از قضاوت‌های شخصی اقدامات مراقبتی را به عمل آورده و به طور خلاق از دانسته‌های خود و دیگران در انجام اقدامات درمانی استفاده می‌نماید (۶۸). در روش‌های سنتی مراقبت که متمرکز بر نیازهای بیمار است، توجه به نیازهای خانواده نادیده گرفته می‌شود (۷۸). در حالی که خانواده بیمار می‌توانند نقش مهمی در فرآیند بهبود جسمی و روانی بیمار داشته باشند (۷۹). در این مدل مراقبت بالینی پرستار در سطح اول بر نیازهای معمول

و مرسوم بیمار متمرکز است، نیازهای آینده بیمار پیش بینی نمی شود، مراقبت ها بر اساس پروتکل ها و استانداردها انجام می گیرد، پرستار فقط بر ایمنی محیط فیزیکی بیمار توجه دارد و مرگ به عنوان یک نتیجه بالقوه مورد پذیرش قرار دارد. در سطح سوم پرستار به تغییرات ظریف در بیمار و خانواده وی پاسخ می گوید، به بیمار به عنوان یک موجود منحصر بفرد با دلسوزی و عطوفت توجه می نماید، شیوه های مراقبتی با توجه به فردیت بیمار و خانواده وی طراحی می گردد، ایجاد آرامش در محیط بیمار و خانواده وی مورد توجه است، مرگ به عنوان یک نتیجه قابل قبول مورد پذیرش قرار دارد. در سطح پنجم پرستار آگاه و دارای قدرت پیش بینی تغییرات و نیازهای بیمار و خانواده وی است، دارای توانایی و درک برای چگونگی تعامل و تعادل با خانواده و جامعه است، بیمار و خانواده وی را برای مراقبت های پیگیر راهنمایی می نماید، خطرات را پیش بینی و از آن ها اجتناب می نماید، ایمنی بیمار و خانواده را در طول دوره درمان ارتقا می دهد، فرآیندهایی که راحتی بیمار و خانواده را تضمین نماید یا نگرانی های آنان درباره مرگ را کاهش دهد طراحی نموده و به کار می گیرد (۷۱).

**۴- همکاری:** پیچیدگی عملکردهای بالینی، تنوع احتیاجات و نیازهای بیماران، تغییرات همیشگی موجود در تیم های مراقبتی و حجم سنگین کار، تیم های بهداشتی درمانی در بیمارستان ها ربا چالش روبرو می نماید. از این رو همکاری بین حرفه ای در سطح مطلوب سبب بهبود کیفیت مراقبت ها می گردد و نتایج آن کاهش میزان مرگ و میر بیماران، کاهش بستری مجدد، کاهش طول مدت بستری بیمار در بیمارستان، کاهش هزینه های بیمارستانی و افزایش رضایت پرستاران و پزشکان خواهد بود (۸۰). همکاری در مدل به مفهوم کار با دیگران (بیمار و خانواده و مراقبین بهداشتی) در جهت افزایش و ترویج و تشویق هر فرد برای دستیابی به اهداف مطلوب یا واقعی که شامل کاردردرون رشته یا با همکاران و جامعه است (۵۷). در سطح اول این ویژگی پرستار تمایل به آموزش دادن و مربی بودن یا راهنما شدن دارد، در جلسات و بحث های گروهی و بحث های مراقبتی بیماران و مسایل علمی شرکت می نماید، تمایل به همکاری با اعضا مختلف تیم مراقبت و درمان دارد. در سطح سوم به دنبال فرصت برای مربی و راهنما شدن است، از سوی دیگران مورد مشاوره قرار می گیرد، در جلسات بحث و گفتگو در مورد مراقبت از بیمار یا موضوعات علمی شرکت نموده و نقش فعال دارد، اعضا تیم درمان را شناسایی نموده و پیشنهاد می نماید. در سطح پنجم مربی و راهنماست و به دنبال فرصت ها برای آموزش و راهنمایی است. در جلسات بحث و گفتگو مشارکت فعال دارد. منابع مختلف را برای دستیابی به بهترین نتایج برای بیمار در زمان مناسب به کار می گیرد (۷۱).

**۵- تفکر سیستمیک (نظامند):** نگرشی است که به پرستار توانایی مدیریت منابع موجود شامل بیمار و خانواده و کارکنان و سایر منابع داخل یا خارج سیستم بهداشتی را می دهد (۵۷). پرستاران می توانند با شناسایی روابط متقابل موجود در سیستم های

---

1. systemic

بهداشتی، مراقبتی مناسب را ارائه نمایند (۶۸). در سطح اول پرستار از استراتژی محدود استفاده می نماید و چشم اندازی محدود دارد، به بیمار و خانواده بعنوان یک واحد ایزوله می نگرد، مذاکره و مشورت را قبول ندارد، خود را به عنوان راهنمای اصلی می شناسد. در سطح سوم برپایه نیازها و نقاط قوت بیمار و خانواده به جستجوی راهکار می پردازد، نگرشی وسیع به بیمار و خانواده دارد، توانایی برقراری ارتباط میان پدیده ها را دارد و دارای توانایی تشخیص در چگونگی دستیابی به منابع غنی تر از خود است. در سطح پنجم توانایی ادغام و اعمال راهکارهای گوناگون براساس نقاط قوت و نیاز بیمار و خانواده وی را دارد، دارای نگرشی کلی و جهانی بجای جزئی نگریستن است، دارای آگاهی و درک موقعیت مناسب برای مذاکره است و نیازهای بیمار و خانواده را در مسیر درمان و مراقبت پیش بینی می نماید (۷۱).

**۶- پاسخ به تفاوت ها :** به مفهوم حساسیت در شناسایی، درک و ترکیب تفاوت ها در ارائه مراقبت ها است. این تفاوت ها می تواند تفاوت های فرهنگی، تفاوت در ارزش ها و باورهای معنوی، تفاوت های سنی، جنسی، قومی و نژادی، تفاوت ها در سبک زندگی و یا وضعیت های اقتصادی و اجتماعی باشد (۵۷). پرستار در سطح اول تفاوت های فرهنگی را بررسی می نماید، مراقبت ها براساس باورهای خود فراهم آورده، فرهنگ محیط مراقبت و درمان را فرامی گیرد. در سطح سوم در مورد تفاوت های فرهنگی و در نظر گرفتن تاثیر آنها بر مراقبت تحقیق نموده، تفاوت های فردی و حرفه ای را در طرح برنامه مراقبتی مورد توجه قرار می دهد، به بیمار و خانواده در درک فرهنگ سیستم مراقبت کمک می نماید. در سطح پنجم تفاوت های فرهنگی بیمار و خانواده پیش بینی و تلفیق نموده در طراحی مراقبت ها مورد توجه قرار می دهد. به نیازهای متنوع و نقاط قوت بیمار تاحدممکن توجه می نماید (۷۱).

**۷- تسهیل امر یادگیری :** آموزش به بیمار بعنوان فعالیتی پویا و مستمر در عملکردهای بالینی است که از زمان پذیرش تا ترخیص بیمار را دربرمی گیرد و شامل یکسری فعالیتهای رسمی و غیررسمی می شود که در جهت افزایش دانش و دستیابی به نتایج بهتر برای حفظ و ارتقا سلامت صورت می گیرد. آموزش بیمار فرآیندی پیچیده، مشکل و یکی از چالش های بزرگ بالین است. پرستاران بعنوان یکی از اعضای تیم بهداشتی نقش مهمی در آموزش بیمار دارند (۸۱). دارا بودن توانایی آموزش برای بیمار و خانواده و کارکنان تیم بهداشتی و جامعه بطور رسمی و غیر رسمی و تسهیل نمودن آن است (۵۷). در سطح اول پرستار برنامه های آموزشی طراحی شده را پیگیری می نماید، آموزش به بیمار و خانواده را از وظایف مراقبت جدا می داند، آموزش ها و اطلاعات را بدون ارزیابی آمادگی یا ارزیابی درک و فهم بیمار فراهم می نماید، از کلیات نیازهای آموزشی بیمار آگاهی محدود دارد، به بیمار به عنوان یک گیرنده منفعل می نگرد. در سطح سوم با برنامه های آموزشی طرح شده سازگاری دارد، راه های مختلف در ارائه آموزش شناسایی نموده و به کار می گیرد، دانسته های بیمار را در امر مراقبت شناسایی نموده و با آموزش خود تلفیق می نماید، به تداخل برنامه ها از سوی سایر ارائه دهندگان مراقبت توجه دارد و فردیت بیمار را در نظر دارد. در سطح پنجم در ایجاد آموزش ها به بیمار و

خانواده خلایقیت دارد، آموزش ها را با ارایه مراقبت ها ترکیب می نماید، سطح درک ودانسته های بیمار را با مشاهده تغییرات رفتاری و یادگیری وی ارزیابی می نماید و توانایی همکاری با سایر ارایه دهندگان مراقبت و توانایی ترکیب برنامه های آموزشی را دارد(۷۱).

#### ۸-تحقیق بالینی( نوآوری و ارزیابی) : یک مهارت سطح بالاست. پرستار در تحقیق بالینی به شناسایی مشکلات بالینی

پرداخته و برای حل مشکل به جستجو می پردازد. در این بعد پرستار قابلیت کاربردی بودن یافته های تحقیق را درمیدان عمل مورد تجزیه و تحلیل قرار می دهد(۶۸). پرستار در سطح اول ازاستانداردها و دستوالعمل ها پیروی نموده، تغییرات بالینی و شیوه های مبتنی برعملکرد را که توسط دیگران فراهم شده اجرا می نماید، نیازمند ارتقا درامراقبت از بیماراست، موقعیت ها را در صورت تغییرات آشکار(بدترشدن بیمار،بحران) می شناسد.در سطح سوم سیاست ها و دستوالعمل ها را مورد تردید و بررسی قرار داده، عملکردهای رایج را بررسی می نماید، برای ارتقا مراقبت از بیمارمشورت می نماید و روش های دیگر را جایگزین، مقایسه و تبیین می نماید. در سطح پنجم استانداردها یا دستوالعمل ها را ارتقا داده یا در موقعیت های خاص و جزئی و یا فردی نمودن از آنها انحراف می یابد، مراقبت های رایج را براساس پاسخ بیمار ارزیابی می نماید، برتحقیقات، آموخته ها، دانش کسب شده و مهارت های مورد نیاز مرور نموده و ارتقا می دهد (۷۱).

این مدل در مطالعات متعددی به کارگرفته شده و نتایج آن شرح داده شده است. در مطالعه گراهام گارسیا<sup>۱</sup> و همکارانش (۲۰۰۶) به کارگیری مدل سینرژئی در مراقبت از مصرف کنندگان سیگار بستری در بخش جراحی با نتایج مثبت در بهبودی بیماران همراه بوده است(۸۲). تاثیر مدل بربیمارانی که تحت آنژیوپلاستی پوستی قرارگرفته بودند حاکی از ایجاد حداکثر نتیجه برای بیماران، پرستاران و سیستم ارایه دهنده مراقبت بهداشتی بوده است(۸۳). استفاده از مدل بعنوان یک راهنما در فعالیت تیم واکنش سریع منجر به بهبود نتایج مداخلات در بیماران گردیده است (۸۴). درزمینه ساکشن لوله تراشه سبب ارتقای مراقبت ها در بیماران گردیده و تعامل پرستار با بیمار و خانواده و سیستم را بهبود بخشیده است (۸۵). این مدل در مورد خصوصیات بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونر نیز مورد استفاده قرار گرفته است. به کارگیری مدل در این بیماران منجر به پیش بینی دقیق تر نیازهای مراقبتی آنان گردیده است(۸۶). در مطالعه خلیفه زاده (۲۰۱۲) نیز به کارگیری این مدل در افزایش رضایت بیمار وبهبود عملکرد پرستاران بخش های مراقبت ویژه قلبی موثر بوده است (۸۷). کاربرد مدل سینرژئی در آموزش بالینی دانشجویان پرستاری ویژه کارشناسی ارشد و بیماران مبتلا به اختلالات قلب و عروق مورد بررسی قرار گرفته است و یک راه دسترسی عملی برای آموزش های برنامه ریزی شده و توسعه

---

<sup>2</sup>Graham-Garcia, etal.

آن معرفی گردیده است (۵۶). در مطالعه کوهر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۲) مدل سینرژئی به عنوان چارچوبی برای توسعه یک سیستم بهره‌وری پرستاری به کارگرفته شده که با نتایج مطلوب همراه بوده است (۸۸).

با توجه به این که کیفیت مراقبت از بیمار و نتیجه آن تا حدود زیادی بستگی به فرد مراقبت کننده (۸۹) و ویژگی‌های او دارد (۵) و پرستاران با کفایت و توانمند به خوبی می‌توانند دستوالعمل‌ها و استانداردهای پرستاری ویژه را به کارگرفته، نیازمندی‌های بیماران و خانواده آنان را شناسایی کرده و در جهت ارتقا سلامت به کارگیرند (۴۰).

## ۶-۲ بررسی متون

با توجه به جستجوهای انجام شده توسط پژوهشگر در بازه زمانی محدود (از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵) و مراجعه به منابع فارسی و غیرفارسی در دسترس، مطالعه‌ای با هدف ارزیابی عملکرد پرستاران بخش‌های ویژه (سی سی یو، آی سی یو و اورژانس) بیمارستان‌های آموزشی و غیر آموزشی در داخل و خارج از کشورمان یافت نشد. از آنجا که ارزیابی عملکرد پرستاران بالین به دلیل ماهیت شغل و عدم وجود ابزار مشخص و واحد، امری دشوار است، لذا محقق به بررسی متونی پرداخته است که در زمینه ارزیابی عملکرد، ویژگی‌های مورد نظر پرستاران و روش‌های ارزیابی عملکرد به پژوهش حاضر نزدیک باشند. این متون بر اساس ارتباط با موضوع پژوهش حاضر، از کم به زیاد، مرتب شده‌اند.

ژانگ و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) مطالعه خود را با عنوان شایستگی پرستاری، ویژگی‌های فردی تاثیرگذار بر عملکرد موثر پرستاران انجام دادند. هدف مطالعه شناسایی صلاحیت‌ها و شایستگی‌هایی بود که در عملکرد موثر پرستار نقش دارند، فرد را در انطباق با محیط جدید توانا می‌سازند و عملکردهای حرفه‌ای برتری را شکل می‌دهند. روش ام سی بی آر<sup>۳</sup> در این مطالعه برای تعیین شایستگی افراد شرکت کننده استفاده شد. شرکت کنندگان ۵۰ پرستار زن شاغل در بیمارستان بی جینگ در شهر مریلند چین بودند. سابقه کار پرستاران بین ۱ تا ۲۶ سال بود. از هر شرکت کننده خواسته شده بود تا به یک حادثه موفق و یک حادثه ناموفق که ۱۲ ماه از آن گذشته بود، اشاره کرده و موقعیت حادثه و عملکرد خود را توصیف کند. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از حادثه‌ای که در آن پرستار در تعامل با بیمار نبود، حادثه‌ای که عملکرد گروهی پرستاران را توصیف می‌کرد و حادثه‌ای که تویف کاملی از موقعیت نبود. در مجموع ۴۷ حادثه موفق و ۳۵ حادثه ناموفق مورد آنالیز قرار گرفت. تیم تحقیق شامل یک روانشناس متخصص در تعیین صلاحیت شغلی و دونفر از اساتید پرستاری بودند. این تیم ویژگی‌های پرستار در هر حادثه را با صلاحیت‌های

---

1. Kohr L M, etal

2. Zhang et al.

3. McClelland Behavioral Event Interview

شغلی پرستاران مورد بررسی قرار دادند و ویژگی هایی را که بیش از ۱۰ بار در ۴۷ حادثه موفق مشاهده شده بود تعیین نمودند. نتایج پژوهش که حاصل بررسی گزارش پرستاران از عملکرد خود بود، نشان داد که در حوادث موفق بیشترین ویژگی های پرستاران توانایی درک افراد، تعهد و مسولیت پذیری، توانایی جمع آوری اطلاعات در رابطه با بیمار و موقعیت، نظم و دقت در ارایه مراقبت ها، توانایی متقاعد نمودن بیمار و خانواده، دلسوزی و محبت نسبت به بیمار، توانایی آرام ساختن و حمایت فیزیکی و روانی، تفکر انتقادی، تسلط بر خود و شکیبایی در شرایط استرس زا و توانایی پاسخ گویی به مشکلات و نیازهای بیمار بودند. بنظر می رسد چنین ویژگی هایی می تواند در پیش بینی عملکرد موثر و مثبت پرستار و کیفیت مطلوب مراقبت کمک کننده باشد (۹۰).

این مطالعه از آن جهت که به ارتباط ویژگی هایی در پرستاران و تاثیر آن بر عملکرد موثر آنان می پردازد دارای اهمیت است. پژوهش به خوبی نشان می دهد که وجود چنین ویژگی هایی می تواند در پیش بینی عملکرد موثر و مثبت پرستار و کیفیت مطلوب مراقبت، کمک کننده باشد. از دیگر نکات قابل توجه در این مطالعه تعیین ویژگی های رفتاری به عنوان شاخصی برای شایستگی است که آن را از مفهومی مبهم و نامریی به ویژگی های شخصی قابل مشاهده در محیط کار تبدیل نموده است. از طریق این رفتارها توصیف و ارزیابی شایستگی افراد قابل اطمینان تر خواهد بود. از نکات ضعف این پژوهش بخاطر آوردن حادثه در طول یک سال گذشته و ثبت عملکرد با جزئیات آن است. ثبت جزئیات حوادث یکسال گذشته، احتمال خطا و حذف برخی جزئیات را افزایش می دهد. از آنجا که ویژگی های فرد بر اساس تجزیه و تحلیل محتوایی که از عملکرد و رفتار خود گزارش نموده بود، تعیین می گردید، در مواردی که فرد دلیل عملکرد را بخوبی گزارش نکرده بود، قضاوت برای تعیین شایستگی با مشکل مواجه بود. اگر روش پژوهش مصاحبه بود، سوال از جزئیات می توانست در رفع ابهام و بیان دلیل عملکرد و قضاوت دقیق تر کمک کننده باشد. در این پژوهش هدف از بررسی عملکرد پرستاران دستیابی به ویژگی ها و صلاحیت آنان است در حالی که در پژوهش حاضر عملکرد پرستاران و ویژگی های آنان بر اساس مدل تعیین و طراحی نموده است.

واست و همکارانش<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) مطالعه خود را با عنوان اثرات ارزیابی عملکرد در سیستم خدمات بهداشتی نروژ انجام دادند. این پژوهش یک مطالعه موردی بود و هدف از آن بررسی تجربه پرسنل بهداشت درمان و انگیزه شغلی آنان بود. ابزار این مطالعه ۶۰۰ پرسشنامه بود. متغیرهای وابسته ارزیابی عملکرد انگیزه شغلی، یادگیری و خودارزیابی و متغیرهای مستقل تعیین هدف، دریافت بازخورد، مشارکت فعال و سطح دانش بودند. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد ۸۴ درصد پاسخ دهندگان هیچ آموزشی قبل از ارزیابی دریافت نمی کردند. در ۸۷ درصد موارد نیز هیچ پیگیری پس از ارزیابی انجام نمی شد. هم چنین نتایج حاکی از آن بود که تعیین هدف در ارزیابی عملکرد بر انگیزه شغلی و خودارزیابی تاثیر مستقیم و غیر مستقیم اما بر یادگیری تاثیر غیر مستقیم دارد. ارایه

---

1. Vasset et al.

بازخورد از ارزیابی عملکرد در یادگیری موثر بود. مشارکت فعال در ارزیابی سبب افزایش انگیزه شغلی نمی گردد. سطح علمی پرستاران و مدیران قبل از ارزیابی عملکرد با انگیزه شغلی و عوامل یادگیری ارتباط مستقیم داشت (۹۱).

بر اساس پژوهش فوق ارزیابی عملکرد دارای تاثیرات متفاوتی است که خود ارزیابی و یادگیری از مهمترین آنهاست. این مطالعه از نظر ابزار و روش پژوهش مشابه با مطالعه حاضر می باشد.

بوآچی منساه و همکارش<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) پژوهش خود را با موضوع درک کارکنان از سیستم ارزیابی عملکرد انجام دادند. هدف از این پژوهش بررسی درک کارکنان از سوگیری و خطاها در ارزیابی عملکرد و تاثیر آن در بهبود و اجرای ارزیابی موثر بود. در این مطالعه ۱۴۰ نفر از کارکنان علمی و اداری دانشکده پلی تکنیک تاکورادی غنا شرکت داشتند. ابزار پژوهش مصاحبه نیمه ساختار یافته ای بود که قبلا در یک موسسه آموزشی مشابه استفاده شده بود. از معیارهای ورود به مطالعه اشتغال به کار مدت دو سال و داشتن سابقه ارزیابی بود. نتایج مطالعه موارد خطا و سوگیری از سوی ارزیاب هارا نشان داد که شامل: تمایل ارزیابی کنندگان به مشاهده رفتار مثبت از ارزیابی شونده ها، تمایل آنان به در نظر گرفتن رفتارهای منفی، تحت تاثیر رفتارهای نمایشی ارزیابی شوندهگان قرار گرفتن، تمایل به ارایه امتیاز بسیار بالا به استانداردها، تمایل به ارایه امتیاز غیر معمول حتی با مشاهده نقص آشکار، ارایه امتیاز بهتر به دلیل رفتار، شخصیت و یا زمینه های قبلی موجود، سخت گیری بیش از حد و تمایل به ارایه امتیاز کمتر بودند. همچنین ۴۶ درصد از پاسخ دهندگان ارزیابی عملکرد را برای دستیابی به اهداف سازمان مهم می دانستند (۹۲).

در این مطالعه وجود سیستم ارزیابی منطقی تر که با حداقل خطا، سوگیری و تفسیرهای فردی همراه باشد، مورد تاکید قرار می گیرد. به منظور کاهش سوگیری و تفسیرهای فردی و نیز آگاهی پرستاران از ویژگی های پرستار بخش ویژه بر اساس مدل سینرزی، در پژوهش حاضر از روش خودگزارش دهی استفاده گردید.

مطالعه لی<sup>۲</sup> و همکارانش<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) مطالعه ای تحت عنوان تاثیر پرداخت حقوق بر اساس عملکرد در واحدهای بالینی انجام دادند. هدف این پژوهش ارزیابی روش جدید سیستم پرداخت حقوق پرستاران بر اساس عملکرد آنان بود. مطالعه در ۳۴ بخش از ۴۵ واحد دومین بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی نظامی تائو صورت گرفت. در این مطالعه مبنای حقوق پرستاران ۵۰ درصد از حقوق پایه و ۵۰ درصد بر اساس عملکرد تنظیم شد. به منظور ارزیابی این روش پرسشنامه میزان رضایت شغلی پرستاران و رضایت بیماران در قبل و پس از اصلاح سیستم پرداخت حقوق انجام شد. برای بررسی رضایت شغلی پرستاران ۳۰۰ پرسشنامه در بیمارستان بطور

---

1. Boachie-Mensah et al.

2. Li et al.



تصادفی توزیع شد. رضایت بیماران در این دوره با ۶ ماه قبل مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که رضایت بیماران و رضایت شغلی پرستاران در ۴ زمینه مدیریت عمومی، رضایت از دستمزد و مزایا، رشد و توسعه فردی و کار مشخص شده افزایش قابل ملاحظه ای ( $p < 0/001$ ) داشت (۹۳).

این مطالعه بر یکی از نتایج مثبت ارزیابی عملکرد اشاره دارد که می تواند در ارتقای کیفیت مراقبت بیماران و رضایت آنان، افزایش اشتیاق به کار، افزایش جدیت و مسئولیت کارکنان، فعال بودن در قبال ارائه خدمات، ارتباط با بیمار و افزایش همکاری در تیم مراقبتی موثر باشد. از مشکلات ارزیابی پرستاران بالین در ایران عدم هماهنگی بین استانداردهای پرستاری با وظایف پرستاران، فقدان انگیزه مناسب در پرستاران، گروه ذهنی بودن ارزیابی (عدم هماهنگی ارزیابی با موارد حرفه ای و شغلی) و بی توجهی به توانایی های افراد شایسته و بازخورد نامناسب است (۵۱). پژوهش حاضر در جهت ارائه روشی برای ارزیابی بالینی مناسب صورت گرفت.

مطالعه حسن و همکارانش (۲۰۱۳) با عنوان ارزیابی عملکرد کارکنان در یک محیط کاری جدید پرستاری انجام شد. این مطالعه یک پژوهش توصیفی مقایسه‌ای بود. هدف از آن ارزیابی عملکرد فارغ التحصیل پرستاری بود که در بخش های مختلف بیمارستان دانشگاهی کبانگ سان مالزی فعالیت می کردند. این پرستاران برای دوسال اول کار در بخش های مورد درخواست خود به کار مشغول شدند. این بیمارستان تازه ساخته شده و محیط آن برای پرستاران جدید بود. شرکت کنندگان در این پژوهش ۱۱۳ نفر، اولین فارغ التحصیلان دیپلم پرستاری بودند که در ۳۳ بخش مختلف بیمارستان کار می کردند. ابزار این پژوهش پرسشنامه ای شامل دو بخش است. بخش اول پرسشنامه از تلفیق و اقتباس سنجش عملکرد و خط مشی و دستوالعمل ارزیابی عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه سانتاکروز کالیفرنیا ساخته شده بود. این پرسشنامه ۳۴ گزینه دارد که شش بعد وقت شناسی، وضعیت ظاهری، نگرش و تعهد به کار، ارائه صحیح خدمات، مهارت ارتباطی و ارتباط مثبت و مهارت رهبری را در نظر می گرفت. عملکرد پرستاران توسط ۳۳ سرپرستار بعنوان ارزیاب اول و ۷ مدیر پرستاری بعنوان ارزیاب دوم ارزیابی گردید. بخش دوم پرسشنامه شامل سه سوال با ساختار باز است که پژوهشگر با هدف ارزیابی کلی عملکرد پرستاران از مدیران پرسیده بود. نتایج پژوهش نشان داد که تقریباً ۷۶ درصد نمره عملکرد بالینی عالی، ۱۸ درصد نمره عملکرد بالینی بسیار خوب، ۲ درصد نمره عملکرد بالینی رضایت بخش داشتند و فقط ۴ درصد حداقل نمره را کسب نموده بودند. بالاترین میانگین نمره مربوط به انجام صحیح خدمت و کمترین میانگین نمره مربوط به مهارت ارتباطی و ارتباط مثبت و مهارت رهبری بود (۵۴).

در این مطالعه انتخاب بخش با نظر پرستار صورت گرفته است در حالی که در ایران انتخاب بخش محل ارائه خدمت با نظر پرستار صورت نمی گیرد و این موضوع می تواند در عملکرد فرد تاثیرگذار باشد. با توجه به اینکه شرکت کنندگان دارای مدرک دیپلم

پرستاری بودند شاخص های ارزیابی شامل مواردی عمومی بوده و معیارهای حرفه ای و تخصصی را شامل نشده است. مطالعه حاضر از نظرنوع ابزار و روش پژوهش به مطالعه فوق شباهت دارد اما برخلاف آن معیارهای حرفه ای را برای ارزیابی در نظر گرفته است.

بور<sup>۱</sup> و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) مطالعه ای را با عنوان تاثیر ارزیابی عملکرد عادلانه بر انگیزه و رضایت شغلی کارکنان در سیستم بانکداری پاکستان منتشر نمودند. هدف از این مطالعه بررسی تاثیر ارزیابی عملکرد عادلانه بود تا با در نظر گرفتن نتایج آن، ارزیابی سازمان یافته ای شکل بگیرد که در افزایش انگیزه کارکنان و رضایت شغلی آنان موثر واقع شود. ابزار این مطالعه پرسشنامه ای بود که براساس اهداف مطالعه و ویژه سیستم اداری طراحی شده و در محیط دیگری به کار گرفته نشده بود. شرکت کنندگان در پژوهش ۴۵۰ نفر از کارکنان بانک های داخلی و خارجی بودند. نتایج پژوهش نشان داد که میان ارزیابی عملکرد عادلانه با رضایت شغلی ( $r=0/636, p>0/05$ ) و افزایش انگیزه کارکنان ( $r=0/509, p>0/05$ ) رابطه مثبتی وجود دارد (۹۴).

این مطالعه به دو نتیجه مهم ارزیابی عملکرد اشاره دارد که در صورت ارزیابی صحیح و عادلانه می توان به آنها دست یافت. روش و ابزار این مطالعه برای پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه پژوهش حاضر نیز بر اساس اهداف مطالعه و ویژه سیستم درمان طراحی گردیده است و به منظور یافتن روشی برای ارزیابی عادلانه و تخصصی واحدهای ویژه است.

همتی مسلک پاک و همکاران (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان رابطه بین مهارت ارتباطی پرستار-بیمار با وضعیت ایمنی بیماران در بخش های ویژه را انجام دادند. هدف از این مطالعه تعیین رابطه بین مهارت ارتباطی پرستار-بیمار با وضعیت ایمنی بیماران در بیمارستان های آموزشی و غیرآموزشی شهر ارومیه بود. در این پژوهش توصیفی-همبستگی که به روش سرشماری نمونه گیری شده بود تعداد ۱۶۷ پرستار شاغل در بخش ویژه شرکت داشتند. ابزار پژوهش پرسشنامه ای پژوهشگر ساخته و دارای سه بخش بود که ۸ سوال مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی و ۲۱ سوال در مورد عملکرد مهارت ارتباط کلامی و غیر کلامی و ۱۸ سوال راجع به ارزیابی وضعیت ایمنی ارتباط محور بیماران بستری در آن گنجانده شده بود. روایی کمی و کیفی آن ها تایید شد و پایایی نیز با ضریب ۰/۹۶ و ۰/۹۷ تعیین گردید. پرسشنامه ها به روش خودگزارش دهی توسط پرستاران تکمیل گردیدند. نتایج نشان داد که ۸۰/۲ درصد پرستاران در بیمارستان های آموزشی و ۸۴/۸ درصد پرستاران در بیمارستان های غیر آموزشی از مهارت ارتباطی کلامی خوب برخوردار بودند. در زمینه مهارت ارتباطی غیرکلامی، در بیمارستان های آموزشی این میزان ۸۸/۴ درصد و در بیمارستان های غیر آموزشی ۸۰/۴ درصد بوده است (۹۵).

---

<sup>1</sup>. Bowra et al.

مطالعه فوق تنها به یکی از حیطه های عملکردی پرستاران پرداخته است در حالی که پژوهش حاضر عملکرد پرستاران بخش های ویژه را در ۸ حیطه را مورد بررسی و ارزیابی قرار می دهد.

خلیفه زاده و همکاران (۲۰۱۲) مطالعه ای رابا عنوان تاثیر مدل سینرژي بر عملکرد پرستاران و رضایت بیماران مبتلا به سندرم عروق کرونرانجام دادند. هدف از مطالعه بررسی تاثیر این مدل بر عملکرد پرستاران و رضایت بیماران بود. این مطالعه نیمه تجربی بوده و در دو گروه و دو مرحله انجام شد. نمونه ها از بخش های مراقبت های ویژه قلبی دو بیمارستان دانشگاهی علوم پزشکی اصفهان جمع آوری شدند. گروه اول ۲۲ پرستار بخش مراقبت های ویژه قلبی بودند که عملکرد آنان قبل و بعد از مداخله ارزیابی شد. در یک کارگاه برای پرستاران، مدل سینرژي و تاثیر آن در زمینه های مختلف عملکرد پرستاران و نیز رضایت بیماران توضیح داده شد. گروه دوم ۶۴ بیمار مبتلا به سندرم عروق کرونر بودند و در گروه شاهد و مداخله قرار گرفتند. گروه شاهد مراقبت های معمول را دریافت کردند اما گروه مداخله مراقبت های پرستاری را براساس مدل سینرژي دریافت کردند. برای جمع آوری داده ها از دو چک لیست بررسی کیفیت عملکرد و بررسی میزان رضایت بیمار استفاده شد. چک لیست بررسی کیفیت عملکرد شامل ۱۰۰ گزینه در پنج بعد ارتباط، مراقبت، درمان، حمایت و آموزش بود. بالاترین میانگین نمره عملکرد قبل از مداخله در حیطه درمان ۹۶/۸ و پس از مداخله در حیطه حمایت ۹۸/۵ بود. حداقل میانگین نمره عملکرد قبل و بعد از مداخله در حیطه ارتباط بود. هم چنین عملکرد پرستاران در حیطه آموزش قبل از مداخله در حد متوسط بود. میانگین نمره عملکرد در تمامی حیطه های ارتباط، مراقبت، درمان، پشتیبانی و آموزش (غیر از حیطه درمان) پس از مداخله افزایش یافته بود (۵۶).

این مطالعه نشان می دهد که استفاده از مدل سینرژي بر عملکرد پرستاران تاثیر مثبت داشته است. همچنین مشخص می نماید که براساس این مدل می توان با آموزش و انتخاب پرستارانی که خصوصیات ویژه مدل را داشته باشند به نتایج مطلوب تری در بیماران رسید ولی تعداد کم نمونه ها در این مطالعه از قابلیت تعمیم آن می کاهد. در این مطالعه مدل سینرژي برای ارزیابی عملکرد پرستاران شاغل در بخش های ویژه به کار گرفته شد تعداد شرکت کنندگان نیز بیشتر از مطالعه فوق می باشد.

کریم یار (۱۳۹۲) با هدف تعیین کیفیت عملکرد پرستاران بخش های مراقبت ویژه جهرم و شیراز بر اساس مدل سینرژي مطالعه ای انجام داد. پژوهش وی از نوع توصیفی تحلیلی و با عنوان کیفیت عملکرد پرستاران بخش های مراقبت ویژه بر اساس مدل سینرژي بود. نمونه گیری به روش سرشماری بود. ۳۶۴ پرستار در پژوهش شرکت کردند. ابزار مورد استفاده چک لیست محقق ساخته ای بود که براساس مدل سینرژي طراحی و تهیه شده و بصورت خود ارزیابی توسط پرستاران بخش ویژه تکمیل گردید. نتایج نشان داد

که نمرات پرستاران در حیطه های هماهنگی ( $۹۹/۱ \pm ۶/۰۲$ ) و فعالیت های مراقبتی ( $۹۷/۹۲ \pm ۳/۶$ ) بهترین عملکرد و در حیطه های تحقیقات بالینی ( $۸۱/۹۸ \pm ۴/۷$ ) و پاسخ به تفاوت ها ( $۸۵/۹۸ \pm ۳/۸$ ) پایین ترین عملکردها بودند (۴۱).

در این مطالعه بخش های ویژه (سی سی یو و آی سی یو و دیالیز) مورد بررسی قرار گرفته است. در پژوهش حاضر با توجه به تنوع و فراوانی عملکردهای پرستاران بخش اورژانس این بخش به جای بخش دیالیز که عملکرد پرستاران غالباً یکنواخت بوده و از تعداد کمتری برخوردار است، مورد بررسی قرار گرفت. مطالعه فوق در بیمارستان های علوم پزشکی انجام شده است. پژوهش حاضر عملکرد پرستاران در بیمارستان های غیرآموزشی نیز را تحت ارزیابی قرار داده است.

در نهایت با بررسی مطالعات فوق مشخص شد که ارزیابی عملکرد یک ضرورت است اما همواره با مشکلات و محدودیت هایی از قبیل عدم وجود ابزاری مشخص و فراگیر متناسب با معیارهای حرفه ای، مواجه بوده است. این موضوع سبب گردیده تا بسیاری از نتایج مثبت ارزیابی غیر قابل دسترس باشند. بنظر می رسد پژوهش حاضر که در آن از یک مدل برای ارزیابی عملکرد استفاده شده است، بتواند در راستای رفع برخی از محدودیت ها در این زمینه موثر باشد.

فصل سوم

روش پژوهش

### ۳-۱ نوع پژوهش :

این پژوهش با رویکرد کمی و به روش توصیفی تحلیلی انجام شد.

### ۳-۲ جامعه پژوهش:

شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش های سی سی یو و آی سی یو و اورژانس بیمارستان های آموزشی و غیرآموزشی شهر قزوین در سال ۱۳۹۳ بود .

### ۳-۳ محیط پژوهش:

این تحقیق در ۷ بیمارستان (۴ بیمارستان آموزشی که شامل بیمارستان های بوعلی سینا، شهید رجایی، ولایت و کوثر و ۳ بیمارستان غیر آموزشی بیمارستان های مهرگان، دهخدا و پاستور ) که در مجموع ۶ بخش اورژانس و ۱۰ بخش آی سی یو و ۷ بخش سی سی یو را در برمی گرفت، انجام شد.

### ۳-۴ نمونه پژوهش:

نمونه ها شامل ۱۹۱ پرستار که به صورت تمام وقت در بخش های سی سی یو و آی سی یو و اورژانس بیمارستان های آموزشی و غیرآموزشی شهر قزوین مشغول به کار بودند.

### ۳-۵ روش نمونه گیری:

کلیه پرستاران شاغل بخش های سی سی یو و آی سی یو و اورژانس دارای معیار ورود در مطالعه شرکت داده شدند.

### ۳-۶ حجم نمونه:

از ۲۳۳ نفر پرستار شاغل در بخش های ویژه تعداد ۱۹۲ پرستار دارای شرایط شرکت در پژوهش بودند که پرسشنامه ها توزیع شد و یک پرسشنامه که فاقد مشخصات جمعیت شناختی بود و حذف گردید.

### ۳-۷ معیارهای ورود:

- ۱- پرستارانی که بطور تمام وقت مشغول به کار باشند.
- ۲- پرستارانی که حداقل مدرک کارشناسی پرستاری داشته باشند.
- ۳- پرستارانی که سابقه کار حداقل سه ماه کار در بخش ویژه را دارا باشند.

## ۸-۳ معیارهای خروج از مطالعه:

۱- پرستارانی که برای شرکت در پژوهش رضایت نداشتند.

## ۹-۳ ابزار گردآوری داده ها:

ابزار پژوهش شامل دو پرسشنامه جمعیت شناختی و ارزیابی عملکرد پرستار براساس مدل سینرژي بود که توسط پرستار و به روش خود گزارش دهی تکمیل گردید. پرسشنامه جمعیت شناختی شامل اطلاعات مربوط به سن، جنس، وضعیت تاهل، بخش، سابقه کار، سابقه کار در بخش ویژه، وضعیت استخدام، نوع بیمارستان و دوره آموزشی گذرانده شده بود.

پرسشنامه ارزیابی عملکرد پرستار براساس مدل سینرژي، در مطالعه کریم یار (۱۳۹۲) به کار گرفته شده و روایی آن در ایران از منظر صوری و محتوا مورد تایید قرار گرفته است. پایایی این ابزار نیز سنجیده شده و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۳ برای آن بدست آمده است. پرسشنامه براساس خصوصیات پرستاران در مدل سینرژي دارای ۸ قسمت (۶۵ گویه) می باشد که شامل قضاوت بالینی (۱۷ گویه)، حمایت (۷ گویه)، فعالیتهای مراقبتی (۷ گویه)، هماهنگی (۸ گویه)، تفکر سیستمی (۸ گویه)، پاسخ به تضادها (۴ گویه)، تحقیقات بالینی (۸ گویه) و تسهیل در یادگیری (۶ گویه) است. در مقابل هر گویه گزینه های « بلی»، « خیر» و « موردی ندارد» قرار دارد. فرد در صورت انجام عملکردها (مطابق با گویه ها)، گزینه «بلی» و اگر انجام عملکردها (گویه ها) ضرورت دارد اما پرستار انجام نمی دهد، گزینه «خیر» انتخاب می گردد. گزینه «موردی ندارد» نیز برای عملکردهایی که دلیلی برای انجام آن ها نبوده، انتخاب می شود. جهت تعیین نمره کیفیت عملکرد پرستار، به پاسخ «بلی» نمره «یک» و «خیر» نمره «صفر» داده می شود. 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 و مواردی که انجام آن ها در بخش ضرورت داشته است، در تجزیه و تحلیل به کار گرفته شد.

## ۱۰-۳ روش کار:

توزیع پرسشنامه ها از سوم بهمن ۱۳۹۳ شروع گردید که تا ۲۷ اسفند همان سال بطول انجامید. این تاخیر به دلیل تراکم کار پرستاران بخش های ویژه و عدم تکمیل فرم ها در حین فعالیت روزانه در محل کار و کسب اجازه از سوی مسئولین بیمارستان های غیرآموزشی برای جمع آوری داده ها بود. از تعداد ۱۹۲ پرسشنامه توزیع شده، یک پرسشنامه که فاقد اطلاعات جمعیت شناختی بود، حذف گردید و ۱۹۱ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

برای تعیین نمره عملکرد کل و نیز حیطه های مختلف، اعداد بین " صفر " تا " ۱۰۰ " در محاسبه منظور 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 آن ها

برای پرستار ضرورت داشته است، ضرب شد. همچنین جهت تعیین سطح عملکرد بر اساس امتیاز کسب شده، به سه حیطه ضعیف (۰-۳۳)، متوسط (۳۴-۶۶) و خوب (۶۷-۱۰۰) تقسیم گردید و نمره عملکرد به دست آمد (۴۱). کیفیت عملکرد خوب و خوب تا متوسط به عنوان سطح عملکرد مطلوب و کیفیت عملکرد متوسط تا ضعیف و ضعیف به عنوان سطح عملکرد نامطلوب تعیین گردید.

### ۳-۱۱ تجزیه تحلیل داده ها:

داده ها با استفاده از پرسشنامه جمع آوری شدند و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 22 و آزمون های توصیفی (میانگین، تی تست و انحراف معیار) و آزمون های آماری کای اسکوئر تجزیه و تحلیل شدند.

### ۳-۱۲ ملاحظات اخلاقی:

- ۱- دریافت معرفی نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی قزوین جهت معرفی به بیمارستان های مربوطه.
- ۲- کسب اجازه از مسولین بیمارستان ها جهت تکمیل پرسشنامه.
- ۳- اخذ مجوز از کمیته اخلاق پژوهش.
- ۴- اخذ معرفی نامه از معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی قزوین و ارایه به مراکز درمانی.
- ۵- توضیح به نمونه های مورد پژوهش در مورد اختیاری بودن شرکت در مطالعه.
- ۶- بدون نام بودن چک لیست در این پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات.
- ۷- تکمیل فرم رضایت آگاهانه و داوطلبانه مکتوب توسط خود شرکت کننده، قبل از مشارکت.
- ۸- رعایت اخلاق در جمع آوری داده ها، تحلیل و ارایه گزارش و ارایه نتایج مبتنی بر واقعیت.



## فصل چهارم

### یافته ها

بررسی نتایج نشان داد که از ۱۹۱ پرسشنامه تکمیل شده ۱۶۷ شرکت کننده ( ۸۷ درصد ) زن و ۱۱۸ نفر (۶۱/۵ درصد) متاهل بودند. میانگین سن افراد شرکت کننده ۵/۹۱ ± ۳۱/۰۴ سال بود. شرکت کنندگان حداقل ۲۲ و حداکثر ۵۳ سال داشتند. میانگین سابقه کار ۵/۵۶ ± ۷/۷ بود. حداقل سابقه کار ۳ ماه و حداکثر ۳۰ سال بود.

جدول ۱-۴- فراوانی و میانگین سن و سابقه کار در بخش ویژه

انحراف معیار	میانگین	حداکثر	حداقل	تعداد	
۵/۹۱	۳۱/۰۴	۵۳	۲۲	۱۹۱	سن
۵/۵۶	۷/۷۷	۳۰	۱	۱۹۱	سابقه کار
۳/۷۶	۲/۶۸	۲۰	۳ ماه	۱۹۱	سابقه کارسی سی یو
۲/۹۹	۱/۳۰	۱۷	۳ ماه	۱۹۱	سابقه کارآی سی یو
۲/۶۰	۱/۲۹	۱۹	۳ ماه	۱۹۱	سابقه کاراورژانس
۴/۴۴	۵/۲۶	۲۰	۱	۱۹۱	سابقه کارکلی در بخش ویژه

بالاترین میانگین سابقه کار مربوط به بخش سی سی یو است. آزمون آماری t ارتباط معنی داری میان میانگین سابقه کار پرستاران

در بخش ویژه با عملکرد آنان نشان نداد ( $P < 0.05$ ).

جدول ۲-۴ فراوانی و درصد متغیربخش

بخش	فراوانی	درصد
آی سی یو	۱۰۵	۵۵
سی سی یو	۴۲	۲۲
اورژانس	۴۴	۲۳
کل	۱۹۱	۱۰۰

در حدود ۸۰ درصد شرکت کنندگان در بیمارستان های آموزشی شاغل بودند.

جدول ۳-۴ فراوانی و درصد پرستاران شاغل در بخش های ویژه برحسب نوع بیمارستان

بیمارستان	فراوانی	درصد
بوعلی	۶۳	۳۳
دهخدا	۱۰	۵/۲
پاستور	۱۶	۸/۴
رجایی	۳۲	۱۶/۷
کوثر	۷	۳/۷
مهرگان	۱۳	۶/۸
ولایت	۵۰	۲۶/۲
کل	۱۹۱	۱۰۰

دو بیمارستان آموزشی شهر بیشترین پرستاران بخش ویژه را دارا می باشد.

جدول ۴-۴ فراوانی و درصد وضعیت استخدامی

وضعیت استخدامی	فراوانی	درصد
مشمول طرح نیروی انسانی	۲۳	۱۲
قراردادی	۶۹	۳۶/۱
پیمانی	۷۰	۳۶/۶
رسمی آزمایشی	۳	۱/۶
رسمی قطعی	۲۶	۱۳/۷
کل	۱۹۱	۱۰۰

بیشتر پرستاران بخش های ویژه از نظر وضعیت استخدامی رسمی می باشند.

جدول ۴-۵ فراوانی و درصد گذراندن دوره تخصصی

دوره	فراوانی	درصد
بلی	۴۶	۲۴/۱
خیر	۱۴۵	۷۵/۹
کل	۱۹۱	۱۰۰

بیش از دوسوم پرستاران شاغل در بخش ویژه هیچ دوره تخصصی نگذرانده اند.

جدول ۴-۶ فراوانی و درصد نوع دوره های تخصصی گذرانده شده

دوره	فراوانی	درصد
ونتیلاتور	۵	۲/۶
اینتوباسیون	۱	۰/۵
ECG	۸	۴/۲
ABG	۲	۱
دیفیریلاتور	۲	۱

بیشترین دوره گذرانده شده در بخش های ویژه دوره ECG بوده است.

جدول ۴-۷ فراوانی کیفیت عملکردهای خوب و متوسط وضعیف

کیفیت عملکرد	فراوانی	درصد
عملکرد ضعیف	۳	۱/۶
عملکرد متوسط	۲۴	۱۲/۵
عملکرد خوب	۱۶۴	۸۵/۹
کلی	۱۹۱	۱۰۰

نتایج نشان داد که ۳ نفر از پرستاران عملکرد خود را ضعیف گزارش نموده اند.

جدول ۸-۴ فراوانی و درصد عملکردهای مطلوب و نامطلوب

وضعیت عملکرد	فراوانی	درصد
عملکرد نامطلوب	۲۷	۱۴/۱
عملکرد مطلوب	۱۶۴	۸۵/۹
کلی	۱۹۱	۱۰۰

با توجه به تعداد کم نمونه ها در گروه عملکرد ضعیف برای انجام محاسبات آماری، کیفیت عملکرد خوب به عنوان سطح عملکرد مطلوب و کیفیت عملکرد متوسط و ضعیف به عنوان سطح عملکرد نامطلوب تعیین گردید.

جدول ۹-۴ فراوانی و درصد عملکرد پرستاران براساس مدل سینرزی بر حسب جنس

آزمون آماری کای دو	عملکرد مطلوب		عملکرد نامطلوب		جنس
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$\chi^2 = 0/145$					
$df = 1$	۸۳/۳	۲۰	۱۶/۷	۴	مرد
$p = 0/70$	۸۶/۲	۱۴۴	۱۳/۸	۲۳	زن

استفاده از آزمون کای دو ارتباط معنی داری میان جنسیت و عملکرد را نشان نداد ( $P < 0/05$ ).

جدول ۱۰-۴ فراوانی و درصد عملکرد پرستاران براساس مدل سینرزی بر حسب وضعیت تاهل

آزمون آماری کای دو	عملکرد مطلوب		عملکرد نامطلوب		وضعیت تاهل
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$\chi^2 = 0/10$					وضعیت تاهل
$df=1$	۸۵/۹	۶۱	۱۴/۱	۱۰	مجرد
$P=0/91$	۸۶/۴	۱۰۲	۱۳/۶	۱۶	متاهل

استفاده از آزمون کای دو ارتباط معنی داری میان وضعیت تاهل و عملکرد پرستاران نشان نداد ( $P < 0/05$ ).

جدول ۱۱-۴ فراوانی و درصد عملکرد پرستاران براساس مدل سینرزی بر حسب بخش ویژه

آزمون آماری کای دو	عملکرد مطلوب		عملکرد نامطلوب		بخش
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$\chi^2 = 6/11$					بخش
$df = 2$	۹۰/۵	۹۵	۹/۵	۱۰	آی سی یو
$p = 0/04$	۸۵/۷	۳۶	۱۴/۳	۶	سی سی یو
	۷۵	۳۳	۲۵	۱۱	اورژانس

بیشترین عملکرد نامطلوب مربوط به بخش اورژانس است. آزمون کای دو ارتباط معنی داری میان نوع بخش و عملکرد نشان داد

( $P < 0/05$ ).

جدول ۱۲-۴ فراوانی و درصد عملکرد پرستاران براساس مدل سینرزی بر حسب نوع بیمارستان

آزمون آماری کای دو	عملکرد مطلوب		عملکرد نامطلوب		بیمارستان
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$\chi^2 = 0/608$					آموزشی
df = ۱	۸۴/۹	۱۲۹	۱۵/۱	۲۳	غیر آموزشی
p = ۰/۴۳	۸۹/۷	۳۵	۱۰/۳	۴	

با استفاده از آزمون کای دو ارتباط معنی داری میان نوع بیمارستان و عملکرد وجود نداشت ( $P < 0/05$ )

جدول ۱۳-۴ فراوانی و درصد عملکرد پرستاران براساس مدل سینرزی بر حسب وضعیت استخدام

آزمون آماری کای دو	عملکرد مطلوب		عملکرد نامطلوب		وضعیت استخدام
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$\chi^2 = 6/46$					طرح نیروی انسانی
df = ۳	۷۳/۹	۱۷	۲۶/۱	۶	قراردادی
p = ۰/۰۹	۸۲/۶	۵۷	۱۷/۴	۱۲	پیمانی
	۸۸/۶	۶۲	۱۱/۴	۸	رسمی قطعی
	۹۶/۶	۲۸	۳/۴	۱	

افراد مشمول طرح نیروی انسانی بیشترین عملکرد نامطلوب را داشته اند. آزمون کای دو ارتباط معنی داری میان وضعیت

استخدام و عملکرد پرستاران نشان نداد ( $P < 0/05$ ).



جدول ۱۴-۴ فراوانی و درصد عملکرد پرستاران براساس مدل سینیژی بر حسب گذراندن دوره تخصصی

آزمون آماری کای دو	عملکرد مطلوب		عملکرد نامطلوب		گذراندن دوره
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$\chi^2 = 0.533$					
$df = 1$	۸۹/۱	۴۱	۱۰/۹	۵	بلی
$p = 0.46$	۸۴/۸	۱۲۳	۱۵/۲	۲۲	خیر

آزمون کای دو ارتباط معنی داری میان گذراندن دوره تخصصی و عملکرد پرستاران نشان نداد ( $P < 0.05$ ).

جدول ۱۵-۴ مقایسه میانگین سن پرستاران در دو گروه با عملکرد مطلوب و نامطلوب براساس مدل سینیژی

آزمون آماری t	انحراف معیار	میانگین	عملکرد
$t = 1.88$	۴/۶۳	۲۹/۰۷	نامطلوب
$df = 189$	۶/۰۵	۳۱/۳۷	مطلوب
$p = 0.06$			

استفاده از آزمون آماری t ارتباط معنی داری میان میانگین سن با عملکرد پرستاران نشان نداد ( $P < 0.05$ ).

جدول ۱۶-۴ مقایسه میانگین سابقه کار پرستاران در دو گروه با عملکرد مطلوب و نامطلوب براساس مدل سینیژی

آزمون آماری t	انحراف معیار	میانگین	تعداد	عملکرد
$t = 1.53$	۴/۲۰	۶/۲۶	۲۷	نامطلوب
$df = 189$	۵/۷۳	۸/۰۲	۱۶۴	مطلوب
$p = 0.12$				

استفاده از آزمون آماری t ارتباط معنی داری میان میانگین سابقه کار پرستاران با عملکرد پرستاران وجود نداشت ( $P < 0.05$ ).

جدول ۱۷-۴ مقایسه میانگین سابقه کار در بخش آی سی یو پرستاران در دو گروه با عملکرد مطلوب و نامطلوب

براساس مدل سینرزی

عملکرد	میانگین	انحراف معیار	آزمون آماری t
نامطلوب	۲/۱۱	۳/۲۱	$t = ۰/۸۳$ $df = ۱۸۹$ $p = ۰/۴۰$
مطلوب	۲/۷۷	۳/۸۵	

آزمون آماری t ارتباط معنی داری میان میانگین سابقه کار در بخش آی سی یو با عملکرد پرستاران نشان نداد ( $P < ۰/۰۵$ ).

جدول ۱۸-۴ مقایسه میانگین سابقه کار در بخش سی سی یو پرستاران در دو گروه با عملکرد مطلوب و نامطلوب

براساس مدل سینرزی

عملکرد	میانگین	انحراف معیار	آزمون آماری t
نامطلوب	۱/۱۹	۲/۲۷	$t = ۰/۲۱$ $df = ۱۸۹$ $p = ۰/۸۳$
مطلوب	۱/۳۲	۳/۱۰	

آزمون آماری t ارتباط معنی داری میان میانگین سابقه کار در بخش سی سی یو با عملکرد پرستاران نشان نداد ( $P < ۰/۰۵$ ).

جدول ۱۹-۴ مقایسه میانگین سابقه کار در بخش اورژانس پرستاران در دو گروه با عملکرد مطلوب و نامطلوب

براساس مدل سینرزی

عملکرد	میانگین	انحراف معیار	آزمون آماری t
نامطلوب	۱/۱۵	۲/۰۳	t=۰/۳۱ df = ۱۸۹ p = ۰/۷۵
مطلوب	۱/۳۲	۲/۶۹	

آزمون آماری t ارتباط معنی داری میان میانگین سابقه کار در بخش اورژانس با عملکرد پرستاران نشان نداد ( $P < ۰/۰۵$ ).

جدول ۲۰-۴ مقایسه میانگین سابقه کار در بخش ویژه پرستاران در دو گروه با عملکرد مطلوب و نامطلوب براساس مدل سینرزی

عملکرد	میانگین	انحراف معیار	آزمون آماری t
نامطلوب	۴/۴۴	۳/۴۶	t=۱/۰۳ df = ۱۸۹ p = ۰/۳۰
مطلوب	۵/۴۰	۴/۵۷	

آزمون آماری t ارتباط معنی داری میان میانگین سابقه کار پرستاران در بخش ویژه با عملکرد آنان نشان نداد ( $P < ۰/۰۵$ ).

جدول ۲۱-۴ مقایسه عملکرد پرستاران بخش آی سی یو در بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی

$\chi^2 =$ df = ۱ p = ۰/۵۸	آی سی یو				
	عملکرد نامطلوب		عملکرد مطلوب		بیمارستان
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
	آموزشی	۱/۶	۹	۸۹/۴	۷۶
غیر آموزشی	۱۰	۱	۹۵	۱۹	

آزمون آماری کای دو ارتباط معنی داری میان عملکرد پرستاران بخش آی سی یو با نوع بیمارستان را نشان نداد ( $P < ۰/۰۵$ ).

جدول ۲۲-۴ مقایسه عملکرد پرستاران بخش سی سی یودر بیمارستان های آموزشی و غیرآموزشی

$\chi^2 = 2$ $df = 1$ $p = 0.07$ ۰/۷۸۰	سی سی یو				بیمارستان
	عملکرد نامطلوب		عملکرد مطلوب		
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
	۱۳/۳	۴	۸۶/۷	۲۶	آموزشی
	۱۶/۷	۲	۸۳/۳	۱۰	غیرآموزشی

آزمون آماری کای دو ارتباط معنی داری میان عملکرد پرستاران بخش سی سی یوبا نوع بیمارستان را نشان نداد ( $P < 0.05$ ).

جدول ۲۳-۴ مقایسه عملکرد پرستاران بخش اورژانس در بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی

$\chi^2 = 0.475$ $df = 1$ $p = 0.51$	اورژانس				بیمارستان
	عملکرد نامطلوب		عملکرد مطلوب		
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
	۲۷	۱۰	۷۳	۲۷	آموزشی
	۱۴/۳	۱	۸۵/۷	۶	غیرآموزشی

آزمون آماری کای دو ارتباط معنی داری میان عملکرد پرستاران بخش اورژانس با نوع بیمارستان را نشان نداد ( $P < 0.05$ ).

جدول ۲۴-۴ مقایسه میانگین نمره عملکرد پرستاران بخش آی سی یو بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی در

حیطه های مختلف بر اساس مدل سینرزی

آی سی یو				حیطه
انحراف معیار	غیر آموزشی	انحراف معیار	آموزشی	
۸/۲۴	۸۸/۹	۱۲/۰۳	۸۹/۹	قضاوت بالینی
۱۸/۱	۹۰/۵	۱۵/۶	۹۱/۷	حمایت
۱۳/۸	۹۰/۸	۱۸/۳	۸۸/۲	فعالیت مراقبتی
۱۵/۱	۸۹/۳	۲۴/۲	۸۴/۶	هماهنگی
۲۱/۶	۸۴	۱۹/۷	۸۸/۴	تفکر نظامند
۹/۲	۹۶/۲	۲۸/۱	۸۶/۶	پاسخ به تفاوت ها
۳۰/۳	۷۹/۵	۲۹/۲	۸۱/۱	تحقیقات بالینی
۱۹/۲	۸۹/۵	۲۳/۲	۸۳/۴	تسهیل یادگیری

بالاترین میانگین نمره عملکرد پرستاران بخش آی سی یو بیمارستان های آموزشی در حیطه حمایت و در آی سی یو بیمارستان

های غیر آموزشی در حیطه پاسخ به تفاوت هاست. کمترین میانگین نمره عملکرد در هر دو نوع بیمارستان در رابطه با تحقیقات

بالینی است.

جدول ۲۵-۴ مقایسه عملکرد پرستاران بخش سی سی یو بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی در حیطه های

مختلف بر اساس مدل سینرژي

سی سی یو				حیطه
انحراف معیار	غیر آموزشی	انحراف معیار	آموزشی	
۲۲/۱	۸۵	۱۳/۱	۸۸/۴	قضاوت بالینی
۲۴/۷	۸۴	۱۷/۷	۹۰/۴	حمایت
۳۱/۲	۸۱/۲	۲۲/۶	۸۱/۱	فعالیت مراقبتی
۳۳/۸	۸۴/۳	۲۶/۹	۸۰/۸	هماهنگی
۳۰	۸۵/۲	۱۸/۴	۸۴/۶	تفکر نظامند
۲۹/۱	۸۷/۵	۱۸/۱	۸۹/۱	پاسخ به تفاوت ها
۳۷/۹	۸۰/۲	۳۵/۱	۷۰/۸	تحقیقات بالینی
۳۸/۹	۸۳/۳	۲۱/۹	۸۳/۳	تسهیل یادگیری

بالترین میانگین نمره عملکرد پرستاران بخش سی سی یو بیمارستان های آموزشی در حیطه حمایت و در سی سی یو

بیمارستان های غیر آموزشی در حیطه پاسخ به تفاوت هاست. کمترین میانگین نمره عملکرد در هر دو نوع بیمارستان در رابطه با

تحقیقات بالینی است.

جدول ۲۶-۴ مقایسه عملکرد پرستاران بخش اورژانس بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی در حیطه های

مختلف بر اساس مدل سینرژي

اورژانس				حیطه
انحراف معیار	غیر آموزشی	انحراف معیار	آموزشی	
۱۳/۷	۸۴/۳	۱۴/۵	۸۱/۹	قضاوت بالینی
۲۵/۸	۷۱	۲۳/۲	۸۳/۱	حمایت
۲۹	۷۷/۱	۲۱/۳	۸۲/۷	فعالیت مراقبتی
۲۱/۹	۶۸/۸	۲۱/۷	۸۴/۶	هماهنگی
۱۱/۹	۸۵/۲	۲۴/۹	۸۱/۸	تفکر نظامند
۲۰/۴	۷۵	۲۹/۴	۸۰	پاسخ به تفاوت ها
۲۲/۳	۷۴/۹	۳۲/۳	۷۰/۶	تحقیقات بالینی
۱۵/۲	۸۹/۵	۲۳/۴	۸۷/۸	تسهیل یادگیری

بالاترین میانگین نمره عملکرد پرستاران بخش اورژانس بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی در حیطه تسهیل یادگیری است. کمترین میانگین نمره عملکرد در بخش اورژانس بیمارستان های آموزشی در حیطه تحقیقات بالینی و در بیمارستان های غیر آموزشی در حیطه هماهنگی است.

## فصل پنجم

### بحث و نتیجه گیری



## ۱-۵ بحث:

فعالیت ها و عملکردهای گسترده پرستاری مانند مراقبت مستقیم از بیماران و نظارت بر وضعیت سلامتی آنان، اجرای مداخلات نجات بخش، حمایت عاطفی از بیماران و خانواده آنان و آموزش به بیماران همچنین وجود ارتباط حرفه ای و بین تیمی گسترده و موقعیتی به عنوان واسطه بالینی بین بیماران و پزشکان سبب گردیده تا عملکرد پرستاران یکی از بهترین منابع ارزیابی مراقبت با کیفیت در بیمارستان مبدل شود (۹۶).

برای ارزیابی مراقبت با کیفیت اطلاعات بیشتری از وضعیت موجود و محدودیت ها و عملکرد ها نیاز است (۹۷). ارزیابی عملکرد ضمن فراهم آوردن اطلاعاتی از وضع موجود می تواند برای سازمان در جهت دستیابی به اهداف تعیین شده و ارتقا آن کمک کننده باشد (۵۴). مشکلات بسیاری در ارزیابی عملکرد پرستاران بالین از جمله نظری بودن معیارها و در نظر نگرفتن ابعاد حرفه ای پرستاری وجود دارد (۵۱). این پژوهش با هدف بررسی عملکرد پرستاران بخش های ویژه با اساس مدل سینرژژی که یک مدل حرفه ای پرستاری است، در بیمارستان های آموزشی و غیرآموزشی شهر قزوین انجام شد. بر اساس مدل عملکرد پرستاران در هشت حیطه مورد ارزیابی قرار گرفت. میان عملکرد پرستاران با نوع بخش ارتباط معنی دار بود ( $p=0/04$ ) و میان عملکرد پرستاران با نوع بیمارستان ارتباط معنی دار نبود ( $p>0/05$ ). عملکرد پرستاران بخش اورژانس در مقایسه با عملکرد سایر بخش های مورد مطالعه در سطح پایین تری قرار داشت. کمترین میانگین نمره عملکرد در هر دو نوع بیمارستان در رابطه با تحقیقات بالینی بود. این بخش از نتایج با مطالعه کریم یار (۴۱) همخوانی دارد.

در مورد هدف اول که تعیین سطح عملکرد پرستاران بخش های سی سی یو، آی سی یو، اورژانس بیمارستان های آموزشی بر اساس مدل سینرژژی بود، مشخص شد که ۲۷ درصد پرستاران اورژانس، ۱۳/۳ درصد پرستاران سی سی یو و ۱۰/۶ درصد پرستاران آی سی یو عملکرد نامطلوب داشتند. آمار پذیرش بیماران در بیمارستان های آموزشی به دلیل ارائه خدمات با هزینه کمتر نسبت مراکز درمانی غیرآموزشی بیشتر است. این موضوع سبب می گردد تا پرستاران به خصوص در بخش های اورژانس با ازدحام بیمار و شرایط سخت کاری مواجه گردند (۹۸). حجم بالای کار به دنبال آن کمبود وقت بر کیفیت مراقبت ها و نتایج آن اثر منفی دارد (۹۹) و می تواند سبب عملکرد نامطلوب پرستاران اورژانس گردد. بی علاقهی پرستاران نسبت به کار در اورژانس، تریاژ نادرست، نامطلوب بودن شرایط فیزیکی محیط کار، نگرش مدیران و نحوه ارزش گذاری آنان در مورد پرستاران و ضعف در همکاری تیمی از دیگر عواملی است که می تواند بر عملکرد پرستاران تاثیر منفی داشته باشد (۹۸).

در مورد هدف دوم که تعیین سطح عملکرد پرستاران بخش های سی سی یو، آی سی یو، اورژانس بیمارستان های غیرآموزشی بر اساس مدل سینرژژی بود، ۱۴/۳ درصد پرستاران اورژانس، ۱۶/۷ درصد پرستاران سی سی یو و ۵ درصد

پرستاران آی سی یودر بیمارستان های غیرآموزشی عملکرد نامطلوب داشتند. بر اساس مطالعه اسد زندی و همکاران (۱۳۹۰) پرستاران بخش های ویژه در مقایسه با پرستاران بخش های عمومی با استرس بیشتری مواجه هستند (۱۰۰) رویارویی مستمر و طولانی با بیماران بدحال، حضور در لحظات سخت و شاهد مرگ و میر بیماران بودن، حجم بالای کار، مسولیت پذیری زیاد، درخواست های شغلی بیش از حد بیمار و خانواده وی، عدم اطمینان از درمان ها از عوامل مهم ایجاد کننده استرس در پرستاران بخش ویژه به شمار می روند (۱۰۱). این استرس های شغلی بر عملکرد ها تاثیر منفی دارد (۱۰۲). از سوی دیگر مطالعه درویش و شعبانی (۱۳۹۱) نشان داده است که تفاوت معنی داری میان این نوع از استرس های شغلی پرستاران بیمارستان های دولتی و خصوصی وجود ندارد (۱۰۳). به این ترتیب بنظر می رسد که یکی از علل کاهش عملکرد پرستاران در بیمارستان های غیرآموزشی، وجود استرس های شغلی بخش ویژه باشد. همچنین بر اساس مطالعه راول و پارذشی (۲۰۱۴) پرستاران بیمارستان های خصوصی ساعات کاری بیشتر دارند و حقوق و مزایای کمتری در مقایسه با پرستاران شاغل در بیمارستان های دولتی دریافت می نمایند. این موضوع سبب می شود تا آنان احساس ناخوشایندی از کار در بیمارستان خصوصی داشته باشند. وجود فشار بالای کار و این که مقامات بیمارستان هر زمان که بخواهند می توانند به کار آنان خاتمه دهند، از عوامل دیگری هستند که می توانند بر سلامت روان و عملکرد پرستاران تاثیر منفی داشته باشند (۱۰۴).

در پاسخ به هدف سوم برای مقایسه سطح عملکرد پرستاران بخش های سی سی یو، آی سی یو، اورژانس بیمارستان های آموزشی براساس مدل سینرزی نتایج حاکی از آن بود که عملکرد پرستاران اورژانس بیمارستان های آموزشی با ۲۷ درصد نسبت به عملکرد پرستاران سی سی یو با ۱۳/۳ درصد و عملکرد پرستاران آی سی یو با ۱۰/۶ درصد بیشترین عملکرد نامطلوب بوده است. یکی از عواملی که می تواند بر عملکرد پرستاران بخش های ویژه تاثیر داشته باشد وضعیت سلامت آنان است. مطالعه نصیری زیبا و بوغیری در بیمارستان های آموزشی شهر تهران نشان داد که تمامی پرستاران بخش های ویژه از خستگی متوسط تا شدید رنج می برند و ۸۹ درصد آنان کیفیت خواب بدی دارند (۱۰۵). از عواملی که می تواند بر عملکرد پرستاران بخش اورژانس تاثیر منفی داشته باشد قرار گرفتن این گروه از پرستاران، در معرض استرس های حاد و مزمن است که شرایط جسمی، روانی و عاطفی آنان را تحت تاثیر قرار می دهد (۱۰۶). غیرقابل پیش بینی بودن تعداد بیماران مراجعه کننده به اورژانس، مواجهه با حوادث غیرمترقبه، بالابودن فشار کار، گستردگی فعالیت های بالینی، شاهد بودن درگیری و خشونت ها علیه افراد، مراقبت از بیماران بد حال و مرگ و میر بیماران از علل ایجاد کننده استرس در پرستاران اورژانس است (۱۰۷). از مشکلات معمول پرستاران اورژانس، قرارگرفتن در معرض خشونت های کلامی و فیزیکی از سوی بیماران و همراهان آنان است که غالبا تحت استرس جسمی و روانی قرار دارند. این موضوع می تواند سبب تغییرات اخلاقی، خستگی، خشم و تنش در آنها گردد (۱۰۸)، از توجه آنان در مراقبت از بیمار بکاهد و عملکرد آنان را تحت تاثیر قرار دهد. مطالعه اربابی سراجو و همکاران (۲۰۱۳) حاکی از آن است که میان استرس های شغلی

پرستاران با عملکرد آنان رابطه معکوس وجود دارد (۱۰۹). عدم گذراندن دوره تخصصی مراقبت های اورژانس توسط پرستاران ونیز کم تجربه و تازه کاربودن پرستاران به کار گرفته شده دراین بخش ازعلل دیگری است که می تواند برعملکرد پرستاران اثر منفی داشته باشد (۹۸).

در مورد هدف چهارم برای مقایسه سطح عملکرد پرستاران بخش هایسی سی یو، آی سی یو، اورژانس بیمارستان های غیرآموزشی بر اساس مدل سینرژیک بود، نتایج نشان داد که عملکرد پرستاران سی سی یو در بیمارستان غیرآموزشی با ۱۶/۷ درصد نسبت به عملکرد پرستاران اورژانس با ۱۴/۳ درصد و عملکرد پرستاران آی سی یو با ۵ درصد بیشترین از همه نامطلوب بوده است. از عوامل موثر در این زمینه عدم گذراندن دوره تخصصی بود که بر اساس نتایج مطالعه حاضر ۷۵ درصد پرستاران بخش ویژه هیچ دوره ای نگذرانده بودند. پرستاران بیمارستان های غیرآموزشی غالباً از نیروهای پرستاری هستند که پس از دوره طرح نیروی انسانی مشغول به کار می گردند و قبلاً در بخش های عمومی مشغول به کار بوده اند. درزمینه عملکرد پرستاران بخش های ویژه قلبی نتایج به دست آمده با نتایج پژوهش قمری زارع و همکاران (۱۳۸۸) کیفیت عملکرد پرستاران را به میزان ۲۸ درصدضعیف، ۶۴ درصد متوسط و فقط ۸ درصد خوب گزارش نموده اند، همخوانی نداشت (۱۱۰). این تفاوت می تواند در ارتباط با روش مطالعه باشد که عملکردها توسط پژوهشگر مورد مشاهده قرار گرفته اند در حالی که مطالعه حاضر به روش خودگزارش دهی پرستاران انجام شده است.

درپاسخ به هدف پنجم برای تعیین ارتباط میان عملکرد پرستاران درهریک از بخش های سی سی یو و آی سی یو و اورژانس با متغیرهای جمعیت شناختی بیمارستان های آموزشی و غیرآموزشی، نتایج پژوهش نشان داد که ارتباط معنی داری میان سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت استخدام و نوع بیمارستان با وضعیت عملکرد وجود نداشت. میان نوع بخش و عملکرد ارتباط معنی دار بود ( $P < 0/05$ ). این ارتباط ممکن است در ارتباط با محیط فیزیکی بخش های ویژه باشد. بر اساس مطالعه رحمانی و همکاران (۱۳۸۹) ۶۲/۷ درصد پرستاران محیط فیزیکی بخش ویژه را یکی از ابعاد استرس شغلی دانسته اند. در همین مطالعه با اشاره به پژوهش عبدی و شهبازی (۱۳۸۰) و احتشامی (۱۳۷۰) عنوان گردیده که پرستاران بخش ویژه محیط فیزیکی را مهم ترین منبع تنش زا به شمار آورده اند. محیط فیزیکی تنش زا به عنوان یک عامل استرس زای شغلی بر عملکرد تاثیر دارد (۱۱۱).

نتایج مطالعه در دستیابی به هدف ششم که مقایسه سطح عملکرد پرستاران هر یک از بخش های سی سی یو و آی سی یو و اورژانس بیمارستان های آموزشی و غیرآموزشی بود نشان داد که بالاترین امتیاز مربوط به حیطة حمایت در بخش های آی سی یو و سی سی یو بیمارستان های آموزشی است. در حالی که در بیمارستان های غیرآموزشی بیشترین امتیاز بخش های سی سی یو و آی سی یو در حیطة پاسخ به تفاوت هاست. اما بالاترین امتیاز در بخش اورژانس در هر دو نوع بیمارستان درحیطه تسهیل یادگیری

است. در این راستا نتایج مطالعات نشان داده اند که بیماران در هنگام بیماری و بستری در بیمارستان به دلایل مختلفی از جمله احساس ناتوانی، درماندگی، وابستگی و آسیب پذیری نیاز به حمایت دارند. همچنین در مواقعی که نیاز به تشخیص و تصمیم گیری و عمل دارند؛ زمانی که کنترل خود را از دست می دهند یا دچار ناتوانی جسمی می گردند، نیاز به حمایت بیشتری پیدا می کنند. پرستاران با توجه به نقش واسطه ای که میان پزشک و بیمار و خانواده وی دارند و از احساسات و نیازهای بیماران آگاهی بیشتری دارند، نقش حمایت کننده موثری می توانند داشته باشند(۱۱۲). اجرای این نقش با موانع خاص خود روبروست. نگارنده و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش خود عوامل تسهیل کننده بیمار از نظر پرستاران را ارتباط مناسب بیمار و پرستار، شناخت و توجه به نیازهای بیمار و مسئولیت پذیری پرستار، همکاری متقابل پزشک- پرستار- بیمار و دانش و آگاهی پرستار گزارش نموده اند و عدم پشتیبانی، ناکافی بودن دستورالعمل های حرفه ای، مخاطرات حمایت، نداشتن انگیزه و حس وفاداری به همکاران، کمبود وقت و ارتباط ناکافی با بیمار و خانواده وی از موانع حمایت از بیمار عنوان شده است(۱۱۳). در محیط پرزادحام و شلوغ اورژانس ارتباط موثر امری دشوار است (۱۱۴). عدم ارتباط مناسب و کمبود وقت در اورژانس از عواملی است که می تواند عملکرد حمایتی پرستاران را با اشکال مواجه سازد. در مطالعه خضولو و همکاران (۱۳۹۰) میزان نقش حمایتی پرستاران در بیمارستان های آموزشی با میزان ۷۵/۳ درصد در سطح ضعیف قرار داشت(۱۱۵). در مطالعه ذکایی و همکاران (۱۳۸۱) نقش حمایتی پرستاران با ۳۰/۸ درصد بیشترین درصد فعالیت نامطلوب بود(۱۱۶). نتایج این دو مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی نداشت. این تفاوت می تواند در رابطه با محیط پژوهش باشد که غیر از بخش های ویژه و اورژانس سایر بخش های داخلی، جراحی را نیز شامل شده بود.

از سوی دیگر در بیمارستان های غیرآموزشی بخش های سی سی یو و آی سی یو نسبت به اورژانس بیشترین امتیاز را در حیطه پاسخ به تفاوت ها داشته اند. در نظر گرفتن تفاوت های فرهنگی، مذهبی، باورها و ارزش های بیماران و خانواده های آنان، یکی از مواردی که باید در انجام مراقبت ها مورد توجه قرار گیرد. پرستاران می بایست به این تفاوت ها میان خود و بیمارانشان حساس باشند و سعی در درک بیمار داشته باشند. عدم توجه به ارزش ها و پشتوانه فرهنگی افراد ارتباط با آنان را دشوار ساخته و ارائه خدمات را مشکل می سازد(۱۱۷). پایین تر بودن عملکرد بخش اورژانس در مقایسه با بخش های سی سی یو و آی سی یو ممکن است ناشی از ماهیت کار و کمبود وقت در بخش اورژانس باشد. بررسی بسیار سریع بیماران با مشکل حاد در بخش اورژانس سبب می گردد تا کارکنان و پرستاران در زمان های شلوغی اورژانس رفتارهای کلیشه ای با بیماران داشته باشند. بروز رفتارهای کلیشه ای مانع ارتباط موثر با بیمار و خانواده وی می گردد(۱۱۸) و احساس امنیت و اعتماد بیمار را تحت تاثیر قرار می دهد(۱۱۹). در چنین شرایطی توجه به ارزش ها و باورهای بیماران امری دشوار بنظر می رسد.

از مصادیق توجه به ارزش ها و نیازهای بیماران حفظ حریم خصوصی بیماران است که با احترام به شان افراد ارتباط دارد. بر اساس مطالعه آقا جانی و نیری (۱۳۸۹) ۵۰/۶ درصد از بیماران بستری در بخش اورژانس رعایت حریم خود را در سطح ضعیف ارزیابی نموده اند (۱۲۰). سرخیل و همکاران (۱۳۹۲) رعایت حریم فیزیکی ۸۰/۲۷ درصد و میزان رعایت حریم اجتماعی ۶۸/۸۶ درصد در بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه قلبی گزارش نموده اند (۱۲۱) که با یافته های پژوهش حاضر همخوانی دارد.

بالاترین امتیاز در بخش اورژانس در هر دو نوع بیمارستان در حیطه تسهیل یادگیری است. با وجودی که اورژانس و محیط ناآرام آن جای ایده الی برای آموزش نیست اما لازم است آموزش ها با هدف پیشگیری از مشکلات یا پیش بینی مسایل پس از ترخیص برای بیمار و خانواده شروع شود. استاندارد مراقبت در اورژانس این است که بیمار دستورالعمل شفاهی و کتبی مناسب را دریافت کرده باشد (۱۲۲). مطالعه قربانی و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که بیش از ۹۵ درصد پرستاران آموزش به بیمار را به عنوان یکی از نقش های پرستار پذیرفته اند اما از نظر پرستاران حجم بالای کار، کافی نبودن وقت و کمبود تسهیلات آموزشی از موانع آموزش به بیمار هستند (۸۱). بر اساس پژوهش زرپرور و همکاران (۱۳۹۲) دیدگاه پرستاران به اجرای دوره های آموزشی ضمن خدمت مثبت بوده است. حدود ۷۵ درصد پرستاران ابراز داشته اند که دوره های آموزشی موجب افزایش نظم و انضباط، نوآوری، کاهش ضایعات کاری و افزایش مهارت آنان می گردد (۱۲۳). این مطالعه با پژوهش حاضر در زمینه تسهیل یادگیری همخوانی داشت.

نتایج مطالعه کمترین امتیاز مربوط به اورژانس بیمارستان های غیر آموزشی در حیطه هماهنگی است. هماهنگی یک مهارت سطح بالاست که در آن پرستار هدایت و نظارت بر تصمیم گیری های اعضای تیم مراقبت بهداشتی را در جهت رفع مشکلات بیمار بر عهده دارد (۱۲۴). این نقش نیاز به توانایی تصمیم گیری، ارتباط، مشاوره و اطلاعات کافی از نیازهای بیمار و نیازهای خانواده مرتبط با بیمار دارد. پرستار در این نقش تعامل و ارتباطات میان اعضای تیم مراقبت را مدیریت می نماید. بررسی ها را تجزیه و تحلیل نموده، برنامه مراقبتی بیمار و خانواده را شناسایی کرده و توسعه می دهد، فرآیند آزمایشات، ارجاع و نتایج حاصل شده را مدیریت نموده و انتقال بیمار را تسهیل و در صورت نیاز بیمار و خانواده وی را هدایت می نماید (۱۲۵). بنظر می رسد با توجه به نتایج مطالعه حاضر عدم گذراندن دوره تخصصی برای پرستاران اورژانس که بتواند توانایی های آنان را ارتقا داده و آنان را در جهت اجرای هرچه بهتر نقش ها یاری دهد همچنین به کارگیری پرستاران جوان و کم تجربه می تواند از علل کاهش میانگین نمره عملکرد پرستاران اورژانس در این بیمارستان ها باشد.

نتایج پژوهش ذکایی یزدی و همکاران (۱۳۸۱) که دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان های علوم پزشکی تهران در زمینه نقش ها و فعالیت های پرستاری را مورد بررسی قرار داده بود، حاکی از آن است که ۵۴/۸ درصد پرستاران فعالیت های هماهنگی خود را مطلوب گزارش نموده اند (۱۱۶). این نتایج علیرغم درصد پایین تر با پژوهش حاضر همسو می باشد. در مطالعه خضولو و همکاران

(۱۳۹۱) ۲۴/۷ درصد پرستاران نقش هماهنگی خود را در حد مطلوب انجام می دادند (۱۲۶) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. این تفاوت ممکن است ناشی از انتخاب نمونه های پژوهش باشد که شامل بخش های عمومی و ویژه بوده است.

در پاسخ به سوال اول پژوهش که آیا سطح عملکرد پرستاران در بخش های ویژه سی سی یو و آی سی یو و اورژانس بیمارستان های آموزشی شهر قزوین مطلوب است، نتایج مطالعه نشان داد که ۸۹/۴ درصد پرستاران در بخش آی سی یو، ۸۶/۷ در بخش سی سی یو و ۷۳ درصد در اورژانس عملکرد مطلوب داشته اند. در مطالعه علیزاده و همکاران (۱۳۸۹) عملکرد پرستاران شاغل در بخش اورژانس ۶۸/۵ درصد عالی گزارش گردیده است (۹۷) که با مطالعه حاضر همسو می باشد. نتایج مطالعه حسن و همکاران (۲۰۱۳) با ۷۶ درصد عملکرد عالی پرستاران از ۳۳ بخش مختلف (۵۴)، علیرغم تفاوت در روش ارزیابی با پژوهش حاضر همخوانی داشت. البته در این مطالعه عملکرد پرستاران اورژانس در حدود ۷۵ درصد مطلوب گزارش شده بود. با این حال علیرغم قابل قبول بودن در این مطالعه، در مقایسه با عملکرد پرستاران دو بخش دیگر از درصد کمتری برخوردار است. این کاهش در عملکرد بخش های اورژانس می تواند علل مختلفی داشته باشد. غالباً در اورژانس، پرستاران آموزش ندیده که هیچ دوره تخصصی را نگذرانده اند بجای پرستاران متخصص و حرفه ای به کارگرفته می شوند (۹۸). در مطالعه حاضر نیز هیچ یک از پرستاران دوره تخصصی برای مراقبت در بخش اورژانس را نگذرانده بودند.

افزایش بیماران بدحال مراجعه کننده که مشکل اصلی این بخش هاست، به تنهایی سبب مشکل کمبود وقت و کاهش کیفیت مراقبت و عملکرد نامطلوب می گردد (۳۷). از سوی دیگر فعالیت پرستاران 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 استرس های شغلی بیشتری قرار می دهد (۱۲۷). استرس های شغلی سبب بروز واکنش های متفاوت جسمی، روانی و نیز کیفیت نامطلوب مراقبت ها می گردد (۱۲۸).

سوال دوم پژوهش در مورد مطلوب بودن سطح عملکرد پرستاران در بخش های ویژه سی سی یو و آی سی یو و اورژانس بیمارستان های غیر آموزشی شهر قزوین بود. نتایج آماری نشان داد که ۹۵ درصد پرستاران در بخش آی سی یو، ۸۳/۳ در بخش سی سی یو و ۸۵/۷ درصد در اورژانس عملکرد مطلوب داشته اند.

در مورد سوال سوم پژوهش در رابطه با اینکه آیا سطح عملکرد پرستاران در بخش های ویژه سی سی یو و آی سی یو و اورژانس بیمارستان های شهر قزوین مطلوب است، نتایج پژوهش مطابق جدول ۸-۴ نشان داد که ۸۵/۹ درصد پرستاران عملکرد مطلوب و ۱۴/۱ درصد عملکرد نامطلوب داشته اند.

با توجه به مطالعات فوق از ویژگی بارز پژوهش حاضر این است که بررسی رابطه نوع بیمارستان با عملکرد پرستاران براساس مدل سینرزی نشان داد ۱۵ درصد عملکرد نامطلوب مربوط به بیمارستان های آموزشی و ۱۰ درصد مربوط به بیمارستان های غیرآموزشی است بنظر می رسد کاهش عملکرد در بیمارستان های آموزشی مربوط به کارگیری نیروهای تازه کار در آن باشد. پرستاران تازه دانش آموخته ملزم به گذراندن دوره دو ساله طرح کارورزی در بیمارستان های 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. (۱۲۹) وغالبا پس از این دوره دو ساله جذب بیمارستان های غیرآموزشی می گردند. در مطالعه زابلی و همکاران (۲۰۱۵) بیماران ارایه مراقبت با کیفیت در بیمارستان های غیرآموزشی را نسبت به بیمارستان های آموزشی بهتر توصیف نموده اند (۱۳۰) که با یافته های مطالعه حاضر همخوانی داشت.

بررسی نتایج کلی میانگین نمره عملکرد پرستاران در حیطه های مختلف در بیمارستان های آموزشی و غیرآموزشی شهر قزوین نشان دهنده آن است که اکثریت پرستاران عملکرد خود را مطلوب گزارش نموده اند. مقایسه این نتایج با یافته های به دست آمده در مطالعه کریم یار (۴۱) نشان داد که در این خودگزارش دهی میانگین نمرات از مطالعه کریم یار کمتر تر بود. اما همچنان پایین ترین عملکرد ها در حیطه تحقیقات بالینی (  $4/7 \pm 98/81$  ) و پاسخ به تفاوت ها (  $3/8 \pm 98/85$  ) بود که از این جهت با مطالعه کریم یار همخوانی داشت. نتایج پژوهش حاضر در زمینه مراقبت با مطالعه خضولو و همکاران (۱۳۹۱) در زمینه ایفای نقش مراقبتی (  $1/9$  درصد نامطلوب) همخوانی داشت. اما در زمینه ایفای نقش حمایتی (  $60/8$  درصد نامطلوب بودن) با پژوهش حاضر همسو نبود (۱۲۶). این اختلاف ممکن است در رابطه با نمونه گیری از بخش های عمومی به همراه بخش های ویژه باشد.

همچنین کمترین میانگین نمره در بیمارستان آموزشی و غیر آموزشی در حیطه تحقیقات بالینی است. براساس مطالعه لطیفی و همکاران (۱۳۹۱) بیشترین موانع به کارگیری تحقیقات در بین پرستاران بالین در حیطه مربوط به ارزش ها و آگاهی پرستاران شامل نبودن وقت کافی برای کاربرد عملی ایده های جدید، احساس عدم توانمندی در خود برای ارزیابی کیفیت تحقیقات انجام شده در پرستاری، فقدان وقت کافی برای مطالعه، عدم آگاهی کافی پرستاران از روش تحقیق، عدم گرایش آنان به تغییر و عقاید تازه بود. عدم صدور اجازه از طرف مدیران برای به کار بستن نتایج تحقیقات در عمل، کافی نبودن تسهیلات برای کاربرد نتایج تحقیق و نیز عدم همکاری و مشارکت پزشکان در به کار بستن نتایج تحقیقات از دیگر موانع سازمانی گزارش گردیده است (۱۳۱).

## ۲-۵ نتیجه گیری نهایی:

ارزیابی عملکرد پرستاران بخش ویژه بر اساس مدل سینرزی می تواند در تعیین حیطه های عملکردی و شناخت نقاط قوت و ضعف پرستاران کمک کننده باشد. به کارگیری سایر روش های ارزیابی می تواند در تعمیم نتایج پژوهش موثر باشد. نتایج مطالعه

می تواند زمینه طراحی و اجرای کلاس های آموزشی برای پرستاران بخش های ویژه به خصوص اورژانس را فراهم آورد که تاکنون کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

### ۳-۵ محدودیت های پژوهش:

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. از دیگر محدودیت های این پژوهش انجام آن به روش خودگزارش دهی پرستاران بود. استفاده از سایر روش های ارزیابی بر پایه مدل می تواند در یافتن ابزاری دقیق و حرفه ای برای ارزیابی عملکرد پرستاران بخش ویژه کمک کننده باشد.

### ۴-۵ پیشنهادات :

۱- در حیطه بالین: توجه به ارزیابی مبتنی بر خود گزارشی دهی نظامند می تواند به شناخت بهتر نواقص عملکردی کمک نماید و زمینه را برای همکاری هر چه بیشتر پرستاران در جهت رفع کاستی ها و شرکت فعال تر در برنامه های آموزشی فراهم آورد. آشنایی با مدل در شیوه ای غیر از ارزیابی که در این پژوهش به کار گرفته شد، می تواند با شناسایی نیازهای بیمار، پرستاران را با قابلیت ها و توانایی های مورد انتظار آشنا ساخته و همکاری بیشتر تیم درمان، بیمار و خانواده و رضایت بیشتر پرستار را به همراه داشته باشد.

۲- آموزش: در قالب یک سیستم یادگیری به دانشجویان برای به دست آوردن توانایی پاسخ به نیازهای بیماران و خانواده آنان کمک کننده باشد و همچنین آنان را با توانایی های موردانتظار در بالین آشناتر سازد.

۳- مدیریت : توجه مدیران و سیاست گذاران پرستاری به نتایج این پژوهش می تواند در جهت شناسایی نقاط ضعف سیستم مراقبت و درمان و ارتقای آن کمک کننده باشد. به کارگیری سایر روش های ارزیابی بر مبنای مدل ممکن است به تعمیم نتایج پژوهش، شناخت نیروهای کارآمد و شایسته در سازمان و مستعد ارتقا بیانجامد و در نتیجه سبب بهبود شرایط محیط کار و تضمین کیفیت مراقبت ها گردد.

۴-مطالعات آینده: تحقیقات بیشتر درجهت شناخت علل کاهش عملکرد پرستاران در بخش های اورژانس و روش های ارتقای بیشتر عملکرد پرستاران بخش های سی سی یو و آی سی یو در حیطه های ذکر شده می تواند به بسیاری از سئوالات در این



زمینه پاسخ دهد. همچنین میزان عملکرد پرستاران به رویه خود گزارش دهی که صرفاً یک روش از سنجش عملکرد پرستاران مبتنی بر مدل ساینرژ می باشد، صورت گرفته بود. انجام مطالعاتی به روش ارزیابی از سوی مسئول مافوق می تواند قضاوت جامعی را برای مدیران پرستاری نسبت به عملکرد پرستاران فراهم سازد راه را برای دستیابی به ابزاری برای ارزیابی قابل قبول و حرفه ای مساعد سازد.

پیوست ها

## فرم رضایت نامه آگاهانه

آقای/ خانم محترم

ما از شما دعوت می کنیم تا در یک پروژه پژوهشی شرکت نمایید. ما اهمیت بالقوه این پژوهش را باور داریم. با این حال قبل از آنکه شما تصمیم بگیرید در آن شرکت کنید یا خیر، ما نیاز داریم مطمئن شویم که شما فهمیده اید اول اینکه ما برای چه این پژوهش را انجام می دهیم. دوم اینکه اگر موافقت کنید برای شما /چه منافع دربر خواهد داشت. لطفاً این متن را به دقت بخوانید و هر سؤالی که دارید با اطمینان بپرسید و اگر تمایل دارید، با خویشتانان دوستان یا هر فرد دیگر به بحث و تبادل نظر بپردازید، ما سعی خواهیم کرد تا بهترین توضیح را ارایه دهیم و هر اطلاعات بیشتری که شما بخواهید چه در حال، چه در آینده فراهم آوریم شما مجبور به اخذ یک تصمیم فوری نیستید.

باتشکر فاطمه خوینی ها

اینجانب .....شخصاً" رضایت قلبی خود را مبنی بر شرکت در این پژوهش بعنوان مشارکت کننده اعلام نموده و موارد ذیل مورد تائید من می باشد:

من مطلع ام که مجری محترم بنام ..... دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری ویژه دانشگاه علوم پزشکی قزوین می باشد و مجری متن اجازه پژوهش را (با امضای معاون پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین به من نشان دادند.

من مطلع ام که هدف این تحقیقارزیابی عملکرد پرستاران بخش های ویژه (سی سی یو آی سی یو اورژانس) بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی شهر قزوین: براساس مدل سینرزی می باشد. و مجری روش انجام پژوهش و نحوه انتخاب من بعنوان مشارکت کننده را در این پژوهش به من شرح دادند. ضمناً" به من مهلت داده شد تا نظر خود را پس از مشورت با هر کس که مایل هستم، مبنی بر شرکت با میل خود و کاملاً" اختیاری یا عدم شرکت در پژوهش مذکور اعلام نمایم. ضمناً" مجری یادآور شدند که در صورت اعلام عدم تمایل به همکاری در این پژوهش دچار اشکال نخواهد.

اینجانب می دانم که اطلاعات مربوط به من اعم از اطلاعات شخصی یشود صرفاً" نزد مسئول این تحقیق قرار دارد و این محقق به هیچ عنوان اجازه انتشار اطلاعات شخصی من را مگر با اجازه کتبی من ندارد و فقط نتایج کلی و گروهی این تحقیق را می توانند بصورت مقاله، گزارش و از این قبیل منتشر نمایند.

مجری آدرس و شماره تماس خود را که بیمارستان بوعلی سینا -دفتر پرستاری میباشد در اختیار من گذاشته است تا هر وقت که چکترین مشکلاتی با من در ارتباط باشد / در پژوهش مذکور پیش آمد با ایشان در میان بگذارم و راهنمایی بخواهم یا از آخرین اطلاعات در خصوص خود من در حین مطالعه مطلع گردم.

مجری به من /فرد تحت قیمومیت من تفهیم کردند که هزینه های ناشی از شرکت در این پژوهش با هماهنگی دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی و یا مستقیماً" از طریق مجری از محل اعتبار طرح قابل پرداخت خواهد بود.

به من تفهیم شد اگر شکایتی از مجری یا همکاران یا روند مطالعه دارم می توانم با دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین \_ واحد پرستای ارشد ویژه یا شماره ..... تماس گرفته و به صورت شفاهی یا کتبی شکایت نمایم.

امضای مشارکت کننده

- ۱- اینجانب. .... دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی قزوین رضایت نامه فوق را در اختیار آقای/خانم.....در تاریخ.....گذاشته و در تاریخ.....تحویل اینجانب گردید و به تمام مفاد آن متعهد هستم و خود را ملزم به اجرای مفاد آن می دانم و ضمناً "متعهد می گردم در صورت بروز یا احتمال بروز هر مشکلی برای مشارکت کننده آنچه به صلاح او باشد انجام دهم.
- ۲- شش مورد متن رضایت نامه و شش نکته مندرج در ذیل مورد تأیید اینجانب می باشد

از همکاری بی شائبه شما کمال تشکر را داریم

پرسشنامه سنجش عملکرد پرستاران ( خودگزارش دهی) در بخش های ویژه

الف - پرسشنامه جمعیت شناختی

به نام خدا

با سلام

همکار گرامی، این پرسشنامه یک طرح پژوهشی با عنوان ارزیابی عملکرد پرستاران بخش های ویژه (سی سی یو، آی سی یو و اورژانس) بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی براساس مدل سینرژي است. خواهشمنداست در صورت تمایل به گزینه های ذیل پاسخ فرمایید. لطفا موارد انجام شده را گزینه "بله"، مواردی که باید انجام داده شود ولی انجام نداده اید گزینه "خیر" و مواردی که انجام آنها در بخش شما موضوعیت ندارد را گزینه "موردی ندارد" علامت بزنید. از همکاری شما متشکریم.

الف) اطلاعات جمعیت شناختی :

۱- جنس :  مذکر  مؤنث

۲- سن :  سال

۳- وضعیت تأهل :  مجرد  متأهل  مطلقه

۴- بخش :  آی سی یو  سی سی یو  اورژانس

۵- بیمارستان :  بوعلی  دهخدا  پاستور  شهیدرجایی  کوثر

مهرگان  ولایت

۶- سابقه کار :  سال

۷- سابقه کار در بخش ویژه:

در آی سی یو  سال در سی سی یو  سال در اورژانس  سال

۸- وضعیت استخدامی :

طرحی  قراردادی  پیمانی

رسمی آزمایشی  رسمی قطعی

۹- آیا سابقه گذراندن دوره های تخصصی پرستاری ویژه را دارید؟

بلی ③      خیر ③

۱۰- در صورت مثبت بودن پاسخ نام دوره ذکر نمایید:

الف:.....

ب:.....

ج:.....

ب- پرسشنامه ارزیابی عملکرد

موردی ندارد	خیر	بلی	فعالیتها	خصوصیات
			۱-۱- یافته های بدست آمده از راه های مختلف (تاریخچه، معاینه، آزمایشات، رادیولوژی) را با توجه به شرایط بیمار و دیگر عوامل مؤثر بررسی و ادغام می نمایم	۱- قضاوت بالینی
			۱-۲- برنامه ریزی درمانی مراقبتی بیمار را با توجه به اولویت بندی مشکلات، یافته ها و منابع موجود انجام می دهم	
			۱-۳- برنامه ریزی مراقبتی را بر اساس فرآیند پاسخ بیمار به درمان انجام می دهم	
			۱-۴- مشکلات بیمار را تعیین و اولویت بندی می نمایم	
			۱-۵- برنامه مراقبتی از بیمار و خانواده اش را تدوین نموده، بازنگری، توسعه و ارتقاء می دهم	
			۱-۶- طی هماهنگی با پزشک و تیم درمانی درخواستهای دارویی، درمانها و روش های بررسی بیمار را انجام می دهم	
			۱-۷- راهنمای بالینی، دستورالعمل ها و درمان های موجود را بر اساس یافته های پژوهش تدوین نموده و ارتقا و ارزشیابی می نمایم	
			۱-۸- برای تصمیم گیری در جهت رفع مشکلات حاد و بالقوه از مشارکت دیگران و مداخلات پیشرفته استفاده می نمایم	
			۱-۹- با آموزش و مدیریت اعضای تیم مراقبتی، فرایند ارزیابی بالینی مداوم را تسهیل نموده و توسعه می دهم	
			۱-۱۰- فعالیتهای بالینی اعضای تیم مراقبتی (پرستار، پزشک و سایرین)	

			را بطور محسوس و نامحسوس ارزیابی می نمایم	
			۱-۱۱- فعالیتهای بالینی را براساس قضاوت خود و بازخورد دیگران ارزیابی می نمایم	
			۱-۱۲- برای فراهم نمودن نگرش جامع در کارکنان تیم درمان نسبت به بیمار و خانواده اش کمک می نمایم	
			۱-۱۳- بر پایه علایم و نشانه های اولیه، تاریخچه کامل اخذ نموده و معاینات فیزیکی انجام می دهم	
			۱-۱۴- با توجه به اطلاعات به دست آمده از سابقه پزشکی، علائم و معاینات بالینی بیمار، تشخیص های افتراقی در هر بیمار را در نظر می گیرم	ادامه (قضاوت بالینی)
			۱-۱۵- به منظور مراقبت از بیمار با مشارکت اعضای تیم مراقبتی، بررسی های تشخیصی را پیگیری و یافته های آنان را تفسیر می نمایم	
			۱-۱۶- مشاوره مناسب برای بیمار را توصیه و رسیدگی به آن را پیگیری می نمایم	
			۱-۱۷- در قبل، حین و بعد از انجام پروسیجرهای تهاجمی (کاتترگذاری شریان ریوی، کاتتر ورید مرکزی، کاتترهای شریانی، توراسنتز و کشیدن مایع نخاعی، کت لب ) مشارکت می نمایم	
			فعالیتها	خصوصیات
			۲-۱- در راستای حمایت از بیمار و به منظور تسهیل تصمیم گیری ها سازمان های حرفه ای، نهادهای دولتی و مددکاری و... را به بیمار و خانواده او معرفی می نمایم	۲- حمایت و طرفداری معنوی
			۲-۲- به بیمار و خانواده او در فرایند حل مسئله برای پیش بینی و پیشگیری از افزایش مشکلات موجود و سایر نگرانی ها کمک می نمایم	



		۲-۳- در جهت انجام تصمیم گیری های اخلاقی و حمایتی از بیمار تلاش می نمایم	
		۲-۴- از رعایت حقوق بیمار و خانواده اش در برنامه مراقبتی اطمینان حاصل می نمایم	
		۲-۵- با مدیریت و آموزش به پرستاران در حفظ ارزشهای اخلاقی کمک می نمایم	
		۲-۶- به بیمار و خانواده اش در جهت تصمیم گیری و عمل براساس مصلحت خود اختیار می دهم	
		۲-۷- در برنامه مراقبتی بیمار ارزشهای بیمار و خانواده اش و اعضای تیم درمان را در نظر می گیرم	
		فعاليتها	خصوصيات
		۳-۱- محیط مراقبتی و حمایتی مطلوب برای بیمار و خانواده وی ایجاد می نمایم	
		۳-۲- بیمار و خانواده وی را در انجام درمانهای تکمیلی ( فیزیوتراپی و ..) حمایت می نمایم	
		۳-۳- زمینه پیشرفت در تیم مراقبتی را با استفاده از آموزش و مدیریت مهیا می سازم	۳- فعاليتهاهای مراقبتی
		۳-۴- در مسایلی همانند مراقبت در بحران از نزدیکان بیمار مراقبت می نمایم	
		۳-۵- در جهت تعامل بیمار و خانواده اش با تیم مراقبتی، تلاش می نمایم	
		۳-۶- نیازهای آموزشی بیمار و اطرافیان وی را بررسی کرده و مراقبتهای	

			آموزشی لازم را با توجه به شرایط و استعداد آنان ارائه می دهیم	
			۳-۷- نیازهای اساسی بیمار و خانواده وی را بررسی و پیش بینی نموده و برای تیم مراقبتی تشریح می نمایم	
			فعالیتها	خصوصیات
			۴-۱- برای پیشرفت یا اصلاح برنامه های مراقبتی، هماهنگی های لازم را با توجه به اهداف گروه و سازمان انجام می دهیم	
			۴-۲- برای پیشرفت یا اصلاح برنامه های مراقبتی، هماهنگی های لازم را با توجه به اهداف بیمار و خانواده اش انجام می دهیم	
			۴-۳- جهت بهبود مراقبت از بیمار با مراکز خارج از بیمارستان (مددکاری، سایر مراکز پزشکی و درمانی، بخش های اجتماعی...) هماهنگی های لازم را انجام می دهیم	
			۴-۴- مدیریت و آموزش لازم را برای اعضای تیم مراقبت در استفاده از منابع و تجارب دیگران اعمال می نمایم	۴-هماهنگی
			۴-۵- مدیریت و آموزش لازم را در جهت ارتقاء همکاریان پرستار اعمال می نمایم	
			۴-۶- در ایجـاد نگرش کلی و یکسـان، در تیم مراقبتی کمک می نمایم	
			۴-۷- از مدل های مراقبتی و حرفه ای پرستاری استفاده کرده و آنها را تکمیل و ارزشیابی می نمایم	
			۴-۸- برای بهبود نتایج بیمار و کیفیت مراقبت ها، در آموزش های درون بخشی و بین گروهی شرکت نموده و آنها را تکمیل و ارزشیابی می نمایم	

			فعالیتها	خصوصیات
			۱-۵-اهداف سازمان را در راستای مراقبت از بیمار در نظر می گیرم	۱-۵-تفکر سیستمی
			۲-۵-تفاوتهای اجتماعی، سیاسی، مالی و اقتصادی که مراقبت را تحت تاثیر قرار می دهند بررسی نموده و برای درک آنها در تیم درمانی تلاش می نمایم	
			۳-۵-تفکر سیستمی را جهت ارائه مراقبت حداکثر توسط پرستاران و سایر افراد تیم مراقبتی بکار گرفته و ارتقاء می دهم	
			۴-۵-در تعیین مشاوره ها، ارجاع ها و مراقبت های بهداشتی سایر بخش ها به منظور رسیدن به حداکثر نتیجه برای بیمار و خانواده اش شرکت می نمایم	
			۵-۵-در اجرا، توسعه و ارزشیابی روش های درمانی به منظور رسیدن به حداکثر نتیجه برای بیمار و خانواده اش شرکت می نمایم	
			۶-۵-در راستای اهداف سیستم برای مراقبت از بیمار راهکار ارائه می دهم	
			۷-۵-بر اساس نتایج بیمار مدل های مراقبتی و توصیه های اصلاحی را بطور مداوم بررسی می نمایم	
			۸-۵-در فرآیند مراقبت صرفه جویی اقتصادی را در نظر می گیرم	
			فعالیتها	خصوصیات
			۱-۶-تفاوتهای (اعتقادی، ارزشی، فرهنگی و...) بین بیمار، پرستار و سایر کارکنان درمانی را شناسایی می نمایم	۱-۶-پاسخ به تضادها
			۲-۶-به تیم مراقبتی برای توجه به تفاوت های فردی بیماران در انجام	

			مراقبت‌ها و برآوردن نیازهای متفاوت و مهم بیماران کمک می‌نمایم	
			۳-۶- برای پذیرش و پاسخ به تفاوت‌های ارزشی بیمار و محیط درمان آموزش داده و یا راهنمایی می‌نمایم	
			۴-۶- از تحقیقات و دانش تجربی برای برنامه‌ریزی مراقبتی در گروه‌های متفاوت بیماران استفاده می‌نمایم	
			فعالیتها	خصوصیات
			۱-۷- مشکلات بالینی که نیازمند به تحقیق و بررسی هستند را مشخص می‌نمایم	۱-۷- تحقیقات بالینی
			۲-۷- کارکنان را در استفاده، بکارگیری و ارزیابی یافته‌های پژوهشی هدایت نموده و آموزش می‌دهم	
			۳-۷- مداخلات مراقبتی روتین و جدید در مراقبت از بیمار را بر پایه مراقبت مشاهده‌ای، پژوهش و دانش تجربی ارزیابی و مقایسه می‌نمایم	
			۴-۷- جهت ارائه راهکار در مراقبت از تحقیقات بالینی استفاده می‌کنم	
			۵-۷- دستورالعمل‌های مراقبتی، تحقیقات و تجربیات را جهت تنظیم، اصلاح و ارزشیابی فرایندهای مراقبتی ادغام می‌نمایم	
			۶-۷- نتایج تحقیقات و قابلیت اجرایی بودن آنها را بررسی و تعیین می‌نمایم	
			۷-۷- یافته‌های تحقیقات مختلف را مرتبط نموده و نتایج را در عمل به کار می‌گیرم	
			۸-۷- تولیدات و فن‌آوری جدید در مراقبت‌ها را با ارزیابی نموده، بکار می‌گیرم	

		۱-۸-نیازهای آموزشی بیماران و خانواده های آنان را بررسی می نمایم	۸-تسهیل یادگیری
		۲-۸-جهت تسهیل در یادگیری، روشهای آموزشی رابا نیازها و توانایی بیمار و خانواده اش انطباق می دهم	
		۳-۸-نیازهای آموزشی پرستاران و سایر افراد تیم مراقبتی را بررسی و انجام پژوهش را مهیا می نمایم	
		۴-۸-پیشرفت های حرفه ای پرستاران را تسهیل نموده و ارتقاء می بخشم	
		۵-۸- جهت بهبود پیش آگهی بیماران، درآموزش های درون بخشی، بین گروهی، رسمی و غیررسمی مشارکت می نمایم	
		۶-۸- بطور مستمر نیازهای زندگی، فعالیت های درمانی، دانش و مهارت را برای بهبود مراقبت از بیماران فرا می گیرم.	

منابع:

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 [Text in 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*.1392;21(6):808-15.[Text in persian]
3. Harvey E M, Echols SR, Clark R, Lee E. Comparison of Two Team STEPPS® 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 (PCNM)*. 2014;4(1):65-73.[Text in persian]
5. Galage M, Ghalgae F, Mazloom A. relationship between clinical nurse competence and patient satisfaction with nursing care. *Jornal of Nursing & Midwifery Faculty, Shahid Beheshti University of Medical Sciences*. 1387;18(63):12-9.[Text in persian]
6. Ayoubian A, Navid M, Moazam E, Hoseinpouarfard M, Izadi M. Evaluation of Intensive Care Unit and Comparing it with Existing Standards in Hospitals of Isfahan Iranian *Journal of Military Medicine*.1391;14(4):295-301.[Text in persian]
7. Morrow D A, Fang J C, 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):1408-28.
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 School of Nursing and A Midwifery, Tehran University of Medical Sciences ( Hayat). 2013;19(1):51-62.[Text in 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):410-16.**

**10. Baruch M, Messer B. Criteria for intensive care unit admission and severity of illness. Surgery (Oxford). 2015;33(4):158-64.**

**11. Adhikari N K, Rubenfeld GD. Worldwide demand for critical care. Current Opinion in Critical Care. 2011;17(6):620-5.**

**12. World Population Ageing 2013 United Nations .New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013).**

**13. Gupta R, Zad O, Jimenez E. Analysis of the variations between Accreditation Council for Graduate Medical Education requirements for critical care training programs and their effects on the current critical care workforce. Journal of Critical Care. 2013;28(6):1042-7.**

**14. Haghshenas M N. Sociological aspects of aging population and challenges of active aging in Iran. sociological studied of IRAN. 1390;2(2):133-46.[Text in persian]**

**15. Baugh CW, Venkatesh A K, Bohan JS. Emergency department observation units: A clinical and financial benefit for hospitals. Health Care Management Review. 2011;36(1):28-37.**

**16. Wittenberg R, Sharpin L, McCormick B, Hurst J. Understanding emergency hospital admissions of older people. Center for Health Service Economics & Organisation, 2014 6.**

17. Johansen L M, De Cordova P B, Duan W, Martinez M E, Cimiotti J P. The Implications of Nurse Resources on Cardiac Care in the Emergency Department. *Applied Nursing Research*. 2015;28(2):210-2.
18. Nguyen Y, Angus D C, Boumendil A, Guidet B. The challenge of admitting the very elderly to intensive care. *Annals of intensive care*. 2011;1(29):1-7.
19. Mukhopadhyay A, Tai B C, See K C, Ng W Y, Lim T K, Onsiang S, et al. Risk Factors for Hospital and Long-Term Mortality of Critically Ill Elderly Patients Admitted to an Intensive Care Unit. *BioMed Research International*. 2014;Article ID 960575:1-10.
20. Conti M, Merlani P, Ricou B. Prognosis and quality of life of elderly patients after intensive care. *Swiss Medical Weekly (The European Journal of Medical Sciences)*. 2012; 14(10): 1-11.
21. Fuchs L, Chronaki C E, Park Sh, Novack V, Baumfeld Y, Scott D, et al. ICU admission characteristics and mortality rates among elderly and very elderly patients. *Intensive Care Med*. 2012;38(10):1654-61.
22. Mullins PM, Goyal M, Pines JM. National growth in intensive care unit admissions from emergency departments in the United States from 2002 to 2009. *Acad Emerg Med*. 2013;20(5):479-86.
23. Ramjee V. Fellows-in-training & early career page Cardiac Intensivism. *Journal of the American College of Cardiology* 2014;64(9):949-52.
24. Herring AA, Ginde A A, Alter HJ, Maselli JH, Espinola JA ,etal. Increasing critical care admissions from U.S. emergency departments, 2001-2009. *Crit Care Med*. 2013;41(5):1197-204.
25. 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):501-5.



- 26. Ahmadi A, Mobasheri M, Soori H. Prevalence of major coronary heart disease risk factors in Iran. International Journal of Epidemiologic Research. 2014;1(1):3-8.**
- 27. Mcculloch D, Inzucchi S E. Management of diabetes mellitus in hospitalized patients 2015. Available from: UpToDate.**
- 28. Shah A, Afzal M. Risk Factor for Diabetes in Different Populations of Manipur. Biology and Medicine. 2015;7(2):1-5.**
- 29. Farshchi A, Esteghamati A, Akbari Sari A, Kebriaeezadeh A, Abdollahi M, Abedin Dorkoosh F,etal. The cost of diabetes chronic complications among Iranian people with type 2 diabetes mellitus. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. 2014;13(42):1-14.**
- 30. Comino E J, Harris M F, Islam MD F, Tran D T, Jalaludin B, Jorm L, et al. Impact of diabetes on hospital admission and length of stay among a general population aged 45 year or more: a record linkage study. BMC Health Services Research 2015;15(12):1-13.**
- 31. Ellulu M, Abed Y, Rahmat A, Ranneh Y, Ali F. Epidemiology of obesity in developing countries: challenges and prevention. Global Epidemic Obesity. 2014;2(2):1-6.**
- 32. Chan M, Ostermann M. Outcomes of Chronic Hemodialysis Patients in the Intensive Care Unit. Critical Care Research and Practice. 2013 Accepted 13 April 2013:1-7.**
- 33. Arulkumaran N, Annear N M, Singer M. Patients with end-stage renal disease admitted to the intensive care unit: systematic review. Br J of Anaesth. 2013;110(1):13-20.**
- 34. Obrador G T, Pereira B. Epidemiology of chronic kidney disease [Internet]. UpToDate: 2015[updated Jan 23;cited 2015May 4]. Available from: [www.uptodate.com/contents/epidemiology-of-chronic-kidney-disease](http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-of-chronic-kidney-disease).**

- 35. Mousavi SS, Soleimani A, Mousavi MB. Epidemiology of end-stage renal disease in Iran: a review article. Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation. 2014;25(3):697-702.**
- 36. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion[Internet]. Healty aging , Helping people to live long and productive lives and enjoy a good quality of life At a glance 2011. CDC 2011[cited 2015May 4]. Available from. <http://www.giaging.org /dovuments/CDC-Healty-Aging-AAG-508>.**
- 37. 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):444-8.**
- 38. Lucchinia A, Felippisa C D, Elli S, Schifanoa L, Rollaa F, Pegoraroa 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):152-8.**
- 39. Arslanian-Engoren C, Scott LD. Clinical decision regret among critical care nurses: A qualitative analysis. Heart & Lung. 2014;43(5):416-9.**
- 40. Falahinia G H, Zareian A, Oshvandi K, Farhanchi A, Moghimbigi A. Comparison of intensive care units Structural Standards. Iran J Crit Care Nurs. 2013;5(4):222-7.**
- 41. Karimyar J M. Nurses' Quality of Performance in Intensive Care Units based on Synergy Model. Iran Journal of Nursing. 2013;26(82):74-83.[Text in persian]**
- 42. Cheraghi MA, Nikbakhat\_Nasrabadi AR, Mohammad Nejad E, Salari A, Kouhi Kheyli S R E. Medication Errors Among Nurses in Intensive Care Units. J Mazand Univ Med Sci. 2012;22(1):115-9.[Text in persian]**

- 43. Musarezaie A, Irajpoor A, Abdoli S, Ahmadi M, Momeni-GhaleGhasemi T. How Do We Decline the Medicinal Errors and Refusal in Reporting Medication Errors in Nurses in Critical Coronary Unit? An Action-Research Study. J Health Syst Res. 2013;9(6):594-604.[Text in persian]**
- 44. Nasiri E, Babatabar, Mortazavi Y. Nurses' drug calculation ability in intensive care unit. Iran J Crit Care Nurs. 1388;3(2):113-5.[Text in persian]**
- 45. Dehghani Kh, Nasiriani Kh, Mousavi T. Investigating Intensive Care Unit Nurses' Performance and its Adjusting with Standard. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2014;21(6):808-15.**
- 46. Ansari A, Masoudi Alavi N, Adib-Hajbagheri M, Afazel M. The gap between knowledge and practice in standard endo-tracheal suctioning of ICU nurses, Shahid Beheshti Hospital. Iran J Crit Care Nurs. 2012;5(2):71-6.**
- 47. Eastwood G M, Reade M C, Peck L, Baldwin I, Considine J, Bellomo R. Critical care nurses' opinion and self-reported practice of oxygen therapy: A survey. Australian Critical Care 2012;25(1):23-30.**
- 48. Behesht Aeen F, Zolfaghari M, Asadi Noghabi A A, Mehran A. Nurses' Performance in Prevention of Ventilator associated Pneumonia. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 1392;19(3):17-27. [Text in persian]**
- 49. Kavosi A, Parvinian nasab A.M, Hessam M, Shariati AR, jouybari L.sanagu A. Barriers to the success of cardiopulmonary resuscitation teams from the perspective of nurses. Hakim Jorjani j. 2014;1(1):16-22.**
- 50. Ghanbary M, Shamsi M, Farazi A, Khorsandy M, Eshrati B. The survey of knowledge, self-efficacy and practice of nurses in standard precautions to prevent nosocomial infections in hospitals of Arak University of Medical**

**Sciences in 2013. Arak Medical University Journal. 2013;16(76):45-54.[Text in persian]**

**51. Nikpeyma N, Abed\_Saeedi Z, Azargashb E, Alavi\_Majd E. Problems of Clinical Nurse Performance Appraisal System: A Qualitative Study. Asian Nursing Research. 2014;8(1):15-22.**

**52. Whittle R, Shelton Sh. Outcome from intensive care and measuring performance. Surgery (Oxford). 2015;333(4):180-5.**

**53. 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.[text in persian]**

**54. 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 J Behav Health. 2013;2(1):87-93.**

**55. Nikpeyma N, Abed-Saeedi J, Azargashb E, Alavi-Majd H. A review of nurses 'performance appraisal in Iran. journal of Health Promotion Management. 2014;3(1):74-83[Text in persian]**

**56.Khalifehzadeh A, Tavasoli A, Golshahi J, Sanei H, Mirdehghan A, Payehdar Z, etal. Synergy model in clinical teaching of critical care among MSc students of nursing and patients with cardiovascular diseases. ARYA Atherosclerosis Journal. 2012;7(Suppl):106-10.**

**57. 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):20-6.**

**58. Hajijabari A, Sarabadani M. Public Sector Performance Evaluation.Tehran: Industrial Research and Training Center of Iran; 1386.**

59. Wikipedia the free encyclopedia. 2015.
60. Saadat E. Human resourcce Mangement.Tehran:The Organization for Researching and Composing University Textbooks in the Humanities (SAMT); 1385.[Text in persian]
61. Salari H, Heydari A. Detailed Review Series Management.Tehran: JameeNegar Publication; 1389.[Text in persian]
62. Dolan Sh L, Schuler R S. Personal\_Human Resorce Management: research and training institute for management and development planning; 1388.[Text in persian]
63. Abtahi S H. Human Resource Management.Tehran: Foozhan publication; 1392.[Text in persian]
64. Ahmadvand A. M, Torbati A, Pourreza N, Naderi M, Fyruzshahi M. Integrated model of the “balanced scorecard” and the “excellence model to improve organizational performance”; a case study. Iranian Quarterly of Education Strategies. 2012;5(1):51-8.[Text in persian]
- 65 .Hejazi R, Jaavadi Sh, Yadani-Tebaee S S. Comparison of Organization Evaluation Methods: Balanced Score Card (BSC) Vs. European Foundation for Quality Management (EFQM). Journal of Accounting Research. 2013;3(1):1-15.[Text in persian]
66. Zanjani H J, Akbaaari H, Hori S. 360 Appraisalment , A Successful Method To Determenc A Managers Sufficiencies " Case Study : Islamic Azad University-Naragh Braanch". Quarterly Productivity Management (Beyond Management). 1388;2(8):93-118. [Text in persian]
67. EFQM [cited 2015 May 6]. Available from: <http://www.efqm.org/efqm-model/model-criteria>.

- 68. Karimyar J M. Synergy model pathway of nursing in critical care units. Tehran: Rezaei M Publication, Jahrom University of Medical Science; 2012.**
- 69. Bahreini M, Moattari M, Kaveh M H, Ahmadi F. A Comparison of Nurses' Clinical Competences in Two Hospitals Affiliated to Shiraz and Boushehr Universities of Medical Sciences: A Self-Assessment Iranian Journal of Medical Education. 2010;10(2):101-9[Text in persian].**
- 70. Brewer B B, Wojner-Alexandrov A W, Triola M, Pacini C, Cline M, Rust E, et al. AACN Synergy Model's Characteristics of Patients: Psychometric Analyses in a Tertiary Care Health System. American Journal of Critical Care. 2007;16(2):158-67.**
- 71. Kaplow R, Reed K D. The AACN Synergy Model for Patient Care: A Nursing Model as a Force of Magnetism. Nursing Economics. 2008;26(1):17-25.**
- 72. Hardin S R, Kaplow R. Synergy for Clinical Excellence: The AACN Synergy Model for Patient care.: Jones and Bartlett publisher; 2005. p. 3-10.**
- 73. Swickard S, Swickard W, Reimer A, Lindell D, Winkelman C. Adaptation of the AACN Synergy Model for Patient Care to Critical Care Transport. Critical Care Nurse. 2014;34(1):16-28.**
- 74. Thompson C, Stapley S. Do educational interventions improve nurses' clinical decision making and judgement? A systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2011 (48):881-93.**
- 75. Lasater k. Clinical judgment: The last frontier for evaluation. Nurse Education in Practice. 2011;11(2):86-92.**
- 76. Ware L. J, Bruckenthal P, Davis G C, O'Conner-Von S K. Factors That Influence Patient Advocacy by Pain Management Nurses: Results of the American Society for Pain Management Nursing Survey. Pain Management Nursing. 2011;12(1):25-32.**

- 77. Motamed-Jahromi M, Abbaszadeh A, Borhani F, Zaher H. Iranian Nurses' Attitudes and Perception towards Patient Advocacy. ISRN Nursing. 2012.**
- 78. Day A, Haj-Bakri S, Lubchansky S, Mehta S. Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. Crit Care 2013;17(3):1-7.**
- 79. Van Mole MMC, Bakkerb EC, Nijkamp MD, Kompanje EJO, Bakker J, Verharen L. Relatives' perspectives on the Quality of Care in an Intensive Care Unit; the theoretical concept of a new tool. Patient Education and Counseling. 2014;95(3):406-13.**
- 80. Muller-Juge V, Cullati S, Blondon K, Hudelson P, Maitre F, Savoldelli G , et al. Interprofessional Collaboration on an Internal Medicine Ward: Role Perceptions and Expectations among Nurses and Residents. PLOS ONE. 2013; 8(2): e57570.**
- 81. Ghorbani R, Soleimani M, Zeinali M R, Davaji M. Iranian nurses and nursing students' attitudes on barriers and facilitators to patient education: a survey study Nurse Education in Practice. 2014;14(5):551-6.**
- 82. Graham-Garcia J, George-Gay B, Heater D, Butts A, Heath A. Application of the Synergy Model with the Surgical Care of Smokers. Crit Care Nurs Clin N Am. 2006;18(1):29-38.**
- 83. Yellen EA. Synergy and peripheral percutaneous transluminal angioplasty. J Vasc Nurs. 2007;25(1):7-11.**
- 84. Arashin KA. Using the Synergy Model to guide the practice of rapid response teams. Dimens Crit Care Nurs. 2010;29(3):120-4.**
- 85. Kuriakose A. Using the Synergy Model as best practice in endotracheal tube suctioning of critically ill patients. Dimens Crit Care Nurs. 2008;27(1):5-10.**

- 86. Karimyar J M. Assessing characteristics of the patients suffering from Acute Coronary Syndrome based on synergy model Iran J Crit Care Nurs 2013;6(2):127-34.**
- 87. Khalifehzadeh A, Karimyar J M, Yazdannik A. The impact of Synergy Model on nurses' performance and the satisfaction of patients with acute coronary syndrome. Iran J Nurs Midwifery Res. 2012;17(1):16-20.**
- 88. Kohr L M, Hickey P A, Curley M A Q. Building a nursing productivity measure based on The Synergy Model: First Steps. American Journal of Critical Care. 2012;21(6):420-30.**
- 89. Mohammadi M. Relationship between professional quality of life and caring ability among critical care nurses of teaching hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences: Tehran University of Medical Sciences; 2012[Text in persian].**
- 90. Zhang Z, Weety L, Arthur D, Wong T. Nursing competencies: personal characteristics contributing to effective nursing performance. Journal of Advanced Nursing. 2001;33(4):467-74.**
- 91. Vasset F, Marnburg E, Furunes T. The effects of performance appraisal in the Norwegian municipal health services: a case study. Human Resources for Health. 2011;9(22):1-12.**
- 92. Boachie-Mensah F, Seidu P A. Employees' Perception of Performance Appraisal System: A Case Study International Journal of Business and Management. 2012;7(2):73-88.**
- 93. Li Hongyan, An Libin, Yin Xin. Exploration of payment based on performance management in clinical practice in nursing unit. Life Science Journal 2013;10(3):54-7.**



- 94. Bowra Z A, Nasir A. Impact of Fairness of Performance Appraisal on Motivation and Job Satisfaction in Banking Sector of Pakistan. Journal of Basic and Applied Scientific Research. 2014;4(2):16-20.**
- 95. Hemmati-Maslakpak M, Sheikhabaglu M, Baghaie R. Relationship between the communication skill of nurse - patient with patient safety in the critical care units. Uremia University of Medical Sciences. 2014;3(2):77-84.[Text in persian]**
- 96. McHugh M D, Stimpfel A A W. Nurse Reported Quality of Care: A Measure of Hospital Quality. Research in Nursing & Health. 2012;35(6):566-75.**
- 97. Aliadeh M, Iremlow A, Aliadeh 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 Urumia University of Medical Sciences. 2010;8(3):156-61.**
- 98. Mahmoudi H, Mohammadi E, Ebadi A. Barriers to nursing care in Emergency wards. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2013;18(2):145-51.**
- 99. Bornemann-Shepherd M, Le-Lazar J, Makic M B F, DeVine D, McDevitt K, Paul M. Caring for inpatient boarders in the Emergency Department : Improving safty and patient and staff satisfaction. J Emerg Nurs. 2015;41(1):23-9.**
- 100. Asad Zandi M, Sayari R, Ebadi A, Sanainasab H. Abundance of depression, anxiety and stress in militant Nurses. Iranian Journal of Military Medicine. 1390;13(2):103-8.[Text in persian]**

- 101. Farhadi M, Hemmati Maslakpak M , KHalkhali HR. Job Stressors in Critical Care Nurses. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 1392;11(11):875-83. [Text in persian]**
- 102. Shirazi A, Rasekhnia M, Ajdary H. An Empirical Examination of the Relationship between Occupational Stress and Mental Health. Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business. 2011;3(6):101-9.**
- 103. Darvish D, Shabani F. Study of the relationship between job stress and intention to leave the nursing profession. J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci. 1391;79(22):29-35.[Text in persian]**
- 104. Rawal C N, Pardeshi Sh A. Job Stress Causes Attrition among Nurses in Public and Private Hospitals. Journal of Nursing and Health Science. 2014;3(2):42-7.**
- 105. Nasiri-Ziba F, Bogheiri F. Mental health status of critical care nurses in teaching hospitals of Tehran. Cardiovascular Nursing Journal. 2013;1(4):6-12. [Text in persian]**
- 106. Healy S, Tyrrell M. Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. Emergency Nurse. 2011;19(4):31-7.**
- 107. Gholamzadeh S, Sharif F, Dehghan Rad F. Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who work in Admission and Emergency Departments of Hospitals related to Shiraz University of Medical Sciences. IJNMR. 2011;16(1):41-6.**
- 108. Darawad M W, Al-Hussami M, Saleh A M, Mustafa W M, Odeh H. Violence Against Nurses in Emergency Departments in Jordan Nurses' Perspective. Workplace Health & Safety. 2015;63(1):9-17.**

109. Arbabisarjou A, Ajdari Z, Omeidi Kh, Jalalinejad R. The relationship between Job stress and performance among the hospitals nurses World of Sciences Journal. 2013;1(2):181-8.
110. 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 (TABIB-E-SHARGH). 1388;1(10):27-36. [Text in persian]
111. Rahmani R, Behshid M, Zamanzadeh V, Rahmani F. Relationship between general health, occupational stress and burnout in critical care nurses of Tabriz teaching hospitals Iran Journal of Nursing. 2010;23(66):54-63.
112. Hebert K, Moore H, Rooney J. The Nurse Advocate in End-of-Life Care. The Ochsner Journal. 2011;11(4):325-9.
113. Negarandeh R, Oskouie S F, Ahmadi F, Nikravesh M. Patient Advocacy Barriers and Facilitators in Nurses' Experiences Razi Journal of Medical Sciences. 2005;12(47):175-86.
114. McCarthy D M, Ellison E P, Venkatesh A K, Engel K G, Cameron K A, Makoul G, et al. Emergency Department Team communication with the patient : The patient's perspective. Administration of Emergency Medicine. 2013;45(2):262-70
115. Khezerloo S, Saleh-Moghadam A, Mazloom R. A survey on the quality of patient advocacy by nurses in Mashhad's educational hospitals. Zahedan J Res Med Sci 2012;13(10 Supplement 1):32.[Text in persian]
116. Zokaie Yazdi S, Mosayyeb Moradi J, Mehran A. Perspective of the nursing staff at hospitals affiliated to the Tehran University of Medical Sciences on the roles and activities of the nurses. Journal of HAYAT. 1381;16(7):22-32.[Text in persian]

117. Tortumluoglu G, Okanli A, Ozyazicioglu N, Akyil R. Defining cultural diversities experienced in patient care by nursing students in eastern Turkey. *Nurse Education Today*. 2006;26(2):169-75.
118. Baillie L. An exploration of nurse-patient relationships in accident and emergency. *Accident and Emergency Nursing*. . *Accident and Emergency Nursing*. 2005;13(1):9-14.
119. Loghmani L, Borhani F, Abbaszadeh A. Factors Affecting the Nurse-Patients' Family Communication in Intensive Care Unit of Kerman: a Qualitative Study. *Journal of Caring Sciences*. 2014;3(1):67-82.
120. Aghajani M, Dehghannayeri N. The rate of observe various dimensions of Patients Privacy" by treatment team[Text in persian]. *ijme*. 2009;2(1):59-70.
121. Sarkhil H, Darvishpoor-Kakhaki A, Borzabadi-Farahani Z. Respecting patient's privacy in cardiac care units of Tehran's selected hospitals [Text in persian]. *Cardiovascular Nursing Journal*. 2013;2(2):40-7.
122. Gozdziwski A, Schlutow M, Pittiglio L. Patient and Family Education in the Emergency Department : How Nurses Can Help. *Journal of Emergency Nursing*. 2012;38(3):293-5.
123. Zarparvar S, Hassani M, Kabiri A, Sameri M. Study in Service training effectiveness in nurses group of Imam Reza Hospital. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2013;11(9):738-44.[Text in persian]
124. Apker J, Propp K M, Zabava Ford W S, Hofmeister N. Collaboration, Credibility, Compassion and Coordination: professional nurse communication skill sets in Health Care Team interactions. *Journal of Professional Nursing*. 2006;22(3):180-9.
125. Cropley S, Sanders E D. Care Coordination and the Essential Role of the Nurse. *Creative Nursing*. 2013;19(4):189-94.

- 126. Khezerloo S, Salehmoghaddam A, Mazloom SR. Assessment of Nurses Professional Roles in Hospitals Affiliated to Mashhad University of Medical Sciences. Hakim Research Journal. 2013;15(4):346-51.[Text in persian]**
- 127. 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):208-12.**
- 128. 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):114-9.**
- 129. 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.[Text in persian]**
- 130. Zaboli R, Zarandi M R S, Ayoubian A. A Comparison of Service Quality in Teaching and Non-teaching Hospitals: The Gap Analysis. International Journal of Travel Medicine and Global Health. 2013;3(1):37-42.**
- 131. Latifi Sh, Khalilpour A, Rabiee O, AmanI n. Barriers to Research Utilization Among Clinical Nurses [Text in Persian]. J Mazand Univ Med Sci 2012;22(89):88-95. [Text in persian]**

**Evaluation of nurse's performance in critical care units (ICU,CCU, Emergency settings) of Teaching and Non-teaching hospitals in**

**Qazvin city: based on synergy model: 1393**

**Khoeiniha F<sup>1</sup>, Sheikhi M<sup>2</sup>, Shokati A.M<sup>3</sup>, Mohammad Poor A.A<sup>4</sup>.**

**Abstract:**

**Introduction:** Improving quality of care is one of the challenges in health care services and the human factor is one of the important factors affecting the quality of care. As Professional nurses are the largest group in the health system may have a significant impact on the quality of health care. Evaluation of performance is one of the processes to ensure the quality of care. In hence; purpose of this study was assessment of nurses' performance in critical care units (ICU,CCU, Emergency settings) in Teaching and Non-teaching hospitals in Qazvin.

**Method:** A descriptive and cross-sectional was used. All nurses in the CCU and ICU and emergency units in teaching and non-teaching hospital in Qazvin participated in this study. For gathering data, the performance questionnaire based on Synergy model was used which was completed self-reported method. Data analyzed using descriptive statistics and chi-square and t-test by SPSS 22.

---

<sup>1</sup>-MSc Student in Critical Care Nursing, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

<sup>2</sup> -MSc and faculty member of Nursing, , Qazvin university of Medical Sciences, Qazvin, Iran.**(Corresponding Author)E-mail: Mohammad Reza sheikhi1@yahoo.com**

<sup>3</sup> -Assistant Professor and faculty member of Nursing, Qazvin university of Medical Sciences, Qazvin, Iran

<sup>4</sup> -Assistant Professor, Biostatistics Department, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

**Results:** The findings showed that 15% of critical nurses in teaching hospitals and 10% in non-teaching hospitals had non-optimal performance. The lowest level of performance was related to emergency nurses. The Chi-square test showed significant correlations between the type of unit and performance ( $P= 0/04$ ). The highest mean score of nurses' performance in ICU and CCU in teaching hospitals was advocacy and in non- teaching hospitals was response to diversity but the lowest mean score of nurses' performance in these both units were clinical inquiry. In Emergency units of both hospitals, the highest mean score was related to facilitation to learning and the lowest level of performance in teaching hospitals was clinical inquiry and in non- teaching hospitals was collaboration. According to the results, 76% of critical nurses didn't have any professional course.

**Conclusion:** Evaluation of nursing performance using synergy model can determine the level of performance in critical care units and identify areas of action in particular, the strengths and weaknesses and measurement of efficiency. Using other method of performance evaluation can be effective in generalizing the results. Also more studies need to investigate the causes of reduced performance in the Emergency department to improve their performance levels. According to the results special courses to increase nurse's skills and promote their performance, is necessary.

**Key words:** Nursing, critical care units, Synergy model, hospital.



Qazvin University of Medical sciences

School of nursing and Midwifery

Thesis submitted to achive the degree of MSc.

In

Critical Care Nursing

Title:

Evaluation of nurse's performance in critical care units (ICU,CCU,  
Emergency settings) of Teaching and Non-teaching hospitals in Qazvin city:  
based on synergy model: 1393

Supervisor:

Mohammad Reza Sheikhi

Advisors:

Dr. Mostafa Shokati Ahmadabad

Dr. Asghar Mohammad Poor Asl

By:

Fatemeh Khoeiniha

Month & Year

June, 2015