

## وضعیت عملکرد بررسی سلامت بیماران بستری در بیمارستان‌ها توسط پرستاران شاغل در تهران

شیوا پژمان خواه<sup>۱\*</sup>، شیدا پژمان خواه<sup>۲</sup>، حمید علوی مجد<sup>۳</sup>

۱- کارشناسی ارشد پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ایران‌شهر، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. ۲- کارشناس ارشد پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۳- دکترای آمار زیستی، دانشیار و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** پرستاران باید افراد مصمم و با کفایتی باشند تا در شرایط پویا و متغیر بیماران بتوانند با به‌کارگیری مهارت‌های فنی و دانش حرفه‌ای خود، قضاوت بالینی دقیق و مناسبی در مورد وضعیت سلامت بیماران انجام دهند. براین اساس تحقیقی با هدف ارزیابی عملکرد پرستاران در مورد بررسی وضعیت سلامت بیماران در یکی از بیمارستان‌های منتخب سازمان تأمین اجتماعی شهر تهران انجام گرفت.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی بود و از کارشناسان پرستاری شاغل در بخش‌های داخلی-جراحی، اورژانس بیمارستان‌های منتخب وابسته به سازمان تأمین اجتماعی شهر تهران به تعداد ۹۶ نفر تشکیل شده بود. پرسشنامه‌ای در دو بخش تهیه شد که بخش اول آن مربوط به مشخصات فردی و بخش دوم چک لیست مشاهده ارزیابی عملکرد که شامل ۱۱ مورد قابل مشاهده بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استفاده گردید.

**یافته‌ها:** میانگین سنی  $32/08 \pm 7/15$  سال و اکثر (۷۵ درصد) نمونه‌ها مونث بودند. بیشتر آن‌ها (۵۳/۱ درصد) سابقه کاری بین ۹۶-۷۳ ماه داشتند. بیشترین درصد (۵۲/۱ درصد) دارای عملکرد ضعیفی بودند. در ضمن بین برخی از مشخصات فردی (جنس، سن، تاهل، سابقه کار و نوع بخش) با عملکرد پرستاران در مورد بررسی وضعیت سلامت بیماران ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. **نتیجه‌گیری:** داده‌های پژوهش بیانگر پایین بودن عملکرد بررسی وضعیت سلامت می باشد که این امر، اهمیت برنامه‌ریزی در جهت بررسی وضعیت سلامت بیماران توسط کادر پرستاری همانند کادر پزشکی بر مبنای تنظیم برگه‌های معایناتی در پرونده بیمار را مشخص می کند.

**کلید واژه‌ها:** عملکرد، وضعیت سلامت، پرستاران، بیماران بستری

\*نویسنده مسئول: شیوا پژمان خواه، پست الکترونیکی: [khodaa90@gmail.com](mailto:khodaa90@gmail.com)

نشانی: ایران‌شهر، خیابان بلوچ، دانشکده پرستاری و مامایی ایران‌شهر. تلفن ۳۳۱۰۴۸۳ (۰۵۴۷)

وصول مقاله: ۹۱/۶/۲۳، اصلاح نهایی: ۹۱/۹/۲۸، پذیرش مقاله: ۹۱/۱۰/۲۷

## مقدمه

اجرا و ارتقای مدیریت می‌شود (۹). با بهره‌گیری از تجهیزات پیشرفته، پرستار باید قادر به یک معاینه فیزیولوژیک و روان شناختی عمیق باشد. بنابراین موفق‌ترین پرستاران کسانی خواهند بود که قابلیت‌های بررسی بسیار خوب و توانایی آموزش‌دهی قوی و اشتیاق به تکنولوژی داشته باشند (۱۰). پرستار از اطلاعات بدست آمده، به منظور ارائه تشخیص مناسب، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی مراقبت‌های داده شده استفاده می‌کند (۱۱). با توجه به فواید اجرای بررسی وضعیت سلامت توسط پرستاران، پژوهشگر بر آن شد در مورد ارزیابی وضعیت عملکرد بررسی سلامت بیماران بستری در بیمارستان‌ها توسط پرستاران شاغل در تهران مطالعه‌ای انجام دهد.

## روش بررسی

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی از کارشناسان پرستاری شاغل در بخش‌های داخلی - جراحی و اورژانس (از جمله بخش‌هایی هستند که پرستاران بنا به نوع خدمات و مشکل بیماران در آنجا نیازمند به بررسی می‌باشند) که دارای حداقل ۶ ماه (به دلیل آنکه مدتی با محیط بیمارستان و بخش‌های مربوطه آشنایی پیدا کنند) و حداکثر ۸ سال سابقه (به دلیل آنکه واحد بررسی وضعیت در سرفصل آموزشی پرستاری از سال ۱۳۷۳ به بعد نیز با تغییر گنجانیده شده است که این موضوع در مقدمه اشاره گردیده است) کار باشند صورت گرفت.

نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت طبقه‌ای - تصادفی بود؛ به این ترتیب که ابتدا بیمارستان‌های وابسته به تأمین اجتماعی شهر تهران بر حسب محل بیمارستان‌ها به پنج طبقه تقسیم شدند: طبقه اول شامل بیمارستان‌های وابسته به تأمین اجتماعی شمال غربی، طبقه دوم بیمارستان‌های وابسته به تأمین اجتماعی شمال شرقی، طبقه سوم بیمارستان‌های وابسته به تأمین اجتماعی مرکزی شهر، طبقه چهارم بیمارستان‌های وابسته به تأمین اجتماعی جنوب غربی و طبقه پنجم بیمارستان‌های وابسته به تأمین اجتماعی جنوب شرقی بودند. پس از آن از هر طبقه بیمارستانی به روش تصادفی ساده انتخاب شد که شامل بیمارستان‌های شهید لواسانی، شهید لبافی‌نژاد، اسلام شهر، آیت... کاشانی و شهید فیاض -

بررسی اولین مرحله از فرآیند پرستاری است که در آن اطلاعاتی از بیمار کسب می‌شود و پرستار را قادر می‌سازد که تشخیص پرستاری را تعیین، مداخلات را مشخص کرده و به اجرا درآورد و اثر بخشی آن‌ها را ارزیابی نماید (۱)، این درحالی است که در مطالعه بیگ مرادی و همکارانش (۱۳۸۳) فقط ۵۴/۳ درصد پرستاران همدان در فرآیند پرستاری خود، تاریخچه را اکثر اوقات اخذ می‌نمایند (۲). در واقع بررسی وضعیت سلامت را می‌توان یک روند جمع‌آوری و تحلیل سیستماتیک داده‌ها، به منظور تصمیم‌گیری در مورد سلامتی افراد، خانواده و جوامع تعریف کرد. پرستار بررسی وضعیت سلامت را با مشاهدات دقیق و مناسب انجام می‌دهد و با نتیجه‌گیری از این مشاهدات، تصمیم مناسبی در رابطه با برنامه مراقبتی بیماران اتخاذ می‌کند (۳). به عبارت دیگر توانایی تصمیم‌گیری بالینی پرستاران بیش از هر عاملی بر کیفیت مراقبت تاثیر دارد (۴). در مطالعه عسگری، فراهم کردن فضای مناسب و استفاده از پرستاران با تجربه در بخش می‌تواند در حل مشکلات تاثیر انکار ناپذیری را داشته باشد (۵). عملکرد صحیح پرستاران می‌تواند از بسیاری از اشتباهات پیشگیری نماید و از نابسامانی‌های کنونی بکاهد، لذا وجود پرستاران سالم، شاداب، با انگیزه و با کارایی بالا، یکی از مهم‌ترین محورهای توسعه پایدار در بخش درمان در جوامع بشری است (۶).

از سال ۱۹۹۰ در کشورهای آمریکا، کانادا و استرالیا، آموزش مهارت‌های بررسی در ۹۸ درصد از برنامه‌های دوره - های کارشناسی، شروع و گسترش پیدا کرد و به‌عنوان بخش مهمی از آمادگی لازم به‌منظور انجام کار پرستاران برای تعیین وضعیت سلامت و گرفتن شرح حال از بیماران صورت گرفت (۷).

در ایران از سال ۱۳۷۳ طبق مصوبه شورای عالی برنامه - ریزی وزارت بهداشت و درمان، واحد بررسی وضعیت سلامت در ابتدا به صورت دو واحد تئوری و یک واحد عملی و سپس در سال‌های بعد به یک واحد تئوری و یک واحد عملی به دروس کارشناسی پرستاری افزوده شد (۸). توسعه و افزایش مهارت‌های بررسی توسط پرستاران، منجر به کاهش هزینه، کمک به تشخیص پزشکان، بهبود فرآیند

بخش تهران بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه با توان آزمون ۹۰ و سطح خطای ۵ درصد، ۹۶ نفر تعیین شد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه بود که در دو بخش تهیه و تنظیم گردید. بخش اول ۱۴ سؤال مربوط به مشخصات فردی، بخش دوم چک لیست مشاهده عملکرد در رابطه با بکارگیری پرستاران در مورد بررسی وضعیت سلامت بیمار که شامل ۴۵ مورد قابل مشاهده بود، تنظیم شد. اعتبار علمی پرسشنامه‌ها از طریق اعتبار محتوی بر اساس کتب و مقالات علمی جدید مرتبط با موضوع و با استفاده از راهنمایی‌ها و نظرات ۸ نفر از اساتید هیئت علمی تنظیم گردید. به منظور اعتماد علمی چک لیست، از روش مشاهده همزمان دو نفر مشاهده گر از طریق آزمون مجدد بهره‌گیری شد؛ به این ترتیب که پژوهشگر و یکی از دوستان ایشان که خود کارشناس در این رشته بودند به طور مرتب با حضور در بخش‌های داخلی - جراحی و اورژانس بیمارستان‌های منتخب در شیفت‌های مختلف به مشاهده عملکرد ۱۰ پرستار به هنگام پذیرش و ارائه مراقبت پرداختند (پس از آن در هنگام پذیرش و نیز در طول مدت بستری بیماران، عملکرد پرستاران تحت بررسی قرار گرفت) و یافته‌ها را در چک لیست ثبت کردند؛ به عبارت دیگر هر دو مشاهده گر عملکرد ۱۰ پرستار را به طور همزمان در دوبار به فاصله ۱۰ روز مشاهده و ارزیابی نمودند که در این رابطه

از آزمون ویل کاکسون و از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده گردید که ضریب همبستگی  $r = 0/91$  برای چک لیست و  $r = 0/88$  برای هماهنگی دو بررسی کننده مورد تایید قرار گرفت و سپس بنا بر نظر ۸ نفر از اساتید هیئت علمی مورد استفاده قرار گرفت. لازم به ذکر است که این ۱۰ نفر پرستار با توافقی که با آن‌ها صورت گرفته بود از کل نمونه‌ها حذف گردید. سپس این برگه توسط پژوهشگر پس از مشاهده واحدها در رابطه با بررسی وضعیت سلامت و نحوه انجام آن هنگام پذیرش به بیمار و نیز ارائه مراقبت، طی ۹۳ روز علامت زده شد. در مورد امتیاز بندی نیز در مقابل هر یک از موارد قابل مشاهده سه ستون (اصلا، تا حدودی، کاملاً) در نظر گرفته شد که با توجه به معیارهای موردنظر در چک لیست علامت گذاری شد. در پایان امتیاز حاصل از پاسخ‌ها در سه ستون ضعیف (کمتر از ۵۰ درصد)، متوسط (۷۵-۵۱ درصد) و خوب (بیشتر از ۷۶ درصد) دسته بندی شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم افزار آماری SPSS ۱۶، از آمار توصیفی - استنباطی شامل آزمون‌های کاسکوار، پیرسون، کروسکوالیس، من ویتنی و اسپیرمن استفاده گردید.

### یافته‌ها

از ۹۶ نفر افراد مورد مطالعه، ۷۵ درصد مونث و بقیه مرد و اکثر (۶۰/۴ درصد) متأهل بودند. میانگین سن افراد  $32/08 \pm 7/15$

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب امتیاز عملکرد

درباره بررسی وضعیت سلامت بیماران به تفکیک مشخصات فردی در یکی

از بیمارستان‌های منتخب سازمان تأمین اجتماعی شهر تهران

امتیاز عملکرد	ضعیف			متوسط			خوب			جمع	نتیجه آزمون
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
مشخصات فردی وضعیت	مرد	۱۵	۶۲/۵	۹	۳۷/۵	۰	۰	۲۴	۱۰۰	من ویتنی	
	زن	۳۵	۴۸/۶	۳۷	۵۱/۴	۰	۰	۷۲	۱۰۰	$Z = -1/60$ $P = 0/05$	
سن	۲۲ - ۲۹	۱۰	۳۸/۵	۱۶	۶۱/۵	۰	۰	۲۶	۱۰۰	اسپیرمن	
	۳۰ - ۳۴	۳۳	۶۱/۱	۲۱	۳۸/۹	۰	۰	۵۴	۱۰۰	$-0/01$	
	> ۳۵	۷	۴۳/۸	۹	۵۶/۳	۰	۰	۱۶	۱۰۰	$P = 0/13$	
وضعیت تأهل	مجرد	۱۷	۴۴/۷	۲۱	۵۵/۳	۰	۰	۳۸	۱۰۰	من ویتنی	
	تأهل	۳۳	۵۶/۹	۲۵	۴۳/۱	۰	۰	۵۸	۱۰۰	$Z = -1/21$ $P = 0/22$	
سابقه کار (ماه)	۶ - ۳۶	۲	۱۶/۷	۱۰	۸۳/۳	۰	۰	۱۲	۱۰۰	اسپیرمن	
	۳۲ - ۷۲	۲۰	۶۰/۶	۱۳	۳۹/۴	۰	۰	۳۳	۱۰۰	$-0/05$	
	۹۶ - ۷۳	۲۸	۵۴/۹	۲۳	۴۵/۱	۰	۰	۵۱	۱۰۰	$P = 0/59$	
نوع بخش	داخلی	۱۳	۴۳/۳	۱۷	۵۶/۷	۰	۰	۳۰	۱۰۰	کروسکوالیس	
	جراحی	۱۴	۴۲/۴	۱۹	۵۷/۶	۰	۰	۳۳	۱۰۰	$X^2 = 24/58$	
	اورژانس	۲۳	۶۹/۷	۱۰	۳۰/۳	۰	۰	۳۳	۱۰۰	$P = 0/000$	

داخلی بیش از ۶ پرسنل را اعلام نمودند. بیشترین درصد (۷۰/۸ درصد) رسمی بودند. ۵۶/۲ درصد دوره آموزش ضمن خدمت در رابطه با بررسی وضعیت را گذرانده بودند و ۸۲/۳ درصد در پژوهش مشابه شرکت نکرده بودند. هم چنین یافته هادر مورد سطح عملکرد بررسی وضعیت سلامت واحدهای مورد پژوهش در جداول ۱ تا ۴ و نمودار ۱ نشان داده شده است.

سال بامیانگین سابقه کار  $31/80 \pm 72/50$  ماه بود. حداکثر ۳۴/۴ درصد پرستاران از بخش جراحی و اورژانس بودند. بیشترین درصد (۴۵/۸ درصد) صبح کار و کمترین درصد (۴/۲ درصد) شیفت در گردش بودند. اکثر (۵۵/۲ درصد) به صورت یک شیفت و کمترین درصد (۶/۳ درصد) به صورت سه شیفت مشغول به کار بودند. بیشترین درصد (۸۰/۶ درصد) از بخش جراحی، تعداد ۳-۵ نفر پرسنل در هر شیفت و کمترین درصد (۳/۳ درصد) از بخش

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد در یکی از بیمارستان های

متنخب سازمان تامین اجتماعی شهر تهران		عملکرد	تعداد(درصد)	میانگین/انحراف معیار
				SD X
ضعیف ( کمتر از ۵۰ درصد)	۵۰(۵۲/۱)			
متوسط ( ۵۰-۷۵ درصد)	۴۶(۴۷/۹)			
خوب (بیشتر از ۷۵ درصد)	۰ (۰)			۴۸/۹۱
جمع	۹۶(۱۰۰)			۱۱/۵۹

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب عملکرد

در مورد علائم و نشانه های فعلی در یکی از بیمارستان های

متنخب وابسته به سازمان تامین اجتماعی شهر تهران

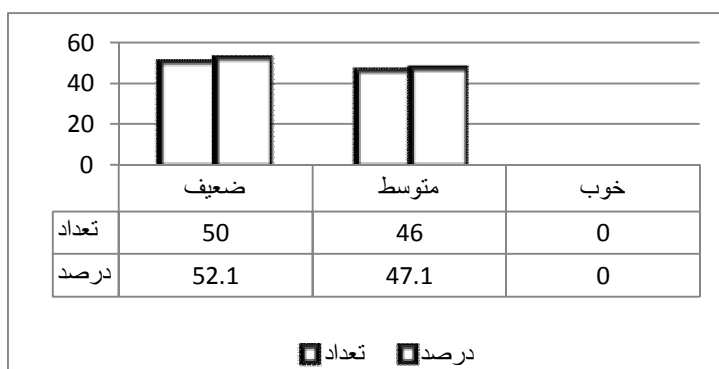
مشاهده عملکرد	اصلا		تاحدودی		کاملا		جمع		میانگین//انحراف معیار	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	SD	X
رعایت ملاحظات فرهنگی	۱	۱/۰	۰	۰	۹۵	۹۹/۰	۹۶	۱۰۰	۱/۹۸	۰/۲۰
ثبت مناسب بیانات بیمار و مشاهدات	۴۷	۴۹/۰	۴۷	۴۹/۰	۲	۲/۰	۹۶	۱۰۰	۰/۵۳	۰/۵۴
کنترل فشار خون	۰	۰	۱	۱/۰	۹۵	۹۹/۰	۹۶	۱۰۰	۱/۹۹	۰/۱۰
کنترل نبض	۰	۰	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۹۶	۱۰۰	۲/۰	۰
کنترل تنفس	۳۸	۳۹/۶	۰	۰	۵۸	۶۰/۴	۹۶	۱۰۰	۱/۲۱	۰/۹۸
کنترل درجه حرارت	۰	۰	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۹۶	۱۰۰	۲/۰	۰
چارت نبض	۰	۰	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۹۶	۱۰۰	۲/۰	۰
چارت تنفس	۳۸	۳۹/۶	۰	۰	۵۸	۶۰/۴	۹۶	۱۰۰	۱/۲۱	۰/۹۸
چارت درجه حرارت	۰	۰	۱	۱/۰	۹۵	۹۹/۰	۹۶	۱۰۰	۱/۹۹	۰/۱۰
چارت فشار خون	۰	۰	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۹۶	۱۰۰	۲/۰	۰
آیا دستورات پزشک کنترل می شود؟	۰	۰	۲۵	۲۶/۰	۷۱	۷۴/۰	۹۶	۱۰۰	۱/۷۴	۰/۴۴
آیا در صورت لزوم دستورات پیگیری می گردد؟	۸۴	۸۷/۵	۱۱	۱۱/۵	۱	۱/۰	۹۶	۱۰۰	۰/۱۴	۰/۳۷
معاینه فیزیکی از بیمار به عمل می آید.	۹۵	۹۹/۰	۱	۱/۰	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۰/۰۱	۰/۱۰
معاینه فیزیکی به طور سازماندهی انجام می شود؟	۹۶	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۰	۰
معاینه فیزیکی سیستم مربوط به طور صحیح با استفاده از روش های معاینه انجام می شود	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۰	۰
جواب آزمایشات بررسی می شود	۱	۱/۰	۰	۰	۹۵	۹۹/۰	۹۶	۱۰۰	۱/۹۸	۰/۲۰
موارد غیر طبیعی در صورت لزوم به اطلاع پزشک می رسد	۰	۰	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۹۶	۱۰۰	۲/۰	۰
در صورت نیاز پیگیری با افراد تیم بهداشتی (فیزیوتراپ، تغذیه و ...)	۰	۰	۲۵	۲۶/۰	۷۱	۷۴/۰	۹۶	۱۰۰	۱/۷۴	۰/۴۴
در صورت نیاز به پیگیری و مشاور با دیگر افراد تیم درمان آگاهی لازم به بیمار ارائه می شود	۳۹	۴۰/۶	۵۵	۵۷/۳	۲	۲/۱	۹۶	۱۰۰	۰/۶۱	۰/۵۳

جدول ۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب عملکرد

در مورد دقت و صحت در ثبت گزارش ها در یکی از بیمارستان های

منتخب سازمان تامین اجتماعی شهر تهران

مشاهده عملکرد	اصلا		تاحدودی		كاملا		جمع		میانگین//انحراف معیار	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	x	SD
آشنا کردن به بخش	۳۵	۲۶/۵	۶۱	۶۳/۵	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۰/۶۴	۰/۴۸
آشنا کردن پرسنل بیمارستان	۵۹	۶۱/۵	۳۷	۳۸/۵	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۰/۳۹	۰/۴۹
ساعات کنترل روتین علائم حیاتی	۶۴	۶۶/۷	۳۲	۳۳/۳	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۰/۳۳	۰/۴۷
ساعات ملاقات	۴۸	۰/۵	۴۸	۵	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۰/۵۰	۰/۵۰
ساعات معمول ویزیت پزشک	۵۴	۵۶/۲	۴۲	۴۳/۸	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۰/۴۴	۰/۵۰
ساعات تغییر شیفت	۸۰	۸۳/۳	۱۶	۱۶/۷	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۰/۱۷	۰/۳۷
ساعات خواب	۸۰	۸۳/۳	۱۶	۱۶/۷	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۰/۱۷	۰/۳۷
ساعات غذا	۸۱	۸۴/۴	۱۵	۱۵/۶	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۰/۱۶	۰/۳۶
نظارت بخش در رابطه با رفت و آمد و خروج بخش بیماران	۲۶	۲۷/۱	۷۰	۷۲/۹	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۰/۷۳	۰/۴۵
ساعات دارو دادن	۵۶	۵۸/۳	۴۰	۴۱/۷	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۰/۴۲	۰/۵۰
ساعات پانسمان کردن	۶۰	۶۲/۵	۳۶	۳۷/۵	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۰/۳۷	۰/۴۹
درباره وضعیت های خاص ( اسکن، آزمایش، عمل جراحی، آزمایشگاهی و ...) آگاهی لازم داده می شود	۰	۰	۲۵	۲۶/۰	۷۱	۷۴/۰	۹۶	۱۰۰	۱/۷۴	۰/۴۴
برای انجام هر وضعیت از بیمار اجازه گرفته می شود	۱۴	۱۴/۶	۴۳	۴۴/۸	۳۹	۴۰/۶	۹۶	۱۰۰	۱/۲۶	۰/۷۰
پرسش مددجو	۲۱	۲۱/۹	۷۵	۷۸/۱	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۰/۷۸	۰/۴۲
پاسخ هیچ به سئوالات مددجو داده می شود.	۲۱	۲۱/۹	۷۵	۷۸/۱	۰	۰	۹۶	۱۰۰	۰/۷۸	۰/۴۲



نمودار ۱: توزیع فراوانی سطح عملکرد افراد مورد پژوهش نسبت به بررسی وضعیت سلامت

## بحث

تحقیق خود تحت عنوان « دانش و مهارت های بررسی پرستاری در مدیریت بیماران دریافت کننده مسکن از طریق اپی دورال» دریافتند که دانش تئوریک پرستاران از مهارت- های عملی آنان در بالین بیشتر است. بنابراین آموزش پرستاران باید به صورت دقیق و مفهومی تر با توسعه تفکر انتقادی و مهارت های تصمیم گیری کلینیکی صورت گیرد و راهکارهای پیشنهادی در این امر، کلاس های بازآموزی می- باشد (۱۳).

در تحقیقی که Anderson (۲۰۰۱) تحت عنوان « مهارت- های بررسی وضعیت، نیاز لازم جهت مراقبت مستمر پرستاران» انجام داد دریافت که مهم ترین اصل برای هر یک از پرستاران، مهارت عملی است، به طوری که در محل کار

هرچند امروزه لزوم و ضرورت انجام بررسی وضعیت سلامت توسط پرستاران برای برطرف کردن نیازهای بالقوه و بالفعل مددجویان آشکار گردیده است، اما هنوز به طور کامل انجام نمی شود. در مطالعه Taylor (۲۰۰۳)، با بررسی می توان با بیمار ارتباط برقرار نمود و به اطلاعات معتبری دست یافت که منعکس کننده چگونگی عملکرد بهداشتی و ارتقای وضعیت سلامتی و ناخوشی در فرد باشد (۱۲).

نتایج حاصل از این پژوهش در رابطه با میزان عملکرد در بخش های داخلی-جراحی و اورژانس حاکی از آن است که اکثر (۵۲/۱ درصد) پرستاران عملکرد ضعیفی نسبت به بررسی وضعیت سلامت داشتند. Bird و همکارش (۲۰۰۲) در

دلیل اجباری نبودن و عدم انجام بررسی وضعیت سلامت توسط پرستاران، دانشجویان نیز پس از حضور در بخش ها و مشاهده این موارد، دیگر انگیزه یا لزومی برای یادگیری بررسی وضعیت سلامت و یا درخواست آن از مربی نمی- بینند. از سوی دیگر کوتاه شدن مدت بستری باعث شده که این بیماران کمتر پذیرای نیازهای یادگیری دانشجویان در مورد چگونگی گرفتن تاریخچه و انجام معاینه فیزیکی باشند (۱۹). Barrows در مطالعه خود (۱۹۸۵) نیز دریافت علیرغم اینکه به پرستاران یک بخش اورژانس، مهارت های بررسی سلامت در دوران تحصیل آموزش داده شده بود، ولی ۵۰ درصد از آن ها از این مهارت ها استفاده نمی کردند (۲۰).

در مطالعه ای در ژاپن، ۲۰ درصد از نمونه ها، سه مهارت بررسی فرمیتوس نجوایی (Tactile fremitus or vocal fremitus)، لمس نقطه حداکثر ضربان قلب و رفلکس های تاندون های عمقی را اصلا بلد نبودند و بیش از ۹۰ درصد از آن ها بیان کردند که ۲۳ مورد از ۲۸ مهارت لیست شده بررسی سلامت را می دانند، ولی فقط ۴ مهارت را می توانند اجرا کنند. به علاوه پرستارانی که تجربه کاری بیشتری داشتند، در انجام معاینه فیزیکی بیمار، مهارت بیشتری داشتند. پرستاران ژاپنی همچنین مهارت های معاینه فیزیکی را در زمان اشتغال به کار و نه در زمان دانشجویی فرا می- گیرند (۲۱). در پژوهشی دیگر در نیوزیلند، فقدان توانایی و عدم اعتماد به نفس برای انجام بررسی وضعیت سلامت بیمار، بارها به عنوان یک دلیل برای عدم اجرای بررسی سلامت توسط پرستاران عنوان شده است (۲۲).

ارزیابی عملکرد کارکنان، فرآیندی بسیار مهم و از حساس- ترین مسائل مسئولان در سازمان می باشد (۲۳). با وجود تلاش فراوان برای ارزیابی بهتر کارکنان توسط مسئولان، هنوز کارکنان راضی نیستند. شناخت کارکنان قوی و اعطای پاداش به آن ها، ایجاد انگیزه برای بهبود عملکرد از راه ارزیابی درست عملکرد میسر است. مدیران کلاسیک ارزیابی را به منظور کنترل کار پرسنل انجام می دادند، اما امروزه

هدف، ارزیابی راهنمایی و ارشاد کارکنان برای مشارکت گروهی به منظور افزایش اثربخشی و کارایی سازمان است (۲۴). نظام ارزیابی عملکرد باید به گونه ای طراحی شود که

ضروری ترین مسئله، دانستن مهارت بررسی وضعیت است که باعث اقدام سریع و تصمیم گیری دقیق و بررسی مشکلات پیش آمده می شود و در این نظر سنجی هیچ یک از واحدهای مورد پژوهش اذعان نداشتند که مهارت عملی برای آنان غیر ضروری است (۱۴). هم چنان که بیضایی در مطالعه خود (۱۳۷۰) تحت عنوان « نظرات مربیان پرستاری نسبت به آموزش معاینات فیزیکی به دانشجویان » به این نتیجه رسید که ۹۷ درصد دانشجویان پرستاری بر این عقیده بودند که آموزش این مهارت ها به دانشجویان باید در مقطع لیسانس شروع و کاملاً موافق بودند که تدریس آن به صورت گسترده تر در مقطع کارشناسی ارشد ادامه یابد (۱۵).

بیگ مرادی نیز در پژوهش خود دریافت که ۵۴/۳ درصد واحدهای مورد پژوهش اکثر اوقات و ۳ درصد آنان به ندرت یا هیچ وقت تاریخچه پرستاری را از بیماران اخذ می کرده- اند (۲). در این راستا نیز ذاکری و همکارانش (۱۳۷۸) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که اکثر واحدها در زمینه بررسی بیمار ضعیف بودند (۱۶).

همچنین بررسی ارتباط برخی از مشخصات فردی با عملکرد پرستاران در مورد بررسی وضعیت سلامت نشان داد که در هیچ یک از موارد به جز سابقه کار بخش و نحوه عملکرد، آزمون های آماری (اسپیرمن و کروسکال و ایس) بکار برده شده، ارتباط معنی داری را بین متغیرها نشان نداد. کریمی و همکارانش (۱۳۸۱) نیز در تحقیق خود دریافتند که نوع بخش محل خدمت تاثیر مستقیم در سطح عملکرد پرستاران در دادن دارو داشته است، بنابراین نحوه تقسیم کار در بخش ها در این راستا قابل بررسی می باشد (۱۷).

در مطالعه عسگری فراهم کردن فضای مناسب و استفاده از پرستاران با تجربه در بخش می تواند در حل مشکلات تاثیرانکار ناپذیری داشته باشد (۵)، چنانکه کمیسیون سلامت و اقتصاد ارتقای عملکرد سلامت را در اولویت دستور کار توسعه کشور ما قرار داده است (۶). حسینیان در تحقیق خود (۱۳۸۳) تحت عنوان «بررسی عملکرد مدیران پرستاری در مورد روش های برقراری ارتباط» به این نتیجه رسیده اند که بین سابقه کار پرستاری و چگونگی عملکرد آنان در بخش اورژانس اختلاف آماری معنی داری وجود دارد ( $P = 0/05$ ) (۱۸). از طرفی در مطالعه Grady و همکارش (۱۹۹۰) به

پرستاری خود را مطابق با استانداردهای تعیین شده توسط سازمان‌های قانونگذار ارزشیابی نماید. پرستاران در برابر عملکرد خود پاسخگو هستند و باید متناسب با مسئولیت‌های حرفه‌ای خود و استانداردهای عملکرد حرفه‌ای فعالیت کنند (۳۰).

### نتیجه گیری

لذا پیشنهاد می شود ضمن آموزش چگونگی بررسی وضعیت سلامت بیمار از طریق افزایش دانش، بر اجرای آن توسط پرستاران تاکید شود و از این نظر برنامه‌ریزان آموزش پرستاری با اجرای کارگاه‌هایی در این زمینه در تدریس ساعت مورد نیاز برای بررسی و نیز استفاده از مربیان برای القای اهمیت این امر در رفع موانع و نیز جهت ارائه الگو بررسی سیستماتیک با توجه به نیاز مراکز درمانی اقدامات مربوطه را مبذول دهند و آموزش‌های مقدماتی و یا تکمیلی مطلوب در این راستا انجام نمایند و در نهایت برنامه ریزی در مورد اهمیت انجام عملکرد بررسی وضعیت سلامت بیماران با تنظیم برگه‌های معایناتی همانند پزشکان در پرونده بیماران توسط پرستاران صورت گیرد و نیز برنامه‌های گردشی ارزیابی عملکرد در بیمارستان‌ها در این امر به عمل آید.

### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر حاصل پایان نامه در تاریخ ۱۳۸۵/۱۲/۲۰ با کد ۱۳۸۵-۲۷۲-WY می‌باشد و در پایان بر خود لازم می‌دانم از زحمات اساتیدی که در مراحل انجام مطالعه، همکاری و مساعدت نمودند تشکر و قدردانی گردد.

کارکنان را نسبت به بهبود عملکرد و در نتیجه مشارکت در بهره‌وری، اثربخشی و برتری سازمان برانگیزاند. در ایران تحقیقات انجام شده توسط زابلی (۱۳۸۳) در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران و معصومی فرد (۱۳۸۱) در شرکت سهامی آب منطقه‌ای آذربایجان غربی، نشان دهنده نارضایتی نسبی ارزیابی شوندگان از نظام ارزیابی عملکرد در سازمان خود است. در این زمینه جستجو-های محقق منجر به یافتن داده‌های مرتبط در موسسات آموزش عالی نشد. در ایران یافته‌های تحقیق فتح آبادی (۱۳۷۲) در شرکت ملی نفت ایران نشان می‌دهد که فقدان ارزیابی مستمر و صحیح عملکرد بهسازی، نیروی انسانی را دچار اختلال می‌کند (۲۷-۲۵).

در حوزه دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی ایران، تحقیقات فلاح زاده (۱۳۸۶) در دانشگاه‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و علوم پزشکی و صالحی (۱۳۷۳) در دانشگاه‌های وابسته به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری نشان می‌دهد که منابع انسانی این دانشگاه‌ها نسبت به نظام ارزیابی عملکرد کارکنان نظر مثبتی نداشته و از آن رضایت ندارند (۲۸ و ۲۹).

هر پرستاری مسئول و پاسخگوی عملکرد خود و هدایت و جهت‌دهی به عملکرد خود، در مسیر دستیابی به استانداردهای حرفه‌ای و قانونی است. پرستار در برابر ارائه مراقبت‌های بالینی مطلوب و ماهرانه، پاسخگوی جامعه بوده و به عنوان فردی حرفه‌ای مسئولیت دارد تا نقش و عملکرد

## References

1. Brunner - Sudars, Nurse - Surgical (concepts), translated by Niayesh ali, 1<sup>th</sup> edition, Tehran, healthy Publishing. 2005;102.
2. Beig Moradi A & et al. History of caring for patients medical - surgical wards. Journal of Nursing and Midwifery Hamedan. 2004;11(21):24-9. [Persian]
3. Fuller j, Schaller j. Health assessment 2<sup>th</sup> edition, Philadelphia, Lippincott. 2002;178-245.
4. White A. Clinical decision making among fourth year Nursing student education 2003; 42 (3): 313-20. 519-21.
5. Asgari F. Quantity of services - Patient Category urgency. Journal of Management and Medical Information. 2004 August;(18): 12-19.
6. Babaie N. Health and social policy. Journal of Social Welfare. 2004;3(10).
7. Carroll L. Clinical skill for nurse in medical assessment units. Nursing Standard. 2004;18(42): 33-40.
8. Du Gas, Beverly W. Principles of patient care Du

- gas. Faculty of Nursing and Midwifery Shahid Beheshti. 1<sup>th</sup> edition. Tehran: publishing Golban. 2003; 144. [Persian]
9. Casey D. The effectiveness of nurse led surgical pre-assessment clinics. *Journal of Professional Nurse*. 2003; 21(30): 672-78.
10. Weber J, Kelley J. *Health Assessment in Nursing*. 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Co. 2002; 4.
11. Brock KM. *Medical Surgical Nursing*. 1st ed. Philadelphia, Lippincott Co. 2003; 4.
12. Taylor C. *Fundamentals of Nursing Taylor*. Part 1. Translation of nursing faculty of Shahid Beheshti. 1th edition. Tehran, publishing Boshra. 2003; 338.
13. Bird M, Wallis M. Nursing Knowledge and assessment skills in the management of patients receiving and analgesia via epidural infusion. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 40(5): 522-37.
14. Anderson M.C, Skillen L, Knight C.L. Continuing care nurses perceptions of need for physical assessment skill, *Journal of Gerontological nursing*. 2001; 27(7) :23-35.
15. Beyzaie F. Nursing instructors to teach physical examination to assess students. master of Nursing Thesis. Major-Surgical. Tehran. Nursing and Midwifery Tehran, Tehran University. 1991; 7. [Persian]
16. Zakeri Moghadam & et al. Study nurses Special Skills heart of Tehran University of Medical Sciences and Health Services. *Journal Hayat*. 1999; 5(10): 6-12. [Article in Persian]
17. Karimi R & et al. Nurses' views about factors in their decision to apply PRN analgesic medication after surgery pediatrics. master of nursing Thesis. Major-Surgical. Tehran. Nursing and Midwifery Tehran, Tehran University. 2002; 30. [Persian]
18. Hosseinian M. Managers at the communication performance Study nurses in hospitals of Hamadan University of Medical Sciences. *Journal of Nursing and Midwifery of Hamedan*. 2004; 12(22): 26. [Article in Persian]
19. Grady MJ, Earll JM. Teaching physical diagnosis in the Nursing home. *Am J Med* 1990 May; 88(5): 519-21.
20. Barrows J. Factors affecting ED Nurses' performance of physical assessment skills. *J Emerg Nurs* 1985 Mar-Apr; 11(2): 80-4.
21. Yamauchi T. Correlation between work experiences and physical assessment in Japan. *Nurs Health Sci* 2001 Dec; 3(4): 213-24.
22. Lesa R, Dixon A. Physical assessment: implications for nurse educators and nursing practice. *Int Nurs Rev* 2007 Jun; 54(2): 166-72.
23. Sadat E. *Human Resource Management*. 3<sup>th</sup> edition. Tehran: publishing Semat. 1996; 144.
24. Khodayar, Abeli. *Trayandys Management of non-management*. Translation published research institution and defense industries. 3<sup>th</sup> edition. Tehran. 2002; 45.
25. Zaboli R. Evaluating employee performance evaluation system in general hospitals of Iran University of Medical Sciences. Master's thesis. Tehran. Nursing and Midwifery Iran. 2004; 58-9. [Persian]
26. Massoumi Fard J. Methods for evaluation of administrators and staff in Azerbaijan Regional Water Corporation. Master's thesis. Institute for Research and Education, Ministry of Energy Management. 2002; 62. [Persian]
27. FathAbadi A. Role in improving staff erformance in human resources. Master's thesis. Tehran University. 1993; 63-6. [Persian]
28. FalahZadeh A. View of the performance evaluation of human resource staff in the School of Medical Sciences, Tehran, Iran. Master's thesis. Tehran University of Medical Sciences and Health Services. 2007; 50. [Persian]
29. Salehi H. Analysis of the staff performance appraisal system (the university). Master's thesis. Isfahan University. 1994; 45-9. [Persian]
30. Salsali M, et al. *General standards of care and professional nursing*. 1th edition. Tehran: publishing mehravesh. 2011; 3-378. [Persian]



## Original Paper

### The Evaluation of the Patients' Health Status by the Nurses Working in Tehran

Shiva PejmanKhah(MSc)<sup>1</sup>, Sheida PejmanKhah(MSc)<sup>2</sup>, Hamid Alavi Majd(PhD)<sup>3</sup>

1-Nursing instructor, Zahedan University of Medical Sciences Iranshahr, Iran. 2- Nursing instructor, Birjand University of Medical Sciences, Iran. 3- Assistant Professor of Biostatistics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

---

#### Abstract

**Background and Objective:** Nurses should be so determined and competent that, in the dynamic and changing conditions of the patients, they could use their technical skills and professional knowledge to make a rigorous clinical judgment about the patient's health status. Accordingly, a study was conducted to assess the health status of patients and nurses in the hospitals affiliated with the social security organization in Tehran, Iran.

**Material and Methods:** This descriptive – analytical study was conducted on 96 nurses working in medical-surgical and emergency wards of the hospitals affiliated with Social Security Organization in Tehran. The instrument was a questionnaire including two parts of demographic data and 11 questions for assessing nurses' performance. To analyze the data, we used descriptive and inferential statistics.

**Results:** The mean age is  $7.15 \pm 32.8$  and 75% of the patients are females. Their (53.1%) work of experience is between 73-96 months and their (52.1%) performance is observed poor. There is significant correlation between nurses' performance and variables such as gender, age, marital status, work experience and ward of hospital.

**Conclusion:** Because of low performance of the nurses, it is important for nurses to assess the health status of patients, the same as physicians using screening forms on the file of patients.

**Keywords:** Performance, Health status, Nurses, Patients

---

\* **Corresponding Author:** Shiva PejmanKhah(MSc), **Email:** [khodaa90@gmail.com](mailto:khodaa90@gmail.com)

Received 13 Sep 2012

Revised 18 Des 2012

Accepted 16 Jan 2013