

# The Knowledge of Nurses on Standards of Job Description at the Intensive Care Units of Broujerd Hospitals, 2016

Kobrs Rashidi <sup>1,\*</sup>, Mahoush Kalhor <sup>2</sup>, Mahdi Berjandi <sup>3</sup>

<sup>1</sup> MSc, Department of Nursing, Faculty of Nursing Boroujerd, Lorestan University of Medical Sciences, Iran

<sup>2</sup> MSc, Department of Library and Information Sciences, Faculty of Nursing Boroujerd, Lorestan University of Medical Sciences, Iran

<sup>3</sup> PhD, Department of Biostatistics, Faculty of Health Nutrition Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

\* **Corresponding author:** Kobrs Rashidi, MSc, Department of Nursing, Faculty of Nursing Boroujerd, Lorestan University of Medical Sciences, Iran. E-mail: krashidi2010@yahoo.com

**Received:** 09 Mar 2017

**Accepted:** 18 Jun 2017

## Abstract

**Introduction:** Nurses' awareness of the rules and standards of their professional duties, the biggest obstacle to their mission in providing health services, care, treatment, and rehabilitation at the highest level is desirable. This study aimed at determining the level of nurse's knowledge on the standards of care at intensive care units.

**Methods:** This descriptive cross sectional study on 94 nurses at the ICU (ICU, CCU and NICU) of government hospitals in Boroujerd, was done by sampling through the census method. The used tools consisted of demographic, general, and specialized nursing duties at intensive care units, and the validity and reliability of the samples was measured by a self-report. Descriptive and inferential statistical analysis was performed by SPSS software version 21.

**Results:** The results showed that mean scores of nurses in the 3 sections were not significantly different ( $P = 0.06$ ), yet based on age and years of service, there was a statistically significant difference ( $P < 0.05$ ). Also, the section breakdown by age and type of employment in the 3 sections indicated that there was no significant difference ( $P > 0.05$ ). There was a moderate positive linear correlation between knowledge score and years of service ( $0.42$ ;  $P < 0.001$ ). However, nurses' awareness about common tasks was not desirable compared to physicians and other health care personnel.

**Conclusions:** Nurses' awareness of their mission, and management and official plans for promoting deficiencies in this regard could help promote health.

**Keywords:** knowledge of Nursing, Standard Job Description, Intensive Care Units

# بررسی سطح آگاهی پرستاران از استانداردهای شرح وظایف خود در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های شهرستان بروجرد در سال ۱۳۹۵

کبری رشیدی<sup>۱\*</sup>، مهوش کلهر<sup>۲</sup>، مهدی بیرجندی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری بروجرد، بروجرد، ایران

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد، گروه علوم کتابداری و اطلاع رسانی، دانشکده پرستاری بروجرد، بروجرد، ایران

<sup>۳</sup> دکتری، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

\* نویسنده مسئول: کبری رشیدی، کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری بروجرد، بروجرد، ایران. ایمیل:

krashidi2010@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۲۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۱۹

## چکیده

**مقدمه:** کمبود آگاهی پرستاران از قوانین و استاندارد شرح وظایف حرفه‌ای خود، بزرگ‌ترین مانع برای تحقق رسالت آنها در ارائه خدمات بهداشتی، مراقبتی، درمانی و توانبخشی در بالاترین سطح مطلوب است. در همین راستا مطالعه‌ای با عنوان تعیین سطح آگاهی پرستاران از استانداردهای شرح وظایف خود در بخش‌های ویژه تدوین شده است.

**روش کار:** پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی - مقطعی بر روی ۹۴ پرستار شاغل در بخش‌های ویژه (ICU, CCU, NICU) بیمارستان‌های دولتی بروجرد، با نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شده است. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و شرح وظایف تخصصی و عمومی پرستاری در بخش‌های ویژه بود که بعد از تأیید روایی و پایایی آن به صورت خود گزارش دهی توسط نمونه‌های پژوهش تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی مناسب و نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین میانگین نمره آگاهی پرستاران هر سه بخش تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ( $P = 0/06$ )، اما بر اساس سن و سنوات خدمت در بخش ویژه تفاوت آماری معناداری وجود داشت ( $P < 0/05$ )؛ همچنین بر حسب سن به تفکیک بخش‌ها و نوع استخدام در هر سه بخش تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ). همبستگی خطی مثبت متوسط معناداری بین نمره سطح آگاهی و سنوات کل خدمت پرستاران برابر  $0/42$  ( $P < 0/001$ ) وجود داشت. همچنین سطح آگاهی پرستاران در رابطه با وظایف مشترک خود با پزشکان و سایر پرسنل درمان در سطح مطلوبی نبود.

**نتیجه‌گیری:** شناسایی عوامل مرتبط با سطح آگاهی پرستاران از شرح وظایف خود، مدیران و مسولان بهداشت و درمان را در برنامه ریزی برای رفع نواقص در جهت ارتقای سلامت جامعه یاری می‌نماید.

**واژگان کلیدی:** سطح آگاهی پرستاران، استاندارد شرح وظایف، مراقبت‌های ویژه

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

یافته بالینی مبتنی هستند [۲]. از طرفی به رسمیت شناخته شدن پرستاری به عنوان یک حرفه مستقل، باعث شده تا محاکم قانونی نیز پرستاران را در هر موقعیتی در مقابل بیمار به طور مستقیم یا غیر مستقیم، مسئول و پاسخگوی اقدامات خود در قالب استاندارد شرح وظایف حرفه‌اش بدانند [۳]. با گسترش نقش پرستار، او با مواد قانونی و حقوقی بیشتری مواجه می‌شود. این قوانین تعیین می‌کنند که یک پرستار در یک وضعیت خاص، چگونه باید عمل کند؟ حیطه وظایف او چقدر است و استانداردهای مراقبتی برای حرفه پرستاری چیست؟ [۴]. امروزه با اهمیت دانستن قوانین و مقررات حرفه پرستاری بیش از پیش

پرستاری رشته‌ای مستقل و شاخه‌ای از علوم پزشکی است که رسالت آن ارائه خدمات بهداشتی، مراقبتی، درمانی و توانبخشی با کیفیت بالا و در بالاترین سطح استاندارد؛ جهت بهبود وضعیت بیماران برای بازگشت به زندگی عادی و عدم بستری شدن مجدد آنها و در نهایت تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه است [۱]. همچنین حرفه‌ای بسیار حساس، مهم و حیاتی است؛ و متصدیان آن باید در حد کمال با وظایف شغل خود آشنایی داشته باشند. ولی در حال حاضر متأسفانه به نظر می‌رسد، بسیاری از اقدامات پزشکی و مراقبتی، تنها بر روندهای سنتی حدس‌ها و فرضیات کاری، مهارت‌های فردی و مشاهدات غیر سازمان

احساس می‌شود؛ چرا که گاهی پرستاران به دلیل عدم آگاهی از قوانین و مقررات حقوقی، ناخواسته مرتکب بروز تخلفات می‌شوند و بنابراین در اثر غفلت، عدم مهارت و سهل انگاری در امر مراقبت و درمان بیمار، نه تنها باعث خسارت و ضرر و زیان بیمار و افزایش دادخواست‌های مردم به دادگاه‌ها شده، بلکه خود آنها نیز از این رهگذر علاوه بر پرداخت جریمه نقدی و یا خسارت مادی محکومیت جزائی نیز پیدا می‌کنند. این عدم آگاهی پرستاران هم برای آنها و هم برای بیماران می‌تواند خطر ساز باشد [۳-۵]. از طرفی دخالت‌های غیر مجاز در امور درمانی و پرستاری یکی از اقدامات رایج در کشور است؛ به نحوی که برخی پرستاران با اقدامات پزشکی و حتی جراحی‌های سرپایی، خارج از حیطه وظایف خود، با ایجاد عارضه در بیمار، منجر به طرح شکایت و محکومیت می‌شوند و از سوی دیگر رده‌های پایین‌تر کادر پرستاری، مانند بهیار و کمک بهیار با انجام دادن وظایف تخصصی پرستار با آسیب به بیمار، درگیر پرونده‌های قصور پرستاری در محاکم قضایی می‌گردند [۴]. مطالعه ادیب حاج باقری و همکاران نشان داد که ابهام در شرح وظایف از جمله مواردی است که باعث تداخل وظایف شده و حیطه اختیارات پرستاری را کاسته است [۶]. در مقابل، آگاهی پرستاران از قوانین و مقررات حرفه‌ای و شرح وظایف قانونی خود، آن‌ها را قادر می‌سازد که مشکلات حرفه‌ای یا قانونی را که با آن روبرو می‌شوند حل کنند؛ و با ارائه مسوولیت حرفه‌ای خود در حد بالا به جامعه، سبب افزایش رضایت شغلی و کاهش نگرانی‌های خود در رابطه با تخلفات حرفه‌ای شوند. [۴] با این تفاسیر یکی از مهمترین راه‌ها، جهت بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری بالینی حرفه‌ای، تدوین و بکارگیری استانداردها در امر مراقبت می‌باشد. In Sook Park و همکاران در سال ۲۰۱۶ طی مطالعه‌ای برای بهبود شغل پرستاری شرح وظایف پرستاران را در ۸ وظیفه (مدیریتی، ایمنی، مراقبت پرستاری اولیه، حفظ تمامیت فیزیولوژیکی، درمان دارویی و تزریقی، حفظ تمامیت روانی اجتماعی و حفظ و ارتقاء سلامتی تدوین نمودند [۷]. با توجه به این موضوعات بر اساس نظر Gillies تنظیم شرح وظایف و روشن کردن خطوط ارتباطی و اهداف آن، کمک موثری برای به وجود آوردن شرایط کاری صحیح و مطلوب ایفاء می‌نماید. بنابراین تدوین استاندارد شرح وظایف برای تمام کادر پرستاری معقول و استفاده از آن امری الزامی است [۸]. استاندارد مراقبتی (شرح وظایف) به اعمالی اطلاق می‌شوند که یک فرد تازه آموزش دیده و کم تجربه در مقایسه با یک فرد آموزش دیده و با تجربه، هر دو به صورت یکسان یا تحت شرایط مشابه آن را انجام می‌دهند [۹]. استانداردها بر اساس توافقی‌هایی هستند که جهت سنجش فعالیت‌ها به کار می‌روند و موجب تعیین انتظارات برای مراقبت‌های پرستاری مؤثر و ایمن می‌شوند. این استانداردها چارچوب کلی، قانونی و معیارهای علمی را برای شرح حیطه علمی پرستاری مشخص می‌کنند [۱۰]. با آشنایی جامعه پرستاری کشور، با علم روز و اجرای دقیق آن، در کنار آشنایی با شرح وظایف و استانداردهای حرفه‌ای تعریف شده در هر گروه بر اساس دستورالعمل و بخشنامه‌های وزارت تابعه و همچنین قوانین مطروحه در سیستم قضایی کشور، ضمن ایجاد پشتوانه محکم برای حضور فعال و مؤثر پرستاران در بالین بیماران، سبب ارائه عملکرد مبرا از قصور و خطا می‌گردد [۱۱]. به همین دلیل آگاهی از قوانین و مقررات حرفه‌ای و

استانداردهای مراقبتی نه تنها به نفع خود پرستاران، بلکه به سود سیستم بهداشتی - درمانی نیز می‌باشد [۴]. در جهان امروز، با تخصصی شدن بخش‌های بیمارستانی مانند بخش‌های مراقبت ویژه، مدیران بیمارستان خواهان نیروهای انسانی هستند که برای انجام مهارت‌های بالینی با کیفیت بالا دارای صلاحیت باشند [۱۲]. تقسیم وظایف و تخصصی کردن کارها به حدی پیشرفته است که دانش و اطلاعات کارکنان باید در مدت کوتاه تجدید نظر یا حداقل ترمیم شود. کارکنان از طریق آموزش‌های ضمن خدمت، مهارت‌ها، توانایی‌ها، دانش و نگرش‌هایی کسب می‌کنند، که به آنها در انجام اثر بخش وظایفشان چه در زمان حال و چه در زمان آینده کمک می‌کند [۱، ۲]. با وجود این که تخت‌های موجود در بخش‌های مراقبت ویژه فقط ۵ درصد تخت‌های بیمارستانی را تشکیل می‌دهند و کمتر از ۱۰ درصد از بیماران در این بخش‌ها بستری می‌شوند. اما عملکرد پرستاران در این بخش‌ها بسیار با اهمیت و حساس است. به طوری که گزارشات متعددی از خطا و قصور در ICU، CCU به وسیله پرستاران وجود دارد. مانند: اشتباهات دارویی، تزریق خون، عدم گزارش به موقع نقص یا کمبود تجهیزات، عدم توانایی و مهارت در گزارش وضعیت بحرانی بیمار که منجر به تصمیم گیری اشتباه می‌شود، عدم وجود تجهیزات سالم و کافی، عدم اخذ رضایت و براثت نامه از بیمار و ولی قانونی او جهت اعمال طبی و جراحی، عدم توانایی قضاوت فوری و تصمیم گیری (یکی از مهمترین عوامل در مراقبت ویژه است)؛ که یک علت آن عدم آشنایی پرستاران با استاندارد شرح وظایف خود می‌باشد. عقلانی‌ترین و قابل قبول‌ترین نکته در مورد مراقبت بیماران بخش‌های ویژه رعایت استاندارد است که باید توسط یک فرد کارشناس و خبره انجام شود [۱۳]. با توجه به اهمیت موضوع و حساسیت بالای عملکرد پرستاران در بخش‌های ویژه، این مطالعه به عنوان یک قدم اولیه با هدف بررسی سطح آگاهی پرستاران از استاندارد وظایف حرفه‌ای خود در بخش‌های ویژه در شهرستان بروجرد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان انجام شده است.

## روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی است که در نیمه اول سال ۱۳۹۵ در بیمارستان‌های دولتی شهرستان بروجرد انجام شده است. در این پژوهش جامعه آماری شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه (NICU, CCU, ICU) در بیمارستان‌های دولتی شهر بروجرد بود. معیارهای ورود پرستاران و سرپرستاران به پژوهش، داشتن حداقل مدرک لیسانس و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش‌های ویژه بود. این افراد در زمان انجام پژوهش در بیمارستان‌های دولتی شهر بروجرد شاغل بودند. پس از انتخاب نمونه به صورت سرشماری، رضایت آگاهانه آنها جلب شد. با رعایت اخلاق پژوهش شرکت کنندگان در ترک پژوهش کاملاً آزاد بودند. اطلاعات مربوط به آنها در کلیه مراحل تحقیق محرمانه مانده و تحلیل داده‌ها بدون ذکر نام انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل؛ پرسشنامه سنجش جمعیت شناختی از جمله سن، جنس، میزان تحصیلات، سنوات خدمت در بخش مراقبت ویژه... که توسط پرستاران تکمیل گردید. ابزار دیگر پرسشنامه سنجش سطح آگاهی پرستاران از شرح وظایف خود به تفکیک در هر سه بخش مراقبت ویژه بود که در مقیاس لیکرت بوده و توسط محققین با استفاده از

استاندارد سابقه کار آنها در بخش مراقبت‌های ویژه  $6/5 \pm 11/5$  سال بود (دامنه سابقه کار در بخش‌های ویژه از ۱ تا ۱۸ سال متغیر بود،  $52/1$  درصد بین ۱-۷ سال،  $47/9$  درصد  $\geq 8$  سال در بخش ویژه سابقه کار داشتند.  $95/7$  درصد نمونه‌های پژوهش مؤنث،  $93/6$  درصد لیسانس و بقیه فوق لیسانس،  $75/5$  درصد پرستار شیفت در گردش و بقیه سرپرستار بودند. همچنین یافته‌ها نشان دادند که؛ پرستاران علی‌رغم این که بیش از  $85/1$  درصد ابراز نمودند؛ دوره آموزشی گذرانده‌اند و فرم شرح وظایف در بخش آنها قابل رویت است، ولی بیش از  $70/2$  درصد همچنان احساس نیاز به آموزش دارند. برخی اطلاعات دموگرافیک نمونه‌ها در **جدول ۱** آورده شده است.

**جدول ۲** میانگین نمره کل سطح آگاهی سؤالات مشترک پرستاران را نشان می‌دهد که با توجه به  $P = 0/06$  مشخص می‌شود که بین میانگین نمرات آگاهی سه بخش تفاوت معنی داری وجود ندارد.

$$11/3 \pm 2/41$$

نتایج **جدول ۳** نشان داد که؛ بین میانگین نمره آگاهی پرستاران هر سه بخش بر اساس سن تفاوت آماری معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). به عبارتی میانگین نمره آگاهی افراد بالای ۴۰ سال به طور معنی داری بیشتر از افراد کمتر از ۴۰ سال می‌باشد. همچنین میانگین نمره آگاهی در پرستاران بخش ویژه با سنوات خدمت برابر یا بیشتر از ۸ سال به طور معنی داری بیشتر از میانگین نمره آگاهی پرستاران با سنوات خدمتی کمتر از ۸ سال می‌باشد. همچنین پرستاران از روش‌های مختلفی مانند: همکاران، سرپرستار، گذراندن کارگاه آموزشی، اینترنت، دوران تحصیل با شرح وظایف خود آشنا شده بودند؛ تعداد ۳۳ نفر از آنها فقط از طریق سرپرستار بخش مربوطه با شرح وظایف خود آشنا شده بودند؛ که میانگین پاسخ‌های صحیح داده شده برابر  $66/3$  درصد بود. همچنین در سطح پاسخ دهی صحیح پرستاران بر اساس نوع استخدام نیز تفاوت آماری معناداری دیده نشد ( $P > 0/05$ ).

بررسی کتب و منابع علمی معتبر ساخته شده که شامل آیت‌های استاندارد شرح وظایف عمومی و اختصاصی پرستاری در بخش‌های ویژه و برگرفته از فرم شرح وظایف پست سازمانی شماره ۲۳۴ (۴-۷۴) ت ۲ سازمان امور استخدامی کشور و کتاب استانداردهای پرستاری بود. پرسشنامه مربوط به بخش NICU که حاوی ۲۹ سؤال، بخش CCU حاوی ۲۶ سؤال و بخش ICU حاوی ۳۱ سؤال در رابطه با شناخت شرح وظایف پرستاران بود. هر سؤال به صورت ۴ گزینه‌ای با یک پاسخ صحیح بود که به هر پاسخ صحیح یک نمره و هر پاسخ ناصحیح نمره صفر تعلق گرفت. لذا دامنه نمره این پرسشنامه‌ها در بخش NICU (از حداقل ۰ تا حداکثر ۲۹)، CCU (از حداقل ۰ تا حداکثر ۲۶) ICU (از حداقل ۰ تا حداکثر ۳۱) بود. روائی آن با روش اعتبار سنجی محتوایی با توجه به نظرات جمعی از اعضای هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی لرستان (آزاد و سراسری) تأیید شد. پایایی پرسشنامه‌ها با فرض این که دشواری سؤالات در هر سه پرسشنامه یکسان است به منظور ارزیابی همبستگی درونی آلفای کودر ریچارسون برای پرسشنامه‌های مختلف بین  $0/75-0/70$  برآورد شد. بعد از تأیید روائی و پایایی پرسشنامه‌ها، واحدهای مورد پژوهش پرسشنامه سطح آگاهی از شرح وظایف خود را تکمیل نمودند. پس از جمع آوری داده‌ها و وارد کردن آنها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ پس از محاسبه شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی مناسب، جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری آنالیز واریانس، t مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و در صورت نرمال نبودن داده‌ها از آزمون‌های ناپارامتری مناسب استفاده شده است. همچنین نتایج در سطح معنی داری کمتر از  $0/05$  مورد بررسی قرار گرفت.

## یافته‌ها

پرستاران شرکت کننده در این پژوهش دارای سن زیر ۴۰ سال ۴۳ نفر،  $47/7$  درصد و  $\leq 40$  سال ۵۱ نفر،  $54/3$  درصد بودند. میانگین و انحراف

**جدول ۱:** ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش

مشخصات دموگرافیک	فراوانی	درصد
سن		
$40 >$	۴۳	$47/7$
$40 \leq$	۵۱	$54/3$
جنس		
زن	۹۰	$95/7$
مرد	۴	$4/3$
مدرک تحصیلی		
لیسانس	۸۸	$93/6$
ارشد	۶	$6/4$
نوع استخدامی		
رسمی پیمانی	۵۲	$54/7$
آزمایشی	۱۰	$10/5$
قطعی	۱۴	$14/9$
قراردادی	۱۴	$14/9$
رسمی	۴	$4/2$
سنوات خدمت در بخش ویژه		

۵۲/۱	۴۹	۷-۱
۴۷/۹	۴۵	≥۸
		نوع شیفت
۷۵/۵	۷۱	در گردش
۲۴/۵	۲۳	ثابت
		گذراندن دوره آموزشی شرح وظایف
۸۵/۱	۸۰	بلی
۱۴/۹	۱۴	خیر
		آشنایی با شرح وظایف مشترک
۹۴/۷	۸۹	بلی
۵/۳۲	۵	خیر
		فرم شرح وظایف قابل رویت
۸۵/۱	۸۰	بلی
	۱۴	خیر
۱۴/۹		احساس نیاز به آموزش
۷۰/۲	۶۶	بلی
۲۹/۸	۲۸	خیر

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره کل سطح آگاهی سؤالات مشترک پرستاران در هر سه بخش‌ها

Pvalue	M ± SD	تعداد	بخش
۰/۰۶	۶۷/۸ ± ۱۹/۴	۵۲	ICU
۰/۰۶	۷۴/۸ ± ۱۲/۶	۲۰	CCU
۰/۰۶	۱۱/۳ ± ۲/۴۱	۲۲	NICU

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره کل سطح آگاهی هر سه بخش بر اساس مشخصات دموگرافیک

P value	M ± SD	تعداد	مشخصات دموگرافیک
۰/۰۳			سن
	۶۷/۳ ± ۱۶	۴۳	۴۰ >
	۷۴/۸ ± ۱۶/۹	۵۱	۴۰ <
۰/۷۴			جنس
	۷۱/۳ ± ۱۷/۱	۹۰	زن
	۷۳/۹ ± ۱۰/۱	۴	مرد
۰/۶۷			مدرک تحصیلی
	۷۱/۲ ± ۱۷/۳	۸۸	لیسانس
	۷۴/۲ ± ۹/۴	۶	ارشد
۰/۳۴			نوع استخدامی
	۷۰/۳ ± ۱۸/۳	۵۲	رسمی پیمانی
	۷۴/۱ ± ۱۲/۳	۱۰	آزمایشی
	۷۷/۶ ± ۱۴/۱	۱۴	قطعی
	۶۵/۶ ± ۱۴/۶	۱۴	قراردادی
	۷۷/۳ ± ۲۱	۴	رسمی
P < ۰/۰۰۱			سنوات خدمت در بخش ویژه
	۶۵/۳ ± ۱۷/۸	۴۹	۷-۱
	۸۷/۹ ± ۱۳	۴۵	≥۸
۰/۳۸			مسئولیت
	۷۷/۳ ± ۲۵/۲	۶	سرپرستار
	۷۱/۱ ± ۱۶/۳	۸۸	پرستار شیفت در گردش
۰/۳۷			نوع شیفت

در گردش	۷۱	۷۰/۵ ± ۱۷/۳
ثابت	۲۳	۷۴/۱ ± ۱۵/۵
گذراندن دوره آموزشی شرح وظایف		۰/۷۰
بلی	۸۰	۷۱/۷ ± ۱۷/۷
خیر	۱۴	۶۹/۸ ± ۱۰/۸
آشنایی با شرح وظایف مشترک		۰/۲۴
بلی	۸۹	۷۰/۹ ± ۱۶/۷
خیر	۵	۸۰ ± ۱۸/۹
فرم شرح وظایف قابل رویت		۰/۸۲
بلی	۸۰	۷۱/۵ ± ۱۷/۴
خیر	۱۴	۷۰/۵ ± ۱۴/۱
احساس نیاز به آموزش		۰/۷۷
بلی	۶۶	۷۱/۷ ± ۱۸/۴
خیر	۲۸	۷۰/۶ ± ۱۲/۶

جدول ۴: مقایسه نمره آگاهی پرستاران از سؤالات تخصصی بر حسب سن و به تفکیک بخش

NICU	CCU	ICU	مشخصات
Freguncy(M ± SD)	Freguncy(M ± SD)	Freguncy(M ± SD)	
			سن
۱۰ (۷۳/۸ ± ۹/۸)	۶ (۷۳/۱ ± ۱۴/۶)	۴۳ (۶۳/۴ ± ۱۶/۹)	۴۰ >
۱۲ (۸۰/۷ ± ۸/۵۰)	۱۴ (۷۴/۵ ± ۹/۴)	۵۱ (۷۰/۶ ± ۲۰/۹)	۴۰ <
۰/۰۹	۰/۸۰	۰/۱۷	pvalue

جدول ۵: تعیین سطح پاسخ دهی (غلط و صحیح) پرستاران از وظایف مشترک بین آنها با پزشکان و سایر پرسنل درمان

نوع بخش	درصد پاسخ صحیح	درصد پاسخ ناصحیح	تعداد	سؤالات مربوط به وظایف مشترک بین پرستاران و سایر پرسنل درمان بر اساس نوع بخش
هر سه بخش	۵۵/۳	۴۴/۷	۹۴	وظیفه رعایت حقوق بیمار حین معاینه و ویزیت
هر سه بخش	۷۸/۷	۲۱/۳	۹۴	وظیفه رفع نیازهای تغذیه‌ای بیمار با NGT گذاری و یا تزریق محلول های TPN
هر سه بخش	۵۴/۳	۴۵/۷	۹۴	وظیفه تهیه نمونه خون شریانی (ABG)
هر سه بخش	۶۶	۳۴	۹۴	وظیفه سندگذاری مثانه و شستشوی مثانه
هر سه بخش	۷۲/۳	۲۶/۶	۹۴	وظیفه گرفتن EEG و EKG از مددجو
هر سه بخش	۵۸/۳	۴۱/۷	۷۲	وظیفه بخیه زدن لایه اولیه پوست
هر سه بخش	۵۶/۴	۴۳/۶	۹۴	وظیفه کشیدن بخیه
هر سه بخش	۸۳	۱۷	۹۴	وظیفه تزریق داروهای اینوتروپ مثبت (آدرنالین، اتروپین، دوبوتامین) حین CPR
ICU	۸۴/۶	۱۵/۴	۵۲	وظیفه مراقبت و ارزیابی عملکرد چست تیوب
ICU/NICU	۸۳/۸	۱۶/۲	۷۴	وظیفه همکاری در جداسازی بیمار از دستگاه ونتیلاتور
ICU/NICU	۴۴/۶	۵۵/۴	۷۴	وظیفه تنظیم، کنترل و تغییر پارامترهای دستگاه ونتیلاتور در صورت نیاز
CCU	۸۵	۱۵	۲۰	وظیفه شناسایی دیس ریتمی‌های خطرناک و انجام اقدامات فوری
ICU	۷۶/۹	۲۳/۱	۵۲	وظیفه همکاری در کنترل CVP بیمار
هر سه بخش	۸۵/۳	۱۳/۷	۹۴	وظیفه ثبت دقیق گزارشات شیفت و گزارش دهی
هر سه بخش	۴۳/۲	۵۵/۸	۹۴	وظیفه مراقبت از جسد مطابق موازین شرعی
هر سه بخش	۸۰	۲۰	۹۴	وظیفه مراقبت از بیمار در حال احتضار
هر سه بخش	۵۰/۵	۸۴/۴	۹۴	وظیفه آماده کردن بیمار کاندید عمل جراحی (shave موهای زائد، پوشاندن گان...)
هر سه بخش	۵۵/۸	۴۳/۲	۹۴	مسئولیت پیشگیری از سقوط بیمار از تخت

وظایف آنها نیست و آنها را جزء وظایف تحمیلی محسوب می‌نمایند. این شایعات ناشی از عدم آگاهی آن‌ها می‌باشد. به همین دلیل در این مطالعه محققین به ارزیابی وظایف مشترک بین پرستاران و سایر پرسنل درمان پرداختند. اما علی‌رغم این که آنها انتظار داشتند درصد زیادی از پرستاران از چگونگی وظایف مشترک بین خود و پزشکان مطلع باشند که، ممکن است به اقتضای شرایط خاص مانند نیروی انسانی و امکانات و دستورالعمل‌های بیمارستانی؛ از هر دو گروه خواسته شود که، به جای یکدیگر یا پرستاران تحت نظارت پزشکان آنها را انجام دهند. لازم به ذکر است که در بیمارستان‌های محل تحقیق این شرایط حاکم بود. ولی یافته‌ها نشان داد که؛ سطح آگاهی پرستاران از اکثر وظایف مشترک نامطلوب بوده؛ که نشان دهنده این است که پرستاران ابهاماتی در رابطه با شرح وظایف مشترک خود بخصوص با پزشکان دارند. وجود این ابهامات ناشی از سطح آگاهی کم می‌باشد که باعث می‌شود پرستاران از انجام وظیفه خود، خودداری نموده یا با نارضایتی آن را انجام دهند و یا در وظایفی که به آنها ربطی ندارد دخالت نمایند. در نهایت نتایج آن کاهش کیفیت ارائه خدمات و بروز خطاهای پرستاری خواهد بود. محققان برای رفع این تداخل پیشنهاد نمودند؛ که باید حمایت از پرستاران، واضح بودن بیشتر شرح وظایف پرستاری، آشنایی بیشتر با شرح وظایف خود و تغییرات چارت سازمانی بیمارستان‌ها افزایش یابد [۱۷]. همچنین روانی پور و همکاران طی مطالعه خود تأیید نمودند که برای حرفه‌ای شدن پرستاری باید شرح وظایف رده‌های مختلف پرستاری (کارشناسی، کاردانی) به طور واضح مشخص شوند [۱۸].

با توجه به نتایج این مطالعه که پرستاران اکثراً ابراز نمودند دوره آموزشی در رابطه با شرح وظایف خود گذرانده‌اند و حتی فرم شرح وظایف در بخش آنها قابل رویت است؛ ولی همچنان درصد زیادی از آنها احساس نیاز به آموزش بیشتر را ابراز می‌کنند. با این تفاسیر به نظر می‌رسد برخی از علل احتمالی این مهمم بودن شرح وظایف برای پرستاران، ممکن است شامل: کیفیت نامطلوب دوره‌های آموزشی، ناکافی بودن دوره‌های آموزشی ضمن خدمت، بازآموزی و دوره‌های آموزش مداوم باشد. همچنان که مطالعات دیگری نیز این موضوع را تأیید می‌کنند [۱۹-۲۱]. همچنین نتایج مطالعه اقدمی و همکاران کمبود دوره‌های بازآموزی و ضمن خدمت را به عنوان یکی از موانع اجرای شرح وظایف تخصصی پرستاری کودکان تأیید نمودند [۲]. علت دیگر می‌تواند عدم بررسی بازخورد آموزش‌ها به روش صحیح باشد. زیرا بعد از هر آموزشی اگر بازخورد (مستقیم یا غیر مستقیم) از آموزش گیرنده گرفته شود، یادگیری‌ها بهتر و ماندگارتر در ذهن فرد باقی می‌مانند. همچنین فرد راحت‌تر آنها را به مرحله عمل می‌رساند. برای مثال اگر محتوای ارزشیابی پرستاران دقیقاً بر اساس استاندارد شرح وظایفشان تدوین شود، خود محرکی خواهد بود برای پرستاران تا با جدیت بیشتری شرح وظایف خود را شناخته و رعایت نمایند. طبق نظر Whitehead و همکاران برای انجام ارزشیابی، رفتار کارکنان با استانداردهای شرح وظایف شغلی، که بیانگر انتظارات سازمان از وی می‌باشد مقایسه می‌شود. بدین منظور، کارکنان باید بدانند که چه وظایفی را، چگونه و چه وقت انجام دهند [۲۲]. همچنین طی مطالعات زیادی تأیید شده است که؛ عدم صریح و روشن و بدون ابهام بودن شرح وظایف پرستاران و عدم آگاهی آنها از شرح وظایف خود سبب بروز مشکلات زیادی از جمله موارد زیر: عدم ایفای نقش بدرستی، تداخل با

همچنین میزان همبستگی خطی بین نمره سطح آگاهی و سنوات کل خدمت پرستاران برابر با ۰,۴۲ بود که با توجه به ( $P < 0/001$ )، این همبستگی از نظر آماری معنادار می‌باشد و نشان دهنده این است که همبستگی مثبت متوسطی بین دو متغیر وجود دارد. همچنین نتایج آزمون‌های آماری در رابطه با نمرات کل سطح آگاهی پرستاران از سؤالات تخصصی هر سه بخش به طور جداگانه بررسی شد (جدول ۴)، نتایج نشان داد که بین میانگین نمره آگاهی پرستاران بر حسب سن و به تفکیک بخش‌ها، تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ).

نتایج پاسخ دهی برخی سؤالات که سنجش چندین وظیفه خاص را مورد ارزیابی قرار داده‌اند در جدول ۵ قابل مشاهده است. در این مطالعه با تعبیه چند سؤال، به طور خاص سطح آگاهی پرستاران را از وظایفی مورد سنجش قرار داده‌ایم که با سایر پرسنل درمان (پزشکان، بهیاران، کمک پرستاران...) مشترک بودند و سپس میزان پاسخ دهی آنها را از نظر سطح پاسخ‌های صحیح و غلط مورد ارزشیابی قرار دادیم؛ یافته‌ها نشان داد که؛ علی‌رغم این که در جدول ۱ مشاهده شد، بیشتر از ۹۴/۷ درصد پرستاران ابراز نمودند که با وظایف مشترک با سایر پرسنل درمان آشنا هستند؛ ولی درصد پاسخ صحیح و غلط برای اکثر وظایف مشترک بسیار به هم نزدیک است؛ و حتی تعداد پاسخ ناصحیح در رابطه با برخی وظایف مانند "وظیفه تنظیم، کنترل و تغییر پارامترهای دستگاه ونتیلاتور در صورت نیاز" در دو بخش ICU/NICU ۵۵/۴ درصد و "وظیفه مراقبت از جسد مطابق موازین شرعی" در هر سه بخش ۵۵/۸ درصد بوده است. البته بر اساس سنوات خدمت در بخش ویژه بین ۱-۷ سال نیز ۵۷/۱ درصد و سنوات بیشتر یا مساوی ۸ سال نیز ۵۵,۶ درصد پاسخ غلط داشتند.

## بحث

نتایج در این مطالعه نشان داند که؛ سن و سنوات خدمت در حرفه پرستاری و بخصوص سنوات خدمت در بخش ویژه بر آگاهی پرستاران از شرح وظایفشان در این بخش‌ها تأثیر دارد. بنابراین پرستاران با تجربه به دلیل سطح آگاهی بالاتر از استاندارد وظایف خود و تماس بیشتر با بیماران، خدمات درمانی با کیفیت‌تری می‌توانند ارائه نمایند. نتایج مطالعات دیگر نیز نشان می‌دهند که افزایش سن پرستاران در کسب صلاحیت بالینی آنها نقش مهمی دارد و پرستاران با تجربه، نقش مهمی در افزایش رضایت بیماران از مراقبت‌های ارائه شده دارند [۱۴, ۱۵]. همچنین تحقیق دیگری نشان داد که هر چه سن پرستاران بیشتر شده باشد، ارزیابی بهتری از شرایط کاری خود داشته و مشکلات بیماران را نیز بهتر درک کرده و نقش مهمی در طرح ریزی برنامه‌های مراقبتی دارند [۱۶]. اما این که منتظر بمانیم تا با افزایش سنوات خدمت، سطح آگاهی پرستاران نیز افزایش یابد خیلی موضوع رضایت بخشی نیست. زیرا در شرایط مطلوب باید پرستاران حتی قبل از شروع کار به شکل حرفه‌ای، به طور کامل با استاندارد شرح وظایف خود آشنا باشد و در حین کار ارزیابی و بازخورد مناسبی از میزان رعایت استاندارد وظایف خود دریافت نمایند. در این صورت از همان بدو خدمت، خدماتی با کیفیت بالا و مطابق با استانداردها ارائه خواهند داد. با توجه به این موضوع که بیشترین تعارضات مربوط به وظایف مشترک بین پرستاران و سایر پرسنل درمان بخصوص پزشکان می‌باشد. از طرفی در بین پرستاران بیشترین شایعات مبنی بر این است؛ که این وظایف جزء

در حال احتضار به خصوص بیمار فوت شده و مراقبت از جسد ندارند. حتی با افزایش سنوات خدمت در بخش ویژه نیز تفاوتی در سطح آگاهی آنها ایجاد نشد. یکی از دلایل آن می‌تواند عدم دریافت آموزش‌های عملی و کاربردی کافی در کنار افزایش سنوات پرستاران، در رابطه با نقش‌های مراقبتی خود در این مواقع باشد. از طرفی مطالعه کریمی مونتقی و همکاران تأیید نمود که پرستاران اکثراً تجربه منفی از مقوله مرگ دارند [۲۹]. به نظر می‌رسد دوری ناخودآگاه آنها از این تجربه منفی می‌تواند باعث انکار این وظیفه شده باشد؛ که نیاز به آموزش را بیشتر تأیید می‌کند.

### نتیجه گیری

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که؛ سطح آگاهی پرستاران از شرح وظایفشان تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد از جمله: سن، سنوات خدمت، گذراندن دوره‌های آموزشی مستمر و با کیفیت، میزان بازخوردی که از آموزش‌های ارائه شده به عمل می‌آید، ارزشیابی صحیح خدمات ارائه شده بر اساس استاندارد مراقبت پرستاری، شایعات و ابهامات موجود در شرح وظایف مشترک، تداخلات موجود در جزئیات شرح وظایف آنها است. بنابراین شناخت دقیق عوامل تأثیر گذار بر سطح آگاهی پرستاران برای برنامه ریزی دقیق در جهت رفع اشکالاتی که باعث کاهش سطح آگاهی می‌شوند بسیار ضروری می‌باشد. تا هدف، ارتقای کیفیت ارائه خدمات مراقبتی پرستاران محقق گردد. لذا توصیه می‌گردد؛ مدیران و مسولان، وظایف پرستاران را به تفکیک شرح داده و مورد سنجش عملی مستمر قرار دهند. از آنجایی که این پژوهش فقط در بخش‌های ویژه انجام شده است و تعداد نمونه‌ها نیز محدود می‌باشد، پیشنهاد می‌گردد که به منظور برنامه ریزی مناسب جهت ارتقاء میزان آگاهی پرستاران از استاندارد وظایف خود، در سایر بخش‌ها و حتی سایر شهرهای کشور نیز مورد بررسی قرار گیرد.

### سپاسگزاری

بدین وسیله، مجریان این طرح تحقیقاتی به شماره تصویب (۹۵/۱۰۷/د م پ) از معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی لرستان از کلیه پرستاران محترم شاغل در بیمارستان‌های شهید چمران و امام خمینی (ره) بروجرد که در انجام این پژوهش آنها را یاری رساندند سپاسگزاری می‌کنند.

سایر اعضای بهداشت و درمان، افزایش میزان ترک خدمت می‌شود. مطالعات زیر این موضوع را تأیید می‌نمایند؛ نیک پیما و همکاران دریافتند که پرستاران به دلیل روشن نبودن شرح وظایف و انجام وظایف پزشک یا سایر رده‌های پرستاری از ایفای صحیح نقش‌های خود باز می‌مانند. در صورتی که پرستاران از شرح وظایف خود به خوبی آگاه نباشند، ممکن است بر ایفای نقش آنها اثر بگذارد و یا تداخل با سایر اعضای بهداشت و درمان پیش آید [۲۳]. هاشمی و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که؛ صریح، روشن و بدون ابهام نبودن شرح وظایف کارکنان بیمارستان‌ها یکی از علل ترک خدمت آنها می‌باشد [۲۴]. در مقابل مطالعه Oelke و همکاران نشان داد که روشن بودن نقش و وظایف پرستاران برای بهبود کار تیمی از فشار کاری کاسته و باعث انسجام بین اعضای تیم و احساس ارزشمندی در آنها می‌گردد [۲۵]. همچنین Lu و همکاران در سال ۲۰۰۷ طی مطالعه‌ای دریافتند که میزان رضایت شغلی پرستاران تحت تأثیر سطح تحصیلات، تعهد حرفه‌ای، شرح وظایف واضح و نوبت کاری می‌باشد [۲۶]. در مقابل افزایش سطح آگاهی پرستاران از شرح وظایفشان سبب؛ افزایش رضایت شغلی آنها، انجام ارزشیابی منصفانه در طول خدمت، ... می‌شود. این نکته را نتایج مطالعه نیک پیما و همکاران تأیید می‌نمایند که؛ برای منصفانه بودن ارزشیابی‌ها در طول خدمت ضروری است که پرستاران از بدو خدمت با شرح وظایف خود آشنا باشند [۲۷]. مطالعه Menne و همکاران نیز (۲۰۰۷) نشان داد، آشنایی با شرح وظایف سبب افزایش رضایت مندی شغلی شده و کیفیت خدمات ارائه شده به مددجویان را افزایش می‌دهد [۲۱]. از طرفی با توجه به این نکته که کار پرستاری کاری تیمی بوده و همه پرستاران شیفت باید در جریان روند مراقبتی کلیه بیماران بخش بوده و اطلاعات آنها را ثبت نمایند و با حضور همه افراد حاضر در شیفت، به شیفت بعد تحویل دهند؛ در این مطالعه این وظیفه در سؤال ۱۱ مورد سنجش قرار گرفت که خوشبختانه درصد زیادی مشرف بر این وظیفه بودند. طبق نظر درویشی و همکاران در مطالعه خود مطرح نمودند که عدم آگاهی و اعتقاد به ثبت گزارشات و تکمیل پرونده‌های پزشکی بیماران، عامل کاهش کیفیت خدمات پرستاری است. از طرفی طبق قوانین حرفه‌ای انجام مراقبت‌ها و فعالیت‌ها توسط کادر پزشکی، به صورت اصولی باید ثبت و ضبط گردد و هر گونه اهمال کاری و خطا در دادن این گزارشات و ثبت آنها محکومیت‌های قانونی را به همراه دارد [۲۸]. همچنین در این مطالعه نتایج نشان داد که پرستاران آگاهی مطلوبی از وظیفه مراقبت از بیماران

### References

1. Khatiban M, Gomarverdi S, Soltaniyan AR. [The effect of education on impediments perception of adherence from infection control standards in intensive care nurses: a randomized clinical trial]. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2014;22(2):74-82.
2. Aghdami M, Alhani F. [Obstacles to implementation of professional pediatric nursing job description in the pediatric hospitals]. *Nurs Iranain J.* 2011;23(67):69-79.
3. Taylor MK. Patients' rights on the World Wide Web. *Med Ref Serv Q.* 2001;20(2):57-70. DOI: 10.1300/J115v20n02\_06 PMID: 11398544
4. Toghiani Chaharsooghi N, Karimi Monaghi H, Hassanzadeh A. [The role of professional laws and regulations in improving the quality of nursing care (A new look to the current situation and provide solutions)]. *J Sch Nurs Midwifery.* 2010;10(2):1-7.
5. Adib-Hajbaghery M, Azizi Fini E. [The knowledge of Nurses and Nursing Students in Kashan University of Medical Sciences about Professional Laws and Regulations]. *Sci J Forensic Med.* 2011;17(1):7-14.
6. Adib Hajbagheri M, Salsali M, Ahmadi F. [The concept of professional power in nursing]. *Feyz* 2004;8(29):18-9.



7. Park IS, Suh YO, Park HS, Ahn SY, Kang SY, Ko IS. The job analysis of Korean nurses as a strategy to improve the Korean Nursing Licensing Examination. *J Educ Eval Health Prof.* 2016;13:24. DOI: [10.3352/jeehp.2016.13.24](https://doi.org/10.3352/jeehp.2016.13.24) PMID: [27270987](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27270987/)
8. Gillies D. *Nursing Management: A systems Approach.* 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1994.
9. Arabi A, Pahlevanzdeh S, Jolij S. [Ethics and the Law on Nursing and Midwifery]. Isfahan University of medical sciences Isfahan pub; 2012.
10. Merzabagi G, Salemi S, Sanjary M. [Text Book of Nursing Care Standards]. Tehran: Nursing Council of the Islamic Republic of Iran; 2007.
11. Kazemiyani M, Frshydrad S. [Familiarity with criminal laws and nursing job description]. *J Leg Med.* 2007;12(2):108-12.
12. Tzeng HM. Nurses' self-assessment of their nursing competencies, job demands and job performance in the Taiwan hospital system. *Int J Nurs Stud.* 2004;41(5):487-96. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2003.12.002](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2003.12.002) PMID: [15120977](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15120977/)
13. Tavakoli N, Zafary G. [Nurses and law]. 1st ed. Tehran: Javan parastar; 2013.
14. Memarian R, Salsali M, Vanaki Z, Ahmadi F, Hajizadeh E. [Professional ethics as an important factor in clinical competency in nursing]. *Nurs Ethics.* 2007;14(2):203-14.
15. Hajinezhad M, Rafii F, Jafarjalal E, Haghani H. [Relationship between nurse caring behaviors from patients' perspectives & their satisfaction]. *Iran J Nurs.* 2007;20(49):73-83.
16. Fariba M. [Proof barriers on patient education nurses, nursing manager]. *Qazvin Univ of Med Sci.* 2002;20.
17. Abedi H, Mohammadi M, Ravanipour M, Esmaeili Vardengani S. [Duties Imposed on Hospital Nurses and its Prevention Strategies: A Case Study in Bushehr, Iran]. *Dena J.* 2011;5:39-49.
18. Azemian A. [The standards of professionalism in nursing: the nursing instructors' experiences]. *Evid Based Care.* 2014;4(1):27-40.
19. Phillips JM. Strategies for active learning in online continuing education. *J Contin Educ Nurs.* 2005;36(2):77-83. PMID: [15835583](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15835583/)
20. Heroabadi S, Mrghabi A. [Management of nursing and midwifery]. 1st ed. Tehran: Iran Medical Science University; 1996.
21. Menne HL, Ejaz FK, Noelker LS, Jones JA. Direct care workers' recommendations for training and continuing education. *Gerontol Geriatr Educ.* 2007;28(2):91-108. DOI: [10.1300/J021v28n02\\_07](https://doi.org/10.1300/J021v28n02_07) PMID: [18032193](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18032193/)
22. Whitehead D, Weiss S, Tappen R. *Essentials of Nursing Leadership and Management.* 5th ed. Philadelphia: Davis Company; 2010.
23. Nikpeyma N, Ashk Torab T. [Nurses' views about factors affecting the professional roles]. *Health Promot Manage.* 2012;1(3):73.
24. Hashemi T, Golparvar M. [The role of perceived organizational support on relationship of job stress with turnover among nurses]. *J Clin Nurs Midwifery.* 2015;4(4):29-39.
25. Oelke ND, White D, Besner J, Doran D, McGillis Hall L, Giovannetti P. Nursing workforce utilization: an examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2008;21(1):58-71. PMID: [18448891](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18448891/)
26. Lu H, While AE, Barriball KL. A model of job satisfaction of nurses: a reflection of nurses' working lives in Mainland China. *J Adv Nurs.* 2007;58(5):468-79. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2007.04233.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04233.x) PMID: [17442033](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17442033/)
27. Nikpeyma N, Abed Saeedi Z, Azargashb E, Alavi Majd H. [Nurses' perceptions of the justice in performance appraisal: a qualitative study]. *Res Nurs.* 2015;9(2):1-16.
28. Darvish M, Azarbin Z, Rahimi M. [Record and report writing in the emergency department]. *The second Congress on Emergency Medicine; Iran 2008.*
29. Karimi Moneghy H, Zubin F, Yavari M, Noghredani M, Abdollahi H. [Nurses experience of dealing with dying patients]. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2013;11(9):688-97.