

بررسی فراوانی رویه‌های پرستاری و ارتباط آن با شاخص‌های منتخب بیمارستانی در یکی از بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج»

سید محمد خادم الحسینی^۱، M.Sc.، محمدعلی خوشنویس^۲، Ph.D.

جمیله مختاری نوری^۳، M.Sc.، علی اکبر کریمی زارچی^۴، Ph.D.

چکیده

هدف: تعیین فراوانی رویه‌های ثبت شده توسط پرستاران و ارتباط آن با شاخصهای: نوع بخش بستری، میزان ساعت کار پرسنل، شیفت کاری و تعداد بستری.

روش بررسی: مطالعه به روش توصیفی مقطعی با هدف تعیین فراوانی رویه‌های پرستاری ثبت شده و ارتباط آنها با شاخصهای منتخب انجام شده است. رویه‌های پرستاری شامل کلیه عملکردهای پرستاری است که به نحوی با حرفه پرستاری ارتباط داشته باشد. این رویه‌ها می‌تواند شامل انواع پانسمان، تزریقات، سرم درمانی، نمونه‌گیری، طرحهای مراقبتی و غیره باشد. رویه‌های قابل ثبت با هماهنگی سرپرستاران و پرستاران محیط پژوهش تعیین (۹۵ رویه) شد. تعداد ۹۷۸ پرونده ترخیص شده طی دو ماه رویه‌های پرستاری اجراء شده در آن ثبت شده بود، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: اجرای ۹۳ رویه، ۸۲۶۳۸ بار ثبت شد. بیشترین تعداد نمونه (۲۳۸ پرونده) در بخش قلب مردان گرفته شده است ولی بطور کلی رویه‌ها در بخشی که پرسنل آن زنان هستند بیشتر ثبت شده است ($P=0$). هیچ ارتباط معنی داری بین میزان ساعت کار پرسنل، تعداد بیماران بستری با میزان ثبت رویه‌ها مشاهده نشد. بیشترین تعداد رویه‌ها در شیفت صبح و کمترین در شیفت عصر ثبت شده است ($P=0$).

نتیجه‌گیری: بعضی از شاخصهای اندازه‌گیری شده با میزان ثبت رویه‌های پرستاری رابطه معنی داری ندارد. ولی فراوانی رویه‌های پرستاری با همکاری پرسنل پرستاری بطور مستمر قابل اندازه‌گیری است. بکارگیری این روش برای ارزشیابی خدمات پرستاری توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: ارزشیابی، رویه‌های پرستاری، بخش بستری، ساعت کار، شیفت کاری، تعداد بستری

مقدمه

صورت به کاهش انگیزه و افت عملکرد خواهد انجامید. (۲)
ارزشیابی مهمترین و مشکل‌ترین مرحله فرایند مدیریت است. (۳) ولی وقتی افراد بخشی از فرایند ارزشیابی قرار گیرند، نه تنها این مشکل آسانتر می‌شود بلکه احساس مثبت نیز خواهند داشت (۴). برای ارتقاء عملکرد و اجرای شیوه ارزشیابی نوین نیاز

ارزشیابی به معنی اطمینان از فرایند کار، یا به عبارتی به معنی دستیابی به اهداف برنامه‌ریزی شده است. (۱) بدون ارزشیابی و کنترل دقیق ضمانت اجراء هیچ برنامه‌ای وجود ندارد. باید عملکردها به شیوه معتبر و اعتماد‌پذیری سنجیده شود در غیر این

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۵/۹، اصلاح مقاله: ۸۴/۱۲/۱۶، تاریخ پذیرش مقاله: ۸۵/۳/۲۳

که نویسنده مسئول: دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج»، تهران - ایران

* دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج»، * گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج»

آدرس پست الکترونیکی: khadem-s-M@yahoo.com

Uirti (۱۹۹۱) سیستم اندازه‌گیری کار بر اساس زمان (دقیقه) Time Oriented Score System (TOSS) را طراحی کرده و روی ۲۷۱۰ بیمار مورد بررسی قرار داد. نتایج طرح نشان داد که هر پرستار در طول ۲۴ ساعت با ۴۶ نکته مراقبتی سروکار دارد و آنها را تکرار می‌کند. (۱۰)

Miranda (۱۹۹۶) با ارائه طرحی، تعداد رویه‌های پرستاری بخش ICU که در سال ۱۹۸۳ توسط Keen ۷۶ مورد اعلام شده بود به ۲۸ مورد تغییر داد تا از معیارهای اندازه‌گیری کاسته شده و بکارگیری آن را تسهیل نماید. (۱۱-۱۳)

Castillo (۲۰۰۰) و Graf (۲۰۰۳) تاکید می‌کنند که طرح نظام امتیازبندی مداخلات درمانی با ۲۸ رویه در مقایسه با ۷۶ رویه اختلاف معنی‌داری ندارد. (۱۴، ۱۵).

روشهای ارائه شده برای سنجش خدمات پرستاری بیشتر به صورت طرحهای تحقیقاتی است و مشخص نشده است که تاکنون کدام شیوه بکارگیری شده است. از اطلاعات موجود چنین برداشت می‌شود که جزئیات مراقبت پرستاری در محیط درمان مورد محاسبه قرار نگرفته است. بطور معمول بجز دریافت نظر مافوق برای سهولت در ارزشیابی خدمات پرستاری، شاخصهایی چون نوع بخش بستری از نظر متخصص، میزان ساعت کاری ارائه شده از سوی پرسنل، شیفت کاری و تعداد بیماران بستری شده و غیره مد نظر خواهد بود. لذا این پژوهش، با هدف تعیین میزان رویه‌های پرستاری ثبت شده و ارتباط آن با بعضی از شاخصهای منتخب در بیمارستان بقیه ... الاعظم «عج» انجام شده است.

رویه‌ها شامل کلیه عملکردهای پرستاری است که به نحوی با حرفه پرستاری ارتباط داشته باشد و به تایید و تصویب پرستاران و سرپرستار بخش مربوطه رسیده باشد. این رویه‌ها می‌تواند شامل: انواع پانسمان، تزریقات، نصب آنژیوکت، سرم درمانی، نمونه‌گیری‌های لازم و ... باشد، که برای هر رویه یا فعالیت، اختصاراتی پذیرفته شده توسط همکاران این پژوهش در نظر گرفته شد و ضریب کا تعیین شد (جدول ۱). در این پژوهش بخش بستری، ساعت کاری پرسنل، شیفت کاری و تعداد بستری به عنوان شاخصهای منتخب آورده شده است.

به کنترل عملکردها با دقت زیاد است. مدیریت مبتنی بر عملکردها Performance Based Management رویکردی سیستماتیک است که از طریق فرایندهای تعیین اهداف استراتژیک عملکرد، سنجش عملکرد، جمع‌آوری و آنالیز داده‌های عملکرد، به بازنگری گزارش داده‌های عملکرد و بکارگیری این داده‌ها به بهبود عملکرد سازمان می‌انجامد. (۵)

بیشتر عملکرد پرستاری کیفی است. تبدیل کیفیت به کمیت کنترل و ارزشیابی را دقیقتر می‌کند. مدیران پرستاری به نظامهایی نیاز دارند که وظایف کمی پرستاران را برای هر بیمار تعیین کرده و برای هر روز مشخص کنند، که یکی از کاربردهای مهم آن تامین پرسنل مورد نیاز است. (۶) در برنامه‌ریزی موفق برای تامین نیروی انسانی باید مراقبت‌های پرستاری در نظر گرفته شود. (۷)

رجبی نژاد (۱۳۷۰) طی مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی روشهای ارزشیابی پرسنل پرستاری توسط سرپرستاران نتیجه‌گیری نموده است که روش ارزشیابی پرسنل توسط پرستاران به طور عمده به روش سنتی انجام می‌شود و ابزار آنان اعتماد علمی ندارد، چرا که به نظرات متکی است نه رفتارها و بیشتر به ویژگیهای شخصی افراد تکیه می‌شود و به ابعاد شغلی عملکرد، کمتر توجه می‌شود. (۸) در خصوص کیفیت در پرستاری پژوهشهای زیادی انجام شده ولی در خصوص شیوه شمارش رویه‌ها پژوهشی موجود نیست. زمان سنجی روشی از روشهای ارزشیابی خدمات پرستاری است که پژوهشهایی در این خصوص وجود دارد، از جمله رستمی پور (۱۳۶۵) پژوهشی تحت عنوان بررسی فعالیتهای غیر پرستاری پرستاران در بیمارستانهای شهر تهران با هدف اندازه‌گیری زمان صرف شده برای کارهای غیر پرستاری پرستاران انجام داده است.

نتایج نشان داد که حدود پنجاه درصد از وقت پرستاران صرف امور غیر پرستاری می‌شود. منظور از فعالیتهای غیر پرستاری در پژوهش ذکر شده شامل کارهایی است که نه مراقبت مستقیم و نه مراقبت غیر مستقیم محسوب می‌شود. به طور دقیقتر، پرستاران زن ۴۸/۵ درصد، پرستاران مرد ۳۵/۵ درصد، سرپرستاران زن ۵۸/۵ درصد و سرپرستاران مرد ۴۱/۵ درصد وقت صرف فعالیتهای غیرپرستاری می‌کنند. (۹)

جدول ۱. نمونه‌هایی از رویه‌های پرستاری و تکرار آنها طی نمونه‌گیری

تکرار	کا	نوع رویه
۹۱۵۰	۲	۱. انجام تزریقات
۸۴۸۸	۱	۲. کنترل فشار خون
۷۴۹۶	۱	۳. دادن داروهای خوراکی
۶۲۰۸	۱	۴. نسخه نویسی
۳۵۶۴	۲	۵. خروج پرسنل از بخش
۹۸۰	۱	۶. اجراء آموزش
۶۵۶	۲	۷. اجراء مراحل پذیرش
۵۱۸	۱	۸. کنترل از نظر خونریزی
۱۴۱	۵	۹. ثبت فرایند پرستاری
۹۹	۲	۱۰. تکمیل برگ بررسی بیمار
۳۰	۳	۱۱. سونداز
۱۱	۵	۱۲. خارج کردن لوله تراشه
۱۰	۱۵	۱۳. احیاء قلبی ریوی
۴	۱۰	۱۴. آرترا لاین
۲	۱۵	۱۵. لوله گذاری داخل تراشه

داشت. نمونه‌گیری غیر احتمالی سهمیه‌ای انجام شد. (۱۶) کل جامعه بخشهای بستری، به سه نوع داخلی، جراحی و تخصصی تقسیم شدند. از نوع داخلی، بخش داخلی مردان و بخش داخلی زنان، از نوع جراحی بخش جراحی عمومی زنان و بخش جراحی عمومی مردان و از نوع تخصصی، بخش تخصصی قلب زنان و بخش تخصصی قلب مردان انتخاب شدند. برای ۱۰۲۵ بیمار (۷۴/۶۹ درصد) فرم مذکور تکمیل شد، با حذف ۴۸ مورد ناقص، تعداد ۹۷۸ نمونه انتخاب شد. رویه‌های ثبت شده برای هر بیمار یک به یک با استفاده از برنامه اس.پی.اس. اس. وارد شد. با توجه به گوناگونی تعداد رویه‌های ثبت شده برای هر نمونه، انجام آزمونهای آماری برای تعیین معنی‌دار بودن اختلاف میانگینها ممکن نبود بنابراین با توجه به میزان میانه (۵۳ عدد) تعداد رویه‌ها به دو قسمت بالای میانه و پایین میانه تقسیم شد. با آزمون آماری ضریب همبستگی اسپیرمن و کای اسکوار رابطه بین رویه‌ها و شاخصهای نوع بخش بستری، میزان ساعت کار پرسنل و تعداد بیماران بستری مورد سنجش قرار گرفت. آزمون آنالیز واریانس برای تعیین اختلاف میانگین رویه‌ها نسبت به شیفت کاری صبح و عصر و شب مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

طی زمان نمونه‌گیری، اجرای ۹۳ رویه در محیط پژوهش ۸۲۶۳۸ بار ثبت شد. کنترل عملکرد فیستول و شستشوی سر از جمله مواردی بود که ثبت نشده بود. البته استحمام کامل جزء رویه‌ها بود که ثبت شده بود. در جدول ۱ نمونه‌هایی از رویه‌ها آورده شده است. عدد ۹۳ رویه با ۴۶ نکته مراقبتی یورتی و ۷۶ مورد کین، فاصله دارد. البته باید در نظر داشت که در این تحقیق، عملکرد همه پرسنل پرستاری محاسبه شده است و فقط عملکرد پرستاران مد نظر نیست. همانطور که جدول ۲ مشاهده می‌شود، بیشترین تعداد نمونه (۲۳۸ پرونده) در بخش قلب مردان گرفته شده است. این در حالی است که بیشترین میزان ثبت رویه‌ها در بخش جراحی زنان (۲۷۴۳۷ رویه) بوده است. رابطه معنی‌دار بین تعداد پرونده مطالعه شده و میزان ثبت رویه‌ها وجود ندارد

روش بررسی

مطالعه به روش توصیفی مقطعی انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه پرونده‌های بیماران ترخیص شده در بخشهای منتخب بیمارستان بقیه... (الاعظم (عج) داخلی زنان و مردان، جراحی زنان و مردان و قلب زنان و مردان) که رویه‌های اجراء شده را در آن یادداشت کرده باشند، است. رویه‌های قابل ثبت با هماهنگی سرپرستاران و پرستاران محیط پژوهش تعیین (۹۵ رویه) و میزان کا پرستاری هر کدام با اجماع مشخص شد. برای گردآوری اطلاعات فرمی طراحی شد که در آن مشخصات بیمار و جدول ثبت رویه‌ها آورده شده بود که پرستاران باید رویه‌های اجراء شده را در آن ثبت کنند، در ماه اول به صورت هفتگی میزان کا ثبت شده به پرستاران بازخورد داده شده و اشکالات جزئی که در ثبت بوجود می‌آمد، تذکر داده شد. در ماه دوم فقط بازخورد هفتگی ادامه

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی تعداد رویه‌ها، تعداد بیمار، مجموع ساعات کاری پرسنل پرستاری و تعداد نمونه (کمتر و بیشتر از میانه) به تفکیک هر بخش.

بخش	تعداد رویه‌ها و نسبت	تعداد بیمار و نسبت	ساعات کاری و نسبت	کمتر از میانه تعداد نمونه و نسبت	بیشتر از میانه تعداد نمونه و نسبت	مجموع تعداد نمونه و نسبت
قلب زنان ۴B	۱۸۲۵۱ ٪۲۲/۱۰	۲۶۲ ٪۱۹/۱۰	۷۸۹۲ ٪۱۹/۵	۸۵ ٪۴۱/۳	۱۲۱ ٪۵۸/۷	۲۰۶ ٪۱۰۰
قلب مردان ۴A	۹۸۷۳ ٪۱۱/۹۰	۳۴۲ ٪۲۴/۹۰	۸۵۱۱ ٪۲۱/۱	۱۸۸ ٪۷۹/۰	۵۰ ٪۲۱/۰	۲۳۸ ٪۱۰۰
جراحی زنان 5C	۲۷۴۳۷ ٪۳۳/۲۰	۲۲۰ ٪۱۶	۴۶۶۲ ٪۱۱/۵	۳۵ ٪۱۸/۲	۱۵۷ ٪۸۱/۸	۱۹۲ ٪۱۰۰
جراحی مردان 5A	۵۶۵۹ ٪۶/۸۰	۳۰۲ ٪۲۲	۵۸۰۷ ٪۱۴/۴	۱۰۵ ٪۷۶/۱	۳۳ ٪۲۳/۹	۱۳۸ ٪۱۰۰
داخلی زنان 8D	۵۴۸۴ ٪۶/۷۰	۹۲ ٪۶/۷۰	۶۱۱۲ ٪۱۵/۱	۳۹ ٪۴۸/۸	۴۱ ٪۵۱/۲	۸۰ ٪۱۰۰
داخلی مردان 6D	۱۵۹۳۴ ٪۱۹/۴۰	۱۵۵ ٪۱۱/۳۰	۷۴۵۱ ٪۱۸/۴	۳۲ ٪۲۵/۸	۹۲ ٪۷۴/۲	۱۲۴ ٪۱۰۰
جمع	۸۲۶۳۸ ٪۱۰۰	۱۳۷۳ ٪۱۰۰	۴۰۴۳۵ ٪۱۰۰	۴۸۴ ٪۴۹/۵	۴۹۴ ٪۵۰/۵	۹۷۸ ٪۱۰۰

جدول ۳. میانگین تعداد رویه‌ها در شیفت‌های مختلف

شیفت	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
صبح	۴۰/۱۵	۴۱/۶۳	P=0
عصر	۱۷/۶۵	۲۰/۷۱	
شب	۲۶/۷۰	۳۱/۶۳	

مجموع ساعات کاری پرسنل پرستاری طی دو ماه اجراء پژوهش آورده شده است. با توجه به این که بیشترین میزان رویه ثبت شده (۲۷۴۳۷ رویه) در کمترین ساعات کاری یعنی در بخش جراحی شده است. در بخش قلب مردان با ۳۴۲ بیمار بستری، ۹۸۷۳ و بخش جراحی زنان با ۲۲۰ بیمار بستری ۲۷۴۳۷ رویه ثبت شده است. آزمون اسپیرمن هیچ رابطه معنی‌داری بین تعداد بیمار

ولی اگر بخش داخلی مردان را نادیده بگیریم، رابطه معنی‌دار را بین جنس و میزان ثبت رویه‌ها خواهیم دید (کای اسکوار P=0) یعنی رویه‌ها در بخش زنان بیشتر ثبت شده است. در جدول ۲ زنان بوده است، با آزمون اسپیرمن هیچ رابطه معنی‌داری بین میزان ساعات کار پرسنل و میزان ثبت رویه‌ها مشاهده نشد. در جدول ۲ تعداد کل بیماران بستری طی دو ماه پژوهش آورده

رویه‌های ثبت شده مشاهده نشد. بنظر می‌رسد این دو معیار برای بکارگیری مدیران، اعتبار ندارند. بیشترین رویه‌ها به ترتیب در شیفت صبح و شب و سپس عصر ثبت شده است. ساعت کار در شیفت صبح هفت ساعت، عصر شش ساعت و شب دوازده ساعت است. به نظر پژوهشگران علت افزایش رویه‌ها در شیفت صبح واضح است چراکه ساعت کار اصلی تیم پزشکی است و بطور معمول با افزایش تعداد پرسنل جبران می‌شود و علت افزایش ثبت رویه‌ها در شب نسبت به شیفت عصر دو برابر بودن ساعت شیفت است ولی همانطور که مشاهده می‌کنید نسبت ثبت رویه‌ها در شیفت شب دو برابر نیست. بنابراین در این جا نیز مشاهده می‌شود که شاخص ساعت کار برای ارزشیابی پرستاران شاخص مناسبی نیست.

وقت‌گیر بودن وارد کردن اطلاعات با نرم افزار SPSS و شیوه تجزیه و تحلیل کردن آن از نقطه ضعفهای اجرای این طرح بود، بطوری که وارد کردن اطلاعات یک پرونده با زمان بستری طولانی گاه تا یک ساعت بطول می‌انجامید. البته این مشکل با طراحی و توسعه نرم افزار مناسب، و مشارکت پرسنل پرستاری برای ورود اطلاعات، قابل رفع است.

پیشنهاد. بکارگیری روش شمارش رویه‌های پرستاری برای ارزشیابی خدمات پرستاری به دلایل زیر توصیه می‌شود:

۱. اندازه‌گیری رویه‌های پرستاری در واقع نوعی ارزشیابی رفتاری است که بر ارزشیابی نظری ارجحیت دارد.

۲. آمار دقیقی از پروسیجرها ارائه می‌شود که بر اساس آن می‌توان پرسنل مورد نیاز را تامین کنند.

۳. پرداختهای نقدی می‌تواند بر اساس ثبت رویه‌ها به ازای هر پرسنل باشد.

۴. پرستاران برای اجرای رویه‌ها از یکدیگر سبقت خواهند گرفت، بطوری که برای مراقبت از بیماران بدحال داوطلب بیشتری خواهیم داشت.

۵. با تعیین تعرفه برای رویه‌های پرستاری، بسیاری از کارهای پرستاری که در حال حاضر در جایی محاسبه نمی‌شود را می‌توان در صورت حساب بیماران درج کرده و قسمتی از هزینه مراقبت - که در حال حاضر در صورت حساب نقشی ندارد- را تامین کرد.

بستری و ثبت رویه‌ها نشان نداد. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین رویه‌های اجراء شده در شیفت صبح: ۴۰/۱۵، شیفت عصر ۲۰/۷۱ و شب ۳۱/۶۳ بود. آزمون آنالیزواریانس یکطرفه با $P=0$ این اختلاف را معنی‌دار نشان می‌دهد.

بحث

با وجود این که مدیر پرستاری و سرپرستاران بر همکاری با پژوهشگر تاکید می‌کردند ولی از ۱۲۶ نفر پرسنل پرستاری شاغل، ۱۸ نفر هیچ گونه رویه ای را ثبت نکردند، در ۳۴۸ بیمار بستری از ۱۳۷۳ مورد، ثبت رویه انجام نشد و از ۹۷۸ نمونه فقط برای ۶۵۶ مورد، رویه ادمیت ثبت شده است. این آمار حاکی از آن است که تعداد رویه‌های ثبت با تعداد رویه‌های اجراء شده فاصله قابل توجهی دارد. این موضوع در بازدیدهای حضوری حین اجراء پژوهش نیز قابل مشاهده بود. دلیل این امر عبارت است از:

۱. ثبت رویه‌ها به دلیل پژوهشی بودن طرح از سوی همه پرسنل جدی گرفته نشد.

۲. وضعیت روحی روانی پرسنل

۳. با این که بازخورد میزان ثبت هر هفته به پرسنل داده می‌شد ولی بازخورد نقدی در پایان پژوهش داده شد.

پژوهشگران معتقدند که در صورتی که بازخورد نقدی مستمر باشد، میزان ثبت رویه‌ها ممکن است تا دو برابر هم افزایش یابد. علل افزایش میزان ثبت رویه‌ها در بخش خانمها می‌تواند به دو علت زیر باشد:

۱. خانمها در هنگام بیماری مشکلات بیشتری دارند و بدنبال آن رویه‌های بیشتری برای آنها ثبت می‌شود.

۲. پرستاران خانم در ثبت رویه‌ها بهتر از پرستاران مرد عمل کرده‌اند.

پژوهشگران معتقدند، بازخورد نقدی همراه با نظارت مستمر این ابهام را نیز از میان خواهد برد. ساعات کار پرسنل و تعداد بیمار بستری جزء معیارهای کمی است که بسیاری از مدیران در ارزشیابی پرستاران بکار می‌گیرند و بطور معمول پاداشها را بر حسب افزایش آن افزایش می‌دهند. در این پژوهش هیچ رابطه معنی‌داری بین ساعت کاری و تعداد بیمار بستری با میزان

management functions in nursing Theory and application, 4th ed, Lippincott Co 2003, P: 468.

۸. رجیبی نژاد ط. بررسی روش‌های ارزشیابی پرسنل پرستاری توسط سرپرستان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۰. صفحات ۸۶، ۹۷.
۹. رستمی پوردولت آباد ا. بررسی فعالیت‌های غیر پرستاری پرستاران در بیمارستان‌های شهر تهران، پایان نامه فوق لیسانس، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۶۵، صفحات ۱۰۳، ۲۱۱.

10. Italian multicenter group of research (GIRTI) Time Oriented Score System(TOSS): A method for direct and quantitative assessment of nursing workload for ICU patients. Intensive Care Med 1991; 17: 340-5.

11. Miranda DR, de Rijk A, Shaufeli W. Simplified therapeutic intervention scoring system: the TISS28 items. Crit Care Med 1996; 24: 64-73.

12. Keene AR, Cullen DJ. Therapeutic intervention scoring system: update Crit Care Med 1983; 11: 1-3.

13. Miranda DR. www.sfar.org/scores/Tiss28.htm/ 1996.

14. Castillo LE. Tiss 76 and Tiss 28: Correlation of two therapeutic activity indices on a spanish multicenter ICU database; Intensive Care Med 2000; 26(1); PP 57-61.

15. Graf J. Cost analysis and outcome prediction with the therapeutic intervention scoring system (TISS and TISS28); Med Klin(Munich) 2003; 15; 98(3): 123-32.

16. Polit DF, Beck CT. Nursing research and Methods. Seventh ed; Lippincott co 2003, 293.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد بعضی از معیارهایی که مدیران بطور معمول برای ارزشیابی خدمات پرستاری بکار می‌گیرند مانند نوع بخش بستری، تعداد پرسنل و تعداد بیمار بستری با میزان رویه‌های ثبت شده ارتباطی ندارد. از سوی دیگر نشان داد که کمیت رویه‌های پرستاری با همکاری پرسنل پرستاری بطور مستمر قابل اندازه‌گیری است.

References

1. Huber D. Leadership and Nursing Care Management, W.B. Saunders Co 2000, P: 84.

۲. حیرانی آ. بررسی تاثیرات پرداخت پاداش تولید بر کاهش توقفات تولید شرکت پاکنام، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی، ۱۳۷۵، صفحه ۱۰۹.

3. Fisher ML. Quick reference to redesigning the nursing organization Delmar; Publishers 1996; Co; P: 133.

4. Howkins E, Thornton C. Managing and leading Innovation in Health care, Bailliere Tindall Publisher 2002, P: 239.

۵. میرزاصادقی ع، وطن خواه س، فاطمی ر. مدیریت مبتنی بر عملکرد؛ چاپ دوم؛ انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱، صفحات ۱۱، ۳، ۲۹.

6. Payson AA. Determining true nursing costs improves financial planning; Health Prog 1987; 68(4); 50-1, 80.

7. Marquis B, Huston C. Leadership Roles and