J Crit Care Nurs. 2026 March;19(1):48-58

10.30491/JCC.19.1.48 **Research Article**

Assessment of Competency in Post-Cardiopulmonary Resuscitation Care Among Nurses Working in Selected Teaching-Therapeutic Hospitals Affiliated with Tabriz University of Medical Sciences

Parvaneh Rezaei[1], Azad Rahmani[2], Hossein Feizollazadeh[1], Asghar Mohammadpour Asl[3], Sanam Mokarram[1], Fariborz Roshangar[2*]

1. School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
2. Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
3. School of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

[*] **Corresponding Author:** Fariborz Roshangar, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. Email: froshangar@tbzmed.ac.ir

How to Cite: Rezaei P, Rahmani A, Feizollazadeh H, Mohammadpour Asl A, Mokarram S, Roshangar F. Assessment of Competency in Post-Cardiopulmonary Resuscitation Care Among Nurses Working in Selected Teaching-Therapeutic Hospitals Affiliated with Tabriz University of Medical Sciences. 2026;19(1):48-58. doi: 10.30491/JCC.19.1.48

Received: 16 April 2026 **Accepted:** 25 August 2026 **Online Published:** 26 August 2026

Abstract

Background & aim: Assessment of nurses' clinical and professional competencies in post-cardiopulmonary resuscitation (post-CPR) care is essential for improving clinical outcomes, reducing complications associated with post-cardiac arrest syndrome, and enhancing patient survival. This study aimed to determine the level of competency among nurses working in teaching hospitals affiliated with Tabriz University of Medical Sciences in 2023.

Methods: This descriptive-analytical cross-sectional study was conducted in 2023 among 230 nurses working at Imam Reza and Shahid Madani Hospitals in Tabriz. Participants were selected using stratified quota random sampling. Data were collected using a demographic and occupational characteristics form and the standardized Nurses' Competency in Providing Post-Cardiopulmonary Resuscitation Care Questionnaire, consisting of 53 items across six dimensions. Data were analyzed with descriptive statistics, independent t-test, one-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient, and linear regression.

Results: The mean ± SD of the total competency score was 221.03 ± 23.14 (range: 53-265), indicating high overall clinical competency. The highest mean score was recorded for "Timely reporting of changes in the patient's condition to the physician" (4.66 ± 0.51), whereas the lowest was recorded for "Leaving the patient's bedside after connecting the patient to a ventilator" (2.80 ± 1.27). A statistically significant positive correlation was observed between competency and age ($r = 0.172$, $P = 0.009$) and between competency and work experience ($r = 0.166$, $P = 0.012$). Competency scores differed significantly according to marital status, hospital of employment, work shift, clinical department, job position, and employment status ($P<0.05$).

Conclusion: Although overall competency was satisfactory, lower scores among less-experienced nurses and emergency department staff highlight the need for targeted post-resuscitation training programs and simulation-based workshops, particularly for these subgroups.

Keywords: Cardiac Arrest; Post-Resuscitation Care; Nursing Competency; Cardiopulmonary Resuscitation; Critical Care.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491/JCC.19.1.48]

Copyright © 2026 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/6.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
مقاله پژوهشی
دوره ۱۹، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵
10.30491/JCC.19.1.48

تعیین شایستگی در مراقبت‌های پس از احیای قلبی- ریوی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی- درمانی منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز

پروانه رضائی[۱]، آزاد رحمانی[۲]، حسین فیض‌الله زاده[۱]، اصغر محمدپور اصل[۳]، صنم مکرم[۱]، فریبرز روشنگر[۲*]

[۱] دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
[۲] گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
[۳] دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

[*] **نویسنده مسئول:** فریبرز روشنگر، گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. پست الکترونیک: froshangar@tbzmed.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۴۰۵/۰۱/۲۷ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۵/۰۶/۰۳ **انتشار مقاله:** ۱۴۰۵/۰۶/۰۴

چکیده

زمینه و هدف: ارزیابی شایستگی‌های بالینی و حرفه‌ای پرستاران در مراقبت‌های پس از احیای قلبی- ریوی جهت بهبود پیامدهای بالینی، کاهش عوارض سندرم پس از احیا و ارتقای نرخ بقای بیماران ضرورتی انکارناپذیر است. مطالعه حاضر با هدف تعیین سطح شایستگی پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های آموزشی- درمانی منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی در سال ۱۴۰۲ بر روی ۲۳۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) و شهید مدنی تبریز انجام شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی طبقه‌ای سهمیه‌ای صورت گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها شامل چک لیست مشخصات فردی- شغلی و پرسشنامه استاندارد «شایستگی پرستاران در انجام مراقبت‌های پس از احیای قلبی- ریوی» (۵۳ گویه‌ای در شش بُعد) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی، رگرسیون خطی، T مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه (ANOVA) و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره کل شایستگی پرستاران (۲۳/۱۴ ± ۲۲۱/۰۳) (از دامنه ۵۳ تا ۲۶۵) به‌دست آمد که نشان‌دهنده سطح بالای شایستگی بالینی بود. بیشترین میانگین مربوط به گویه «اطلاع‌رسانی به‌موقع تغییرات وضعیت بیمار به پزشک» (۰/۵۱ ± ۴/۶۶) و کمترین آن مربوط به گویه «ترک بالین بیمار پس از اتصال به ونتیلاتور» (۱/۲۷ ± ۲/۸۰) بود. همبستگی آماری مثبت و معنی‌داری بین شایستگی با سن (r = ۰/۱۷۲، P = ۰/۰۰۹) و سابقه کار (P = ۰/۰۱۲، r = ۰/۱۶۶) مشاهده شد. همچنین نمره شایستگی بر حسب وضعیت تأهل، بیمارستان محل خدمت، شیفت کاری، بخش، سمت و وضعیت استخدامی تفاوت معنی‌دار آماری داشت (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: با توجه به ارزیابی سطح شایستگی پرستاران در حد مطلوب و در عین حال پایین‌تر بودن آن در پرستاران کم‌سابقه‌تر و شاغل در بخش اورژانس، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی هدفمند و مدون در زمینه مراقبت‌های پیشرفته پس از احیا و کارگاه‌های شبیه‌سازی، به‌ویژه برای پرستاران بخش اورژانس و نیروهای تازه وارد طراحی و اجرا شود.

کلید واژه‌ها: ایست قلبی، مراقبت‌های پس از احیا، شایستگی پرستاری، احیای قلبی- ریوی، مراقبت‌های ویژه.

مقدمه

امروزه ایست قلبی- ریوی به عنوان یک فوریت بالینی، همچنان یکی از اصلی‌ترین عوامل مرگ‌ومیر و بار ناشی از بیماری‌ها در نظام‌های سلامت جهان بشمار می‌رود [۱،۲]. اگرچه تحولات علمی پیشرو و استقرار پروتکل‌های پیشرفته احیا (ACLS) به شکل قابل توجهی نرخ بازگشت موفقیت‌آمیز گردش خون خودبه‌خودی (ROSC) را افزایش داده است، اما واقعیت‌های بالینی حاکی از آن است که دستیابی به (ROSC) تنها مرحله نخست از یک مسیر درمانی پیچیده است [۳،۴]. در حقیقت، بخش عمده‌ای از بیمارانی که فاز اولیه احیا را با موفقیت سپری می‌کنند، در فاز پس از احیا مستعد ابتلا به پیامدهای ناگوار ناخواسته و افت شدید شاخص‌های حیات هستند [۵]. منشأ این بحران بالینی، بروز پدیده‌ای پیچیده موسوم به آسیب ایسکمی- خون‌رسانی مجدد (Ischemia-Reperfusion Injury) است که طی فرآیندهای التهابی و اکسیداتیو گسترده، منجر به وقوع «سندرم پس از ایست

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]
[DOI: 10.30491/JCC.19.1.48]

قلبی» (Post-Cardiac Arrest Syndrome) (PCAS) می‌شود [۶]. این سندرم که شامل آسیب‌های منتشر مغزی، اختلال عملکرد میوکارد (Myocardial Dysfunction)، پاسخ التهابی سیستمیک شباهت‌پذیر به سپسیس و اختلالات زمینه‌ای پایدار است، به عنوان متهم اصلی مرگ‌ومیرهای ثانویه و معلولیت‌های عصب‌شناختی در طولانی مدت شناخته می‌شود [۷،۸].

در این میان، پیچیدگی‌های چند ارگانی سندرم (PCAS)، ضرورت مداخله ساختاریافته و منسجمی را ایجاب می‌کند که تحت عنوان «مراقبت‌های پس از احیا» شناخته می‌شود؛ مراقبت‌هایی که هدف آن‌ها تثبیت وضعیت فیزیولوژیک، به حداقل رساندن آسیب‌های ثانویه مغزی و ارتقای شانس بقای بدون ناتوانی بیمار است [۹،۱۰]. بر اساس گایدلاین‌های معتبر بین‌المللی از جمله دستورالعمل‌های انجمن قلب آمریکا(AHA) (AHA) و شورای احیای اروپا (ERC)، مدیریت موفق این فاز نیازمند مداخله همزمان و هدفمند در ابعاد متعددی نظیر حفاظت از راه هوایی، تنظیم دقیق اکسیژن‌رسانی و تهویه (جهت جلوگیری از هایپوکسی و هایپرکاپنی)، مدیریت همودینامیک، کنترل هدفمند دما (Targeted Temperature Management)، مدیریت اختلالات الکترولیتی و کنش‌های تشنجی و نیز کنترل دقیق متابولیک است [۱۱،۱۲]. با این وجود، ترجمه این دستورالعمل‌های پیچیده نظری به اقدامات عملی مؤثر در بالین بیمار، تا حد زیادی تحت تأثیر آمادگی، تسلط و شایستگی نیروی انسانی قرار دارد. [۱۳].

در ساختار درمانی بخش‌های ویژه و اورژانس، پرستاران به عنوان ارائه‌دهندگان مداوم و ۲۴ ساعته مراقبت‌های بالینی، محور اصلی اجرای این دستورالعمل‌های حیاتی محسوب می‌شوند [۱۴]. وظایف بالینی پرستاران در این فاز شامل پایش مداوم سیگنال‌های حیاتی، اجرای دقیق و زمان‌بندی‌شده پروتکل‌های دارویی و مراقبتی، ارزیابی زودهنگام نشانه‌های افت وضعیت بالینی و مدیریت شرایط بحرانی پیش‌بینی‌نشده است [۱۵]. ایفاگری موفق چنین نقش‌های حساس و چندوجهی، منوط به برخورداری از «شایستگی پرستاری» (Nursing Competence) در سطحی بالاتر از تعاریف عمومی است. شایستگی در این حیطه، یک سازه درهم‌تنیده و چند بُعدی مشتمل بر دانش عمیق فیزیوپاتولوژیک، مهارت‌های فنی پیشرفته، نگرش حرفه‌ای مسئولانه، توانایی اخذ تصمیمات بالینی سریع در شرایط بحران و تفکر انتقادی است [۱۶،۱۷]. فقدان یا نارسایی در هر یک از این ابعاد شایستگی می‌تواند پیامدهای جبران‌ناپذیری، از جمله تأخیر در تشخیص نقص‌های همودینامیک یا مداخله نادرست تنفسی را به همراه داشته باشد که مستقیماً بر بازگشت‌ناپذیری آسیب‌های مغزی و کاهش نرخ بقای بیماران تأثیر منفی می‌گذارد [۱۸،۱۹].

علی‌رغم صراحت متون علمی در زمینه نقش تعیین‌کننده شایستگی پرستاران در فاز پس از احیا، مرور انتقادی ادبیات پژوهشی موجود نشان می‌دهد که تمرکز اکثریت تحقیقات پیشین بر سنجش عملکرد، دانش و مهارت‌های کادر درمان در طول فرآیند احیای قلبی- ریوی (CPR) بوده و ابعاد شایستگی آنان در فاز حیاتی پس از ROSC تا حد زیادی مغفول مانده یا به صورت پراکنده بررسی شده است [۲۰،۲۱]. از طرفی، تعیین سطح شایستگی پرستاران در هر محیط درمانی نیازمند ارزیابی‌های بومی بر اساس بستر حاکم بر سیستم آموزشی و اجرایی آن منطقه است تا بر اساس یافته‌های آن بتوان برای برنامه‌ریزی‌های آموزشی و اصلاح پروتکل‌های بالینی اقدام نمود. بر همین اساس و به منظور رفع این خلاء پژوهشی در سطح بیمارستان‌های آموزشی ایران، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی و تحلیل جامع شایستگی پرستاران در ارائه مراقبت‌های پس از احیای قلبی- ریوی در بیمارستان‌های آموزشی- درمانی منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۴۰۲ طراحی و به مرحله اجرا درآمد.

روش‌ها

طراحی پژوهش و محیط پژوهش: این مطالعه توصیفی- تحلیلی و مقطعی در سال ۱۴۰۲ با هدف سنجش شایستگی‌های بالینی پرستاران در فاز مراقبت‌های پس از احیای قلبی- ریوی بر اساس الزامات راهنمای استانداردی (STROBE) صورت گرفت. محیط انجام پژوهش شامل مراکز آموزشی- درمانی امام رضا (ع) و شهید مدنی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز بود. انتخاب این دو مرکز به دلیل حجم بالای پذیرش بیماران دچار ایست قلبی، وجود بخش‌های مراقبت ویژه مجهز و تخصصی و ارجاعی بودن این مراکز در سطح منطقه شمال غرب کشور صورت گرفت. جامعه هدف پژوهش شامل تمامی پرستاران شاغل در بخش‌های خط مقدم مراقبت از این بیماران (بخش‌های اورژانس، ICU، CCU، جراحی و داخلی) بود.

حجم نمونه و محاسبه آماری: با توجه به عدم وجود مطالعات پیشین همسو در چارچوب بالینی مشابه جهت استخراج انحراف معیار متغیر اصلی پژوهش (شایستگی بالینی در مراقبت‌های پس از احیا)، یک مطالعه مقدماتی (Pilot Study) با حضور ۲۰ پرستار واجد شرایط انجام شد. انحراف معیار بدست‌آمده از این مطالعه مقدماتی S =۲۲/۵ بود. با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و دقت برآورد (d=۳)، برآورد حجم نمونه طبق فرمول استاندارد سنجش پارامتر میانگین در جامعه محدود انجام شد:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \cdot \sigma^2}{d^2}$$

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491/JCC.19.1.48]

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (22.5)^2}{(3)^2} = \frac{3.8416 \cdot 506.25}{9} = \frac{1944.8096}{9} \approx 216.09$$

بر این اساس، حداقل حجم نمونه لازم ۲۱۶ نفر برآورد شد. جهت پوشش دادن نرخ افت یا عدم همکاری احتمالی (Non-response rate) که حدود ۱۰ درصد تخمین زده شد، تعداد کل ۲۳۰ پرسشنامه توزیع شد.

استراتژی نمونه‌گیری و معیارهای ورود و خروج: استراتژی نمونه‌گیری از نوع تصادفی طبقه‌ای با تخصیص متناسب (Proportional Stratified Random Sampling) بود. در این ساختار، هر بیمارستان و بخش‌های پنج‌گانه مورد مطالعه به عنوان یک طبقه مجزا در نظر گرفته شدند. سهمیه هر بخش متناسب با نسبت پرستاران واجد شرایط همان بخش به کل جامعه تعیین شد. سپس، انتخاب افراد از داخل هر طبقه به شیوه تصادفی ساده و با بهره‌گیری از سامانه برنامه‌دهی پرسنلی و کد شناسه پرستاران صورت پذیرفت.

معیارهای ورود (Inclusion Criteria)): ۱. داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری. ۲. سابقه کار بالینی حداقل شش ماه در بخش‌های مربوطه. ۳. اشتغال به مراقبت مستقیم از بیمار. ۴. سابقه بالینی ثبت شده حداقل یک بار ارائه مراقبت در فاز پس از احیا (Post-ROSC).

معیارهای عدم شمول (Exclusion Criteria): ۱. عدم تمایل آگاهانه به ادامه حضور در پژوهش. ۲. مخدوش بودن یا ناقص بودن پاسخ‌ها بیش از ۱۰ درصد کل گویه‌های پرسشنامه.

ابزار سنجش و ویژگی‌های روان‌سنجی: ابزار جمع‌آوری داده‌ها مشتمل بر دو بخش بود:

۱. بخش جمعیت‌شناختی و سوابق حرفه‌ای: شامل شاخص‌های سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، بیمارستان محل خدمت، بخش بالینی، سابقه کار کلی، سابقه کار در بخش فعلی، وضعیت استخدامی، سمت، و سوابق شرکت در دوره‌های آموزشی CPR و مراقبت‌های پس از احیا. روایی محتوایی این بخش توسط پانل متخصصان (۱۵ نفر از اساتید پرستاری و طب اورژانس) ارزیابی و تأیید شد.

۲. پرسشنامه تخصصی شایستگی پرستاران در مراقبت‌های پس از احیا: این ابزار بومی توسط ذالی و همکاران (۱۴۰۲) طراحی و اعتبارسنجی شده است [۱۸]. پرسشنامه شامل ۵۳ گویه در ۶ بُعد ساختاریافته است: مراقبت حرفه‌ای (۱۹ گویه)، پایش مستمر (۵ گویه)، ارتقای کیفیت (۹ گویه)، مدیریت شرایط بحرانی (۶ گویه)، اقدامات پیشگیرانه (۵ گویه)، و مراقبت از خانواده (۹ گویه) [۱۸]. پاسخ‌ها در طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت (۱ = کاملاً مخالفم تا ۵ = کاملاً موافقم) نمره‌دهی می‌شوند. دامنه نمره کل بین ۵۳ تا ۲۶۵ متغیر است که نمرات بالاتر، نشان‌دهنده سطح شایستگی بالاتر پرستار است [۱۸].

در خصوص روان‌سنجی ابزار باید اظهار داشت که روایی سازه پرسشنامه توسط طراحان اصلی از طریق تحلیل عاملی تأیید شده بود [۱۸]. در پژوهش حاضر، همسانی درونی (Internal Consistency) ابزار سنجش شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ محاسبه شد. همچنین ثبات زمانی ابزار (Test-Retest) از طریق بازآزمایی بر روی ۲۰ پرستار با فاصله زمانی دو هفته ارزیابی و ضریب همبستگی درون‌طبقاتی (ICC) معادل ۰/۹۱ به‌دست آمد که نشان‌دهنده پایایی فوق‌العاده ابزار است.

ملاحظات اخلاقی: کلیت مراحل این پژوهش در تطابق کامل با اصول اخلاقی کدگذاری‌شده در بیانیه هلسینکی (اصلاح‌شده در سال ۲۰۱۳) طراحی شده و مصوبه رسمی کمیته منطقه‌ای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد اخلاقی شماره: IR.TBZMED.REC.1403.022 انجام پذیرفت. معرفی‌نامه‌های رسمی از سوی معاونت پژوهشی دانشگاه به مدیریت ارشد بیمارستان‌های آموزشی- درمانی امام رضا (ع) و شهید مدنی ارائه شد. فرآیند اخذ رضایت‌نامه مبتنی بر شفافیت کامل صورت گرفت؛ به طوری که اهداف پژوهش، نحوه حفظ محرمانگی شناسه پرسنلی، استفاده انحصاری از داده‌ها در راستای مقاصد علمی، و اختیار کامل فرد جهت انصراف در هر زمان به شرکت‌کنندگان تفهیم شد. رضایت‌آگاهی کتبی (Written Informed Consent) به صورت کاملاً داوطلبانه از کلیه پرستاران شرکت‌کننده اخذ شد و تمامی پرسشنامه‌ها بدون درج نام و مشخصات هویتی کدگذاری شدند.

تحلیل داده‌ها: پردازش و تحلیل آماری داده‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ صورت پذیرفت. تحلیل‌های توصیفی برای خلاصه‌سازی متغیرهای کیفی (جمعیت‌شناختی و شغلی) به صورت فراوانی مطلق و نسبی (درصد) و برای متغیرهای کمی به صورت میانگین و انحراف معیار ارائه شدند. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای کمی با به‌کارگیری آزمون کلموگروف- اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) و بررسی گرافیکی نمودارهای Q-Q Plot همراه با سنجش ضرایب چولگی و کشیدگی (در بازه ۱/۵- تا ۱/۵+) ارزیابی شد که تأییدکننده توزیع نرمال متغیر وابسته بود.

به منظور تحلیل‌های استنباطی متناسب با مفروضات پارامتریک:

۱. برای مقایسه میانگین نمرات شایستگی در متغیرهای دو حالته جمعیت‌شناختی، آزمون t مستقل (Independent Samples t-test) بکار رفت.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491/JCC.19.1.48]

۲. جهت مقایسه میانگین نمره شایستگی در متغیرهای طبقاتی بیش از دو گروه (از جمله بخش محل خدمت، بیمارستان و وضعیت استخدامی)، آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه (One-Way ANOVA) استفاده شد و در صورت معنی‌داری، جهت تعیین محل اختلاف بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی (Tukey's Post-Hoc) بهره گرفته شد.

۳. جهت ارزیابی جهت و شدت همبستگی بین متغیرهای سن و سابقه کار با نمره شایستگی پرستاران، ضریب همبستگی پیرسون (Pearson Correlation Coefficient) محاسبه شد.

۴. در نهایت، جهت ارزیابی اثرات همزمان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده بر سطح شایستگی و تعدیل متغیرهای مداخله‌گر، از مدل رگرسیون خطی چندگانه (Multiple Linear Regression Analysis) استفاده شد. مفروضات رگرسیون اعم از عدم هم‌خطی چندگانه (Multicollinearity) با شاخص‌های VIF (<۰/۵) و Tolerance (>۰/۲) کنترل شد.

تمامی تحلیل‌ها دوطرفه (Two-tailed) بوده و سطح خطای نوع اول $\alpha = ۰/۰۵$ ($P<۰/۰۵$) به عنوان مرز معنی‌داری آماری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از مجموع ۲۳۰ پرسشنامه توزیع شده در میان پرستاران شاغل در مراکز آموزشی- درمانی منتخب، تمامی پرسشنامه‌ها به طور کامل تکمیل و عودت داده شد (نرخ پاسخ‌دهی ۱۰۰ درصد). ارزیابی مفروضات آماری نشان داد که توزیع نمره کل شایستگی پرستاران بر اساس آزمون کلموگروف- اسمیرنوف از توزیع نرمال پیروی می‌کند ($P = ۰/۲۰۰$).

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و شغلی شرکت‌کنندگان:

خصوصیات جمعیت‌شناختی کمی شرکت‌کنندگان در جدول یک خلاصه‌شده است. میانگین و انحراف معیار سن پرستاران (۱۱/۸ ± ۳۳/۰۵) سال (در دامنه ۲۲ تا ۵۴ سال) و میانگین سابقه کار کلی بالینی (۷/۸۰ ± ۸/۶۷) سال (در دامنه یک سال تا ۲۹/۱۰) بود. همچنین خصوصیات جمعیت‌شناختی و شغلی کیفی نمونه‌ها در جدول دو ارائه شده است. اکثریت شرکت‌کنندگان را زنان (۷۹/۶ درصد)، افراد دارای مدرک کارشناسی (۸۷/۸ درصد)، متأهلین (۶۴/۸ درصد) و شاغلین در مرکز آموزشی- درمانی امام رضا (ع) (۵۶/۱ درصد) تشکیل می‌دادند (جدول یک و دو).

جدول ۱. خصوصیات جمعیت‌شناختی کمی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
انحراف معیار	۲۲	۵۴	۳۳/۵	۱۱/۸۰
سابقه کار کلی (سال)	۱	۲۹/۱۰	۸/۶۷	۷/۸۰

N = ۲۳۰

جدول ۲. خصوصیات جمعیت‌شناختی کیفی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	سطح متغیر	تعداد	درصد
جنس	زن	۱۸۳	۷۹/۶
	مرد	۴۷	۲۰/۴
تأهل	مجرد	۷۸	۳۳/۹
	متأهل	۱۴۹	۶۴/۸
	بیوه/ مطلقه	۳	۱/۳
تحصیلات	کارشناسی	۲۰۲	۸۷/۸
	کارشناسی ارشد	۲۸	۱۲/۲
محل خدمت	بیمارستان امام رضا (ع)	۱۲۹	۵۶/۱
	بیمارستان شهید مدنی	۱۰۱	۴۳/۹
بخش بالینی	اورژانس	۳۳	۱۴/۳
	CCU	۴۳	۱۸/۷
	ICU	۵۲	۲۲/۶
	جراحی	۵۰	۲۱/۷
	داخلی	۳۸	۱۶/۵
	دفتر پرستاری/ سوپروایزری	۱۴	۶/۱
سمت	پرستار	۲۰۲	۸۷/۸
	سرپرستاری	۱۵	۶/۵
	سوپروایزر	۱۳	۵/۷
نوع استخدام	رسمی	۱۲۳	۵۳/۵
	پیمانی	۳۷	۱۶/۱
	طرحی	۶۱	۲۶/۵
	سایر (قراردادی/ شرکتی)	۹	۳/۹
شیفت کاری	ثابت	۳۴	۱۴/۸

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491/JCC.19.1.48]

در گردش	۱۹۶	۸۵/۲

N = ۲۳۰

سطح شایستگی پرستاران در مراقبت‌های پس از احیا:

میانگین و انحراف معیار نمره کل شایستگی پرستاران (۲۳/۱۴ ± ۲۲۱/۰۳) (در دامنه قابل تغییر ۵۳ تا ۲۶۵) برآورد شد که نشان‌دهنده سطح مطلوب و بالای شایستگی بالینی نمونه‌های مورد مطالعه است. تحلیل گویه‌های ابزار نشان داد که بیشترین میانگین نمره مربوط به گویه شماره ۴۱ تحت عنوان «تغییرات مهم در وضعیت بیمار احیا شده را به‌موقع به پزشک معالج اطلاع می‌دهم» (۰/۵۱ ± ۴/۶۶) و گویه شماره ۲۸ با عنوان «پس از احیا، از کفایت راه هوایی بیمار اطمینان حاصل می‌کنم» (۰/۶۲ ± ۴/۶۳) بود. در مقابل، کمترین میانگین نمره شایستگی به گویه معکوس شماره ۲۲ با عنوان «پس از متصل کردن بیمار احیا شده به ونتیلاتور و مانیتور، بالین بیمار را ترک می‌کنم» (۱/۲۷ ± ۲/۸) و گویه شماره ۴۸ با عنوان «به اعضای خانواده بیمار احیا شده هنگام انجام برخی رویه‌های تشخیصی و درمانی اجازه همراهی می‌دهم» (۱/۱۴ ± ۳/۵۳) اختصاص داشت (جدول سه).

جدول ۳. توزیع پاسخ‌ها، میانگین و انحراف معیار گویه‌های شاخص شایستگی پرستاران

شماره گویه	متن گویه	کاملاً موافقم (درصد)	موافقم (درصد)	نظری ندارم (درصد)	مخالفم (درصد)	کاملاً مخالفم (درصد)	میانگین (انحراف معیار)
۱	آگاهی از سندرم پس از احیا	(۲۰/۹)۴۸	(۵۹/۶)۱۳۷	(۱۰)۲۳	(۹/۶) ۲۲	(۰)۰	(۰/۸۲) ۳/۹۲
۶	تفسیر آزمایش گازهای خون شریانی	(۴۱/۳)۹۵	(۴۴/۳) ۱۰۲	(۱۲/۲) ۲۸	(۲/۲) ۵	(۰)۰	(۰/۷۵) ۴/۲۵
*۲۲	ترک بالین پس از اتصال به مانیتور و ونتیلاتور	(۱۱/۳)۳۶	(۲۰/۹) ۴۸	(۲۳/۵) ۵۴	(۲۵/۷) ۵۹	(۱۸/۷)۴۳	(۱/۲۷) ۲/۸۰
۲۸	اطمینان از کفایت راه هوایی بیمار	(۷۰)۱۶۱	(۲۴/۸)۵۷	(۳/۹)۹	(۱/۳) ۳	(۰)۰	(۰/۶۲) ۴/۶۳
۴۱	اطلاع‌رسانی به موقع تغییرات وضعیت بیمار	(۶۷/۸) ۱۵۶	(۳۰/۹) ۷۱	(۰/۹)۲	(۰/۴) ۱	(۰)۰	(۰/۵۱) ۴/۶
۴۸	اجازه حضور خانواده هنگام رویه‌های بالینی	(۲۳/۵) ۵۴	(۳۰/۹) ۷۱	(۲۶/۵)۶۱	(۱۳/۹) ۳۲	(۵/۲)۱۲	(۱/۱۴) ۳/۵۳
کل	نمره کل شایستگی پرستاران						(۲۳/۱۴) ۲۲۱/۰۳

گویه شماره ۲۲ دارای ماهیت معکوس در نمره‌دهی است. N = 230، Range: 53-265.

ارتباط ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و شغلی با شایستگی پرستاران:

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کل شایستگی با سن پرستاران (r = 0.172, P = 0.009) و همچنین با میزان سابقه کار کلی بالینی آنان (r = 0.166, P = 0.012) ارتباط مستقیم، مثبت و معنادار آماری وجود دارد؛ به این معنا که با افزایش سن و تجربه کاری، سطح شایستگی پرستاران در ارائه مراقبت‌های پس از احیا ارتقا می‌یابد.

بررسی مقایسه‌ای میانگین شایستگی بر حسب متغیرهای زمینه‌ای (**جدول ٤**) نشان داد که میانگین نمره شایستگی در پرستاران متأهل به‌طور معناداری بالاتر از پرستاران مجرد بود (t = 3.38, P = 0.001). پرستاران شاغل در بیمارستان امام رضا (ع) نمره شایستگی به‌طور معناداری بالاتری نسبت به شاغلین در بیمارستان شهید مدنی کسب نمودند (t = 2.14, P = 0.033). علاوه بر این، پرستاران با شیفت کاری ثابت، شایستگی بالاتری نسبت به افراد با شیفت در گردش داشتند (t = 3.75, P = 0.001).

از نظر متغیرهای شغلی، آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه (ANOVA) نشان داد که تفاوت معناداری در نمره شایستگی بر حسب بخش محل خدمت وجود دارد (F =۶/۴۲ , P< ۰/۰۱)؛ به طوری که بالاترین نمره شایستگی در دفتر پرستاری/سوپروایزران (۱۵/۵۵ ± ۲۳۴/۰۷) و بخش CCU (۱۹/۷۷ ± ۲۲۹/۲۵) و پایین‌ترین نمره در بخش اورژانس (۵۳/۲۶ ± ۲۰۶/۳۹) مشاهده شد. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که نمره بخش اورژانس به‌طور معناداری کمتر از بخش‌های CCU، ICU و دفتر پرستاری است (P<۰/۰۵). همچنین شایستگی بر حسب سمت شغلی (F = ۹/۱۸ ,P< ۰/۰۰۱) و وضعیت استخدامی(P = ۰/۰۴۴ , F = ۲/۷۴) دارای تفاوت معناداری بود، به طوری که سرپرستاران و سوپروایزرها شایستگی بیشتری نسبت به پرستاران خط مقدم، و نیروهای رسمی نمره بالاتری نسبت به نیروهای طرحی کسب کردند.

جدول ٤. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره شایستگی پرستاران بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی و شغلی

متغیر	گروه	میانگین و انحراف معیار	آماره آزمون	P value

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491/JCC.19.1.48]

جنس	زن	(۲۳/۲۵)۲۲۱/۵۲	t = ۰/۶۳۸	۰/۵۲۴
	مرد	(۲۲/۸۸)۲۱۹/۱۰		
تأهل	مجرد	(۲۳/۶۹)۲۱۲/۹۸	t = ۳/۳۸۲	
	متأهل	(۲۱/۹۰)۲۵۵/۱۱		۰/۰۰۱
تحصیلات	کارشناسی	(۲۳/۰۹)۲۲۱/۳۲	t = ۰/۵۲۱	۰/۶۰۳
	کارشناسی ارشد	(۲۳/۸۶)۲۱۸/۸۹		
محل خدمت	بیمارستان امام رضا (ع)	(۲۱/۰۳)۲۲۳/۸۹	t = ۲/۱۴۶	۰/۰۳۳
	بیمارستان شهید مدنی	(۲۵/۲۲)۲۱۷/۳۶		
شیفت کاری	ثابت	(۱۸/۱۱)۲۳۴/۳۲	t = ۳/۷۵۴	۰/۰۰۱
	در گردش	(۲۳/۱۸)۲۱۸/۷۲		
محل خدمت	اورژانس	(۲۶/۵۳)۲۰۶/۳۹	F = ۶/۲۴۱	<۰/۰۰۱
	CCU	(۲۱/۵۵)۲۲۹/۲۵		
	ICU	(۲۳/۱۸)۲۲۱/۸۶		
	جراحی	(۲۴/۹۴)۲۱۴/۳۰		
	داخلی	(۲۳/۱۸)۲۲۷/۳۴		
	دفتر پرستاری/سوپروایزری	(۱۵/۵۵)۲۳۴/۰۷		
سمت	پرستار	(۲۲/۹۳)۲۱۷/۸۱	F= ۹/۱۸۳	<۰/۰۰۱
	سرپرستار	(۱۵/۵۵)۲۳۸/۸۶		
	سوپروایزر	(۱۶/۳۵)۲۳۴/۶۱		
وضعیت استخدامی	رسمی	(۱۵/۵۵)۲۲۲/۶۱	F = ۲/۷۴۲	۰/۰۴۴
	پیمانی	(۲۲/۴۷)۲۱۸/۷۲		
	طرحی	(۲۳/۸۵)۲۱۴/۷۲		
	سایر	(۱۷/۴۱)۲۲۴/۲۲		

N = 230 ؛ جهت مقایسه متغیرهای دو حالته از آزمون t مستقل (Independent Samples t-test)و متغیرهای چندحالته از آنالیز واریانس یک‌طرفه (One-Way ANOVA)استفاده شد. Range: 53-265.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تحلیل و ارزیابی جامع سطح شایستگی پرستاران در ارائه مراقبت‌های پس از احیای قلبی- ریوی (Post-ROSC) در بیمارستان‌های آموزشی- درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. بر اساس یافته‌های حاصل، میانگین نمره کل شایستگی پرستاران ۲۲۱/۰۳ از حداکثر ۲۶۵ برآورد شد که بیانگر قرارگیری سطح توانمندی، دانش و عملکرد خود گزارشی پرستاران در حد مطلوب و بالا است. اگرچه ابزار مورد استفاده در این پژوهش اختصاصاً توسط ذالی و همکاران (۲۰۲۴) برای ارزیابی شایستگی‌های تخصصی فاز پس از احیا روان‌سنجی شده و مطالعه کاملاً همتایی از نظر ابزار متناظر در ادبیات پژوهشی بین‌المللی محدود است [۱۸]، اما سویه کلی این یافته با نتایج تحقیقات ارزیابی‌کننده شایستگی‌های عمومی و تخصصی پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه و فوریت‌های پزشکی هم‌خوانی دارد [۲۲،۲۳].

بالا بودن سطح شایستگی خودارزیابی‌شده پرستاران در مطالعه حاضر را می‌توان به چند عامل متداخل نسبت داد. نخست آنکه بیمارستان‌های مورد مطالعه (امام رضا و شهید مدنی تبریز) مراکز اصلی ارجاع بالینی (Referral Centers) و فوریت‌های حاد در شمال‌غرب کشور محسوب می‌شوند؛ حضور در چنین محیط‌های پرتردد بالینی سبب افزایش مواجهه عملی و مستمر پرستاران با کیس‌های ایست قلبی و فاز حساس پس از احیا می‌شود. دوم، برگزاری کارگاه‌های مداوم بازآموزی CPR و دوره‌های مهارت‌آموزی دوره‌ای در این مراکز آموزشی نقش بسزایی در به روز نگه‌داشتن دانش نظری کادر درمان داشته است. در تأیید این تبیین، مانی و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهش خود بر روی پرستاران بخش‌های ویژه نشان دادند که مواجهه بالینی مکرر در کنار شرکت در برنامه‌های آموزشی مبتنی بر شبیه‌سازی، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده ارتقای شایستگی و خودکارآمدی پرستاران در مدیریت موقعیت‌های بحرانی احیا است [۲۴]. همچنین Meretoja و همکاران (۲۰۰۴) و Lakanmaa و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعات خود دریافتند که پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، شایستگی‌های بالینی پایه و تخصصی خود را در سطح خوب و عالی ارزیابی می‌کنند که با نتایج ما همسویی کامل دارد [۲۵،۲۶]. در مقابل، میرلشگری و همکاران (۲۰۱۶) سطح شایستگی پرستاران را در حد متوسط گزارش کردند [۲۷]؛ این ناهمخوانی احتمالاً ناشی از تفاوت در جامعه پژوهش (بخش‌های نوزادان و کودکان)، استرس بالای ناشی از مهارتی خاص آن بخش‌ها و تفاوت در ساختار ابزارهای سنجش به‌کار رفته است.

یکی از یافته‌های کلیدی پژوهش حاضر، وجود همبستگی مثبت، مستقیم و معنادار آماری بین نمره شایستگی با سن

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491/JCC.19.1.48]

(r = ۰/۱۷۲، P = ۰/۰۰۹) و سابقه کار بالینی پرستاران (۰/۱۶۶ = r، P = ۰/۰۱۲) بود. از منظر نظریه شایستگی «از مبتدی تا متخصص» بنر (Benner's Novice to Expert Model)، ارتقای شایستگی فرآیندی تدریجی و زمان‌بر است که طی آن، پرستار از رهگذر مواجهه‌های بالینی متعدد، از اتکای محض به قوانین نظری فاصله گرفته و به درک شهودی، تفکر انتقادی عمیق و توانایی تصمیم‌گیری سریع در شرایط پیچیده دست می‌یابد.

پرستاران با تجربه بیشتر به دلیل تعامل مداوم با اختلالات فیزیولوژیک پیچیده نظیر نوسانات همودینامیک، آسیب‌های ایسکمی- خون‌رسانی مجدد (Ischemia-Reperfusion Injury) و نقص‌های تنفسی پس از احیا، توانایی بالاتری در تحلیل شواهد بالینی، تفسیر آزمایش‌های گازهای خون شریانی (ABG) و پیش‌بینی بحران‌های حاد دارند. نتایج مطالعات Escarlan و همکاران (۲۰۲۳) و بحرینی و همکاران (۲۰۱۱) نیز صریحاً مؤید این واقعیت است که سابقه کار طولانی‌تر و تجربه بالاتر بالینی، پیش‌بینی‌کننده‌های مستقل و قوی برای افزایش توانمندی و شایستگی بالینی در اجرای CPR و مراقبت‌های تخصصی پس از آن محسوب می‌شوند [۲۸،۲۹]. این امر ضرورت بهره‌گیری از پرستاران ارشد و با سابقه را در فاز بالینی مراقبت‌های پس از (ROSC) دوچندان می‌سازد.

از نکات تحلیلی و بسیار برجسته در نتایج مطالعه حاضر، پایین‌تر بودن معنادار نمره شایستگی در پرستاران بخش اورژانس نسبت به بخش‌های CCU، ICU و دفتر پرستاری (P<۰/۰۰۱) و همچنین در پرستاران طرحی (نیروهای تازه وارد با سابقه کار کم) بود (P = ۰/۰۴۴).

ریشه‌یابی این مسئله مستلزم تحلیل ساختار و پویایی محیطی بخش اورژانس است. بخش اورژانس به عنوان خط مقدم مواجهه با بیماران بدحال، با ویژگی‌هایی چون تراکم بالای مراجعات، شلوغی (Overcrowding)، نسبت پایین پرستار به بیمار و الزام به اتخاذ تصمیمات فوری شناخته می‌شود. هدف اصلی در اورژانس، تثبیت اولیه علائم حیاتی و انتقال سریع بیمار است؛ از این رو، پرستاران اورژانس کمتر فرآیند پایش طولانی‌مدت، سیستماتیک و تفصیلی پس از احیا نظیر کنترل هدفمند دما (Targeted Temperature Management)، پایش دقیق عوارض عصب‌شناختی و تنظیمات پیشرفته ونتیلاتور را تجربه می‌کنند. در مقابل، محیط‌های ICU و CCU بستر مناسبی برای پایش مداوم، ساختاریافته و اجرای جزئیات دقیق پروتکل‌های مراقبت پس از احیا فراهم می‌سازند [۳۰].

از سوی دیگر، نمره پایین‌تر پرستاران طرحی به وضوح نشان‌دهنده «شکاف نظر و عمل» (Theory-Practice Gap) در دانش‌آموختگان جدید است. این افراد با وجود گذراندن مباحث نظری، به دلیل نبود تجربه مواجهه عملی مستقیم با عوارض سندرم پس از ایست قلبی (PCAS)، عدم اعتماد به نفس کافی در مدیریت بحران و استرس بالای کاری، شایستگی خود را در سطح پایین‌تری ارزیابی کرده‌اند. این یافته با پژوهش وی و همکاران (۲۰۱۹) که نشان دادند نوع بخش بالینی و سطح تجربه حرفه‌ای تأثیر مستقیمی بر شایستگی‌های محوری پرستاران مراقبت‌های ویژه دارد، مطابقت کامل دارد [۳۱].

در تحلیل یکی دیگر از یافته‌های مطالعه، تحلیل ریزگویه‌های ابزار شایستگی نشان داد که در میان شش بُعد بررسی‌شده، گویه‌های مربوط به بُعد «مراقبت از خانواده» و اجازه دادن به اولیای بیمار جهت حضور در بالین یا آگاهی از رویه‌ها (مانند گویه شماره ۴۸)، پایین‌ترین میانگین نمرات را به خود اختصاص داده‌اند.

این یافته حاکی از وجود چالش‌های عمیق ساختاری، نگرشی و فرهنگی در نظام سلامت و محیط‌های ویژه کشور در زمینه «مراقبت‌های خانواده محور» (Family-Centered Care) است. در اکثر بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس ایران، سیاست‌های سنت‌محور «ملاقات ممنوع» یا محدودیت‌های شدید تردد حاکم است. علاوه بر این، پرستاران در مواجهه با بیماران پس از احیا به دلیل وضعیت وخیم زیستی بیمار، تمام تمرکز، زمان و انرژی خود را معطوف به مداخلات حیات‌بخش جسمانی (Physiological Stabilization) می‌کنند و از ابعاد روانی- اجتماعی، حمایت از خانواده و برقراری ارتباط مؤثر غافل می‌شوند. ترسی وجود دارد که حضور خانواده در شرایط بحرانی موجب افزایش استرس کادر درمان، دخالت در روند درمان یا بروز مسائل حقوقی شود. مطالعه منصوری و همکاران (۲۰۲۳) نیز مؤید این مطلب است که پرستاران مراقبت‌های ویژه به دلایلی چون ضیق وقت، کمبود نیرو و عدم آموزش‌های ارتباطی، ابعاد روانی- اجتماعی و ارتباط با خانواده را در اولویت‌های بعدی مراقبت قرار می‌دهند [۳۲].

نقاط قوت و محدودیت‌های پژوهش: این پژوهش برای نخستین بار با استفاده از یک ابزار بومی روان‌سنجی‌شده و تخصصی، شایستگی پرستاران را اختصاصاً در فاز حساس «پس از احیا» (و نه فقط حین اجرای CPR) ارزیابی نموده است. نرخ پاسخ‌دهی ۱۰۰ درصدی، استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای سهمیه‌ای در دو مرکز اصلی ارجاعی و رعایت دقیق پروتکل‌های آماری از دیگر نقاط قوت متدولوژیک این مطالعه به‌شمار می‌روند. اما با وجود دستاوردهای ارزشمند، مطالعه حاضر با چند محدودیت مواجه است. نخست این که به دلیل ماهیت مقطعی مطالعه، امکان تبیین روابط دقیق علت و معلولی (Causal Relationships) بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و شایستگی وجود ندارد. محدودیت بعدی مربوط به جمع‌آوری داده‌ها مبتنی بر پرسشنامه خودگزارش‌دهی بوده است که می‌تواند مستعد «سوگیری برآورد بیش از حد» (Overestimation Bias) یا سوگیری مطلوبیت

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491/JCC.19.1.48]

اجتماعی (Social Desirability Bias) باشد. از جمله محدودیت‌های بعدی این مطالعه این است که مطالعه در دو بیمارستان آموزشی وابسته به یک دانشگاه علوم پزشکی (تبریز) انجام شده است، لذا تعمیم یافته‌ها به بیمارستان‌های غیر آموزشی، خصوصی یا سایر مناطق جغرافیایی باید با احتیاط صورت گیرد.

کاربرد یافته‌ها: بر اساس یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر، راهکارهای کاربردی زیر جهت ارتقای سطح سلامت و کیفیت مراقبت‌های پرستاری پیشنهاد می‌گردد:

۱. مسئولین درمانی و مدیران پرستاری باید از چیدمان یکنواخت نیروهای کم‌تجربه یا طرحی در بخش‌های حساس نظیر اورژانس خودداری نمایند و ترکیبی متوازن از پرستاران با سابقه و جدی به عنوان مربی (Preceptor) در کنار نیروهای تازه وارد قرار دهند.

۲. طراحی برنامه‌های بازآموزی تخصصی، کارگاه‌های مبتنی بر شبیه‌سازی (Simulation-based Training) و سناریوهای واقعی بالینی با تمرکز ویژه بر فاز پس از احیا (مدیریت همودینامیک، پایش دما و مراقبت‌های تنفسی پیشرفته) برای پرستاران بخش اورژانس و نیروهای طرحی در اولویت قرار گیرد.

۳. تدوین دستورالعمل‌های بومی جهت تسهیل حضور کنترل‌شده خانواده‌ها در بالین بیماران بدحال و برگزاری دوره‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی و حمایت روانی برای پرستاران توصیه می‌شود.

پیشنهاد برای پژوهش‌های آتی: انجام مطالعات آینده‌نگر (Prospective)، طولی و مداخله‌ای با به‌کارگیری ارزیابی‌های عینی عملکرد (Objective Clinical Evaluation / OSCE) و چک‌لیست‌های مشاهده‌ای مستمر در بالین، جهت سنجش واقعی‌تر و بدون سوگیری شایستگی پرستاران پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر ارزیابی جامعی از سطح شایستگی پرستاران در ارائه مراقبت‌های تخصصی پس از احیای قلبی- ریوی (Post-ROSC) ارائه داد. یافته‌ها نشان داد اگرچه سطح کلی شایستگی پرستاران بر اساس ارزیابی‌های بومی در حد مطلوبی قرار دارد، اما ناهمگونی‌های معناداری بر حسب متغیرهای زمینه‌ای، بخش محل خدمت (پایین‌تر بودن شایستگی در اورژانس) و سابقه کار بالینی (پایین‌تر بودن شایستگی در نیروهای طرحی) وجود دارد. علاوه بر این، ابعاد مرتبط با «مراقبت‌های خانواده‌محور» و «پشتیبانی روانی- اجتماعی» به عنوان حوزه‌های نیازمند مداخله و تقویت شناسایی شدند. کاربرد ابزار روان‌سنجی‌شده و تخصصی این مطالعه نشان داد که سنجش مستمر شایستگی می‌تواند به عنوان یک شاخص ارزیابی عملکرد و مبنایی برای نیازسنجی‌های آموزشی در نظام‌های سلامت به کار گرفته شود. بر اساس یافته‌های این مطالعه، اقدامات زیر جهت ارتقای کیفیت مراقبت‌های پس از احیا و بهبود برآمدهای بالینی بیماران پیشنهاد می‌شود:

۱. ارتقای برنامه‌های آموزشی و بازآموزی شامل توسعه پروتکل‌های آموزشی کوتاه مدت و مداوم با محوریت فرآیندهای تخصصی مراقبت پس از احیا (نظیر مدیریت همودینامیک، پایش عصبی، کنترل هدفمند دما و حمایت‌های روانی)، مبتنی بر روش‌های نوآورانه مانند آموزش‌های شبیه‌سازی‌شده (Simulation-based) و به اشتراک‌گذاری تجارب بالینی برای پرستاران و مربیان پرستاری.

۲. اصلاح برنامه‌ریزی‌های مدیریتی و چیدمان نیروی انسانی شامل مد نظر قرار دادن متغیرهای پیش‌بینی‌کننده شایستگی (سن، سابقه کار و نوع بخش) در بازتوزیع نیروها، اصلاح نسبت پرستار به بیمار در بخش اورژانس و استقرار مدل‌های حمایتی (Preceptorship) برای پرستاران تازه وارد و طرحی.

۳. توسعه دستورالعمل‌های بومی و مراقبت‌های EOL شامل تدوین و بومی‌سازی گایدلاین‌های جامع مراقبت‌های پایان حیات (End-of-Life Care) و پروتکل‌های حضور خانواده در بالین بیماران بدحال جهت بسترسازی روان‌شناختی، کاهش چالش‌های اخلاقی کادر درمان و در نهایت ارتقای کیفی خدمات مراقبت‌های ویژه.

در مجموع، اتخاذ یک رویکرد جامع، ساختاریافته و چند بُعدی که تلفیقی از آموزش‌های مداوم تخصصی، حمایت‌های سازمانی و سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر شواهد باشد به پرستاران توانمندی لازم جهت مدیریت پیچیدگی‌های بالینی و روانی فاز پس از احیا را بخشیده و زمینه‌ساز ارتقای نرخ بقا و کیفیت زندگی بیماران خواهد شد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی پایان‌نامه کارشناسی ارشد در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز است که با شناسه مصوبه کمیته اخلاق IR.TBZMED.REC.1403.022 به تصویب رسیده است. نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از همکاران مراکز آموزشی- درمانی امام رضا (ع) و شهید مدنی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز و به‌ویژه پرستاران شاغل در این مراکز که در اجرای این طرح همکاری داشته و در پژوهش شرکت کردند، اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

منابع

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491/JCC.19.1.48]

1. Lin Y-R, Smereka J, Ng K-C, Ryan JM. New Strategies for High Quality of CPR and Post-Resuscitation Care. Hindawi; 2022. doi: 10.1155/2022/9818174
2. Kilbaugh TJ, Sutton RM, Morgan R, Topjian AA, Nadkarni VM, Berg RA. Cardiopulmonary Resuscitation. Gregory's Pediatric Anesthesia. 2020:276-97. doi10.1002/9781119371533.ch13
3. Lazzarin T, Tonon CR, Martins D, Fávero Jr EL, Baumgratz TD, Pereira FWL, et al. Post-Cardiac Arrest: Mechanisms, Management, and Future Perspectives. Journal of Clinical Medicine. 2022;12(1):259. doi. 10.3390/jcm12010259
4. Nolan JP, Sandroni C, Böttiger BW, Cariou A, Cronberg T, Friberg H, et al. European resuscitation council and European society of intensive care medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. Resuscitation. 2021;161:220-69. doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.012
5. Grand J, Schiele F, Hassager C, Nolan JP, Khoury A, Sionis A, et al. Quality indicators for post-resuscitation care after out-of-hospital cardiac arrest: a joint statement from the Association for Acute Cardiovascular Care of the European Society of Cardiology, the European Resuscitation Council, the European Society of Intensive Care Medicine, and the European Society for Emergency Medicine. European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care. 2023;12(3):197-210. doi. 10.1093/ehjacc/zuad006
6. Lin Y-R. New Strategies for High Quality of CPR and Post-Resuscitation Care. doi: 10.1155/2022/9818174
7. Andersen LW, Holmberg MJ, Løfgren B, Kirkegaard H, Granfeldt A. Adult in-hospital cardiac arrest in Denmark. Resuscitation. 2019;140:31-6. doi: 10.1016/j.resuscitation.2019.04.046
8. Wissenberg M, Lippert FK, Folke F, Weeke P, Hansen CM, Christensen EF, et al. Association of national initiatives to improve cardiac arrest management with rates of bystander intervention and patient survival after out-of-hospital cardiac arrest. Jama. 2013;310(13):1377-84. doi: 10.1001/jama.2013.278483
9. Callaway CW, Soar J, Aibiki M, Böttiger BW, Brooks SC, Deakin CD, et al. Part 4: advanced life support: 2015 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. Circulation. 2015;132 (16_suppl_1):S84-S145. doi:10.1161/cir. 0000000000000273
10. Goodarzi A, Ghesmati F, Abdi A, Babaei K. The outcomes of in-hospital cardiopulmonary resuscitation: a cross-sectional study in Iran. Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences. 2022;11(1). doi: 10.5812/jcrps- 28869.
11. Pettersen TR, Mårtensson J, Axelsson Å, Jørgensen M, Strömberg A, Thompson DR, et al. European cardiovascular nurses' and allied professionals' knowledge and practical skills regarding cardiopulmonary resuscitation. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2018;17(4):336-44. doi: 10.1177/ 1474515117745298
12. Mancini ME. Working together, nurses can make a difference in resuscitation outcomes: an update on the American Heart Association's 2010 guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Japan Journal of Nursing Science. 2011;8(1):7-10. doi: 10.1111/j.1742-7924.2011.00183.x
13. Teodorescu T. Competence versus competency: What is the difference? Performance improvement. 2006;45(10):27-30. doi. 10.1002/pfi.4930451027
14. Olson MA, Kendrick RV. Origins of attitudes. Attitudes and attitude change. 2008;111:130.
15. Force MV. The relationship between effective nurse managers and nursing retention. JONA: The Journal of Nursing Administration. 2005;35(7):336-41.
16. Bandura A. Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ. 1986;1986(23-28):2.
17. Mansouri F, Pourghane P, Nikfam MRP, Oleson JC. Coronary Care Unit Nurses' Experiences of Care Management Self-Efficacy: A Qualitative Content Analysis. The Qualitative Report. 2023;28(2):417-36. doi. 10.46743/2160-3715/2023.4387
18. Zali M, Rahmani A, Powers K, Hassankhani H, Namdar-Areshtanab H, Gilani N. Nursing core competencies for postresuscitation care in Iran: a qualitative study. BMJ open. 2024;14(1):e074614. doi. 10.1136/bmjopen-2023-074614
19. Meretoja R, Leino-Kilpi H, Kaira AM. Comparison of nurse competence in different hospital work environments. Journal of nursing management. 2004;12(5):329-36. doi. 10.1111/j.1365-2834.2004.00422.x
20. Ying L, Kunaviktikul W, Tonmukayakal O. Nursing competency and organizational climate as perceived by staff nurses in a Chinese university hospital. Nursing & health sciences. 2007;9(3):221-7. doi:10.1111/j.1442-2018.2007.00324.x
21. Lakanmaa R-L, Suominen T, Ritmala-Castrén M, Vahlberg T, Leino-Kilpi H. Basic competence of intensive care unit nurses: cross-sectional survey study. BioMed research international. 2015;2015(1):536724. doi. 10.1155/2015/536724
22. Wei W, Niu Y, Ge X. Core competencies for nurses in Chinese intensive care units: a cross-sectional study. Nursing in Critical Care. 2019;24(5):276-82. doi: 10.1111/nicc.12398
23. Escarlan RA, Tabalbag V. Nurses' Competence in Adult Cardiopulmonary Resuscitation: a descriptive literature review. 2023.
24. Bahreini M, Moattari M, Ahmadi F, Kaveh MH, Hayatdavoudy P, Mirzaei M. Comparison of head nurses and practicing nurses in nurse

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491/JCC.19.1.48]

competence assessment. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2011;16(3):227.
25. Mirlashari J, Qommi R, Nariman S, Bahrani N, Begjani J. Clinical competence and its related factors of nurses in neonatal intensive care units. Journal of caring sciences. 2016;5(4):317. doi: 10.15171/jcs.2016.033
26. Nobahar M. Competence of nurses in the intensive cardiac care unit. Electronic physician. 2016;8(5):2395. doi: 10.19082/2395
27. Mirlashari J, Qommi R, Nariman S, Bahrani N, Begjani J. Clinical competence and its related factors of nurses in neonatal intensive care units. J Caring Sci. 2016;5(4):317-25. doi: 10.15171/jcs.2016.033
28. Escarlan RA, Tabalbag V. Nurses' Competence in Adult Cardiopulmonary Resuscitation: a descriptive literature review. Int J Nurs Stud Adv. 2023;5:100140.
29. Bahreini M, Moattari M, Ahmadi F, Kaveh MH, Hayatdavoudy P, Mirzaei M. Comparison of head nurses and practicing nurses in nurse competence assessment. Iran J Nurs Midwifery Res. 2011;16(3):227-35.
30. Tam J, Case N, Coppler P, Callaway C, Faiver L, Elmer J. Impact of coma duration on functional outcomes at discharge and long-term survival after cardiac arrest. Resuscitation. 2025 Jan 1;206:110444. doi: 10.1016/j.resuscitation.2024.110444
31. Wei W, Niu Y, Ge X. Core competencies for nurses in Chinese intensive care units: a cross-sectional study. Nurs Crit Care. 2019;24(5):276-82. doi: 10.1111/nicc.12398
32. Mansouri F, Pourghane P, Nikfam MRP, Oleson JC. Coronary Care Unit Nurses' Experiences of Care Management Self-Efficacy: A Qualitative Content Analysis. Qual Rep. 2023;28(2):417-36. doi. 10.46743/2160-3715/2023.4387

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491/JCC.19.1.48]