

رابطه بین صلاحیت تکنیکی بالینی و سازماندهی مدیران پرستاری با صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار در بیمارستان های آموزشی: یک مطالعه آینده نگر

امیررضا صالح مقدم، سولماز هلاکو^۱، فاطمه حشمتی نبوی، سیدرضا مظلوم

چکیده

مقدمه: آگاهی از عوامل تأثیرگذار بر رشد صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار، اساسی برای سازمان های مراقبت سلامت می باشد. حمایت همه جانبه از پرستاران تازه کار و ارتقای سطح شایستگی بالینی از نیازهای اساسی آن ها به شمار می رود، که از رسالت های مهم مدیران پرستاری می باشد.

هدف: تعیین رابطه بین صلاحیت های تکنیکی بالینی (Technical-Clinical) و سازماندهی سرپرستاران با صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار بوده است.

مواد و روش ها: در این مطالعه آینده نگر (کوهورت) که در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد؛ ۳۷ مدیر پرستاری (سرپرستار)، ۷۲ پرستار تازه کار به روش سرشماری و پرستاران غیر تازه کار با حجم نمونه ۲۸۳ نفر در مطالعه شرکت کردند. صلاحیت های تکنیکی بالینی و سازماندهی سرپرستاران که پرستاران تازه کار تحت سرپرستی خود دارند به صورت دگرارزیابی پرستاران غیر تازه کار آن ها سنجیده شد و صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار در طی سه مرحله (شروع مطالعه، دو و چهار ماه بعد از شروع مطالعه) خودارزیابی و دگرارزیابی گردید و تغییر صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار، بر حسب سطوح صلاحیت سرپرستاران آن ها بررسی شد. برای سنجش صلاحیت های تکنیکی بالینی و سازماندهی سرپرستاران از پرسشنامه تعدیل یافته توانمندسازی رفتاری رهبر پرستاری از وکو (۲۰۱۲) و برای سنجش صلاحیت بالینی پرستار تازه کار، پرسشنامه صلاحیت بالینی مروج (۲۰۰۴) استفاده شد. محاسبات آماری با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۱/۵ آزمون های آماری کای دو، دقیق فیشر، آنالیز واریانس یک طرفه، کراسکال والیس، تحلیل واریانس داده های تکراری و پیرسون انجام شد و ضریب خطر محاسبه گردید.

یافته ها: میانگین نمره صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار بر حسب سطوح صلاحیت تکنیکی بالینی و سازماندهی سرپرستاران در مرحله دوم و سوم تفاوت معناداری داشت ($p > 0/05$). اما در محاسبه خطر نسبی صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار بر حسب سطوح صلاحیت تکنیکی بالینی سرپرستاران در مرحله سوم ($RR = 1/47, p < 0/001$) و نیز بر حسب سطوح صلاحیت سازماندهی سرپرستاران، خطر نسبی مرحله سوم با ($RR = 1/82, p < 0/001$) معنی دار نشان داده شد.

نتیجه گیری: در راستای نتایج، بایستی تأکید زیادی بر ارتقاء سطح صلاحیت های مدیریتی سرپرستاران در راستای برنامه های آموزش های ضمن خدمت شود.
کلمات کلیدی: پرستار تازه کار، سرپرستار، صلاحیت تکنیکی بالینی، صلاحیت سازماندهی، صلاحیت بالینی، مدیر پرستاری.

امیررضا صالح مقدم

مری گروه بهداشت و مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

■ مؤلف مسؤول: سولماز هلاکو

دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری گرایش مدیریت، دانشکده پرستاری و مامائی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

آدرس: Holakous921@mums.ac.ir

فاطمه حشمتی نبوی

استادیار گروه بهداشت و مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

سیدرضا مظلوم

مری گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامائی مشهد، دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال چهارم، دوره چهارم، شماره سوم

پاییز ۱۳۹۴

■ مقدمه

است (۵). از طرفی عملکرد پرستاری به شدت وابسته به اثربخشی مدیر پرستاری وابسته می‌باشد، به طوری که مدیران پرستاری نقش بزرگی در موفقیت سازمان‌های مراقبت سلامت دارند (۱۳). با توجه به خلاء بین صلاحیت‌های بالینی پرستاران تازه‌فارغ‌التحصیل شده و نیازهای سیستم مراقبت سلامت از آن‌ها وجود دارد (۱۴).

حمایت همه‌جانبه‌ای از پرستاران تازه‌کار و ارتقای سطح توانمندی، مهارت و شایستگی بالینی از نیازهای اساسی آن‌ها به شمار می‌رود که یکی از رسالت‌های مدیران پرستاری است که به آن جامعه‌ی عمل پیوسته‌اند (۱۵). از طرفی جایگاه پرستاری به گونه‌ای است که آن را جزء معدود حرفه‌هایی که با میزان درآمد کم، حجم کاری بالا، میزان درخواست نیرو و ترک شغل بالا قرار داده‌اند. چنین حرفه‌ای با چنین ویژگی‌هایی نیازمند مدیران پرستاری با صلاحیت برای سرپرستی آن‌هاست (۱۶). در واقع بسیاری از مدیران پرستاری نسبت به چگونگی آن چه مدیریت بکنند ناآگاه هستند و نیازمند به توسعه صلاحیت‌هایشان برای اجرای اثربخش فعالیت‌هایشان هستند (۱۷). در حالی که مشکل اصلی کمبود شناسایی استانداردهای عملی، مهارت‌ها، ویژگی‌ها و صلاحیت‌های مدیران پرستاری می‌باشد (۱۸). برخی صاحب‌نظران معتقدند صلاحیت‌ها باید آموخته شود، برخی دیگر آن‌ها را ذاتی تلقی می‌کنند، برخی معتقدند زمانی که این صلاحیت‌ها مورد استفاده قرار نگیرند دچار افول می‌شوند. به هر حال سازمان‌ها بایستی برای شناسایی صلاحیت‌های مورد نیاز کارکنان به منظور دستیابی به اهدافشان مورد تشویق قرار گیرند. به طوری که این صلاحیت‌ها می‌توانند انتخاب و ارزیابی شوند و راهنمایی برای مدیران گردند (۱۹). از آنجایی که مدیر پرستاری که برای مدیریت پرستاران آمادگی لازم و کافی را دارد بایستی در مراقبت بالینی و بکارگیری تکنولوژی مهارت کافی داشته باشد (۲۰). از طرفی اهمیت سازماندهی به عنوان یک فرایند که با سایر فرایندهای مدیریتی تعامل دارد در این است که ارگان‌های خوب سازمان یافته کارتر هستند و کارکنان رضایتمندی بیش‌تری دارند؛ یا این حال بررسی پدیده پیچیده‌ای نظیر سازمان نیازمند بهره‌گیری از روش‌های پیچیده‌ای است (۲۱). لذا؛ بدلیل اهمیت کسب صلاحیت بالینی در حرفه پرستاری و اهمیت حرفه پرستاری در حفظ و ارتقای سلامت جامعه (۱۲)؛ آگاهی از صلاحیت بالینی پرستاران تازه‌کار و عوامل تأثیرگذار بر آن شایان توجه است؛ چرا که کمک زیادی در پرورش نیروی کارآمد و شایسته در نظام سلامت ما خواهد گذاشت. از طرفی نگرانی در مورد وضعیت آمادگی پرستاران تازه‌کار برای انجام وظایف خود بحثی است چالش برانگیز دانش کافی در مورد آن وجود

مطالعه‌ی صلاحیت پرستاران تازه‌فارغ‌التحصیل یکی از موضوعات مهم سازمانی می‌باشد، چرا که در حرفه پرستاری شکاف بین صلاحیت‌های پرستاران تازه‌کار و نیازمندی‌های سازمانی وجود دارد (۱). با توجه به پیچیدگی خدمات پرستاری، بیمارستان‌ها به پرستاران با صلاحیت برای بهبود کیفیت مراقبت‌های بالینی نیازمندند (۲)؛ از طرفی با توجه به مشکلات کمبود پرستاران در بیمارستان‌ها، مدیران پرستاری انتظار دارند که پرستاران تازه‌فارغ‌التحصیل در محیط بالین عملکردی همچون پرستاران باتجربه داشته باشند. هر چند تحقیقات نشان داده‌اند که پرستاران تازه‌فارغ‌التحصیل در محیط بالین کمتر از سطح صلاحیتی که از آن‌ها انتظار می‌رود از خود نشان می‌دهد (۳). صلاحیت‌های مورد انتظار از این پرستاران متفاوت از انتظارات آن‌ها براساس آموزش‌هایی که در دوران دانشجویی فراگرفتند (۴). پرستاران تازه‌کار در دوران دانشجویی آن‌چه از آن‌ها انتظار می‌رود را می‌دانند، اما هنگام ورود به محیط بالینی دچار ابهام و تردید می‌شوند (۵). چندلر (۲۰۱۲) در مطالعه خود بیان می‌کند که گذر از دوره دانشجویی به محیط عملی پرستاری بالینی به عنوان یک شوک روانی بزرگ برای پرستاران تازه‌فارغ‌التحصیل می‌باشد (۶). تجارب دوره گذر یک پرستار تازه‌فارغ‌التحصیل می‌تواند بر عملکرد آتی وی تأثیرگذار باشد (۷). این تجارب بر روی پیشرفت حرفه‌ای، اجتماعی شدن، رضایت شغلی و ماندگاری در شغل تأثیرگذار خواهد بود. حمایت از این گروه از پرستاران به حفظ آنها در محیط کاری ارتباط مستقیمی دارد (۸). ترک شغل پرستاران تازه‌کار در ایالات متحده آمریکا ۱۸/۱٪ تا ۶۱٪ گزارش کرده‌اند که ۶۰٪ از این پرستاران در ۶ ماه اول، کار حرفه‌ای خود را ترک می‌کنند (۹). ولیکن با وجود چالش‌های فراوان در طول دوران گذر پرستاران تازه‌کار می‌توانند تجارب مثبت مرتبط با کار در محیط بالینی، احساس موفقیت، خودمختاری کسب کنند (۹). رشد و توسعه صلاحیت پرستار در طول زمان که پرستار تازه‌فارغ‌التحصیل به سوی یک پرستار حرفه‌ای حرکت می‌کند صورت می‌گیرد (۱۰). از آنجایی که صلاحیت بالینی پایه‌ای برای حرفه پرستاری محسوب می‌شود (۱۱). آگاهی از عوامل تأثیرگذار بر توسعه و رشد صلاحیت بالینی پرستاران اساسی برای سازمان‌های مراقبت سلامت به منظور اطمینان از کیفیت نتایج مراقبتی بیماران می‌باشد (۱۲). عوامل فردی و سازمانی نظیر سن، تجربه کاری، سطح آموزشی، حجم کاری و کمبود زمان در کسب صلاحیت بالینی پرستاران مؤثر می‌باشد که نیاز به انجام مطالعات بیش‌تر گزارش شده

$$n = \frac{0.5 \times 0.5 \times 1/96 \times 669}{0.5^2 (661-1) + 1/96^2 + 0.5 \times 0.5} = 243/2$$

معیارهای ورود برای سرپرستاران شامل سرپرستی پرستار تازه کار با حداکثر دو ماه سابقه کار، دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی، دارا بودن حداقل ۶ ماه سابقه کار در بخش فعلی خود را با سمت سرپرستاری و معیارهای ورود برای پرستاران تازه کار دارا بودن حداکثر دو ماه سابقه کار در محیط بالینی بعد از فارغ التحصیلی و مدرک کارشناسی پرستاری بود. معیارهای ورود برای پرستار غیر تازه کار دارا بودن حداقل ۶ ماه سابقه کار با حداقل مدرک کارشناسی و گذراندن طرح نیروی انسانی در بخش فعلی بود.

ابزار جمع آوری داده‌ها در این پژوهش فرم انتخاب واحدهای پژوهش، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک سرپرستار، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک پرستاران تازه کار، پرسشنامه توانمندسازی رفتار رهبر پرستاری و پرسشنامه صلاحیت بالینی پرستار بوده است. برای سنجش صلاحیت مدیران پرستاری (سرپرستاران) از پرسشنامه تعدیل یافته NLEBS (nurse leader empowerment behavior) زوکو (۲۰۱۲) و پرسشنامه توانمندسازی رفتار رهبر پرستاری استفاده شده است (۱۸). که دارای دو بخش تکنیکی بالینی (۱۳ گویه) و بعد سازماندهی (۱۳ گویه) بوده که به صورت لیکرت پنج نقطه‌ای (اصلاً ۱، کم ۲، تا حدودی ۳ و زیاد ۴ و کاملاً ۵) با دامنه نمرات ۲۶ تا ۱۳۰ محاسبه می شده است. برای سنجش صلاحیت بالینی پرستار تازه کار از پرسشنامه صلاحیت بالینی که توسط مرتوجا و همکاران (۲۰۰۴)، که بر اساس نظریه بنر (صلاحیت از مبتدی تا ماهر) طراحی شده بود، استفاده شد. این پرسشنامه ۷۳ مهارت را مورد بررسی قرار می دهد (۲۲). نمره دهی پرسشنامه بدین صورت می باشد که دامنه نمره می تواند بین صفر تا صد باشد، به عبارتی حداقل نمره‌ای که فرد می تواند در مقابل هر گویه دریافت کند صفر و حداکثر صد است و میزان به کارگیری از آن مهارت را به صورت لیکرت چهار نقطه‌ای (هرگز ۱، به ندرت ۲، گاهی ۳ و همیشه ۴) با دامنه نمرات صفر تا ۲۹۲ نشان می دهد. جهت تأیید روایی پرسشنامه ابزار سنجش صلاحیت مدیر پرستاری (پرسشنامه توانمندسازی رفتار رهبر پرستاری) از روش روایی محتوا استفاده شد. این ابزار پس از ترجمه جهت روایی محتوا در اختیار ۱۰ نفر اساتید دانشکده پرستاری مشهد قرار داده شد. در مورد ابزار

ندارد (۱۴). با توجه به مطالب فوق پژوهشگران ارتباط صلاحیت‌های تکنیکی بالینی و سازماندهی مدیران پرستاری را با صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار رادر بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۹۴-۹۳ بررسی کرده اند.

■ مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، یک مطالعه هم گروهی (آینده‌نگر) می باشد که با هدف تعیین رابطه صلاحیت‌های تکنیکی بالینی و سازماندهی مدیران پرستاری با صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۹۴-۹۳ انجام شده است. جامعه‌ی آماری پژوهش، سرپرستاران و پرستاران (تازه کار و غیر تازه کار) در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد تشکیل دادند. در مجموع ۳۷ سرپرستار و ۷۲ پرستاران تازه کار به روش سرشماری در شروع مطالعه/مرحله اول سنجش وارد مطالعه شدند. به دلیل دارا نبودن معیارهای ورود برای مطالعه برخی از واحدهای پژوهش، دو ماه بعد از شروع مطالعه/مرحله دوم، ۳۵ سرپرستار و ۶۷ پرستار تازه کار و چهار ماه بعد از شروع مطالعه/مرحله سوم سنجش، ۳۴ سرپرستار و ۶۴ پرستار تازه کار به روش سرشماری در ادامه مطالعه همراهی کردند. به منظور تعیین حجم نمونه پرستاران غیر تازه کار از فرمول حجم نمونه با جمعیت محدود استفاده شد. تعداد پرستاران غیر تازه کار ۲۴۴ نفر برآورد شد که با در نظر گرفتن بیشترین موارد حذف، با افزایش ۳۰٪ حجم نمونه، تعداد ۳۲۰ پرسشنامه به پرستاران غیر تازه کار توزیع شد که ۲۸۳ برگردانده و به عنوان حجم نمونه این گروه در نظر گرفته شد. (حداقل ۳۰٪ از همه پرستاران غیر تازه کار در هر بخش صلاحیت مدیر سرپرستاران را ارزیابی کردند).

تعیین حجم نمونه پرستاران غیر تازه کار طبق فرمول زیر محاسبه شده است.

$$n = \frac{NZ_2 pq}{d^2 (N-1) + Z_2 pq}$$

n = حجم نمونه پرستاران غیر تازه کار

N = همه پرستاران غیر تازه کار تحت سرپرستی سرپرستی

سرپرستاران مورد مطالعه

$Z = 1/96 =$ ضریب اطمینان ۹۷٪

$p = q = 0.5$

$d = 0.05 =$ فاصله اطمینان

شرکت در مطالعه، پرستاران غیر تازه کار را انتخاب نموده و پرسشنامه توانمندسازی رفتار رهبر پرستاری (سرپرستار) به منظور دگرارزیابی سرپرستار ارائه می‌داد.

در ضمن در زمان ارائه پرسشنامه‌ها ابتدا با توضیح اهداف پژوهش و رضایت شفاهی کسب می‌شد و از واحدهای پژوهش درخواست می‌شد که حداقل امکان در در زمان استراحت و فراغت از ارائه خدمات به بیمار و در صورت امکان در اسرع وقت پرسشنامه را تکمیل کنند تا در پایان همان شیفت پرسشنامه‌ها جمع آوری شود. پژوهشگر به منظور ادامه کار تکمیل پرسشنامه‌ها در شیفت‌های کاری بعدی (عصر و شب) به بخش‌های مربوطه مراجعه می‌کرد.

پس از جمع آوری داده‌های مرحله‌ی اول نمونه‌گیری در ۸ بیمارستان آموزشی و در مجموع ۳۷ بخش بیمارستانی از ۷۲ پرستار تازه کار و ۳۷ سرپرستار، دو ماه بعد (۶۷ پرستار تازه کار، ۳۵ سرپرستار) و چهار ماه بعد از شروع مطالعه (۶۵ پرستار تازه کار و ۳۴ سرپرستار)، به ترتیب نمونه‌گیری دوره اول، دوم و سوم انجام شد. بدین صورت که صلاحیت بالینی پرستار تازه کار به شیوه خودارزیابی و دگرارزیابی سرپرستار در مرحله اول، دوم و سوم سنجیده شد. لازم بذکر است که صلاحیت مدیر سرپرستار یک مرتبه، در نمونه‌گیری مرحله اول انجام شد.

پس از جمع آوری و کدگذاری داده‌ها، تجزیه و تحلیل با نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۱/۵، با بکارگیری آزمون‌های آمار توصیفی و تحلیلی انجام شد. برای توصیف مشخصات فردی واحدهای پژوهش از آمار توصیفی شامل توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن متغیرهای کمی از آزمون کلوموگروف اسمیرنوف و شاپیرولیک استفاده شد ($R < 0/5$)؛ در هر دو به منزله عدم توزیع نرمال همگنی است. در صورت نرمال بودن متغیرها، برای مقایسه میانگین‌ها در سه سطح صلاحیت‌های تکنیکی بالینی و سازماندهی از آزمون پارامتریک آنالیز واریانس یک طرفه و در صورت معنی‌داری از آزمون‌های تعقیبی و در صورت غیر نرمال بودن متغیرها از آزمون ناپارامتریک کراسکال والیس و در صورت معنی دار بودن از آزمون من‌ویتنی استفاده شد. جهت ارتباط متغیرهای مداخله‌گر با متغیر وابسته از آزمون‌های آماری کای‌دو، دقیق فیشر، آنالیز واریانس یک طرفه و کراسکال والیس استفاده شد. مقایسه درون گروهی با آزمون تحلیل واریانس داده‌های تکراری انجام شد. و در بررسی رابطه خطی آزمون آماری پیرسون به کار گرفته شد.

برای بررسی ضریب خطر از فرمول زیر استفاده شد.

سنجش صلاحیت بالینی پرستار، مراحل مختلف روان سنجی این ابزار شامل ترجمه، ترجمه معکوس، تعیین روایی و پایایی قبلا توسط بحرینی و همکاران (۱۳۸۹) گزارش شده است که شاخص روایی محتوای ابزار ۰/۸۳ می‌باشد (۲۳). به منظور استفاده از پرسشنامه در این مطالعه روایی آن به شیوه شاخص روایی محتوا توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی مشهد تعیین شده است. لازم به ذکر است روایی فرم اطلاعات فردی واحدهای پژوهش نیز به شیوه مذکور مورد تایید قرار گرفته است. جهت پایایی پرسشنامه توانمندسازی رفتار رهبر پرستاری از روش همسانی درونی آلفای کرونباخ با اجرا بر روی ۱۰ نفر استفاده شد. پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ تعیین شد. پایایی پرسشنامه صلاحیت بالینی پرستار با آلفای کرونباخ بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۹ در مطالعه بحرینی و همکاران (۱۳۸۹) گزارش شده است که نشان‌دهنده ی پایایی بالا و همسانی قوی درون پرسشنامه است. در این پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه صلاحیت بالینی به روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ با اجرا بر روی ۱۰ نفر از واحدهای پژوهش (پرستار تازه کار و سرپرستار) به میزان ۰/۸۷ برآورد شد.

پژوهشگر بعد از اخذ مجوز کمیته اخلاق دانشگاه و معرفی نامه کتبی از دانشکده پرستاری مامایی، در شروع مطالعه به معاونت درمان مراجعه و با ارائه معرفی نامه، اطلاعات لازم در رابطه با تعداد بیمارستان، بخش‌های هر بیمارستان و تعداد سرپرستاران، پرستاران تازه کار (دارای معیارهای ورود) دریافت کرد. بعد از گرفتن معرفی نامه از حراست و ریاست بیمارستان‌های آموزشی امام رضا (ع)، قائم (عج)، دکتر شیخ، خاتم الانبیا، ام‌البنین، شهید کامیاب، منتصریه و امید، از طریق هماهنگی با مدیریت خدمات پرستاری به سوپروایزر آموزشی بیمارستان معرفی شد. تعداد و اسامی پرستاران تازه کار (حداکثر دو ماه سابقه کار)، بخش‌های مشغول به کار آن‌ها دریافت کرد.

پژوهشگر ابتدا با ارائه معرفی نامه به سرپرستار بخش (شیفت صبح) و کسب رضایت رضایت شفاهی و آگاهانه از ایشان پرسشنامه صلاحیت بالینی به منظور دگرارزیابی پرستار تازه کارش به وی یا پرستار مورد صلاحیت ایشان برای دگرارزیابی پرستار تازه کار ارائه داده و با کسب اجازه نوبت کاری پرستار تازه کار را از برنامه کاری مشاهده کرده تا در صورت حضور پرستار تازه کار پرسشنامه صلاحیت بالینی را در همان شیفت برای تکمیل ارائه دهد و در غیر این صورت با یادداشت نوبت کاری بعدی در شیفت‌های دیگر و در روزهای بعدی به بخش مربوطه مراجعه کند؛ همچنین پژوهشگر بر اساس معیارهای

ارتباط بین صلاحیت مدیران پرستاری و پرستاران تازه کار

سرپرستاران (۳۳/۳۳٪)، که بالاترین نمرات را کسب کرده بودند در گروه صلاحیت بالا، یک سوم میانی در گروه صلاحیت متوسط و یک سوم پایینی که پایین ترین نمرات را کسب کرده بودند در گروه صلاحیت پایین قرار گرفتند.

بر اساس نمره کل از مجموع ۳۷ سرپرستار؛ ۸ سرپرستار در گروه صلاحیت پایین، ۱۳ سرپرستار در گروه صلاحیت متوسط و ۱۶ سرپرستار در گروه صلاحیت بالا قرار گرفتند.

میانگین سن پرستار تازه کار $23/7 \pm 3/7$ سال بود و میانگین سابقه کار دانشجویی پرستار تازه کار $4/63 \pm 2/68$ ماه بود که سه گروه از نظر این متغیرها همگن بودند (جدول ۱).

$$R = \frac{\text{مواجهه گروه دربروزمواردتعداد}}{\text{مواجهه گروه کل تعداد}} \div \frac{\text{مواجهه گروه کل تعداد}}{\text{غیر گروه کل تعداد}}$$

سطح صلاحیت بالا مدیر پرستاری = گروه مواجهه سطح صلاحیت متوسط و پایین مدیر پرستاری = گروه غیر مواجهه

■ یافته‌ها

مدیران پرستاری (سرپرستاران) برحسب نمره کل و نمره صلاحیت‌های تکنیکی بالینی و سازماندهی به سه سطح صلاحیت پایین، متوسط و بالا تقسیم شدند. به طوری که یک سوم از

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک و شغلی پرستاران تازه کار بر حسب سطوح صلاحیت کلی سرپرستاران آن‌ها

صلاحیت کلی سرپرستار										
سطح معنی داری	نتیجه آزمون	کل		بالا		متوسط		پایین		
$p=0/580$	کراسکال والیس $Z=0/3$	۷۲	$23/7 \pm 3/7$	۲۸	$22/7 \pm 4/4$	۲۷	$24/4 \pm 2/8$	۱۷	$23/5 \pm 1/8$	انحراف معیار \pm میانگین
$p=0/560$	دقیق فیشر Fisher,s Exact Test=1/2	۸۶	۶۲	۸۵/۷	۲۴	۸۱/۶	۲۲	۹۴/۱	۱۶	زن: تعداد (درصد)
		۱۴	۱۰	۱۴/۳	۴	۱۸/۴	۵	۵/۹	۱	مرد: تعداد (درصد)
		۱۰۰/۰	۷۲	۱۰۰/۰	۲۸	۱۰۰/۰	۲۷	۱۰۰/۰	۱۷	کل: تعداد (درصد)
$p=0/900$	مجذور کای $X^2=0/2$	۵۴/۰	۳۹	۵۳/۶	۱۵	۵۱/۹	۱۴	۵۸/۸	۱۰	متأهل: تعداد درصد
		۴۶/۰	۳۳	۴۶/۴	۱۳	۴۸/۱	۱۳	۴۷/۲	۷	مجرد: تعداد (درصد)
		۱۰۰/۰	۷۲	۱۰۰/۰	۲۸	۱۰۰/۰	۲۷	۱۰۰/۰	۱۷	کل: تعداد (درصد)
$p=0/036$	دقیق فیشر Fisher,s Exact Test=9/8	۵۴/۲	۳۹	۶۴/۳	۱۸	۴۰/۷	۱۱	۵۸/۸	۱۰	عمومی: تعداد (درصد)
		۱۶/۷	۱۲	۲۵/۰	۷	۱۱/۱	۳	۱۱/۸	۲	ویژه: تعداد (درصد)
		۲۹/۲	۲۱	۲۹/۲	۳	۱۰/۷	۳	۱۰/۷	۵	اورژانس: تعداد (درصد)
		۱۰۰/۰	۷۲	۱۰۰/۰	۲۸	۱۰۰/۰	۲۷	۱۰۰/۰	۱۷	کل: تعداد (درصد)
$p=0/730$	دقیق فیشر Fisher,s Exact Test=0/8	۷۱/۴	۵۵	۷۱/۴	۲۰	۸۱/۵	۲۲	۷۶/۵	۱۳	آزاد: تعداد (درصد)
		۲۳/۶	۱۷	۲۸/۶	۸	۱۸/۵	۵	۲۳/۵	۴	دولتی: تعداد (درصد)
		۱۰۰/۰	۷۲	۱۰۰/۰	۲۸	۱۰۰/۰	۲۷	۱۰۰/۰	۱۷	
$p=0/888$	آنالیز واریانس یک طرفه F=0/1	۷۲	$4/63$ $2/68 \pm$	۲۸	$2/32 \pm 4/06$	۲۷	$2/75 \pm 5/26$	۱۷	$3 \pm 4/77$	انحراف معیار \pm میانگین
$p=0/370$	دقیق فیشر Fisher,s Exact Test=4/2	۳۰/۶	۲۲	۱۷/۹	۵	۴۰/۷	۱۱	۳۵/۳	۶	بله: تعداد (درصد)
		۵۹/۶	۴۳	۴۷/۷	۲۰	۴۸/۱	۱۳	۵۸/۸	۱۰	تاحدودی: تعداد (درصد)
		۹/۸	۷	۱۰/۷	۳	۱۱/۱	۳	۵/۹	۱	خیر: تعداد (درصد)
		۱۰۰/۰	۷۲	۱۰۰/۰	۲۸	۱۰۰/۰	۲۷	۱۰۰/۰	۱۷	کل: تعداد (درصد)
$p=0/017$	دقیق فیشر Fisher,s Exact Test=9/8	۵۹/۷	۴۳	۹۷/۷	۱۲	۷۷/۸	۲۱	۵۸/۸	۱۰	بله: تعداد (درصد)
		۳۸/۹	۲۸	۳۸/۹	۱۶	۱۸/۵	۵	۴۱/۲	۷	تاحدودی: تعداد (درصد)
		۱/۴	۱	۱/۴	۰	۳/۷	۱	۰/۰	۰	خیر: تعداد (درصد)
		۱۰۰/۰	۷۲	۱۰۰/۰	۲۸	۱۰۰/۰	۲۷	۱۰۰/۰	۱۷	کل: تعداد (درصد)

مشاهده نشد ($p=0/162$)، اما در مرحله سوم، یعنی چهار ماه پس از شروع مطالعه میانگین نمره صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار بر حسب سطوح صلاحیت تکنیکی بالینی سرپرستاران آن‌ها تفاوت معناداری داشت ($p=0/002$) و آزمون تعقیبی توکی تفاوت صلاحیت تکنیکی بالینی پایین و بالا ($p=0/046$) و متوسط و بالا ($p=0/005$) را معنی‌دار نشان داد. نتیجه آزمون آماری تحلیل داده‌های تکراری نشان داد که میانگین نمره صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار بر حسب سطوح صلاحیت تکنیکی بالینی سرپرستاران ($p=0/212$) و هم بر حسب مرحله ($p=0/154$) و هم بر حسب اثر متقابل بین سطوح صلاحیت تکنیکی بالینی سرپرستاران و مرحله ($p=0/107$) معنی‌دار نبوده است (جدول ۲).

به منظور تعیین رابطه بعد تکنیکی بالینی صلاحیت مدیران پرستاری (سرپرستاران) با صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار با توجه به قدرت آزمون‌های مختلف و سطح‌بندی داده‌ها، نتایج بر حسب آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، تحلیل داده‌های تکراری، همبستگی و خطر نسبی بیان می‌شود:

الف) نتیجه آزمون آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که در مرحله اول، یعنی شروع مطالعه میانگین نمره صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار بر حسب سطوح صلاحیت تکنیکی بالینی سرپرستاران تفاوت معناداری نداشت ($p=0/813$)، همچنین دو ماه بعد از شروع مطالعه، یعنی مرحله دوم نیز تفاوت معناداری در میانگین نمره صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار بر حسب سطوح صلاحیت تکنیکی بالینی سرپرستاران

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار بر حسب سطوح صلاحیت تکنیکی بالینی سرپرستاران آن‌ها به تفکیک مراحل مطالعه

نتیجه آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه	صلاحیت تکنیکی بالینی سرپرستاران						مرحله
	بالا		متوسط		پایین		
	تعداد	$X \pm SD$	تعداد	$X \pm SD$	تعداد	$X \pm SD$	
$p=0/831$ $Df=69,2$ $F=0/1$	28	$57/4 \pm 15/0$	27	$57/8 \pm 12/9$	17	$62/4 \pm 8/4$	شروع مطالعه
$p=0/162$ $Df=63,2$ $F=1/8$	27	$66/3 \pm 7/8$	25	$63/5 \pm 9/7$	15	$56/4 \pm 2/7$	دو ماه بعد از شروع مطالعه
$p=0/002$ $Df=69,2$ $F=6/7$	26	$73/9 \pm 5/7$	24	$66/3 \pm 9/7$	14	$58/4 \pm 4/3$	چهار ماه بعد از شروع مطالعه
$F=0.121/7$	$Df=1$		$p=0/000$		اثر کلی		نتیجه آزمون آماری تحلیل داده‌های تکراری
$F=1/6$	$Df=2$		$P=0/212$		اثر سطوح صلاحیت تکنیکی بالینی		
$F=1/9$	$Df=1/8$		$p=0/154$		اثر مرحله		
$F=1/9$	$Df=4$		$P=0/107$		اثر متقابل		

بالینی سرپرستاران و نمره صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار وجود نداشت.

ج) ضریب خطر نسبی: به منظور تعیین ضریب خطر نسبی، در ابتدا توزیع فراوانی پرستاران تازه کار بر حسب سطوح صلاحیت بالینی آن‌ها و سطوح صلاحیت تکنیکی بالینی سرپرستاران به تفکیک مراحل مطالعه به شرح زیر بیان می‌شود (جدول ۳):

ب) در بررسی رابطه خطی بین متغیر صلاحیت تکنیکی بالینی سرپرستاران با صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار توسط آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که در شروع مطالعه ($p=0/914$ ، $r=0/0$)، همچنین دو ماه بعد از شروع مطالعه ($p=0/721$ ، $r=0/0$) و چهار ماه بعد از شروع مطالعه ($p=0/624$ ، $r=0/0$) رابطه خطی معناداری بین نمره صلاحیت تکنیکی

جدول ۳. توزیع فراوانی پرستاران تازه کار بر حسب سطوح صلاحیت بالینی آن‌ها و صلاحیت تکنیکی بالینی سرپرستاران نشان به تفکیک مراحل مطالعه

		صلاحیت تکنیکی بالینی سرپرستار								
		کل		بالا		متوسط		پایین		مرحله
نتیجه آزمون		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
p=۰/۸۶۱ Fisher,s Exact Test=۱/۷	شروع مطالعه	۷/۰	۵	۸/۳	۲	۶/۷	۳	۰/۰	۰	پایین
		۵۸/۳	۴۲	۵۰/۰	۱۲	۶۲/۲	۲۸	۶۶/۷	۲	متوسط
		۳۴/۷	۲۵	۴۱/۷	۱۰	۳۱/۲	۱۴	۳۳/۳	۱	بالا
		۱۰۰/۰	۷۲	۱۰۰/۰	۳۴	۱۰۰/۰	۴۵	۱۰۰/۰	۳	کل
p=۰/۱۷۸ Fisher,s Exact Test=۳/۶	دو ماه بعد از شروع مطالعه	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	پایین
		۴۴/۸	۳۰	۴۵/۵	۱۰	۴۰/۵	۱۷	۱۰۰/۰	۳	متوسط
		۵۵/۲	۳۷	۵۴/۵	۱۲	۵۹/۵	۲۵	۰/۰	۰	بالا
		۱۰۰/۰	۶۷	۱۰۰/۰	۲۲	۱۰۰/۰	۴۲	۱۰۰/۰	۳	کل
p=۰/۲۶۲ Fisher,s Exact Test=۱۷۰/۸	چهار ماه بعد از شروع مطالعه	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	پایین
		۳۱/۲	۲۰	۰/۰	۰	۴۳/۹	۱۸	۱۰۰/۰	۲	متوسط
		۶۸/۸	۴۴	۱۰۰/۰	۲۱	۵۶/۱	۲۳	۰/۰	۰	بالا
		۱۰۰/۰	۶۴	۱۰۰/۰	۲۱	۱۰۰/۰	۴۱	۱۰۰/۰	۲	کل

در گروه صلاحیت تکنیکی بالینی پایین (۱۰۰/۰٪ معادل ۲ نفر) صلاحیت بالینی متوسط دارند، ولی اکثر پرستاران تازه کار در گروه صلاحیت تکنیکی بالینی متوسط (۵۶/۱٪ معادل ۲۱ نفر) و اکثر پرستاران تازه کار در گروه صلاحیت تکنیکی بالینی بالا (۱۰۰/۰٪ معادل ۴۴ نفر) صلاحیت بالینی دارند. آزمون آماری دقیق فیشر نشان داد که سه گروه از نظر فراوانی سطوح صلاحیت بالینی همگن هستند (p=۰/۲۶۲).

محاسبه ضریب خطر: خطر نسبی مرحله دوم، دو ماه بعد از شروع مطالعه با (RR=۱/۵۶ p=۰/۹۳ و CI=۰/۷۹-۳/۰۷) معنی دار نیست و خطر نسبی مرحله سوم، چهار ماه بعد از شروع مطالعه (RR=۱/۴۷ p<۰/۰۰۱ و CI=۰/۸۱-۲/۶۶) نشان دهنده معنی دار بودن آن است.

به منظور تعیین رابطه بعد سازماندهی صلاحیت مدیران پرستاری (سرپرستاران) با صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار نتایج بر حسب آزمون‌های آنالیز واریانس یک طرفه، تحلیل داده‌های تکراری، همبستگی و خطر نسبی انجام شده است.

الف) نتیجه آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که در شروع مطالعه میانگین نمره صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار بر حسب سطوح صلاحیت سازماندهی سرپرستاران نشان تفاوت معناداری نداشت (p=۰/۷۶۳)، همچنین دو ماه بعد از شروع مطالعه نیز تفاوت معناداری در میانگین صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار بر حسب سطوح صلاحیت سازماندهی سرپرستاران نشان مشاهده نشد (p=۰/۰۶۴)، اما در مرحله سوم، یعنی چهار ماه پس از شروع مطالعه میانگین نمره صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار بر حسب سطوح صلاحیت

سطوح صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار: پرستاران تازه کار بر حسب نمره کل صلاحیت بالینی به سه سطح صلاحیت بالینی پایین، متوسط و بالا تقسیم‌بندی شدند. به طوری که بر اساس نمره اخذ شده یک سوم بالایی از پرستاران تازه کار (۳۳/۳٪) که بالاترین نمرات را کسب کرده بودند در گروه صلاحیت بالینی بالا، یک سوم میانی در گروه صلاحیت بالینی متوسط و یک سوم پایینی که پایین‌ترین نمرات را کسب کرده بودند در گروه صلاحیت بالینی پایین قرار گرفتند.

شروع مطالعه (مرحله اول): اکثر پرستاران تازه کار در گروه صلاحیت تکنیکی بالینی پایین (۶۶/۷٪ معادل ۲ نفر)، اکثر پرستاران تازه کار در گروه صلاحیت تکنیکی بالینی متوسط (۶۲/۲٪ معادل ۲۸ نفر) و اکثر پرستاران تازه کار در گروه صلاحیت تکنیکی بالینی بالا و (۵۰/۰٪ معادل ۱۲ نفر) صلاحیت بالینی متوسط دارند. آزمون آماری دقیق فیشر نشان داد که سه گروه از نظر فراوانی سطوح صلاحیت بالینی همگن هستند (p=۰/۸۶۱).

دو ماه بعد از شروع مطالعه (مرحله دوم): اکثر پرستاران تازه کار در گروه صلاحیت تکنیکی بالینی پایین (۱۰۰/۰٪ معادل ۳ نفر) صلاحیت بالینی متوسط دارند. ولی اکثر پرستاران تازه کار در گروه صلاحیت تکنیکی بالینی (۵۹/۵٪ معادل ۲۵ نفر) و اکثر پرستاران تازه کار در گروه صلاحیت تکنیکی بالینی بالا (۴۵/۵٪ معادل ۱۲ نفر) صلاحیت بالینی بالا دارند. آزمون آماری دقیق فیشر نشان داد که سه گروه از نظر فراوانی سطوح صلاحیت بالینی همگن هستند (p=۰/۱۷۸).

چهار ماه بعد از شروع مطالعه (مرحله سوم): اکثر پرستاران تازه کار

سازماندهی سرپرستاران تفاوت معناداری داشت ($P=0/000$) و آزمون تعقیبی توکی تفاوت صلاحیت سازماندهی پایین و بالا ($P=0/000$) را معنی‌دار نشان داد. نتیجه آزمون آماری تحلیل داده‌های تکراری نشان داد که میانگین صلاحیت بالینی پرستاران تازه‌کار برحسب

سطوح صلاحیت سازماندهی سرپرستاران ($P=0/004$) و نیز برحسب مرحله ($P=0/000$) معنادار بوده، اما برحسب اثر متقابل بین سطوح صلاحیت سازماندهی و مرحله معنی‌دار نبوده است ($P=0/323$) (جدول ۴).

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار صلاحیت بالینی پرستاران تازه‌کار برحسب سطوح صلاحیت سازماندهی سرپرستاران آن‌ها به تفکیک مراحل مطالعه

نتیجه آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه	صلاحیت سازماندهی سرپرستار						مرحله
	بالا		متوسط		پایین		
	تعداد	X ± SD	تعداد	X ± SD	تعداد	X ± SD	
p=0/763 Df=69,2 F=0/2	28	59/3±15/8	27	57/4±12/0	17	56/1±11/8	شروع مطالعه
p=0/064 Df=63,2 F=2/8	26	67/5±8/1	25	62/6±6/8	16	61/1±7/5	دو ماه بعد از شروع مطالعه
p=0/000 Df=63,2 F=11/7	26	74/0±7/9	24	67/4±8/6	15	60/5±6/5	چهار ماه بعد از شروع مطالعه
F=2094/0	Df=1		p=0/000		اثر کلی		نتیجه آزمون آماری تحلیل داده‌های تکراری
F=5/9	Df=2		P=0/004		اثر سطوح صلاحیت تکنیکی بالینی		
F=12/5	Df=2		p=0/000		اثر مرحله		
F=1/2	Df=4		P=0/323		اثر متقابل		

(ب) در بررسی رابطه خطی بین دو متغیر صلاحیت سازماندهی سرپرستاران با صلاحیت بالینی پرستاران تازه‌کار توسط آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که در شروع مطالعه ($r=0/644$ ، $P=0/000$)، همچنین دو ماه بعد از شروع مطالعه ($r=0/600$ ، $P=0/000$) و چهار ماه بعد از شروع مطالعه ($r=0/850$ ، $P=0/000$) رابطه خطی معناداری بین نمره صلاحیت سازماندهی سرپرستاران و نمره

صلاحیت بالینی پرستاران تازه‌کار وجود نداشته است.

(ج) ضریب خطر نسبی صلاحیت بالینی پرستاران تازه‌کار: به منظور تعیین ضریب خطر نسبی، در ابتدا توزیع فراوانی پرستاران تازه‌کار بر حسب سطوح صلاحیت بالینی آن‌ها و سطوح صلاحیت سازماندهی سرپرستارانشان به تفکیک مراحل مطالعه به شرح زیر بیان می‌شود (جدول ۵):

جدول ۵. توزیع فراوانی پرستاران تازه‌کار برحسب سطوح صلاحیت بالینی آن‌ها و صلاحیت سازماندهی سرپرستارانشان به تفکیک مراحل مطالعه

نتیجه آزمون	صلاحیت سازماندهی سرپرستار								سطح صلاحیت بالینی	مرحله
	کل		بالا		متوسط		پایین			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
دقیق فیشر p=0/543 Fisher's Exact Test=3/1	6/9	5	7/7	2	6/1	2	7/7	1	پایین	شروع مطالعه
	58/3	42	46/2	12	63/6	21	69/2	9	متوسط	
	34/7	25	46/2	12	3/3	10	23/1	3	بالا	
	100/0	72	100/0	26	100/0	33	100/0	13	کل	
مجذور کای p=0/230 Df=2 X ² =2/9	0/0	0	0/0	0	0/0	0	0/0	0	پایین	دو ماه بعد از شروع مطالعه
	44/8	30	36/5	9	41/9	13	66/7	8	متوسط	
	55/2	37	62/5	15	58/1	18	33/3	4	بالا	
مجذور کای p=0/000 Df=2 X ² =15/3	100/0	67	100/0	24	100/0	31	100/0	12	کل	چهار ماه بعد از شروع مطالعه
	0/0	0	0/0	0	0/0	0	0/0	0	پایین	
	31/2	20	4/3	1	37/9	11	67/7	8	متوسط	
	68/8	44	95/7	22	62/1	18	33/3	4	بالا	
	100/0	64	100/0	23	100/0	29	100/0	12	کل	

نشد ($p=0/250$ ، $T=0/0$)، اما در مرحله سوم، یعنی چهار ماه بعد از شروع مطالعه بین میانگین نمره (امتیاز) با میزان استفاده از مهارت صلاحیت بالینی پرستار تازه کار ارتباط خطی معناداری وجود داشت ($p=0/010$ ، $T=0/3$).

■ بحث

پژوهش حاضر با هدف کلی تعیین رابطه صلاحیت‌های تکنیکی بالینی و سازماندهی مدیران پرستاری با صلاحیت‌بالینی پرستاران تازه کار انجام شده است. یافته‌های مطالعه حاضر نشان دادند که رشد و توسعه صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار تحت تأثیر صلاحیت‌های سازماندهی و تکنیکی بالینی مدیران پرستاری در طول زمان قرار می‌گیرد.

در واقع حمایت اثربخش از پرستاران تازه کار نیازمند دانش و مهارت کافی مدیران پرستاری است (۲۱). مدیران پرستاری مسئول اطمینان از کیفیت ارائه خدمات پرستاری است و کار پرستاران را در فرایند ارائه خدمات با ایجاد محیطی که رشد و تکامل حرفه‌ای و احساس مسئولیت را حمایت می‌نماید تسهیل می‌کند (۲۲).

از آنجایی که مدیران پرستاری نقش اساسی و محوری برای ایجاد محیطی کاری دارند که در آن پرستاران مسئول عملکرد حرفه‌ای شان و نتایج مراقبتی باشند؛ از این نظر مدیران پرستاری بایستی در بعد تکنیکی بالینی نیز صلاحیت‌های کافی داشته باشند. در واقع اهمیت این بعد از صلاحیت مدیران پرستاری به این دلیل می‌باشد که مدیران پرستاری به دلیل ارتباط مستقیم بین مسئولیت مدیریتی و ارائه مراقبت نقش بسیار مهمی ایفا می‌کنند.

مطالعه حاضر یک مطالعه آینده‌نگر می‌باشد، که با توجه به قوی بودن نتایج مطالعه آینده‌نگر در تبیین علت و معلولی به نظر می‌رسد که نتایج مطالعه حاضر از مطالعات توصیفی مقطعی قوی‌تر باشد. در مطالعه حاضر نشان داده شد که صلاحیت‌بالینی پرستاران تازه کار در طی سه مرحله زمانی سنجش شده، ارتقاء یافته است. هاف و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه توصیفی مقطعی خود با عنوان صلاحیت‌های مدیران پرستاری و ارتباط آن با رضایت کارکنان، رضایت بیماران و نتایج مراقبتی بیمار، ارتباط معناداری بین صلاحیت‌های مدیران پرستاری از جمله بعد تکنیکی با متغیرهای وابسته پژوهش گزارش نکرده‌اند (۳۳). در پژوهش حاضر ۲۸۳ پرستار صلاحیت‌های مدیران پرستاری خود را ارزیابی کردند. با وجود این که خودارزیابی در بهبود عملکرد و شناسایی نقاط قوت

شروع مطالعه (مرحله اول): اکثر پرستاران تازه کار در گروه مدیر صلاحیت پایین ($69/2\%$ معادل ۹ نفر) و در گروه مدیر صلاحیت متوسط ($63/6\%$ معادل ۲۱ نفر) صلاحیت بالینی متوسط دارند و اکثر پرستاران تازه کار در گروه مدیر صلاحیت بالا ($46/2\%$ معادل ۱۲ نفر) به صورت برابر در گروه صلاحیت بالینی بالا و متوسط قرار دارند. آزمون آماری دقیق فیشر نشان داد که سه گروه از نظر فراوانی سطوح صلاحیت بالینی همگن هستند ($p=0/543$).

دو ماه بعد از شروع مطالعه (مرحله دوم): اکثر پرستاران تازه کار در گروه مدیر صلاحیت پایین ($66/7\%$ معادل ۸ نفر) صلاحیت بالینی متوسط دارند، ولی اکثر پرستاران تازه کار در گروه مدیر صلاحیت متوسط ($58/1\%$ معادل ۱۸ نفر) و اکثر پرستاران تازه کار در گروه مدیر صلاحیت بالا ($62/5\%$ معادل ۱۵ نفر) صلاحیت بالینی بالا دارند. آزمون آماری مجذور کای نشان داد که سه گروه از نظر فراوانی سطوح صلاحیت بالینی همگن هستند ($p=0/230$).

چهار ماه بعد از شروع مطالعه (مرحله سوم): اکثر پرستاران تازه کار در گروه مدیر صلاحیت پایین ($66/7\%$ معادل ۸ نفر) صلاحیت بالینی متوسط دارند، ولی اکثر پرستاران تازه کار در گروه مدیر صلاحیت متوسط ($62/1\%$ معادل ۱۸ نفر) و اکثر پرستاران تازه کار در گروه مدیر صلاحیت بالا ($95/7\%$ معادل ۲۲ نفر) صلاحیت بالینی بالا دارند. آزمون آماری مجذور کای نشان داد که سه گروه از نظر فراوانی سطوح صلاحیت بالینی همگن نیستند ($p=0/000$).

محاسبه ضریب خطر: خطر نسبی مرحله دوم، دو ماه بعد از شروع مطالعه با ($RR=1/53$ ، $p=0/315$ ، $CI=0/77-3/03$) معنی‌دار نیست و خطر نسبی مرحله سوم، چهار ماه بعد از شروع مطالعه ($RR=1/82$ ، $p<0/001$ ، $CI=1/32-2/40$) نشان دهنده معنی‌دار بودن آن است.

مقایسه میانگین نمره صلاحیت بالینی با میانگین نمره میزان استفاده از مهارت پرستاران تازه کار: بررسی رابطه خطی بین میانگین نمره صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار با میزان استفاده از مهارت توسط آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که در مرحله اول، یعنی شروع مطالعه رابطه خطی معنی داری بین دو متغیر وجود نداشت ($p=0/74$ ، $T=0/3$)، همچنین در مرحله دوم، یعنی دو ماه بعد نیز رابطه خطی معناداری مشاهده

می‌دهد کاهش می‌یابد و مازاد بر این که موجب افزایش مهارت و بهبود عملکرد می‌شود (۲۰). بدین ترتیب شرایط رضایتمندی شغلی و به تبع آن بهبود کیفیت مراقبتی را فراهم می‌آورد. در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین متغیرهای سن، جنس پرستاران تازه‌کار و تغییر میانگین نمره صلاحیت‌بالینی آن‌ها بر حسب سطوح صلاحیت‌مدیر سرپرستاران آن‌ها وجود نداشت، که همسو با یافته‌های وانگستین (۲۰۱۲) و بحرینی (۱۳۸۹) می‌باشد (۲۳، ۲۷). در حالی یافته‌های مطالعات مرتاجو (۲۰۰۴) و سالونن (۲۰۰۷) مغایر با آن‌ها می‌باشند (۲۴، ۳۴). در مطالعه حاضر تأثیر متغیرهای دموگرافیک بر تغییر نمره صلاحیت‌بالینی پرستاران تازه‌کار در شروع مطالعه و چهار ماه بعد از آن بیان شده است، در حالی که در هیچ یک از مطالعات بررسی شده توسط پژوهشگر نمره صلاحیت‌بالینی پرستار تازه‌کار در طی سه مرحله بررسی نگردیده بود. ثانی (۱۳۹۴) در مطالعه خود تنها سن پرستار را تأثیرگذار گزارش کرده است (۳۵). چرا که به نظر می‌رسد با بالا بودن سن، سابقه کاری هم بیشتر شده و صلاحیت آن‌ها افزایش می‌یابد. در حالی که در مطالعه حاضر صلاحیت‌بالینی پرستاران تازه‌کار ارزیابی شده است که بدین ترتیب اثر این متغیر حذف گردیده است. در ضمن در مطالعات بررسی شده توسط پژوهشگر تغییر نمره میانگین صلاحیت‌بالینی پرستاران تازه‌کار بررسی نشده بود. هم چنین در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین تغییر نمره با صلاحیت‌بالینی و متغیر دانشگاه محل تحصیل وجود نداشت. دلیل احتمالی این مسأله ممکن است افزایش کیفیت آموزش پرستاران در دانشگاه‌های آزاد و افزایش سطح صلاحیت‌بالینی در دانشگاه‌های مربوطه باشد که با یافته‌های مطالعه وثوقی (۱۳۹۳) همسو می‌باشد (۲۸). وانگستین (۲۰۱۲) نیز در بررسی نقش دانشگاه محل تحصیل بر خودارزیابی صلاحیت‌بالینی پرستار تازه‌کار ارتباط معناداری را گزارش نکرده است (۲۹). در مقایسه بین بخش‌ها، تغییر نمره میانگین صلاحیت‌بالینی پرستاران تازه‌کار، ارتباط معناداری بین آن‌ها وجود نداشت. بحرینی (۱۳۸۹) در مقایسه بین بخش‌ها، صلاحیت‌بالینی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه از سطح بالاتری نسبت به بخش‌های عمومی و اورژانس گزارش کرده است، اگر چه این تفاوت معنادار نبود (۲۵)؛ که به نظر می‌رسد بالاتر بودن صلاحیت‌بالینی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه به دلیل تجربه و تخصص آن‌ها بوده است در حالی که در مطالعه حاضر صلاحیت‌بالینی پرستاران

و ضعف خودشان کمک کننده است، ولی برخی نتایج منفی از جمله ناتوانی در درک صحیح از عملکرد در گزارشات حاصل از خودارزیابی بیان شده است. در حالی که در پژوهش هاف (۲۰۰۷)، برای سنجش صلاحیت مدیران پرستاری، ۳۳ مدیر پرستاری به روش خودارزیابی صلاحیت‌های خود را با استفاده از ابزار صلاحیت مدیر پرستاری چیس (۱۹۹۴) سنجیده بودند.

ازوگو (۲۰۱۲) نیز در مطالعه خود تأثیر صلاحیت تکنیکی بالینی مدیر پرستاری با کیفیت مراقبت پرستاران گزارش معنادار نکرده است. در این مطالعه یکی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت مراقبت پرستاری می‌تواند سابقه کار تحت سرپرستی سرپرستاران با صلاحیت‌های رهبری متفاوت باشد که در ازوگو (۲۰۱۲) در مطالعه خود به آن اشاره نکرده است. در مطالعه حاضر با توجه به این نکته که صلاحیت‌بالینی پرستار تازه‌کار مورد سنجش قرار می‌گیرد، این متغیر مداخله‌گر حذف شده است (۱۸). چیس (۲۰۱۰) نیز در مطالعه خود که به بررسی صلاحیت‌های مدیران پرستاری پرداخته است، صلاحیت تکنیکی را یکی از صلاحیت‌های ضروری برای مدیران پرستاری گزارش کرده است (۱۹).

جنینگس (۲۰۰۷) در مطالعه مروری خود، در ۲۲ مطالعه انجام شده صلاحیت سازماندهی را به عنوان یکی از صلاحیت‌های مدیران پرستاری حائز اهمیت می‌شمارد (۲۳). در واقع مدیران پرستاری نقش حیاتی در سازماندهی و ارائه مراقبت‌های پرستاری در مراکز بهداشتی درمانی دارد. الاویاسی (۲۰۱۵) نیز در یک مطالعه کیفی به بررسی تجربیات پرستاران تازه‌کار در سال اول بعد از فارغ التحصیلی از دیدگاه مدیران پرستاری آن‌ها پرداخته است؛ که نتایج نشان داد تجربیات این دوره بسیار پیچیده و تحت شرایط کاری و موقعیت پرستاری می‌باشد و توانایی و عملکرد پرستاران تازه‌کار تحت تأثیر محیط، عوامل سازماندهی محیط کاری می‌باشد (۳۱). در واقع سازماندهی ساختاری را فراهم می‌سازد که نقش‌ها، مسئولیت‌ها، مراکز تصمیم‌گیری و روش‌های ایجاد شبکه ارتباطی مشخص شود و راهنمایی است برای کارکنان که بدانند چه وظایفی دارند. در واقع تئوری نقش از زنجیره فرماندهی حمایت می‌کند. بطوری که زمانی که که اختیار دستور دادن به کارمند مختص یک مدیر باشد، فرد بداند که از چه کسی دستور می‌گیرد و در برابر چه کسی مسئول است. از تضاد نقش و به تبع آن استرس نقش جلوگیری خواهد شد علاوه بر آن با تقسیم کار تعداد کارهایی که هر کس در محدوده‌ی معینی انجام

انتظار می رود برای ارتقاء سطح دانش و تخصص و به طور کلی صلاحیت بالینی پرستارانشان به ویژه پرستاران تازه کارشان تلاش کنند تا بتوانند وظایف خود را به نحو مطلوب انجام داده و برای پذیرش مسئولیت‌های بیش‌تر آماده شوند. سرپرستاران با آگاهی از نتایج پژوهش سعی خواهند کرد تا واقع‌بینانه ارزش صلاحیت‌های رهبریشان را بر طرز تلقی و عملکرد پرستاران شان به ویژه پرستاران تازه کارشان را مد نظر قرار دهند و نکته دیگر که با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان با جلب توجه مدیران پرستاری ارشد، زمینه‌ای برای ارزیابی سرپرستاران با تمرکز بر این ابعاد ایجاد کرد.

■ تشکر و قدرانی

این مقاله استخراج شده از پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد آموزش پرستاری با گرایش مدیریت با کد ۹۳۰۴۷۷ است که در حوزه‌ی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تصویب شده است. پژوهشگر بر خود لازم می‌داند بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی مشهد بدیل تأمین اعتبار این تحقیق، مسئولین محترم دانشکده پرستاری مامایی مشهد و شرکت کنندگان در این مطالعه برای همکاری صمیمانه، تشکر و قدرانی نماید.

تازه‌کار که حداکثر دو ماه سابقه کار در محیط بالینی حرفه‌ای داشته‌اند ارزیابی شده است. در این مطالعه ارتباط معناداری بین تغییر نمره میانگین صلاحیت‌بالینی پرستاران تازه کار و علاقمندی به کار در حرفه پرستاری، علاقمندی به کار در بخش فعلی، نوبت کاری مشاهده نشد. این متغیرها در هیچ کدام از مطالعات بررسی شده توسط پژوهشگر مورد بررسی قرار نگرفته بود.

■ نتیجه‌گیری

با توجه به همگرایی بودن مطالعه موارد بروز پرستاران تازه کار با صلاحیت‌بالینی بالا تحت سرپرستی سرپرستاران با صلاحیت‌رهبری بالا در ابعاد سازماندهی و تکنیکی‌بالینی به طور معناداری نسبت به صلاحیت پایین و متوسط (گروه غیرمواجهه) افزایش یافته بود. نتایج این پژوهش به مسئولین و مدیران پرستاری ارشد توصیه می‌کند با برنامه‌ریزی دقیق و فراهم کردن زمینه لازم برای ارتقای صلاحیت‌های رهبری مدیران پرستاری عملیاتی (سرپرستاران) فراهم سازند. سرپرستار هر بخش نقش کلیدی در تیم درمانی داشته و دانش و مهارت آن‌ها سبب ارتقای کیفیت خدمات می‌شود و با توجه به افزایش انتظار خدمات کیفیت، از مدیران پرستاری

■ References

1. Reinet J, Biglow A, Kautz D. Overcoming nursing faculty shortages and bridging the gap between educationa and practice Journal of Nurse staff Development. 2012;28(5):216-4.
2. Tzeng H-M. Nurses' self-assessment of their nursing competencies, job demands and job performance in the Taiwan hospital system. International Journal of Nursing Studies. 2004;41(5):487-96.
3. Cheng C-Y, Liou S-R. Perceptions of clinical competence among nurse pregraduates: Do different types of nursing programs make a difference? Journal of Nursing Education and Practice. 2013;3(9):p139.
4. Mikšová Z, Šamaj M, Machálková L, Ivanová K. Fulfilling the competencies of members of a nursing team. Kontakt. 2014;16(2): 108-18.
5. Freeling M, Parker S. Exploring experienced nurses' attitudes, views and expectations of new graduate nurses: A critical review. Nurse education today. 2015;35(2): 42-9.
6. Chandler GE. Succeeding in the first year of practice: heed the wisdom of novice nurses. Journal for Nurses in Professional Development. 2012;28(3):103-7.
7. Palladino JS. New graduate nurses' perceptions of their received support in the first year work transition: Hartford university; 2009 (Thesis).
8. Zinsmeister LB, Schafer D. The exploration of the lived experience of the graduate nurse making the transition to registered nurse during the first year of practice. Journal for Nurses in Professional Development. 2009;25(1):28-34.
9. Sahay A, Hutchinson M, East L. Exploring the influence of workplace supports and relationships on safe medication practice: A pilot study of Australian graduate nurses. Nurse Education Today. 2015;35(5): 21-6.
10. Duchscher JEB. Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. Journal of Advanced Nursing. 2009;65(5):1103-13.
11. Milutinović D. Assessing clinical skill competence of nursing students through Objective Structured Clinical Examination. 2013.

12. Lima S, Newall F, Kinney S, Jordan HL, Hamilton B. How competent are they? Graduate nurses self-assessment of competence at the start of their careers. *Collegian*. 2014;21(4):353-8.
13. Lavelly L. Nurse managers perception of the essential professional competences of graduate nurses: Wisconsin; 2005. (Thesis)
14. Wise V. Competency of graduate nurses as perceived by nurse preceptors and nurse managers [Thesis]. Nursing. England: Walden University; 2013
15. Habibzadeh H, Ghorbanzadeh K, Khalkhali H, Mohammadpour Y. Survey of relationship between quality of working life and clinical competency in nurses. *Journal of Orumie University of Medical Science*. 2012;10(3):332-9. [Persian].
16. Surakka T. The nurse manager's work in the hospital environment during the 1990s and 2000s: responsibility, accountability and expertise in nursing leadership. *Journal of Nursing Management*. 2008;16(5):525-34.
17. Pillay R. Perceived competencies of nurse managers: A comparative analysis of the public and private sectors in South Africa. *African Journal of Business Management*. 2009;3(9):495-503.
18. Ezeukwu DN. Nurse leader competencies and their relationship to quality of nursing care: A case study. [Thesis]. Nursing. England: Capella University; 2012.
19. Chase L. Nurse manager competencies. USA: The University of Iowa; 2010.
20. Swansburg R, Swansburg R. Introduction to management and leadership for nursing. 3ed edition. USA: Jones and Bartlet publisher; 2009.
21. Rezaian A. Fundamental of organization and management. Tehran: Samt publisher; 2010. [Persian].
22. Kim Y-J, Song H-K, Lee M-A. Perceived relationship among professional self-concept, head nurse's leadership, and nursing clinical competency by clinical nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2011;17(1):96-105.
23. Jennings BM, Scalzi CC, Rodgers JD, Keane A. Differentiating nursing leadership and management competencies. *Nursing Outlook*. 2007;55(4):169-75.
24. Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse competence scale development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;47(2):124-33.
25. Bahreini M, Moattari M, Kaveh M, Ahmadi F. Self assessment of the clinical competence of nurses in one of Educational hospital of Shiraz university of medical science. *Journal of Jahrom University of Medical Science*. 2010;8(1):28-36. [Persian].
26. Hengstberger-Sims C, Cowin LS, Eagar SC, Gregory L, Andrew S, Rolley J. Relating new graduate nurse competence to frequency of use. *Collegian*. 2008;15(2):69-76.
27. Jaffari Golestan N, Vanaki Z, Memarian R. Organizing "nursing mentors committee": an effective strategy for improving newly nurses' clinical competency. *Iranian Journal of Medical Education*. 2008;7(2):237-47. [Persian].
28. Vosughi MN, Tazakkori Z, Habibzadeh H. Assessing nursing graduated clinical competency from the view point of graduated and head nurse. *Iranian J of Health and care*. 2014;16(2):66-73.
29. Wangenstein S, Johansson IS, Björkström ME, Nordström G. Newly graduated nurses' perception of competence and possible predictors: a cross-sectional survey. *Journal of Professional Nursing*. 2012;28(3):170-81.
30. Al Awaisi H, Cooke H, Prymachuk S. The experiences of newly graduated nurses during their first year of practice in the Sultanate of Oman—A case study. *International journal of Nursing Studies*. 2015;25(2):32-54
31. Vogus TJ, Cooil B, Sitterding M, Everett LQ. Safety organizing, emotional exhaustion, and turn over in hospital nursing units. *Medical care*. 2014;52(10):870-6.
32. Kwak C, Chung BY, Xu Y, Eun-Jung C. Relationship of job satisfaction with perceived organizational support and quality of care among South Korean nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(10):1292-8.
33. Kovner C, Brewer C, Wu YW, Cheng Y, Suzuki M. Factors associated with work satisfaction of registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship*. 2006;38(1):71-9.
34. Salonen AH, Kaunonen M, Meretoja R, Tarkka MT. Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. *Journal of Nursing Management*. 2007;15(8):792-800.
35. Komeili-Sani M, Etemadi A, Boustani H, Bahreini M, Hakim A. The relationship between nurses' clinical competency and job stress in Ahvaz university hospital, 2013. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2015;4(1):39-49. [Persian].

Relationship between head nurses' technical-clinical and organization competencies and newly nurses' clinical competencies in teaching hospitals: a cohort study

Amirreza Salehmoghddam , Solmaz Halakou [■] , Fatemeh Heshmati Nabav, Seyed Reza Mazlum

Salehmoghddam A.

MSc., Instructor of Nursing,
Department of Public Health &
Nursing Management ,Mashhad
Faculty of Nursing and Midwifery,
Mashhad University of Medical
science, Mashhad, Iran

■ Corresponding author:

Halakou S.

MSc Student Nursing Management
Education , Mashhad Faculty of
Nursing and Midwifery, Mashhad
University of Medical Science ,Iran
Mashhad, Iran

Address: Holakous921@mums.ac.ir

Heshmati Nabav F.

Assistant Professor, Public Health
& Nursing Management , Mashhad
Faculty of Nursing and Midwifery,
Mashhad University of Medical
Science, Mashhad, Iran

Mazlum R.

Instructor of Nursing, Department of
Medical-Surgical Nursing, Faculty of
Nursing and Midwifery, Mashhad
University of Medical Sciences,
Mashhad, Iran

Abstract

Introduction: It is important for health care organizations that they knowing about effective factors on improving newly nurses' competencies. Improving their clinical competencies and highly supportive to them are basic newly nurses' needs and also, it is one of the important nurse managers' duties.

Aim: The aim of this study was determine of relationship between head nurses' technical-clinical competency and organization competency and newly nurses' clinical competencies.

Methods and Materials: This study was cohort study that was done in teaching hospitals of Mashhad University of Medical Sciences in 2014-2015. In this study 37 head nurses, 72 newly nurses by census method and, 283 non-newly nurses participated. Head nurses' technical-clinical and organization competencies; who supervised newly nurses, evaluated by staff nurses (non-newly). Newly nurses, clinical competency evaluate in three stages, beginning of the study, two and four months after that. For data gathering head nurses' competencies was used modified questionnaire; Empowerment of Nurse Leader (Ezeukwu 2012) and for clinical competencies newly nurses was used (Meretoja 2004). Data were analyzed using SPSS 11.5 by Chi-Square, Fisher Exact, ANOVA, Kruskal-Wallis, Repeated measurement, Pearson linear correlation tests and calculation of Relative Risk.

Results: Average score (mean) of newly nurses' clinical competencies based on their head nurses in second and third evaluation stages were different significantly ($P < 0.05$). Relative Risk of clinical competency in newly nurses based on head nurses' competencies (technical) in third stages with ($RR = 1.47$, $P > 0.001$) and in (organization competency) with ($RR = 1.82$, $P > 0.001$) was significantly different.

Conclusion: based on findings suggested that nurse managers' stress on in-service education for head nurses strongly, for improving their managerial competencies.

Key words: clinical competency, head nurse, nurse manager, newly nurse, organization, technical-clinical

**Nursing
Management**

Quarterly Journal of Nursing Management

Fourth Year, Vol 4, No3, Autumn 2015