

# بررسی تأثیر به کارگیری برنامه ارتقای صلاحیت بالینی بر کیفیت زندگی کاری پرستاران واحد مراقبت‌های ویژه قلبی

نویسندگان: مهسا خدایاریان<sup>۱</sup>، دکتر زهره ونکی<sup>۲\*</sup>، حسن ناوی پور<sup>۳</sup> و علی اکبر واعظی<sup>۴</sup>

۱. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد گروه آموزش مدیریت پرستاری دانشگاه تربیت مدرس
۲. استادیار گروه پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس
۳. مربی گروه پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس
۴. مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

Email: vanaki\_z@modares.ac.ir

\* نویسنده مسئول:

### چکیده

مقدمه: توانمندی مدیران پرستاری در ایفای عملکرد مدیریتی خود منجر به ارتقای سطح کیفیت زندگی کاری پرستاران می‌شود. کیفیت زندگی کاری مطلوب، حاصل ساخت محیط‌های کاری با کیفیتی است که پرستاران را برای عملکرد حرفه‌ای توانمند می‌سازد. پژوهش حاضر قصد دارد از طریق به‌سازی رفتارهای نظارتی و رهبری سرپرستاران و سوپروایزران بالینی در قالب یک «برنامه ارتقای صلاحیت بالینی» کیفیت زندگی کاری پرستاران را ارتقا بخشد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر به صورت نیمه‌تجربی، در دو مرحله قبل و بعد و در دو گروه آزمون و شاهد در سال ۱۳۸۵ در دو بیمارستان آموزشی شهر یزد روی کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های سی‌سی‌یو انجام شده است. دو گروه پرستاران در دو بیمارستان آزمون و شاهد با یکدیگر همسان بودند. از پرسشنامه معتبر بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاران در مرحله قبل در دو گروه استفاده شد. سپس برنامه ارتقای صلاحیت بالینی در ۴ مرحله به‌سازی پرستاران، به‌سازی مدیران، دوره سازگاری و دوره نظارتی اجرا شد و پس از آن، دوباره کیفیت زندگی کاری در دو گروه سنجیده و تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق برنامه نرم‌افزاری SPSS انجام شد.

نتایج: یافته‌ها حاکی از آن بود که پرستاران دو گروه آزمون و شاهد از نظر سابقه کار، سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات و شیفت غالب همسان بودند. میانگین سابقه کار پرستاران در سی‌سی‌یو ۵/۵ سال بود و بیشتر آنان کارآمد یا مجرب بودند. آزمون‌های آماری ویلکاکسون و «تی» مستقل بین کیفیت زندگی کاری قبل و بعد از مداخله در دو گروه تفاوت معناداری نشان داد ( $p=0/000$ ) به گونه‌ای که کیفیت زندگی کاری پرستاران از سطح متوسط به سطح مطلوب در گروه آزمون ارتقا یافت، ولی در گروه شاهد تغییری نیافت. آزمون کم‌ترین اختلاف معنادار به منظور مقایسه میانگین‌های ابعاد کیفیت زندگی کاری، نشان داد رفتارهای نظارتی و رهبری مدیران پرستاری، متعاقب اجرای برنامه ارتقای صلاحیت بالینی به ترتیب در ابعاد تقدیر، عوامل آموزشی، مدیر لایق و ارزشیابی، بیش‌ترین تغییر را ایجاد کرده است ( $p<0/05$ ).

نتیجه‌گیری: بسیاری از عوامل عدم رضایت، حاکی از محیط‌های کاری است که مدیران پرستاری به این عوامل کم‌توجهی کرده‌اند. اگر بتوان از توانمندی‌های مدیران پرستاری، سرپرستاران و سوپروایزران بالینی در جهت ساخت محیط‌های کاری بهره گرفت می‌توان کیفیت زندگی کاری پرستاران را افزایش داد. لذا طراحی و سازماندهی برنامه ارتقای صلاحیت بالینی از طریق توانمندسازی مدیران پرستاری، می‌تواند راهکاری مفید در به‌سازی کیفیت زندگی کاری پرستاران باشد.

واژه‌های کلیدی: برنامه ارتقای صلاحیت بالینی، کیفیت زندگی کاری، پرستاران، سی‌سی‌یو

دوماهنامه علمی - پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال پانزدهم - شماره ۷۵  
تیر ۱۳۸۷

وصول: ۸۵/۱۲/۱  
ارسال اصلاحات: ۸۶/۵/۷  
دریافت اصلاحات: ۸۶/۷/۱  
پذیرش: ۸۶/۸/۲۶

## مقدمه

از چهار منبعی که در اختیار مدیریت سازمان است، یعنی سرمایه، اطلاعات، تجهیزات و نیروی انسانی، نتایج حاصل از پژوهش‌ها، بر توجه مدیران به نیروی انسانی، به عنوان مهم‌ترین منابع سازمان تأکید می‌کند [۱]. به گونه‌ای که حیات مجدد بخشیدن به کارکنان از طریق به‌سازی کیفیت زندگی کاری آنان، کلید اصلی موفقیت مدیران در تحقق اهداف سازمانی است [۲]. مورهد و گریفین (Moorhead & Griffin) در تعریف کیفیت زندگی کاری آورده‌اند: «میزان توانایی کارکنان در ارضای نیازهای شخصی مهم خود با استفاده از تجاربی که در سازمان کسب کرده‌اند». در برنامه‌های کیفیت زندگی کاری به شدت بر ایجاد محیطی که منجر به ارضای نیازهای افراد شود تأکید شده است [۳]. کتل (Kettle) (۲۰۰۲) بیان می‌کند که کانون توجه هر سازمانی باید کیفیت زندگی کاری پرستاران آن سازمان باشد [۴]. مدیران پرستاری از طریق حمایت و تقدیر از عملکرد مطلوب پرستاران، استقبال از خلاقیت و نوآوری‌ها، و ایجاد فرصت‌های یادگیری مستمر در محیط کار و ارائه رفتارهای رهبری اثربخش، نه تنها به هویت مدیریتی خود در سازمان اعتبار می‌بخشند، بلکه همچنین باعث درک بهتر پرستاران از کیفیت زندگی کاری خود می‌گردند [۵]. انجمن پرستاران کانادا با تشکیل کارگاهی در اوتاوا (Ottawa) (آوریل ۲۰۰۲) با هدف شناسایی شاخص‌های کیفیت زندگی کاری پرستاران به منظور ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری، روی چهار بُعد اصلی به‌سازی کیفیت زندگی کاری پرستاران، ارتقای صلاحیت بالینی، پاسخگویی در برابر عملکرد، و تمرکز روی بیمار و جامعه تأکید کرد. کیفیت زندگی کاری بدین معنا است که سازمان، جوئی کاری را فراهم سازد که در آن، عملکرد عالی، مشارکت کامل، رشد فردی / حرفه‌ای و سازمانی پرستار و رضایت‌مندی حرفه‌ای وجود داشته باشد.

مشخصه‌های کیفیت زندگی کاری مطلوب، شامل ارتباطات باز و صادقانه، وضوح نقش، مشارکت در تصمیم‌گیری، محیط یادگیری و احساس خوب بودن تک‌تک پرستاران است [۶]. کوآن و پینگ (Kuan & Ping) (۲۰۰۵) گزارش می‌کنند که کیفیت زندگی کاری پرستاران به طور حاد دچار اختلال گردیده است [۷]. نتایج مطالعه درگامی و سراجی (۲۰۰۶) با هدف بررسی دیدگاه کارکنان نسبت به کیفیت زندگی کاری‌شان روی ۹۰۸ نفر از کارکنان ۱۵ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران نشان داد کیفیت زندگی کاری پرسنل ضعیف بوده است. ۸۹ درصد آنان بیان کردند که مدیران، آن‌ها را حمایت نمی‌کنند، ۷۸ درصد نمونه‌ها نسبت به مدیران رده عالی بی‌اعتماد بودند، و ۶۲/۵ درصد معتقد بودند کار برای آن‌ها جالب و رضایت‌بخش نیست. بیش‌تر پژوهشگران که در فوق دیدگاه‌های آنان مطرح شد، مهم‌ترین شاخص‌های کیفیت زندگی کاری که توجه به آن‌ها باعث می‌شود کارکنان احساس کنند محیط کار برای‌شان جذاب است و تجربه مثبتی از ارائه مراقبت خواهند داشت و در نتیجه، درک مطلوب‌تری از کیفیت زندگی کاری خویش پیدا می‌کنند، ارتقای صلاحیت بالینی را معرفی کرده‌اند، زیرا موجب ادغام دانش و مهارت پرستار در ارائه مراقبت می‌گردد و راهکار اجرایی را، به‌سازی مدیران پرستاری به منظور شناسایی شاخص‌ها و طراحی برنامه‌هایی برای ارتقای کیفیت زندگی کاری پرستاران پیشنهاد کردند [۸]. به منظور ارتقای کیفیت مراقبت، مدیران پرستاری باید از طریق تسهیل دستیابی پرستاران به ساختارهای توانمندسازی و ایفای نقش مدیریتی و رهبری خود، به گونه‌ای که پرستاران احساس و درک کنند که تحت نظارت مدیرانی لایق و شایسته حرفه پرستاری هستند، زمینه را برای توانمندسازی و ارتقای کیفیت زندگی کاری پرستاران فراهم آورند و بدیهی است که مدیران باید برای ایفای

کاری پرستار، می‌توانند «برنامه ارتقای صلاحیت بالینی» را به عنوان یک راهکار انتخاب کنند.

### مواد و روش کار

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی بود. در دو بیمارستان آموزشی شهر یزد که به طور تصادفی انتخاب، و به طور تصادفی هم به دو گروه شاهد و مورد اختصاص داده شده بودند، برنامه ارتقای صلاحیت بالینی به عنوان یک مداخله در گروه آزمون اجرا گردید و اثرهای آن روی کیفیت زندگی کاری پرستاران هر دو گروه (به صورت قبل و بعد از مداخله) سنجیده شد. بدیهی است کلیه پرستاران بخش ویژه بیمارستان آزمون، نمونه گروه آزمون (۲۵ پرستار) و کلیه پرستاران بخش ویژه بیمارستان شاهد، نمونه گروه شاهد (۲۵ پرستار) را شامل شده‌اند. پرستاران در دو گروه از نظر متغیرهایی چون سن، سابقه کار در سی‌سی‌یو، جنس، مدرک تحصیلی، میزان حقوق پایه، و تعداد شیفت‌های در گردش، همسان شدند. دو بیمارستان نیز از نظر درصد اشغال تخت، نسبت پرسنل پرستاری، نوع بیمارستان از نظر دولتی / آموزشی و پژوهشی، و قوانین و مقررات مدیریت بیمارستان‌های آموزشی همسان بودند (هر دو وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یزد).

جهت سنجش کیفیت زندگی کاری پرستاران، ابتدا بر اساس مطالعات متون و ابزارهای موجود در پرستاری دنیا و سپس با انجام مصاحبه‌های متعدد با پرستاران و مدیران پرستاری سعی شد که شاخص‌های کیفیت زندگی کاری متناسب با پرستاری کشور ما به دست آید. بدین ترتیب این پرسشنامه اولیه برای سنجش اعتماد و اعتبار علمی آماده شد. جهت اعتبار علمی ابزار طراحی شده به ۱۲ تن از اساتید و متخصصین مدیریت پرستاری در دانشگاه‌های تربیت مدرس و تهران ارایه شد. پس از بازنگری و اصلاحات ضروری، ابزار به ۱۵ تن از پرستاران جهت سنجش

نقش مدیریتی توانمند شوند، چرا که آنان مسئول هدایت و نظارت بر عملکرد پرستاران هستند [۹]. کوهن (Cohen) (۲۰۰۶) گزارش می‌کند که متأسفانه مدیران پرستاری برای ارائه رفتارهای رهبری و حمایتی مورد نیاز پرستاران، توانمند نشده‌اند. همچنین مدیران پرستاری احساس می‌کنند که به دلیل حجم بالای کار و نظارت روی عملکرد تعداد زیادی از پرستاران، زمان کافی برای ابراز رفتارهای حمایتی ندارند و در نتیجه، توجه به کیفیت زندگی کاری پرستاران، اولویت اصلی خود را از دیدگاه مدیران پرستاری از دست می‌دهد [۱۰]. مدیران پرستاری دارای مسئولیت ایجاد یک محیط کاری حرفه‌ای برای پرستاران هستند و سبک رهبری آنان در تقویت یک محیط مثبت و اثربخش برای ایجاد زیربنای منظور ارتقای کیفیت مراقبت دارای اهمیت بسزایی است، زیرا مراقبت‌های پرستاری برایندهای مربوط به بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهند و حمایت از ناحیه رهبران پرستاری برای ارتقای محیط حرفه‌ای عملکرد ضروری است [۱۱]. بدیهی است کیفیت زندگی کاری بهتر نمی‌تواند خودبه‌خود حاصل شود. به‌کارگیری و اجرای برنامه‌های به‌سازی کیفیت زندگی کاری توسط مدیران رده‌های مختلف پرستاری می‌تواند منجر به بروز برایندهای مثبت در پرستاران، بیماران و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات پرستاری شود، به ویژه که در نظر گرفتن عوامل مؤثر در کیفیت زندگی کاری می‌تواند تشخیص نوع برنامه اجرایی برای بهبود وضعیت را تسهیل کند. در این مطالعه سعی شده برای بهبود کیفیت زندگی کاری پرستاران، از طریق برنامه ارتقای صلاحیت بالینی، معیارهای شاخص کیفیت زندگی کاری که بهبود استقلال پرستار، نظارت روی مراقبت ارائه شده و مسئولیت‌پذیری و جوابگویی و برایندهای مربوط به مراقبت‌ها و... هستند مورد بررسی و آزمون قرار گیرد تا درنهایت بتوان با اطمینان بیان کرد که مدیران پرستاری برای بهبود کیفیت زندگی

اعتماد علمی ارسال شد. محاسبه الفای کرونباخ؛ پایایی کلی ابزار را (۰/۹) و برای هر بُعد نیز در محدوده (۰/۷ تا ۰/۸) برآورد کرد. در نهایت، پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاران در ۹ بُعد اصلی؛ استقلال کاری، کنترل روی محیط کار، ارتباط پزشک و پرستار، عوامل آموزشی، محیط کار- استرس، تقدیر، مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها، ارزشیابی عملکرد، مدیر لایق و شایسته، و در کل با ۵۱ گویه تنظیم شد که باید توسط خود پرستاران تکمیل می‌گردید.

سپس این ابزار جهت سنجش کیفیت زندگی کاری، میان کلیه پرستاران شاغل در سی‌سی‌یو در دو گروه شاهد و آزمون در مرحله قبل مداخله توزیع گردید. نیازسنجی آموزشی پرستاران و مدیران بر اساس تجزیه و تحلیل پرسشنامه‌های کیفیت زندگی کاری (جهت برگزاری دوره به‌سازی مدیران پرستاری) در این مرحله صورت گرفت. سپس برنامه ارتقای صلاحیت بالینی در ۴ مرحله به شرح زیر اجرا شد:

#### ۱. دوره به‌سازی سرپرستاران و پرستاران

۱-۱. دوره به‌سازی سرپرستاران: جلسات به‌سازی سرپرستاران (۴ جلسه در طول یک ماه) با عناوین مدیریت و رهبری در پرستاری، ارزشیابی عملکرد، مدیریت تضاد، نظارت بالینی، روابط انسانی، و رفتارهای حمایتی و انگیزش‌دهی، ارتباط و بازخورد با ارائه و معرفی یک «مورد» مدیریتی آغاز می‌شد و ادامه می‌یافت و سرپرستاران با حضور مترون، سوپروایزران بالینی و آموزشی، تجارب خود را با یکدیگر در خصوص «مورد مدیریتی» و نحوه برخورد با آن مبادله می‌کردند. سعی شد در این جلسات گروهی مدیران با نحوه رفتار مدیریتی خود و اثرهای عملکرد مدیریتی‌شان در موقعیت‌های مختلف آشنا شوند و به درک بهتری دست یابند.

۱-۲. دوره به‌سازی پرستاران: هدف از به‌سازی بالینی تک‌تک پرستاران، ارتقای صلاحیت بالینی پرستاران در دو بُعد صلاحیت مراقبت و مدیریت مراقبت بود که به صورت ارائه مراقبت بر اساس استاندارد حرفه‌ای که با به‌کارگیری الگوی جامع و کل‌نگر فرایند پرستاری و آموزش اصول گزارش‌نویسی مشخص می‌گردید و از طریق ثبت نمونه‌های واقعی گزارش پرستاری بر اساس بررسی متمرکز روی مشکل بیمار بستری در سی‌سی‌یو، تعیین خط‌مشی مراقبتی (استاندارد)، ارائه پوستره‌های آموزشی مناسب و نصب آن در مورد بخش، تهیه و ارائه پمفلت و جزوات آموزشی در راستای چگونگی ثبت گزارش پرستاری، انجام می‌گرفت. جلسات آموزشی برای پرستاران با حضور سرپرستاران، سوپروایزر آموزشی و سوپروایزران بالینی برگزار می‌گردید.

#### ۲. دوره سازگاری: هدف اصلی این دوره،

توانمندسازی از طریق مشاهده مستقیم و نظارت بر عملکرد بالینی پرستاران و ارائه بازخورد به منظور تقویت دانش و تجربه آنان بود، به طوری که پرستاران، مسئولیت و پاسخگویی در مقابل عملکرد را بپذیرند و تمرین کنند، زیرا این امر می‌توانست منجر به رشد فردی و آگاهی از عملکرد مدیریت مراقبتی آنان گردد. در طول این دوره (به مدت یک ماه) یکی از پژوهشگران به عنوان الگوی نقش و ارزیاب (Assessor) برای پرستاران و مدیران پرستاری بودند؛ یعنی به طور مداوم مباحث مطرح شده در جلسات گروهی را به طور عملی با استفاده از آموزش عملی نظارت بالینی، ارزشیابی عملکرد و ارائه بازخورد مناسب اجرا کردند؛ به این صورت که با بررسی گزارش‌های پرستاری ثبت شده در پن‌کارت بیماران بستری مسئول آشناسازی، نظارت و ارزشیابی مستمر صلاحیت بالینی پرستاران (رفتارهای مراقبت و مدیریت مراقبت)، راهنمایی و هدایت آنان بوده است. همچنین در مورد لزوم به

مطلوب، متوسط و نامطلوب تقسیم‌بندی شد. حداقل نمره کیفیت زندگی کاری ۵۱ و حداکثر آن ۲۵۵ است. به منظور مشخص کردن امتیاز هر پرستار به ترتیب به جواب‌های «کاملاً موافقم»، «موافقم»، «نظری ندارم»، «مخالقم» و «کاملاً مخالفم» نمره ۴، ۳، ۲، ۱ و ۵ داده شد. سپس جمع نمره کیفیت زندگی کاری هر پرستار محاسبه گردید و با نمرات طبقه‌بندی شده (۵۱-۱۱۹) مطلوب، (۱۱۹-۱۸۷) متوسط، و (۱۸۷-۲۵۵) نامطلوب سنجیده و در نهایت میانگین کیفیت زندگی کاری قبل و بعد از مداخله محاسبه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری «تی» مستقل، «تی» زوجی، کای دو و ویلکاکسون انجام شد.

### نتایج

در این پژوهش، همه پرستاران مورد مطالعه با مدرک کارشناسی پرستاری در سی‌سی‌یو مشغول ارائه مراقبت‌های پرستاری به بیماران بودند. بیش از نیمی از آنان در هر دو گروه (آزمون و شاهد) در محدوده سنی ۳۰-۲۰ سال بودند و سابقه کاری کم‌تر از ۱۰ سال داشتند. بر اساس مدل کسب مهارت بنر (Benner's Skill Acquisition Model) و لحاظ کردن میانگین سابقه کار پرستاران (۵/۵ سال) [۱۲]، بیش‌تر پرستاران هر دو گروه، کارآمد یا مجرب بودند (جدول ۱). نتایج نشان دادند کیفیت زندگی کاری بیش از نیمی از پرستاران مورد مطالعه، در هر دو گروه آزمون و شاهد، نامطلوب جدول ۱ سطح صلاحیت پرستاران بر اساس سابقه کار بالینی در سی‌سی‌یو مطابق با مدل کسب مهارت بنر

گروه شاهد	گروه آزمون	سابقه کار بالینی	سطح صلاحیت
۲۰٪	۸٪	کم‌تر از یکسال	مبتدی
۴٪	۸٪	۱-۲ سال	مبتدی پیشرفته
۱۶٪	۴۰٪	۲-۴ سال	صاحب صلاحیت
۶۰٪	۴۴٪	بیش‌تر از ۴ سال	کارآمد یا مجرب

کارگیری مستمر رفتارهای مدیریت و رهبری توسط مدیران پرستاری (مترون، سوپروایزران آموزشی/ بالینی، سرپرستاران) به‌ویژه سرپرستاران که دارای ارتباط و تعامل نزدیک‌تر با پرستاران هستند تأکید می‌شد. بدین ترتیب مدیران، نظارت بالینی مناسب را با رفتارهای رهبری اجرا و تمرین می‌کردند و یکی از پژوهشگران در صورت لزوم، بازخورد مناسب را ارائه می‌کرد.

### ۳. دوره نظارتی: در این مرحله، مدیران به‌ویژه

سرپرستاران، ملزم به اعمال رفتارهای رهبری و انگیزه‌دهی آموخته شده در ارتباطات خود با پرستاران بودند که با ایجاد تغییر در فرایندهای کاری و معنادار کردن مراقبت پرستاری، کیفیت زندگی کاری آنان را نیز ارتقا بخشد. در این مرحله در راستای اطمینان از لحاظ کردن آموزش‌های داده شده به سرپرستاران در مدیریت بخش، با ارائه ابزار هدایتی عطف بر ابعاد کیفیت زندگی کاری پرستاران به سرپرستاران، از آن‌ها تقاضا شد آن را به طور هفتگی تکمیل و تحویل نمایند. همان طور که یکی از پژوهشگران از طریق مشاهده غیرمستقیم نیز عملکرد مدیریتی سرپرستاران را در بخش، ارزیابی و در مواقع مناسب بازخورد آموزشی و سازنده را ارائه می‌کرد. در این مرحله، نقش نظارتی این پژوهشگر در محیط (برای پرستاران و سرپرستاران) غیرمستقیم و به تدریج حذف شد و به مدیران پرستاری (سرپرستار، سوپروایزران بالینی و آموزشی) تفویض گردید. بدین ترتیب مرحله مداخله (به مدت ۴ ماه) پایان گرفت.

در مرحله پس از مداخله، کیفیت زندگی کاری در دو گروه شاهد و آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت. در مورد تعیین کیفیت زندگی کاری پرستاران، معیار سنجش و نمره‌بندی داده‌ها به صورت «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» بود که پس از نمره‌بندی به سه دسته

جدول ۲ توزیع فراوانی مطلق و نسبی کیفیت زندگی کاری پرستاران سی‌سی‌یو در مراحل قبل و بعد در دو گروه

شاهد		آزمون				گروه		کیفیت زندگی کاری
		مرحله قبل		مرحله بعد				
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۳	۱۲	۱	۴	۸	۳۲	۴	۱۶	مطلوب (۵۱-۱۱۹)
۵	۲۰	۱۱	۴۴	۱۷	۶۸	۹	۳۶	متوسط (۱۱۹-۱۸۷)
۱۷	۶۸	۱۳	۵۲	۰	۰	۱۲	۴۸	نامطلوب (۱۸۷-۲۵۵)
۲۵	۱۰۰	۲۵	۱۰۰	۲۵	۱۰۰	۲۵	۱۰۰	جمع
$\rho=۰/۰۶, Z=۱/۹۴۶$				$\rho=۰/۰۰۰, Z=۴/۲۸۷$				آزمون ویلکاکسون

جدول ۳ مقایسه اختلاف میانگین کیفیت زندگی کاری پرستاران سی‌سی‌یو در مراحل قبل و بعد در دو گروه

گروه	زمان	اختلاف میانگین	t	df	$\rho$
آزمون و شاهد	قبل	۱/۴۸	۰/۱۰	۴۷/۵۱	۰/۹۱
	بعد	۵۸/۱۶	۵/۶۸	۴۸	۰/۰۰

جدول ۴ مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی کاری پرستاران سی‌سی‌یو در مراحل قبل و بعد در دو گروه

شاهد		آزمون		گروه		کیفیت زندگی کاری
		قبل	بعد			
۴۱/۸۴	$\pm ۱۸۶/۶۴$	۴۵/۷۴	$\pm ۱۷۹/۵۲$	۲۹/۴۵	$\pm ۱۲۸/۴۸$	میانگین و انحراف معیار
$t=۱/۳۲, \rho=۰/۱۹$		$t=۹/۴۱, \rho=۰/۰۰$		تی زوجی		

تی‌زوجی ( $\rho=۰/۰۰$ ) این افزایش را تأیید می‌کند (جدول ۴). به عبارت دیگر، کیفیت زندگی کاری به حد مطلوب رسیده است. اختلاف میانگین کیفیت زندگی کاری پرستاران سی‌سی‌یو در مراحل قبل و بعد گروه آزمون  $۲۶/۳۱ \pm ۴/۵۶$  و در گروه شاهد  $۲۶/۷۹ \pm ۷/۱۲$  است که آزمون تی‌مستقل با  $\rho=۰/۰۰۲$  تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان داد. به عبارت دیگر، کیفیت زندگی کاری پرستاران سی‌سی‌یو در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد ارتقا یافته است. شایان ذکر است که آزمون‌های آماری در مورد سنجش ابعاد کیفیت زندگی کاری نشان دادند که در گروه آزمون، بر خلاف گروه شاهد، کلیه ابعاد تغییر کرده است ( $\rho<۰/۰۵$ ) (جدول ۵).

بوده است، به طوری که آزمون ویلکاکسون در مقایسه میزان کیفیت زندگی کاری بین مراحل قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون، تفاوت معناداری را نشان داد ( $\rho<۰/۰۰۱$ ) (جدول ۲). در واقع، ادراک پرستاران در ارتباط با کیفیت زندگی کاری خویش در هر دو گروه در مرحله قبل از مداخله دارای امتیازات بسیار نزدیکی به هم بود، به طوری که آزمون تی‌مستقل ( $\rho>۰/۰۵$ ) تفاوت معناداری را در مقایسه میانگین کیفیت زندگی کاری در مرحله قبل از مداخله در دو گروه نشان نداد (جدول ۳)، در حالی که پس از به کارگیری برنامه ارتقای صلاحیت بالینی و به‌سازی مدیران پرستاری محیط پژوهش، میانگین کیفیت زندگی کاری پرستاران گروه آزمون از  $۱۷۸/۰۴$  در مرحله قبل به  $۱۲۸/۴۸$  در مرحله بعد از مداخله ارتقا یافت و آزمون آماری

جدول ۵ مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی کاری در گروه شاهد و آزمون در مراحل قبل و بعد در دو گروه

شاهد		آزمون		گروه		ابعاد	
						کیفیت زندگی کاری (QOWL)	
بعد	قبل	بعد	قبل				
$12/12 \pm 5/19$	$12/20 \pm 5/50$	$13/12 \pm 4/32$	$15/80 \pm 6/08$	میانگین و انحراف معیار		استقلال	
$t=0/419$ و $\rho=0/679$		$t=4/602$ و $\rho=0/000$		آزمون تی زوجی و $\rho$			
$10/64 \pm 3/99$	$10/72 \pm 4/45$	$13/24 \pm 5/30$	$14/04 \pm 6/25$	میانگین و انحراف معیار		کنترل	
$t=0/371$ و $\rho=0/714$		$t=2/530$ و $\rho=0/018$		آزمون تی زوجی و $\rho$			
$13/72 \pm 6/18$	$13/80 \pm 6/37$	$15/36 \pm 5/03$	$16/28 \pm 5/99$	میانگین و انحراف معیار		ارتباط با پزشک	
$t=0/527$ و $\rho=0/603$		$t=3/764$ و $\rho=0/001$		آزمون تی زوجی و $\rho$			
$13/48 \pm 5/41$	$13/60 \pm 5/64$	$17/24 \pm 4/31$	$18/96 \pm 5/42$	میانگین و انحراف معیار		عوامل آموزشی	
$t=0/681$ و $\rho=0/503$		$t=4/416$ و $\rho=0/000$		آزمون تی زوجی و $\rho$			
$14/92 \pm 7/01$	$15/12 \pm 7/51$	$14/48 \pm 5/77$	$15/24 \pm 6/61$	میانگین و انحراف معیار		فضا - استرس	
$t=1/150$ و $\rho=0/260$		$t=2/475$ و $\rho=0/021$		آزمون تی زوجی و $\rho$			
$15/68 \pm 5/68$	$15/50 \pm 6/49$	$16/76 \pm 4/78$	$19/92 \pm 5/46$	میانگین و انحراف معیار		تقدیر	
$t=0/745$ و $\rho=0/460$		$t=5/401$ و $\rho=0/000$		آزمون تی زوجی و $\rho$			
$15/68 \pm 5/68$	$16/08 \pm 6/01$	$15/80 \pm 4/45$	$17/28 \pm 5/27$	میانگین و انحراف معیار		مشارکت	
$t=2$ و $\rho=0/067$		$t=4/152$ و $\rho=0/000$		آزمون تی زوجی و $\rho$			
$34/32 \pm 7/13$	$34/76 \pm 8/09$	$35/68 \pm 9/42$	$37/84 \pm 10/67$	میانگین و انحراف معیار		ارزشیابی	
$t=1/324$ و $\rho=0/315$		$t=6/095$ و $\rho=0/000$		آزمون تی زوجی و $\rho$			
$34/32 \pm 7/13$	$34/76 \pm 8/09$	$41/04 \pm 5/36$	$22/68 \pm 6/50$	میانگین و انحراف معیار		مدیر لایق	
$t=3/125$ و $\rho=0/060$		$t=3/944$ و $\rho=0/010$		آزمون تی زوجی و $\rho$			

و کیفیت زندگی کاری آنان ارتباط معنادار وجود نداشت ( $\rho < 0/05$ ).

#### بحث

یکی از مهم ترین چالش های مدیریت پرستاری در جهت ارتقای کیفیت خدمات پرستاری، حفظ و ارتقای کیفیت زندگی کاری پرستاران است، زیرا هر گونه عدم تناسب در کیفیت زندگی کاری پرستاران می تواند به کاهش کیفیت خدمات و مراقبت ها منجر شود و لذا بررسی عواملی که کیفیت زندگی کاری پرستاران را تحت تأثیر قرار می دهد همواره از اهمیت خاصی

نکته بسیار مهم این است که با محاسبه میانگین ابعاد تشکیل دهنده کیفیت زندگی کاری و استفاده از آزمون کم ترین اختلاف معنادار به منظور مقایسه میانگین ها بیش ترین تغییرات به ترتیب در ابعاد عوامل آموزشی، تقدیر، مدیر لایق و ارزشیابی متعاقب اجرای برنامه ارتقای صلاحیت بالینی ایجاد شده بود و در اولویت های بعدی ابعاد استقلال، کنترل، ارتباط با پزشک، استرس در محیط کار، و مشارکت قرار گرفتند. از نتایج به دست آمده در ارتباط سنجی بین ویژگی های فردی و کیفیت زندگی کاری با استفاده از آزمون کای دو این بود که بین ویژگی های فردی پرستاران مراقبت ویژه

برخوردار بوده‌است، به‌ویژه که شناسایی آن‌ها ایجاد تغییرات سازنده و اثربخش را توسط مدیران در ابعاد خاص تسهیل می‌کند [۱۳]. همان‌طور که ملاحظه گردید برنامه ارتقای صلاحیت بالینی با تغییر نقش مدیران پرستاری توانست همه ابعاد کیفیت زندگی کاری پرستاران را دستخوش تغییرات کند و در نتیجه، کیفیت زندگی کاری آنان را بهبود بخشد. نتایج نشان دادند ارتقای کیفیت زندگی کاری پرستاران مورد مطالعه به دلیل به‌سازی مدیریت پرستاری در به‌کارگیری سبک رهبری و ارتباطی اثربخش با پرستاران، تبیین انتظارات حرفه‌ای توسط مدیران پرستاری، نظارت بالینی صحیح (سرپرستاران و سوپروایزران)، به همراه ارائه بازخورد مناسب و به‌موقع، ارزشگذاری به کار پرستار و ارائه حمایت مورد نیاز، تبدیل انتظارات حرفه‌ای به ملاک ارزشیابی عملکرد، برقراری ارتباط حرفه‌ای اثربخش با پرستاران، معرفی عملکرد حرفه‌ای پرستار به پزشک که منجر به شناخت هر چه پیش‌تر پزشک نسبت به ماهیت حرفه‌ای کار پرستار شده و در نتیجه اعتماد و اطمینان پزشک نسبت به توانمندی پرستار به ارائه مراقبت تخصصی بیش‌تر شد. همچنین استفاده از روش حل مسأله در مدیریت تضاد (پرستار/ پرستار، پرستار/ پزشک، پرستار/ بیمار، پرستار/ مدیر پرستاری) به صورت برگزاری جلساتی درون‌بخشی یا برون‌بخشی به منظور ابراز راحت ایده‌های و دیدگاه‌های فردی، جلب همکاری و مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی یا درمانی پزشکان بخش انجام شده بود. همان‌طور که نتایج نشان دادند تمام ابعاد کیفیت زندگی کاری تغییر کرده و این موارد همگی از گویه‌های این ابعاد در کیفیت زندگی کاری بوده‌اند. نتایج مطالعه ویلسون (Wilson) (۲۰۰۵) نشان داد که برنامه‌های به‌سازی مدیران پرستاری می‌تواند کیفیت زندگی کاری را ارتقا بخشد، احساس تعهد را نسبت به سازمان در پرستاران ایجاد کند و اعتماد را به مدیریت پرستاری افزایش بدهد [۱۴]. در این مطالعه نیز نشان داده شد که

احساس وجود مدیران لایق و شایسته پرستاری که از صلاحیت حرفه‌ای لازم برای کنترل و نظارت مراقبت‌های پرستاری، نحوه رهبری و مدیریت شایسته حرفه پرستاری و پرسنل پرستاری، ایجاد فرصت‌های مشارکت برای پرستاران برخوردارند؛ به عنوان یک بُعد از کیفیت زندگی کاری توسط پرستاران درک شد. علاوه بر این در بُعد استقلال کاری، نتایج به‌خوبی نشان دادند که درک پرستاران از استقلال مدیران پرستاری در اداره واحد پرستاری، و توانمندی‌های آنان در تصمیم‌گیری‌های مستقانه برای کنترل، نظارت و هدایت پرستاران و مراقبت‌ها (قبل و بعد از مداخله و بین دو گروه) متعاقب امر به‌سازی مدیریت تغییر یافته و به سمت بهبود رفته‌است. نتایج مطالعه کیفی هال و همکاران او (Hall et al) (۲۰۰۵) با روش تشکیل گروه‌های متمرکز روی ۳۰ سوپروایزر و ۲۶ پرستار بالین با هدف بررسی نوع رفتارهای حمایتی مورد استفاده مدیران و عوامل مداخله‌گر رفتارهای حمایتی سوپروایزران نشان داد که مدیران از طریق توجه به مسائل فردی پرستاران و ارزشگذاری حرفه‌ای به شکل قدردانی و تشکر از عملکرد مطلوب آنان، و اعتماد و احترام به تصمیمات مراقبتی پرستاران زمینه را برای ارتقای کیفیت زندگی کاری و کیفیت مراقبت از بیماران فراهم آورده‌اند [۱۵]. نتایج مطالعه دهقان نیری (۲۰۰۶) نیز دال بر آن است که عملکرد مدیران و سبک رهبری آنان، می‌تواند بهره‌وری پرستاران را تسهیل یا از آن ممانعت کند، به گونه‌ای که زمانی که پرستاران احساس کنند مدیران آن‌ها را درک می‌کنند، به کار آنان ارزشگذاری می‌شود، به مسائل و مشکلات پرستاران توجه می‌کنند، از طریق قدردانی و تشکر از پرستاران به آن‌ها انگیزه می‌دهند، سبک‌های رهبری مناسبی را انتخاب می‌کنند، پرستاران را حمایت می‌کنند، به عنوان الگوی نقش، پرستاران را هدایت می‌کنند و مهارت‌های ارتباطی مطلوبی دارند، با پرستاران در مورد تصمیم‌گیری‌ها مشاوره می‌کنند، جلسات هماهنگی با



از طرف مدیران پرستاری بوده است. در این راستا، حمایت و قدردانی از اقدامات پرستاری و فراهم ساختن فرصت مشارکت پرسنل پرستاری در تصمیم‌گیری‌ها نیز از ابعاد کیفیت زندگی کاری پرسنل در این پژوهش بوده است که تفاوت معناداری در دو گروه و در زمان‌های متفاوت در هر دو گروه نشان داده است. نتایج مطالعه رونی و لزی (Roony & Leslie) (۲۰۰۴) با هدف بررسی اثرهای حمایت مدیر بر رضایت شغلی پرستاران نشان داد پرسنلی که رفتارهای حمایتی بیش‌تری از سوپروایزر دریافت می‌کنند کیفیت زندگی کاری مطلوب‌تری خواهند داشت [۱۹]. مدیران پرستاری، مسئول تنظیم استانداردها و اداره کردن محیط‌های مراقبتی هستند تا اطمینان یابند با هر پرستار به طور عادلانه رفتار می‌شود و پرستار در ارائه مراقبت با کیفیت بالا مطابق با ارزش‌های حرفه‌ای توانمند شده است و این امر از طریق مدیریت اثربخش تضاد امکان‌پذیر خواهد شد [۲۰ و ۲۱]. نتایج مطالعه جانسون و بولو (Johnson & Buelow) (۲۰۰۳) نشان داد که ۵۰ درصد پرستارانی که ناراضی هستند عوامل عدم رضایت را عدم حمایت از خود هنگام بروز تضاد و نبود فرصت برای پیشرفت بیان کردند و عوامل مؤثر بر رضایت را وجود ارتباطات مشارکتی در بخش، اتخاذ سبک اثربخش در مدیریت تضاد (بُرد - بُرد)، و شیوه‌ای که مدیر، بخش را اداره می‌کند عنوان کردند [۲۲].

در محیطی که پژوهش حاضر در آن انجام گرفته، ویژگی‌های فردی پرستاران روی ادراک آنان از کیفیت زندگی کاری خود تأثیری نگذاشته است. مطالعاتی هم که در زمینه کیفیت زندگی کاری پرستاران انجام شده بیش‌تر تأثیر عوامل مدیریتی را دخیل دانسته‌اند [۲۳، ۲۴ و ۲۵] و بدین ترتیب می‌توان بیان کرد وجود عواملی مثل انگیزه‌دهی پرستاران جهت یادگیری، اتخاذ روشی اثربخش در آموزش، محیط یادگیری، جو و فرهنگ حاکم بر بخش و بیمارستان، مترتب شدن فرایند مدیریت و رهبری بر فرایند آموزش شامل، بازخورد،

پرستاران برگزار می‌کنند و از تکنیک توفان مغزی در ابراز ایده‌های پرستاران استفاده می‌کنند بهره‌وری و کیفیت زندگی کاری آن‌ها بیش‌تر می‌شود [۱۶].

در بُعد ارزشیابی پرسنل پرستاری در کیفیت زندگی کاری، مدیران مبادرت به تهیه و تدوین معیارهای مورد انتظار از پرستاران پرداخته‌اند، اجرای استانداردهای حرفه‌ای را دقیقاً مورد تأکید قرار داده‌اند، به تهیه خط‌مشی‌ها یا دستورالعمل‌هایی مبادرت کرده‌اند که نحوه ارائه مراقبت را برای پرستاران روشن کرده‌اند و... که همه منجر به بهبود کیفیت زندگی کاری پرستاران شده است. در این مطالعه، ارتباط با پزشک به عنوان یک بُعد مؤثر در کیفیت زندگی کاری پرستاران در برنامه ارتقای صلاحیت بالینی مد نظر بود و در برنامه به‌سازی پرستاران و مدیران پرستاری مورد تأکید قرار گرفت و پرستاران هم در ارائه مراقبت، مشارکت مؤثری در تصمیم‌گیری بالینی انجام دادند، به طوری که پزشکان شناخت کافی از نحوه اقدامات مراقبتی و نقش حرفه‌ای پرستاران پیدا کردند و سرپرستاران نیز با سازماندهی مناسب و روش تقسیم کار که مسئولیت‌پذیری پرستار را در برابر بیمار ارتقا می‌دهد بر این همکاری دوجانبه تأکید کردند که در نهایت، گویه‌های مربوط به این بُعد کیفیت زندگی کاری بعد از مداخله در دو گروه تفاوت پیدا کرد. آیکن (Aiken) یکی از ویژگی‌های بیمارستان‌های جذاب را وجود ارتباطات مثبت بین پزشکان و پرستاران معرفی می‌کند و نقش مدیران پرستاری را در تسهیل این ارتباط حیاتی می‌داند [۱۷].

مک‌فادزین و همکارانش (McFadzean et al) (۲۰۰۵) کمبود مهارت مدیران را در فراهم کردن رفتار نظارتی با بازخورد صحیح گزارش کرده‌اند [۱۸]. در این مطالعه، هم بُعد ارزشیابی پرسنل و هم بُعد عوامل آموزشی در کیفیت زندگی کاری پرستاران، تغییرات قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد که هر دو، بیانگر ایفای نقش نظارتی و ارائه بازخورهای مناسب برای پرستاران

حمایت، و هدایت صحیح می‌توانند کیفیت زندگی کاری هر پرستار را با هر ویژگی فردی تحت تأثیر قرار بدهند؛ همان‌طور که نتایج این پژوهش نشان داد. به هر حال، نتایج هم حاکی از آن است که از مهم‌ترین شاخص‌های کیفیت زندگی کاری پرستاران، صلاحیت بالینی آنان است [۲۵]. بدین ترتیب، عملکرد حرفه‌ای و صلاحیت پرستاری از عناصر اصلی در کیفیت زندگی کاری پرستاران شناخته شده‌اند. عوامل سازمانی، مثل «حمایت از عملکرد حرفه‌ای توسط مدیریت پرستاری» و «ارتقای صلاحیت بالینی پرستاران» در درک پرستاران از کیفیت زندگی کاری خویش بسیار تأثیرگذار است [۲۶].

### نتیجه‌گیری

در حقیقت، مدیران پرستاری با ایجاد محیط‌های کاری توانمند قادر خواهند بود فرصت‌های کاری و مسئولیت‌های بالینی پرستاران را با دانش و مهارت‌های آنان هم‌سو کنند. بدیهی است متعاقب این امر، ادراک ذهنی پرستاران از محیط‌های کاری و یا کیفیت زندگی کاری خویش بهبود خواهد یافت. در ارتباط با شناسایی یک استراتژی ارتقای روحیه و کیفیت زندگی کاری پرستاران، مدیران پرستاری باید به خاطر داشته باشند «یک اندازه برای همه افراد متناسب نیست» و مثلاً معطوف داشتن توجه صرف به حقوق نمی‌تواند ضرورتاً اثربخش‌ترین رویکرد باشد، به‌ویژه برای پرستارانی که نیاز مادی برای کارکردن از دیدگاه آنان در درجه دوم اولویت قرار دارد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که با به‌کارگیری ابزار کیفیت زندگی کاری، پرستاران قادر خواهند بود محیط‌های کاری خویش را بررسی و نواحی‌ای را که نیازمند ایجاد تغییر است شناسایی کنند. اولویت اصلی تغییر در این پژوهش، به‌سازی مدیریت پرستاری شناسایی شد تا این‌که از طریق آموزش مدیران پرستاری، به‌ویژه سرپرستاران و سوپروایزران در ابراز رفتارهای رهبری و ارتباطی

اثربخش، نظارت بالینی صحیح، ارزشگذاری به و قدردانی از عملکرد مطلوب پرستار، ارائه بازخورد مثبت یا منفی در مشاهده و ارزشیابی عملکرد پرستار، اتخاذ سبک مدیریت مشارکتی و بررسی ایده‌های پرستاران در موارد مختلف و حمایت از پرستار به شیوه‌های گوناگون، تبیین عملکرد تخصصی و نه صرفاً فنی مراقبتی پرستار به پزشکان و جلب اعتماد آنان بتوان در ساخت‌دهی محیط‌های کاری حرفه‌ای پرستاری گام‌هایی هر چند در ابعاد کوچک برداشت و همان‌طور که نتایج نشان دادند به‌سازی مدیران پرستاری در قالب برنامه طراحی شده توانست کیفیت زندگی کاری پرستاران را بهبود بخشد، درک آنان را از توانمندی در مدیریت مراقبت ارتقا بدهد، به‌گونه‌ای که تحقیقات بسیاری نشان داده‌اند که رفتارهای توانمندسازی رهبران پرستاری بر ادراک پرستاران از توانمندی محیط کاری تأثیر معناداری دارد [۲۸، ۲۹].

آنچه در برنامه ارتقای صلاحیت مد نظر بوده، علاوه بر رفتارهای حرفه‌ای مراقبت پرستاران، رفتارهای مدیریت و رهبری سرپرستاران و سوپروایزران بوده که تغییر یافته (از جمله خط‌مشی در بخش) و پژوهشگر، این رفتارهای مدیریتی را کنترل و نظارت کرده و بازخورد مناسب برای اصلاح و ارتقای این رفتارهای مدیریتی ارائه کرده است و بدین ترتیب، عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی کاری پرستاری در قالب برنامه طراحی شده ارتقای صلاحیت بالینی توانست تغییرات لازم را در این عوامل ایجاد کرده، کیفیت زندگی کاری را در ابعادی به‌سازی کند. از این رو سازمان‌هایی که واقعاً خواهان محیط‌های کاری بهتری برای پرستاران و برایندهای مطلوب‌تری برای بیماران خود هستند و تمایل دارند بهترین پرستاران را جذب و نیروهای کارآمد پرستاری را حفظ کنند باید از نتایج تحقیقات انجام شده در زمینه بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاران استفاده کرده، به موازات آن از پرستاران خود ارائه مراقبت با کیفیتی بالا را خواستار باشند.

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه مدیران پرستاری و پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شرکت‌کننده در پژوهش، جناب آقای میرحسینی مدیر پرستاری استان یزد، دفتر آموزش‌های ضمن خدمت دانشگاه علوم پزشکی یزد، و همکارانی که در اجرای این پژوهش مساعدت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

۱۳. ونکی، زهره. خدایاریان، مهسا. اوجیان، پرستو. بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاران و تبیین نقش مدیران پرستاری در ارتقاء آن. خلاصه مقالات اولین همایش سراسری راهکارهای ارتقای کیفیت خدمات پرستاری و مامایی. دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۱۳۸۳. ۱۶۸.
14. Wilson, A.A. Impact of management development on nurse retention. *Journal of Nursing Administration Quarterly*. 2005. 29 (2): 137 - 145.
15. McGillis Hall, L. McGilton, K.S. Krejci, J. Pringle, D. Johnston, E. Fairley, L. Brown, M. Enhancing the quality of supportive supervisory behavior in long-term care facilities. *Journal of Nursing Administration*. 2005. 35(4); 181-187.
16. Dehghan Nayeri, N. Nazari, A.K. Salsali, M. Ahmadi, F. Adib Hajbaghery, M. Iranian staff nurses' views of their productivity and management factors improving and impeding it: a qualitative study. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2006. 8; 51-56.
17. Aiken, L. Havens, D. Sloan, D. The magnet nursing services recognition program: A comparison of two groups of magnet hospitals. *American Journal of Nursing*. 2000. 100(3); 26 - 35.
18. McFadzean, F. McFadzean, E. Riding the emotional roller-coaster: a framework for improving nursing morale. *Journal of Health Organization and Management*. 2005. 19(4/5): 318-339.
19. Rooney, J. Leslie, b. The Effects of Manager Support on the Well - Being and Job Satisfaction of Child Welfare Employees. *O.A.C.A-S Journal*. 2004. 48(4); 8-15.
20. Kupperschmidt, B. Addressing Multigenerational Conflict: Mutual Respect and Carefronting as Strategy. *The Online Journal of Issues in Nursing (OJIN)*. (May31, 2006) 11(2), Manuscript3. Available: [www.nursingworld.org/ojin/topic30/tpc30\\_3.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/topic30/tpc30_3.htm)
21. Bolton S.C. Multiple roles? Nurses as managers in the NHS. *International Journal of Public Sector Management*. 2003. 16 (2): 122-130.
22. Jonson, J.E. Buelow, J.R. Providing staff feedback to nurse managers using internal resources. *Journal of Nursing Administration*. July/ August 2003. 33 (7/8).
23. Heinrich, J. Nursing Workforce: Multiple factors create nurse recruitment and retention problems. *United States General Accounting Office (GAO)*. 2001. p:15.
24. Neubauser, P.C. Building a high - retention culture in health care: Fifteen ways to get good people to stay. *Journal Of Nursing Administration*. 2002. 32(9): 470 - 478.
25. Knapp, B. Competency: An Essential Component of Caring in Nursing. *Journal of Nursing Administration Quarterly*. 2004. 28(4): 285 - 287.
26. Lewis, D. Brazil K. Krueger P. Lohfeld L. and Tjam E. Extrinsic and intrinsic determinants of quality of worklife. *Journal of Leadership in Health Services*. 2001. 14(2); ix - xv.
۱. برومند، نادر. گام به گام به سوی مدیریت مشارکت‌جو (با نگرش کاربردی). ۱۳۸۳. انتشارات ارکان.
2. NewHouse Robin, P. Exploring nursing issues in rural hospitals. *Journal of Nursing Administration*. 2005.35(7/8); 350-358.
۳. جی، مورهد و آر، گریفین. رفتار سازمانی. ترجمه سید مهدی الوانی و غلامرضا معمارزاده. چاپ هشتم. تهران: انتشارات مروارید. ۱۳۸۳. ۵۵۸-۵۵۶.
4. Kettle, J.L. Factors affecting job satisfaction in the registered nurse. *University of North Carolina*. 2002. Available at: <http://juns.nursing.arizona.edu>. 11/3/2005
5. Manojlvich, M. The effect of nursing leadership on hospital nurse's professional practice behaviors. *Journal of Nursing Administration*. 2005. 35(7/8); 366.
6. Canadian Nurses Association. *Workshop On Worklife Indicators For Nurses In Canada*. 2002. Ottawa: Author. 1 - 18.
7. Huang Chen-Kuan and Yang Ke - Ping. The effects of staff nurses morale on patient satisfaction. *Journal of Nursing Research*. 2005. 13(2); 141- 151.
8. Nasl Saraji, G. Dargahi, H. Study of quality of worklife (QWL). *Iranian journal of public health*. 2006. 35(4): 8-14.
9. McClure, M.L. *Magnet Hospitals: Insights and Issues*. *Journal of Nursing Administration Quarterly*. 2005. 29(3); 198 - 201.
10. Cohen J.D. The aging nursing workforce: how to retain experienced nurses. *Journal of health care management*. 2006. 51(4); 233-245.
11. Vanoyen Force, M. The relationship between effective nurse managers and nursing retention. *Journal of Nursing Administration*. 2005. 35(7/8); 336 - 341.
12. Robinson J.A, Flynn V. Evaluating your educational plan: are you meeting the needs of nurses?. *Journal For Nurses In Staff Development*. 2006. 22(2); 65-69.

- Journal of Service Industry Management (IJSIM). 11(5): 422-437.
29. Laschinger, S. 2001. Testing Karasek's Demands - Control Model in Restructured Health Care Setting, Effects of Job Strain on Staff Nurses Quality of Worklife. Journal of Nursing Administration. 31(5): 234.
27. Cowan, D.T. Norman, L. Coopamah, V.P. 2005. Competence in Nursing Practice: A Controversial Concept - A focused Review of Literature. Journal of Nurse Education Today. 25:355-362. available at: intl. Elsevierhealth.com/ journals/ nedt
28. Lau, R.S.M. 2000. Quality of Worklife and Performance, An adhoc investigation of two key elements in the service profit chain model. International

Archive of SID