

## تأثیر برنامه بهسازی مدیریت پرستاری بر صلاحیت بالینی پرستاران مراقبت ویژه قلبی

مهسا خدایاریان<sup>1</sup>؛ زهره ونکی<sup>1\*</sup>؛ حسن ناوی پور<sup>2</sup>؛ علی اکبر واعظی<sup>2</sup>

## چکیده

زمینه: مدیران پرستاری با به‌کارگیری مهارت‌های رهبری در محیط‌های کاری می‌توانند سطح صلاحیت بالینی پرستاران را به‌عنوان عنصر اصلی در ارایه مراقبت‌های پرستاری ارتقاء دهند. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه بهسازی مدیریت پرستاری بر صلاحیت بالینی پرستاران مراقبت ویژه قلبی انجام شد.

روش‌ها: پژوهش به صورت نیمه‌تجربی در دو بیمارستان آموزشی شهر یزد که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، انجام شد. نمونه‌ها شامل 25 پرستار در دو واحد مراقبت‌های ویژه قلبی در بیمارستان کنترل و 25 پرستار در دو واحد مراقبت‌های ویژه قلبی در بیمارستان آزمون، به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. دو گروه با یکدیگر کاملاً همسان بودند. صلاحیت بالینی پرستاران توسط ابزارهای صلاحیت‌سنجی در دو بُعد مراقبت و مدیریت مراقبت در دو موقعیت خودارزیابی و ارزیابی سرپرستار در دو بیمارستان سنجیده شد. سپس مداخله در 4 مرحله بهسازی پرستاران، بهسازی مدیریتی سرپرستاران، دوره سازگاری و دوره نظارتی در گروه آزمون اجرا شد و دوباره صلاحیت بالینی پرستاران دو گروه در پایان مرحله مداخله سنجیده شد.

یافته‌ها: بیش از 80 درصد پرستاران هر دو گروه در مرحله قبل از مداخله، سطح صلاحیت متوسط داشتند و بر اساس مدل صلاحیت بنر کارآمد یا مجرب بودند. صلاحیت بالینی بعد از مداخله در گروه آزمون به سطح زیاد (80-100%) ارتقاء یافت و در گروه شاهد تغییری نکرد. آزمون آماری تی‌زوجی ( $P < 0/05$ ) این افزایش را تأیید نمود.

نتیجه‌گیری: ایجاد تغییرات لازم در محیط کار حرفه‌ای و ماهیت حرفه‌ای کار پرستار در قالب برنامه بهسازی مدیریت توسط سرپرستاران توانست صلاحیت بالینی پرستاران را بهبود بخشد.

کلیدواژه‌ها: بهسازی، مدیریت، مدیران پرستاری، صلاحیت بالینی، مراقبت ویژه قلبی

«دریافت: 1388/11/15 پذیرش: 1389/3/4»

1. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

2. گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران

\*عهده‌دار مکاتبات: تهران، تقاطع بزرگراه جلال آل احمد و چمران، پل نصر (گیشا)، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری.

تلفن: 02182883814

Email: Vanaki\_z@modares.ac.ir

## مقدمه

است که چرا پرستاران نمی‌دانند کارهای صحیح را چگونه باید انجام بدهند. از این‌رو صلاحیت به‌عنوان عنصر اصلی در ارایه مراقبت پرستاری مطرح گردیده است. صلاحیت بالینی، ارایه مراقبت‌های پرستاری براساس استانداردهای حرفه‌ای عملکرد می‌باشد (1 و 2). واژه صلاحیت، برای توصیف مهارت‌ها و توانایی‌های مورد نیاز برای عملکرد ایمن و اثربخش بدون نیاز به نظارت مستقیم به‌کار می‌رود. برادشاو (Bradshaw) معتقد

پرستاری، حرفه‌ای دانش‌محور است که از علم و هنر برای برآورده نمودن نیازهای مراقبت بهداشتی جامعه استفاده می‌نماید. تغییرات سریع در علم و تکنولوژی و عدم وجود زمان کافی برای برقراری ارتباط با بیماران، منجر به افزایش نگرانی‌های پرستاران در مورد امنیت بیمار، کیفیت مراقبت، امنیت پرستار و صلاحیت‌های ارایه‌دهنده مراقبت شده است. همواره این سؤال مطرح

ساختارهای سازمانی شامل حمایت شدن کارکنان توسط مدیران، دسترسی به منابع و اطلاعات، ایجاد فرصت‌های لازم برای رشد و پیشرفت در محیط کار برای کارکنان فراهم شود تا بتوان از استعداد و توانایی‌های افراد برای دستیابی به اهداف سازمان استفاده نمود (11). لذا با توجه به ساختارهای تئوری توانمندسازی کانتر، مدیران رده‌های مختلف پرستاری باید از طریق ارتقاء صلاحیت پرستاران زمینه را برای رشد و ارتقاء حرفه پرستاری فراهم نمایند (12). مدیران پرستاری باید برای ایفای نقش مدیریتی و رفتارهای نظارتی، توانمند شوند زیرا رسالت آنان در ارتقاء صلاحیت بالینی پرستاران انکارناپذیر است (13). کوهن (Cohen) (2006) گزارش می‌کند که متأسفانه مدیران پرستاری برای ارایه رفتارهای رهبری و حمایتی مورد نیاز پرستاران توانمند نشده‌اند (14). نتایج مطالعه دهقان نیری و همکاران (2006) نیز نشان داد بهره‌وری موجود به دلیل فقدان مدیریت اثربخش است. آن‌ها بر ضرورت برنامه‌های آموزش مستمر مدیریت برای همه مدیران پرستاری تأکید نمودند (15). بنابراین دوره‌های مدیریتی برای همه مدیران حیاتی است تا آن‌ها را در انگیزه‌دهی پرستاران توانمند نماید. نتایج مطالعه‌ای که با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی کاری پرستاران و راه کارهای ارتقاء آن انجام شده نشان داد برنامه ارتقاء صلاحیت بالینی، شاخص کیفیت زندگی کاری پرستاران است و اجرای آن موجب بهبود کیفیت زندگی کاری آنان می‌شود (16). با عنایت به آنچه در مورد صلاحیت بالینی پرستاران و ارتباط آن با برآیندهای مثبت برای بیماران و نیز کیفیت مراقبت مطرح گردید پژوهش حاضر با هدف ارتقاء صلاحیت بالینی پرستاران واحد مراقبت‌های ویژه قلبی در دو بُعد مراقبت و مدیریت مراقبت انجام شده است. صلاحیت مراقبت یکی از ابعاد صلاحیت بالینی است که به توانایی فرد در مهارت‌های روانی - حرکتی اشاره دارد درحالی که صلاحیت پرستار در بُعد مدیریت مراقبت به‌عنوان یک فعالیت تصمیم‌گیری بالینی است که نیازمند استفاده از مهارت‌های فرآشناختی

است برای آماده‌سازی پرستار جهت ارایه مراقبت، باید او را با صلاحیت‌های وسیع (Broad Competencies) مجهز نمود. پرستار باید قادر باشد بیمار را بررسی نماید، برنامه‌ریزی مراقبتی انجام بدهد، اقدامات پرستاری را اجرا و سپس مورد ارزشیابی قرار بدهد و لذا صلاحیت بالینی پرستاران، ارایه مراقبت‌های پرستاری براساس استانداردهای حرفه‌ای عملکرد (3 و 4) (کاربرد «فرآیند پرستاری» در ارایه مراقبت) نیز تعریف شده است (5) که بُعد مدیریت مراقبت نامیده می‌شود (6). ارتقاء صلاحیت بالینی پرستاران به طرق مختلفی صورت می‌گیرد که یکی از این روش‌ها، نظارت بالینی اثربخش سرپرستاران و سوپروایزران روی عملکرد پرستاران است که می‌تواند منجر به توسعه‌ی مهارت‌های حرفه‌ای و رشد فردی آنان گردد (7).

در این زمینه مدیران پرستاری با به‌کارگیری مهارت‌های رهبری می‌توانند صلاحیت بالینی پرستاران و به‌دنبال آن سطح کیفیت مراقبت را ارتقاء دهند و نتایج مثبت متعددی برای سازمان فراهم نمایند. به موازات آن مدیران با ایجاد محیط‌های کاری جذاب می‌توانند انجام عملکردهای حرفه‌ای پرستاری را تسهیل نمایند؛ زیرا مراقبت حرفه‌ای پرستاری، عاملی مهم در ارایه مراقبت با کیفیت بالا است و می‌تواند کیفیت مراقبت را تضمین نماید (8). آیکن (Aiken) (2000) به نقش مدیران پرستاری در به وجود آوردن محیط کاری حرفه‌ای پرستاری به‌منظور ارایه مراقبت اثربخش‌تر اشاره می‌کند که رضایت‌مندی مددجویان، افزایش کیفیت مراقبت، افزایش استقلال و پاسخ‌گویی پرستاران را به‌دنبال دارد (9). رابین (Robin) (2005) اذعان می‌دارد مدیران پرستاری مسئولیت ایجاد و حفظ یک محیط کاری حرفه‌ای برای پرستاران را به عهده دارند و سبک رهبری آنان در تقویت محیطی اثربخش برای ارتقاء صلاحیت بالینی پرستاران دارای اهمیت به‌سزایی است (10). مانوجلیویچ (Manojlivich) (2005) در معرفی تئوری کانتر (Kanter) می‌نویسد برای ایجاد توانمندی در کارکنان لازم است که

وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بودند).

گردآوری داده‌ها به دو روش خودگزارش‌دهی و مشاهده عملکرد با استفاده از پرسشنامه‌های صلاحیت‌سنجی پژوهشگر ساخته انجام شد. بنر (Benner) (2002) می‌نویسد بهترین روش ارزیابی صلاحیت بالینی، ارزیابی توسط خود فرد است و مدیران بلافاصله نیز در برآورد میزان صلاحیت بالینی پرستاران تحت نظارت خویش، نقش به‌سزایی ایفا می‌نمایند (18). در این پژوهش نیز خودارزیابی صلاحیت بالینی و ارزیابی صلاحیت توسط سرپرستار انجام شد. ابزار خودارزیابی صلاحیت بالینی پرستاران مراقبت‌های ویژه قلبی، شامل 24 گویه در دو بُعد رفتارهای مراقبتی (مبتنی بر چگونگی اجرا و ثبت پروسیجرهای عمومی و تخصصی انجام‌شده در واحد مراقبت‌های ویژه قلبی) و رفتارهای مدیریت مراقبت (مبتنی بر ثبت گزارش پرستاری براساس الگوی جامع و کل‌نگر فرآیند پرستاری) است که بر طبق مقیاس لیکرت 3 نقطه‌ای (100-80% صلاحیت دارم، 80-50% صلاحیت دارم و کم‌تر از 50% صلاحیت دارم) تنظیم شد؛ سرپرستاران نیز چک‌لیست مشاهده‌ای سنجش صلاحیت بالینی پرستاران تحت نظارت خود را که در 24 گویه و مشابه با ابزار خودارزیابی در دو بُعد اصلی رفتارهای مراقبتی و رفتارهای مدیریت مراقبت پرستار تنظیم شده بود پس از 3 بار مشاهده عملکرد پرستاران در حیطه نظارتی خویش تکمیل می‌کردند. چک‌لیست سرپرستاران نیز بر طبق مقیاس لیکرت 3 نقطه‌ای (100-80% صلاحیت دارد، 80-50% صلاحیت دارد و کم‌تر از 50% صلاحیت دارد) تنظیم شد. روایی صوری و محتوی توسط اساتید مدیریت پرستاری بررسی شد. پایایی ابزارها با استفاده از ضریب همبستگی آلفا، (پایایی کلی 0/8 و برای هر بُعد نیز در محدوده 0/7-0/8) برآورد شد. در طول مرحله مداخله در دو بیمارستان، برنامه‌های آموزش ضمن خدمت که بتواند صلاحیت بالینی پرستاران را ارتقاء بخشد اجرا نشد.

در تجزیه و تحلیل موقعیت‌های بالینی است. صلاحیت مدیریت مراقبت و یا هنر قضاوت بالینی به توانایی استفاده از تفکر خلاق در حل مسایل مراقبتی بیمار اطلاق می‌گردد (17). در این پژوهش برای ارتقاء صلاحیت بالینی پرستاران مراقبت ویژه، پژوهشگران تلاش نمودند با طراحی و اجرای برنامه بهسازی مدیریت برای مدیران پرستاری، صلاحیت بالینی پرستاران سی‌سی‌یو را در ابعاد مراقبتی و مدیریت مراقبت، مورد ارزیابی و آزمون قرار دادند تا در نهایت بتوان پاسخ داد که آیا مدیران پرستاری می‌توانند به‌منظور ارتقاء صلاحیت بالینی پرستاران، «برنامه بهسازی مدیریت» را به‌عنوان یک راه‌کار مناسب انتخاب نمایند؟

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی است که در دو بیمارستان آموزشی شهر یزد در سال 1385 به مدت 6 ماه انجام شد. از بین بیمارستان‌های آموزشی شهر یزد، دو بیمارستان به‌طور تصادفی به‌عنوان محیط انجام پژوهش انتخاب شد این دو بیمارستان به‌طور تصادفی به دو گروه شاهد و مورد اختصاص پیدا کردند. «برنامه بهسازی مدیریت پرستاری» به‌عنوان مداخله برای گروه آزمون اجرا گردید و اثرات آن روی صلاحیت بالینی پرستاران سنجیده شد. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد بدین‌ترتیب که کلیه پرستاران بخش ویژه بیمارستان آزمون، نمونه گروه آزمون (25 پرستار کارشناس) و کلیه پرستاران بخش ویژه بیمارستان شاهد، نمونه گروه شاهد (25 پرستار کارشناس) را شامل شدند. پرستاران کارشناسی که در طول دوره پژوهش در واحد مراقبت‌های ویژه قلبی، شاغل و پرسنل ثابت واحد مراقبت‌های ویژه قلبی بودند وارد مطالعه شدند. دو بیمارستان از نظر درصد اشغال تخت، نسبت پرسنل پرستاری، نوع بیمارستان از نظر دولتی/آموزشی و پژوهشی، قوانین و مقررات مدیریت بیمارستان‌های آموزشی همسان بودند (هر دو

خطمشی مراقبتی (استاندارد)، رایه پوستره‌های آموزشی مناسب و نصب آن در مورد بخش، تهیه و رایه پمفلت و جزوات آموزشی در راستای چگونگی ثبت گزارش پرستاری، توسط پژوهشگران انجام شد. جلسات آموزشی برای پرستاران بخش، توسط پژوهشگر در شیفت‌های مختلف کاری (صبح، عصر و شب) با حضور سرپرستاران، سوپروایزر آموزشی و سوپروایزران بالینی برگزار گردید.

3. دوره سازگاری (یک‌ماه): هدف اصلی این دوره، توانمندسازی از طریق مشاهده و نظارت مستقیم بر عملکرد بالینی پرستاران و رایه بازخورد به‌منظور تقویت دانش و تجربه آنان بود، به‌طوری‌که مسئولیت و پاسخ‌گویی در مقابل عملکرد را پذیرفته و تمرین نمایند، زیرا این امر می‌توانست منجر به رشد فردی و آگاهی از عملکرد مدیریت مراقبتی آنان گردد. در طول این دوره، پژوهشگران به‌عنوان الگوی نقش بوده و نقش ارزیاب (Assessor) را برای پرستاران و مدیران پرستاری ایفا می‌نمودند. بدین‌صورت که به‌طور مداوم مباحث مطرح‌شده در جلسات گروهی را در مورد لزوم به‌کارگیری مستمر رفتارهای مدیریت و رهبری توسط مدیران، به‌ویژه سرپرستاران تأکید می‌نمودند. به‌طور نمونه هر پرستار را مسئول پاسخ‌گویی یک یا دو بیمار کرده بودند که باید به خود او، پزشک مخصوص بیمار و سوپروایزر بالینی گزارش می‌دادند. سعی می‌شد که همه مسئولیت بیمار را به خود پرستار واگذار نمایند. "پزشکان نیز باید ویزیت هر بیمار را با پرستار مخصوص آن بیمار انجام می‌دادند". برای هماهنگ شدن رایه مراقبت‌های پرستاری در کلیه شیفت‌ها؛ پرستاران ملزم بودند که استانداردهای مراقبتی را با توجه به امکانات بخش تعیین نمایند و همه، خود را ملزم به اجرای آن می‌نمودند. در این راستا هم سرپرستاران، استانداردهای مراقبتی را به‌عنوان خطمشی مراقبتی برای بخش اعلام می‌کردند و کلیه سوپروایزران در هنگام راند نظارت بالینی، اجرا و ثبت آن‌ها را در پین‌کارتهای سی‌سی‌یو

در مرحله قبل از مداخله (یک‌ماه)، ابزارهای خودارزیابی صلاحیت بالینی و ارزیابی صلاحیت بالینی پرستار توسط سرپرستار، میان کلیه پرستاران شاغل در سی‌سی‌یو در دو گروه شاهد و آزمون توزیع گردید. نیازسنجی آموزشی پرستاران و مدیران قبل از مداخله (اجرای برنامه بهسازی مدیریت پرستاری)، براساس تجزیه و تحلیل پرسشنامه‌ها صورت گرفت. پژوهشگران از طریق هماهنگی با رؤسای بیمارستان‌های مذکور، معرفی و تشریح روند کار، اهداف مطالعه، جلب همکاری واحدهای پژوهش، اطمینان دادن به این‌که تمام اطلاعات محرمانه خواهد ماند و نتایج حاصل در صورت تمایل در اختیار آن‌ها قرار خواهد گرفت، موازین اخلاقی پژوهش را رعایت نمودند. در مرحله مداخله، برنامه بهسازی مدیریت در 4 مرحله (به مدت 4 ماه) به شرح ذیل اجرا شد:

1. دوره بهسازی سرپرستاران: جلسات بهسازی سرپرستاران (4 جلسه در طول یک‌ماه) با عناوین مدیریت و رهبری در پرستاری، ارزشیابی عملکرد، مدیریت تضاد، نظارت بالینی، روابط انسانی، رفتارهای حمایتی و انگیزش‌دهی، ارتباط و بازخورد با رایه و معرفی یک "مورد مدیریتی" آغاز و ادامه می‌یافت و سرپرستاران (2 نفر) با حضور مترون، سوپروایزران بالینی (11 نفر) و آموزشی، تجربیات خود را با یکدیگر در خصوص «مورد مدیریتی» و نحوه برخورد با آن مبادله می‌نمودند. سعی شد در این جلسات گروهی، مدیران با نحوه رفتار و اثرات عملکرد مدیریتی خود در موقعیت‌های مختلف آشنا شده و به درک بهتری دست یابند.

2. دوره بهسازی پرستاران (یک‌ماه): در این مرحله به‌منظور ارتقاء صلاحیت بالینی پرستاران در دو بُعد صلاحیت مراقبت و مدیریت مراقبت، تک‌تک آنان تحت آموزش قرار گرفتند. محتوای آموزشی شامل نحوه رایه مراقبت با استفاده از الگوی جامع و کل‌نگر فرآیند پرستاری و اصول گزارش‌نویسی صحیح بود که از طریق ثبت نمونه‌های واقعی گزارش پرستاری بر اساس بررسی متمرکز روی مشکل بیمار بستری در سی‌سی‌یو، تعیین

از طریق مشاهده غیرمستقیم، عملکرد مدیریتی سرپرستاران را در بخش، ارزیابی و در مواقع مناسب بازخورد آموزشی و سازنده را ارائه می‌نمود. در این مرحله نقش نظارتی این پژوهشگر به‌عنوان ارزیاب در محیط (برای پرستاران و سرپرستاران) غیرمستقیم و به تدریج حذف و به مدیران پرستاری (سرپرستار، سوپروایزران بالینی و آموزشی) تفویض شد. بدین ترتیب مرحله 4 ماهه مداخله پایان گرفت.

پس از مداخله، صلاحیت بالینی از دیدگاه خود پرستاران و مدیران بلافاصله آنان با استفاده از همان ابزارهای پیش‌گفت، دوباره سنجیده و با نتایج قبل از مداخله از طریق آزمون‌های آماری تی‌مستقل، تی‌زوجی، کای‌دو و ویلکاکسون در محیط نرم‌افزار SPSS مقایسه گردید.

کنترل می‌نمودند. بدین ترتیب سرپرستاران به صلاحیت پرستاران ارزش گذاشته و آن‌ها را معیار ارایه مراقبت می‌کردند. این مسأله موجب ایجاد انگیزش در پرستاران می‌گردید.

4. دوره نظارتی (یک‌ماه): در این مرحله مدیران، به‌ویژه سرپرستاران ملزم به بکارگیری رفتارهای رهبری و انگیزش‌دهی آموخته‌شده در ارتباطات خود با پرستاران بودند. این مسأله با ایجاد تغییر در فرآیندهای کاری و معنادار نمودن مراقبت پرستاری، صلاحیت بالینی آنان را نیز ارتقاء می‌بخشد. در این مرحله در راستای اطمینان از لحاظ نمودن آموزش‌های داده‌شده به سرپرستاران در مدیریت بخش، با ارائه ابزار کنترل و هدایت (جدول 1) که مشتمل بر تعدادی از مهارت‌های رهبری بود از سرپرستاران تقاضا گردید آن را به‌طور هفتگی، تکمیل و به پژوهشگر تحویل نمایند. همچنین یکی از پژوهشگران

**جدول 1-** سرپرستار محترم در زیر فهرستی از مهارت‌های رهبری آمده است؛ لطفاً به سئوالات زیر صادقانه، به طور صحیح و با تفکر دقیق پاسخ داده و میزان اثربخشی مهارت‌های رهبری خود را نمره بدهید.

اثربخشی مهارت‌های رهبری					مهارت‌های رهبری
5	4	3	2	1	
					1 توانایی کمک به پرستاران برای بهبود عملکردشان و افزایش یادگیری
					2 توانایی تشویق پرستاران به جلب همکاری
					3 توانایی استفاده از تشویق مالی - معنوی برای عملکرد خوب
					4 توانایی گوش دادن به تمام جوانب در موقعیت‌های تضاد (مثلاً بین پرستاران، بین پرستار و پزشک، بین پرستار و بیمار)
					5 توانایی ارائه بازخورد سازنده به پرستاران
					6 توانایی آموزش دادن به پرستاران و توانمند نمودن آنان
					7 توانایی ابراز نارضایتی خود نسبت به نحوه ارائه مراقبت توسط پرستاران
					8 توانایی ایجاد ارتباط مبتنی بر همکاری و احترام متقابل بین پزشک و پرستار
					9 توانایی برقراری ارتباط اثربخش با پرستاران
					10 توانایی شناسایی پرستاران خلاق و پرورش خلاقیت در آنان
					11 توانایی کنترل و نظارت روی عملکرد پرستاران
					12 توانایی گوش فرادادن و رسیدگی به مسایل فردی و حرفه‌ای یک‌یک پرستاران
					13 توانایی ابراز قدردانی و سپاس‌گزاری به‌صورت کلامی نسبت به عملکرد پرستار

شیفت کاری یکسان بودند. میانگین و انحراف معیار سن سرپرستاران مورد مطالعه در گروه آزمون و شاهد به ترتیب  $35/5 \pm 3/53$  و  $36/5 \pm 0/70$  سال بود. سرپرستاران (2) سرپرستار در گروه آزمون و 2 سرپرستار در گروه شاهد) از نظر سن، سابقه کار بالینی و سابقه کار مدیریتی در دو گروه آزمون و شاهد همسان بودند.

نتایج در حیطة صلاحیت مراقبت نشان داد بیشتر پرستاران هر دو گروه در دو مرحله قبل و بعد از مداخله، صلاحیت بالینی خود را زیاد (80-100%) برآورد نمودند. در مقایسه میانگین خودارزیابی صلاحیت مراقبتی پرستاران واحد مراقبت‌های ویژه قلبی در هر دو گروه در مراحل قبل و بعد از مداخله، تفاوت معناداری مشاهده نشد. از طرفی ارزیابی سرپرستار از صلاحیت بالینی در بُعد مراقبتی در راستای ارزیابی خود پرستاران بود.

آزمون تی‌زوجی در مقایسه میانگین صلاحیت بالینی در بُعد مدیریت مراقبت در گروه آزمون در مرحله قبل و بعد تفاوت معناداری را نشان داد؛ به عبارت دیگر صلاحیت بالینی پرستاران در بُعد رفتارهای مدیریت مراقبت در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد ارتقاء یافته بود (جدول 3). سرپرستاران در این پژوهش، صلاحیت بالینی پرستاران را در مرحله قبل از مداخله در گروه آزمون در بُعد مدیریت مراقبت، متوسط (80-50%) برآورد نمودند در حالی که پس از مداخله، صلاحیت مدیریت مراقبت پرستاران از دیدگاه سرپرستاران در گروه آزمون ارتقاء یافت (جدول 4). همچنین در صلاحیت بالینی در بُعد مدیریت مراقبت در دو گروه در مرحله بعد از مداخله، تفاوت معناداری مشاهده شد. صلاحیت بالینی پرستاران در بُعد مدیریت مراقبت از دیدگاه سرپرستاران گروه آزمون در مرحله بعد از مداخله نسبت به مرحله قبل از مداخله بهبود یافته بود.

نتایج نشان داد بیش از 80 درصد پرستاران هر دو گروه در مرحله قبل از مداخله دارای سطح صلاحیت متوسط بودند، صلاحیت بالینی پرستاران در مرحله بعد از مداخله در گروه آزمون به سطح زیاد (80-100%) ارتقاء یافت و

در مورد نحوه امتیازدهی ابزارهای سنجش، صلاحیت بالینی پرستاران به صورت صلاحیت زیاد (80-100%) با نمره 3 و امتیاز 56-72، صلاحیت متوسط (80-50%) با نمره 2 و امتیاز 40-56 و صلاحیت کم (کمتر از 50%) با نمره 1 و امتیاز 24-40 در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

پرستاران مورد مطالعه در این پژوهش با مدرک کارشناسی پرستاری در سی‌سی‌یو مشغول به کار بودند. بیش از نیمی از آنان در هر دو گروه (آزمون و شاهد) در محدوده سنی 20-30 ساله بوده و سابقه کاری کم‌تر از 10 سال داشتند. براساس مدل کسب مهارت بنر (Benner's Skill Acquisition Model) و لحاظ نمودن میانگین سابقه کار پرستاران (5/5 سال) (19)، بیشتر پرستاران هر دو گروه، کارآمد یا مجرب بودند و از نظر سابقه کار بالینی‌شان با یکدیگر همسان بودند ( $P > 0/05$ ) (جدول 2). دو گروه از نظر سن و سابقه کار در سی‌سی‌یو همسان بودند. گروه‌های آزمون (76%) و شاهد (84%) عمدتاً از پرستاران زن تشکیل شده بودند. از لحاظ وضعیت تأهل، 76 درصد پرستاران گروه آزمون و 84 درصد پرستاران گروه شاهد مجرد بودند. 32 درصد پرستاران گروه آزمون و 44 درصد پرستاران گروه شاهد، وضعیت استخدامی رسمی داشتند. پرستاران دو گروه از نظر وضعیت استخدامی همسان نبودند ( $P < 0/005$ ). پرستاران هر دو گروه (آزمون و شاهد) از نظر جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات (کارشناس پرستاری) و نوع

جدول 2- سابقه کار بالینی در سی‌سی‌یو مطابق با مدل کسب

مهارت بنر		
سابقه کار بالینی	گروه آزمون	گروه شاهد
کم‌تر از یکسال	8%	20%
1-2 سال	8%	4%
2-4 سال	40%	16%
بیشتر از 4 سال	44%	60%

(خودارزیابی) در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله (7/28±4/63) و در گروه شاهد (0/08±0/57) است که آزمون تی مستقل با (t=4/12, P=0/00) اختلاف معناداری را بین دو گروه نشان می‌دهد. به عبارت دیگر، صلاحیت بالینی پرستاران از دیدگاه خودشان در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد ارتقاء یافته است. اختلاف میانگین صلاحیت بالینی پرستاران سی‌سی‌یو (خودارزیابی) در گروه آزمون (2/16±2/88) و در گروه شاهد (0/00±0/76) است که آزمون تی مستقل با (t=9/42, P=0/00) تفاوت معناداری بین دو گروه نشان می‌دهد. به عبارت دیگر صلاحیت بالینی پرستاران سی‌سی‌یو در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد از دیدگاه سرپرستاران ارتقاء یافته است. در بررسی ارتباط بین ویژگی‌های فردی پرستاران و صلاحیت بالینی مشخص شد که بین سن و صلاحیت بالینی کل ارتباط معنادار وجود دارد (P=0/049)، ولی بین دیگر ویژگی‌های فردی و صلاحیت مراقبت، ارتباط معنادار وجود نداشت.

در گروه شاهد تغییری پیدا نکرد (جدول 5) و مقایسه اختلاف میانگین خودارزیابی صلاحیت بالینی پرستاران در مراحل قبل و بعد در گروه آزمون این افزایش را تأیید می‌کند.

از دیدگاه سرپرستاران نیز سطح صلاحیت بالینی پرستاران، متوسط و بالا بود. مقایسه اختلاف میانگین صلاحیت بالینی پرستار از دیدگاه سرپرستار در مرحله بعد نسبت به مرحله قبل، تفاوت معناداری را نشان داد (جدول 6) و صلاحیت بالینی پرستاران با ارزیابی سرپرستار در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش یافت. آزمون آماری تی مستقل در مقایسه ارزیابی سرپرستاران از صلاحیت بالینی در ابعاد مراقبتی و مدیریت مراقبت (P>0/05) با ارزیابی خود پرستاران تفاوت معنادار آماری نشان نداد، این ویژگی جمع‌پذیری یا در یک راستا بودن ارزیابی سرپرستار و خودارزیابی پرستار را تأیید می‌نماید. اختلاف میانگین صلاحیت بالینی پرستاران سی‌سی‌یو

جدول 3 - مقایسه میانگین نمرات صلاحیت رفتارهای مدیریتی مراقبت (خودارزیابی پرستار) پرستاران سی‌سی‌یو، در دو گروه

گروه				صلاحیت مدیریت مراقبت
شاهد		آزمون		
بعد	قبل	بعد	قبل	
17/32±3/00	17±2/85	25/84±1/59	17/24±2/94	میانگین وانحراف معیار
(t=1/87, P=0/07)		(t=12/82, P=0/00)		تی زوجی

جدول 4 - مقایسه میانگین نمرات صلاحیت بالینی پرستاران سی‌سی‌یو در بُعد صلاحیت مدیریت مراقبت (ارزیابی سرپرستار)، در دو گروه

گروه				صلاحیت مدیریت مراقبت
شاهد		آزمون		
مرحله بعد	مرحله قبل	مرحله بعد	مرحله قبل	
23/08±0/40	23/08±0/40	27/16±1/37	23/60±1/58	میانگین وانحراف معیار
t=0/000, P=1/00		t=8/9, P=0/000		آزمون تی زوجی

جدول 5 - مقایسه میانگین نمرات صلاحیت بالینی (کل) پرستاران سی سی یو (خودارزیایی) در دو گروه

گروه				صلاحیت بالینی
شاهد		آزمون		
مرحله قبل	مرحله بعد	مرحله قبل	مرحله بعد	
52/84±3/56	52/76±3/65	60/04±3/39	52/76±3/53	میانگین و انحراف معیار
t=0/7, P=0/49		t=7/85, P=0/000		آزمون تی زوجی

جدول 6 - مقایسه میانگین نمرات صلاحیت بالینی (کل) پرستاران سی سی یو (ارزیابی سرپرستار) در دو گروه

گروه				صلاحیت بالینی
شاهد		آزمون		
مرحله قبل	مرحله بعد	مرحله قبل	مرحله بعد	
71/92±0/57	71/92±0/57	76/16±1/37	74/00±2/54	میانگین و انحراف معیار
t=0/000, P=1		t=3/37, P=0/001		آزمون تی زوجی

## بحث

نمایند (26). از این رو در این پژوهش کوشش بر آن بود تا با توسعه صلاحیت بالینی پرستاران واحد مراقبت‌های ویژه قلبی بتوان با تقویت رفتارهای مدیریت مراقبت و نیز بهسازی مدیران پرستاری، سیستم ارتقاء صلاحیت بالینی را تشکیل و در بیمارستان منتخب نهادینه نمود. همان‌طور که نتایج نشان داد عدم ایجاد تغییر در بُعد رفتارهای مراقبتی در محیط پژوهش حاضر به دلیل آن بود که پرستاران مورد مطالعه، دوره‌های آموزشی مربوط به مهارت‌های تخصصی بالینی در بخش ویژه مانند بررسی و تفسیر الکتروکاردیوگرافی، احیاء قلبی ریوی، مانیتورینگ قلبی و سایر پروسیجرهای عمومی را گذرانیده و دارای سابقه کاری در حد پرستاران مجرب و ماهر بودند. در ارتباط با بُعد صلاحیت مدیریت مراقبت در دو موقعیت خودارزیایی و ارزیابی سرپرستار تغییرات قابل ملاحظه‌ای ایجاد شد. زیرا پژوهش حاضر تلاش نمود از طریق بهسازی رفتارهای مدیریت و رهبری مدیران پرستاری در ابعاد رهبری، حمایتی و مربی‌گری، صلاحیت بالینی پرستاران واحد مراقبت‌های ویژه قلبی را در بُعد مدیریت مراقبت بهبود بخشد. نتایج مطالعه ویلسون (Wilson)

پرستار واحد مراقبت ویژه قلبی در صورتی دارای صلاحیت بالینی است که مراقبت‌های پرستاری را براساس فرآیند پرستاری ارایه نماید. به‌کارگیری فرآیند پرستاری توسط پرستاران مراقبت ویژه ضروری محسوب می‌گردد چون ماهیت آن به‌گونه‌ای است که آنان را به سطح صلاحیت بالینی پیشرفته ارتقاء می‌دهد (20). امنیت (Ament) (2005) اذعان می‌دارد برنامه‌های آموزش بالینی پرستاری به‌منظور ارتقاء عملکرد حرفه‌ای باید روی مهارت‌های مدیریت مراقبت پرستار، تمرکز یابد (21) و پرستارانی که از صلاحیت مدیریت مراقبت بالایی برخوردارند قادرند مشکلات را ماهرانه و سریع‌تر براساس معیارهایی سازمان‌یافته، تشخیص بدهند (22). از آن‌جاکه همه مراقبت‌های ارایه‌شده به بیمار در گزارش‌نویسی نشان داده شده و ثبت می‌گردد لذا بهسازی مستمر پرستاران به‌منظور ارتقاء کیفیت ثبت پرستاری حایز اهمیت به‌سزایی است (23-25) و مدیران پرستاری بایستی از برنامه‌های اجرایی مناسب برای ایجاد تغییرات مطلوب در عملکرد بالینی پرستاران استفاده



محتوای فرآیند مراقبتی را انجام بدهند به حمایت‌های بی‌دریغ مدیران خود نیاز دارند (31). در این پژوهش مدیران پرستاری، صلاحیت بالینی پرستاران را با استفاده از ابزاری متشکل از موارد عینی و رفتاری سنجیدند و پس از شناسایی نقص عملکرد مراقبتی، نقاط ضعف، ایجاد فرصت‌های آموزشی مناسب و صلاحیت بالینی پرستار را ارتقاء بخشیدند و به‌طور عملی فضای مناسب کار و ماهیت آن را تغییر دادند. صلاحیت‌سنجی روشی است که مدیران پرستاری می‌توانند از آن به‌منظور بررسی و ارزیابی کارآمدی پرسنل استفاده کنند (32). نتایج مطالعات مختلف در زمینه صلاحیت بالینی نشان داده‌اند که یکی از بنیادی‌ترین رسالت مدیران پرستاری، ارزیابی مستمر صلاحیت بالینی پرستاران و سازماندهی برنامه‌های بهسازی در راستای نیازهای واقعی حرفه‌ای است و مسلم است که پرستاران به‌عنوان افراد بزرگسال زمانی از یادگیری، تجربه مطلوبی خواهند داشت که برای زندگی شخصی و کاری آن‌ها معنادار باشد (33-35). در این مطالعه نیز یکی از مراحل برنامه بهسازی مدیریت، بهسازی پرستاران مراقبت ویژه و ارزیابی و نظارت مستمر آن توسط پژوهشگران، سرپرستاران و سوپروایزران بالینی بود و نتایج اثربخشی آن‌ها را در ارتقاء صلاحیت بالینی پرستاران به‌ویژه در بُعد مدیریت مراقبت تأیید نمود. اتخاذ روشی اثربخش در توانمندسازی حایز اهمیت به‌سزایی است. در پژوهش حاضر نیز به‌دلیل اجرای بهسازی بالینی تک‌تک پرستاران در گزارش‌نویسی صحیح براساس مراحل فرآیند پرستاری، صلاحیت بالینی پرستاران در بُعد مدیریت مراقبت ارتقاء یافت.

چینگ‌هوی و مینگ‌چن (Ching-Huey & Ming-Chen) (2004) عواملی را که روی صلاحیت بالینی پرستار تأثیر می‌گذارد سن، سابقه‌کار، موقعیت شغلی (پرستار، سرپرستار، سوپروایزر)، سطح آموزشی (پرستار، کمک‌پرستار) و بخش (داخلی، جراحی، ویژه و ...) شناسایی نمودند (36). جعفری گلستان در مطالعه خود بین ویژگی‌های فردی و صلاحیت بالینی ارتباط معناداری

(2005) نیز نشان داد که برنامه‌های بهسازی مدیران پرستاری می‌تواند ضمن بهبود کیفیت زندگی کاری، احساس تعهد نسبت به سازمان در پرستاران ایجاد نموده و اعتماد را به مدیریت پرستاری افزایش بدهد (27). نتایج مطالعه پورسل و میلنر (Purcell & Milner) (2005) نشان داد مدیران پس از گذراندن دوره بهسازی مدیریت، اذعان نمودند آن‌ها مسئولیت‌ها و نقش مدیریتی خود را تا قبل از این نمی‌شناخته و نمی‌دانستند با احراز این سمت چه اقداماتی را باید انجام بدهند و معتقد بودند دوره‌های بهسازی مدیران باید آنان را برای ارتقاء صلاحیت بالینی پرستاران بخش خود توانمند نماید (28). بر اساس پژوهش درگاهی و سراجی (2006)، مهم‌ترین شاخص‌هایی که توجه به آن‌ها باعث می‌شود کارکنان احساس کنند محیط کار برایشان جذاب است ارتقاء صلاحیت بالینی توسط مدیران به‌منظور به هم آمیختن دانش و مهارت پرستار در ارایه مراقبت و حمایت مدیران میانی و اجرایی (سرپرستاران) است. این پژوهشگران راه‌کار اجرایی را بهسازی مدیران پرستاری پیشنهاد نمودند (29). نتایج مطالعه هایهورست (Hayhurst) و همکاران (2005) با هدف بررسی ادراک پرستاران مراقبت ویژه از محیط‌های کاری نشان داد پرستاران زمانی برای مدیران خود ارزش قائل می‌شوند که سبک رهبری آنان منجر به رشد و ارتقاء صلاحیت بالینی پرستاران شود. محیط‌های کاری حمایتی، پرستاران را توانمند می‌سازد تا مراقبت با کیفیت بالا از بیمار فراهم آورند (30). در این پژوهش نیز نشان داده شد که احساس وجود مدیران لایق، شایسته و دارای صلاحیت حرفه‌ای لازم برای کنترل و نظارت، شیوه‌های ارزشیابی، ایجاد فرصت‌های مشارکت، مشخص نمودن کار صحیح و تبیین انتظارات حرفه‌ای توسط مدیران پرستاری، ارزشگذاری به کار پرستار و ارایه حمایت مورد نیاز و تبدیل انتظارات حرفه‌ای به ملاک ارزشیابی عملکرد مؤثر است. کارکاینن و اریکسون (Karkkainen & Eriksson) اذعان می‌دارند پرستاران برای آن‌که قادر باشند به‌طور موفقیت‌آمیز، ثبت

متغیرهایی بوده که در این پژوهش در درک پرستاران نسبت به صلاحیت بالینی آنان تأثیر داشته و غیرقابل کنترل بوده‌اند و جزء محدودیت‌های پژوهش مطرح می‌شود. آنچه در این پژوهش در برنامه ارتقاء صلاحیت بالینی مدنظر بوده، علاوه بر رفتارهای حرفه‌ای 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 نموده و بازخورد مناسب برای اصلاح و ارتقاء این رفتارهای مدیریتی انجام داده است.

### نتیجه‌گیری

بهبودی مدیران پرستاری، صلاحیت آنان را در ایفای نقش و عملکرد مدیریتی خود ارتقاء داده و به بروز رفتارهای حرفه‌ای پرستاران می‌انجامد. انجام تحقیقات بیشتر برای بررسی تأثیر این برنامه مدیریتی بر سایر متغیرها مانند رضایتمندی بیماران، بهره‌وری و کیفیت مراقبت و نیز به‌کارگیری آن در سایر بخش‌های بیمارستان مورد نیاز است.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه مدیران پرستاری و پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان‌های آموزشی شهر یزد، جناب آقای میرحسینی مدیر پرستاری استان یزد، جناب آقای دکتر علی‌اکبر واعظی، دفتر آموزش‌های ضمن خدمت دانشگاه علوم پزشکی یزد و همکارانی که اجرای این پژوهش را محقق ساختند قدردانی می‌شود.

یافته است (37). اما در این مطالعه تنها سن پرستاران در صلاحیت کل تأثیر داشت زیرا با بالا بودن سن، سابقه کاری هم بیشتر شده و در نتیجه صلاحیت ارتقاء می‌یابد. رشد و تکامل فردی پرستاران ویژه در ارتقاء سطح صلاحیت بالینی آنان تأثیرگذار است و وجود عواملی مانند انگیزه برای یادگیری، اتخاذ روش اثربخش در آموزش، محیط یادگیری، جو و فرهنگ حاکم بر بخش و بیمارستان، مرتبط شدن فرآیند مدیریت و رهبری بر فرآیند آموزش شامل بازخورد، حمایت و هدایت صحیح را نمی‌توان نادیده انگاشت. پرستاران گروه شاهد با این‌که با پرستاران گروه آزمون کاملاً یکسان بودند، اما تغییری در صلاحیت مراقبتی و مدیریتی آن‌ها دیده نشد، زیرا که آن‌ها از تغییر عامل مداخله (رفتارهای مدیریتی سرپرستاران و سوپروایزران در جهت حمایت، بازخورد و بهسازی محیط) برخوردار نبوده‌اند. نکته قابل تأمل آن است که شرط ارتقاء صلاحیت بالینی پرستاران وجود جو حامی و مشوق فرهنگ توانمندسازی و عملکرد حرفه‌ای مطابق با استانداردهای پرستاری است. البته تفاوت‌های شخصیتی پرستاران مانند نحوه برقراری ارتباط، میزان علاقمندی و انگیزه در حرفه پرستاری، علاقه به یادگیری موارد جدید، قضاوت‌های فردی در تکمیل پرسشنامه‌ها، میزان تعهد و پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری در محیط کار، جو و فرهنگ سازمانی و حاکم بر بخش، سبک‌های مدیریتی و رهبری سرپرستاران بخش‌ها و سایر مدیران پرستاری بیمارستان منتخب، انگیزه و علاقمندی سوپروایزر آموزشی و بالینی نسبت به امر آموزش،

### References

1. Australian Nursing Federation. Competency standards for registered and enrolled nurses in general practice. 2005; 1-36.
2. The ANCI National Competency Standards for The Registered Nurse May 2000; Australian Nursing Council Incorporated. 1-28. Available at: URL: [www.nursesreg.nsw.gov.au](http://www.nursesreg.nsw.gov.au).
3. Sandra Morin R, and Carla B – R. Competency assessment. Nurs Manage 1995; 26 (2): 40 –5.
4. Lindberg E. Competence in critical care. Dimens Crit Care Nurs 2006; 25(2):77-81.
5. Alfaro – Lefevre R. Applying nursing process: a step – by – step guide. 3<sup>rd</sup> edition. J.B. Lippincott Company 1994; xxiv – xxv.
6. An Bord Altranais, Irish Nursing Board. Competence assessment tool for nurses educated and trained overseas in non – Eu Countries June 2003; 1 – 25. Available at: URL: [www.nursingboard.ie](http://www.nursingboard.ie)
7. Arvidsso, B, Fridlund B. Factors influencing nurse supervisor competence: a critical incident analysis study. Nurs Manage 2005; 13; 231-7.

8. Stone P.W, Larson E.L, Mooney – Kane C, Smolowitz J, Lin S.X, Dick, A.W. Organizational climate and intensive care unit nurses' intention to leave. *Crit Care Med* 2006; 34; 1907-12.
9. Aiken L.H, Patrician P.A. Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *J Nurs Res* 2000; 49(3); 146-53.
10. NewHouse Robin P. Exploring nursing issues in rural hospitals. *J Nurs Adm* 2005; 35(7/8); 350-8.
11. Manojlivich M. The effect of nursing leadership on hospital nurse's professional practice behaviors. *J Nurs Adm* 2005; 35(7/8); 366.
12. Kramer M, Schmalenburg C. Best quality patient care: A national perspective on magnet hospitals. *Nurs Adm Q* 2005; 29(3): 275-87.
13. McClure M.L. Magnet Hospitals: Insights and Issues. *Nurs Adm Q* 2005; 29(3); 198-201.
14. Cohen J.D. The aging nursing workforce: How to retain experienced nurses. *Health Care Manag* 2006; 51(4); 233-45.
15. 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 (Persian)]. *Nurs Health Sci* 2006; 8; 51-6.
16. Khodayarian M. [The effects of designed clinical competency – based advancement program on the C.C.U nurses' quality of work life (Persian)]. MS.c thesis in nursing. Tehran: Medical Sciences Faculty Tarbiat Modares University 2007.
17. Gladwell M. *Blink: The power of thinking without thinking*. New York: Little Brown 2005.
18. Benner p. excellence and power in clinical nursing practice, from nursing theorists and their work. In: Marriner and Alligood M.R. *From novice to expert*. Philadelphia. Mosby Co 2002; 171-89.
19. Robinson J.A, Flynn V. Evaluating your educational plan: are you meeting the needs of nurses?. *J Nurses Staff Dev* 2006; 22(2); 65-9.
20. Thelan L.A, Kevin D.J, Urden L.D, Kritek P.B. *Textbook of critical care nursing: diagnosis and management*. Mosby 1990; 1,32.
21. Ament L. Clinical education in managed care for advanced practice nurses: A case example. *Nurse Educ Pract* 2005; 5: 368 –74.
22. Larew C, Lessan S, Spunt D, Foster D, Covington B.G. Innovation in clinical simulation: Application of Benner's Theory in an interactive patient care simulation. *Nurs Educ Perspect*. January-February 2005; 27(1):16-21.
23. Rider Ellis J. *Managing and coordinating nursing care*. 4th edition. Lippincott Williams & Wilkins 2005; 153-60.
24. Khoddam H, Sanagoo A, Joibari L. [Effectiveness of continual education on quality of nursing records (Persian)]. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. Fall-Winter 2001-2002; 3(8):65-9.
25. Sattarzadeh Pashabeik M, Navipour H, Memarian R. [Designing and implementing of directed plan on the quality of nursing notes in C.C.U (Persian)]. *Daneshvar Medicine Journal* 1384; 13 (59). 29-36.
26. Leddy S, Pepper J.M. *Conceptual bases of professional nursing*. Philadelphia. J.B. Lippincott Company 1993.
27. Wilson A.A. Impact of management development on nurse retention. *Nurs Adm Q* 2005; 29 (2): 137-45.
28. Purcell L, Milner B. Management development in health care: Exploring the experiences of clinical nurse managers. *Eur Ind Train* 2005; 29 (9): 751-63.
29. Nasl Saraji G, Dargahi H. Study of quality of work life (QWL). *Iran J Public Health* 2006; 35(4): 8-14.
30. Hayhurst A, Saylor C, Stuenkel D. Work environmental factors and retention of nurses. *J Nurs Care Qual* 2005; 20(3):283-88.
31. Karkkainen O, Eriksson K. Recording the content of the caring process. *Nurs Manage* 2005; 13: 202 –08.
32. Leddy S, Pepper J.M. *Conceptual bases of professional nursing*. Philadelphia. J.B. Lippincott Company 1993; Available at: URL: <http://www.SID.ir>. 15/1/20
33. Moore D, Mei – I C, Dainty A.R.J. Competence, Competency and Competencies: Performance assessment in organization. *J Work Study* 2002; 51(6): 314–90. Available at: URL: <http://www.emeraldinsight.com>
34. Mezey M, Quinlon E, Fairchild S, Vezina M. Geriatric competencies for RNs in hospitals. *J Nurses Staff Dev* 2006; 22(1): 2-10.
35. Klein C.J. Linking Competency – Based assessment to successful clinical practice. *J Nurs Educ* 2006; 45(9): 379 –83.
36. Ching – Huey C, Ming – Chen L. An investigation on the nursing competence of southern Taiwan nurses who have passed N3 case report accreditation. *J Nurs Res* 2004; 12 (3): 203 –11.
37. Jafari Golestan N. [Determining the effect of organizing the nursing mentoring committee on newly nurses' clinical competency (Persian)]. MS.c thesis in nursing. Tehran: Medical Sciences Faculty Tarbiat Modares University 2005;31-3.