دوفصلنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس
مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال یازدهم، شماره ۱، صفحه ۷۵ - ۶۹ (شهریور ۱۳۸۷)

تعیین صلاحیت بالینی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به روش خود ارزیابی

مسعود بحرینی*[۱]، دکتر مرضیه معطری[۲]، شرافت اکابریان[۱]، دکتر کامران میرزایی[۳]

[۱]کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[۲]دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
[۳]استادیار پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

چکیده

زمینه: آگاهی پرستاران از وضعیت صلاحیت بالینی خود موضوعی اساسی جهت حفظ استانداردهای مراقبت، شناسایی نیازهای آموزشی و توسعه حرفه‌ای آنان است. خود ارزیابی یکی از روش‌هایی است که در سنجش صلاحیت بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد و پرستاران را تشویق به بازاندیشی و ایفای نقش فعال‌تر در فرآیند یادگیری می‌نماید. اگرچه صلاحیت بالینی پرستاران ممکن است در بیمارستان‌های مختلف متفاوت باشد، اما مطالعاتی که در این زمینه انجام گرفته ناچیز است.

مواد و روش‌ها: طی این مطالعه مقطعی، بدون نمونه‌گیری و از طریق سرشماری، صلاحیت بالینی ۱۹۰ پرستار شاغل به کار در بیمارستان‌های مختلف، به شیوه خودارزیابی مورد تحلیل قرار گرفت. ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌ای روا و پایا بود که براساس نظریه «از مبتدی تا ماهر» بنر (Benner's "from Novice to Expert" Framework) طراحی شده و ۷۳ مهارت را در ۷ حیطه مختلف بررسی می‌کند. سطح صلاحیت براساس امتیازی که نمونه‌ها به خود می‌دادند (۱۰۰ـ۰) ارزیابی و فراوانی به کارگیری مهارت‌ها نیز به وسیله یک مقیاس رتبه‌ای به شیوه لیکرت بررسی شد.

یافته‌ها: در کل، پرستاران صلاحیت خود را در سطح «خوب» (۷۵ـ۵۱) گزارش کردند؛ آنها احساس می‌کردند که در حیطه «موقعیت‌های مدیریتی» و «وظایف شغلی» از مهارت و لیاقت بیشتری برخوردارند (حداکثر ۷۹/۵۴ امتیاز) و کمترین مهارت خود را مربوط به حیطه «آموزش و راهنمایی» و «تضمین کیفیت» (حداقل ۶۱/۱۵ امتیاز) می‌دانستند. فراوانی به کارگیری مهارت‌ها با افزایش صلاحیت بالینی نسبت مستقیم داشت.

نتیجه‌گیری: سطح صلاحیت پرستاران و فراوانی به کارگیری مهارت‌ها در بخش‌ها و بیمارستان‌های مختلف، متفاوت بود. در این بین اگر چه به طور کلی سطح صلاحیت پرستاران «خوب» گزارش شده است، ولی عدم بکارگیری حدود ۲۴ درصد از مهارت‌ها به خصوص در حیطه مربوط به «آموزش و راهنمایی» و «تضمین کیفیت» نگران کننده است.

واژگان کلیدی: صلاحیت بالینی، مهارت، خودارزیابی، پرستاری، شغلی
دریافت مقاله:۱۲ /۱۳۸۶/۷ - پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۱۲/۲۳

* بوشهر، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری
Email : msdbahreini@yahoo.com

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-13]

مقدمه

پرستاری اساساً رشته‌ای بالینی است و بیشتر پژوهش‌ها و برنامه‌های مطالعاتی نیز در این رشته بر فعالیت‌های بالینی متمرکز شده است (۱). از سال ۱۹۹۹ تاکنون موضوع صلاحیت بالینی پرستاران به عنوان یک مسئله اساسی این رشته مورد توجه بوده است (۲). در این راستا، ارزیابی صلاحیت بالینی پرستاران جهت شناخت نیازهای حرفه‌ای وآموزشی آنان حائز اهمیت فراوان است. امروزه تضمین کیفیت مراقبت‌ها و کسب اطمینان از برخورداری پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها و سایر محیط‌های کاری از صلاحیت بالینی کافی، دغدغه و نقطه ثقل توجه مدیران و سیستم‌های ارائه مراقبت است (۳). به گونه‌ای که کرونین (Cronin) و بچرر (Becherer) آن را کلیدی‌ترین مسؤولیت مدیران پرستاری در محیط‌های کاری قلمداد کرده‌اند (۴).

سازمان بهداشت جهانی، صلاحیت را به سطحی از عملکرد تعبیر کرده است که نمایانگر به کارگیری دانش، مهارت و قضاوت مؤثر است (۱). لذا به کارگیری معیارهای سنجش صلاحیت، نه تنها به شناخت و آگاهی بیشتر پرستاران و مدیران نسبت به وضعیت صلاحیت عمومی پرستاران می‌انجامد، بلکه کمبودها و نقص‌های مهارتی و شناختی را نیز در آنان مشخص می‌سازد (۵). همچنین با استفاده از فرآیند بازاندیشی، خود پرستاران نیز در مورد عملکرد خویش، بینش و آگاهی یافته و نقاط قوّت، توانایی‌ها و همچنین حیطه‌هایی را که ممکن است نیازمند ارتقاء و توسعه بیشتر باشد را شناسایی می‌کنند (۶).

مروری بر مطالعاتی که تاکنون در سایر نقاط جهان انجام گرفته، بیانگر استفاده از ابزارها و روش‌های مختلف برای بررسی سطح صلاحیت و مهارت‌های بالینی پرستاران است. از میان این روش‌ها «خود ارزیابی» یعنی ارزیابی توسط خود پرستاران به آنان این اجازه را می‌دهد تا عملکرد بالینی خود را در محیطی که در آن به کار مشغول هستند را مورد توجه قرار داده و در جهت اصلاح و بهبود آن اقدام کنند (۷). این شیوه پرستاران را تشویق می‌کند تا نقش فعال‌تری در فرآیند یادگیری و تسهیل یادگیری مداوم ایفا کنند (۸).

در همین ارتباط بارتلت و همکاران (۲۰۰۰) در مطالعه‌ای وضعیت صلاحیت بالینی پرستارانی را که تحت پوشش دو برنامه آموزشی متفاوت در بریتانیا تحصیل کرده بودند، بلافاصله پس از فراغت از تحصیل و در فواصل شش و دوازده ماه پس از آن از طریق مقایسه دو شیوه خودارزیابی و ارزیابی توسط مدرسان آنها مورد بررسی قرار دادند. نتایج این مطالعه نشان می‌داد که بین خودارزیابی پرستاران و ارزیابی توسط مدرسان آنها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (۹). همچنین مرتوجا و همکارانش (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای وسیع که به منظور سایکومتری ابزار سنجش صلاحیت بالینی در فنلاند انجام دادند از روش خودارزیابی به منظور سنجش صلاحیت بالینی پرستاران استفاده نمودند (۳).

متأسفانه علی‌رغم اهمیت فوق‌العاده موضوع، هم اینک آگاهی ما از وضعیت صلاحیت بالینی و سطح مهارت‌های پرستاری بسیار اندک و مطالعات چندانی در این زمینه در کشور ما صورت نگرفته است. از طرفی موضوع به کارگیری ابزارهای ارزیابی صلاحیت بالینی پرستاران عرصه‌ای نسبتاً جدید از مطالعه بوده و روایی و پایایی این ابزارها به شدت مورد توجه قرار گرفته است (۱۰). با توجه به موارد ذکر شده و به دلیل عدم آگهی کافی ناشی از خلا اطلاعات موجود و نیز به دلیل تبعات ناگوار و مهم ناشی از این ناآگاهی

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-13]

پژوهشگر این مطالعه را با هدف تعیین و مقایسه سطح صلاحیت بالینی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بوشهر ۱۳۸۵ طراحی و اجرا نمود.

مواد و روش‌کار

در این پژوهش مقطعی، جامعه پژوهش شامل پرستاران شاغل در ۵ بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بوشهر بود که بدون نمونه‌گیری و به شیوه سرشماری، پرسشنامه به عنوان ابزار جمع‌آوری اطلاعات در اختیار همه پرستاران داوطلب دارای تحصیلات دانشگاهی (۲۷۰ نفر) قرار گرفت. تعداد ۲۰۰ نفر پرسشنامه‌های دریافتی را عودت دادند (۷۴ درصد) که از این میان ۱۰ پرسشنامه نیز دارای اطلاعات ناقص بود؛ بنابراین ۱۹۰ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت. پرسشنامه مورد استفاده از دو قسمت تشکیل شده بود. قسمت اول مربوط به اطلاعات فردی پرستاران و حاوی سؤالاتی درباره سن، جنس، سطح تحصیلات و غیره بود؛ در قسمت دوم پرسشنامه از ابزار سنجش صلاحیت بالینی پرستاران استفاده شد که براساس نظریه «از مبتدی تا ماهر» بنر (Benner's "from novice to Expert" framework) طراحی شده بود. این ابزار ۷۳ مهارت پرستاری را در هفت حیطه مختلف مورد سنجش قرار می‌دهد: حیطه «نقش‌ها و وظایف یاری رسانی» (هفت مهارت)، حیطه «آموزش و راهنمایی» (شانزده مهارت)، حیطه «فعالیت-های تشخیصی» (هفت مهارت)، حیطه «مسائل مدیریتی» (هشت مهارت)، حیطه «مداخلات درمانی» (ده مهارت)، حیطه «تضمین کیفیت» (شش مهارت) و بالاخره حیطه «وظایف کاری و شغلی» (نوزده مهارت) (جدول ۱)، پرسشنامه به شیوه «خودارزیابی» توسط پرستاران تکمیل می‌شد و آنان می‌بایست در مقابل هر یک از مهارت‌ها به خود امتیازی که حداقل آن صفر و حداکثر آن صد بود می‌دادند (Visual Analogue Scale)، علاوه براین از پرستاران خواسته شد تا فراوانی به کارگیری هر مهارت را از طریق علامت‌گذاری یک مقیاس چهار رتبه‌ای به شیوه لیکرت تعیین نمایند به گونه‌ای که رتبه صفر به معنای عدم به کارگیری آن مهارت و رتبه سه به معنای استفاده مکرر از آن مهارت بود. این پرسشنامه توسط پژوهشگر ابتدا ترجمه و سپس از طریق ترجمه معکوس (Back translation) صحت ترجمه مورد تأیید کارشناسان قرار گرفت. قبل از اجرای این تحقیق، روایی پرسشنامه نیز با بهره‌گیری از نظرات کارشناسان باتجربه و مدرسان پرستاری در شیراز و بوشهر مورد تأیید قرار گرفت. پس از آن از طریق یک مطالعه پایلوت پایایی پرسشنامه بررسی و میزان الفا کرونباخ در حیطه‌های هفت گانه بین ۰/۸۵- ۰/۷۰ تعیین شد که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب حیطه‌ها و پایایی بالای ابزار است. جهت رعایت استانداردهای اخلاقی، علاوه بر کسب مجوزهای لازم از مدیریت پژوهشی، شرکت نمونه‌ها در طرح کاملاً داوطلبانه صورت گرفت و توضیحات لازم در مورد طرح، چگونگی استخراج و ارائه اطلاعات، محرمانه بودن اطلاعات فردی، عدم نیاز به درج نام و نام-خانوادگی و سایر نکات اخلاقی به داوطلبان ارائه شد. تحلیل آماری از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) انجام شد. داده‌ها از طریق آمار توصیفی و سپس بوسیله آزمون‌های آماری مناسب (مانند آنالیز واریانس) به منظور تعیین معنی-داری تفاوت بین میانگین‌ها و همبستگی بین متغیرها مورد تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی‌دار در همه موارد $P<۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-13]

جدول ۱: حیطه‌های هفتگانه ارزیابی صلاحیت بالینی پرستاران

حیطه‌های صلاحیت بالینی	توصیف
وظایف یاری‌رسانی	کمک به بیمار جهت سازگاری بهتر، فراهم ساختن مراقبت‌های فردی و اخلاقی (هفت مهارت)
آموزش و راهنمایی	تشخیص نیازهای آموزشی بیمار و خانواده وی و فراهم ساختن امکان خود مراقبتی، هدایت و راهنمایی سایر پرستاران (شانزده مهارت)
اعمال تشخیصی	تشخیص و تحلیل موقعیت و مشکلات فردی بیمار (هفت مهارت)
موقعیت‌های مدیریتی	تشخیص بموقع تغییرات در وضعیت‌های مختلف و اولویت بندی اقدامات به گونه‌ای انعطاف پذیر و متناسب (هشت مهارت)
مداخلات درمانی	برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و اجرا مراقبت‌ها بر اساس موقعیت بالینی و مشاوره با سایر کارکنان (ده مهارت)
تضمین کیفیت	ارزشیابی اهداف و ارتقاء مراقبتهای پرستاری (شش مهارت)
وظایف شغلی و کاری	همکاری، مسئولیت پذیری و استقلال در عملکرد و ارتقاء مداوم شغلی و حرفه ای خود (نوزده مهارت)

یافته‌ها

میانگین سن ۱۹۰ پرستار شرکت کننده در طرح ۳۱ سال بود. ۷۶/۳ درصد نمونه‌ها زن و ۲۳/۷ درصد مرد، ۱۸۱ نفر دارای مدرک لیسانس، ۳ نفر فوق لیسانس و ۶ نفر فوق دیپلم، ۱۴۴ نفر پرستار بخش، ۳۱ نفر سرپرستار و ۱۵ نفر سوپروایزر بودند.

جدول شماره ۲ اطلاعات مربوط به خودارزیابی پرستاران از صلاحیت بالینی خود را به نمایش گذاشته است. با توجه به تقسیم‌بندی سطح صلاحیت بالینی پرستاران در چهار سطح پایین (۲۵ـ۰ امتیاز)، نسبتاً خوب (۵۰ـ ۲۶ امتیاز)، خوب (۷۵ـ۵۱ امتیاز) و بسیار خوب (۱۰۰ ـ ۷۶ امتیاز)، بـه طـور مـیانـگین پرستاران صلاحیت بالینی خود را در سطح «خوب» ارزیابی کرده بودند. میانگین سطح صلاحیت‌ها در حیطه‌های ۷ گانه دارای دامنه ۶۱/۱۵ تا ۷۹/۵۴ بود. پرستاران در مهارت‌های مربوط به حیطه‌های «آموزش و راهنمایی» و «تضمین کیفیت» کمترین سطح صلاحیت و در مهارت‌های حیطه «موقعیت‌های مدیریتی» بیشترین سطح صلاحیت را به خود اختصاص داده بودند. اگرچه پرستاران بیمارستان زینبیه خورموج معتقد بودند که از صلاحیت بالینی بیشتری نسبت به سایر بیمارستان‌ها برخوردارند، اما میانگین صلاحیت بالینی پرستاران در بیمارستان‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری را نشان نمی‌دهد (جدول ۲).

همچنین در بررسی فراوانی به کارگیری مهارت‌ها، نتایج کلی حاکی از آن است که به طور میانگین ۷۶/۲۷ درصد مهارت‌ها به صورت گهگاه یا مکرر مورد استفاده قرار می‌گیرند و حدود ۲۳/۷۳ درصد مهارت‌ها یا هرگز مورد استفاده قرار نگرفته‌اند یا بندرت به کار گرفته شده‌اند. نتایج خودارزیابی پرستاران در این زمینه نشان دهنده رابطه مثبت بین سطح صلاحیت بالینی آنها در مهارت‌های ۷۳ گانه و میزان بکارگیری آن مهارت‌ها بود به گونـه‌ای کـه حداقل سطح صلاحیت مربوط به مهارت‌هایی است که هرگز بکارگرفته نشده‌اند (۴۸/۱۱) و بیشترین سطح صلاحیت نیز مربوط به مهارت‌هایی است که به صورت مکرر مورد استفاده قرار گرفته‌اند (۸۷/۱۵).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-13]

جدول ۲: مقایسه سطح صلاحیت بالینی پرستاران در بیمارستان‌های مختلف به شیوه خودارزیابی (۱۰۰ـ۰) در حیطه‌های هفتگانه

بیمارستان	کمک به بیمار	آموزش و راهنمایی	اقدامات تشخیصی	موقعیت‌های مدیریتی	مداخلات درمانی	تضمین کیفیت	وظایف شغلی و حرفه‌ای	میانگین کل سطح صلاحیت
فاطمه زهرا (س) بوشهر	۷۳/۲۰	۶۴/۰۳	۷۳/۴۸	۷۶/۲۴	۷۰/۱۵	۷۰/۲۴	۷۱/۵۱	۷۱/۲۶
۱۷ شهریور برازجان	۷۱/۷۲	۶۴/۰۴	۷۰/۷۹	۷۷/۴۱	۷۲/۸۳	۷۰/۵۷	۷۳/۶۸	۷۱/۵۸
زینبیه خورموج	۷۶/۲۹	۷۱/۰۲	۷۵/۹۲	۷۷/۹۲	۷۵/۴۹	۷۴/۳۰	۷۴/۶۳	۷۵/۰۸
امیرالمؤمنین گناوه	۶۸/۹۸	۶۱/۱۵	۶۷/۰۲	۷۳/۱۴	۷۰/۷۷	۶۶/۳۵	۶۹/۳۲	۶۸/۱۰
امام خمینی کنگان	۷۴/۴۰	۶۲/۰۸	۷۶/۷۷	۷۹/۵۴	۷۱/۵۰	۶۹/۰۲	۷۵/۷۸	۷۲/۷۳

بحث

داده‌های این مطالعه نشان می‌دهد که پرستاران شرکت کننده در طرح سطح صلاحیت بالینی خود را با میانگین ۷۱/۴۷ و انحراف معیار ۱۲/۳۱ در سطح «خوب» ارزیابی کرده‌اند. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات گارلند (۱۹۹۶) و مک کاگان و پاراهو (۲۰۰۰) مورد تأیید قرار می‌گیرد (۱۱ و ۱۲). پرستاران بیشترین میزان صلاحیت بالینی خود را در مهارت‌ها و وظایف مربوط به حیطه «موقعیت‌های مدیریتی» با میانگین ۷۷/۹۲ و انحراف معیار ۱۲/۶۳ ابراز کرده بودند که در سطح عالی طبقه‌بندی می‌شود. به نظر می‌رسد این نتایج منطقی باشد چرا که در بیمارستان‌های آموزشی به واسطه کوتاه بودن طول مدت بستری، موقعیت‌های پیچیده موجود و وجود بیماران بدحال و پرخطر، واکنش‌های سریع پرستار نیازمند کسب مهارت در این حیطه است. در نقطه مقابل مشارکت کنندگان کمترین میزان صلاحیت خود را مربوط به مهارت‌های حیطه «آموزش و راهنمایی» و «تضمین کیفیت» به ترتیب با میانگین ۶۱/۸۵ و انحراف معیار ۶/۹۸ و ۶۶/۳۵ با انحراف معیار ۸/۸۰ بیان نموده‌اند که می‌تواند ناشی از کمبود دانش و آگاهی‌های لازم در این زمینه‌ها و نیز فقدان منابع مورد نیاز و در دسترس باشد.این در حالی است که در پژوهش انجام شده توسط مرتوجا و همکاران (۲۰۰۴) که با هدف مقایسه سطح صلاحیت پرستاران در بخش‌های مختلف یک بیمارستان بزرگ انجام دادند کمترین میزان صلاحیت مربوط به مهارت‌های ارزیابی بیمار، کاربرد یافته‌های پژوهشی و آموزش به بیمار بوده است (۱۳). صلاحیت اندک پرستاران در «بکارگیری یافته‌های پژوهشی» در مطالعه راجرز (۲۰۰۰) نیز تأیید شده است اما این یافته‌ها با یافته‌های پاراهو و مک کاگان (۲۰۰۱) در تضاد است (۱۴ و ۱۵). این تناقضات نیاز به انجام مطالعات بیشتر در این زمینه را ضروری می‌سازد.

بدیهی است که فرهنگ سازمانی، محیط مراقبت و منابع در دسترس بر تعریف پرستاران از اهداف پرستاری و الویت بندی اقدامات پرستاری مؤثر است (۱۳). نتایج تحقیقات انجام گرفته توسط هریسون و نیکسون (۲۰۰۲) و جینگز و هوپ (۲۰۰۰) نیز تأیید کننده نتایج مطالعه فعلی در زمینه رابطه بین میزان بکارگیری مهارت‌ها و میزان صلاحیت بالینی پرستاران در آن مهارت‌ها است (۱۶ و ۱۷). همانطور که مشاهده می‌شود در مهارت‌هایی که «هرگز» مورد استفاده قرار نگرفته‌اند، میانگین سطح صلاحیت پرستاران ۴۸/۵ (نسبی) بوده است در حالی که این مقدار در مورد مهارت‌هایی که فراوانی بکارگیری آنها

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-13]

«مکرر» گزارش شده است، ۸۸/۱۵ (بسیار خوب) بوده است. در تحقیق مرتوجا (Meretoja) و همکارانش (۲۰۰۴)، فراوانی بکارگیری مهارت‌ها در حیطه‌های مختلف ۷ گانه بین ۸۹ـ۶۸ درصد بود. نتایج تحقیق فوق نیز نشان می‌داد که افزایش فراوانی بکارگیری مهارت‌ها با افزایش میانگین سطح صلاحیت بالینی پرستاران در آن مهارت‌ها همراه بوده است (۱۳). از این یافته‌ها، می‌توان چنین نتیجه گرفت که در صورتی که مدیران و سرپرستاران بخش‌ها زمینه بکارگیری مهارت‌ها را بخصوص مهارت‌هایی که علیرغم اهمیت، کمتر از آنها استفاده می‌شود فراهم سازند صلاحیت بالینی پرستاران نیز در آن زمینه‌ها ارتقاء خواهد یافت. این دیدگاه کاملاً با مفهوم یادگیری تجربی ارائه شده توسط کلب (Kolb) مطابقت دارد (۱۸).

به عنوان محدودیت این پژوهش، ارزیابی صلاحیت بالینی پرستاران به شیوه «خود ارزیابی» به این دلیل که ممکن است پاسخ دهندگان به خود امتیازهای غیر واقعی دهند، می‌تواند از دقت و عینیت این روش ارزیابی بکاهد. به همین دلیل این روش ارزیابی صلاحیت بالینی بهتر است به عنوان بخشی از یک رویکرد ارزیابی باشد و نه همه آن (۱۰). با وجود آگاهی از این محدودیت، پژوهشگر معتقد است اعتماد به پرستاران و نتایج خودارزیابی آنان می‌تواند انگیزه لازم به منظور تفکر و بازاندیشی در طراحی و نحوه اجرای مراقبت‌های پرستاری را در آنان ایجاد نماید. بدون تردید بلوغ حرفه‌ای بر توانایی‌های عملکردی پرستاران تأثیر می‌گذارد و به آنها این امکان را می‌دهد تا به مسئولیت‌های خود در فعالیت‌های بالینی عمل کنند. هم اکنون خودارزیابی صلاحیت بالینی در کشورهای پیشرفته به عنوان یکی از مدارک اصلی جهت سنجش، تأیید و ارائه گواهی توانایی حرفه‌ای پرستاران مورد استفاده قرار می‌گیرد. اینک مسئولیت فراگیر و اساسی مدیران و مدرسان پرستاری فراهم آوردن تسهیلات و امکانات لازم جهت تکامل و بلوغ هر چه بیشتر حرفه پرستاری است.

پژوهشگر معتقد است انجام مطالعات تکمیلی زیر می‌تواند علاوه بر برطرف نمودن محدودیت‌های این پژوهش، تکمیل کننده برخی دیگر از اطلاعات مورد نیاز باشد:

- مقایسه دو شیوه خود ارزیابی و ارزیابی توسط مدیران در سنجش صلاحیت بالینی پرستاران.
- بررسی رابطه بین صلاحیت بالینی پرستاران با نتایج مراقبت (Out come).
- بررسی رابطه صلاحیت بالینی پرستاران با میزان رضایتمندی بیماران در محیط‌های بالینی مختلف.

نتیجه آن که ارزیابی صلاحیت بالینی پرستاران باید تبدیل به یک فرآیند مداوم شود تا بتوان از آن به عنوان ابزاری برای طبقه‌بندی و تشویق پرستاران استفاده کرد. در آینده جهت تضمین عملکرد پرستاران در محیط‌های بالینی، مدیریت مبتنی بر شواهد باید بر ارزیابی منظم صلاحیت بالینی ارائه دهندگان خدمات مراقبتی متمرکز شود و الگوهای ارزیابی صلاحیت بایستی در سیستم‌های تضمین کیفیت و نیز مدیریت منابع انسانی ادغام گردند.

تشکر و قدردانی

این پروژه با بودجه و امکانات معاونت پژوهشی دانشگاه بوشهر، انجام گردیده است؛ لذا بر خود واجب می‌دانم از مدیریت محترم پژوهشی، مدیریت محترم دفتر پرستاری استان بوشهر و دفاتر پرستاری بیمارستان‌های مربوطه و نیز پرستاران عزیزی که در اجرای این طرح همکاری نموده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی نمایم.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-13]

References:

1. Hanley E, Higgins A. Assessment of clinical practice in intensive care: a review of the literature. Intensive Crit Care Nurs 2005; 21: 268-75.
2. Girot EA. Assessment of graduate in clinical practice in the UK-are we measuring the same level of competence? J Clin Nurs 2000; 9: 330-7.
3. Meretoja R, Isoahoo H, Leino-Kilpi H. Nurse Competence Scale: Development and psychometric testing. J Adv Nurs 2004; 47: 124-33.
4. Cronin SN, Becherer D. Recognition of staff nurse job performance and achievement staff and manager perceptions. J Nurs Adm 1999;29:26-31.
5. Cruickshank R, Mackay RC, Matsuno K, er al. Appraisal of the clinical competence of registered nurses in relation to their designated levels in the western Australian nursing career structure. Int J Nurs Stud 1994; 31: 217-30.
6. Haningan B. A discussion of the strengths and weakness of reflection in nursing practice and education. J Clin Nurs 2001;10: 278-83.
7. Campbell B, Mackay G. continuing competence: an Ontario nursing regulatory program that supports nurses and employers. Nurs Adm Q 2001; 25: 22-30.
8. Richardson A. Personal professional profiles. Nurs Stand 1998; 12: 35-40.
9. Bartlett HP, Simonite V, Westcott E, et al. A comparison of the nursing competence of graduates and diplomats from UK nursing program. J Clin Nurs 2000; 9: 369.
10. Norman I, Watson R, Calman L, et al. Evaluation of the validity and reliability of methods to assess the competence to practice of pre-registration nursing and midwifery students in Scotland. National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting for Scotland, Edinburgh, 2000.
11. Garland GA. Self report of competence: a tool for the staff development specialist. J Nurs Staff Dev 1996; 12: 191-7.
12. McCaughan EM, Parahoo K. Medical and surgical nurse's perceptions of their level of competence and educational needs in caring for patients with cancer. J Clin Nurs 2000; 9: 420-8.
13. Meretoja R, Leino-Kilpi H, Kaira AM. Comparison of nurse competence in different hospital work environments. J Nurs Manag 2004; 12: 329-36.
14. Rogers SE. The extent of nursing research utilization in general medical and surgical wards. J Adv Nurs 2000; 32: 182-93.
15. Parahoo K, McCaughan EM. Research utilization among medical and surgical nurses: a comparison of their self report and perceptions of barriers and facilitators. J Nurs Manag 2001; 9: 21-30.
16. Harrison L. and Nixon G. Nursing activity in general intensive care. J Clin Nurs 2002; 11: 158-67.
17. Jinks AM, Hope P. what do nurse do? An observational survey of the activities of nurses on acute surgical and rehabilitation wards. J Nurs Manag 2000; 8: 273-9.
18. Fowler J. Experiential learning and its facilitation. Nurse Educ Today 2008; 28: 427-33.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-13]