راهکاری اثربخش برای ارتقای صلاحیت بالینی پرستاران تازه‌کار: سازمان‌دهی کمیته رایزنان پرستاری

نسرین جعفری گلستان، زهره ونکی*، ربابه معماریان

چکیده

مقدمه: یکی از عمده مشکلات محیط‌های بالینی، پرستاران تازه‌کار و کم تجربه‌ای هستند که مدیران از سطح صلاحیت آنان بی‌اطلاعند. بنابراین، بکارگیری استراتژی نوین «سازمان‌دهی کمیته رایزنان پرستاری» توسط مدیران در زمینه ارتقای صلاحیت بالینی و آشناسازی آنان می‌تواند به عنوان راهکاری قابل تأمل مورد بررسی قرار گیرد.

روش‌ها: این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی با طراحی دو گروهی بوده که در سال ۱۳۸٤ در یکی از بیمارستان شهر تهران به سنجش صلاحیت بالینی ٥ پرستار تازه‌کار بر روی ۷۲ بیمار بستری در بخش‌های داخلی و جراحی در دو گروه آزمون و شاهد به صورت قبل و بعد پرداخته است. داده‌ها به وسیله چک‌لیست‌های مشاهده‌ای که در سه حیطه صلاحیت ارتباطی، صلاحیت شناختی و صلاحیت روان- حرکتی تهیه شده بودند، به روش دو سو کور گردآوری شدند. تعداد بیماران بستری در بخش‌های داخلی- جراحی، در گروه مورد ۳۲ و در گروه شاهد ٤۰ نفر بود که در دو مرحله قبل و بعد از مداخله، در هر گروه با یکدیگر همسان بودند. اختصاص پرستاران تازه‌کار به بخش‌ها و به دو گروه مورد و شاهد کاملاً تصادفی بوده است. برنامه آماری SPSS برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج: صلاحیت بالینی پرستاران تازه‌کار در سه حیطه در دو گروه افزایش یافته بود. آزمون آماری t زوجی در هر گروه این بهبود را نشان داد. آزمون t مستقل نیز نشان داد تفاوت میانگین‌ها در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد است. صلاحیت بالینی پرستاران تازه‌کار در هر دو گروه قبل از مداخله در سطح ابتدایی و بعد از سه ماه، در گروه مورد که در معیت رایزنان پرستاری و نظارت کمیته مزبور بوده‌اند، از سطح ابتدایی به سطح پیشرفته ارتقا یافت.

نتیجه‌گیری: «سازمان‌دهی کمیته رایزنان پرستاری» برای آشناسازی پرستاران تازه‌کار که به کسب صلاحیت بالینی در حیطه‌های مختلف و در زمان کم نیاز دارند، راهکار اثربخشی برای مدیران پرستاری است.

واژه‌های کلیدی: کمیته رایزنان پرستاری، صلاحیت بالینی، پرستاران تازه‌کار.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / پاییز و زمستان ۱۳۸۶؛ ۷(۲): ۲۳۷ تا ۲۴۷

مقدمه

حفظ و ارتقای سطح صلاحیت بالینی پرستاران بطور کلی و پرستاران تازه‌کار بطور ویژه، همواره یکی از چالش‌های مهم در مدیریت پرستاری است. بدیهی است که آموزش بالینی در دوره‌های آموزش پرستاری، یکی از راهکارهایی است که پرستاران به کسب صلاحیت بالینی نایل آیند. اما این پدیده در آموزش پرستاری کشور ما دارای مشکلات عدیده‌ای است بگونه‌ای که اکثر قریب به اتفاق مقالات منتشر شده در پرستاری نشان دهنده این معضل است(۱تا٤).

* **آدرس مکاتبه:** دکتر زهره ونکی (استادیار) گروه پرستاری دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، بزرگراه جلال آل احمد، تهران.
vanaki-_z@modares.ac.ir
نسرین جعفری گلستان، مربی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارتش (jafari_golestan_nurse@yahoo.com)، دکتر ربابه معماریان، استادیار گروه پرستاری دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس (memarian_r@modares.ac.ir).

این مقاله در تاریخ ۸۵/۷/۷ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸٦/٥/۲۳ اصلاح شده و در تاریخ ۸٦/۹/۱٤ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-01]

پرستاران در بدو شروع به کار خود دارای مشکلاتی در ارائه مراقبت‌ها هستند و گاه دچار شوک واقعیت می‌شوند. رها شدن پرستاران تازه‌کار بدون حمایت و عدم وجود برنامه‌های آشناسازی، از عمده مشکلات محیط‌های بالینی است. پرستاران تازه‌کار، در بالین به دفعات از معیارها و استانداردهای حرفه‌ای خارج شده و مرتکب خطا، سهل‌انگاری و در نهایت، سوء عملکردهای مراقبتی می‌شوند(۵). در پژوهشی نشان داده شده که پرستاران تازه‌کار در بالین دچار مشکلات فراوانی بوده و تقاضای یاری و کمک دارند و نمی‌دانند که در محیط‌های واقعی چه انتظاراتی از آنها می‌رود(٦). بنابراین، احساس می‌شود این یک نیاز واقعی و یکی از رسالت‌های مدیران پرستاری است که باید به آن جامه عمل بپوشانند.

یکی از راهکارهایی که پیشنهاد شده، استفاده از رایزن (Mentor) در محیط‌های بالینی است. حمایت همه جانبه از پرستاران تازه‌کار و ارتقای سطح توانمندی، مهارت و شایستگی‌های بالینی در آنها، سبب رفع معضلات بالینی خواهد شد. رایزنان مشاورانی امین هستند. افرادی با تجربه و کارشناس در محیط‌های بالینی که دارای توان و تمایل علمی و عملی بالا بوده و می‌توانند تجربیات با ارزش خود را در اختیار پرستاران تازه‌کار قرار داده و آنها را همگام با اهداف سازمان‌ها، به سمت توسعه حرفه‌ای سوق دهند.

بکارگیری پرستاران توانمند و مجرب بالین به عنوان «رایزن»، منافع و سودمندی‌های بسیاری دارد از جمله: تأمین نیازهای آموزشی پرستاران تازه‌کار، افزایش رضایت کاری وحفظ و نگه‌داری رفتارهای مثبت در آنان، انتقال علوم نظری به عرصه بالین و در نهایت، امنیت و سلامت جامعه(۷و۸).

براساس تجربیات پژوهشگران در پرستاری بالینی ما، چنین نقشی برای پرستاران مجرب تعریف نشده است و از طرفی، اصولاً برای آشناسازی پرستاران تازه‌کار، برنامه خاصی وجود ندارد. در پرستاری بالینی ما چنین پژوهش‌هایی دیده نمی‌شود. شاید این هم یکی از دلایلی است که انجام این پژوهش را ضروری می‌سازد. نتایج گزارش پژوهشی که در سال ۲۰۰۳ منتشر شده نشان می‌دهد استفاده اثربخش از رایزن‌ها یا رایزنان بالینی به عنوان راهنماهای بالینی، راهکار مناسبی برای ارتقای سطح صلاحیت بالینی پرستاران است(۹).

مطالعه دیگری هم در سال ۱۹۹۹ انجام شد تا نحوه و ساختار رسمی کمک به افراد تازه‌کار را بیابد. در این مطالعه، ٤٤ رایزن برای ٤٧ مربی تازه‌کارتعیین شده بودند و هر سال و بعد از گذشت ۱۲ سال از اجرای طرح، اثرات و نحوه اجرای طرح مورد بررسی قرار می‌دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که رایزنان باید بر اساس توان علمی و صلاحیت عملکردی و تمایل فردی انتخاب شوند. همراهی مداوم رایزن و فرد تازه‌کار و ایجاد فرصت برای بهبود، به فرایند حل مسأله، آشنایی با بالین و رشد مسؤولیت‌پذیری افراد تحت نظر رایزنان کمک می‌کند و ارتباط متقابل و توسعه شراکت میان آن دو می‌تواند به شفافیت نقش رایزن یاری نماید(۱۰).

در مطالعه‌ای دیگر در دانشگاه ناتینگهام نشان داده شده که رایزنان بالینی می‌توانند به عنوان مدل نقش حرفه‌ای در پرستاری عمل نمایند و بهترین شیوه برای نظارت بالینی افراد تازه‌کار باشند(۱۱). اکثر مؤلفین معتقدند که رایزنی مستلزم ارتباط بین دو فرد است و دارای هدف ویژه برای کمک به دیگری به منظور رشد و یادگیری حرفه‌ای او و یا به عبارت دیگر، افزایش اثربخشی ایفای نقش حرفه‌ای اوست(۱۲).

در این پژوهش، منظور از اتحاد بین دو نفر، پرستار مجرب و با صلاحیت (رایزن) و پرستار تازه‌کار است که فضایی را برای گفتگوی حرفه‌ای ایجاد می‌کند که می‌تواند به یادگیری مراقبت و در نهایت، موجب اصلاح و ارتقای سطح صلاحیت بالینی پرستار تازه‌کار گردد. برای روشن شدن اینکه رایزن مناسب چه کسی است؟ و برای تضمین صلاحیت بالینی تازه‌کاران چه کسانی مناسبند؟ در مطالعه‌ای که پنج سال به طول انجامید و گزارش آن در سال ۲۰۰۰ به چاپ رسید، تعریف نقش، وظایف رایزن‌ها و شایستگی‌های لازم برای ایفای این نقش تبیین شده است. در آن مطالعه پژوهشگران دریافتند که رایزن‌ها باید دارای توانمندی لازم برای ایفای نقش در حیطه‌های روانی و عملکردی باشند بطوری که بتوانند افراد تحت سرپرستی خود را در حیطه‌های مختلف، از جمله نظارت بالینی، ارتباطات حرفه‌ای و صلاحیت عملکردی رشد دهند(۱۳). کمیسیون ملی انجمن پرستاری صلاحیت بالینی را کار برد دانش در مهارت‌های تصمیم‌گیری، روان- حرکتی و ارتباط بین فردی می‌شناسد که پرستاران از نقش خود انتظار دارند(١٤). در تعریفی هم که از مفهوم صلاحیت در حوزه علوم پزشکی ارائه شده، آموزش‌های مبتنی بر صلاحیت با تغییر دانش، نگرش و مهارت فراگیران به صورت توأم برای ایفای وظایف حرفه‌ای مورد توجه قرار گرفته است(۱۵).

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-01]

بدیهی است که در دستیابی به چنین اهدافی نیازمند مربیان و یا آموزش‌دهندگانی در بالین هستیم که خود دارای این چنین ویژگی‌هایی باشند. اما آنچه مسلم است در محیط‌های بالینی ما، از یک طرف، به دلیل عدم وجود نگرش‌های عملکرد مبتنی بر صلاحیت توسط مدیران خدمات پرستاری، سوپروایزرها و یا سرپرستاران، و از طرفی دیگر، به خاطر ضعف در سیستم‌های ارزشیابی عملکرد کارکنان، پرسنل کارآمد و مجرب شناخته نمی‌شوند تا از آنها به عنوان رایزن استفاده شود. این امر منجر به عدم اثربخشی در مدیریت پرستاری یا ارائه مراقبت و عدم کارآیی در مدیریت منابع انسانی می‌شود. بنابراین، پژوهشگران بر آن شدند که از ابتدا برای اصلاح نگرش‌های موجود و آشنایی بیشتر مدیران پرستاری در سازمان‌دهی مدیریت پرستاری تغییراتی ایجاد نمایند تا اثرات آن بعد از ورود حداقل یک دوره پرستار تازه‌کار بجا گذاشته شود. در بررسی دقیق متون مشابه، چنین راهکاری که تغییر در سازماندهی با مشارکت کلیه مدیران پرستاری در تمام سطوح مدیریتی و با تشکیل کمیته برای تربیت رایزن و نظارت سازمانی بر عملکرد وی و پرستاران تازه‌کار است، مشاهده نشد. با توجه به این شرایط، این گونه راهکارها می‌توانند مطابق با شریط کاری ما مفید واقع شود و این خود نوآوری در این پژوهش است. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف سازمان‌دهی کمیته رایزنان، قصد دارد با تربیت رایزن‌ها به اجرای فرایند رایزنی برای پرستاران تازه‌کار مبادرت نموده و از این طریق مهارت‌ها و صلاحیت‌های بالینی آنان را مطابق با اصول آموزش مبتنی بر صلاحیت بالینی و نیاز مددجویان و محیط های بالینی ارتقا دهد.

روش‌ها

این پژوهش، از نوع نیمه تجربی با طراحی دو گروهی قبل و بعد است که در یک بیمارستان آموزشی منتخب شهر تهران که دارای پنج پرستار تازه کار بود، در سال ۱۳۸٤ انجام گردید. صلاحیت بالینی این پرستاران بر روی ۷۲ بیمار بستری در بخش‌های داخلی و جراحی و در دو گروه مورد و شاهد به صورت قبل و بعد سنجیده شد. داده‌ها به صورت دو سو کور و با استفاده از چکلیست‌های مشاهده توسط پرستاری غیر از پژوهشگر (برای پرهیز از تورش) گردآوری شد (نمونه‌گیری تصادفی ساده). روش کورسازی دو سویه، بدین صورت بود که هم پرستاران تازه‌کار و هم پرستاران ارزیاب که صلاحیت آنها را مشاهده می‌کردند، از اینکه کدام یک از پرستاران در گروه مورد یا شاهد هستند کاملاً بی‌اطلاع بودند.

در این پژوهش، پرستاران تازه‌کار، پرستارانی بودند که بلافاصله بعد از اتمام تحصیل به محیط بالینی وارد شده و بجز کارآموزی در دوران تحصیل، اصلاً سابقه کار بالینی نداشتند. آنها در صورت تمایل، هر زمان می‌توانستند از پژوهش خارج شوند. بیماران نیز باید در یکی از بخش‌های داخلی و جراحی (عفونی، نورولوژی، داخلی، قلب، جراحی عمومی) بستری باشند، حتماً توسط پرستاران تازه‌کار پذیرش شده باشند و همچنین حداقل یک پروسیجر عمومی و یک پروسیجر تخصصی توسط پرستار تازه‌کار بر بالین آنها انجام شده باشد. در غیر این صورت، از مطالعه خارج می‌شدند.

برای روایی چک‌لیست‌های مشاهده‌ای، از روش اعتبار محتوی استفاده شد بدین ترتیب که با مطالعه کتب، مجلات، نشریات داخلی و خارجی و استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی الکترونیک و بهره‌گیری از نظرات ۱۲ تن از مدرسان پرستاری ابزار تهیه و اصلاح گردید.

برای تعیین اعتبار علمی نیز از روش پایایی همزمان استفاده شد، به این ترتیب که با استفاده از دو ارزیاب (یکی از پژوهشگران و یک همکارپرستاری غیر از تیم پژوهش که پیشاپیش برای نحوه مشاهده آموزش عملی دیده بود) چکلیست‌ها مورد مشاهده قرار گرفته و ضریب پایایی آنها در حدود۹۰ درصد برآورد گردید.

روش انجام مداخله: کمیته رایزنان پرستاری برای انجام فرایند آشناسازی و رایزنی برای پرستاران تازه‌کار، سازمان‌دهی شد و صلاحیت‌های ارتباطی، شناختی و روان- حرکتی آنها در دو مرحله قبل (بدو ورود به بالین) و بعد (پس از گذشت سه ماه) در قالب دو گروه آزمون و شاهد، اندازه‌گیری شد. در این پژوهش مداخله در طی سه مرحله انجام شد: مرحله اول، قبل از سازمان‌دهی کمیته رایزنان بوده که به مدت یک ماه صلاحیت بالینی پرستاران تازه‌کار (پنج پرستار) که بطور تصادفی به دو گروه (سه نفر در گروه مورد و دو نفر در گروه شاهد) تقسیم شده بودند، اندازه‌گیری شد. لازم به ذکر است که تعداد بیماران در گروه مورد۳۲ بیمار و در گروه شاهد ٤٠ نفر بود. همچنین هر یک از موارد مراقبتی توسط پرستاران تازه‌کار شامل ۱۵ مورد ارتباطی، ٤٥ مورد شناختی و ۱۵۵

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-01]

مورد روان- حرکتی در مورد انجام پروسیجرهای عمومی و تخصصی در هر بخش بود. حداقل سه بار در هر شیفت کاری مشاهده صورت گرفت.

مشاهده موارد مراقبتی توسط ارزیاب بر بالین بیمارانی که تحت مراقبت پرستاران تازه‌کار بودند، در حین انجام موارد مراقبتی طبق چک‌لیست‌ها و همچنین مشاهده گزارشات پرونده که توسط آنها ثبت می‌شد در قبل و بعد از مداخله انجام می‌شد.

لازم به ذکر است که اولاً، هیچ یک از پرستاران در دو گروه مورد و یا شاهد از ابتدا تا پایان پژوهش از بخش‌های خود جابجایی نداشتند، بنابراین، نوع بیماران در این بخش‌ها در دو مرحله زمانی در هر گروه یکسان بود و پژوهشگران نیز در انتخاب بیماران، در دو مرحله زمانی، آنها را از نظر سن، جنس، نوع بیماری با یکدیگر همسان می‌کردند. ثانیاً، چک‌لیست‌های مشاهده‌ای در موارد مراقبتی صلاحیت‌های ارتباطی و شناختی برای تمام بیماران یکسان بود ولی چک‌لیست‌های مشاهده پروسیجرها به دو بخش عمومی و اختصاصی تقسیم می‌شده این چک‌لیست‌های اختصاصی برای هر بخش جداگانه تهیه می‌گردید و بدین ترتیب، صلاحیت پرستاران تازه‌کار در گروه خاص بیماران بخش خود قبل و بعد سنجش می‌شد.

همزمان با این مرحله، در واحد پرستاری بیمارستان منتخب، کمیته‌ای با نام «رایزنان پرستاری» با ریاست مترون و عضویت سوپروایزران بالینی، سوپروایزر آموزشی، سرپرستاران بخش‌ها (خاص گروه مورد در این مطالعه) و نمایندگانی از پرستاران (خاص گروه مورد در این مطالعه) تشکیل گردیده که هدف اصلی آن تربیت رایزن (mentor) و برنامه‌ریزی اجرایی برنامه آشناسازی پرستاران تازه‌کار با هدف ارتقای صلاحیت بالینی آنان در بیمارستان توسط این رایزن‌ها با اهداف ویژه زیر بود:

تهیه شرح وظیفه رایزنان؛

تهیه فهرست شرح وظیفه (انتظارات شغلی) پرستاران تازه‌کار؛

نحوه انتخاب و گزینش و تأیید صلاحیت رایزنان پرستاری؛

تهیه برنامه ریزی آموزشی برای تربیت و تعلیم رایزنان؛

تهیه ابزارهای سنجش عملکرد مراقبتی پرستاران رایزن طبق استانداردهای مراقبتی؛

و تهیه خط مشی‌های اجرایی برای ایفای نقش (عملکرد) رایزنان.

بطور مثال:

تهیه برنامه‌ریزی آموزشی، اجرا، کنترل و نظارت عملی برای پرستاران تازه‌کار (چگونگی کار با پرستاران تازه‌کار: آموزش‌های نظری و عملی.

تهیه برنامه کنترل و نظارت صلاحیت بالینی و عملکرد پرستاران تازه‌کار (نظارت بالینی و ارائه بازخورد به پرستاران تازه‌کار.

تهیه خط مشی برای سرپرستاران بخش‌ها که همزمانی شیفت کاری پرستار تازه‌کار و رایزن را در برنامه‌ریزی‌های ماهانه فراهم کنند.

براساس اهداف کمیته که بیان شد، اعضای کمیته از بین پرستارانی که از نظر آنها (به ویژه سرپرستاران) صلاحیت برقراری ارتباط مناسب داشته و علاقمند به آموزش بودند، به صورت اولیه انتخاب شدند و سپس به مدت یک ماه توسط یکی از پژهشگران تحت آموزش با روش کارگاهی قرار گرفتند. در این مدت، آنان با ایفای نقش رایزنی طبق شرح وظیفه مصوب کمیته و نحوه اجرایی کار آنان با پرستاران تازه‌کار آشنا شدند. سپس صلاحیت عملکرد مراقبتی این پرستاران در حیطه‌های مختلف ارتباطی، مراقبتی و روان- حرکتی توسط ابزار گردآوری دادها مورد سنجش قرار گرفت و معیار صلاحیت آنان نیز کسب بیش از ۹۰ درصد امتیاز ابزارهای مورد نظر بود. بدین ترتیب، تنها سه تن از پرستاران قادر به کسب معیار صلاحیتی شدند و در بخش‌های مورد به عنوان رایزن به اجرای مداخله پرداختند. پرستاران بخش‌های شاهد هم باید طبق روش جاری بیمارستان کار می‌کردند.

بعد از اتمام دوره‌های آموزش رایزنان و تعیین صلاحیت آنان، مرحله دوم پژوهش به مدت یک ماه اجرا گردید. مرحله دوم پژوهش یا آغاز مداخله بدین صورت بود که در این مرحله پرستاران تازه‌کار به پرستاران رایزن اختصاصی در هر بخش (بخش‌های گروه آزمون) معرفی شدند و سپس آنها با یکدیگر برای اجرای برنامه آشناسازی همراه شدند. در این مرحله، همواره نظارت مستقیم و غیر مستقیم بر عملکرد رایزنان پرستاری و ارائه باز خوردهای مناسب توسط یکی از همکاران پژوهش و کمیته رایزنان در بیمارستان صورت گرفت. برنامه آشناسازی شامل: آموزش عملی کاربرد استانداردها در ارائه مراقبت‌های پرستاری، اجرای پروسیجرهای تخصصی و عمومی در هر بخش، آشنایی با قوانین و مقررات،

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-01]

محیط فیزیکی، خط مشی‌های بیمارستان، آشنایی با واحد پرستاری و دیگر قسمت‌ها به پرستار تازه‌کار بوده است بطوری که رایزنان پرستاری در تمامی شیفت‌ها به همراه پرستار تازه‌کار بر آموزش مراقبت‌های پرستاری و انجام پروسیجرهای عمومی و تخصصی و چگونگی اجرای آنها نظارت کامل کرده و هدف اصلی آنان نیز به استقلال رسانیدن پرستاران تازه‌کار در انجام استانداردهای مراقبتی و پروسیجرهای رایج هر بخش بوده است. به عبارت دیگر، پرستاران رایزن، پرستاران تازه‌کار را در سه شیفت کاری متفاوت (صبح، عصر و شب) مورد نظارت و آموزش خود قرار داده است.

در مرحله سوم، به پرستاران تازه‌کار در هر دو گروه فرصت داده شد تا به تنهایی به مدت یک ماه در بخش‌های مربوطه، مراقبت‌های پرستاری را به بیماران ارائه دهند، با گذشت این مدت، در مرحله پایانی پژوهش، اندازه‌گیری و سنجش مجدد صلاحیت عملکردی از پرستاران تازه‌کار در هر دو گروه و در هر سه حیطه (صلاحیت ارتباطی، شناختی و روان- حرکتی) به عمل آمد، که این مرحله نیز یک ماه بطول انجامید. سنجش صلاحیت پرستاران دقیقاً همانند مرحله قبل انجام شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، چک‌لیست‌های مشاهده‌ای بودند که مطابق با انواع صلاحیت‌ها، طبقه‌بندی شدند: ارتباطی، شناختی و روان- حرکتی. در قسمت سنجش صلاحیت روان- حرکتی، چون پرستاران تازه‌کار در بخش‌های داخلی، قلب، نورولوژی، عفونی و جراحی عمومی بکار گمارده شده بودند، چک‌لیست‌های مربوطه، بطور خاص و کلی برای هر بخش تهیه شد، بطوری که سنجش یکسری پروسیجرهای عمومی که در کلیه بخش‌ها باید پرستاران انجام دهند و پروسیجرهای تخصصی که مطابق با هر بخش جداگانه تهیه شده بود و میزان صلاحیت عملکردی- بالینی پرستاران تازه‌کار مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار می‌داد. در حیطه ارتباطی، ارتباط با بیمار، خانواده بیمار، و...، و در حیطه شناختی، گویه‌های چک‌لیست‌های مشاهده‌ای دال بر بررسی و شناخت بیمار، تعیین مشکل مراقبتی و برنامه‌ریزی و اجرای آن برای رفع مشکل، نحوه ثبت گزارش پرستاری طبق اصول و... بود.

در حیطه روان- حرکتی، پروسیجرهایی مثل بررسی و کنترل علائم حیاتی، تزریقات، پانسمان، اکسیژن درمانی، مراقبت‌های قبل و بعد از عمل و... و پروسیجرهای تخصصی مثل: نحوه شستشوی کلستومی، کشت خون، نوار قلب و تعیین سطح هوشیاری و... مورد بررسی قرار می‌گرفت. مجموع گویه‌های چک‌لیست ارتباطی ۱۵، شناختی ٤٥ و پروسیجرهای عمومی ۱۵۵ و تعداد گویه‌های پروسیجرهای تخصصی در بخش‌های مختلف، متفاوت بود که توسط فرد مشاهده کننده در بالین، هر گویه حداقل در سه زمان متفاوت برای یک پرستار تازه‌کار که در بالین مشغول به کار بود، می‌شد.

لازم به یادآوری است که بنا بر خط مشی‌های طراحی شده در کمیته رایزنان پرستاری، سرپرستاران و پرستاران رایزن ملزم به واگذاری بیمار یا بیماران به پرستاران تازه‌کار بودند تا آنان بتوانند گزارشات پرستاری را برای هر بیمار ثبت نموده و از این طریق بتوان صلاحیت شناختی مختص به هر یک از آنان را بررسی کرد.

شیوه نمره‌گذاری برای هر ابزار، مشاهده‌های بلی، خیر و موردی نداشت؛ به ترتیب امتیاز ۱، ۲ و صفر را به خود اختصاص می‌داد. ابتدا برای هر بیمار که سه بار مشاهده شده، میانگین گرفته می‌شد و سپس بر اساس معیار امتیازدهی پیش‌گفت، مجموع امتیازات نمره برای هر ابزار متناسب با تعداد گویه‌ها محاسبه می‌گردید. به طور کلی، میانگین برای تعداد ۷۲ بیمار از مجموع این امتیازات به دست آمد. همچنین در این مطالعه صلاحیت بالینی- عملکردی پرستاران تازه‌کار در سه سطح طبقه‌بندی شد به طوری که کسب صفر تا ۸۰ درصد امتیاز به منزله داشتن صلاحیت عملکردی ابتدایی، و امتیاز ۸۰ تا ۹۰ درصد داشتن صلاحیت عملکردی حرفه‌ای و امتیاز ۹۰ تا ۱۰۰ درصد دال بر صلاحیت عملکردی پیشرفته بود. در این مورد هم مبنای ۱۰۰ در نظر گرفته شد و نمرات حاصل برای هر ابزار در این مبنا مقایسه شدند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری t مستقل، t زوجی انجام شد. زیرا هدف در تجزیه و تحلیل، سنجش تأثیر مداخله بود.

نتایج

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که میانگین سن پرستاران تازه‌کار در گروه شاهد ۰/۰۱ ± ۲۳ و در گروه آزمون ۰/٤٥ ± ۲۲/۷۱ سال بود، جنس همگی زن، مدرک تحصیلی آنها درجه کارشناسی بود و اصلاً سابقه کار بالینی بعد از فراغت از تحصیل نداشتند.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-01]

بیماران مورد بررسی نیز در بخش‌های داخلی- جراحی از نظر سن، جنس، وضعیت تأهل و تشخیص یکسان انتخاب شده بودند و آزمون‌های آماری هم مبین این امر بود بطوری که در گروه آزمون در مرحله قبل میانگین سنی بیماران ۵۸/۲۸ سال و در مرحله بعد ۵۵/٦۵ سال بودکه آزمون آماری t زوجی تفاوت معناداری بین این بیماران نشان نداد. در گروه شاهد نیز در مرحله قبل میانگین سنی بیماران ۵٦/۷۲ سال و در مرحله بعد ۵٤/۹۷ سال بود که آزمون آماری t زوجی تفاوت معناداری بین این بیماران نشان نداد.

از نظر جنس در گروه شاهد در دو مرحله قبل و بعد ۹۲/۵ درصد بیماران زن و در گروه آزمون نیز در مرحله قبل ۸۱/۳ درصد و در مرحله بعد ۸٤/٤ درصد بیماران زن بودند که آزمون آماری مجذور کای تفاوت معناداری بین این بیماران از نظر جنس در دو مرحله دو گروه نشان نداد. از نظر وضعیت تأهل، در مرحله قبل گروه شاهد ۷۷/۵ درصد و در مرحله بعد ۸۰ درصد بیماران متأهل و در مرحله قبل گروه آزمون ۹۳/۷ درصد و در مرحله بعد ۹۰/٦ درصد بیماران متأهل بودند و آزمون آماری مجذور کای نشان داد تفاوت معناداری بین این بیماران از نظر وضعیت تأهل در دو مرحله دو گروه وجود ندارد.

در بررسی میزان صلاحیت ارتباطی پرستاران تازه‌کار نتایج نشان داد که صلاحیت ارتباطی در هر دو گروه آزمون و شاهد افزایش نشان می‌دهد (جدول ۱). آزمون t زوجی در هر دو گروه آزمون و شاهد با $P<۰/۰۵$ تفاوت‌ها را معنادار نشان داد. در مقایسه اختلاف میانگین صلاحیت ارتباطی پرستاران تازه‌کار بین ماه اول و سوم، در دو گروه آزمون و شاهد و با استفاده از آزمون آماری t مستقل با $t=۷/٤۲$ و $P=۰/۰۰۱$ تفاوت معناداری بین دو گروه دیده شد. به عبارت دیگر، صلاحیت ارتباطی پرستاران تازه‌کار در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد بیشتر افزایش یافته بود.

در بررسی میزان صلاحیت شناختی پرستاران تازه‌کار نتایج نشان داد که میانگین صلاحیت شناختی در دو گروه آزمون و شاهد افزایش داشته است. آزمون t زوجی در هر دو گروه آزمون و شاهد با $P<۰/۰۵$ تفاوت‌ها را معنادار نشان داد. در مقایسه اختلاف میانگین صلاحیت شناختی پرستاران تازه‌کار بین ماه اول و سوم، در دو گروه آزمون و شاهد و با استفاده از آزمون t مستقل با $t=٦/۵$ و $P=۰/۰۰۱$ اختلاف معناداری بین دو گروه دیده شد. به عبارت دیگر، صلاحیت شناختی پرستاران تازه‌کار در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش بیشتری یافته بود.

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار صلاحیت‌ها، قبل (ماه اول) و بعد از مداخله (ماه سوم) در دو گروه آزمون و شاهد

صلاحیت‌ها	شاهد (n=٤۰)			آزمون (n=۳۲)		
	قبل	بعد	t	P	قبل	بعد	T	P
ارتباطی	۱۵/۵٤ ± ٤/۰۳	۱۸/۳۵ ± ٦/۳۳	٤۵/۸۷	۰/۰۰۱	۱٤/۸٤ ± ۳	۲۸/٤٦ ± ۱/۹۳	۸/۵	۰/۰۰۱
شناختی	٤۹/۷۵ ± ۷/۹۱	۵۵/۳۵ ± ۱٤/۱۷	۲/۱۹	۰/۰۳	۵۵/۰۳ ± ۹/۱۹	۸۲/۲۸ ± ٦	۱٦/۲۲	۰/۰۰۱
مراقبتی	۵۹/۵ ± ۲/۵۳	۷٤ ± ۵/۰٦	۳٦/۲۲	۰/۰۰۱	٦۲/۵ ± ۱/۲٤	۹۷/٤۳ ± ۲/۳۵	۷۷/۷	۰/۰۰۱
بالینی در کل	۵۸/۱۲ ± ۳/۲۵	۷٦/۳۲ ± ٤/۵٦	۲۰/۵۲	۰/۰۰۱	٦۱/۲۸ ± ۲/٤۳	۹٦/۲۱ ± ۲/٤۹	۵٤/٦۲	۰/۰۰۱

در بررسی میزان صلاحیت مراقبتی پرستاران تازه‌کار نتایج نشان داد که، میانگین صلاحیت مراقبتی در دو گروه آزمون و شاهد ارتقا یافته است. آزمون t زوجی در هر دو گروه آزمون و شاهد با $P<۰/۰۵$ تفاوت‌ها را معنادار نشان داد. در مقایسه اختلاف میانگین صلاحیت مراقبتی پرستاران تازه‌کار بین ماه اول و سوم، در دو گروه آزمون و شاهد، آزمون t مستقل با $t=۳٤/۳۸$ و $P=۰/۰۰۱$ تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان داد. به عبارت دیگر، صلاحیت مراقبتی پرستاران تازه‌کار در گروه آزمون، نسبت به گروه شاهد افزایش یافته بود.

در نهایت، نتایج نشان داد که میانگین صلاحیت بالینی پرستاران تازه‌کاربه طور کلی در دو گروه شاهد وآزمون از بدو ورود و پس از گذشت سه ماه افزایش داشته است. آزمون t زوجی در هر دو گروه آزمون و شاهد با $P=۰/۰۰۱$ تفاوت‌ها را معنادار نشان داد. در مقایسه اختلاف میانگین صلاحیت بالینی پرستاران تازه‌کار بین ماه اول و سوم، در دو

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-01]

گروه آزمون و شاهد، آزمون t مستقل نیز با t = ۱۴/۷ و P = ۰/۰۰۱ اختلاف معناداری را بین دو گروه نشان داد. بنابراین، سطح صلاحیت بالینی پرستاران تازه‌کار در گروه آزمون، نسبت به گروه شاهد ارتقا یافته بود. سایر محاسبات اختلاف میانگین‌ها در ابعاد صلاحیت بالینی در همین جدول نشان‌دهنده تأثیر استفاده از رایزن‌ها در ارتقای صلاحیت بالینی پرستاران گروه آزمون بود.

یافته‌ها حاکی از آن است که همه پرستاران در دو گروه در بدو ورود در سطح ابتدایی صلاحیت بودند، اما صلاحیت پرستارانی که تحت آموزش و سرپرستی رایزنان بوده‌اند پس از سپری شدن سه ماه از اجرای فرایند رایزنی، در ۱۰۰ درصد موارد به سطح پیشرفته ارتقا یافته بودند. ولیکن در گروه پرستاران تازه‌کاری که به تنهایی در بخش‌های مربوطه خود مراقبت‌های پرستاری را ارائه می‌دادند، در ۸۰ درصد موارد همچنان در سطح ابتدایی باقی مانده و تنها در ۲۰ درصد موارد از آنها به سطح پیشرفته افزایش پیدا کرده بودند. آزمون‌های آماری نیز این تفاوت را معنادار نشان دادند ($P < ۰/۰۵$).

بحث

در حال حاضر اهمیت ارتقای کیفیت خدمات پرستاری و بالا بردن توانمندی‌های پرستاران، در رأس برنامه‌های مدیران پرستاری قرار گرفته است. از این رو، پرستاران تازه‌کار به عنوان بخشی از نیروی انسانی کارآمد، در مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی، نیازمند مراقبت وتوجه خاصی می‌باشند. رها شدن پرستاران تازه‌کار در محیط‌های بالینی و عدم اطلاع مدیران پرستاری از صلاحیت عملکردی آنها، مشکلات بسیاری را در بالین به همراه دارد. نتایج مطالعاتی نشان داد که پرستاران تازه‌کار، در محیط‌های بالینی بدون حمایت بوده و این در حالی است که باید در بدو ورود به بالین، مجهز به دانش و مهارت‌های لازم باشند زیرا در غیر این صورت، تأثیر نامطلوبی بر کیفیت خدمات پرستاری دارند(۵و۱۲). بنابراین، در مطالعه حاضر ارتقای سطح مهارت‌ها، شایستگی‌ها و در مجموع، صلاحیت‌های بالینی پرستاران تازه‌کار از طریق سازمان‌دهی کمیته‌ها و بکارگیری روش‌های نوین آموزشی، از جمله استفاده از پرستاران متخصص و با صلاحیت به عنوان رایزن، مورد آزمون واقع شد.

نتایج نشان دادند که ایجاد کمیته رایزنان و اجرای برنامه رایزنی توسط رایزنان پرستاری می‌تواند بر ارتقای صلاحیت‌های بالینی پرستاران تازه‌کار در سه حیطه ارتباطی، شناختی و روان- حرکتی مؤثر باشد. بنا بر تعریف صلاحیت، کسب صلاحیت‌های ارتباطی در پرستاران تازه‌کار، لازمه آگاهی از نیازهای اختصاصی بیماران است. ارتباط، قوی‌ترین ابزار عملکرد بالینی است. تحقیقات نشان داده‌اند که مهارت‌های ارتباطی، تأثیر فراوانی بر نتایج عملکردهای بالینی داشته و در عین حال، خطرات و مشکلات بالینی را کاهش می‌دهد(۱۶و۱۷).

امروزه، در پرستاری، تأکید بر بیمارمحوری و دیدگاه کل‌نگر است. بنابراین، برخورداری پرستاران تازه‌کار از قدرت و مهارت برقراری ارتباطات بهینه و اثربخش، بسیار ضروری و حائز اهمیت می‌باشد(۱۶و۱۸). نتایج این پژوهش نشان داد که پرستاران تازه‌کار در بدو ورود به بالین صلاحیت‌های ارتباطی در حد ابتدایی داشته‌اند، اما همراهی آنان با پرستاران رایزن توانست در مدت زمان سه ماه، سطح صلاحیت‌های ارتباطی آنها را به حد پیشرفته و مورد نظر، یعنی، حدود دو برابر افزایش دهد (از میانگین ۱۴/۸۴ به ۲۸/۴۶). بنابراین، می‌توان گفت که رایزنان پرستاری، سبب ارتقای سطح صلاحیت‌های ارتباطی پرستاران تحت آموزش و راهنمایی خود شده‌اند.

در فرایند ارتباطات، ویژگی‌های فردی پرستاران تازه‌کار، گذشت زمان، کسب تجربه، قدرت یادگیری، تکامل و رشد شخصیتی و سایر عوامل به عنوان متغیرهای تأثیرگذار بر میزان کسب این مهارت را نمی‌توان نادیده گرفت و چه بسا در پرستاران تازه‌کار، در گروهی که بدون رایزن بوده‌اند نیز افزایش سطح صلاحیت‌های ارتباطی دیده شود. به عبارت دیگر، این موارد از متغیرهای مؤثر غیر قابل کنترل در کسب صلاحیت ارتباطی هستند همچنان که در این مطالعه نیز به علت تأثیر این متغیرها، در گروه شاهد نیز تغییر در صلاحیت دیده شد ولی با مقایسه اختلاف میانگین صلاحیت ارتباطی پرستاران تازه‌کار، آزمون‌های آماری با $P < ۰/۰۰۱$ تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان دادند. یعنی، ارتقای سطح صلاحیت ارتباطی در پرستاران تازه‌کاری که تحت حمایت و آموزش پرستاران رایزن قرار داشتند، نسبت به پرستارانی که فاقد رایزن بودند، بیشتر بوده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-01]

کسب صلاحیت ارتباطی، زیربنا و مقدمه‌ای برای دستیابی به صلاحیت شناختی و روان- حرکتی است(۱۹). بکارگیری دانش کاربردی توسط پرستاران تازه‌کار بر اساس ثبت‌ها و یادداشت‌های پرستاری و برنامه‌ریزی‌های مراقبتی در پرونده بیماران بستری، در این مطالعه به عنوان صلاحیت شناختی مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار گرفته است.

نتایج نشان دادند که پرستاران تازه‌کار در بدو ورود به بالین، از صلاحیت‌های شناختی کافی و مطابق با نیاز محیط‌های واقعی بالین و بیماران بر خوردار نمی‌باشند (سطح ابتدایی). بر اساس مطالعاتی که با هدف شناسایی بهترین روش آموزش برای دانشجویان پرستاری و پرستاران تازه‌کار در زمینه ارتقای سطح مهارت‌های شناختی انجام شده است، بهترین روش، مدلی از آموزش بوده که در آن معلم (رایزن) در مقابل یک فرد نوآموز و مبتدی قرار می‌گیرد(۵و۱۸). بنابراین، بهره‌گیری از رایزنان پرستاری و بکارگیری این استراتژی نوین با ایجاد یک رابطه متعادل و دو طرفه می‌تواند سبب ارتقای سطح صلاحیت شناختی در پرستاران تازه‌کار شود. یافته‌های حاصل از این پژوهش نیز نشان داد که اگر چه در بدو ورود به محیط پژوهش، پرستاران تازه‌کار در سطح ابتدایی صلاحیت شناختی هستند، اما با گذشت مدت زمان سه ماه در معیت پرستاران رایزن، میانگین صلاحیت شناختی آنها از ۵۵/۰۳ به ۸۲/۲۸ افزایش یافته است. یعنی، پرستاران رایزن توانسته‌اند سطح صلاحیت شناختی پرستاران تازه‌کار را، نسبت به گروه دیگر ارتقا دهند و آنها را به سطح پیشرفته برسانند.

در پژوهش حاضر، اجرای عملی پروسیجرهای تخصصی و عمومی در هر بخش، نیز به عنوان صلاحیت مراقبتی پرستاران تازه‌کار مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار گرفت. کسب صلاحیت‌های روان- حرکتی نیز مانند سایر مهارت‌ها می‌تواند تحت تأثیر عوامل مداخله‌گر باشد که باید به آنها توجه نمود. از جمله، گذشت زمان، یادگیری در محیط، کسب تجربه و از همه مهم‌تر، ویژگی‌های فردی است(۱۵). بنابراین، افزایش سطح صلاحیت مراقبتی پرستاران تازه‌کار در هر دو گروه از پرستاران مورد مطالعه، امری غیر ممکن نخواهد بود. همان طور که نتایج نیز نشان دادند پرستاران تازه‌کار مورد بررسی در این مطالعه، همگی در بدو ورود به بالین، در اجرای عملیات بالینی در سطح ابتدایی بودند ولی پس از گذشت سه ماه و با اجرای فرایند آشناسازی توسط رایزنان پرستاری میانگین سطح صلاحیت آنها از ۶۲/۵ به ۹۷/۴۳ ارتقا یافته است. بنابراین، می‌توان به صراحت اعلام نمود که رایزنان پرستاری و آموزش عملی گام به گام مراقبت‌های پرستاری بر اساس استانداردهای مراقبتی می‌تواند سبب توسعه هر چه بیشتر صلاحیت‌های مراقبتی در پرستاران تازه‌کار شود.

مقایسه اختلاف میانگین صلاحیت مراقبتی بین دو گروه تفاوت معناداری را نشان داد. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که همراهی پرستاران رایزن با پرستاران تازه‌کار، سبب ارتقای سطح صلاحیت مراقبتی (سطح پیشرفته) آنها نسبت به سطح صلاحیت مراقبتی پرستاران تازه‌کار در گروه دیگر شده است.

در همین پژوهش، نتایج نشان داد که بخش عمده‌ای از پرستاران تازه‌کار مورد مطالعه، در بدو ورود به بالین از نظر صلاحیت بالینی در سطح ابتدایی بوده ولی پس از سپری شدن سه ماه از اجرای فرایند رایزنی، ۱۰۰ درصد پرستاران توانسته‌اند به سطح پیشرفته ارتقا یابند ولی در گروه پرستاران تازه‌کاری که به تنهایی در بخش‌های مربوطه خود مراقبت‌های پرستاری را ارائه می‌داده‌اند، ۸۰ درصد آنها همچنان در سطح ابتدایی باقی مانده‌اند و تنها ۲۰ درصد از آنها به سطح پیشرفته صلاحیت‌های بالینی دست یافته‌اند. این نتیجه به خوبی نشان می‌دهد که بدون بکارگیری رایزنان نیز صلاحیت بالا می‌رود ولی در سطح مطلوب عملکردی نخواهد بود. مطالعات نیز مؤید این نتایج است(۱۹و۲۰).

نتیجه‌گیری

با توجه به مسأله کمبود نیروی انسانی، پرستاران تازه‌کار را می‌توان از طریق بکارگیری این روش آموزشی «رایزنی» در مدت زمان کوتاه به حداکثر صلاحیت، متناسب با شرایط ارتقا داد و آنها را آماده پذیرش نقش‌های جدید و ورود به محیط‌های واقعی در بالین نمود. از طرف دیگر، ارائه یک الگو و برنامه عملکردی در اختیار مدیریت پرستاری است تا بتواند پرسنل جدید و تازه‌کار را از ابتدا تحت یک برنامه آشناسازی هدفمند قرار دهند تا کسب صلاحت این پرسنل به اتفاق و گذشت زمان، محول نشود که بسیاری از آنها نیز در حد شایستگی حرفه‌ای حاصل نخواهد شد. همچنین این برنامه توانست به شناسایی پرسنل ماهر کمک کند که بتوان آنها را در نقش رایزن گذارد و بدین ترتیب، آنها در این نقش جدید دارای انگیزه کاری بهتری هم خواهند شد. نقش رایزنی برای پرستاران و استفاده از

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-01]

اثرات حاصل از بکارگیری آنـان مـی‌توانـد در مطالعـات دیگـر مورد پژوهش قرار گیرد.

منابع

۱. ونکی زهره، معماریان ربابه، امامزاده قاسمی حرمت‌السادات. تأثیر بکارگیری الگوی آموزش ضمن خدمت پرستاران بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بخش جراحی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی ۱۳۸۳؛ ٤(۱۲): صفحات ۱۳ تا ۲۱.

۲. زارعیان جهرمی آرمین، احمدی فضل‌الله. نیازسنجی یادگیری در دور ه کارشناسی پرستاری: یک مطالعه کیفی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی ۱۳۸٤؛ ٥(۲): صفحات ۸۱ تا ۹۲.

۳. امیدوار شبنم، باکویی فاطمه، سلیمان هاجر. مشکلات آموزش بالینی از نظر دانشجویان مامایی دانشگاه علوم پزشکی بابل. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی ۱۳۸٤؛ ٥(۲): صفحات ۱۵ تا ۲۱.

٤. رحیمی ابوالفضل، احمدی فضل‌الله. موانع آموزش بالینی و راهکارهای بهبود کیفیت آن از دیدگاه مربیان بالینی دانشکده‌های پرستاری شهر تهران. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی ۱۳۸٤؛ ٥(۲): صفحات ۷۳ تا ۸۰.

5. Oermann MH, Garvin MF. Stresses and challenges for new graduates in hospitals. Nurse Educ Today 2002; Apr; 22(3): 225-30.

6. Floyd JP. How nurse preceptors influence new graduates. Crit Care Nurse 2003 Feb; (Suppl 26): 52, 95.

7. Suen LK, Chow FL. Students' perceptions of the effectiveness of mentors in an undergraduate nursing programme in Hong Kong. J Adv Nurs 2001 Nov; 36(4): 505-11.

8. Phillips RM, Davies WB, Neary M. The practitioner-teacher: a study in the introduction of mentors in the preregistration nurse education programme in Wales: Part 2. J Adv Nurs 1996 Jun; 23(6): 1080-8.

9. Andrews M, Roberts D. Supporting student nurses learning in and through clinical practice: the role of the clinical guide. Nurse Educ Today 2003 Oct; 23(7): 474-81.

10. Brown HN. Mentoring new faculty. Nurse Educ 1999 Jan-Feb; 24(1): 48-51.

11. Aston L, Molassiotis A. Supervising and supporting student nurses in clinical placements: the peer support initiative. Nurse Educ Today 2003 Apr; 23(3): 202-10.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-01]

12. Hagerty B. A second look at mentors. Nurs Outlook 1986 Jan-Feb; 34(1): 16-9, 24.
13. Neary M. Supporting students' learning and professional development through the process of continuous assessment and mentorship. Nurse Educ Today 2000 Aug; 20(6): 463-74.
14. Woodrow P. Mentorship: perceptions and pitfalls for nursing practice. J Adv Nurs 1994 Apr; 19(4): 812-8.
۱۵. یوسفی علی‌رضا. تربیت (آموزش) مبتنی بر شایستگی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی ۱۳۸٤؛ ۵(۲): صفحات ۲۰۰ تا ۲۰۱.
16. Waters D, Clarke M, Ingall AH, Dean-Jones M. Evaluation of a pilot mentoring programme for nurse managers. J Adv Nurs 2003 Jun; 42(5): 516-26.
17. Anderson JK. Orientation with style. Matching teaching/learning style. J Nurses Staff Dev 1998 Jul-Aug; 14(4): 192-7.
۱۸. دهنوی فریبا. تأثیر اجرای مدیریت ریسک بر عملکرد نظارتی سوپروایزران بالینی در بخش‌های منتخب بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج). پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۸.
19. Ramritu PL, Barnard A. New nurse graduates' understanding of competence. Int Nurs Rev 2001 Mar; 48(1): 47-57.
20. Ellerton ML, Gregor F. A study of transition: the new nurse graduate at 3 months. J Contin Educ Nurs 2003 May-Jun; 34(3): 103-7; quiz 136-7.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-01]

Organizing "Nursing Mentors Committee": an Effective Strategy for Improving Novice Nurses' Clinical Competency

Jaffari Golestan N, Vanaki Z, Memarian R.

Abstract

Introduction: *One of the most significant problems in clinical environment is the unskilled and inexperienced nurses. This is while, most managers are not aware of nurses' proficiency and competency level. Therefore, applying the new strategy of "organizing nursing mentors committee" by managers as well as their orientation in this regard could be considered as a strategy to improve clinical competency.*

Methods: *This quasi-experimental study as two group design was performed to assess the clinical competency level of five novice nurses and their performance on 72 patients hospitalized in medical-surgical wards in one of the hospitals in Tehran in 2005. They were divided into two experiment and control groups, and were evaluated before and after the intervention. Data was collected using observational checklists in communicative, cognitive, and psychomotor competency domains as double blinded. Number of patients in the experiment group was 32 and in the control group was 40 which were matched before and after the intervention in each group. The allocation of the novice nurses into groups and wards was done randomly. Data was analyzed by SPSS software.*

Results: *Clinical competency of the novice nurses increased in all three domains in both groups. Paired t–test showed this increase in both groups. Moreover, independent t-test demonstrated that the mean difference in the experiment group was higher than the control group. Novice nurses' clinical competency was in a primary level in both groups before the intervention, but, after 3 months was promoted to the advanced level in the experiment group who were exposed to mentors committee.*

Conclusion: *Organizing "nursing mentors committee" is an effective strategy for nursing managers, in order to help novice nurses who need to acquire clinical competency in different domains in a limited time frame.*

Keywords: Nursing Mentors Committee, Clinical Competency, Novice Nurses.

Addresses:

Nasrin Jaffari Golestan, Instructor, Faculty Member of Artesh University of Medical Sciences, Aja School of Nursing. E-mail: jafari_golestan_nurse@yahoo.com

Corresponding Author: Zohreh Vanaki, Assistant Professor, Department of Nursing, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Jalal Ale Ahmad Highway, Tehran, Iran. E-mail: Vanaki_z@modares.ac.ir

Robabeh Memarian, Assistant Professor, Department of Nursing, School of Medicine, Tarbiat Modares University. E-mail: memarian_r@modares.ac.ir

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-01]

Source: Iranian Journal of Medical Education 2008 Aut & Win; 7(2): 237-246.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-01]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-01]