

Research Paper

Effect of Nurses' Autonomy on the Quality of Patient Care Based on Kramer and Schmalenberg's Model



Mahmood Haghiri¹ , *Vahab Habibpour² , Nahal Moharekpour² , Morteza Ghasemi³ 

1. Department of Management, Faculty of Management, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.
2. Arak University of Medical Sciences and Health Services, Arak, Iran.
3. Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.



Citation Haghiri M, Habibpour V, Moharekpour N, Ghasemi M. [Effect of Nurses' Autonomy on the Quality of Patient Care Based on Kramer and Schmalenberg's Model (Persian)]. *Journal of Arak University of Medical Sciences (JAMS)*. 2023; 26(1):282-295. <https://doi.org/10.32598/JAMS.25.2.6852.2>

doi <https://doi.org/10.32598/JAMS.25.2.6852.2>



Article Info:

Received: 30 Apr 2022

Accepted: 12 Jul 2022

Available Online: 10 Apr 2023

Keywords:

Crisis management, Organizational culture, Risk taking, Hospital

ABSTRACT

Background and Aim This study aims to investigate the effect of nurses' autonomy on the quality of patient care based on Kramer and Schmalenberg's model

Methods & Materials This is a causal-comparative study. Participants were 101 nurses of Imam Khomeini Hospital in Arak, Iran from the intensive care unit and internal medicine, surgery, pediatrics, gynecology, orthopedics, and emergency departments. The data collection tools were Moghimi and Ramazan's patient care quality questionnaire and an autonomy assessment questionnaire based on Kramer and Schmalenberg's autonomy model. The data were analyzed in SPSS software.

Ethical Considerations This study was approved by the ethics committee of Islamic Azad University of Arak Branch (Code: IR.IAU.ARAK.REC.1397.66).

Results The mean autonomy score of nurses was 3.16 ± 0.35 , indicating a desirable level. Nurses of all departments had limited autonomy. In the internal department, nurses had unsanctioned autonomy, while in the surgical department, they had autonomous nursing care action. The regression models were significant for all departments except for the internal department. With an increase of one unit in limited autonomy in the intensive care unit, autonomous nursing care in the surgical department, and limited autonomy in pediatrics, gynecology, orthopedics, and emergency departments among the nurses, the quality of care can be increased by 0.253, 0.187, 0.522, 0.205, 0.466 and 0.129, respectively.

Conclusion Nurses' autonomy can increase the quality of patient care. The nursing managers need to empower nurses and provide an environment for them to apply their knowledge in practicing autonomy.

* Corresponding Author:

Vahab Habibpour

Address: Arak University of Medical Sciences and Health Services, Arak, Iran.

Tel: +98 (86) 33136055

E-mail: v_habibpoor@yahoo.com

Extended Abstract

Introduction

Autonomy and self-care in the healthcare system are important principles of modern medicine and ethics. They received attention due to the complexities of health care and changes in the expectations of patients and their families. The knowledge of autonomy is needed to clarify and develop the nursing profession in rapidly changing care environments. There is a concern about how the core elements of nursing are taken care of when focusing on expansion and extension of specialist nursing roles. Autonomy provides a work environment for nurses that can improve their satisfaction in patient care. Autonomous nursing care occurs in large spectrums to provide the best patient care in the hospital. It includes nursing parameters such as training, planning, care and nursing care protocol. Since in hospitals there is an emphasis on teamwork between doctors and nurses to achieve optimal and quality care, professional interactions between doctors and nurses, and the autonomy of nurses according to their science and knowledge based on doctor's prescription, this study aims to investigate the autonomy of nurses in Imam Khomeini hospital of Arak, Iran based on Kramer and Schmalenberg's autonomy model and its effect on the quality of patient care.

Materials and Methods

This is a causal-comparative study. Participants were 101 nurses of Imam Khomeini Hospital in Arak, Iran from the intensive care unit and internal medicine, surgery, pediatrics, gynecology, orthopedics, and emergency departments. Other departments were excluded from the study due to the difference in providing nursing services. The quality of patient care was measured using a questionnaire with 37 items developed by Moghimi and Ramazan. These items measure communication with the patients, patient education, patients' vital signs evaluation, meeting the perceived needs of patients, patients' easy access to the treatment staff, providing post-discharge care plan, patient participation in setting the care plan. The reliability of this questionnaire using Cronbach's alpha is 0.85. The autonomy of nurses was measured using a questionnaire based on Kramer and Schmalenberg's model. In this questionnaire, autonomy in nursing care is measured with four subscales including: Autonomous Patient Care Action, Autonomous Nursing Care Action, Limited Autonomy, Unsanctioned Autonomy, and No Autonomous Practice. The internal reliability of overall questionnaire using Cronbach's alpha was obtained 0.83.

Results

Most of participants had age 39-46 years (59.4%), were female (68.3%), and had a bachelor's degree (92%), and a work experience of 15-20 years (46.5%). Based on the results, the regression models were as follows:

Predicted quality of care in the intensive care unit (Y) = 3.02 + 0.253 (Limited Autonomy)

Predicted quality of care in the surgical department (Y) = 2.78 + 0.187 (Autonomous nursing care)

Predicted quality of care in the pediatrics department (Y) = 1.39 + 0.522 (Limited Autonomy)

Predicted quality of care in the gynecology department (Y) = 3.12 + 0.205 (Limited Autonomy)

Predicted quality of care in the orthopedics department (Y) = 2.18 + 0.466 (Limited Autonomy)

Predicted quality of care in the emergency department (Y) = 4.58 + 0.129 (Limited Autonomy)

Based on the above regression models, it can be said that the regression model was significant for all departments except for the internal department. The predicting variables had a relatively high power such that with an increase of one unit in limited autonomy in the intensive care unit, autonomous nursing care in the surgical department, and limited autonomy in pediatrics, gynecology, orthopedics, and emergency departments among the nurses, the quality of care can be increased by 0.253, 0.187, 0.522, 0.205, 0.466 and 0.129, respectively.

Discussion

Our findings showed that the autonomy of nurses in Imam Khomeini Hospital was different based on the working departments. The results indicated the highest effect of limited autonomy on the quality of care, where the highest was in the pediatrics department and the lowest effect was in the emergency department.

In different studies, nurses' autonomy is presented as an organizational factor that, along with other factors, plays a role in clinical care. This evidence shows that nurses' autonomy affects patient outcomes. Nurses' professional judgment in decision-making can lead to an increase in the quality of patient care. To achieve this goal, nursing managers should empower nurses and create an environment for them so that they can use their knowledge in training autonomy.

The effect of other factors such as nursing skills, educational level, type of patients, number of occupied beds, and the length of hospital stay were not evaluated in this study which can be considered as the study limitations. In general, based on the findings, it can be said that although Imam Khomeini Hospital in Arak has the potential to provide autonomy for nurses, but there is a need for organizational support, creating clinical autonomy by continuous learning and empowerment, supportive programs for clinical practices, and other educational programs.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the ethics committee of Islamic Azad University of Arak Branch (Code: IR.IAU.ARAK.REC.1397.66).

Funding

This research has not received any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors' contributions

The authors equally contributed to preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank all participants in this research.

مقاله پژوهشی

بررسی امکان‌پذیری تحقق خودمختاری شغلی پرستاران و تأثیر آن بر کیفیت مراقبت بر اساس مدل کرامر و چمالنبرگ


محمود حقیری^۱، * وهب حبیب‌پور^۲، نهال محرک‌پور^۲، مرتضی قاسمی^۲

۱. گروه مدیریت، دانشکده مدیریت، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.
۲. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اراک، اراک، ایران.
۳. گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Haghiri M, Habibpour V, Moharekpor N, Ghasemi M. [Effect of Nurses' Autonomy on the Quality of Patient Care Based on Kramer and Schmalenberg's Model (Persian)]. *Journal of Arak University of Medical Sciences (JAMS)*. 2023; 26(1):282-295. <https://doi.org/10.32598/JAMS.25.2.6852.2>

 <https://doi.org/10.32598/JAMS.25.2.6852.2>

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان استقلال شغلی پرستاران و تأثیر آن بر کیفیت مراقبت انجام شد. **مواد و روش‌ها:** این تحقیق از نظر هدف، کاربردی است و در دسته تحقیقات علی قرار دارد. جامعه آماری، کادر پرستاری بیمارستان امام خمینی (ره) اراک بودند. پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه، داخلی، جراحی، اطفال و نوزادان، زنان، ارتوپدی و اورژانس بستری به عنوان جامعه آماری انتخاب و سایر بخش‌ها به دلیل تفاوت در اجرای کار از مطالعه خارج و تعداد ۱۰۱ نفر انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه مقیمی و کرامر و چمالنبرگ است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS انجام شد.

ملاحظات اخلاقی: این مقاله با کد اخلاق به شماره IR.IAU.ARAK.REC 1397,66 در کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک به تصویب رسیده است. همه اصول بیانیه هلسینکی، از جمله دریافت رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و محرمانه بودن اطلاعات آن‌ها رعایت شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین میزان خودمختاری پرستاران ۲/۱۶ با انحراف معیار ۰/۳۵ بود که به طور معناداری مطلوب بودن سطح خودمختاری پرستاران را نشان داد. خودمختاری محدود شده برای تمام بخش‌ها استفاده می‌شود. در بخش داخلی نوع مختاری به صورت خودمختاری غیر قانونی بود و در بخش جراحی، خودمختاری از نوع مراقبت پرستاری است. الگوی رگرسیون برای تمام بخش‌ها به غیر از بخش داخلی معنادار بود، به نحوی که با افزایش یک واحد در «خودمختاری شغلی محدود شده در بخش مراقبت‌های ویژه»، «خودمختاری شغلی در مراقبت پرستاری در بخش جراحی» و «خودمختاری شغلی محدود شده در بخش‌های اطفال و نوزادان، زنان، ارتوپدی و اورژانس بستری» بین پرستاران بیمارستان امام خمینی (ره) اراک به ترتیب به اندازه ۰/۲۵۳، ۰/۱۸۷، ۰/۵۲۲، ۰/۲۰۵، ۰/۴۶۶ و ۰/۱۲۹ واحد به «کیفیت مراقبت» افزوده شده است.

نتیجه‌گیری: خودمختاری پرستار به عنوان یک ویژگی سازمانی همراه با چند عامل دیگر موجب افزایش کیفیت مراقبت از بیمار می‌شود و برای دستیابی به این نتایج سودمند، مدیران پرستاری باید پرستاران را توانمند ساخته و محیطی فراهم کنند تا دانش خود را در تمرین خودمختاری به کار گیرند.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۰ اردیبهشت ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۲۱ تیر ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۱۱ خرداد ۱۴۰۱

کلیدواژه‌ها:

مدیریت بحران، فرهنگ سازمانی، ریسک‌پذیری، بیمارستان

* نویسنده مسئول:

وهب حبیب‌پور

نشانی: اراک، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اراک.

تلفن: ۳۳۱۳۶۰۵۵ (۸۶) ۹۸+

رایانامه: v_habibpoor@yahoo.com

مقدمه

ارتقای کیفیت مراقبت بیماران، کاهش میزان مرگومیر بیماران، کاهش استرس، رضایت شغلی پرستاران و حفظ و جذب پرستاران نیازمند داشتن خودمختاری هستند [۱۲].

کرامر و چمانبرگ، خودمختاری شغلی پرستاران را بر اساس فراوانی، حیطة و محوریت انجام کار به مؤلفه‌های خودمختاری شغلی در اقدام به مراقبت از بیمار، خودمختاری شغلی در مراقبت‌های پرستاری، خودمختاری شغلی نامحدود، خودمختاری شغلی غیرقانونی و عدم خودمختاری در عملکرد تقسیم کرده‌اند [۱۳].

خودمختاری شغلی در مراقبت از بیمار^۲ در طیف‌های بزرگ رخ داده و سازماندهی شده و بر مراقبت بیمار متمرکز است. در این نوع اگر اقدام موفق یا مناسب نباشد، تنبیهی در کار نبوده و بازخورد سازنده است.

خودمختاری شغلی در مراقبت پرستاری^۳ نیز در طیف‌های بزرگ به کار می‌رود و برای انجام بهترین مراقبت از بیمار در بیمارستان ابداع شده و شامل پارامترهای پرستاری مانند آموزش، برنامه‌ریزی، مراقبت و پروتکل مراقبت پرستاری است. خودمختاری شغلی محدودشده^۴ در طیف‌های متوسط رخ می‌دهد که در آن محدود کردن قدرت برخی از افراد مد نظر است. در این نوع خودمختاری، آزادی عمل به نوعی محدود شده است. اساس این طبقه‌بندی این است که پرستار می‌داند چه کاری باید انجام دهد و می‌خواهد انجام دهد، اما تا زمانی که محدودیت قدرت دارد، عمل نمی‌کند.

خودمختاری شغلی غیرقانونی^۵ در طیف‌های پایین مانند «برخی، گاهی اوقات، در موارد نادر» و «اگر واقعاً احساس کنیم قوی هستیم و مایلیم فرصتی بگیریم»، در حال وقوع است. معمولاً بر مراقبت از بیمار متمرکز هستند و فاقد تنبیه سازمانی یا «شناخته‌شده» بوده که انجام آن توسط پرستار می‌تواند موجب نگرانی شود. این دسته اغلب یک‌سری از اقدامات هستند که در آن پرستار یک عمل مستقل را انجام می‌دهد و نوعی بازخورد منفی بابت آن دریافت می‌کند.

عدم خودمختاری در عملکرد^۶ در طیف‌هایی مانند «نه، هرگز، نه در اینجا» مشخص می‌شود. دامنه آن قابل تعریف نیست؛ زیرا هیچ اقدامی انجام نمی‌شود. برای این نوع خودمختاری عدم پشتیبانی و حمایت ضمنی اعلام شده است [۱۳].

همه مطالب فوق، نشان‌دهنده تحقیقات و تلاش‌های انجام‌شده جهت تعریف خودمختاری در پرستاری، ساختار و ابعاد آن، مفاهیم مشابه، اهمیت و مزایای آن و چالش‌های موجود در آن بوده است.

2. Autonomous Patient Care Action
3. Autonomous Nursing Care Action
4. Limited Autonomy
5. Unsanctioned Autonomy
6. No Autonomous Practice

خودمختاری^۱ بازتاب نیاز به تصمیم‌گیری فعالانه درباره رفتار خود و همچنین تجربه کردن تسلط بر کار به واسطه رفتار خودتصمیم‌گیرانه بدون تأثیر دیگری است [۱]. خودمختاری حرفه‌ای به معنای داشتن اختیار در تصمیم‌گیری و آزادی عمل مطابق با دانش حرفه‌ای است [۲]. خودمختاری به توانایی عمل با استناد به دانش و قضاوت شخصی، ارائه مراقبت‌های پرستاری طبق قوانین حرفه‌ای نظارتی و سازمانی اشاره دارد [۳].

خودمختاری یکی از جدیدترین نظریه‌های انگیزشی است. خودمختاری در امتداد پیوستار، از انگیزشی که کاملاً خودخواسته است تا انگیزشی که اصلاً خودخواسته نیست، بیان می‌شود [۴]. در یک طرف پیوستار، انگیزش درونی قرار دارد و زمانی که فرد در فعالیتی احساس آزادی عمل می‌کند، دلبستگی و لذت او از انجام عمل افزایش می‌یابد که نشان‌دهنده درجه بالایی از خودمختاری است و در مقابل، انگیزش بیرونی زمانی رخ می‌دهد که نتیجه کار برای افراد از خودعمل مهم‌تر است [۵].

اصول اساسی خودمختاری و خودمراقبتی در نظام بهداشتی و درمانی نیز به عنوان یکی از اصول مهم اخلاقی و پزشکی مدرن محسوب می‌شود که با توجه به پیچیدگی‌های مراقبت‌های سلامت و تغییر در انتظارات بیماران و خانواده آنان به آن توجه شده است [۶]، به نحوی که در پرستاری معاصر جزء کدهای اخلاقی در رفتار پرستاری و به عنوان استانداردهای شایستگی حاکم بر عملکرد پرستار معرفی می‌شود [۷]. درک خودمختاری برای شفاف‌سازی و توسعه حرفه پرستاری در تغییر سریع محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز است و نگرانی بین‌المللی درباره چگونگی مراقبت عناصر اصلی پرستاری هنگام تمرکز بر گسترش نقش‌های ویژه پرستاری وجود دارد [۲].

با وجود آنکه به طور کلی شغل پرستاری علم و هنر است، مؤلفه‌های منحصر به فردی وجود دارد که به تفاوت‌های فرهنگی و نظام بهداشتی نیز مربوط می‌شود. از این رو، آیا ویژگی‌های خودمختاری در پرستاران موجب تشخیص سریع‌تر بیماری در مراقبت خواهد شد؟

بیشتر محققین بر این نکته توافق نظر دارند که خودمختاری محیط کاری را برای پرستاران فراهم می‌کند که موجب ارتقای رضایت‌مندی پرستاران و تشخیص سریع‌تر بیماری در مراقبت می‌شود [۸-۱۱]. به زعم صاحب‌نظران و پژوهشگران، حمایت مدیران و رهبران سازمان‌ها از خودمختاری کارکنان موجب ارتقای کارآمدی، رضایت‌مندی، تعهد، خلاقیت و نوآوری، یادگیری، درگیری شغلی، عملکرد و غیره می‌شود. پرستاران بنا به دلایلی مانند تصمیم‌گیری برای برقراری و حفظ امنیت بیماران، تصمیم‌گیری برای افزایش

1. Autonomy

«خودمختاری در مراقبت پرستاری» با ۴ مورد مرتبط اندازه‌گیری شد و شامل داشتن آزادی عمل لازم با در نظر گرفتن بهترین منافع برای بیمار، اقدام به تجویز دارو، انجام مراقبت فراتر از پروتکل‌های پرستاری و آزاد بودن در بیان عقاید و دیدگاه‌های در مراقبت از بیماران است. پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ، ۸۱ درصد به دست آمد.

«خودمختاری محدودشده» با ۴ آیتم شامل پیروی از دستورات پزشک یا سوپروایزر، انجام مراقبت طبق دستورالعمل‌ها، امتناع از انجام مراقبت در صورت نداشتن دستورالعمل، اطلاع دادن به هدرنس یا مترون بیمارستان در صورتی که بیماری نیاز به مراقبت خاص خارج از دستور پزشک داشته باشد و پزشک در دسترس نباشد، اندازه‌گیری شد. پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ، ۸۴ درصد به دست آمد.

مقیاس «خودمختاری غیرقانونی» با ۴ مورد شامل انجام مناسب‌ترین اقدامات مراقبتی (بدون آگاهی پزشک معالج) برای بیمار در صورتی که هیچ دستوری توسط پزشک صادر نشده باشد، انجام دادن وظایف سایر همکاران بدون مجوز لازم در صورت مشغله کاری آنان، انجام اقدامات لازم برای بیمار در صورتی که پزشک نتواند بر بالین بیمار حاضر شود، انجام اقدامات مراقبتی مخفیانه برای بیمار بر اساس مشاهدات و ارزیابی‌های شخصی اندازه‌گیری شد. پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ، ۸۵ درصد انجام شد.

«عدم خودمختاری در عملکرد» با ۳ آیتم شامل پیروی از دستورات پزشک یا سوپروایزر برای انجام هر عملی، عدم انجام مراقبت حتی در مواقع اورژانسی، عدم انجام مراقبت حتی درباره کارهای ساده بدون هماهنگی با سوپروایزر اندازه‌گیری شد. پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ، ۸۴ درصد به دست آمد. پایایی درونی کل به روش آلفای کرونباخ، ۸۳ درصد به دست آمد. برای هر آیتم پرسش‌نامه از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت^۸ استفاده شده است (بسیار مخالفم تا کاملاً موافقم) که به ترتیب امتیاز ۱ تا ۵ به آن‌ها تعلق گرفته است.

برای دستیابی به نسبت روایی محتوایی از نظر صاحب‌نظران و کارشناسان خبره استفاده شده است. در این مطالعه، پرسش‌نامه در اختیار ۲۰ نفر از متخصصان قرار داده شد. برای تعیین نسبت روایی محتوایی^۹ از متخصصان درخواست شده است تا هر آیتم را بر اساس طیف ۳ قسمتی «ضروری است»، «مفید است، اما ضرورتی ندارد» و «ضرورتی ندارد» بررسی کنند. آن‌ها نظرات خود را ثبت کرده‌اند که تحلیل نتایج نشان داد مقدار نسبت روایی محتوایی برای سؤالات پرسش‌نامه بین ۵ تا ۷۲ درصد متغیر است و چون از مقدار ۴۲ درصد برای ۲۰ متخصص بزرگ‌تر هستند؛ بنابراین اعتبار محتوایی این متغیرها مورد پذیرش قرار می‌گیرد. همچنین مقدار محاسبه‌شده

با وجود تلاش‌های انجام شده، درباره میزان خودمختاری و تأثیر آن بر کیفیت مراقبت و رضایت‌مندی در ایران تحقیقی انجام نشده است. از آنجا که در **بیمارستان امام خمینی (ره) اراک** تأکید بر کار گروهی بین پزشک و پرستار برای دستیابی به مراقبت مطلوب و باکیفیت، تعامل حرفه‌ای بین پزشکان و پرستاران و خودمختاری پرستاران با توجه به علم و دانش خود مبتنی بر تجویز پزشک وجود دارد، سؤال اصلی در این تحقیق این است که تا چه حد خودمختاری بر اساس مدل کرامر و چمالنبرگ در این بیمارستان محقق شده و تأثیر آن بر کیفیت مراقبت چگونه است؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از لحاظ روش گردآوری داده توصیفی، علی است. جامعه آماری مطالعه‌شده شامل همه کادر پرستاری شاغل در بخش‌های بستری **بیمارستان امام خمینی (ره) اراک** است (تعداد ۱۰۱). به ترتیب ۱۹ نفر در بخش مراقبت‌های ویژه، ۱۳ نفر در بخش داخلی، ۱۴ نفر در بخش جراحی، ۲۰ نفر در بخش اطفال و نوزادان، ۱۲ نفر در بخش زنان، ۱۰ نفر در بخش ارتوپدی و ۱۳ نفر در بخش اورژانس بستری مشغول به فعالیت هستند. در سایر بخش‌ها به دلیل متفاوت بودن روش ارائه خدمات پرستاری و عدم قابلیت اجرای مؤلفه‌های خودمختاری و ناهمگن بودن صفت متغیرها در این بررسی شرکت داده نشدند. به همین تعداد نیز از بیماران بخش‌های مختلف در تحقیق جهت پاسخ به پرسش‌نامه کیفیت مراقبت در جریان تحقیق شرکت کرده‌اند.

داده‌های مورد نیاز این تحقیق با استفاده از پرسش‌نامه گردآوری شده‌اند. پرسش‌نامه‌ای که در این تحقیق استفاده شد، ۳۷ سؤال داشت. برای ارزیابی کیفیت مراقبت از بیمار از پرسش‌نامه مقیمی و رمضان استفاده شده است. این سؤالات شامل برخورد مناسب کادر پرستاری با بیماران، ارائه آموزش‌های لازم به بیماران، ارزیابی علائم حیاتی بیمار، برآورده شدن نیازهای ادراک‌شده بیماران، دسترسی راحت به کادر درمان، ارائه برنامه مراقبتی پس از ترخیص، مشارکت بیمار در تنظیم برنامه مراقبتی است [۱۴]. پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ^۷، ۸۵ درصد به دست آمد.

مقیاس مربوط به مؤلفه‌های خودمختاری از کرامر و چمالنبرگ اقتباس شده است [۱۳]. «خودمختاری شغلی در مراقبت از بیمار» با ۳ مورد اندازه‌گیری شد. این سؤالات شامل آزادی عمل پرستاران با توجه به روش مورد نظر آن‌ها، واگذاری انجام امور به پرستاران توسط پزشک معالج، در نظر نگرفتن هیچ‌گونه تنبیهی برای پرستاران در صورت داشتن بازخورد نامناسب است. پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ، ۷۹ درصد به دست آمد.

8. Likert Scale

9. Content Validity Ratio (CVR)

7. Cronbach's Alpha

درصد از آنان مؤنث هستند که از نظر وضعیت تحصیلی، ۹۲ درصد از آنان مدرک تحصیلی کارشناسی داشتند. از نظر سابقه کار بیشتر شرکت‌کنندگان در محدوده ۱۵ تا ۲۰ سال (۴۶/۵ درصد) سابقه داشته‌اند (جدول شماره ۱).

در بررسی فرضیات از آزمون کولموگروف اسمیرنوف و شاپیرو ویلک برای بررسی وضعیت نرمال بودن داده‌ها استفاده شد. نتایج هر ۲ آزمون نشان داد که با توجه به خروجی نگاره ($P \geq 0/05$) است. از این رو، نرمال بودن داده‌ها تأیید می‌شود.

در خصوص بررسی میزان خودمختاری پرستاران، با توجه به جدول شماره ۲ نتایج نشان داد میانگین نمره خودمختاری در گروه نمونه ۳/۱۶ با انحراف معیار ۳۵ درصد بود که به طور معناداری ($P < 0/001$) از نمره برش ۳ بالاتر بود؛ بنابراین می‌توان ادعا کرد که خودمختاری پرستاران در این بیمارستان در سطح مطلوب است. (با توجه به اینکه پرسش‌نامه طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت دارد، نمره برش عدد ۳ در نظر گرفته شده است).

برای بررسی نوع خودمختاری از نظر پرستاران از آزمون فریدمن برای هر بخش استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد با توجه به سطح معناداری به دست آمده (۰/۰۰۱) و مقدار آماره آزمون میانگین رتبه‌ها بین متغیرها در تمام بخش‌های مطالعه شده یکسان نبوده و با توجه به جدول شماره ۳ می‌توان مشاهده کرد. از نظر پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه، مهم‌ترین نوع خودمختاری شغلی، «خودمختاری شغلی محدودشده» و کم‌کاربردترین «عدم خودمختاری در

برای شاخص روایی محتوایی^{۱۰} با توجه به مجموع نسبت روایی محتوایی‌ها برابر با ۸۰ درصد است که از ۷۹ درصد بیشتر بوده و نشان از تأیید روایی محتوایی این مقیاس است.

تجزیه و تحلیل نتایج حاصل در این پژوهش با نرم‌افزار آماري SPSS در ۲ سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. میزان خودمختاری با توجه به آزمون تی تک‌نمونه‌ای^{۱۱} انجام شد، از آزمون کولموگروف اسمیرنوف^{۱۲} و شاپیرو ویلک^{۱۳} برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، آماره دوربین واتسون برای بررسی استقلال خطاها و رگرسیون خطی^{۱۴} برای آزمون فرضیات استفاده شده است. از آزمون فریدمن^{۱۵} نیز برای مقایسه میانگین رتبه‌ها در بین K متغیر (گروه) استفاده شده است. این آزمون مشخص می‌کند که کدام نوع از خودمختاری از نظر پرستاران بیشترین کاربرد را در این بخش دارد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۰۱ نفر از کادر پرستاری بیمارستان امام خمینی (ره) اراک شرکت داشتند. بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان در محدوده سنی ۳۹ تا ۴۶ سال (۵۹/۴ درصد) بودند. ۶۸/۳

10. Content Validity Index (CVI)
11. One Sample T-Test
12. Kolmogorov-Smirnov Test
13. Shapiro-Wilk Test
14. Linear Regression
15. Friedman Test

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی پرستاران شاغل در بیمارستان امام خمینی (ره) اراک

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
سن	۲۲ تا ۳۰ سال ۴ (۴)	کمتر از ۱۰ سال	۱۵ (۱۵)
	۳۱ تا ۳۸ سال ۳۳ (۳۲/۷)	۱۰ تا ۱۵ سال	۳۰ (۳۰)
	۳۹ تا ۴۶ سال ۶۰ (۵۹/۳)	۱۵ تا ۲۰ سال	۴۷ (۴۶/۵)
	۴۷ تا ۵۴ سال ۴ (۴)	بیشتر از ۲۰ سال	۹ (۸/۵)
وضعیت تحصیلی	فوق دیپلم ۳ (۳)	مذکر	۳۲ (۳۱/۷)
	لیسانس ۹۳ (۹۲)	مؤنث	۶۸ (۶۸/۳)
	فوق لیسانس و بالاتر ۱۵ (۵)	جمع کل	۱۰۱ (۱۰۰)



جدول ۲. تحلیل تی تک‌نمونه‌ای یا تی تک‌گروهی

متغیر	میانگین ± انحراف معیار	درجه آزادی	آماره (t)	P
خودمختاری	۳/۱۶ ± ۰/۳۵	۱۰۰	۴/۵۶	$P < 0/001$



جدول ۳. رتبه‌بندی ابعاد و مؤلفه‌های خودمختاری شغلی

ابعاد و مؤلفه‌های استقلال شغلی	(رتبه) / امتیاز رتبه						
	مراقبت‌های ویژه	داخلی	جراحی	اطفال و نوزادان	زنان	ارتوپدی	اورژانس بستری
خودمختاری شغلی محدودشده	۴/۸۲(۱)	۳/۱۵(۳)	۴/۱۵(۲)	۵(۱)	۴/۸۸(۱)	۴/۶۵(۱)	۴/۳۱(۱)
خودمختاری شغلی در مراقبت پرستاری	۳/۵۳(۲)	۲/۴۶(۴)	۴/۲۴(۱)	۱/۹۳(۵)	۲/۷۵(۴)	۱(۵)	۳/۱۵(۳)
خودمختاری شغلی در مراقبت از بیمار	۲/۷۱(۳)	۳/۳۱(۲)	۲/۸۹(۳)	۳/۳۰(۲)	۳/۰۰(۲)	۳/۴۵(۲)	۳/۷۳(۲)
خودمختاری شغلی غیرقانونی	۲/۰۳(۴)	۴/۰۴(۱)	۲(۴)	۲/۸۳(۳)	۱/۵۰(۵)	۳/۰۵(۳)	۲/۳۵(۴)
عدم خودمختاری در عملکرد	۱/۹۲(۵)	۲/۴(۵)	۱/۱(۵)	۱/۹۵(۴)	۲/۸۸(۳)	۲/۸۵(۴)	۱/۴۶(۵)



متغیر ملاک: کیفیت مراقبت

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۴، اثر «خودمختاری شغلی محدودشده» بر «کیفیت مراقبت» برابر با ۳۷۱ درصد برآورد شده است. به عبارت دیگر، «خودمختاری شغلی محدودشده» در بخش مراقبت‌های بیمارستان امام خمینی (ره) اراک، حدود ۳۷/۱ درصد از واریانس مربوط به «کیفیت مراقبت» را تبیین می‌کند ($R^2=0/371$). برای سایر بخش‌ها نیز در جدول شماره ۴، اثر نوع خودمختاری بر کیفیت مراقبت برآورد شده است.

همچنین با توجه به جدول شماره ۵، محاسبات مربوط به آماره F نشان داد که مدل رگرسیونی یک مدل مناسبی بوده و متغیرهای پیش‌بین به خوبی قادر هستند، تغییرات متغیر ملاک را تبیین کنند. جدول شماره ۶ نیز بیانگر این است که «خودمختاری شغلی محدودشده» پیش‌بینی‌کننده معنادار «کیفیت مراقبت» در بخش مراقبت‌های ویژه است.

عملکرد» است. در بخش داخلی، نوع خودمختاری استفاده‌شده در این بخش، «خودمختاری غیرقانونی» است. از نظر پرستاران بخش جراحی، نوع خودمختاری شغلی استفاده‌شده در این بخش، «خودمختاری در مراقبت پرستاری» است. در بخش اطفال و نوزادان، بخش زنان، بخش ارتوپدی و بخش اورژانس بستری نوع خودمختاری استفاده‌شده، «خودمختاری محدود» است.

برای آزمون اثر مؤلفه‌های خودمختاری شغلی کاربردی در هر بخش بر کیفیت مراقبت از آزمون رگرسیون خطی ساده استفاده شده است. با توجه به اینکه آماره دوربین و اتسون برای همه فرضیه‌های مطرح‌شده در بازه (۱/۵ تا ۲/۵) قرار دارد؛ بنابراین شرط استقلال خطاها رعایت شده و می‌توان از آزمون رگرسیون استفاده کرد. همچنین سطح معناداری آماره F برای همه فرضیه‌های مطرح‌شده برابر با ($P=0/001$) بوده که این مقدار کمتر از ۵ درصد است ($P<0/05$). پس فرض خطی بودن رابطه متغیر وابسته با متغیرهای مستقل تأیید شده است.

جدول ۴. خلاصه آزمون رگرسیون برای بررسی اثر مؤلفه‌های خودمختاری شغلی در بیمارستان امام خمینی (ره) اراک

ردیف	متغیرهای پیش‌بین	ضریب همبستگی	مجدور ضریب همبستگی	همبستگی تعدیل شده	سطح معناداری
۱	خودمختاری شغلی محدودشده در بخش مراقبت‌های ویژه	۰/۶۰۹	۰/۳۷۱	۰/۳۳۴	۰/۰۰۶
۲	خودمختاری شغلی غیرقانونی در بخش داخلی	۰/۳۱۸	۰/۱۰۱	۰/۰۱۹	۰/۲۹۰
۳	خودمختاری شغلی در مراقبت پرستاری در بخش جراحی	۰/۳۷۸	۰/۱۴۳	۰/۰۷۲	۰/۰۱۸
۴	خودمختاری شغلی محدودشده در بخش اطفال و نوزادان	۰/۷۳۷	۰/۵۴۴	۰/۵۱۹	۰/۰۰۰
۵	خودمختاری شغلی محدودشده در بخش زنان	۰/۷۹۳	۰/۶۳۰	۰/۵۹۳	۰/۰۰۲
۶	خودمختاری شغلی محدودشده در بخش ارتوپدی	۰/۶۱۵	۰/۳۶۹	۰/۳۰۱	۰/۰۴۸
۷	خودمختاری شغلی محدودشده در بخش اورژانس بستری	۰/۵۳۹	۰/۲۹۰	۰/۲۲۶	۰/۰۴۷



جدول ۵. جدول آنالیز واریانس اثر نوع خودمختاری شغلی بر کیفیت مراقبت در بیمارستان امام خمینی (ره) اراک

بخش	مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آزمون فیشر	سطح معناداری
مراقبت‌های ویژه	رگرسیون	۰/۳۶۷	۱	۰/۳۶۷	۱۰/۰۱	۰/۰۰۶
	باقی مانده	۰/۶۲۲	۱۷	۰/۰۳۷		
	کل	۰/۹۸۹	۱۸			
داخلی	رگرسیون	۰/۰۸۶	۱	۰/۰۸۶	۱/۲۳	۰/۲۹۰
	باقی مانده	۰/۷۶۴	۱۱	۰/۰۶۹		
	کل	۰/۸۵۰	۱۲			
جراحی	رگرسیون	۰/۰۹۶	۱	۰/۰۹۶	۲/۰۰۴	۰/۰۱۸
	باقی مانده	۰/۵۷۲	۱۲	۰/۰۴۸		
	کل	۰/۶۶۸	۱۳			
اطفال و نوزادان	رگرسیون	۰/۴۵۲	۱	۰/۴۵۲	۲۱/۴۶	۰/۰۰۰
	باقی مانده	۰/۳۷۹	۱۸	۰/۰۲۱		
	کل	۰/۸۳۲	۱۹			
زنان	رگرسیون	۰/۱۰۱	۱	۰/۱۰۱	۱۷	۰/۰۰۲
	باقی مانده	۰/۰۵۹	۱۰	۰/۰۰۶		
	کل	۰/۱۶۰	۱۱			
ارتوپدی	رگرسیون	۰/۳۵۹	۱	۰/۳۵۹	۴/۱۸۷	۰/۰۴۸
	باقی مانده	۰/۵۸۸	۸	۰/۰۷۴		
	کل	۰/۹۴۷	۹			
اورژانس بستری	رگرسیون	۰/۰۹۴	۱	۰/۰۹۴	۴/۵	۰/۰۴۷
	باقی مانده	۰/۲۳۱	۱۱	۰/۰۲۱		
	کل	۰/۳۲۵	۱۲			



همچنین محاسبات مربوط به آماره F در جدول شماره ۵، نشان می‌دهد مدل رگرسیونی یک مدل مناسبی نبوده و متغیرهای پیش‌بین به خوبی قادر نیستند، تغییرات متغیر ملاک را تبیین کنند ($P=0/05$; $df=1$ و $F=1/23$).

چنانکه در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود، «خودمختاری شغلی غیرقانونی» در سطح $0/05$ معنادار نیست. به عبارت دیگر، «خودمختاری شغلی غیرقانونی» پیش‌بینی‌کننده معنادار «کیفیت مراقبت در بخش داخلی» نیست. اثر «خودمختاری شغلی در مراقبت پرستاری» بر «کیفیت مراقبت در بخش جراحی» برابر با $14/3$ درصد برآورد شده است. به عبارت دیگر، این نوع از خودمختاری، حدود $14/3$ درصد از واریانس مربوط به «کیفیت مراقبت» را تبیین می‌کند ($R^2=0/143$).

متغیر ملاک: کیفیت مراقبت

بنابراین بر اساس داده‌های موجود می‌توان معادله رگرسیون را به شرح زیر نوشت:

(خودمختاری شغلی محدود شده) $(Y)=3/02+0/253$ کیفیت مراقبت پیش‌بینی شده در بخش مراقبت‌های ویژه در بخش داخلی اثر «خودمختاری شغلی غیرقانونی» بر «کیفیت مراقبت» برابر با $10/1$ درصد برآورد شده است. به عبارت دیگر، «خودمختاری شغلی غیرقانونی» در بخش داخلی بیمارستان امام خمینی (ره) اراک، حدود $10/1$ درصد از واریانس مربوط به «کیفیت مراقبت» را تبیین می‌کند که درصد خیلی پایینی بوده است ($R^2=0/101$).

جدول ۶. ضرایب استقلال شغلی محدودشده در کیفیت مراقبت در بخش مراقبت‌های ویژه

متغیرهای واردشده در مدل	مدل	B	SE	(Beta)	t	سطح معناداری
خودمختاری شغلی محدودشده در بخش مراقبت‌های ویژه	عرض از مبدأ	۳/۰۲	۰/۳۴۰		۸/۸۹	۰/۰۰۰
	ضریب متغیر	۰/۲۵۳	۰/۰۸۰	۰/۶۰۹	۳/۱۶	۰/۰۰۶
خودمختاری شغلی غیرقانونی در بخش داخلی	عرض از مبدأ	۴/۲۱	۰/۲۵۷	-۰/۳۱۸	۱۶/۳۵	۰/۰۰۰
	ضریب متغیر	-۰/۰۸۱	۰/۰۷۳		-۱/۱۱	۰/۲۹۰
خودمختاری شغلی در مراقبت پرستاری در بخش جراحی	عرض از مبدأ	۲/۷۸	۰/۴۹۴	۰/۳۷۸	۵/۶۴	۰/۰۰۰
	ضریب متغیر	۰/۱۸۷	۰/۱۳۲		۱/۴۲	۰/۰۱۸
خودمختاری شغلی محدودشده در بخش اطفال و نوزادان	عرض از مبدأ	۱/۳۹	۰/۴۶۲	۰/۳۳۷	۳/۰۲	۰/۰۰۷
	ضریب متغیر	۰/۵۲۲	۰/۱۱۳		۴/۶۳	۰/۰۰۰
خودمختاری شغلی محدودشده در بخش زنان	عرض از مبدأ	۳/۱۲	۰/۲۲۲	۰/۷۹۳	۱۴/۰۹	۰/۰۰۰
	ضریب متغیر	۰/۲۰۵	۰/۰۵۰		۴/۱۲	۰/۰۰۲
خودمختاری شغلی محدودشده در بخش ارتوپدی	عرض از مبدأ	۲/۱۸	۰/۷۲۳	۰/۶۱۵	۳/۰۲	۰/۰۱۷
	ضریب متغیر	۰/۴۶۶	۰/۲۱۱		۲/۲۰	۰/۰۴۸
خودمختاری شغلی محدودشده در بخش اورژانس بستری	عرض از مبدأ	۴/۵۸	۰/۲۴۵	۰/۵۳۹	۱۸/۷۰	۰/۰۰۰
	ضریب متغیر	۰/۱۲۹	۰/۰۶۱		۲/۱۲	۰/۰۴۷



(خودمختاری شغلی محدود) $(Y) = 2/18 + 0/466$ کیفیت مراقبت پیش‌بینی‌شده در بخش ارتوپدی؛

(خودمختاری شغلی محدود) $(Y) = 4/58 + 0/129$ کیفیت مراقبت پیش‌بینی‌شده در بخش اورژانس بستری.

بر پایه مدل‌های رگرسیون بالا می‌توان گفت که الگوی رگرسیون برای تمام بخش‌ها به غیر از بخش داخلی معنادار بوده و مشاهده می‌شود که متغیرهای پیش‌بین از قدرت تبیین نسبتاً بالایی برخوردار هستند، به نحوی که با افزایش یک واحد در «خودمختاری شغلی محدودشده در بخش مراقبت‌های ویژه»، «خودمختاری شغلی در مراقبت پرستاری در بخش جراحی» و «خودمختاری شغلی محدودشده در بخش‌های اطفال و نوزادان، زنان، ارتوپدی و اورژانس بستری» بین پرستاران بیمارستان امام خمینی (ره) اراک به ترتیب به اندازه ۰/۲۵۳، ۰/۱۸۷، ۰/۵۲۲، ۰/۲۰۵، ۰/۴۶۶ و ۰/۱۲۹ واحد به «کیفیت مراقبت» افزوده شده است.

بحث

در طول ۵۰ سال گذشته، ادبیات مستحکم درباره ارزش خودمختاری در محل کار پدید آمده است. یافته‌های ما نشان

همچنین محاسبات مرتبط به آماره F نشان داد مدل رگرسیونی، مدل مناسبی بوده و متغیرهای پیش‌بین به خوبی قادر هستند، تغییرات متغیر ملاک را تبیین کنند ($P=0/05$ ؛ $F=2/04$ ، $df=1$) و بنابراین می‌توان معادله رگرسیون را به شرح زیر نوشت:

(خودمختاری شغلی در مراقبت پرستاری) $(Y) = 2/18 + 0/187$ کیفیت مراقبت پیش‌بینی‌شده در بخش جراحی.

در بخش‌های اطفال و نوزادان، زنان، ارتوپدی و اورژانس بستری «خودمختاری شغلی محدود» حدود واریانس مربوط به «کیفیت مراقبت» را تبیین کرده و محاسبات مربوط به آماره F نیز نشان داد مدل رگرسیونی یک مدل مناسبی است؛ بنابراین بر اساس داده‌های موجود می‌توان معادله رگرسیون هر یک را به شرح زیر نوشت:

(خودمختاری شغلی محدود) $(Y) = 1/39 + 0/522$ کیفیت مراقبت پیش‌بینی‌شده در بخش اطفال و نوزادان؛

(خودمختاری شغلی محدود) $(Y) = 3/12 + 0/205$ کیفیت مراقبت پیش‌بینی‌شده در بخش زنان؛

می‌دهد خودمختاری پرستار در بیمارستان‌ها و بخش‌ها متفاوت است. نتایج حاصل از تحلیل فرضیه‌های این پژوهش عمدتاً حاکی از تأثیر خودمختاری محدودشده بر کیفیت مراقبت بود. بیشترین میزان تأثیر از مؤلفه‌های خودمختاری در این تحقیق از نوع خودمختاری محدود در بخش اطفال و نوزادان و کمترین میزان تأثیر خودمختاری محدود مربوط به بخش اورژانس بستری بود.

مطالعات قبلی تأثیر خودمختاری کار پرستاران، محیط‌های کاری مثبت و سطح مطلوب پرسنل پرستار بر نتایج بهبود یافته مانند مرگ‌ومیر، رضایت شغلی و رضایتمندی از بیمار را ثابت کرده است [۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷]. در این مطالعات، خودمختاری پرستار به عنوان یک ویژگی سازمانی مطرح می‌شود که همراه با چند عامل دیگر در مراقبت بالینی پرستاران نقش دارد.

مطالعات پاپاتاناسوگلو و همکاران، همسو با مطالعه حاضر نشان می‌دهد بالاترین میزان خودمختاری در بخش مراقبت‌های ویژه به وظایف اصلی و فنی نسبت داده شد. البته عوامل مرتبط با آمادگی تحصیلی پرستاران، مسائل جنسیتی و ویژگی‌های ذاتی آن‌ها، از جمله موانع افزایش خودمختاری پرستاران این بخش ذکر شده است [۱۸].

نتایج راتو و همکاران نشان می‌دهد پرستاران شاغل در بیمارستان‌های کوچک (> ۱۰ تختخواب) و غیرمعلولین بالاترین سطح خودمختاری را به خود اختصاص داده‌اند. از طرف دیگر، پرستاران در بیمارستان‌های متوسط (۱۰ تا ۲۵۰ تختخواب) و بیمارستان‌های آموزشی جزئی از پایین‌ترین سطح خودمختاری خبر دادند. این نتایج منعکس‌کننده کاهش پیچیدگی و بوروکراسی در بیمارستان‌های کوچک و غیرمجاز است که پرستاران را قادر می‌کند تا مستقیماً با همکاران بین حرفه‌ای و اداری ارتباط مستقیم داشته باشند تا در تصمیمات بالینی و سازمانی مشارکت کنند. در مقابل، بیمارستان‌های بزرگ و آموزشی بسیار پیچیده هستند، زیرا کار کردن در کنار پزشکان می‌تواند ارتباطات و به نوبه خود تصمیم‌گیری مشترک را پیچیده کند. عمده بیماران در این تحقیق، بیماران جراحی عمومی (۴۳ درصد) و عروقی (۶ درصد) ارتوپدی (۵۲ درصد) بودند. در نهایت، هر نقطه اضافی در استقلال پرستار با تقریباً ۱۹ درصد شانس کم مرگ‌ومیر ۳۰ روزه و ۱۷ درصد شانس کمتر عدم نجات همراه بود [۱۵].

ماریا دملنو و همکاران، در پژوهشی خودمختاری حرفه‌ای پرستار را محدود و مطابق با خواسته‌های کار پزشکی می‌دانند و چنین بیان می‌کنند که در الگوی زیست‌پزشکی جایی برای پرستار وجود ندارد که بتواند خودمختاری حرفه‌ای خود را تقویت کند، زیرا روند کار این حرفه‌ای همچنان با توجه به مطالبات تحمیل‌شده توسط کار پزشکی ادامه خواهد یافت. حتی هنگامی که پرستاران نقش تجویز دارو و سایر روش‌های فنی را در روند کار خود را اعمال می‌کنند، این اعمال منحصر به پزشکان بوده است و هیچ پیشرفت قابل توجهی در زمینه پرستاری رخ نمی‌دهد، زیرا

انجام چنین نقش‌هایی به اجازه و تأیید پزشک بستگی دارد [۱۹]. وستون، همسو با مطالعه حاضر به بررسی راهبردهای لازم برای افزایش خودمختاری پرستاران و کنترل بر عملکرد پرستاری پرداخته و می‌گوید ارزش و سهم خودمختاری پرستار و کنترل آن بر عملکرد پرستاری در ایجاد یک محیط کار سالم، هم از نظر رضایت پرستار و هم از نظر کیفیت و ایمنی نتایج بیماران، به طور مداوم نشان داده شده است [۱۶، ۲۰، ۲۱]. این یافته‌ها در پژوهش آلکساندرا نیز تأیید شد. به عبارت دیگر، مشخص شد در بیمارستان‌هایی که پرستاران قدرت مدیریت بالایی دارند و در عمل نیز این قدرت به کار گرفته می‌شود، کیفیت کارکرد در پرستاری بالا و رضایتمندی نیز افزایش یافته است [۱۱].

همسو با پژوهش حاضر، کرامر و همکاران [۱۳] با بررسی میزان خودمختاری در نمونه‌ای از پرستاران دریافتند که ارائه فرصت به پرستاران و ارتقای صلاحیت بالینی به عنوان پیش‌نیاز استقلال می‌تواند موجب رضایت شغلی پرستاران شود. در واقع، ارتباط ضعیف بین کادر پزشکی و پرستاری به عنوان عاملی است که خودمختاری پرستاران را تحت تأثیر قرار داده است. مدیران پرستاری باید فرصت‌هایی برای پرستاران فراهم کنند که باعث توسعه و حفظ صلاحیت بالینی و مهم‌تر از همه خودمختاری آنان شود.

پینتون نیز در پژوهش خود روی همکاری مؤثر پزشکان با پرستاران از طریق ساختار غیررسمی تأکید می‌کند و چنین گفته است که برخلاف حرکت به سمت تلاش‌های ارتباطی مشترک پرستاران با پزشکان، شواهد نشان می‌دهد پرستاران باید غالباً از راهکارهای قدرت غیررسمی برای رسیدن به نتایج در نظر گرفته‌شده برای بیمار استفاده کنند. پرستاران ناچارند در اجرای مراقبت از بیماران از قدرت رسمی پزشکان و سازمان‌های بهداشتی پیروی کنند. استثنای این قاعده زمانی آشکار می‌شود که پرستاران بتوانند از توان غیررسمی قابل توجهی برای حمایت از مراقبت مناسب از بیمار استفاده کنند [۲۱].

در مطالعات مشابهی که مؤید این موضوع است، توانمندی پرستاران در مراقبت بهتر از بیماران را در میزان قدرت پرستاران در یک ساختار بیمارستانی پذیرش‌شده، اعتقاد روان‌شناختی پرستار به توانمندی و اذعان در برقراری روابط پرستار ذکر می‌کند [۲۲، ۲۳].

النی و همکاران [۲۴] نیز در پژوهشی نشان دادند توسعه دانش و ارتقای استانداردهای کیفیت بستری و برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های کودکان را باید در داشتن بیمارستان مگنت جست‌وجو کرد و پیش‌نیاز دستیابی به این عوامل، داشتن پرستارانی است که از نظر مدیریت توانمند بوده، استقلال کافی در انجام امور درمانی با همکاری پزشک داشته و تبیین‌کننده خطی‌مشی‌های درمانی باشند.

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

پاسخگو بودن در تمام جنبه‌های پژوهش، نگارش متن و بازبینی، طراحی مطالعه و تحلیل داده‌ها: نهال محرک‌پور؛ نگارش متن و اصلاح نهایی، طراحی مطالعه و تحلیل داده‌ها و هب حبیب‌پور؛ نگارش متن، بازبینی و تحلیل داده‌ها: داوود شمسی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنیم.

ولی‌زاده و همکاران نیز در پژوهش خود تعریف مبهمی از خودمختاری در پرستاری، استفاده از ابزارهای نامناسب برای اندازه‌گیری میزان خودمختاری، آموزش نامناسب و عدم موفقیت در همکاری و فعالیت تیمی و ساختار نامناسب مدیریتی را به عنوان مهم‌ترین چالش در خودمختاری پرستاران می‌دانند [۱۲].

فراهم کردن فرصت‌های توسعه از طریق حمایت سرپرستاران از آن‌ها، خودمختاری در عمل و فراهم کردن شرایط ارائه مراقبت‌های پرستاری، از جمله مواردی است که باعث توانمندسازی پرستاران و افزایش کیفیت رهبری آنان می‌شود. هرچه پرستاران در تدوین پروسیجرهای درمانی و خط‌مشی‌های پرستاری مشارکت بیشتری داشته باشند، هویت حرفه‌ای آنان بیشتر تقویت می‌شود [۲۵].

نتیجه‌گیری

در این مطالعات، خودمختاری پرستار به عنوان یک ویژگی سازمانی مطرح می‌شود که همراه با چند عامل دیگر، در مراقبت بالینی پرستاران نقش دارد. این شواهد نشان می‌دهد خودمختاری پرستار بر نتایج بیمار تأثیر می‌گذارد. با وجود این، روابط آشکار در این مطالعه حاکی از آن است که آمادگی پرستاران نسبت به اعمال قضاوت حرفه‌ای خود در تصمیم‌گیری موجب افزایش کیفیت مراقبت از بیمار می‌شود و برای دستیابی به این نتایج سودمند، مدیران پرستاری باید پرستاران را توانمند ساخته و محیطی فراهم کنند تا آن‌ها دانش خود را در تمرین خودمختاری به کار گیرند.

با توجه به اینکه عوامل تأثیرگذار بر حصول کیفیت مراقبت متفاوت است، تأثیر سایر مؤلفه‌ها مانند شاخص‌های مهارت در پرستاری، میزان آموزش، نوع بیماری، تعداد تخت‌های اشغال‌شده، مدت زمان اقامت بیمار در بیمارستان را نیز باید به عنوان محدودیت‌های پژوهش در نظر گرفت.

بر پایه یافته‌های پژوهش باید گفت اگرچه بیمارستان امام خمینی (ره) اراک ظرفیت بالقوه استقلال در کار پرستاران را دارد، اما حمایت‌های سازمانی در پیشرفت حرفه‌ای و ایجاد خودمختاری بالینی از طریق ایجاد یادگیری مستمر و ارتقای توانمندی، برنامه‌های حمایتی و مبتنی بر پیشرفت برای عملکردهای بالینی و سایر برنامه‌های آموزشی در توسعه حرفه‌ای باید در نظر گرفته شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله با کد اخلاق به شماره IR.IAU.ARAK.REC 1397.66 در کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک به تصویب رسیده است.

References

- [1] Bayat S. The Relationship between Psychological Basic Needs (Self-Governance, Competence and Relationship) and Self-efficacy with Job Motivation in Steel Alborz Staff (Persian) [MSc. thesis]. Tehran: Allameh Tabatabai University; 2011.
- [2] Skår R. The meaning of autonomy in nursing practice. *J Clin Nurs*. 2010; 19(15-16):2226-2234. [DOI:10.1111/j.1365-2702.2010.03350.x] [PMID]
- [3] Weston MJ. Defining control over nursing practice and autonomy. *J Nurs Adm*. 2008; 38(9):404-8. [DOI:10.1097/01.NNA.0000323960.29544.e5] [PMID]
- [4] Abdoli B, Farsi A, Norouzi E. The relationship between perceived motivational climate and self-determination. *J Dev Motor Learn*. 2016; 7(3):295-310. [Link]
- [5] National Institute of Mental Health. Overview of self-determination theory: An organismic dialectic perspective. In: Ryan R, Deci E, editor. *Handbook of self-determination research*; 2002. [link]
- [6] Wilson-Barnett J. Freedom to practice: The development of patient-centred nursing. *Int J Nurs Stud*. 2001; 38(3):369. [DOI:10.1016/S0020-7489(00)00070-5]
- [7] Cole C, Wellard S, Mummery J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. *Nurs Ethics*. 2014; 7. [DOI:10.1177/0969733013511362] [PMID]
- [8] Chen Y M, Johantgen M E. Magnet hospital attributes in European hospitals: A multilevel model of job satisfaction. *J Nurs Stud*. 2010; 47:1001- 12. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2009.12.016] [PMID]
- [9] Gu L Y, Zhang L J. Assessment tools of nursing work environment in magnet hospitals: A review. *Int J Nurs Sci*. 2014; 1(4):437-40. [DOI:10.1016/j.ijnss.2014.10.013]
- [10] Gokenbach V, Drenkard K. The outcomes of magnet environments and nursing staff engagement: A case study. *Nurs Clin N Am*. 2012; 46(1):89-105. [DOI:10.1016/j.cnur.2010.10.008] [PMID]
- [11] Alexandra P. Management and Leadership: the magnet recognition program and the radiology setting: Part one. *J Radiol Nurs*. 2014; 33(1):152-4. [DOI:10.1016/j.jradnu.2014.05.003]
- [12] Valizadeh L, Zamanzadeh V, Shohani M. [Challenges of autonomy in nursing: An integrative review (Persian)]. *Nurs Manage*. 2013; 2(1):9-17. [Link]
- [13] Kramer M, Schmalenberg CE. Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nurs Outlook*. 2003; 51:13-9. [DOI:10.1067/mno.2003.4] [PMID]
- [14] Moghimi SM, Ramezani M. *J Manage*. [Managing public and public affairs (Persian)]. Tehran: Mehraban Publishing Institute; 2014. [Link]
- [15] Rao AD, Kumar A, McHugh M. Better nurse autonomy decreases the odds of 30-day mortality and failure to rescue. *J Nurs Scholarsh*. 2017; 49(1):73-9. [DOI:10.1111/jnu.12267] [PMID] [PMCID]
- [16] Clark ML. The magnet recognition program and evidence-based practice. *J Perianesth Nurs*. 2006; 21(3):86-9. [DOI:10.1016/j.jopan.2006.03.008] [PMID]
- [17] Marcus Lewis F, Sterling Soule E. Autonomy in Nursing. *Ishikawa J Nurs*. 2006; 3(2):1-6. [Link]
- [18] Papathanassoglou EDE, Tseroni M, Vazaiou G, Kassikou J, Lvdaniti M. *J Nurs Manage*. 2005; 13(2):154-64. [DOI:10.1111/j.1365-2934.2004.00510.x] [PMID]
- [19] Meira de Melo CM, Florentino TC, Mascarenhas NB, Macedo KS, Costa da Silva M, Mascarenhas SN. Professional autonomy of the nurse: Some reflections. *Esc Anna Nery*. 2016; 20(4). [DOI:10.5935/1414-8145.20160085]
- [20] Aiken LH, Sloane DM, Lake ET. Is Magnet recognition associated with improved outcomes among critically ill children treated at freestanding children's hospitals?. *J Crit Care*. 2018; 43:372. [DOI:10.1016/j.jccr.2017.10.014] [PMID]
- [21] Paynton ST. The informal power of nurses for promoting patient care. *Online J Issues Nurs*. 2009; 14(1). [DOI:10.3912/OJIN.Vol-14No1PPT01]
- [22] Manojlovich M. Power and empowerment in nursing: looking backward to inform the future. *Online J Issues Nurs*. 2007; 12(1):2. [DOI:10.3912/OJIN.Vol12No01Man01] [PMID]
- [23] Rezai Sepasi R, Abbaszadeh A, Borhani F, Rafiei H. Nurses' perceptions of the concept of power in nursing: A qualitative research. *J Clin Diagn Res*. 2016; 10(12):10-15. [DOI:10.7860/JCDR/2016/22526.8971] [PMID] [PMCID]
- [24] Elaine G. Magnet children's hospitals: leading knowledge development and quality standards for inpatient pediatric fall prevention programs. *J Pediatr Nurs*. 2011; 26:122-27. [DOI:10.1016/j.pedn.2010.12.007] [PMID]
- [25] jafar yeganeh B., Ghasemi, M. Investigating the possibility of implementing the magnet hospital attributes and its impact on nursing job satisfaction. *Hosp J*. 2018; 17(1):75-84. [Link]

This Page Intentionally Left Blank