

چالش‌های پرستاران تازه کار در رابطه با کسب شایستگی در قضاوت بالینی: یک مطالعه کیفی

وحید زمان‌زاده^۱، اسکندر فتحی‌آذر^۲، لیلیا ولیزاده^۳، فریبرز روشنگر^{۴*}

تاریخ دریافت 1392/10/11 تاریخ پذیرش 1392/12/13

چکیده

پیش زمینه و هدف: قضاوت بالینی پدیده پیچیده‌ای است که پرستاران تازه کار را در فرآیند تصمیم‌گیری با چالش مواجه می‌سازد؛ لذا هدف از این مطالعه، تبیین تجارب پرستاران تازه کار از چالش‌های موجود در مسیر دستیابی به شایستگی در قضاوت بالینی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با روش کیفی و با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند، متشکل از ۳۰ پرستار تازه کار در بیمارستان‌های آموزشی چهار استان شمال غرب ایران و در طول دو سال انجام پذیرفت. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختاریافته جمع‌آوری گردید و با روش تحلیل محتوای کیفی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه، چالش‌های اصلی پرستاران تازه کار را در دستیابی به شایستگی در چهار طبقه بررسی‌های ناکارآمد، تعاملات ضعیف، مشکلات مهارتی و تصمیمات نامطمئن و هشت زیر طبقه مشاهدات بدون ساختار، کاوش‌های سطحی، مشکلات ارتباطی، سوء درک‌ها، ناآشنائی با مهارت‌ها، فقدان تبحر، خطاهای تصمیم‌گیری و تعارض در انتخاب نشان داد.

بحث و نتیجه‌گیری: دستیابی به مهارت‌ها در قضاوت بالینی، جزء شایستگی‌های حرفه‌ای پرستاران تازه کار است لذا آشنائی با چالش‌های موجود می‌تواند مدیران آموزشی و اجرایی کشور را در برنامه‌ریزی به جهت کاستن از این چالش‌ها، توانمندسازی پرستاران و پیشگیری از تبعات نامطلوب آن یاری نماید.

کلید واژه‌ها: چالش، پرستار تازه کار، شایستگی، قضاوت بالینی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره دوم، پی در پی 55، اردیبهشت 1393، صص 1128-117

آدرس مکاتبه: تبریز، خیابان شریعتی جنوبی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه داخلی جراحی، تلفن: ۰۴۱۱-۴۷۹۶۷۷۰، فاکس: ۰۴۱۱-۴۷۹۶۹۶۹

Email: froshangar@tbzmed.ac.ir

مقدمه

پاتریشیا بنر، نظریه پرداز برجسته پرستاری، اولین کسی بود که با توصیف شایستگی، آن را توانائی انجام وظایف محوله به شکلی ایده آل، در شرایط متنوع در دنیای واقعی تعریف نمود (۶) و اعتقاد داشت پرستاران تازه کار در کسب شایستگی نیازمند دستیابی به ترکیبی از دانش، مهارت‌ها، ارزش‌ها و نگرش‌های والای پرستاری در بالین می‌باشند (۷). اما دستیابی به شایستگی آسان نیست و شواهد نشان می‌دهند که پرستاران تازه کار، با وجود انتظارات بالا از خود در دستیابی به شایستگی‌های بالینی (۸)، تعلق خاطر اندکی نسبت به محیط کار خود داشته (۹) و از آمادگی لازم برای پذیرش مسئولیت برخوردار نمی‌باشند (۱۰، ۱۱).

پرستاری حرفه‌ای است که همواره با چالش همراه بوده و ورود به آن بیش از همه، تازه کاران را در معرض مواجهه با مشکلات متعددی در بدو خدمت قرار می‌دهد (۱). ناآشنائی با حرفه و محیط کار، مواجهه با موقعیت‌های بحرانی، ترس از ارتکاب خطاهای بالینی (۲،۳) و همچنین ناسازگاری با نقش‌های سازمانی و مسئولیت‌پذیری از جمله چالش‌های عدیده‌ای هستند که همواره تازه کاران را تهدید نموده (۴) و مشکلاتی چون فرسودگی شغلی و ترک حرفه پرستاری را به همراه می‌آورند. اما با این حال، پرستاران تازه کار نیز همواره در تلاشند تا در مسیر رشد و بالندگی خود با کسب سطوح بالایی از شایستگی‌های حرفه‌ای بر این چالش‌ها فائق آیند (۵).

^۱ دکترای تخصصی آموزش پرستاری، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۲ دکترای تخصصی آموزش علوم، استاد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز

^۳ دکترای تخصصی آموزش پرستاری، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۴ دانشجوی دکتری تخصصی آموزش پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (نویسنده مسئول)

هم در مطالعه‌های دیگر در سال ۲۰۰۹ نشان دادند که مدارک و گزارشات مربوط به مهارت‌های انجام قضاوت‌های بالینی در پرستاران تازه کار در مورد مدیریت درد بعد از عمل، بر اساس استانداردهای کمیسیون الحاقی نمی‌باشد (۲۰). وجود چنین شواهدی دال بر وجود چالش در قضاوت‌های بالینی در پرستاران تازه کار در بدو خدمت می‌باشد. بررسی‌های جامع به عمل آمده بر روی متون علمی منتشر شده در ایران در رابطه با چالش‌های پرستاران تازه کار در دستیابی به شایستگی در قضاوت‌های بالینی مطالعات مرتبطی را نشان نداد. در یک مطالعه کیفی که به روش گراند تئوری توسط ادیب و همکاران در مورد عوامل تأثیر گذار بر عملکرد و نحوه تصمیم‌گیری‌های بالینی پرستاران در سال ۸۲ به عمل آمد، شایستگی بالینی و اعتماد به نفس به عنوان مهم‌ترین عوامل درونی مؤثر بر تصمیمات بالینی پرستاران معرفی گردیدند (۲۱). این در حالیست که نمادی و وثوق در مطالعه خود در مورد دیدگاه پرستاران تازه دانش آموخته درباره وضعیت حمایتی آن‌ها در طول گذر به عدم فراهم سازی فرصت مشارکت در تصمیم‌گیری توسط پرستاران تازه کار اشاره نمود که منجر به ناتوانی آن‌ها در مدیریت صحیح بالین و بروز عوارض نامطلوب در بیمار می‌گردد (۲۲). بنابراین، با توجه به پیامدها و عواقب ناشی از قضاوت‌های سطحی و تصمیمات نامطمئن بر چرخه مراقبت از بیمار و در تلاش برای غلبه بر این چالش‌ها، پژوهشگر بر آن شد تا با هدف تبیین و توصیف تجارب پرستاران تازه کار از چالش‌های موجود در رسیدن به شایستگی در قضاوت‌های بالینی، مدیران اجرایی پرستاری و برنامه ریزان آموزشی را در جهت کاستن این چالش‌ها و تربیت پرستارانی شایسته و توانمند در امر قضاوت و تصمیم‌گیری‌های بالینی یاری نموده تا این مدیران قادر باشند با برنامه ریزی‌های دقیق و مدون در امر آشناسازی پرستاران تازه کار، آن‌ها را به پرستارانی شایسته و کارآمد بدل سازند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش کیفی بود که با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی، با هدف تبیین و توصیف تجارب پرستاران تازه کار از چالش‌های موجود در رسیدن به شایستگی در قضاوت‌های بالینی در بیمارستان‌های آموزشی استان‌های شمال غرب ایران انجام گردید.

شرکت‌کنندگان: شرکت‌کنندگان در این مطالعه، ۳۰ نفر از پرستاران تازه کار شاغل در بخش‌های ICU، CCU، داخلی،

برخی از مطالعات دال بر ناتوانی پرستاران تازه کار در انجام وظایف محوله در شکلی شایسته (۱۲، ۱۰) و همچنین بی‌کفایتی در ایفای نقش رسمی خود دارند (۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵). مطالعه کلارک^۱ و همکاران در سال ۲۰۰۷، نشان داد که اکثریت پرستاران تازه کار در انجام عملکردهای حرفه‌ای خود به شکل مستقل و شایسته از آمادگی لازم برخوردار نمی‌باشند (۱۶). چنین امری ممکن است ناشی از ناتوانی برنامه‌های آموزش پرستاری در تربیت دانشجویان با دیدگاه شایسته محور بوده و منجر به بروز چالش‌های جدی در فرآیند مراقبت کارآمد از بیمار در پرستاران تازه کار گردد (۱).

اما یکی از مؤلفه‌های مهم در دستیابی به شایستگی بالینی، رسیدن به سطوح بالایی از توانمندی در امر قضاوت بالینی است. قضاوت بالینی بنا به تعریف تانر^۲، نوعی تفسیر یا نتیجه‌گیری در رابطه با مسائل، مشکلات و نیازهای مرتبط با سلامت بیمار می‌باشد که به منظور اتخاذ عملکردهای مراقبتی متناسب با شرایط بیمار و یا تعدیل رویه‌های مراقبتی در پاسخ به برآیندهای بیمار انجام می‌یابد. قضاوت‌های بالینی در تازه کارها همواره با چالش همراه است. از دیدگاه بنر، قضاوت‌های بالینی پرستاران تازه کار، فاقد الگوهای مناسب و درک شناختی صحیح از بیمار می‌باشد (۱۷).

با این حال، قضاوت بالینی پدیده‌ای پیچیده است که نیازمند داشتن آموزش‌های قبلی برای توسعه درک بیشتر از موضوع و توانایی مشاهده، تفکیک اطلاعات مرتبط، تشخیص روابط بین اجزاء و استدلال در پرستاران بوده و در بر گیرنده چرخه‌ای از فعالیت‌های حسی، عملکردهای شناختی و پردازش اطلاعات از طریق فعالیت‌های ذهنی می‌باشد. از دیدگاه بنر، پرستاران مبتدی در بدو خدمت، به دلیل محدودیت دانش و تجربه اندک خود، صرفاً توجه محدود به رعایت اصول و قواعد و همین‌طور مداخلات محدود پرستاری داشته و با توجه به تحلیل ضعیف از موقعیت و مسئله، دچار محدودیت در امر قضاوت بالینی و اتخاذ تصمیمات مناسب برای بیمار می‌باشند. همین امر باعث می‌شود که پرستاران تازه کار به دلالتی چون نگاه سطحی به موضوعات، تجارب اندک و همین‌طور فقدان بینش و درک عمیق از مسائل، با گرفتن تصمیماتی ناکارآمد، مشکلات متعددی را برای بیمار و سازمان‌های بهداشتی و درمانی فراهم آورند (۱۸).

دل‌بوئینو^۳ در مطالعه خود در سال ۲۰۰۵ نشان داد که فقط ۳۵ درصد از پرستاران تازه کار قادر به برآورد انتظارات مربوط به انجام قضاوت‌های بالینی صحیح می‌باشند (۱۹). ساموئل^۴ و فیتزر^۵

¹ Clark

² Tanner

³ Del Bueno

⁴ Samuels

⁵ Fetzer

جملات و یا پاراگراف‌های مرتبط به هم از نظر محتوا باشند، تبدیل به جملات کوتاه از نظر محتوا گردیدند. در ادامه واحدهای معنی در مراحل بعدی انتزاعی تر شدند و برای هر کدام کد اختصاص داده شد و بالاخره با مقایسه مداوم، بازاندیشی و تفسیر، کدها به زیر طبقات و طبقات گروه بندی شدند.

روش کار: بعد از کسب اجازه‌های لازم برای پژوهش و معرفی پژوهشگر و موضوع پژوهش توسط مترون بیمارستان به سر پرستاران، یک سر پرستار از هر بخش انتخاب گردید و پس از تشریح موضوع و هدف مطالعه توسط سر پرستار و پژوهشگر به شرکت کنندگان، از هر بخش انتخابی، مطلعین داوطلب و حائز شرایط با سابقه ۲ تا ۳ سال سابقه خدمت برای انجام مصاحبه به پژوهشگر معرفی شدند و توضیحات لازم و جزئیات مربوط به هدف مطالعه در اختیار آن‌ها قرار داده شد و به همه مطلعین اطلاع داده شد که در صورت لزوم مصاحبه مجدد از آن‌ها برای تکمیل طبقات به عمل خواهد آمد با تکمیل هر مصاحبه، نفر بعدی بر اساس هدف مطالعه به صورت هدفمند توسط پژوهشگر انتخاب و با هماهنگی قبلی در محل کار و در محیطی آرام، مصاحبه‌ها انجام گرفت. یک نفر از شرکت کنندگان نیز در طول مطالعه، با درخواست شخصی از مصاحبه خارج گردید.

دقت مطالعه: اعتبار^۳ مطالعه با درگیری طولانی با شرکت کنندگان در مطالعه و چک کردن نتایج توسط اعضا انجام پذیرفت، قابلیت اعتماد^۴ مطالعه نیز با درگیر کردن بیش از یک محقق در تحلیل داده‌ها به صورت مجزا و مقایسه توافق تحلیل پژوهشگر و محققین خارجی از نتایج داده‌ها به عمل آمد. همچنین مطابقت^۵ مطالعه با توصیف شفاف از گام‌های مطالعه با بررسی داده‌های خام، تقلیل داده‌ها و ترکیب و باز سازی داده‌ها با استفاده از روش ممیزی^۶ انجام گرفت و نهایتاً انتقال پذیری^۷ با توصیف خصوصیات دموگرافیک شرکت کنندگان، انتخاب شرکت کنندگان با خصوصیات دموگرافیک متنوع و چک کردن خارجی^۸ با استفاده از پرستارانی که تجارب مشابه داشتند، عملی شد.

یافته‌ها

در رابطه با نتایج این مطالعه، چهار طبقه اصلی تحت عنوان بررسی‌های ناکارآمد، تعاملات ضعیف، مشکلات مهارتی و تصمیمات نامطمئن و همچنین ۸ زیر طبقه مشاهدات بدون ساختار، کاوش‌های سطحی، مشکلات ارتباطی، سوء درک‌ها، نا

جراحی، زنان، کودکان و روان بودند که با حداکثر تنوع ممکن و با توجه به متغیرهای دموگرافیک نظیر سن، جنس، تحصیلات و سابقه کار بالین انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شرکت کنندگان، داشتن ۲ الی ۳ سال سابقه کار بالین در بیمارستان‌های مراکز آموزشی کشور بعد از اتمام دوره کارشناسی پرستاری بود. بنابراین کسانی که سابقه کار بالین قبل از دوره لیسانس و زیر آن داشتند، از مطالعه خارج شدند. دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۲۲-۳۵ سال با متوسط سن ۲۴ سال بود. ۸۳/۳۴ درصد شرکت کنندگان، مؤنث و بقیه مذکر بودند.

جمع آوری داده‌ها: داده‌های حاصل از این مطالعه با استفاده از مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختار یافته، در فاصله خرداد ماه ۹۱ الی شهریور ماه ۹۲ جمع آوری شد. مکان و زمان مصاحبه بر اساس صلاحدید شرکت کنندگان در یک فضای آرام، ایمن و خلوت در محیط کار بیمارستان‌های آموزشی و برخی نیز در اتاق مشاوره در محیط کار مصاحبه گر، انتخاب گردید. اندازه نمونه شرکت کنندگان بر اساس اصل اشباع اطلاعات در تحقیقات کیفی مبنی بر عدم بدست آمدن اطلاعات جدید از شرکت کنندگان در نمونه گیری هدفمند تعیین گردید. در آغاز هر مصاحبه، مصاحبه گر با یک یا دو سؤال کلی به منظور ایجاد جو روانی مساعد و کاهش تنش مصاحبه، سؤالات خود را آغاز نمود و سپس سؤالات اصلی در رابطه با تجربه شرکت کنندگان از چالش‌های موجود در انجام قضاوت‌های بالینی مطرح گردید. همه مصاحبه‌ها ضبط شدند و سپس کلمه به کلمه، دوباره بر روی کاغذ پیاده شدند. متوسط زمان مصاحبه‌ها ۵۹ دقیقه با دامنه ۷۰-۴۶ دقیقه بودند.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه با کسب مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و همین‌طور مجوز کمیته اخلاق این دانشگاه آغاز گردید. بر این اساس برای کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه اطلاعات لازم برای شرکت در مطالعه به صورت کتبی و شفاهی ارائه گردید، سپس فرم رضایت نامه کتبی از کلیه شرکت کنندگان اخذ گردید. ضمناً به کلیه شرکت کنندگان اجازه داده شد که در هر زمان که تمایل داشتند از شرکت در ادامه مطالعه انصراف دهند.

تحلیل داده‌ها: تحلیل متن مصاحبه‌ها با اولین مصاحبه آغاز گردید. داده‌ها بر اساس تحلیل محتوای کیفی و به روش گرانیهیم^۱ و لاندمن^۲ انجام شد (۲۳). تحلیل با خواندن چندین بار هر کدام از مصاحبه‌ها به منظور دستیابی به یک حس کلی در مورد آن‌ها انجام شد. واحد تحلیل این مصاحبه‌ها، متون بازنویسی شده مصاحبه‌ها بود. سپس واحدهای معنی که می‌توانند کلمات،

³ Credibility

⁴ Dependability

⁵ conformability

⁶ Audit trial

⁷ Transferability

⁸ External checking

¹ Granehiem

² Lundman

جستجوها برای یافتن شواهدی مطمئن به منظور انجام قضاوت‌های بالینی در تازه کاران در بدو خدمت با بررسی‌های گذرا و سطحی همراه است و بسیاری از مسائل عمده بیماران که آگاهی از آن نقش مهمی در قضاوت و تصمیم‌گیری دارند، در این نوع بررسی‌ها نادیده گرفته می‌شوند و نهایتاً منجر به اتخاذ تصمیماتی ضعیف و گاه نادرست و به دور از دیدگاهی کل‌نگرانه نسبت به مراقبت از بیمار می‌گردد.

"یادم می‌آید اون اوایل، موقعی که مثلاً مریض مشکل تنفسی پیدا می‌کرد، سیانوز می‌شد، اول چک می‌کردم ببینم سرمش خوب میره یا نه، برانولش سالمه، اصلاً توجه نمی‌کردم که ممکنه راه‌های هوائیش بسته شده باشه که نمیتونه خوب نفس بکشه یا سطح اکسیژن کم شده... اول فشار خورش رو می‌گرفتم بجای اینکه ببینم دهنش پر از ترشحاته!" (شرکت کننده ۱۶).

"اون اول‌ها زیاد به بحر موضوع نمی‌رفتم...اگه مشکلی پیش می‌اومد یا از همکارا یا پزشکامون می‌پرسیدم یا اینکه زیاد بهش توجه نمی‌کردم...سرسری از کنارش رد می‌شدم، فکر نمی‌کردم جدی به شه...مریض می‌گفت سینه‌ام درد میکنه، فکر می‌کردم شاید سوزش معده داره، به فکر نمی‌رسیدم یه EKG ازش بردارم، شاید chest pain گرفته..." (شرکت کننده ۴).

"همراه اومد به من گفت مریض از سوندش خون می‌یاد...بهش گفتم خوب عمل پروستات شده، خونریزی طبیعی بعد از عمل تا مدت‌ها...بعد چند ساعت همراه با عجله اومد استیشن گفت مریض از هوش رفته...سریع رفتم دیدم مریض، شوکه هست...همکارمو صدا کردم، از قدیمی‌ها بود...ملافه رو کنار زد دیدم تخته مریض غرق خونه، از محل زخم شکم، سوچر پاره شده بود و خونریزی داده بود...خیلی ناراحت شدم...مقصر من بودم واسه اینکه خوب بررسیش نکرده بودم." (شرکت کننده ۲۸).

تعاملات ضعیف

قضاوت‌های بالینی در مورد شرایط بیمار با هدف اتخاذ تصمیمات بالینی مناسب، نیازمند ارتباط کارآمد با بیمار است تا با بررسی‌های دقیق و کسب اطلاعات و شواهد کافی، برداشت دقیقی از شرایط و اوضاع، صورت گرفته و با تحلیل مسئله، استدلال و بازاندیشی قضاوت انجام پذیرد. پرستاران تازه کار با شروع فعالیت‌های خود در بالین در تعاملات خود با بیمار، همکار، پزشک و اعضای تیم درمان، کمتر از روابط خوب و قوی برخوردار بوده و این امر منجر به ناتوانی در برقراری روابط درمانی با بیمار، جلب حمایت، رسیدن به درک صحیح از بیمار به منظور درک نیازهای واقعی بیمار و تصمیم‌گیری در رابطه با وی می‌گردد. چالش تعاملات ضعیف پرستاران تازه کار با بیماران و کادر درمان، در دو شکل مشکلات ارتباطی و سوء درک‌ها ظاهر می‌گردد.

آشنائی با مهارت‌ها، فقدان تبحر، خطاهای تصمیم‌گیری و تعارض در انتخاب از کدهای مصاحبه‌های شرکت کنندگان استخراج گردید.

بررسی‌های ناکارآمد: قضاوت بالینی به طور معمول با بررسی و جستجوی شواهد و مدارک موجود در محیط بالین و یا علائم و نشانه عینی و یا ذهنی بدست آمده در معاینات و تعامل با بیمار و خانواده و همچنین کادر درمان آغاز می‌گردد. پرستاران تازه کار با توجه به دانش و تجربه اندک و عدم شرکت در تصمیم‌گیری‌های بالینی، در مواجهه با موقعیت‌های بالینی، توان تفحص و توجه دقیق را به محیط نداشته و با توجه به یافته‌های سطحی و کم ارزش به قضاوت و تصمیم‌گیری می‌پردازند. بررسی‌های ناکارآمد معمولاً بر اساس مشاهدات بدون ساختار و کاوش‌های سطحی شکل می‌گیرند.

مشاهدات بدون ساختار: پرستاران تازه کار در مواجهه با موقعیت‌هایی که به ناچار مجبور به قضاوت و تصمیم‌گیری خواهند شد، در طی روند انجام بررسی‌ها، بر اساس الگوهای منظم و ساختارمند به مشاهده شواهد و مدارک موجود از بیمار و یا محیط بالینی نمی‌پردازند و در اکثر موارد چنین مشاهداتی غیر متمرکز، نامنظم و فاقد چهارچوبی منطقی به منظور استدلال است. "من اوائل دقت زیادی در کارام نداشتم، وقتی مریض مشکلی داشت، فقط اون چیزایی رو که می‌دیدم چک می‌کردم، مثلاً اگه درد داشت فقط درد رو بررسی می‌کردم و بهش مسکن می‌دادم، خوب فکر نمی‌کردم که مثلاً چرا درد داره؟ چه چیز باعث دردش شده؟ فشار خورش هم تغییر پیدا کرده؟ ... فقط به دستوراتش نگاه می‌کردم... نمی‌دونستم باید مرتب بررسیش کنم، ببینم علت و محل و شدت درد چیه؟ چه چیزی بدترش کرده؟ آزمایش‌هاش چی رو نشون میدنند؟ مشکل‌های دیگه بیمار چیه؟ چه چیزی ناراحتش کرده؟...هیچی...فقط مسکن می‌دادم...درست حسابی و با حساب کتاب بررسیش نمی‌کردم." (شرکت کننده ۱۹).

"من وقتی مریض مسئله داشت، واقعیتش نمی‌دونستم که چه چیزی رو باید چک کنم؟ نمی‌دونستم باید از کجا شروع کنم... اینا رو تو زمان دانشگاه استادامون گفته بودند ولی خدائیش فقط خوندم و نمره شو گرفتیم، یاد نگرفتیم...واسه همین عملاً نمی‌دونستم چه جووری مریضو بررسی کنم، با چه ترتیبی؟ چه جووری؟...واسه همین احساس می‌کنم تصمیم‌هایی که می‌گرفتم خوب نبودند...مریض خوب جواب نمی‌داد، واسه همین مرتب به دکترهاشون زنگ می‌زدم، دکترها از من شرح حال کامل میخواستن نمیتونستم جواب بدم چونکه مریضو خوب بررسی نکرده بودم." (شرکت کننده ۶).

کاوش‌های سطحی:

مشکلات ارتباطی

ارتباطات مناسب، کلید حل بسیاری از مشکلات در روند مراقبت از بیمار می‌باشد. پرستاران تازه کار به دلیل آگاهی اندک از تأثیر ارتباطات تعاملی مناسب، در روند مراقبت، درمان، بهبودی و حتی قضاوت و تصمیم‌گیری برای بیمار با چالش‌های عدیده‌ای مواجه‌اند. دوری از بیمار، کم‌توجهی به شکایات مددجویان، ترس از خطا و یا بی‌اعتمادی بیمار به پرستار، دانش و تجربه اندک بالینی از جمله عللی هستند که کانال‌های ارتباطی با بیماران را محدود ساخته و قضاوت و تصمیم‌گیری را چالش‌مواجه می‌سازد.

"من اوائل کمتر به مریض نزدیک می‌شدم. فقط هدفم این بود که دستوراتو اجرا کنم و از اطاق برم بیرون... مریضا هم توجهی به من نداشتند... گاه پیش می‌اومد حال مریض بد می‌شد... نمی‌دونستم چیکار کنم... می‌ترسیدم کاری رو خود سر بکنم، بلائی سر مریض به یاد، ازم شکایت کنند... راستش زیاد بار علمی خوبی هم نداشتیم... تجربه الانم رو هم نداشتیم... نمی‌دونستم چیکار کنم... وقتی هم از مریضا می‌پرسیدم، جواب درست حسابی نمی‌دادند... می‌گفتند به دکتر بگو به یاد... انگار نمی‌خواستند من بدونم یا بهم اعتماد نداشتند." (شرکت کننده ۱۳).

قضاوت بالینی نیازمند تعامل با همکاران، پزشکان و یا سایر اعضای تیم حرفه‌ای سلامت است. چنین امری به کمک مشاوره با افراد با تجربه و صاحب نظر، به تسهیل فرآیند قضاوت و تصمیم‌گیری بالینی کمک می‌نماید. در بسیاری از موارد پرستاران تازه کار خصوصاً در سه ماه اول خدمت خود با توجه به نیاز خود به دریافت کمک از سوی پرستاران و کادر با تجربه بخش، به دلائلی چون نا‌آشنائی با همکاران، بی‌اعتمادی و یا ترس از بیسواد قلمداد شدن از تعاملات مطلوب با همکاران خودداری می‌کنند.

"اون دو سه ماه اول رابطه‌ام با همکارام زیاد خوب نبود... واسه همین کمتر منو به جمعشون راه می‌دادند، از یه طرف می‌ترسیدم مسخره‌ام بکنند، به گن لیسانس پرستاری گرفتی چیزی بلد نیستی، پس چی بهتون یاد دادند؟... واسه همین کمتر باهاشون صلاح مشورت می‌کردم که بینم کاری که می‌خوام برای مریض بکنم درسته یا نه؟... اصلاً برداشت یا نظر من راجع به این مریض درسته یا نه؟... واسه همین زیاد راجع به تصمیم‌هائی می‌گرفتم مطمئن نبودم..." (شرکت کننده ۲۶).

سوء درک‌ها

فرآیند قضاوت‌های بالینی در طی تعاملات با بیمار شکل می‌گیرد اما در این روند، هر گونه ناتوانی در درک متقابل، ارتباط با بیمار را مختل نموده و توانائی درک واقعی از شرایط بیمار را برای هرگونه قضاوت برای پرستاران تازه کار با اشکال مواجه می‌سازد. ناتوانی در یافتن زبانی مشترک برای ارتباط با بیمار،

همدردی ضعیف و سو تفاهمات، از جمله چالش‌هایی هستند که پرستاران تازه کار در بدو خدمت با آن مواجه هستند.

"خیلی وقت‌ها خوب نمی‌تونستم بفهمم مریض چی می‌خواد... زبونشو متوجه نمی‌شدم، نه اینکه واقعا ندونم چی می‌خواد... آخه میدونین، بعضی وقت‌ها مریضا چیزایی می‌خواستند که ادم سر در نمی‌آورد. واسه همین نمی‌تونستم راجع به مشکلش تصمیم بگیرم." (شرکت کننده ۲۲).

"من بیشتر توجهم به این بود که روتین رو اجرا کنم، تازه بخش ما هم همیشه شلوغ بود، ما دو تا نرس بودیم، ۲۰ تا ۲۵ تا مریض تو هر شیفت، وقت نمی‌شد زیاد با مریض باشیم. بشینیم حرفاشو خوب گوش کنیم ببینیم دردش چیه... واسه همین آگه یکی مشکل پیدا می‌کرد، می‌موندیم چیکار کنیم... اونام چون ما کمتر وقت می‌کردیم پیششون بریم، درد و دلشونو گوش کنیم، با ما سرد بودند. ما هم چون خوب ازش سر در نمی‌آوردیم، نمی‌تونستیم درست نظر بدیم." (شرکت کننده ۱۲).

"مریض من قرار بود عصر آندوسکپی به شه، از صبح ناشتا بود، دکترش هم دیر کرده بود، هرچی می‌گفتم معده‌ات باید خالی باشه تا دکتر خوب معاینه‌اش کنه قبول نمی‌کرد. می‌گفت شما از یزید هم بدترید. منو از صبح گشنه و تشنه نگه داشتین... هر چی می‌گفتم قبول نمی‌کرد، فکر می‌کرد ما داریم عمدتاً اذیتش می‌کنیم... واقعا همدیگه رو نمی‌فهمیدیم." (شرکت کننده ۸).

مشکلات مهارتی

قضاوت بالینی عمدتاً بر پایه برخی از کنش‌ها و واکنش‌های شناختی در سطوح بالایی از آگاهی در پرستاران شکل می‌گیرد. رسیدن به چنین سطوحی در قضاوت‌ها مستلزم برخورداری از توان بالایی از مجموعه مهارت‌های شناختی نظیر تفکر انتقادی، استدلال، حل مسئله و بازاندیشی است. اما پرستاران تازه کار در بدو خدمت به دلائلی چون نا‌آشنائی با این مهارت‌ها و یا فقدان تبحر و ورزیدگی در اجرای برخی از مهارت‌های فوق، با سطحی نگری و صرفاً تکیه بر دانش و معلومات کسب شده در زمان تحصیل، مرتکب اشتباهات متعددی در امر قضاوت و تصمیم‌گیری برای بیمار می‌گردند که بعضاً عوارض جبران‌ناپذیری برای بیمار به همراه دارد.

نا‌آشنائی با مهارت‌ها

آشنائی با مهارت‌های مربوط به تفکر انتقادی، تسهیل‌گر فرآیند قضاوت‌های بالینی است و پرستاران را در مسیری مطمئن به سوی رفع نیازهای بیمار، مراقبت مبتنی بر شواهد و تصمیمات بالینی اثر بخش هدایت می‌نماید اما پرستاران تازه کار به دلیل اینکه در طول دوره تحصیلات دانشگاهی و متوسطه، در این خصوص آموزش کافی نداشته و بیشتر متکی بر دانش پایه و

محفوظات قلبی خود می‌باشند، در فرآیند مواجهه با بیمار، با سطحی نگری، استدلال‌های غیر منطقی، تحلیل اشتباه و فقدان باز اندیشی، مرتکب قضاوت‌های نادرست و تصمیمات خطا برای بیمار می‌گردند.

" به بار که به مریض چاق رو آپاندکتومی کرده بودند، مریض رو که از اتاق عمل آوردند بخش، موقع تحویل دیدم سیانوز شده و نفس نمی‌کشه، شروع کردم به ماساژ قلبی...سریع از اتاق عمل تکنیسین‌های بیهوشی‌ها اومدند و راه هواش رو که با زبون بیمار بسته شده بود باز کردند و ایرووی گذاشتند...مریض برگشت...بعدها که خوب فکر کردم، دیدم دلیل نداشت مریضو CPR کنم...مریض که قلب داشت...اشتباه برداشت کرده بودم. کارم دلیل منطقی نداشت. باید اول دهان بیمار رو چک می‌کردم. ما یاد گرفته بودیم مریض ارست کرد باید ماساژ قلبی بدیم، اما الان فهمیدم که قبل این کارا باید درست فکر کنی نه اینکه یه سری گایدلاین هارو اتوماتیک انجام بدی. " (شرکت کننده ۲۰).

" اوایل خدمت تو بخش داخلی کار می‌کردم. خیلی مریض داشتیم و کلی کار. فرصت نداشتیم بینم تک تک کارائی که برای بیمار می‌کنیم چقدر درست بوده یا جواب داده. یه سال بعد که رفتم آی سی یو، دو تا مریض که داشتیم خوب می‌تونستم بهشون سرویس بدم. هر کاری می‌کردم ساعت به ساعت اثراتشو چک می‌کردم. ببینم اگه جواب داد که هیچی اگه جواب نداد، ببینم کجای کارم ایراد داشته، اصلاحش کنم. مثلاً مریض ونتیلاتوری بود، ساکشن می‌دادم، SaO2 می‌رفت بالا. اگه نمی‌رفت بررسی می‌کردم ببینم چی نداشته بالا بره. مثلاً متوجه می‌شدم ریه هاش پر، فیزیوتراپی سینه می‌کردم بعد ساکشن، اونوقت SaO2 می‌رفت بالا. خوب اوایل خدمت کارامو اینجوری نقد نمی‌کردم. " (شرکت کننده ۱۷).

فقدان تبحر

استادی در مهارت‌ها و رسیدن به ورزیدگی و تبحر مستلزم داشتن تجربه در امور می‌باشد. قضاوت‌های بالینی در پرستارانی که تا حدی با مهارت‌های شناختی آشنا می‌باشند به دلیل داشتن تجربه اندک و مواجهه نشدن با بسیاری از موقعیت‌های قضاوت و تصمیم‌گیری همواره با چالش همراه است. چنین امری از اعتماد به نفس اندک و خود باوری ضعیف منشاء گرفته و زمینه را برای بروز برخی مشکلات جدی در بالین فراهم می‌نماید. شش ماهه اول خدمت به گفته بسیاری از تازه کاران بحرانی‌ترین دوره از نظر کسب بسیاری از مهارت‌ها و افزایش اعتماد به نفس در مورد قضاوت‌ها و تصمیمات بالینی به عمل آمده می‌باشد.

" من دوره طرحمو با سی سی یو شروع کردم...خیلی اوایل به رام سخت بود، بیمارای قلبی واقعاً حساسند، هر لحظه وضعشون

ممکنه بد به شه...اوایل نمی‌تونستم از روی نشانه‌های بیمار، مثلاً تغییر الگوی نوار قلبیش یا هشیاریش یا مثلاً وضعیت تنفسش پیش بینی کنم داره چه اتفاقی می‌افته...کتابارو خودم میخوندم ولی بالین یه چیز دیگه هست...کار نکرده بودم، تجربه کافی نداشتم... حدود ۶، ۷ ماهی طول کشید تا کیس‌های مختلف رو دیدم... به علائم قبلش فکر می‌کردم و حدس می‌زدم قراره چه مشکلی برای مریض پیش به یاد و تصمیم می‌گرفتم چه کارائی به راش بکنم. الان که حدود دو سالی گذشته، دیگه به خودم اعتماد کامل دارم. خوب مریضامو بررسی می‌کنم. تمام پرونده شو میخونم، گزارشا رو میخونم، آزمایش‌ها، رپورت‌های رادیولوژیست، نظر مشاور، با مریضم خوب صحبت می‌کنم. دستگاه‌ها رو چک می‌کنم اونوقت به جمع بندی می‌کنم و به راش تصمیم می‌گیرم. " (شرکت کننده ۴).

تصمیمات نامطمئن

بسیاری از مداخلات دقیق پرستاری حاصل تصمیماتی می‌باشد که برگرفته از روشهائی چون بررسی، جمع آوری شواهد، تحلیل موقعیت، استدلال، استنتاج، قضاوت، ارائه راهکارها، بررسی و تحلیل شقوق و نهایتاً انتخاب بهترین گزینه به عنوان تصمیم نهائی برای اجرا در بالین می‌باشد. اما با این حال تجارب پرستاران تازه کار حاکی از چالش آن‌ها در امر تصمیم‌گیری‌های مطمئن است و قضاوت‌های ضعیف به عنوان بخش مهمی از علل ناتوانی آن‌ها در امر تصمیم‌گیری است. تصمیمات نامطمئن در تازه کارها عمدتاً به دو صورت خطاهای تصمیم‌گیری و تعارض در انتخاب دیده می‌شود.

خطاهای تصمیم‌گیری

پرستاران مبتدی با توجه به پایه ضعیف در دانش عملی و تجارب اندک در بدو ورود به خدمت، در معرض ارتکاب خطاهای متعددی در حیطه بالین قرار دارند. مبداء و منشاء چنین خطاهائی علاوه بر مشکلاتی نظیر خستگی پرستاران و فشار کاری زیاد، اشتباه در قضاوت‌های بالینی است که منجر به اخذ تصمیمات نادرست در رابطه با بیمار و پیامدهای نامطلوب آن می‌باشد.

" من چندین بار تصمیمهائی در مورد بیمار گرفتم که بعداً فهمیدم اشتباه محض بوده، یه بار مریضو که صبح عمل شده بود و نمیتونست ادرار کنه با اصرار خودش از تخت آوردیم پائین و رفت دستشوئی ولی متاسفانه با فشار روی محل عملش، چند تا از بخیه هاش پاره شدند و هماتوم زیر جلدی داد. یه تصمیم غلط بود که من متاسفانه بدون قضاوت درست از وضع مریض گرفتم، باید قبلش با دکترش مشورت می‌کردم و از روش‌های دیگه استفاده می‌کردم. مثلاً کیسه آبگرم میذاشتم روی مثانه یا سوند می‌زدم ولی اون اشتباه باعث شد که دوباره مریضو بفرستیم اتاق عمل،

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر اولین مطالعه در ایران بود که با هدف توصیف و تبیین تجارب پرستاران تازه کار از چالش‌های موجود در کسب صلاحیت بالینی در دو سال اول خدمت با رویکرد کیفی و با روش تحلیل محتوا اجرا گردید. نتایج این مطالعه نشان داد که پرستاران تازه کار عمدتاً در روند کسب شایستگی بالینی در چهار مقوله اصلی: بررسی، تعاملات، مهارت‌ها و تصمیم‌گیری با چالش‌های عمده‌ای مواجه اند اما قضاوت بالینی که خود در واقع، تفسیر، نتیجه‌گیری یا برداشت از مسائل، نیازها و مشکلات بهداشتی بیمار به منظور اتخاذ تصمیمات عملی و تعدیل روش‌های مراقبتی در بازخورد به برآیندهای بیمار می‌باشد (۲۴) متشکل از فرآیندهایی چون تفکر انتقادی (۲۵) و همچنین عادات فکری همراه با شهود و خلاقیت است (۲۶) که پرستاران تازه کار را در رسیدن به این شایستگی در امر قضاوت بالینی با چالش‌هایی مواجه نموده است. از جمله این چالش‌های مهم در امر قضاوت صحیح، انجام بررسی‌های ناکارآمد توسط پرستاران تازه کار می‌باشد که منجر قضاوت‌های نا صحیح و تصمیمات ضعیف برای بیمار می‌گردد. قضاوت‌های بالینی معمولاً بر اساس مجموعه‌ای از عوامل نظیر بررسی و جستجوی دقیق از شواهد و مدارک موجود از محیط و وضعیت بالینی بیمار و بر اساس مشاهدات متمرکز و ساختارمند انجام می‌پذیرد.

بیرکس^۱ در مطالعه خود بر روی عملکرد ۱۲۲۰ نفر از پرستاران شاغل در جنوب ولز، نشان داد که از ۱۲۰ مهارت مربوط به بررسی بیمار، ۳۶ درصد مهارت‌های به عمل آمده توسط پرستاران در مورد بررسی، به صورت سطحی و یا با اشتباه همراه بوده است. بررسی بیرکس نشان داد که پرستاران در توجیه علت این اشتباهات و همچنین عدم تمایل خود به انجام بررسی‌های کافی در این خصوص، نا مناسب بودن نوع بررسی با محیط و فیلد کاری خود، ناتوانی در انجام مهارت‌های دقیق بررسی بیمار، نداشتن فرصت کافی و بالاخره مختص دانستن بررسی به حرفه پزشکی را علت انجام بررسی‌ها و یا اشتباهات خود معرفی کردند. به نظر بیرکس، بررسی‌های سطحی و ناکارآمد می‌تواند منجر به قضاوت و اتخاذ تصمیمات نادرست و ارائه مراقبت‌های نا مناسب برای بیمار گردد (۲۷) برخی مطالعات دیگر نیز در این خصوص نشان دادند که پرستاران تازه کار نیز در بدو شروع فعالیت حرفه‌ای خود در انجام مهارت‌های دقیق بررسی بیمار از توانایی لازم برخوردار نمی‌باشند (۲۸، ۲۹) و باید توانایی‌های خود را در انجام دقیق و نظام دار خود از بیماران افزایش دهند. بنابراین نتایج این

سوچر بزین، واسه اینکار هم تویخ شدم، متاسفانه. " (شرکت کننده ۱۱).

"یه مریض داشتیم، پیر بود، عمل پروستات شده بود، از عمل که آوردنش مرتباً بی‌قراری می‌کرد، دستاشو بسته بودند به کنار تخت ولی مرتب داد می‌زد، بیچاره خیلی درد داشت، من به راش طبق دستور ۵۰ میلی گرم پتیدین زدم و تصمیم گرفتم دست و پاشو بلافاصله بعد از عمل باز کنم. به همراهش گفتم مراقبش باشه و از اتاق خارج شدم. چند دقیق نشده بود که مریض بدون اینکه خودش متوجه باشه دست انداخته بود و سوند ابدومینال رو محکم از جاش کشیده بود بیرون... با فریاد همراه مریض رفتم بالای سرش، دیدم خون همه تشک مریضو برداشته... بی‌تجربگی و تصمیم غلط، کلی کار دست مریض و من داد... فکر نمی‌کردم چیزی به شه ولی اتفاقی که نباید بیفته افتاد. " (شرکت کننده ۲۸).

تعارض در انتخاب

انتخاب از جمله دغدغه‌های اصلی پرستاران تازه کار در امر قضاوت و خصوصاً مسئله تصمیم‌گیری است. شرایط و موقعیت‌های بالینی، گاه پرستاران مبتدی را که تجربه بالینی مناسبی ندارند در موقعیتی از انتخاب قرار می‌دهد که تصمیم‌گیری را برای آنان از بین دو یا چند راه حل مختلف با مشکل مواجه ساخته و همزمان با ایجاد به شک و دودلی، تعارض یا کشمکش در انتخاب را همراه با احساس تنش در تازه کاران به همراه می‌آورد.

"پزشک بخش آی سی یو دستور داده بود که اگه بیمار می‌تونست تحمل کنه از مود SIMV به SPONT برش گردونم... از یه طرف می‌دیدم مریض تقلای تنفسیش بهتر شده، از طرفی تعداد تنفس‌های خودش هم کم بود، SaO₂ مریض هم کم بود. اگه بر می‌گردوندم ممکن بود مریض افت SaO₂ بده و آرست کنه... از یه طرف هم مریض مقاومت می‌کرد... راستش مونده بودم این وسط چیکار کنم... واقعا تصمیم گرفتن تو این شرایط مشکله... آدم دو دل هستش. " (شرکت کننده ۱۴).

"خیلی به رام اتفاق افتاده که موندم سر دو راهی... همکارام گفتند اینکارو بکن برای مریض، از یه طرف دیدم که اگه اون تصمیم رو بگیرم، برای مریض کلی هزینه میشه، خیلی از مریضامون درآمد مالی خوبی ندارند... از یه طرفی هم برای مریض لازم بود که مثلاً اون پروسیجر رو انجام بدم... آدم نمیتونه تصمیم به گیره که کدومو انتخاب کنه. " (شرکت کننده ۸).

¹ Birks

مطالعات با یافته‌های مطالعه ما در رابطه با ناتوانی پرستاران تازه کار در انجام بررسی‌ها دقیق از بیمار، هم‌راستا می‌باشند.

از جمله چالش‌های دیگر پرستاران تازه کار در رسیدن به قضاوت بالین مطلوب، تعاملات ضعیف با بیمار می‌باشد. تعاملات، زمینه ساز برقراری ارتباط مناسب پرستاران با بیمار و محیط و ارائه مراقبت‌های مطلوب و تصمیمات کارآمد برای بیماران می‌باشد. تعاملات و ارتباطات حرفه‌ای به عنوان یک بعد از شایستگی‌های پرستاران تازه کار، عبارت است از توانایی تبادل اطلاعات در مشارکت با دیگران، گزارش وضعیت بیمار به همکاران، پزشکان، ارتباط با خانواده بیمار و ارائه مراقبت مطلوب و همچنین کسب اطلاعات به منظور قضاوت و اخذ تصمیمات اثربخش می‌باشد (۱۳). نتایج مطالعه ما بر این نکته تاکید داشت که پرستاران تازه کار در تعاملات خود با محیط، از سطحی ضعیف برخوردار بوده و دچار مشکلات ارتباطی با بیماران و همچنین کادر درمان می‌باشند. تریسو^۱ و همکاران در بررسی تجارب مربوط به تعاملات پرستاران تازه کار با اعضای تیم سلامت با انجام یک مطالعه کیفی بر روی ۹ نفر از پرستاران تازه کار، نشان دادند که پرستاران تازه کار در مورد ظرفیت‌های ارتباطی خود با بیماران و همکاران، از اطمینان کافی برخوردار نبوده و کمتر به بحث‌های حرفه‌ای با همکاران به منظور انجام قضاوت‌های بالینی و تصمیمات اثر بخش می‌پردازند (۳۰). همچنین وبر^۲ در مطالعه‌ای که در مورد تعاملات پزشک-پرستار و بیمار در دو بخش داخلی یکی از بیمارستان‌ها انجام گرفت به تعامل کم پرستاران با بیماران در خصوص برنامه‌های مراقبتی و تصمیم‌گیری اشاره نمود و آن را از موانع جدی اجرای مراقبت‌های اثر بخش در پرستاران عنوان نمود (۳۱). تعاملات ضعیف اشاره شده در این مطالعات از جمله یافته‌هایی است که با نتایج مطالعات ما هم‌خوانی دارد.

یکی دیگر از چالش‌های پرستاران تازه کار در رسیدن به صلاحیت در قضاوت‌های بالینی، مشکلات مهارتی است که تازه کاران با آن مواجه می‌باشند. قضاوت بالینی امری است که نیازمند دستیابی به سطوح بالایی از مهارت‌ها، و همین‌طور تسلط و اشراف به بیمار در بالین دارد. بر این اساس پرستاران باید قادر به انجام فعالیت‌های اثر بخشی در حیطه‌های شناختی نظیر تفکر انتقادی، استدلال، بازاندیشی و حل مسئله بوده و توانایی استفاده از این مهارت‌ها را در شرایط تصمیم‌گیری از خود بروز دهد. فیلیپس در مطالعه خود نشان داد که اکثر پرستاران تازه کار در حیطه‌های مهارت‌های شناختی از توانایی‌های اندکی برخوردارند. وی علت این امر را تاکید بیش از حد برنامه‌های آموزشی دوره پرستاری بر

موضوعاتی چون اجرای مهارت‌های عملی و تکنیکی مراقبت در حیطه بالین دانست و اظهار داشت که یادگیری مهارت‌های مربوط به سطوح بالای تفکر و رسیدن به شایستگی در این زمینه، مستلزم گذشت زمان برای تحکیم یادگیری در این حیطه‌ها بوده و نیازمند کسب اعتماد به نفس در اجرای این مهارت‌ها، خصوصاً در انجام قضاوت و تصمیم‌گیری می‌باشد (۳۲). اتریج^۳ نیز در مطالعه دیگر از نوع کیفی بر روی درک پرستاران تازه کار، با عنوان "یادگیری تفکر نمودن چون پرستار"، نشان داد که پرستاران تازه کار در بدو خدمت، قضاوت‌های بالینی مطلوبی را انجام نمی‌دهند. بر اساس نتایج این مطالعه، تفکرات پرستاران تازه کار به صورت خطی و نه با دیدگاه انتقادی رخ می‌دهد ولی در طول سه دوره ۳ ماهه به تدریج همراه با افزایش مسئولیت‌پذیری، تعاملات، اعتماد به نفس و تغییر الگوهای مربوط به تفکر، قضاوت‌های بالینی روند منطقی تری به خود گرفته و مبتنی بر تمرکز بیشتر بر مهارت‌های شناختی می‌گردد (۳۳). دنبورگ^۴ در یک مطالعه کیفی در سال ۲۰۱۱ در رابطه با مهارت‌های عملی در پرستاران تازه کار، نشان داد که تجارب پرستاران با پایان دوره تحصیلات خود، حاکی از عدم احساس آمادگی کامل از نظر تسلط بر کلیه مهارت‌های شناختی و بالینی می‌باشد (۳۴). سایر مطالعات انجام یافته بر روی پرستاران تازه کار نیز حاکی از نبود آمادگی‌های کافی برای حضور در بالین به دلایلی چون نقص در مهارت‌های عملی می‌باشد که این امر زمینه ساز بروز بسیاری از چالش‌ها در تازه کاران در بدو خدمت است (۱۶، ۳۵). نتایج مطالعات فوق نیز مظهر تأییدی است بر یافته‌های تجارب پرستاران تازه کار در مطالعه ما می‌باشد که تحت عنوان طبقه مشکلات مهارتی به آن اشاره گردید.

اما چالش عمده و مهمی که پرستاران در این مطالعه از آن نام بردند عبارت بود از اتخاذ تصمیمات نامطمئن که بر گرفته از عوامل متعدد زمینه سازی نظیر تجربه ناکافی و دانش عملی اندک می‌باشد. تصمیمات نامطمئن عمدتاً در دو شکل خطاهای تصمیم‌گیری و تعارض در انتخاب در پرستاران تازه کار ظاهر می‌گردد. تصمیم‌گیری بالینی طبق تعریف، فرآیند پیچیده‌ای متشکل از پردازش اطلاعات، تفکر انتقادی، ارزیابی شواهد، کاربرد عملی دانش، مهارت‌های حل مسئله، بازاندیشی و قضاوت بالینی است که به منظور ارتقاء سلامت و کاهش آسیب‌های احتمالی به بیمار اتخاذ می‌گردد. اگرچه تصمیم‌گیری بالینی یکی از شایستگی‌های اصلی حرفه پرستاری تعریف می‌باشد (۳۶) اما با این حال تصمیم‌گیری در پرستاران تازه کار با چالش همراه است و با توجه به دانش و تجربه محدود آن‌ها در حرفه پرستاری، تصمیمات به شکل

³ Etheridge

⁴ Danbjørg

¹ Thrysoe

² Weber

شاغلند، تقریباً اکثریت آن‌ها در طول دوره فعالیت حرفه‌ای خود، در حال قضاوت و تصمیم‌گیری می‌باشند (۳۹) اما بخش مهمی از این قضاوت‌ها توسط پرستاران تازه کاری صورت می‌گیرد که به دلیل محدودیت دانش و تجربه در فرا روی خود در بالین، با چالش مواجه اند و در حرکت به سوی کسب شایستگی، ناچار به غلبه بر این مشکلات و یافتن راهی به سوی دستیابی به مهارت‌های بالا در حل مشکلات می‌باشند. این مطالعه بر آن بود تا با تبیین تجارب پرستاران تازه کار از چالش‌های موجود در کسب شایستگی در قضاوت بالینی در دو سال اول خدمت، زمینه را برای فعالیت مدیران اجرایی و مسئولان پرستاری به منظور برنامه ریزی در کاستن از این چالش‌ها فراهم نموده و تسهیلات لازم را در زمینه دستیابی پرستاران تازه کار به اهداف والای خود در امر مراقبت از بیمار و ارتقای سلامت جامعه فراهم آورند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه به عنوان بخشی از یافته‌های پایان نامه دکترای تخصصی آموزش پرستاری به شماره طرح مصوب ۵/۴/۲۷۳۸ می‌باشد که هزینه‌های این پژوهش توسط معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تأمین گردیده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تقدیر و تشکر نمایند.

References:

1. Newton JM, McKenna L. The transitional journey through the graduate year: A focus group study. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(7): 1231-7.
2. Goodwin-Esola M, Deely M, Powell N. Progress meetings: facilitating role transition of the new graduate. *J Contin Educ Nurs* 2009; 40(9): 411.
3. Higgins G, Spencer RL, Kane R. A systematic review of the experiences and perceptions of the newly qualified nurse in the United Kingdom. *Nurse Educ Today* 2010; 30(6): 499-508.
4. Duchscher J. Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *J Adv Nurs* 2009; 65(5): 1103-13.
5. Flinkman M, Laine M, Leino-Kilpi H, Hasselhorn H-M, Salanterä S. Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: a

خطی و مقطعی عمدتاً بر روی مسائل ساده انجام می‌پذیرد (۳۷). پرستاران کم تجربه عمدتاً تمایل دارند تصمیمات خود را مکرراً در رابطه با شکایات بیمار در محیط کاری خود، بر اساس پروتکل‌ها یا برنامه‌های مدون قبلی اتخاذ نمایند. بنر معتقد است که در فرآیند تصمیم‌گیری در پرستاران مبتدی، تمرکز بیشتر بر انجام عملی تصمیم است تا تفکر و باز اندیشی، بنابراین تازه کاران در مواجهه با موقعیت‌های بالینی ناخواسته، عمدتاً دست به دامان دانش نظری و مهارت‌های روانی حرکتی خود می‌گردند و کمتر از مهارت‌های مبتنی بر تفکر انتقادی و حل مسئله بهره می‌جویند (۱۸). بنابراین پرستاران تازه کار، بیشتر از پرستاران با تجربه در معرض ارتکاب خطاهای بالینی قرار دارند طوری که ۴۹ درصد تا ۵۳ درصد پرستاران مبتدی، در اجرای مراقبت‌های پرستاری، خصوصاً تصمیمات بالینی، با اشتباه و خطا مواجه اند و این رقم در کسانی که از آمادگی لازم برخوردار نیستند به شکل قابل توجهی بالاتر می‌باشد. چنین امری سبب می‌شود که پرستاران به دلیل ترس از خطا و احتمال اتخاذ تصمیمات اشتباه در بالین، با چالش تعارض در انتخاب تصمیمات، خصوصاً در موقعیت‌های بحران مواجه گردند (۳۸) و این نکته‌ای است که پرستاران تازه کار در مطالعه ما بدان اشاره داشتند.

در کل قضاوت بالینی یکی از مهم‌ترین ابزارهای پرستار در امر مراقبت و تصمیم‌گیری به منظور ارتقاء سلامت در بیمار است و با وجود اینکه در جهان در حدود ۱۹ میلیون پرستار به این حرفه

- questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(5): 727-39.
6. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. The University of Michigan: Prentice Hall; 2001.
 7. Cowan DT, Norman I, Coopamah VP. Competence in nursing practice: a controversial concept—a focused review of literature. *Accid Emerg Nurs* 2007; 15(1): 20-6.
 8. Sæther E. From novice to proficient practitioner or theorist without practical insight. *Nursing Science and Research in the Nordic Countries* 2003; 23: 47-51.
 9. Bisholt B. Nyutexaminerade sjuksköterskor yrkessocialisation-Erfarenheter av ett introduktionsprogram: Institute of Health and Care Sciences; 2009 (Swedish).

10. Gerrish K. Still fumbling along? A comparative study of the newly qualified nurse's perception of the transition from student to qualified nurse. *J Adv Nurs* 2000; 32(2): 473-80.
11. Ross H, Clifford K. Research as a catalyst for change: the transition from student to registered nurse. *J Clin Nurs* 2002; 11(4): 545-53.
12. Pigott H. Facing reality: The transition from student to graduate nurse. *Aust Nurs J* 2000; 8(7): 24.
13. Utley-Smith Q. 5 competencies needed by new baccalaureate graduates. *Nurs Educ Perspect* 2004; 25(4): 166-70.
14. Mooney M. Newly qualified Irish nurses' interpretation of their preparation and experiences of registration. *J Clin Nurs* 2007; 16(9): 1610-7.
15. O'Shea M, Kelly B. The lived experiences of newly qualified nurses on clinical placement during the first six months following registration in the Republic of Ireland. *J Clin Nurs* 2007; 16(8): 1534-42.
16. Clark T, Holmes S. Fit for practice? An exploration of the development of newly qualified nurses using focus groups. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(7): 1210-20.
17. Benner P, Tanner CA, Chesla CA. *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics*. Springer Publishing Company; 2009.
18. Benner P. Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bulletin of science, technology & society* 2004; 24(3): 188-99.
19. Del Bueno D. A crisis in critical thinking. *Nurs Educ Perspect* 2005; 26(5): 278-82.
20. Samuels JG, Fetzer S. Pain management documentation quality as a reflection of nurses' clinical judgment. *J Nurs Care Qual* 2009; 24(3): 223-31.
21. Adib Haj Bagheri M, Ahmadi F. Clinical decision-making: A way to professional empowerment in nursing. *Iran J Med Educ* 2003; 3(2):3-13. (Persian)
22. Nemadi Vosughi M, Tazakkori Z. The views of newly graduated nurses toward their supporting statuts during transition stage in Tabriz University of Medical Sciences. *Iran J Med Educ* 2008; 7(2): 389-95. (Persian)
23. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
24. Tanner CA. Clinical judgment and evidence-based practice: toward pedagogies of integration. *J Nurs Educ* 2008; 47(8): 335.
25. Stewart S, Dempsey LF. A longitudinal study of baccalaureate nursing students' critical thinking dispositions. *J Nurs Educ* 2005; 44(2): 81.
26. Scheffer BK, Rubenfeld MG. A consensus statement on critical thinking in nursing. *J Nurs Educ* 2000; 39(8): 352.
27. 1. Birks M, Cant R, James A, Chung C, Davis J. The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: issues for nursing education. *Collegian* 2013;20(1):27-33.
28. Tzeng H-M. Nurses' self-assessment of their nursing competencies, job demands and job performance in the Taiwan hospital system. *Int J Nurs Stud* 2004; 41(5): 487-96.
29. Zhang Zx, Luk W, Arthur D, Wong T. Nursing competencies: personal characteristics contributing to effective nursing performance. *J Adv Nurs* 2001; 33(4): 467-74.
30. Thrysoe L, Hounsgaard L, Dohn NB, Wagner L. Newly qualified nurses: Experiences of interaction with members of a community of practice. *Nurse Educ Today* 2012; 32(5): 551-5.
31. Weber H, Stöckli M, Nübling M, Langewitz W. Communication during ward rounds in Internal

- Medicine: An analysis of patient–nurse–physician interactions using RIAS. *Patient Educ Couns* 2007; 67(3): 343-8.
32. Phillips C, Kenny A, Esterman A, Smith C. A secondary data analysis examining the needs of graduate nurses in their transition to a new role. *Nurse Educ Pract* 2014;14(2):106–11.
33. Etheridge SA. Learning to think like a nurse: Stories from new nurse graduates. *J Contin Educ Nurs* 2007; 38(1): 24.
34. Danbjørg DB, Birkelund R. The practical skills of newly qualified nurses. *Nurse Educ Today* 2011; 31(2): 168-72.
35. Wangensteen S, Johansson I, Nordström G. The first year as a graduate nurse: an experience of growth and development. *J Clin Nurs* 2008; 17(14): 1877-85.
36. Standing M. Clinical decision making skills on the developmental journey from student to Registered Nurse: a longitudinal inquiry. *J Adv Nurs* 2007; 60(3): 257-69.
37. Gillespie M, Paterson BL. Helping novice nurses make effective clinical decisions: the situated clinical decision-making framework. *Nurs Educ Perspect* 2009; 30(3): 164-70.
38. Saintsing D, Gibson LM, Pennington AW. The novice nurse and clinical decision-making: how to avoid errors. *J Nurs Manag* 2011; 19(3): 354-9.
39. Thompson C, Aitken L, Doran D, Dowding D. An agenda for clinical decision making and judgement in nursing research and education. *International journal of nursing studies. Int J Nurs Stud* 2013; 50(12): 1720-6.

THE CHALLENGES OF NEWLY GRADUATED NURSES FOR GAINING COMPETENCE IN CLINICAL JUDGMENT: A QUALITATIVE STUDY

Zamanzadeh V¹, FathiAzar E², Valizadeh L³, Roshangar F^{4*}

Received: 1 Jan, 2014; Accepted: 4 Mar, 2014

Abstract:

Background & Aims: Clinical judgment is a complex phenomenon which can cause challenges for newly graduated nurses in the decision making process. The aim of this study was to describe the experiences of newly graduated nurses' challenges on the road to gain competence in clinical judgment.

Materials & Methods: This qualitative study was conducted using the purposive sampling method and was based on the data saturation principle. Data were collected from 30 newly graduated nurses who were working in teaching hospitals in four northwest provinces of Iran during the two past years. Data was collected by means of in-depth semi-structured interviews. Qualitative content analysis was used to analyze the data.

Results: The main challenges for the newly graduated nurses to gain competence in clinical judgment were four categories including: ineffective assessments, weakly interacting, skill related problems and unreliable decisions, and also eight sub-categories including unstructured observations, perfunctory exploration, communication problems, misapprehension, unfamiliarity with the skills, lack of conversance, decision making errors and conflict in the selection.

Conclusion: Achieving to the clinical judgment skills is a professional competence for newly graduated nurses. The familiarity with these challenges can help educational and executive managers to plan new programs for mitigating these challenges and to prevent undesirable consequences.

Keywords: challenge, newly graduated nurse, competence, clinical judgment

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
Tel :(+98)4114796770

Email: froshangar@tbzmed.ac.ir

¹ Associate Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Professor, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

³ Associate Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴ PhD candidate in Nursing Education, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author)