

محیط بالین از دیدگاه پرستاران سراسر کشور در سال ۱۳۸۸

صدیقه سالمی^۱، مهناز سنجری^۲، فاطمه شیرازی^۲، شیوا حیدری^۲، غضنفر میرزاییگی^۳

۱. کارشناس ارشد آموزش پرستاری، معاون فنی سازمان نظام پرستاری کل کشور

۲. کارشناس ارشد پرستاری، کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری کل کشور

۳. کارشناس ارشد مدیریت کار آفرینی، رییس کل سازمان نظام پرستاری-مولف مسوول

افلاک / سال پنجم / شماره ۱۵ و ۱۴ / بهار و تابستان ۱۳۸۸

چکیده

مقدمه و هدف: محیط بالین یکی از عوامل موثر در حرفه پرستاری است و بحث در مورد ارتقاء این حرفه بدون توجه به محیط کار امکان پذیر نمی باشد. هدف از این مطالعه تعیین دیدگاه پرستاران سراسر کشور در مورد محیط بالینی و ویژگی های حاکم بر آن است.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۸۸ روی پرستاران شاغل در بیمارستان های کشور انجام شد. پرسشنامه ای پژوهشگر ساخته برای ۱۵۰۰ نفر از پرستاران ۲۰ استان کشور ارسال شد که از این تعداد ۱۱۶۰ پرسشنامه برگردانده شد (میزان پاسخگویی ۷۷ درصد). نمونه گیری به صورت تصادفی ساده انجام شد. تجزیه و تحلیل آماری داده ها با آمار توصیفی انجام شد.

یافته ها: در حیطه اصول مراقبت بالینی بیش از نیمی از پرستاران از اهمیت ارتباط میان رشته ای (۶۱ درصد)، تصمیم گیری مستقل (۵۷ درصد)، عمل بر اساس معیارهای اخلاقی و ارتباطات حرفه ای (۶۰ درصد) آگاهی داشتند. در توصیف محیط بالینی، اکثریت پرستاران (۸۵ درصد) در مورد مشکلات مراقبتی با همکاران خود مشورت می کردند، با توجه به نیازهای بیمار به ارایه مراقبت می پرداختند و مراقبت آن ها با یافته های جدید هم خوانی داشت (۸۰ درصد). کمترین موضوعی که پرستاران به آن توجه می کردند ارتباط و اهمیت دادن به دانشجویان بود (۳۷ درصد).

نتیجه گیری: علیرغم کاستی های محیط بالین، پرستاران در بسیاری از حیطه های فعالیت حرفه ای خود قوی ظاهر شدند. پرداختن به مساله ویژگی ها و چالش های محیط کار یکی از مسائل زیر بنایی در ارتقاء مراقبت از بیماران است. نتایج حاصل از این تحقیق می تواند مورد استفاده برنامه ریزان و سیاستگذاران امر بهداشت قرار گیرد تا پرستاران با حداکثر توان و کارایی در عرصه های خدمت رسانی حضور یابند.

واژه های کلیدی: محیط بالین، اصول مراقبت، حرفه پرستاری، ویژگی های محیطی

مقدمه

زیادی از پرستاران تمایل به تغییر محیط یا ترک شغل دارند و برخی نیز تقاضای بازنشستگی زودرس می کنند (۸). تحقیقات نشان می دهد که پرستاران در هر شیفت تا ۱۲ مایل پیاده روی می کنند که بیشتر آن مربوط به پیدا کردن تجهیزات و وسایل در بخش است که بازسازی دوباره محیط کاری می تواند زمان صرف شده برای این پیاده روی را کاهش دهد و به بهره وری کمک کند (۹). همچنین بین کمبودهای محیط کاری پرستاران و خستگی پرستاران ارتباط وجود دارد. با اضافه شدن هر بیمار، متوسط بار کاری پرستاران افزایش یافته و ۲۳ درصد خستگی پرستاران را افزایش می دهد (۱۰، ۱۱).

یکی از جنبه های پرستاری جامعه نگر این است که پرستاران به عنوان افراد "بهبود دهنده محیط" وسیله ای برای ارتقاء و تسهیل کننده فرایند بهبود بیمار هستند. پرستاران جامعه نگر می توانند محیط فیزیکی بیمارستان (نور، هوای تازه، صداهای خوشایند، ایجاد آرامش، پاکیزگی، بو، رایحه های درمانی و عناصر زمینی) را شکل دهند (۱۲). محیط های کاری خاص و مشکلات نیروی کاری از موانع ارابه یک خدمت مناسب است (۵). محیط های بالینی نقش ارزنده ای در تسهیل اتصال تئوری با عملکرد دارند. با توجه به این که پرستاری حرفه ای است که به طور دائم مبتنی بر عملکرد است وجود محیط بالینی حمایت کننده بیش از پیش اهمیت دارد (۱۳). تحقیقات نشان می دهد که بین محیط کار و کیفیت مراقبت ارابه شده توسط پرستاران و همچنین تمایل برای ترک شغل ارتباط وجود دارد (۱۴، ۱۵، ۱۶). همچنین محیط کاری بر کیفیت و ایمنی بیماران موثر است و با بهبود محیط و شرایط کاری می توان ایمنی بیماران را افزایش داد (۱۷، ۱۸، ۱۹). ارابه مراقبت ایمن از بیماران ارتباط مستقیم و مثبتی با محیط کاری پرستاران دارد (۶).

محیط کاری به معنای فراهم آوردن اطلاعات، تخصیص منابع، امکان برقراری حمایت و فرصت یادگیری و گسترش و تقویت مهارت های پرسنل است (۲۰). در میان مواردی که به قدرتمند

سیستم های بهداشتی در سراسر جهان با افزایش روز افزون چالش ها و گسترش نیازهای بهداشتی روبرو هستند که توانایی های بالقوه بخش های زیر بنایی بهداشت و نیروی کار را تحت تاثیر قرار می دهد. به طور تقریبی در تمام کشورها، عمده ترین بخش سیستم بهداشتی (در برخی مراکز تا ۸۰٪) را پرستاران تشکیل می دهند. اکنون سراسر دنیا با بحران نیروی کار روبرو است که یکی از بارزترین مصادیق آن کمبود پرستار است (۱). تاثیر کمبود پرستار در سال های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۰ به بیشترین حد خود خواهد رسید که این کمبود نیرو موجب عدم دستیابی به اهداف جهانی نظام های بهداشتی و نارضایتی حرفه ای پرستاران خواهد شد (۲).

در بحث نیروی کار پرستاری، پرداختن به مسایلی نظیر خستگی و تاثیرات شغلی پرستاری بحث محیط کاری را نمی توان نادیده گرفت چون عملکرد پرستار با توجه به محیط کاری می تواند به پیامد مناسب و امنیت کاری منجر شود (۳). محیط نامناسب کاری یکی از عوامل موثر در ترک حرفه پرستاری است (۴). سیاست گزاران بخش بهداشت و درمان و مدیران پرستاری با کسب اطلاعات ناشی از پیامد ویژگی های محیط کار می توانند برای داشتن نیروی کار پویا در آینده برنامه ریزی کنند (۵). امروزه بیمارستان هایی وجود دارند که نام بیمارستان های جذب کننده^۱ که در جذب و نگهداری پرسنل شهرت دارند و یکی از دلایل شهرت آن ها داشتن محیط خوب کاری است (۶). این بیمارستان ها امروزه بر پایه ارابه بهترین عملکرد و داشتن محیط های کاری کامل و مناسب از جنبه های مختلف بنا می شود (۷).

محیط کار می تواند یکی از عواملی باشد که در تشویق پرستاران به بازنشستگی یا ترک کار موثر باشد. بنابراین یکی از راهکارهای کلیدی آن است که محیط کاری ایجاد کرد که افراد از کار کردن با یکدیگر لذت ببرند. کار در محیط بیمارستان از نظر فیزیکی بسیار چالش بر انگیز است. تعداد



شرایط داخلی و خارجی حاکم بر حرفه پرستاری با توجه به مسایل اقتصادی ناشی از دنیای امروز دستخوش تغییر شده است و به منظور کنترل موثر بحران های حرفه ای پرستاری باید بر محیط های کاری و فرایند ارائه خدمات توسط پرستاران تمرکز ویژه ای شود (۵). پی بردن به ویژگی های محیط بالینی پرستاری یکی از ضرورت های بررسی و نقد این حرفه است. هدف از این پژوهش تعیین ویژگی های محیط بالینی از دیدگاه پرستاران شاغل در بخش های سراسر کشور بود. امید است تعیین این ویژگی ها بتواند در تدوین استانداردهای محیط بالینی منشا اثر قرار گیرد و شروعی برای ارائه عملکرد حرفه ای با کیفیت بالا در تمامی سطوح باشد.

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی بود. جامعه پژوهش شامل پرستاران شاغل در بخش های سراسر کشور است. با استفاده از حجم نمونه برآورد میانگین در مطالعات توصیفی، حجم نمونه ۱۵۰۰ برآورده شد. روش نمونه گیری به صورت تصادفی بود. ابتدا فهرست بیمارستان های دولتی کشور تهیه شد که از میان آن ها با توجه به تعداد پرستاران شاغل، تعدادی بیمارستان از ۲۰ استان کشور انتخاب شد. ۱۵۰۰ پرسشنامه از طریق پست به هیات مدیره های سراسر کشور ارسال شد و از طریق هیات مدیره ها در اختیار پرستاران قرار گرفت و در مجموع و پس از ۳ ماه (اردیبهشت تا تیر ۸۸) ۱۶۰ پرسشنامه از طریق پست از هیات مدیره ها به سازمان نظام پرستاری بازگشت که میزان پاسخگویی ۷۷ درصد بود.

این مطالعه از پژوهش های مصوب سازمان نظام پرستاری کل کشور به شماره "۸۸/۱۱۲/ن پ آ" مصوب ۱۳۸۸/۲/۱۴ است و با اخذ مجوز کمیته اخلاق سازمان مذکور انجام شد. پرستارانی که تابعیت غیر ایرانی داشتند در تحقیق وارد نشدند. پرستاران، پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه بررسی

کردن پرستاران منجر می شود، مشارکت در تصمیم گیری و کارگروهی در میان دیگر عوامل، موثرترین روش های تقویت پرسنل پرستاری است (۲۱). همچنین از عوامل موثر در کار گروهی؛ محیط های فردی بین کارکنان، محیط فیزیکی، محیط اجتماعی، جوسازمانی و تاثیرات سازمان است. محیط فیزیکی کار می تواند کار گروهی را تسهیل یا مختل کند (۲۲). نتایج تحقیق آیکان^۱ و همکاران نشان می دهد در صورتی که پرستاران در محیط های نامناسب کار کنند و حمایت لازمه را دریافت نکنند منجر به عدم رضایت شغلی، خستگی عاطفی و ارائه مراقبت با کیفیت پایین به بیماران می شود (۲۳). همچنین تصور پرستاران از محیط های کاری خود، بر رضایت شغلی و تصمیم گیری های حرفه ای آنان موثر است (۱۷). محیط کاری حرفه پرستاری پدیده ای چند بعدی و شامل اجزا متعددی است که موجب می شود پرستاران با احساس همکاری و رضایت بیشتری به کار مشغول شوند (۲۰). کار کردن با همکارانی که قابلیت بالایی دارند، مشارکت بین پزشک و پرستار و ارتباط میان رشته ای، استقلال در تصمیم گیری های بالینی، مدیران حمایت کننده، کنترل بر عملکرد پرستاری، آموزش، کارکنان کافی و آشنایی به فرهنگ بیماران را از مهم ترین عوامل سازنده یک محیط کاری مناسب برشمردند (۶). شورای بین المللی پرستاران بیان می کند محیط های کاری پرستاران به دلیل آلودگی های محیط ناشی از فعالیت انسان و صنعت، خطرات شیمیایی، بیولوژیکی، جسمی، سرو صدا، اشعه و کارهای تکراری، کمبود روش های آموزشی برای حفظ و نگهداری دستگاه های طبی، عدم دسترسی کافی به تجهیزات و پوشش های ایمنی، تغییر در زندگی طبیعی ناشی از کار در شیفت های مختلف، افزایش تقاضاهای روانی، اجتماعی، جسمی و روحی پرستاران، بروز خشونت، ارگونومی نامناسب کاری و تخصیص نامناسب منابع مانند نیروی انسانی یا پول به محیط های نامناسبی تبدیل شده است (۱).

1. Aikan



پرستاران شاغل در بیمارستان پرسشنامه اولیه را تهیه کردند. پس از آن پرسشنامه توسط گروهی از صاحبانظران مورد بازنگری قرار گرفت و پس از اصلاح، پرسشنامه نهایی تدوین شد. روایی پرسشنامه از طریق اعتبار محتوی و نظر ده نفر از افراد صاحبانظر از جمله سوپروایزران بالینی، سرپرستاران و پرستاران مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین پایایی آن روی ۲۰ پرستار شاغل در بیمارستان های آموزشی و از طریق آلفا کرونباخ (۰/۸۱) بررسی شد (نمونه های مورد نظر در مطالعه شرکت داده نشدند). تحلیل پرسشنامه با استفاده از آمار توصیفی و در سطح معناداری $P < 0/05$ انجام شد. برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته ها

جدول شماره ۱ حاوی اطلاعات دموگرافیک و جدول شماره ۲ حاوی سوابق حرفه ای پرستاران شرکت کننده در این پژوهش است. حداقل و حداکثر سن پرستاران شرکت کننده در این پژوهش ۲۰ و ۵۷ سال و میانگین و انحراف معیار سنی آن ها $36/7 \pm 33/66$ بود. حداقل سابقه کار شرکت کنندگان ۲ ماه و حداکثر ۲۹ سال بود. میانگین و انحراف معیار آن به ترتیب $6/7 \pm 10/38$ بود. بیشتر پرستاران در بخش های داخلی-جراحی $7/26$ درصد، ویژه $5/19$ درصد و اورژانس $2/15$ درصد بودند.

نتایج اصول مراقبت بالینی از دیدگاه پرستاران (جدول شماره ۳) نشان داده شده است که $2/56$ درصد از پرستاران مراقبت از بیماران با تشخیص یکسان، $6/61$ درصد وجود ارتباط میان رشته ای بین کارکنان، $2/57$ درصد امکان تصمیم گیری مستقل هنگام ارائه مراقبت از بیمار، $9/60$ درصد عمل بر اساس معیارهای اخلاقی بیماران و $6/50$ درصد انجام مباحثه در مورد چالش های اخلاقی با همکاران را بسیار مهم و پر اهمیت می دانستند. همچنین $1/34$ درصد از پرستاران بحث در مورد مشکلات مراقبتی با همکاران پرستاری، $9/30$ درصد ارتباط

ویژگی های محیط بالینی پرستاری را پر کردند. پر کردن پرسشنامه با توجه به ذکر این نکته در ابتدای آن، به منزله رضایت شرکت در مطالعه بود. پرسشنامه از نوع خود گزارش دهی بود. از هر هیات مدیره یک نفر هنگام پر کردن پرسشنامه حضور داشت و در صورت لزوم به سوالات شرکت کنندگان پاسخ می داد.

پرسشنامه شامل دو بخش بود که در قسمت اول اطلاعات دموگرافیک از جمله سن، جنس، مدرک تحصیلی (کاردان، کارشناس و کارشناس ارشد)، شهر محل کار، نوع اشتغال (استخدامی، پیمانی، قرار دادی، شرکتی و طرحی)، سابقه کار، بخش محل کار و نوع شیفت کاری بود. در قسمت دوم به منظور بررسی ویژگی های محیط بالینی، و با توجه به مقالات (۵، ۲۴) از پرسشنامه پژوهشگر ساخته استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۳۲ سوال بود که ۸ سوال به اصول آرایه مراقبت بالینی نظیر مشکلات مراقبتی، ارتباطات حرفه ای و تصمیم گیری های بالینی پرداخته که از کم اهمیت (۱) تا پر اهمیت (۴) مورد پرسش قرار می گرفت که برای آنالیز آن دو گزینه "کم اهمیت" و "تقریباً مهم" با یکدیگر و "بسیار مهم" و "پراهمیت" با هم جمع شدند، ۱۴ سوال به وضعیت محیط کار نظیر ارزشیابی حرفه ای، همکاری تیمی، کار با دانشجویان و امکانات جدید که از هرگز (۱) تا همیشه (۴) مورد پرسش قرار می گرفت. برای آنالیز داده ها دو گزینه "هرگز" و "به ندرت" با یکدیگر و "اغلب" و "همیشه" با هم گزارش داده شدند. ۳ سوال به برنامه آینده کاری مبتنی بر تغییر حرفه یا ماندن در این رشته اختصاص داشت و ۷ سوال به نحوه ادامه کار در حرفه پرستاری نظیر تغییر بخش یا بیمارستان با پاسخ بلی و خیر بود که در صورتی که پرستاران قصد ماندن در این حرفه را داشتند می توانستند به آن پاسخ دهند. پرسشنامه توسط دو نفر از محققین ترجمه و تدوین شد و پس از آن صحت ترجمه توسط یک فرد مسلط به زبان انگلیسی مورد تایید قرار گرفت. سپس گروه محققین با استفاده از نظرات



حرفه را ترک خواهند کرد. از ۹۲۰ پرستاری که می خواهند در این حرفه باقی بمانند (جدول شماره ۵)، ۷۹/۳۵ درصد پرستاران بخش خود را تغییر نخواهند کرد و ۷۹/۱۴ درصد نیز به بیمارستان دیگری نخواهند رفت اما ۷۱/۷۳ درصد امیدوارند که موقعیت بهتری در همان بیمارستان به دست آورند. ۳۳/۸ درصد پرستاران تمایل دارند موقعیت بهتری در بیمارستان دیگری به دست آورند و ۲۱/۷۳ درصد پرستاران تمایل به کار در محیط های دیگر به جز بیمارستان دارند و فقط ۷/۵ درصد پرستاران به طور موقت این حرفه را ترک خواهند کرد. ۸۹/۳۳ درصد پرستاران شرکت کننده امیدوارند که ساعات کاری کمتری داشته باشند.

جدول ۱: توزیع فراوانی پرستاران برحسب مشخصات فردی

متغییر	(درصد) تعداد
جنس	
زن	۹۱۴ (۷۸/۸٪)
مرد	۲۴۶ (۲۱/۲٪)
سن	
۲۰-۳۰	۴۸۰ (۴۱/۴٪)
۳۱-۴۰	۴۵۷ (۳۹/۴٪)
۴۱-۵۰	۲۱۱ (۱۸/۲٪)
۵۱-۶۰	۱۲ (۱/۰٪)
مدرک تحصیلی	
کارشناس ارشد	۱۸ (۱/۶٪)
کارشناس	۱۰۶۴ (۹۱/۷٪)
کاردان	۷۸ (۶/۷٪)

حرفه ای مثبت با پرسنل پزشکی و ۳۳/۲ درصد وجود ارتباط حرفه ای مثبت با مدیران را کم اهمیت و کمی مهم می دانستند.

توصیف پرستاران شرکت کننده در این تحقیق از وضعیت محیط کارشان در جدول شماره ۴ آمده است. نتایج نشان داد که ۴۷/۶ درصد پرستاران به ندرت فرصت کافی برای جمع آوری اطلاعات مربوط به بیماران دارند و ۲۷/۸ درصد دسترسی به اطلاعات لازم به منظور ارائه مراقبت مناسب به بیماران را ندارند. ۴۵/۶ درصد پرستاران بیان می کنند که از نتایج مراقبت آن ها ارزیابی دوره ای انجام نمی شود. ۴۵/۱ درصد پرستاران به ندرت در تصمیم گیری های خود ملاحظات مالی را در نظر می گیرند و ۳۶/۹ درصد از پرستاران به ندرت از بیماران مشابه مراقبت می کنند. ۴۱ درصد پرستاران به ندرت در مورد مباحث اخلاقی با تیم بهداشتی بحث می کنند و ۶۲/۹ درصد زمانی را برای کار با دانشجویان اختصاص نمی دهند. همچنین ۳۸/۳ درصد پرستاران مراقبت هایشان با محدودیت مالی محل کار سازگاری ندارد و ۵۰/۶ درصد پرستاران به ندرت به عنوان پرستار به طور مستقل عمل می کنند.

از سوی دیگر ۸۲/۹ درصد از پرستاران بیان کرده اند اغلب مراقبت آن ها با خواسته های بیمار هماهنگی دارد و ۸۵/۹ درصد در صورت لزوم با دیگر همکاران تیم مراقبتی مشورت می کنند. ۷۵/۹ درصد از پرستاران اغلب بر اساس ارزش های اخلاقی خود عمل می کنند. ۷۵ درصد پرستاران زمانی را برای گسترش ارتباط با بیمار صرف می کنند و ۸۰/۱ درصد پرستاران اغلب مراقبت شان با یافته های جدید هم خوانی دارد.

نتایج برنامه کاری پرستاران در آینده نشان داد که از ۱۱۶۰ پرستار شرکت کننده، ۹۲۰ پرستار (۷۹/۳٪) تغییری در برنامه کاری خود نخواهند داد، ۱۸۲ پرستار (۱۵/۷٪) حرفه خود را از پرستاری تغییر خواهند داد و ۵۸ نفر (۵٪) برای همیشه این



جدول ۲: توزیع فراوانی پرستاران کشور برحسب متغیرهای حرفه ای

جدول ۳: توزیع فراوانی پرستاران کشور برحسب دیدگاه آنها نسبت به اهمیت اصول مراقبت بالینی

متغیر	(درصد) تعداد
نوع اشتغال	
استخدامی	۵۹۴ (%۵۱/۲)
قراردادی	۱۸۲ (%۱۵/۷)
پیمانی	۲۳۷ (%۲۰/۴)
شرکتی	۱۳ (%۱/۱)
طرحی	۱۳۴ (%۱۱/۶)
سابقه کار	
زیر ۱۰ سال	۶۵۶ (%۵۶/۶)
۱۰-۲۰	۳۶۷ (%۳۱/۶)
۲۱-۳۰	۱۳۷ (%۱۱/۹)
سمت کاری	
مترون	۱۶ (%۱/۴)
سوپروایزر آموزشی	۳۴ (%۲/۹)
سوپروایزر بالینی	۶۷ (%۵/۸)
سرپرستار	۱۷۸ (%۱۵/۳)
استف	۷۵ (%۶/۵)
پرستار معمولی	۷۹۰ (%۶۸/۱)
شیفت کاری	
صبح کار ثابت	۳۱۱ (%۲۶/۸)
عصر کار ثابت	۳۵ (%۳/۰)
شب کار ثابت	۳۲ (%۲/۸)
شیفت در گردش	۷۸۲ (%۶۷/۴)

کم اهمیت	بسیار مهم و پر	اهمیت (%)	تقریباً مهم (%)
مراقبت منظم از بیماران با تشخیص یکسان	۴۳/۸	۵۶/۲	
بحث در مورد مشکلات مراقبتی با همکاران پرستاری	۳۴/۱	۶۵/۹	
وجود ارتباط میان رشته ای بین پرسنل	۳۸/۴	۶۱/۶	
امکان تصمیم گیری مستقل هنگام ارایه مراقبت	۴۲/۸	۵۷/۲	
عمل کردن بر اساس معیارهای اخلاقی بیماران	۳۹/۱	۶۰/۹	
بحث در مورد چالش های اخلاقی با همکاران	۴۹/۴	۵۰/۶	
ارتباط حرفه ای مثبت با پرسنل پزشکی	۳۰/۹	۶۹/۱	
ارتباط حرفه ای مثبت با مدیران	۳۳/۲	۶۶/۸	

جدول ۴: توزیع فراوانی دیدگاه پرستاران کشور برحسب توصیف وضعیت محیط کار

هرگز و به	اغلب و	ندرت (%)	همیشه (%)
داشتن فرصت کافی برای جمع آوری اطلاعات مربوط به بیماران	۴۷/۶	۵۲/۴	
دسترسی به اطلاعات ضروری به منظور ارایه مراقبت مناسب به بیمار	۲۷/۸	۷۲/۸	
از نتایج مراقبت من ارزیابی دوره ای انجام می شود.	۴۵/۶	۵۴/۴	
مراقبت من با خواسته های بیمار هماهنگی دارد.	۱۷/۱	۸۲/۹	
در تصمیم گیری ملاحظات مالی را در نظر می گیرم.	۴۵/۱	۵۴/۹	
مراقبت از بیماران مشابه صورت می گیرد.	۳۶/۹	۶۳/۱	
در صورت نیاز با دیگر همکاران تیم مراقبتی مشورت می شود.	۱۴/۱	۸۵/۹	
بر اساس ارزش های اخلاقی خودم عمل می کنم.	۲۴/۱	۷۵/۹	
زمانی را برای گسترش ارتباط با بیمار صرف می کنم.	۲۵/۰	۷۵/۰	
در مورد مباحث اخلاقی با تیم بهداشتی بحث می شود.	۴۱/۰۰	۵۹/۰۰	
زمانی را برای کار با دانشجویان اختصاص می دهم.	۶۲/۹	۳۷/۱	
مراقبت من با محدودیت های مالی محل کار سازگاری دارد.	۳۸/۸	۶۱/۲	
مراقبت من با یافته های جدید هم خوانی دارد.	۱۹/۹	۸۰/۱	
به عنوان یک پرستار به طور مستقل عمل می کنم.	۵۰/۶	۴۹/۴	



جدول ۵: توزیع فراوانی پرستاران کشور برحسب برنامه شغلی در آینده

خیر N	بله N	
درصد(تعداد)	درصد(تعداد)	
۷۳۰ (۷۹/۳۵)	۱۹۰ (۲۰/۶۵)	در همین بیمارستان بخش خود را عوض خواهم کرد.
۷۲۸ (۷۹/۱۴)	۱۹۲ (۲۰/۸۶)	در همین موقعیت، اما در بیمارستانی دیگر مشغول به کار خواهم شد.
۲۶۰ (۲۸/۲۶)	۶۶۰ (۷۱/۷۳)	امیدوارم که موقعیت بهتری در همین بیمارستان به دست آورم.
۶۰۹ (۶۶/۱۹)	۳۱۱ (۳۳/۸۰)	امیدوارم موقعیت بهتری در بیمارستان دیگری به دست آورم.
۷۲۰ (۷۸/۲۶)	۲۰۰ (۲۱/۷۳)	به عنوان یک پرستار کارم را ادامه خواهم داد ولی دیگر در بیمارستان کار نخواهم کرد.
۹۹ (۱۰/۷۶)	۸۲۱ (۸۹/۲۳)	امیدوارم ساعات کاری من کمتر شود.
۸۵۱ (۹۲/۵)	۶۹ (۷/۵)	به طور موقت این حرفه را ترک خواهم کرد.

بحث

باید با آموزش ارتباطات حرفه ای به پرستاران و ایجاد دیدگاه کارگروهی در آن ها تقویت شود. در تحقیق کانای^۲ ۴۲/۷ درصد پرستاران شرکت کننده بیان کردند که کارگروهی بین پرستاران و پزشک وجود دارد و ۶۲/۶ درصد موافق وجود یک ارتباط خوب بین پرستار و پزشک بودند (۲۶). تحقیقات استانکل^۳ نشان داد که میزان بالای حمایت سوپروایزران از پرستاران از عوامل موثر در محیط کار است (۲۷). پرستاران با قابلیت، اغلب به دنبال نهاد یا بخشی هستند که افراد بتوانند به خوبی با یکدیگر کار کنند. برای ایجاد این نوع فرهنگ حاکی از اعتماد و روابط باز، بسیاری از کارفرمایان؛ دوره های آموزشی و تربیتی برای تمام کارمندان خود در گروه های مختلف در نظر می گیرند (۸).

حدود نیمی از شرکت کنندگان تصمیم گیری مستقل هنگام رایه مراقبت از بیمار را مهم می دانند و نیمی از آن ها نیز اذعان داشته اند در محیط بالین به طور مستقل عمل می کنند.

نتایج این تحقیق از ابعاد مختلفی به ویژگی های محیط کاری پرستاران می پردازد که بسیاری از آن با یافته های پیشین هم خوانی دارد و در برخی موارد نیز مخالف است. همان گونه که در قسمت نتایج ملاحظه شد، دیدگاه پرستاران در مورد اصول مراقبت بالینی نشان داد، حدود نیمی از پرستاران مراقبت از بیماران با تشخیص یکسان را مهم می دانستند و نزدیک به دو سوم از آن ها نیز در محیط بالین امکان مراقبت از بیماران با تشخیص مشابه را داشتند. این آمار بیانگر آن است پرستاران ضمن داشتن دانش، مهارت تجربی را نیز در رایه مراقبت از بیمار مد نظر قرار می دهند. تحقیق دی^۱ نشان می دهد که بالغ بر سه چهارم پرستاران از مراقبتی که به بیمار رایه می دهند احساس رضایت دارند (۲۵). به طور کلی بیش از نیمی از پرستاران وجود ارتباط میان رشته ای بین کارکنان را با اهمیت شمردند و همچنین حدود دو سوم ارتباط حرفه ای مثبت با پرسنل پزشکی و مدیران را مهم می انگارند. این نتایج نشان می دهد اهمیت دادن به ارتباطات حرفه ای در پرستاران

1. Day
2. Kanai
3. Stunkle



بالین نیز بیش از سه چهارم در صورت لزوم با دیگر همکاران تیم مراقبتی مشورت می کنند. در تحقیق کانای ۳۸/۹ درصد موافق بودند که زمان و فرصت کافی برای مشورت با دیگر پرستاران در مورد مشکل بیمار وجود دارد (۲۶).

حدود نیمی از پرستاران بیان داشتند که فرصت کافی برای جمع آوری اطلاعات مربوط به بیماران را ندارند و حدود یک سوم نیز به اطلاعات لازم به منظور ارایه مراقبت مناسب به بیماران دسترسی ندارند. این نتایج نیز نشان دهنده لزوم سیستم درمانی یکپارچه در کل کشور است. وجود پرونده الکترونیک سلامت برای همه افراد، دسترسی کارکنان بهداشتی به اطلاعات بیماران ارایه مراقبت و تصمیم گیری را تسهیل می کند. در تحقیق دی نیز حدود نیمی از پرستاران عنوان کرده اند که منابع لازم برای ارایه مراقبت حرفه ای را در دسترس دارند (۲۵). لینک^۲ به نقل از کانتر بیان می کند هنگامی که کارکنان به اطلاعات، حمایت و منابع کافی دسترسی داشته باشند صاحب قدرت خواهند شد و در غیر این صورت کارایی برای پرسنل وجود نخواهد داشت (۳۰، ۲۰).

نیمی از پرستاران عنوان کردند در محیط های کاری از نتایج مراقبت آن ها ارزیابی دوره ای انجام نمی شود. انجام ارزشیابی های منظم و با بهره گیری از معیارهای استاندارد و شفاف و ارایه بازخورد به پرستاران یکی از اصول ارتقاء حرفه ای است که می تواند به ارتقا کیفیت خدمات ارایه شده بیانجامد. نتایج این تحقیق لزوم طرح ریزی ارزشیابی های سراسری و دوره ای را بیش از پیش مشخص می کند. در تحقیق دی ۵۶/۹ درصد از پرستاران موافق بوده اند که زمان کافی برای ارزشیابی سالیانه آن ها صرف می شود و ۶۳/۶ درصد بیان کرده اند بازخورد مناسب و دوره ای از عملکرد آن ها صورت نمی گیرد (۲۵).

نیمی از پرستاران به ندرت در تصمیم گیری های خود ملاحظات مالی را در نظر می گیرند و حدود یک سوم نیز مراقبت هایشان

پرستاران شرکت کننده در مطالعه دی و همکاران ۸۱ درصد در مراقبت از بیمار، ۶۹ درصد در تصمیم گیری و ۷۹ درصد در فرایند حل مساله دارای استقلال بودند (۲۵). یکی از راه های تقویت نیروی انسانی در محیط های چالش برانگیز ایجاد امکان مشارکت آن ها در تصمیم گیری در مورد وظایفشان یا نحوه مشارکت آنان است (۲۸). این روش نه تنها موجب بهره وری یا مشارکت پرستاران می شود بلکه مهارت استقلال را در آن ها تقویت می بخشد. مشارکت کارکنان در تصمیم گیری می تواند موجب احساس با ارزش بودن، پر معنا بودن، رضایت شغلی و ملاحظات اخلاقی شود (۲۱).

بیش از نیمی از پرستاران معتقد بودند عمل بر اساس معیارهای اخلاقی بیماران مهم است اما در محیط بالین سه چهارم پرستاران بر اساس ارزش های اخلاقی خود عمل می کردند. نتایج این تحقیق بیش از پیش لزوم تبیین حقوق بیمار و کاربرد معیارهای اخلاقی را در بالین و مراقبت از بیمار را نشان می دهد. به طور مسلم آموزش به پرستاران در قالب آموزش مداوم و استفاده از دستورالعمل های بالینی می تواند به کاربردی شدن اصول اخلاقی در تصمیم گیری ها کمک کند. در تحقیق دی نیز ۴۸ درصد پرستاران معیارهای اخلاقی خود را متفاوت از معیارهای موجود در محیط کار یافتند (۲۵). نیمی از پرستاران انجام مباحثه در مورد چالش های اخلاقی با همکاران را بسیار مهم می دانستند اما در عمل کمی بیش از یک سوم پرستاران در مورد مسایل اخلاقی با تیم بهداشتی مباحثه می کردند. تحقیق جانستون^۱ نشان داد پرستارانی که دچار چالش اخلاقی در مراقبت از بیمار می شوند به روش های مختلف به حل این مساله می پردازند، ۸۹/۹ درصد از طریق بحث با همکاران پرستار، ۷۰ درصد بحث با مدیران، ۴۷ درصد مشورت با پزشک بیمار، ۴۱ درصد بحث با دیگر پرسنل بهداشتی و فقط ۵ درصد بدون مشورت با فردی تصمیم گیری می کنند (۲۹). حدود دو سوم از پرستاران بحث در مورد مشکلات مراقبتی با همکاران را مهم می شمارند و در محیط

1. Jonston

2. Link



دانشجویان در بیمارستان وجود دارد. از طرفی مسئولیت پرستاران در مقابل دانشجویان به طور شفاف و واضح مشخص نیست و در ساختار آموزشی پرستاری نیز هیات علمی بالینی در بیمارستان حضور ندارد تا بتواند جایگاه آموزشی را تبیین کند به همین دلیل دانشجویان شاید به خوبی نتوانند از تجارب ارزنده پرستاران بهره مند شوند. تحقیق چون^۳ مبین آن است که آموزش بالینی و یادگیری مستلزم وجود یک محیط حمایت کننده است (۳۳). همان گونه که کار پرستاران تحت تاثیر محیط کار آن ها قرار می گیرد، پیامدهای آموزشی دانشجویان نیز تحت تاثیر ویژگی های محیط آموزش قرار دارد. فراهم بودن شرایط محیطی و ارتباط مناسب دانشجویان با پرسنل پرستاری در تحقق اهداف آموزشی تاثیر بسزایی دارد (۳۴).

نتایج نشان داد بیش از سه چهارم پرستاران تغییری در برنامه کاری خود نخواهند داد و فقط حدود ۵ درصد تصمیم به ترک همیشگی این حرفه دارند. این یافته در برگزیده اراده حرفه ای پرستارانی است که علیرغم کاستی ها همچنان به ارایه مراقبت به بیماران و خانواده های آنان همت می گمارند. هرک^۴ پیش بینی می کند که تا سال ۲۰۱۴ یک میلیون پرستار جدید باید استخدام شوند تا جایگزین پرستاران بازنشسته یا ترک کار کرده شود. یکی از مشکلات این است که با وجود افزایش گرایش افراد به رشته پرستاری پرستاران فارغ التحصیل به ویژه تا ۴ سال اول پس از فارغ التحصیلی از این شغل خارج می شوند (۳۵). تحقیق بول^۵ نشان داد که ۳۰ درصد پرستاران فارغ التحصیل در سال اول و ۵۷ درصد در سال دوم این حرفه را ترک می کنند (۳۶). گودین^۶ یکی از دلایل کمبود نیروی کار پرستاری را محیط کار ذکر می کند. خستگی، ترک کار، کار نیمه وقت و استخدام از مواردی است که در سکوت، محیط کاری پرستاران را تغییر می دهد و بر نیروی کار موثر است (۳۷).

با محدودیت مالی محل کار سازگاری ندارد. این نتایج نشان می دهد که پرستاران بالین از سیاست های مالی اتخاذ شده توسط بیمارستان و سیاستگذاران بهداشتی بی اطلاع هستند. مشارکت بیشتر پرستاران در امر سیاستگذاری و اطلاع رسانی به موقع مدیران در مورد برنامه های کلان بهداشتی می تواند در دستیابی به این مهم موثر باشد. تحقیق دی نشان می دهد نیمی از پرستاران عنوان کرده اند که مسئولین بیشتر به جنبه های مالی توجه دارند تا مراقبت از بیمار (۲۵). نتایج تحقیق دال^۱ و همکاران بیانگر آن است که با افزایش هزینه های مراقبت بهداشتی، به منظور بهبود اثر بخشی و کارایی سیستم مراقبت بهداشتی باید پرستاران را در مباحث به صرفه بودن و مراقبت با کیفیت بالا مشارکت داد. به نظر می رسد در این زمینه باید در سیاست گذاری های بهداشتی پرستاران مشارکت بیشتری داشته باشند تا بتوانند با آگاهی و دانش لازم در هنگام تصمیم گیری، سیاست های مالی را نیز در نظر بگیرند (۳۱).

بیش از سه چهارم پرستاران بیان کرده اند مراقبت آن ها با خواسته های بیمار هماهنگی دارد و برای ارتباط با بیمار زمان مشخصی را اختصاص می دهند. پرستاران صرف نظر از تمامی کاستی های حرفه ای و محیطی همچنان ارایه مراقبت به بیمار را یک اولویت می دانند که این درایت موجب ارایه مراقبت مناسب با وجود کاستی های احتمالی می شود. در مطالعه کانای^۲ ۳۸/۹ درصد پرستاران موافق بودند که حمایت کافی وجود دارد تا پرستار بتواند زمان بیشتری را صرف بیمار کند (۲۶). تحقیقات نیدلمن^۲ بیانگر آن است که هر چه زمان ارایه مراقبت مستقیم به بیمار توسط پرستار افزایش می یابد، زمان اقامت در بیمارستان کوتاهتر شده، عوارض ناشی از بستری شدن کاهش می یابد و میزان شکست در عملیات احیا نیز کمتر می شود (۳۲). دو سوم از پرستاران اذعان داشته اند زمان کافی برای کار با دانشجویان اختصاص نمی دهند. نتایج این تحقیق برگرفته از موقعیتی است که برای اکثر پرستاران و

- | | |
|----------|-------------|
| 1. Dall | 2. Needlman |
| 3. Chun | 4. Hecker |
| 5. Bowel | 6. Goodin |



همچنین این تحقیق به صورت توصیفی صورت گرفته است و ضمن این که پایه ای برای مطالعات بعدی می باشد همچنین می تواند به منظور بررسی اهمیت هر جز محیط بالین در ارایه مراقبت به بیمار به صورت ارتباطی و در سطح بالاتری از شواهد صورت گیرد.

نتیجه گیری

توجه به کاربردی کردن استانداردهای پرستاری در بالین، تسهیل فرایند ارتباط بین گروهی در تیم بهداشتی و ارتباط با مدیران، برطرف کردن مواردی که موجب تنش در تیم بهداشتی می شود، تصحیح کمبود نیروی انسانی و تجهیزات مناسب، توجه به اصول ارگونومی در ساخت محیط های بیمارستان، استفاده از نورهای بهتر، بزرگ کردن صفحه مانیتور کامپیوتر، استفاده از فونت های بزرگ تر در تایپ مطالب در اتاق تجهیزات و تجهیزات اورژانس، وجود اتاق های آرام سازی و محل استراحت پرسنل، استفاده از درهایی که به جای درهای کشویی، استفاده از بسته هایی با درهای آسان باز شو، استفاده از بر چسب هایی خوانا و کاهش موارد تولید صدا، از جمله مواردی است که می تواند به بهتر شدن محیط کاری پرستاران بیانجامد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه طرح مصوب سازمان نظام پرستاری کل کشور به شماره "۸۸/۱۱۲/ن پ آ" مصوب ۱۳۸۸/۲/۱۴ است. جا دارد از تمامی پرستارانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند کمال تشکر و قدردانی بعمل آید. لازم به ذکر است بدون حمایت های بی دریغ هیات مدیره های سراسر کشور انجام این پژوهش میسر نبود که در این جا از تمامی افراد کمال قدردانی را داریم.

سه چهارم پرستاران نیز تمایل دارند در همان بخش محل کار خود بمانند و امید به کسب موقعیت های بهتر دارند. یکی از نکات قابل توجه این تحقیق درخواست حدود ۹۰ درصد پرستاران برای کاهش ساعات کاری بود. یک محیط کار سالم با رضایت مندی بیماران، میزان ماندن افراد در این رشته، کاهش تعویض رشته، افزایش جذب این رشته و رضایت شغلی همراه است (۶، ۳۸). نتایج این تحقیق تصویری کوچک از محیط بالین پرستاری را پیش روی ما قرار داد. قطع به یقین این پژوهش به تنهایی نمی تواند آینه ای از وضعیت موجود را در اختیار ما قرار دهد بلکه می تواند پایه ای برای تحقیقات جامع تر در این زمینه باشد. پرستاران افرادی هستند که می توانند استراتژی موثر در بهبود محیط کاری را مشخص کنند و جایگاه های ویژه ای در طراحی سیاست و نظام های سلامت کسب کنند. این امر به جز از طریق تدوین استانداردهای محیط کار، کسب آگاهی از وضعیت کنونی محیط کار و مقایسه این دو با یکدیگر و همچنین افزایش آگاهی پرستاران از چالش های موجود و چگونگی رفع آن و داشتن یک هدف مشخص در سیاست های سلامت و ترغیب و تجهیز پرستاران در کسب آن میسر نمی باشد. از محدودیت های پژوهش می توان به حجم نمونه کوچک آن اشاره کرد. از طرفی برای دسترسی بهتر به پرستاران و جلوگیری از پراکندگی، برای نمونه گیری از هیات مدیره های نظام پرستاری کل کشور استفاده شد. این محدودیت ها می تواند تعمیم پذیری نتایج را با اشکال رو به رو کند. این تحقیق به طور کلی به بررسی وضعیت محیط بالین از دیدگاه پرستاران پرداخت که می تواند با جزئیات بیشتر به منظور مقایسه وضعیت بیمارستان های دولتی، خصوصی، تامین اجتماعی، ارتش و ... و از دیدگاه دیگر سیاستگذاران امر بهداشت و سلامت صورت گیرد و از نتایج آن در بهبود وضعیت محیط کاری و ایجاد الگوهایی برای ارایه یک محیط استاندارد استفاده شود.



منابع

1. Positive practice environments: Quality workplace : Quality patient Care. Available on line. www.icn.ch/indkit2007.pdf. Accessed: 20 October 2008.
2. Roman L. Nursing shortage: looking to the future. *RN* 2008 Mar; 71(3):34-6, 38-41.
3. Ellis JR. Quality of care, nurses' work schedules, and fatigue: A white paper, Seattle: Washington State Nurses Association. 2008.
4. Occupational health and safety for nurses. Available on line www.icn.ch/pshealthsafety00.htm .Accessed: 12 July 2008.
5. Milisen K, Abraham I, Siebens K, Darras E. Work environment and workforce problems: A cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *International Journal of Nursing Studies* 2006; 43: 745-754.
6. Kramer M, Schmalenberg C. Essentials of magnetism. In: McClure ML, Hinshaw AS, eds. Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses. Washington, DC: American Nurses Association 2002; 25-59.
7. Bogaert P.V, Clarke S, Vermeyen K, Meulemans H, Van de Heyning P. Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: Development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 46: 55-65.
8. Manion J. managing the Multi-generational Nursing Workforce: Managerial and policy Implications. Geneva, Switzerland: International Centre for Human Resources in Nursing, 2009. Available on line www.ichrn.com/publications/policyresearch/Multigen_Nsg_Wkforce-EN.pdf Accessed: 22 Janury 2009.
9. Hatcher BJ, Bleich MR, Connolly C, Davis K, Hewitt PO, Hill KS 2006. Wisdom at work: The importance of the older and experienced nurse in the workplace, Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, NJ. Available on line: www.icn.ch/Multigenerational_Nsg_WkforceFR.pdf Accessed: 14 November 2008.
10. Aiken LH, Sloane DM. Effects of organizational innovations in AIDS care on burnout among hospital Nurses. *Work and Occupations* 1997; 24: 455-479.
11. Leiter MP, Laschinger HKS. Relationships of work and practice environment of professional burnout. *Nursing Research* 2006; 55: 137-146.
12. Mariano C. Holistic Nursing as a Specialty: Holistic Nursing-Scope and Standards of Practice. *Nurs Clin N Am* 2007; 42: 165-188.
13. Lambert V, Glacken M. Clinical education facilitators: a literature review. *Journal of clinical nursing*. 2005 Jul; 14 (6): 664-73.
14. Aiken L, Clarke S, Cheung R, Sloane D, Silber J. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association* 2003; 290 (12): 1617-1623.
15. Gardulf A, Soderstrom, I L, Orton ML, Eriksson L E, Arnetz B, Nordstrom G. Why do nurses at a university hospital want to quit their jobs? *Journal of Nursing Management* 2005; 13 (4): 329-337.



16. Fochsen G, Sjogren K, Josephson M, Lagerstrom M. Factors contributing to the decision to leave nursing care: a study among Swedish nursing personnel. *Journal of Nursing Management* 2005; 13 (4): 338–344.
17. Aiken L H, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organizational support and quality of care: crossnational findings. *International Journal for Quality in Health Care* 2002; 14 (1): 5–13.
18. Friese, C., Lake, E.T., Aiken, L.H., Silber, J., & Sochalski, J. Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Services Research* 2008; 43(4): 1145-1163.
19. Tourangeau A, Doran D, McGillis Hall L, O'Brien Pallas L, Pringle D, Tu J, Cranley L. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal of Advanced Nursing* 2007;57 (1): 32–44.
20. Kanter R.M. *Men and Women of the Corporation*. Basic Books, New York 1993.
21. Mok E, Au-Yeung B. Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong. *Journal of Nursing Management* 2002;10: 129–137.
22. Weaver E T. Enhancing multidisciplinary teamwork. *Nurs Outlook* 2008; 56:108-114.
23. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health affairs* 2001;20 (3): 43–53.
24. Chan S K D. Combining qualitative and quantitative methods in assessing hospital learning environments. *International Journal of Nursing Studies* 2001; 38: 447–459.
25. Day G, Minichiello V, Madison J. Self-reported perceptions of Registered Nurses working in Australian hospitals. *Journal of Nursing Management* 2007; 15: 403–413.
26. Kanai-Pak M, Aiken L H, Douglas M, Poghosyan L S. Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17: 3324–3329.
27. Stuenkel D L, Nguyen SH, Cohen J. Nurses' Perceptions of their work environment. 2007; 22(4): 337–342.
28. Spreitzer GM. Psychological empowerment in the workplace: dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal* 1995; 38 (5): 1442–1465.
29. Johnstone M, Costa C, Turale S. Registered and enrolled nurses' experiences of ethical issues in nursing practice. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2004; 22 (1):
30. Link M, Heather K, Laschinger S, Almost J, Tuer-Hodes D. Workplace Empowerment and magnet hospital characteristics. *JONA* 2003; 33(7/8):
31. Dall T M, Chen Y J, Seifert R F, Maddox P J, Hogan P F. The economic value of professional nursing. *Medical Care* 2009 Jan; 47(1):
32. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine* 2002; 346 (22): 1715–1722.
33. Chun-Heung L, French P. Education in the practicum: a study of the ward learning climate in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26: 455–462.



34. Hart G, Rotem A. The clinical learning environment: nurses' perceptions of professional development in clinical settings. *Nurse Education Today* 1995;15: 3–10.
35. Hecker DE. Occupational employment projections to 2014. *Monthly Labor Review* 2005; 128: 70– 101.
36. Bowles C, Candela L. First job experiences of recent RN graduates. *Journal of Nursing Administration* 2005; 35: 130–137
37. Goodin HJ. The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 43 (4): 335–350.
38. Kotzer AM, Arellana K. Defining an evidence-based work environment for nursing in the USA. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17: 1652–1659.



This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.