Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 15, Issue 1, Spring 2026

Evaluation of Charge Nurses' Managerial Competence and Prioritization of its Dimensions from Clinical Nurses' Perspective: A Cross-Sectional Study

Seyed Hassan Mohiti[1], Mohammad Amin Karimi[1], Zohreh Pourismail[2], Fatemeh Heshmati Nabavi[3*]

1- MSc in Nursing Management, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
2- Assistant Professor of Nursing, Department of Emergency Medical Services, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
3- Professor of Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

***Corresponding Author:** Fatemeh Heshmati Nabavi, Professor of Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
Email: heshmatinf@mums.ac.ir

Received: 2026/09/28 Accepted: 2026/10/06

Abstract

Introduction:: Charge nurses are frontline nursing leaders who coordinate clinical care and influence patient safety and team functioning; however, their managerial competence is overshadowed by clinical expertise. This study assessed and ranked the dimensions of charge nurses' managerial competence from clinical nurses' perspectives.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2025 across eight teaching hospitals affiliated with Mashhad University of Medical Sciences. A multistage stratified proportional sampling was used. 215 charge nurses were evaluated by 430 clinical nurses (two independent raters per charge nurse) using the Nursing Manager Competency Scale. Data were analyzed using a linear mixed-effects model with Bonferroni adjustment and the nonparametric Friedman test in Stata version 19.5. The level of significance was considered to be 0.05.

Results: The overall managerial competency score was 70.96±15.59, indicating performance above the midpoint. The five dimensions differed significantly ($p<0.001$). Personal mastery had the highest score (73.68±0.82) and was significantly higher than all other dimensions ($p<0.001$). Change and resource management had the lowest score (68.27±0.82) and was significantly lower than all other dimensions ($p<0.01$).

Conclusion: Findings showed "Personal Mastery" as a relative strength and "Change and Resource Management" as a priority for improvement. Given that charge nurses, especially in large hospitals and evening/night shifts, must actively engage in change processes, resource management, and staff training, targeting these competencies in transition-to-practice programs can enhance their managerial performance.

Keywords: Managerial competence; Charge nurses; Clinical nurses; Nursing management.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

Extended Abstract

Introduction

Charge nurses are frontline nursing leaders who coordinate daily care, oversee patient workflow, support bedside clinical teams, and play an essential role in maintaining care quality and patient safety. Although charge nurses work at the critical intersection of clinical delivery and unit-level administrative leadership, their managerial competence is often overlooked or taken for granted, frequently overshadowed by their clinical seniority and technical skills.

A systematic and objective evaluation of charge nurses' managerial competence from the perspective of the bedside nurses they oversee is vital for understanding their performance profile, identifying developmental needs, and informing targeted leadership development curricula. Accordingly, this study aimed to assess the overall level of charge nurses' managerial competence and prioritize its underlying dimensions from the perspective of clinical nurses.

Methods

This cross-sectional, descriptive-analytical study was conducted in 2025 across eight teaching hospitals affiliated with Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. Using a multistage stratified sampling technique with proportional allocation across hospitals, 215 charge nurses were evaluated by 430 collaborating clinical nurses.

To ensure the objectivity and reliability of assessments, a dyadic evaluation model was employed, wherein each individual charge nurse was rated independently by two peer clinical nurses from the same unit. In cases where an invited nurse declined to participate or returned an incomplete survey form, a replacement protocol was implemented: an eligible replacement evaluator was selected at random from the identical unit and shift schedule to maintain the dyadic rating structure without compromising data integrity.

Data were gathered using the 60-item Nursing Manager Competency Scale, adapted from Choi et al. (2022). The instrument assesses five distinct competency dimensions: Personal Mastery; Team Communication and Collaboration; Quality Monitoring and Follow-Up; Staff Support and Development; and Change and Resource Management. Raw dimension scores were standardized to a 0–100 scale to permit direct comparisons across dimensions. Data management and statistical analysis were performed using Stata version 19.5. Differences among dimensions and hierarchical ranking were assessed using a linear mixed-effects model with Bonferroni-adjusted post hoc pairwise comparisons, alongside the nonparametric Friedman test. The level of significance was considered to be 0.05. Voluntary participation, confidentiality, and institutional ethical standards were maintained throughout.

Results

The overall managerial competency score of charge nurses was 70.96 ± 15.59 out of 100, demonstrating a performance level positioned above the conceptual midpoint of the scale.

The evaluation across the five dimensions revealed statistically significant differences, as demonstrated by both the linear mixed-effects model (Wald χ^2 (4)= 113.99, p< 0.001) and the Friedman test (χ^2 (4) = 47.94, p< 0.001). Personal Mastery achieved the highest mean (SE) score (73.68± 0.82) and was significantly higher than every other dimension evaluated (p<0.001). Team Communication and Collaboration ranked second (71.52 ± 0.82). Quality Monitoring and Follow-Up (70.56 ± 0.82) and Staff Support and Development (70.16 ± 0.82) occupied the intermediate competency tier, with no statistically significant differences observed among these three mid-tier dimensions. Change and Resource Management received the lowest mean score (68.27±0.82), demonstrating a statistically significant downward divergence from all other dimensions (p < 0.01). These findings depict a distinct competency profile: frontline charge nurses demonstrate high individual accountability and personal discipline, but face measurable challenges in managing structural change and resource allocation.

Discussion

The prominent score observed in Personal Mastery highlights the observable, interpersonal, and self-regulatory nature of individual professional behavior. In routine unit workflows, clinical nurses directly witness their charge nurses' work ethic, ethical accountability, emotional stability, and professional discipline. Because charge nurses are traditionally chosen based on seniority and clinical competence, they bring mature personal and professional standards to their shifts, fostering trust and peer respect.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

Conversely, the lower rating assigned to Change and Resource Management reflects structural and systemic barriers inherent in frontline healthcare environments rather than mere individual shortcomings. Managing material resources, coordinating beds, coping with staffing shortages, and implementing top-down organizational changes require institutional authority, budget transparency, and administrative autonomy—prerequisites that are largely withheld from shift supervisors. This discrepancy is particularly pronounced in large tertiary hospitals and units with large bed capacities, where charge nurses—especially on evening and night shifts—must manage high patient acuity and unexpected operational bottlenecks without immediate on-site administrative backup. Consequently, this dimension represents a genuine functional gap between administrative role expectations and the actual authority delegated to frontline charge nurses.

Interestingly, this hierarchical ordering differs from that reported by Choi et al. (2022) among middle-level nursing managers, where Quality Monitoring ranked highest and Team Communication ranked lowest. This variation underscores the differing organizational mandates of nursing leadership levels: while middle managers possess formal administrative backing and oversight responsibilities, charge nurses operate within direct bedside reality, where individual self-regulation and peer communication are paramount for immediate shift stability.

The findings underscore the urgent need for structured, formal onboarding and transition-to-practice programs for newly appointed charge nurses. Clinical seniority alone does not ensure managerial effectiveness.

Nurse executives and hospital administrators should implement targeted training programs that specifically cultivate competencies in change leadership, dynamic shift-level resource allocation, dispute resolution, and staff mentorship. Furthermore, healthcare organizations must bridge the functional gap by decentralizing sufficient operational authority and providing transparent communication channels to support charge nurses, particularly during off-hours, night shifts, and in high-capacity inpatient units.

Conclusion

Charge nurses demonstrate an overall managerial competency above average from the perspective of clinical nurses. However, their competency profile is unevenly developed: while “Personal Mastery” stands as a relative strength, “Change and Resource Management” represents the most critical area requiring organizational reinforcement.

Given that charge nurses, especially in large hospitals and high-capacity units during evening and night shifts, must actively steer change processes, navigate resource constraints, and guide staff, enhancing these core capabilities through pre-appointment preparatory programs and sustained institutional backing will be pivotal in optimizing frontline management and clinical care delivery.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

دوره ۱۵، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵

ارزیابی شایستگی مدیریت مسئولین شیفت پرستاری و اولویت‌بندی ابعاد آن از دیدگاه پرستاران بالینی: یک مطالعه مقطعی

سیدحسن محیطی[۱]، محمدامین کریمی[۱]، زهره پوراسماعیل[۲]، فاطمه حشمتی نبوی[۳*]

۱.کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار پرستاری، گروه فوریت‌های پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استاد پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

***نویسنده مسئول:** فاطمه حشمتی نبوی، استاد پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
ایمیل: heshmatinf@mums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۷/۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۷/۱۴

چکیده

مقدمه: مسئولان شیفت پرستاری به‌عنوان مدیران خط مقدم، نقش تعیین‌کننده‌ای در هماهنگی بالینی و ایمنی مراقبت ایفا می‌کنند؛ بااین‌حال، شایستگی‌های مدیریتی آنان اغلب در سایه مهارت‌های بالینی نادیده گرفته می‌شود. این پژوهش با هدف سنجش و رتبه‌بندی ابعاد شایستگی مدیریتی مسئولان شیفت از دیدگاه پرستاران بالینی انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۴ در هشت بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای چندمرحله‌ای با تخصیص متناسب، ۲۱۵ مسئول شیفت توسط ۴۳۰ پرستار بالینی همکار (هر مسئول شیفت توسط ۲ ارزیاب مستقل) با استفاده از «مقیاس شایستگی مدیر پرستاری» ارزیابی شدند. تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از مدل اثرات آمیخته خطی با تعدیل بونفرونی و آزمون ناپارامتری فریدمن در نرم‌افزار استتا نسخه ۱۹.۵ صورت پذیرفت. سطح معنی داری سطح معناداری ۰،۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نمره کل شایستگی مدیریتی مسئولان شیفت بالاتر از سطح متوسط (۱۵/۵۹±۷۰/۹۶ از ۱۰۰) برآورد شد. بااین‌حال، توزیع نمرات در ابعاد پنج‌گانه ناهمگن بود ($p<۰/۰۰۱$). بیشترین امتیاز به بُعد «تسلط شخصی» با میانگین ۰/۸۲±۷۳/۶۸ تعلق داشت که به‌طور معناداری از سایر ابعاد بالاتر بود ($p<۰/۰۰۱$). در مقابل، بُعد «تغییر و مدیریت منابع» کمترین امتیاز را با میانگین ۰/۸۲±۶۸/۲۷ کسب کرد و نمره آن به‌طور معناداری از تمام ابعاد دیگر پایین‌تر بود ($p<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد، در میان ابعاد ارزیابی‌شده، «تسلط شخصی» به‌عنوان نقطه قوت نسبی و «تغییر و مدیریت منابع» به‌عنوان حوزه‌ای نیازمند توجه بیشتر می‌باشد. با توجه به اینکه به‌ویژه در بیمارستان‌های بزرگ و بخش‌های دارای تخت‌های بیمارستانی بیشتر، مسئولان شیفت در شیفت‌های کاری عصر و شب نیاز دارند در فرآیند تغییر، مدیریت منابع و آموزش کارکنان مشارکت داشته باشند، توجه به توسعه این صلاحیت‌ها در برنامه‌های آماده‌سازی جهت شروع مسئولیت می‌تواند نقش مهمی در افزایش عملکرد مدیریتی مسئولان شیفت داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: شایستگی مدیریتی، مسئول شیفت، پرستاران بالینی، مدیریت پرستاری.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

مقدمه

نظام‌های سلامت معاصر در محیطی پویا و پیچیده فعالیت می‌کنند و با چالش‌هایی مانند کمبود نیروی انسانی و محدودیت منابع (۱)، افزایش پیچیدگی نیازهای سلامت، تغییرات سریع فناوری و ضرورت ارتقای ایمنی بیمار مواجه‌اند (۲). در چنین شرایطی، ارائه مراقبت ایمن و باکیفیت، افزون بر دانش و مهارت بالینی کارکنان، به رهبری اثربخش و شایستگی‌های مدیریتی در سطوح مختلف سازمان، به‌ویژه در خط مقدم ارائه خدمات، وابسته است (۲, ۳). شواهد نشان می‌دهد که محیط کار و به ویژه سبک رهبری مدیران می‌تواند بر کیفیت مراقبت و رضایت شغلی اثر بگذارد (۴)؛ همچنین شایستگی‌های مدیریتی و حمایت سازمانی نقشی کلیدی در افزایش رضایت شغلی، تعهد سازمانی و کاهش قصد ترک خدمت کارکنان ایفا می‌کنند (۵, ۶).

در ساختار بیمارستانی، مدیران رده اول پرستاری و به‌طور خاص مسئولین شیفت پرستاری، حلقه اتصال سیاست‌ها و اهداف سازمان با عملکرد روزمره کارکنان در بالین هستند. آنان مسئول هماهنگی فعالیت‌های پرستاری، تخصیص بیماران و نیروی انسانی، نظارت بر تداوم مراقبت، پاسخ‌گویی به تغییرات بار کاری و مدیریت مسائل پیش‌بینی‌نشده‌اند (۷, ۸). بنابراین، مسئول شیفت باید در موقعیت‌های بحرانی تصمیم‌گیری کند، ارتباط میان اعضای تیم درمان را تسهیل نماید، تعارض‌ها را مدیریت کند و مسائل کارکنان را به سطوح بالاتر سازمان منتقل سازد. ازاین‌رو، عملکرد این گروه می‌تواند بر هماهنگی تیمی، رضایت کارکنان و رعایت استانداردهای ایمنی و مراقبتی اثرگذار باشد.

ایفای اثربخش نقش مسئول شیفت، فراتر از سابقه بالینی یا تسلط بر مهارت‌های فنی است و به مجموعه‌ای از شایستگی‌های مدیریتی، ارتباطی، حرفه‌ای و فردی نیاز دارد (۸). در ادبیات مدیریت پرستاری، شایستگی مدیریت به ترکیبی از دانش، مهارت، نگرش، ارزش‌ها و رفتارهای قابل مشاهده اشاره دارد که فرد را قادر می‌سازد وظایف مدیریتی و حرفه‌ای خود را در موقعیت‌های واقعی، ایمن، اثربخش و مسئولانه انجام دهد (۳). بنابراین، ارزیابی شایستگی مدیریتی نباید تنها بر یک توانایی یا عملکرد کلی متمرکز باشد، بلکه باید ابعاد مختلف آن را به‌صورت یکپارچه بررسی کند. در مطالعه حاضر، شایستگی مدیریتی در پنج بُعد بررسی شد. تسلط شخصی، شامل خودآگاهی، مسئولیت‌پذیری، تاب‌آوری، یادگیری مستمر و پایبندی به اصول اخلاقی؛ ارتباطات و همکاری تیمی، شامل تبادل مؤثر اطلاعات، مشارکت‌دهی اعضای تیم و مدیریت تعارض؛ نظارت و پیگیری کیفیت، شامل پایش فرایندهای مراقبتی، توجه به ایمنی بیمار، شناسایی خطاها و پیگیری اقدامات اصلاحی؛ حمایت و توسعه کارکنان، شامل شنیدن دغدغه‌های پرستاران، حمایت حرفه‌ای، ارائه بازخورد و کمک به رشد توانمندی آنان؛ و تغییر و مدیریت منابع، شامل تخصیص منطقی نیروی انسانی و امکانات، اولویت‌بندی فعالیت‌ها و هدایت کارکنان در شرایط تغییر و کمبود منابع (۵, ۹)، که این ابعاد اگرچه از یکدیگر متمایزند، به‌هم‌پیوسته بوده و ضعف در هر یک می‌تواند بر عملکرد سایر حوزه‌ها اثر بگذارد.

در نظام سلامت ایران، مسئولین شیفت پرستاری در شرایطی فعالیت می‌کنند که شیفت‌های چرخشی، تراکم شیفت‌های عصر و شب، کمبود نیروی انسانی، نسبت نامتناسب پرستار به بیمار، افزایش حجم کار و محدودیت تجهیزات، پیچیدگی نقش آنان را افزایش می‌دهد (۶, ۱۰). افزون بر این، انتصاب افراد در این جایگاه در برخی محیط‌های درمانی همچنان بیشتر بر سابقه بالینی، ارشدیت یا مهارت فنی استوار است؛ درحالی‌که تجربه بالینی به‌تنهایی نشان‌دهنده آمادگی فرد برای رهبری تیم، مدیریت تعارض و تخصیص منابع نیست. انتقال از نقش ارائه‌دهنده مستقیم مراقبت به نقش هدایت‌کننده کارکنان، بدون آموزش کافی در زمینه ارتباطات مدیریتی، تفویض اختیار، تصمیم‌گیری و مدیریت تغییر، می‌تواند به ابهام نقش و کاهش اثربخشی تیم منجر شود (۸, ۱۰).

یکی از ملاحظات مهم در ارزیابی شایستگی، منبع ارزیابی است. خودارزیابی می‌تواند به افزایش خودآگاهی و شناسایی نیازهای آموزشی کمک کند؛ اما تمایل به ارائه تصویری مطلوب از خود، سوگیری ارفاقی، بیش‌برآورد توانمندی‌ها و محدودیت مشاهده رفتارهای مدیریتی از منظر بیرونی، اعتبار آن را محدود می‌کند (۱۱, ۱۲). در مقابل، ارزیابی شایستگی از دیدگاه سایرین، به‌ویژه پرستاران بالینی، می‌تواند اطلاعات مکمل و واقع‌بینانه‌تری فراهم کند. پرستاران، رفتار مسئول شیفت را در موقعیت‌های واقعی و تکرارشونده، از جمله نحوه توزیع کار، پاسخ‌گویی به کمبود نیرو، حمایت از کارکنان، انتقال اطلاعات، مدیریت تعارض و پیگیری مسائل کیفی، مشاهده می‌کنند. از این منظر، ارزیابی رو به بالا بخشی از رویکرد دریافت بازخورد از سایرین است و می‌تواند برخی نقاط کور مدیریتی را آشکار سازد (۱۱, ۱۳). مطالعه مقایسه‌ای درباره خودارزیابی و ارزیابی شایستگی مسئولین شیفت نیز تفاوت میان برداشت افراد از عملکرد خود و ارزیابی ناظران

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

را نشان داده است (۱۲). همچنین، برنامه‌های توسعه رهبری مبتنی بر بازخورد سایرین، نقش دریافت بازخورد از کارکنان، همتایان و مدیران را در افزایش خودآگاهی و بهبود رفتارهای رهبری برجسته کرده‌اند (۱۳).

با وجود اهمیت شایستگی مدیریتی مسئولین شیفت، بسیاری از مطالعات بر مدیران بالا رده پرستاری یا سطح کلی شایستگی تمرکز داشته‌اند و کمتر به مقایسه و رتبه‌بندی ابعاد شایستگی مسئولین شیفت از دیدگاه پرستاران بالینی پرداخته‌اند. همچنین، شواهد موجود درباره حوزه‌هایی که مسئولین شیفت در آن عملکرد مطلوب‌تری دارند یا در آن‌ها، با شکاف شایستگی مواجه‌اند، محدود است. شناسایی و رتبه‌بندی این ابعاد می‌تواند برای طراحی آموزش‌های هدفمند، بازنگری معیارهای انتصاب و ارزیابی عملکرد و تقویت رهبری بالینی سودمند باشد. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی شایستگی مدیریتی مسئولین شیفت پرستاری و رتبه‌بندی ابعاد آن از دیدگاه پرستاران انجام شد.

روش کار

این مطالعه یک پژوهش مقطعی از نوع توصیفی ـ تحلیلی است که در سال ۱۴۰۴ در هشت بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. جامعه پژوهش پرستاران بالینی شاغل در بخش‌های داخلی، جراحی، مراقبت‌های ویژه و اورژانس بیمارستان‌هایی شامل مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی قائم (عج)، بیمارستان ولایت، بیمارستان شهید کامیاب، بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد، بیمارستان تخصصی اطفال دکتر شیخ، مرکز ترومای طالقانی و بیمارستان فوق تخصصی شریعتی بود.

حجم نمونه این مطالعه بر اساس واحد اصلی تحلیل، یعنی مسئول شیفت، تعیین شد. برای تعیین حجم نمونه، با توجه به هدف اصلی مطالعه مبنی بر مقایسه میانگین پنج بُعد شایستگی مدیریتی در هر مسئول شیفت، از طرح اندازه‌گیری‌های تکرارشده یک‌عاملی استفاده شد. میانگین‌های مورد انتظار برای پنج بُعد شامل تسلط شخصی، ارتباطات و همکاری تیمی، نظارت و پیگیری کیفیت، حمایت و توسعه کارکنان، و تغییر و مدیریت منابع، به‌ترتیب برابر با ۳.۱۶، ۳.۰۵، ۳.۲۰، ۳.۰۶ و ۳.۱۵ در نظر گرفته شد. انحراف معیارهای متناظر نیز به‌ترتیب ۰.۸۵۹، ۰.۸۹۰، ۰.۸۱۱، ۰.۹۱۸ و ۰.۸۱۶ در نظر گرفته شد. این مقادیر بر اساس نتایج مطالعه مشابه چوی و همکاران (۲۰۲۲) درباره شایستگی‌های مدیران پرستاری استخراج شد (۵).

محاسبه توان با استفاده از آزمون اف اصلاح‌شده به روش گرینهاوس–گایزر ، سطح معناداری ۰.۰۵ و توان آزمون ۸۰ درصد انجام شد. بر اساس نتایج حاصل از نرم‌افزار پاس ، نسخه ۲۶، حجم نمونه موردنیاز ۲۰۹ مسئول شیفت برآورد شد. با توجه به تعداد مسئولین شیفت واجد شرایط در بیمارستان‌های آموزشی مورد مطالعه و با درنظرگرفتن امکان دسترسی به آنان، در مجموع ۲۱۵ مسئول شیفت وارد مطالعه شدند.

نمونه‌گیری به‌صورت طبقه‌ای چندمرحله‌ای و با تخصیص متناسب انجام گرفت. در مرحله نخست، هر یک از هشت بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد به‌عنوان یک طبقه اصلی در نظر گرفته شد و سهم هر مرکز متناسب با نسبت تعداد پرستاران شاغل در آن به کل جامعه پژوهش تعیین گردید؛ بر این اساس از مجموع ۴۳۰ پرستار بالینی شرکت‌کننده، بیشترین نمونه مربوط به بیمارستان امام رضا با ۱۸۰ نفر (۹/۴۱٪) و قائم با ۱۰۲ نفر (۷/۲۳٪) و مابقی شامل بیمارستان‌های شهید هاشمی‌نژاد (۵۲ نفر، ۱/۱۲٪)، شهید کامیاب (۴۰ نفر، ۲/۹٪)، دکتر شیخ (۲۸ نفر، ۵/۶٪)، طالقانی (۱۲ نفر، ۸/۲٪)، ولایت (۱۰ نفر، ۳/۲٪) و شریعتی (۶ نفر، ۴/۱٪) بودند. . در مرحله دوم، بخش‌های درمانی هر بیمارستان در چهار طبقه شامل داخلی، جراحی، اورژانس و مراقبت‌های ویژه قرار گرفتند. سپس، در هر بخش، با استفاده از برنامه ماهانه نیروی انسانی و با درنظرگرفتن شیفت‌های صبح، عصر و شب، پرستارانی شناسایی شدند که با مسئول شیفت تعامل کاری مستقیم داشتند و از فرصت کافی برای مشاهده رفتارهای مدیریتی وی در محیط واقعی کار برخوردار بودند. برای هر مسئول شیفت، دو پرستار بالینی به‌عنوان ارزیاب مستقل انتخاب شدند و میانگین نمرات آنان به‌عنوان نمره ارزیابی مسئول شیفت در نظر گرفته شد. انتخاب ارزیابان بر اساس تعامل کاری مستقیم و تجربه واقعی آنان از عملکرد مسئول شیفت انجام گرفت؛ زیرا در رویکرد ارزیابی رو به بالا و بازخورد چندمنبعی، اعتبار ارزیابی تا حد زیادی به میزان تماس حرفه‌ای ارزیاب با فرد مورد ارزیابی و فرصت مشاهده رفتارهای مدیریتی وی وابسته است. بر این اساس، ارزیابی پرستاران بالینی می‌توانست بر مشاهده واقعی مؤلفه‌هایی مانند رفتارهای مدیریتی، ارتباطات حرفه‌ای، حمایت از کارکنان و نظارت بر فرایند مراقبت استوار باشد (۱۴, ۱۵). از سوی دیگر، پایایی ارزیابی‌های چندمنبعی تحت تأثیر عواملی مانند تعداد ارزیابان، میزان تماس آنان با فرد مورد ارزیابی و تداوم فرصت‌های مشاهده قرار دارد (۱۶, ۱۷).

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

بنابراین، با توجه به استمرار ارتباط حرفه‌ای میان پرستاران بالینی و مسئولان شیفت و با درنظرگرفتن هدف مطالعه، یعنی ارزیابی شایستگی مدیریتی در سطح ابعاد آن، استفاده از دو ارزیاب مستقل برای هر مسئول شیفت مناسب تشخیص داده شد؛ در مواردی که به‌دلیل عدم تمایل به همکاری یا نقص در پاسخ‌دهی، تعداد ارزیابان یک مسئول شیفت به کمتر از دو نفر می‌رسید، ارزیاب جایگزین به‌صورت تصادفی ساده از میان سایر پرستاران واجد شرایط همان بخش و شیفت (دارای تعامل کاری مستقیم با مسئول شیفت مربوطه) انتخاب گردید و نهایتاً داده‌های کامل ۴۳۰ پرستار بالینی وارد مطالعه شد. معیارهای ورود پرستاران بالینی به مطالعه عبارت بودند از: داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری؛ اشتغال بالینی در یکی از بخش‌های منتخب بیمارستان‌های مورد مطالعه؛ داشتن حداقل یک سال سابقه کار پرستاری؛ آشنایی و همکاری شغلی مستقیم با مسئول شیفت مورد ارزیابی؛معیارهای خروج از مطالعه شامل تکمیل ناقص پرسشنامه بود. پرسشنامه‌هایی که بیش از ۱۰ درصد گویه‌های آن‌ها بدون پاسخ باقی مانده بود، ناقص تلقی و از تحلیل خارج شدند.

داده‌ها با استفاده از دو ابزار گردآوری شد:

۱. پرسشنامه مشخصات فردی:پرسشنامه مشخصات فردی پژوهشگرساخته شامل اطلاعاتی درباره سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان و کل سابقه کار پرستاری و سابقه کار در بخش کنونی بود.

۲. مقیاس شایستگی مدیر پرستاری: برای ارزیابی شایستگی مدیریتی مسئولین شیفت از مقیاس شایستگی مدیر پرستاری استفاده شد. این ابزار توسط پین پین چوی و همکاران (۲۰۲۲) توسعه یافته و شامل ۶۰ گویه است که شایستگی مدیریتی را در پنج بُعد ارزیابی می‌کند: حمایت و توسعه کارکنان: ۱۲ گویه؛ ارتباطات و همکاری تیمی: ۱۵ گویه؛ تغییر و مدیریت منابع: ۱۰ گویه؛ نظارت و پیگیری کیفیت: ۱۱ گویه؛ تسلط شخصی: ۱۲ گویه. گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱، به‌معنای «کاملاً مخالفم»، تا ۵، به‌معنای «کاملاً موافقم»، نمره‌گذاری شدند. نمره کل آزمودنی در دامنه‌ای بین ۶۰ تا ۳۰۰ قرار می‌گیرد که در آن کسب نمرات بالاتر بیانگر شایستگی مدیریتی بیشتر است. فرایند ترجمه بر اساس پروتکل استاندارد ترجمه و بازترجمه (پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت) انجام پذیرفت. در ابتدا نسخه انگلیسی ابزار به‌طور مستقل توسط دو مترجم مسلط به متون مدیریت خدمات پرستاری و زبان انگلیسی به زبان فارسی ترجمه شد سپس نسخه‌های فارسی در جلسه‌ای با حضور پژوهشگران و مترجمان مقایسه و نسخه واحد تلفیقی به دست آمد. نسخه فارسی تلفیق‌شده توسط دو متخصص زبان انگلیسی دیگر (بی‌اطلاع از نسخه اولیه ابزار) مجدداً به زبان انگلیسی برگردانده شد. در نهایت نسخه بازترجمه‌شده با متن اصلی انگلیسی تطبیق داده شد و پس از رفع ابهامات مفهومی و اصطلاحی، نسخه نهایی فارسی جهت انجام مراحل روان‌سنجی آماده گردید. در پژوهش حاضر، به‌منظور بررسی روایی محتوایی ابزار، از نظرات ۷ نفر از صاحب‌نظران حوزه مدیریت پرستاری و ابزار سازی اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی علوم پزشکی مشهد استفاده شد. یافته‌ها نشان داد میانگین نسبت روایی محتوایی گویه‌ها در ابعاد پنج‌گانه ابزار شامل حمایت و توسعه کارکنان، ارتباطات و همکاری تیمی، تغییر و مدیریت منابع، نظارت و پیگیری کیفیت و تسلط شخصی به‌ترتیب برابر با ۰/۸۸۱، ۰/۸۱۰، ۰/۸۱۱، ۰/۸۶۹ و ۰/۸۵۷ بود که همگی بالاتر از حد نصاب استاندارد قرار داشتند. همچنین، مقدار شاخص روایی محتوایی در سطح مقیاس بر مبنای میانگین برای این ابعاد به‌ترتیب ۰/۹۴۰، ۰/۹۰۵، ۰/۹۰۵، ۰/۹۳۵ و ۰/۹۲۹ به دست آمد. در سطح کل ابزار، میانگین CVR برابر با ۰/۸۷۴، شاخص S-CVI/Ave برابر با ۰/۹۳۷ و شاخص توافق همگانی برابر با ۰/۸۷۵ گزارش شد که نشان‌دهنده روایی محتوایی عالی ابزار پژوهش است. پایایی ابزار از طریق سنجش همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد پنج‌گانه به‌ترتیب برابر با ۰/۹۱۹ (حمایت و توسعه کارکنان)، ۰/۹۵۱ (ارتباطات و همکاری تیمی)، ۰/۹۰۷ (تغییر و مدیریت منابع)، ۰/۹۳۶ (نظارت و پیگیری کیفیت) و ۰/۹۴۶ (تسلط شخصی) و برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۸۲ به دست آمد. این مقادیر بیانگر پایایی مطلوب ابزار در جامعه مورد مطالعه است.

گردآوری داده‌ها در بازه زمانی ۱۳ شهریور تا ۱۸ مهر ۱۴۰۴ صورت پذیرفت. پژوهشگر پس از دریافت معرفی‌نامه رسمی از دانشکده پرستاری و مامایی و هماهنگی با دفاتر مدیریت خدمات پرستاری مراکز درمانی، در نوبت‌های کاری مختلف (صبح، عصر و شب) در بخش‌های بالینی منتخب حضور یافت. پس از توضیح اهداف طرح و اطمینان‌بخشی به پرستاران بالینی در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات، پرسشنامه‌های کاغذی کد گذاری شده در اختیار واجدین شرایط قرار گرفت و پس از تکمیل، توسط پژوهشگر جمع‌آوری شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری استتا نسخه ۱۹٫۵ انجام گرفت. بر اساس میانگین و انحراف معیار گزارش شدند. متغیرهای کیفی نیز به‌صورت فراوانی مطلق (n) و درصد (٪) توصیف شدند. به‌منظور یکسان‌سازی مقیاس نمره‌دهی ابعاد مقیاس شایستگی مدیران پرستاری که دارای تعداد گویه‌های متفاوتی بودند، ابتدا نمرات خام تمامی ابعاد به مقیاس استاندارد ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شدند. بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک انجام شد که نتایج حاکی از عدم برقراری فرض نرمالیتی نمرات در تمامی ابعاد بود. با توجه به ساختار درون‌گروهی و اندازه‌گیری‌های مکرر متغیرها در نمونه‌های مورد مطالعه، دو رویکرد تحلیلی به کار گرفته شد. مدل اثرات آمیخته خطی که با توجه به حجم نمونه کافی و انعطاف‌پذیری بالای این مدل در برابر نقض فرض نرمالیتی، از این آزمون با در نظر گرفتن اثرات تصادفی فردی جهت برآورد میانگین‌های حاشیه‌ای خطی ، خطای معیار و مقایسه کلی ابعاد با آزمون والد استفاده شد و آزمون ناپارامتری فریدمن که به‌منظور رتبه‌بندی درون‌فردی و تعیین میانگین رتبه‌ها برای هر یک از ابعاد پنج‌گانه به عنوان یک تحلیل تأییدی ناپارامتری انجام شد. جهت مقایسه‌های زوجی و دوبه‌دوی ابعاد در مدل اثرات آمیخته، از ضریب تعدیل بونفرونی برای کنترل نرخ خطای نوع اول ناشی از آزمون‌های مکرر استفاده شد. در کلیه آزمون‌ها، سطح معناداری آماری کمتر از ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و شغلی نمونه پژوهش

میانگین سنی ۴۳۰ پرستار شرکت‌کننده در مطالعه برابر با ۳۳/۵۷±۶/۶۴سال (دامنه: ۲۳ تا ۵۵ سال) بود و بیشترین فراوانی سنی به گروه ۳۰ تا ۳۹ سال با ۱۸۸ نفر (۴۳/۷۲٪) اختصاص داشت. اکثریت جامعه پژوهش را زنان (۲۸۸ نفر، ۶۶/۹۸٪)، افراد متأهل (۲۹۶ نفر، ۶۸/۸۴٪) و دارندگان مدرک کارشناسی (۳۹۹ نفر، ۹۲/۷۹٪) تشکیل دادند. بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان (۲۲۲ نفر، ۶۳/۵۱٪) دارای یک فرزند بودند. میانگین سابقه کار کل پرستاری پاسخ‌دهندگان ۹/۴۸±۶/۲۴ سال (دامنه: ۰.۲ تا ۲۹/۷ سال) بود که در این میان گروه ۵ تا ۱۰ سال سابقه با ۱۴۳ نفر (۳۳/۲۶٪) بیشترین سهم را داشت. همچنین میانگین سابقه کار در بخش کنونی در بین پرستاران ۳/۶۴±۲/۷۵ سال (دامنه: ۰ تا ۱۵ سال) بود و ۲۷۰ نفر (۶۲/۷۹٪) سابقه کار در بخش کنونی کمتر از ۳ سال داشتند (جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی و شغلی پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش (n=۴۳۰)

متغیر	دسته‌بندی	فراوانی (٪)	درصد (٪)	میانگین انحراف معیار
سن (سال)	کمتر از ۳۰ سال	۱۴۴	۳۳/۴۹	۳۳/۵۷±۶/۶۴
	۳۰ تا ۳۹ سال	۱۸۸	۴۳/۷۲	
	۴۰ تا ۴۹ سال	۹۴	۲۱/۸۶	
	۵۰ سال و بالاتر	۴	۰/۹۳	
جنسیت	زن	۲۸۸	۶۶/۹۸	—
	مرد	۱۴۲	۳۳/۰۲	
سطح تحصیلات	کارشناسی	۳۹۹	۹۲/۷۹	—
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۳۱	۷/۲۱	
وضعیت تأهل	مجرد	۱۳۴	۳۱/۱۶	—
	متأهل	۲۹۶	۶۸/۸۴	
تعداد فرزندان	بدون فرزند	۹	۲/۰۹	—
	۱ فرزند	۲۲۲	۵۱/۶۳	
	۲ فرزند	۸۸	۲۰/۴۷	
	۳ فرزند	۹۹	۲۳/۰۲	
	۴ فرزند	۱۲	۲/۷۹	
سابقه کار پرستاری (سال)	کمتر از ۵ سال	۱۲۷	۲۹/۵۳	۹/۴۸±۶/۲۴
	۵ تا ۱۰ سال	۱۴۳	۳۳/۲۶	
	۱۱ تا ۱۵ سال	۹۰	۲۰/۹۳	
	بیش از ۱۵ سال	۷۰	۱۶/۲۸	
سابقه کار در بخش کنونی (سال)	کمتر از ۳ سال	۲۷۰	۶۲/۷۹	۲/۷۵±۳/۶۴
	۳ تا ۶ سال	۹۳	۲۱/۶۳	
	بیش از ۶ سال	۶۷	۱۵/۵۸	

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

رتبه بندی ابعاد شایستگی مدیریت

جهت ارزیابی و مقایسه ابعاد پنج‌گانه مقیاس شایستگی مدیران پرستاری از دیدگاه پرستاران، با توجه به ساختار اندازه‌گیری‌های مکرر داده‌ها، مدل اثرات آمیخته خطی اجرا شد. نتایج آزمون والد نشان داد تفاوت معناداری بین ابعاد پنج‌گانه وجود دارد (χ۲ (۴)=۱۱۳،۹۹, p<۰،۰۰۱). همچنین تحلیل تکمیلی با آزمون ناپارامتری فریدمن نیز تفاوت کلی میان ابعاد را تأیید کرد (χ۲ (۴)=۴۷،۹۴, p<۰،۰۰۱). نتایج مقایسه‌های دوبه‌دو با تعدیل بونفرونی (جدول ۲) نشان داد بعد «تسلط شخصی» با میانگین ۷۳،۶۸ دارای بالاترین امتیاز بود و به‌طور معناداری نسبت به چهار بعد دیگر در سطح بالاتری قرار گرفت (p<۰،۰۰۱). بعد «ارتباطات و همکاری تیمی» (۷۱،۵۲) در رتبه دوم قرار داشت که تفاوت معناداری با بعد «نظارت و پیگیری کیفیت» (۷۰،۵۶) نداشت (p=۰،۶۷۷)، اما نمره آن به‌طور معنادار از بعد «تغییر و مدیریت منابع» بالاتر بود (p<۰،۰۰۱). بعد «حمایت و توسعه کارکنان» (۷۰،۱۶) تفاوت معناداری با بعد نظارت و پیگیری کیفیت نشان نداد (p=۱،۰۰۰). در نهایت، بعد «تغییر و مدیریت منابع» با میانگین ۶۸،۲۷ کمترین امتیاز را کسب کرد و نمره آن به‌طور معناداری از تمام ابعاد دیگر پایین‌تر بود (p<۰،۰۱).

جدول ۲. ارزیابی، رتبه‌بندی و مقایسه‌های زوجی ابعاد شایستگی رهبری مدیران پرستاری

ابعاد مقیاس شایستگی مدیریت	میانگین ± خطای معیار	میانگین رتبه (فریدمن)
D۱ (حمایت و توسعه کارکنان)	۰/۸۲±۷۰/۱۶	۲/۷۵
D۲ (ارتباطات و همکاری تیمی)	۰/۸۲±۷۱/۵۲	۳/۲۶
D۳ (تغییر و مدیریت منابع)	۰/۸۲±۶۸/۲۷	۲/۳۳
D۴ (نظارت و پیگیری کیفیت)	۰/۸۲±۷۰/۵۶	۳/۰۷
D۵ (تسلط شخصی)	۰/۸۲±۷۳/۶۸	۳/۵۸
نمره کل (میانگین انحراف معیار)	۱۵،۵۹±۷۰/۹۶	
شاخص‌های برازش آزمون‌ها		
آماره والد مدل آمیخته	۱۱۳/۹۹	
مقدار P مدل آمیخته	P<۰/۰۰۱	
آماره فریدمن	۴۷/۹۴	
مقدار P آزمون فریدمن	P<۰/۰۰۱	
تفاوت‌های زوجی (آزمون تعقیبی بونفرونی)		
D۱ در برابر D۲	P =۰/۰۹۶	
D۱ در برابر D۳	P =۰/۰۰۳	
D۱ در برابر D۴	P =۱/۰۰۰	
D۱ در برابر D۵	P<۰/۰۰۱	
D۲ در برابر D۳	P<۰/۰۰۱	
D۲ در برابر D۴	P =۰/۶۷۷	
D۲ در برابر D۵	P<۰/۰۰۱	
D۳ در برابر D۴	P<۰/۰۰۱	
D۳ در برابر D۵	P<۰/۰۰۱	
D۴ در برابر D۵	P<۰/۰۰۱	

توضیحات: نمرات ابعاد به‌منظور یکسان‌سازی مقیاس نمره‌دهی ابعاد با گویه‌های متفاوت، به مقیاس ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شده‌اند. میانگین‌ها و خطای معیار از پیش‌بینی‌های خطی حاشیه‌ای در مدل اثرات آمیخته خطی به دست آمده‌اند. میانگین رتبه‌ها بر اساس روش ناپارامتری رتبه‌بندی درون‌گروهی فریدمن محاسبه شده است؛ رتبه‌های بالاتر نشان‌دهنده اولویت و امتیاز بیشتر از دیدگاه پرستاران است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

بحث

یافته اصلی پژوهش حاضر نشان داد که شایستگی‌های مدیریتی مسئولان شیفت از دیدگاه پرستاران در ابعاد گوناگون همگن نیست. اگرچه مسئولان شیفت در تمامی ابعاد، نمراتی در محدوده ۶۸/۲۷ تا ۷۳/۶۸ درصد کسب کردند که بیانگر عملکردی فراتر از حد متوسط در تمامی حوزه‌ها است، اما واکاوی دقیق‌تر داده‌ها نشان‌دهنده توزیع یکنواخت این شایستگی‌ها نیست؛ به‌گونه‌ای که بُعد «تسلط شخصی» بالاترین و «تغییر و مدیریت منابع» پایین‌ترین رتبه را به خود اختصاص دادند. تفاوت معنادار این دو بُعد با سایر ابعاد، در کنار نبود تفاوت معنادار میان ابعاد ارتباطات و همکاری تیمی، نظارت و پیگیری کیفیت، و حمایت از کارکنان، بیانگر وجود یک نقطه قوت برجسته و در عین حال، یک اولویت اصلاحی مشخص در نقش مسئولان شیفت پرستاری است. بررسی پیشینه پژوهش، ساختار چندبُعدی شایستگی‌های مسئولان شیفت را تأیید می‌کند. در مرور نظام‌مند یعقوبیان و همکاران (۲۰۲۰)، شایستگی این رده در شش محور شامل خودمدیریتی، مدیریت دیگران، شایستگی‌های بالینی، مفهومی، قانونی و ارتباطی دسته‌بندی شده است (۸). الگوی به‌دست‌آمده در مطالعه حاضر با این چارچوب هم‌خوانی مفهومی دارد؛ زیرا بعد تسلط شخصی و ابعاد ارتباطات و همکاری تیمی، نظارت و پیگیری کیفیت و حمایت از کارکنان به ترتیب متناظر با محورهای خودمدیریتی، مدیریت دیگران و مهارت‌های ارتباطی در این مدل هستند. بااین‌حال، مرور مذکور رتبه‌بندی کمّی از این ابعاد ارائه نمی‌دهد. همچنین مطالعه ولف و همکاران (۲۰۲۴) بر مسئولان شیفت اورژانس، ابعادی نظیر مدیریت جریان بیمار، آگاهی موقعیتی، تصمیم‌گیری بالینی و ارتباطات را برجسته دانسته است (۱۸). با وجود سازگاری ماهیت عملیاتی این نقش در هر دو پژوهش، تمرکز اختصاصی مطالعه ولف بر شرایط بحرانی اورژانس و تفاوت در ابزارهای اندازه‌گیری، امکان مقایسه مستقیم نمرات را محدود می‌سازد. پروتکل مرور اسکوپینگ جوبینویل و همکاران (۲۰۲۳) نیز نقش مسئول شیفت را ترکیبی از رهبری، ارتباطات بین‌فردی، حل مسئله و مراقبت بالینی در سطح عملیات خرد روزمره معرفی می‌کند (۱۹)؛ ماهیتی که لزوم تفکیک وظایف مسئول شیفت از اختیارات کلان مدیریتی را روشن می‌سازد.

نمره بالاتر بعد «تسلط شخصی» در پژوهش حاضر را می‌توان ناشی از ماهیت ملموس و قابل‌مشاهده رفتارهای فردی، خودتنظیمی، پاسخ‌گویی و انضباط حرفه‌ای مسئولان شیفت در تعاملات روزمره دانست. در مقابل، بُعد «تغییر و مدیریت منابع» کمترین میانگین را کسب کرد. مقایسه این یافته‌ها با مطالعه چوی و همکاران (۲۰۲۲) بر مدیران میانی پرستاری، که ابزار استفاده شده در این پژوهش نیز از این مطالعه گرفته شده است نشان‌دهنده ناهم‌سویی در ترتیب ابعاد است؛ در مطالعه آنان، نظارت و پیگیری کیفیت بالاترین و ارتباطات و همکاری تیمی پایین‌ترین رتبه را داشت، درحالی‌که تسلط شخصی در رتبه دوم و مدیریت منابع در میانه رتبه‌بندی قرار گرفت (۵). این ناهم‌سویی را می‌توان به چند عامل نسبت داد؛ نخست، تفاوت رده سازمانی؛ مسئولان شیفت بر خلاف مدیران میانی پرستاری، فاقد اختیارات ساختاری نظیر بودجه‌بندی و تصمیم‌گیری‌های کلان منابع هستند و پایین بودن نمره این بُعد ممکن است بازتاب محدودیت اختیارات سازمانی باشد تا ضعف عملکردی فردی. دوم، تفاوت در شرایط زمانی؛ مطالعه چوی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ انجام شد که به‌طور طبیعی اولویت‌ها و ادراک کارکنان از نظارت بر کیفیت و منابع را دگرگون ساخته بود (۵). همچنین یافته‌های چوی نشان داد که شایستگی‌های رابطه‌محور پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای پیامدهای نیروی کار نظیر رضایت شغلی و قصد ترک خدمت هستند، حتی اگر بالاترین میانگین را نداشته باشند (۵). از سوی دیگر، مرور گونزالس گارسیا و همکاران (۲۰۲۱) حاکی از آن است که مهارت‌های مالی و مدیریت منابع اگرچه در ادبیات مدیریت پرستاری بارها تکرار شده‌اند ، اما دستیابی به آن‌ها مستلزم بسترسازی ساختاری و حمایت‌های سازمانی فراتر از سطح واحد است (۲۰).

نقاط قوت، محدودیت‌ها و پیشنهاد مطالعات آینده

ارزیابی شایستگی مسئولان شیفت از دیدگاه ذی‌نفعان مستقیم یعنی پرستاران بالینی همکار و تفکیک ابعاد پنج‌گانه شایستگی به‌جای تکیه بر یک شاخص کلی، از نقاط قوت کلیدی این مطالعه است. از جنبه روش‌شناسی، بهره‌گیری از مدل اثرات آمیخته خطی و تعدیل بونفرونی در مقایسه‌های چندگانه، کنترل مناسبی بر وابستگی درون‌فردی نمرات ابعاد و خطای نوع اول فراهم آورد که سازگاری آن با آزمون ناپارامتری فریدمن، اعتبار نتایج را تقویت کرد. علاوه بر این، حجم نمونه مناسب مبتنی بر نمونه‌گیری طبقه‌ای، بر قابلیت اتکای داده‌ها می‌افزاید.

در مقابل، این مطالعه با محدودیت‌هایی روبه‌روست.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

نخست، ماهیت مقطعی و اتکا به ابزار خودگزارشی می‌تواند زمینه‌ساز تورش‌های ادراکی ناشی از روابط بین‌فردی در شیفت باشد. دوم، فقدان ارزیابی چندمنبعی (نظیر ارزیابی ۳۶۰ درجه با مشارکت سرپرستاران و خودارزیابی مسئولان شیفت) امکان مقایسه چندجانبه عملکرد را محدود کرد. در نهایت، با توجه به عدم سنجش پیامدهای نهایی مراقبت (نظیر رضایت بیماران، عوارض ناخواسته یا فرسودگی شغلی کارکنان)، امکان بررسی ارتباط علی میان رتبه‌بندی شایستگی‌ها و اثربخشی بالینی فراهم نبود. از منظر دیگر، نمره پایین‌تر در تغییر و مدیریت منابع نباید شتاب‌زده به نقص مهارت فردی نسبت داده شود. بنابراین در برنامه‌ریزی‌های آتی، تفکیک گویه‌های این بُعد ضروری بنظر می‌رسد؛ چنانچه ضعف ناشی از کمبود دانش در اولویت‌بندی مراقبت یا تخصیص نیروی شیفت باشد، آموزش‌های موقعیت‌محور اثربخش خواهد بود. اما اگر این نمره بازتاب کمبود تجهیزات، محدودیت اختیارات سازمانی یا نقص در زنجیره تأمین بیمارستان باشد، اصلاحات ساختاری و تفویض اختیار از سوی مدیران ارشد بالادستی گره‌گشا خواهد بود. بنابراین انجام مطالعات آتی با طراحی طولی، بررسی گویه‌به‌گویه ساختار شایستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری برای پیوند دادن شایستگی‌ها به پیامدهای محیط کار توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که در ارزیابی پرستاران بالینی، مسئولین شیفت در شایستگی‌های فردی «تسلط شخصی» از قوت نسبی برخوردارند، اما در مواجهه با چالش‌های ساختاری «تغییر و مدیریت منابع» نمرات پایین‌تری کسب می‌کنند. این ناهمگونی، به‌ویژه در بیمارستان‌های بزرگ و بخش‌های دارای تخت‌های بیمارستانی بیشتر که مسئولان شیفت در شیفت‌های عصر و شب نیازمند مشارکت فعال در فرآیند تغییر، تخصیص منابع و آموزش کارکنان هستند، چالشی جدی محسوب می‌شود. ازاین‌رو، بهسازی نقش مسئول شیفت مستلزم طراحی مداخلات دوگانه‌ای است که از یک سو با گنجاندن برنامه‌های آماده‌سازی هدفمند در بدو شروع مسئولیت، مهارت‌های مدیریتی آنان را ارتقا بخشد و از سوی دیگر با تعدیل ساختاری، تفویض اختیار واقعی و پشتیبانی سازمانی از سوی مدیران ارشد، چالش‌های منابع در بالین را مدیریت نموده و بهره‌وری بالینی را بهبود ببخشد.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی صمیمانه خود را از مدیران خدمات پرستاری و مسئولین محترم بیمارستان‌های آموزشی مورد مطالعه به جهت تسهیل فرآیند جمع‌آوری داده‌ها و به‌ویژه از تمامی پرستاران گرامی که با مشارکت صبورانه خود در تکمیل پرسشنامه‌ها امکان اجرای این پژوهش را فراهم ساختند، ابراز می‌دارند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با کد اخلاق IR.MUMS.NURSE.REC.1403.090 به تصویب کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد رسیده است. شرکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه بود و پیش از آغاز فرایند، رضایت آگاهانه و کتبی از تمامی مشارکت‌کنندگان دریافت شد. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت بی‌نام و کاملاً محرمانه صرفاً در راستای اهداف علمی پژوهش مورد تحلیل قرار خواهد گرفت.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

References

1. Organization WH. Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025: World Health Organization; 2021.
2. Institute of Medicine Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing atIoM. The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health. Washington (DC): National Academies Press (US)Copyright 2011 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.; 2011.
3. HUSTON C. Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application: Lippincott Williams & Wilkins; 2026.
4. Cummings GG, Tate K, Lee S, Wong CA, Paananen T, Micaroni SP, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

systematic review. International journal of nursing studies. 2018;85:19-60. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016
5. Choi P-P, Lee W-M, Wong S-S, Tiu M-H. Competencies of Nurse Managers as Predictors of Staff Nurses' Job Satisfaction and Turnover Intention. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(18):11461. https://doi.org/10.3390/ijerph191811461
6. Karimi MA, Nabavi FH, Assarroudi A, Akrami R, Miri HH. Examination of Intention to Leave the Job Among Nurses: A Cross-Sectional Study. Faslname-i mudiriyyat-e parastari. 2025;13(3):77-91.
7. Sherman RO, Schwarzkopf R, Kiger AJ. Charge nurse perspectives on frontline leadership in acute care environments. International Scholarly Research Notices. 2011;2011(1):164052. https://doi.org/10.5402/2011/164052
8. Yaghobian M, Farhan R, Navipour H, Vanaki Z. Competencies of charge nurses: a systematic review and thematic synthesis. JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association. 2020;70(7):1225-31.
9. Gilmartin MJ, D'Aunno TA. 8 Leadership research in healthcare: A review and roadmap. Academy of Management Annals. 2007;1(1):387-438. https://doi.org/10.5465/078559813
10. Atwater LE, Waldman DA. Leadership, feedback, and the open communication gap: Taylor & Francis; 2008. https://doi.org/10.4324/9780203810101
11. Önal A, Seren İntepeler Ş. Comparison of self-competency and executive (charge) nurse competency assessments of clinical nurses. International nursing review. 2024;71(4):1015-22. https://doi.org/10.1111/inr.12955
12. Emam SM, Fakhry SF, Abdrabou HM. Leaders development program by 360 degree feedback: reflection on head nurses' leadership practices. BMC nursing. 2024;23(1):772. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02395-w
13. Lockyer J, Sargeant J. Multisource feedback: an overview of its use and application as a formative assessment. Canadian Medical Education Journal. 2022;13(4):30-5. https://doi.org/10.36834/cmej.73775
14. Lockyer J. Multisource feedback in the assessment of physician competencies. Journal of Continuing education in the Health Professions. 2003;23(1):4-12. https://doi.org/10.1002/chp.1340230103
15. Moonen-van Loon JM, Overeem K, Govaerts MJ, Verhoeven BH, van der Vleuten CP, Driessen EW. The reliability of multisource feedback in competency-based assessment programs: the effects of multiple occasions and assessor groups. Academic medicine. 2015;90(8):1093-9. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000763
16. Al Ansari A, Donnon T, Al Khalifa K, Darwish A, Violato C. The construct and criterion validity of the multi-source feedback process to assess physician performance: a meta-analysis. Advances in medical education and practice. 2014:39-51. https://doi.org/10.2147/AMEP.S57236
17. Wolf L, Delao A, Simon C, Clark P, Burchill CN. Ensuring throughput: development and validation of charge nurse competencies for United States emergency care settings. Journal of Emergency Nursing. 2024;50(4):523-36. https://doi.org/10.1016/j.jen.2024.02.009
18. Jubinville M, Tchouaket EN, Longpré C. Scoping review protocol examining charge nurse skills: requirement for the development of training. BMJ Open. 2023;13(2):e067307. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067307
19. González-García A, Pinto-Carral A, Pérez-González S, Marqués-Sánchez P. Nurse managers' competencies: A scoping review. Journal of Nursing Management. 2021;29(6):1410-9. https://doi.org/10.1111/jonm.13380

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]