

سنجش درک پرستاران از قدرت سازمانی در حرفه پرستاری بر اساس مدل کینگ

سوسن ولیزاده، وحیدزمان زاده، حسین ابراهیمی، مدینه جاسمی، محمدعلی محمدی، لیلا صیادی

چکیده

مقدمه: قدرت سازمانی در حرفه پرستاری عاملی اثرگذار بر بهره‌وری سازمانی، عملکرد صحیح وظایف و افزایش رضایتمندی شغلی می‌باشد. درک صحیح پرستاران از مقوله فوق می‌تواند دستیابی به موارد یاد شده را تسریع نماید.

هدف: این پژوهش با هدف تعیین درک پرستاران از قدرت سازمانی حرفه پرستاری صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش فوق یک مطالعه توصیفی بود که در سال (۱۳۹۱) در بخش‌های داخلی جراحی مراکز آموزشی درمانی تبریز انجام و ۱۶۵ پرستار انتخاب شده از طریق شیوه تصادفی ساده با استفاده از پرسشنامه قدرت سازمانی سایلوف و کینگ (SKAGPO): Sieleoff-King Assessment of Group Power within Organization مورد بررسی قرار گرفتند و امتیازات در ۸ زیر مجموعه قدرت سازمانی مدل کینگ محاسبه شد. روایی پرسشنامه فوق با استفاده از روایی محتوا و پایایی آن توسط آزمون مجدد انجام و معادل ۰/۸۹ محاسبه گردید. برای تعیین ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با درک پرستاران از قدرت سازمانی از t-test و ANOVA استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد ۷۷/۹۴٪ پرستاران درک محدودی نسبت به قدرت سازمانی حرفه پرستاری داشتند و در اجزای مفهوم قدرت، درک پرستاران از دورنمای قدرت (با میانگین=۳/۹۳) و تأثیر قدرت در دستیابی به اهداف (با میانگین=۳/۸۷) در بالاترین حد و در خصوص منابع قدرت (با میانگین=۱/۷۸)، تأثیر فشارهای محیطی (با میانگین=۲/۱۵) و اثربخشی ارتباط در پرستاری (با میانگین=۲/۱۱) در پایین‌ترین حد قرار داشت. بین سابقه کاری و درک پرستاران از فشارهای محیطی ($p=0/002$)، ایفای نقش و نظارت ($p=0/04$) و نیز سن با زیر مجموعه اثر فشارهای محیطی و نقش ارتباط معنا دار آماری وجود داشت ($p=0/007$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه فوق، ضرورت واضح سازی تعریف قدرت و فرآیندهای سازمانی آن از طریق آشناسازی پرستاران با مدل‌های پرستاری و نیز تغییر ساختار مدیریتی، به کارگیری استراتژی‌های مناسب و فراهم‌سازی تدابیر لازم جهت تصمیم‌گیری مستقل پرستاران در سیستم درمانی جهت ارتقاء قدرت سازمانی پرستاران را مطرح می‌سازد.

کلمات کلیدی: پرستاری، قدرت سازمانی، مدل کینگ

سوسن ولیزاده

دکتری پرستاری، دانشیار و عضو هیئت علمی گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

وحیدزمان زاده

دکتری پرستاری، دانشیار و عضو هیئت علمی گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

حسین ابراهیمی

دکتری پرستاری، دانشیار و عضو هیئت علمی گروه روان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

■ مؤلف مسؤول: مدینه جاسمی

دانشجوی دکتری پرستاری، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
آدرس: jasemi_master@yahoo.com

محمدعلی محمدی

دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

لیلا صیادی

دانشجوی دکتری آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال اول، دوره اول، شماره چهارم

زمستان ۱۳۹۱

■ مقدمه

در فرهنگ عمومی و در میان عموم مردم، کلمه قدرت، مفهوم خوب و خوشایندی نداشته، اغلب مردم قدرت را به معنای زور، خشونت، استبداد و استعمار دانسته و با دید منفی به آن می‌نگرند. با دقت در مفهوم قدرت و تعاریف آن می‌توان دریافت که این مفهوم ذاتاً یک پدیده منفی و لزوماً به معنای مفاهیم نامطلوبی مثل زور و استبداد و استعمار نیست (۱). قدرت در واقع توانایی بالقوه یک نفر و یا یک گروه برای نفوذ در فرد یا گروه دیگر بوده و مکانیسمی برای اثرگذاری بر دیگران و در حقیقت قدرت، نفوذ تحقق یافته است (۲) که این نفوذ بر دیگران جهت ادای مسؤولیت و انجام وظایف به بهترین نحو، امری لازم و ضروری است (۳). واژه قدرت در رشته‌های مختلفی نظیر روانشناسی، پرستاری، سیستم مراقبتی و صنعت مورد توجه قرار گرفته و تعریفی متناسب با نوع جامعه و مختص رشته خود را دارد. در حرفه پرستاری قدرت اثرات سازنده، مفید و حمایت کننده داشته (۴) موفقیت حرفه‌ای پرستاران را به دنبال دارد (۵). پرستاران برای کار با بیمار و ارتباط با مسئولین و پزشکان نیاز به قدرت دارند. قدرت در واقع عامل کسب رضایت شغلی است (۶). تاریخچه قدرت در حرفه پرستاری بیانگر این واقعیت است که انجمن‌های پرستاری با به دست آوردن قدرت قادر به برقراری استانداردهای حرفه‌ای مرتبط با ساعت کار پرستاران، حقوق و دستمزد و تعدیل ضوابط کاری شده‌اند که موارد یاد شده، تغییرات مثبت در شرایط محیط کار پرستاران را به همراه داشته است (۷)؛ اما متأسفانه علی‌رغم اثرات سازنده قدرت در پرستاری، مطالعات صورت گرفته در ایران بیانگر این واقعیت است که در محیط‌های بهداشتی درمانی به علت رقابت‌های حرفه‌ای، توزیع قدرت نامتناسب بوده و در اختیار مدیران و پزشکان قرار دارد که این انحصار قدرت در دست گروهی خاص باعث شده که عده کثیری از پرسنل درمانی به ویژه پرستاران در سیستم مراقبت بهداشتی احساس ناتوانی کنند (۸). پرستاران در سیستم‌های بهداشتی همواره توسط پزشکان و مدیران، مطیع و تحت سلطه پزشکان واقع شده‌اند (۹) که این امر عواقب فردی و سازمانی را به دنبال داشته و بر احساس پرستاران نسبت به شغل و نیز کیفیت عملکردشان تأثیر سوء داشته است (۸). گروه‌های پرستاری در دستیابی به اهداف سازمانی و غلبه بر چالش‌های موجود باید منابع قدرت‌شان را بشناسند. با توجه به این که گروه پرستاری بزرگ‌ترین گروه حرفه‌ای در سیستم مراقبت‌های بهداشتی هستند، شناسایی و درک درست مفهوم قدرت از سوی پرستاران اهمیت بسزایی دارد

(۱۰)؛ چرا که در بسیاری از موارد، علت مشکلات یاد شده، درک نادرست مفهوم قدرت از سوی پرستاران و مدیران بوده، به گونه‌ای که در چنین شرایطی اغلب قدرت اجبار مطرح بوده و از آن به عنوان روش تنبیهی و اعمال زور تعبیر شده است. این درک نادرست موجب ایجاد دید منفی نسبت به قدرت از سوی پرستاران گردیده است که این امر اثرات منفی در کل سازمان را به دنبال داشته و پرستاران را از توجه به قدرت سازمانی و ارتباط با سایر پرسنل، دخالت در امر مشورت و نیز استقلال باز داشته است (۵). متأسفانه علی‌رغم اثرات سازنده قدرت و نقش پررنگ آن در دستیابی به اهداف، مفهوم فوق در حرفه پرستاری و متون مرتبط این حرفه چندان مورد بحث و توجه قرار نگرفته است و این در حالی است که مفهوم قدرت یک موضوع انتزاعی بوده و نیاز به واضح سازی دارد (۷). برای دستیابی به درک درست از مفهوم یاد شده، استفاده از چهارچوب‌ها و مدل‌های پرستاری به عنوان پایه علمی و شیوه‌ای مناسب در خور توجه است. به کارگیری یک مدل پرستاری مشخص، موجب درک و عملکرد مشترک پرستاران در حوزه‌های گوناگون در مورد انسان و نیازهای مرتبط با سلامتی او شده، مراقبت‌های پرستاری منسجم‌تر و بهتر را به دنبال دارد. یکی از مدل‌ها در این زمینه مدل ایموزن کینگ می‌باشد. چهارچوب پنداشتی مدل کینگ تحت عنوان چهارچوب عمومی سیستم‌ها و نظریه دستیابی به هدف در طول زمان دارای کاربردهای وسیعی در حوزه‌های مختلف پرستاری (بالین، آموزش، پژوهش، مدیریت) بوده است. مفاهیم متاپارادایمی انسان، محیط، سلامتی و پرستاری در سیستم پنداشتی کینگ مطرح و هر مفهوم بر اساس نشانه متاپارادایم طبقه بندی شده است. مفهوم متاپارادایمی انسان در سیستم پنداشتی کینگ در قالب سیستم شخصی، بین شخصی و اجتماعی بیان شده است که هر یک از این مفاهیم چند بعدی هستند. مفهوم سیستم شخصی دارای ۷ بعد درک، خود، رشد و تکامل، تصویر ذهنی از خود، زمان، فضا (قلمرو) شخصی و یادگیری است. مفهوم سیستم بین شخصی ۶ بعد دارد که عبارتند از تعامل، ارتباط، واکنش (معامله) متقابل، نقش، استرس و سازگاری و مفهوم سیستم اجتماعی دربردارنده ۶ بعد سازمان، اختیار، قدرت، وضعیت، تصمیم‌گیری و کنترل است. قدرت که یکی از ابعاد مفهوم سیستم اجتماعی است تحت عنوان فرآیندی مطرح می‌گردد که به موجب آن یک فرد یا تعدادی از افراد در موقعیتی بر سایر اشخاص تأثیر گذارند. کینگ قدرت را شرایطی توصیف می‌کند که طی آن افراد اقدام به یک عمل را مطابق و مخالف میل خود می‌پذیرند (۱۱ و ۱۲) کینگ



قدرت در گروه را مطرح ساخته (۱۳)، به اهمیت قدرت در حرفه پرستاری توجهی خاص داشته (۱۲) و قدرت را جهت دستیابی به اهداف، فعالیت مداوم و هدایت شده مؤثر می‌داند (۱۱). از نظر کینگ قدرت بر عملکرد افراد تأثیر گذاشته و آن را هدایت می‌کنند (۱۲). وی از قدرت به عنوان ظرفیت یا توانایی یک گروه برای دستیابی به اهداف یاد می‌کند (۱۱) و درک درست پرستاران را از مقوله قدرت سازمانی امری ضروری می‌داند و شناسایی منابع قدرت را از سوی پرستاران جهت دستیابی به اهداف ضروری می‌داند. استفاده از مدل کینگ جهت بررسی درک اولیه پرستاران از اثربخشی قدرت و نتایج به دست آمده از آن بسیار اثربخش است؛ چرا که وی مفهوم قدرت را متناسب با حرفه پرستاری واضح سازی کرده و آن را مشتمل بر ۸ زیر طبقه کنترل و احاطه بر عوامل محیطی، موقعیت، نقش گروه پرستاری در سازمان، منابع موجود، توانمندی گروه پرستاری در دستیابی به اهداف، ارتباط شایسته، دورنمای قدرت و قدرت اثربخش سوپروایزرها و سرپرستاران در دستیابی به اهداف دسته بندی کرده است. این واضح سازی در درک صحیح مفهوم قدرت در حرفه پرستاری بسیار ارزشمند است (۱۴)؛ لذا با توجه به اهمیت درک درست پرستاران از مفهوم قدرت سازمانی در موفقیت حرفه‌ای و عملکرد سازمانی از یک سو و از سوی دیگر واضح سازی مفهوم فوق در مدل کینگ، این مطالعه با هدف تعیین درک پرستاران از قدرت سازمانی در حرفه پرستاری و ارتباط آن با متغیرهای فردی بر اساس مفهوم قدرت در مدل کینگ انجام گرفت. امیدواریم که به کارگیری مدل فوق در آشناسازی پرستاران با مدل‌های پرستاری و ارتقای هرچه بیشتر حرفه پرستاری مؤثر باشد.

■ مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که با هدف تعیین سطح درک پرستاران از قدرت گروه پرستاری در سیستم مراقبتی با استفاده از مدل کینگ در بخش‌های داخلی-جراحی مراکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال (۱۳۹۱) صورت گرفت. با استفاده از مطالعه مقدماتی انجام گرفته بر روی ۲۰ پرستار و با توجه به شاخص‌های ($P=0/70$)، ($Z=1/96$)، ($d=0/1$) به دست آمده از مطالعه پایلوت، ۱۶۵ نفر به عنوان حجم نمونه برآورد و از مجموع ۲۲۰ نفر پرستار شاغل در بخش‌های داخلی جراحی از طریق شیوه تصادفی ساده با استفاده از برنامه کامپیوتری و اختصاص اعداد تصادفی به شیوه تصادفی، ۱۶۵ نفر انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. پرستاران مورد مطالعه سابقه مدیریتی نداشته، دارای مدرک

کارشناسی یا کارشناسی ارشد و شاغل در یکی از بخش‌های داخلی جراحی بیمارستان‌های مذکور بودند. روش کار بدین صورت بود که پس از کسب اجازه از واحدهای ذیربط در مراکز آموزشی-درمانی مربوطه، پژوهشگر جهت نمونه‌گیری به بخش‌های داخلی جراحی بیمارستان‌های مورد نظر مراجعه و با هماهنگی در زمان مناسب نزد پرستاران مراکز مربوطه مراجعه نموده و از آنان می‌خواست پرسشنامه‌های مربوط به قدرت سازمانی را در زمان مناسب پرنمایند؛ در غیر این صورت در صورت تمایل می‌توانستند پرسشنامه فوق را به همراه خود به منزل برده و در شیفت بعدی تحویل دهند. جهت بررسی سطح درک پرستاران را از قدرت سازمانی حرفه پرستاری در سیستم مراقبتی از پرسشنامه قدرت سازمانی مدل کینگ SKAGPO (Sieleoff-King Assessment of Group Power within Organization) استفاده گردید که پرسشنامه اختصاصی جهت سنجش درک پرستاران از قدرت سازمانی است. پرسشنامه فوق توسط سایلوف و کینگ در سال ۲۰۰۰ تهیه شده و روایی و پایایی آن در کشورهای مختلف و در چندین سال پیاپی ۲۰۰۳، ۲۰۰۲، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۸ بررسی شده است. پرسشنامه قدرت سازمانی مدل کینگ، مشتمل بر دو بخش بود. بخش اول حاوی لیستی از سؤالات مرتبط با مشخصات دموگرافیک فرد شرکت کننده در مطالعه و بخش دوم دارای ۳۶ سؤال در حیطه‌های مختلف زیر بود: (۷ آیتم) مربوط به کنترل عوامل محیطی (مانند من به عنوان پرستار برای دستیابی به اهداف سازمان با دیگر واحدهای داخل بیمارستان همکاری می‌کنم و یا دستاوردهای دفتر پرستاری زمینه ساز ایجاد تغییرات مثبت در سیستم مراقبت‌های بهداشتی است)، ۴ آیتم در مورد موقعیت (مانند قدرت دفتر پرستاری در اثر ارتباط با دیگر واحدهای بیمارستانی افزایش می‌یابد و یا توانمندی‌های پرستاران توسط سایر پرسنل بیمارستان مورد ارزش واقع می‌گردد)، ۳ آیتم در مورد ایفای نقش (نظیر دفتر پرستاری در قبال توسعه اهداف سازمان مسؤول است و یا دفتر پرستاری در اجرای مراقبت‌های پرستاری نقش هدایت کننده دارد)، ۶ آیتم در مورد منابع (نظیر میزان جذب نیروی انسانی در حرفه پرستاری پاسخگوی نیازهای موجود است و یا مسؤولین حرفه پرستاری منابع کافی در اختیار پرسنل قرار می‌دهند)، ۳ آیتم در مورد ارتباط شایسته (مانند قدرت دفتر پرستاری در اثر ارتباط با دیگر واحدهای بیمارستان افزایش می‌یابد و یا دفتر پرستاری نماد تصمیم‌گیری گروهی در سازمان است)، ۴ آیتم در خصوص صلاحیت قدرت نظارت سرپرستاران (مانند مدیر پرستاری جهت دستیابی به

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های فردی و اجتماعی پرستاران

مشخصات فردی و اجتماعی		تعداد	درصد	مشخصات فردی و اجتماعی		تعداد	درصد
جنس	مذکر	۷	۱۰/۸	مدرک تحصیلی	لیسانس	۱۶۳	۹۹
	مؤنث	۱۵۸	۸۹/۲		فوق لیسانس	۲	۱
سن	۲۲-۳۲	۱۱۰	۶۰	سابقه کاری (سال)	۱-۵	۸۵	۴۹/۷
	۳۳-۴۲	۴۳	۳۰/۳		۶-۱۰	۴۵	۲۵/۶
	۴۳-۵۲	۱۲	۹/۷		۱۱-۱۵	۱۴	۸/۷
					۱۶-۲۰	۱۱	۹/۸
					۲۱-۲۵	۶	۳/۱
					۲۶-۳۰	۴	۳/۱
۳۲/۵۸ ± ۶/۳۵۶ سال				۸/۱۷ ± ۶/۶۷۴ سال			
وضعیت تأهل	مجرد	۵۴	۵۴	بخش	داخلی	۸۱	۴۸/۸
	متاهل	۱۱۰	۱۱۰		جراحی	۸۴	۵۱/۲
	بیوه	۱	۱				

ترجمه، تصمیم به روایی محتوا گرفته شد که از طریق بررسی نظرات ۱۱ تن از صاحب‌نظران روایی محتوی انجام و تأیید گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ادامه فراوانی، درصد، انحراف معیار و میانگین آیت‌ها نیز محاسبه و امتیازات بیانیه‌ها در ۸ زیر مجموعه مربوط به پرسشنامه بیان شد. برای تعیین ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با درک پرستاران از قدرت سازمانی از آزمون‌های T و ANOVA استفاده گردید.

■ یافته‌ها

در مجموع پرسشنامه مربوط به ۱۶۵ پرستار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ۸۱ نفر (۴۸/۸٪) از این پرستاران در بخش‌های داخلی و ۸۴ نفر (۵۱/۲٪) در بخش‌های جراحی مشغول به کار بودند. میانگین سن پرستاران $32/58 \pm 6/356$ و سابقه کاری واحدهای مورد پژوهش $8/17 \pm 6/674$ سال بود. ۸۷/۳۴٪ پرستاران زن بودند. ۹۹٪ درای مدرک کارشناسی و ۶۴/۱٪ متأهل بودند (جدول ۱). در بررسی درک پرستاران از قدرت سازمانی حرفه پرستاری، نتایج نشان داد که ۷۷/۹۴٪ پرستاران درک محدود و متوسطی از قدرت سازمانی داشتند (جدول ۲). در خصوص بررسی تک تک بیانیه‌های مربوط به ۸ زیر

اهداف از همکاری واحدهای دیگر سازمان بهره می‌گیرد و یا مدیر پرستاری نقش فعالی در تصمیم گیرهای درون سازمانی دارد، ۴ آیت در مورد دستیابی به هدف (مانند به منظور دستیابی به اهداف مورد نظر، واحد پرستاری باید تعریف واضحی از اهداف مورد نظر داشته باشد) و ۵ آیت در مورد دورنمای قدرت (مانند جهت اطمینان از دستیابی به اهداف سازمانی وجود قدرت یک جزء اساسی است و یا قدرت موجب سهولت در دستیابی به اهداف می‌گردد). پرسشنامه فوق بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای تهیه شده و محدوده کلی نمرات درک پرستاران از قدرت سازمانی حرفه پرستاری بین ۳۶-۱۸۰ بود و گزینه‌ها به صورت (کاملاً موافقم ۵، موافقم ۴، نظری ندارم ۳، مخالفم ۲ و کاملاً مخالفم ۱) امتیازبندی شد. بر همین اساس نمرات شرکت کنندگان در پژوهش به سه سطح ضعیف ۸۰-۳۶، متوسط ۱۲۵-۸۱ و مطلوب ۱۸۰-۱۲۶ تقسیم گردید. این پرسشنامه توسط پژوهشگر ترجمه و صحت ترجمه توسط ۲ نفر مدرس مسلط به زبان انگلیسی و فارسی انجام گرفت. پایایی ابزار فوق با استفاده از آزمون مجدد با رعایت فاصله زمانی ۱۴ روز و با حجم نمونه ۱۰ نفر در یکی از محیط‌های پژوهشی و با ضریب همبستگی $r=0/89$ مورد تأیید قرار گرفت. لازم به ذکر است که با توجه به استفاده محدود از پرسشنامه قدرت سازمانی مدل کینگ در کشورمان و جهت اطمینان از روایی

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی و میانگین درک پرستاران از قدرت سازمانی حرفه پرستاری

درک پرستاران از قدرت سازمانی	تعداد (درصد)
مطلوب (۱۸۰-۱۲۶)	۲۴ (۱۱/۷۲)
متوسط (۱۲۵-۸۱)	۱۲۰ (۷۷/۹۴)
نامطلوب (۸۰-۳۶)	۲۱ (۱۰/۳۴)
میانگین $\pm$ انحراف معیار	۱۱۱/۹۱ $\pm$ ۱۰/۰۲۴

جدول ۳. درک پرستاران از اجزای مفهوم قدرت سازمانی حرفه پرستاری مطرح شده در مدل کینگ

متغیر	تعداد گویه	دامنه نمرات	انحراف معیار $\pm$ میانگین
فشارهای محیط	۷	۱-۵	۲/۱۵ $\pm$ ۰/۵۴
موقعیت	۴	۱-۵	۲/۳۷ $\pm$ ۰/۶۱
ایفای نقش	۳	۱-۵	۲/۳۴ $\pm$ ۰/۷۸
منابع	۶	۱-۵	۱/۷۸ $\pm$ ۰/۳۷
صلاحیت ارتباط	۳	۱-۵	۲/۱۱ $\pm$ ۰/۴۶
اثربخشی قدرت در تسهیل اهداف	۴	۱-۵	۳/۸۷ $\pm$ ۰/۳۲
صلاحیت قدرت نظارت سرپرستان پرستاری	۴	۱-۵	۲/۶۳ $\pm$ ۰/۹۴
دورنمای قدرت	۵	۱-۵	۳/۹۳ $\pm$ ۰/۱۲
قدرت پرستاری	۳۶	۱-۵	۲/۶۸ $\pm$ ۰/۳۴

پرستاران جوانتر درک بهتری نسبت به عوامل یادشده داشتند. همچنین بین سابقه کاری و زیر مجموعه کنترل عوامل محیطی ($P=0/002$)، ایفای نقش ($P=0/04$) و شایستگی نظارت پرستاری ($P=0/04$) نیز ارتباط معنادار آماری وجود داشت. این در حالی بود که درک پرستاران از مقوله‌های کنترل عوامل محیطی، ایفای نقش و شایستگی نظارت پرستاری با سابقه کاری دارای ارتباط معکوس بود. در بررسی سایر حیطه‌های مطرح شده در قدرت سازمانی با سن و سابقه کاری، ارتباط معنادار آماری یافت نشد (آزمون ANOVA $P>0/05$). در بررسی نوع بخش با عوامل مطرح شده در قدرت سازمانی نیز اختلاف معناداری در درک پرستاران بخش‌های داخلی و جراحی یافت نشد (آزمون t-test $P>0/05$).

■ بحث

با بررسی درک پرستاران از قدرت سازمانی با استفاده از پرسشنامه SKAGPO، درک اکثر واحدهای مورد پژوهش از قدرت سازمانی

مجموعه مفهوم قدرت در مدل کینگ با توجه به شیوه امتیازبندی تعیین شده توسط سایلوف و کینگ نتایج نشان داد درک پرستاران از قدرت گروه پرستاری در سازمان، خوب و در اثربخشی قدرت در دستیابی به اهداف، درک پرستاران با میانگین ($3/87 \pm 0/32$) و دورنمای قدرت با میانگین ($3/93 \pm 0/12$) بسیار خوب بود. در رابطه با موقعیت گروه پرستاری به عنوان جزئی از سیستم مراقبتی، پرستاران با میانگین ($2/37 \pm 0/61$) درک متوسطی داشتند. درک پرستاران از قدرت حاصل از روابط اثر بخش با میانگین $2/11 \pm 0/46$ و منابع قدرت با میانگین $1/78 \pm 0/37$ در پایین‌ترین سطح قرارداشت (جدول ۳).

در بررسی ارتباط مشخصات دموگرافیک با درک پرستاران از قدرت سازمانی حرفه پرستاری، همانطور که در جدول شماره ۴ مشهود است، نتایج نشان داد که بین سن و زیر مجموعه فشارهای محیطی و ایفای نقش، ارتباط معنادار آماری وجود داشته ($P=0/007$) و

در محیط‌های مختلف دانست (۱۹) در حیطه اثربخشی ارتباط در پرستاری، مطالعه آتری (۱۶) هینستالا (۱۷) (۲۰۰۵) نشان داد که پرستاران درک درستی از قدرت ارتباط صحیح در حرفه پرستاری نداشته و بیان می‌دارند که اگرچه در انجام وظایف و تصمیم‌گیری در خصوص اقدامات پرستاری در محیط کار تا حدی استقلال دارند؛ اما این تصمیم‌گیری محدود به کار با بیمار بوده، در سطح سازمان نیست و نیز بیش از نیمی از پرستاران اذعان داشتند که ارتباطات در حرفه پرستاری حالت همکاری نداشته و بیشتر دستوری است. در خصوص درک پرستاران از اثربخشی قدرت نظارت مسئولین پرستاری نتایج حاکی از درک محدود واحدهای مورد پژوهش بود. مطالعات مختلف مؤید نتایج فوق بوده (۱۷) و حاکی از آن است که پرستاران دانش کافی در خصوص وظایف مسئولین ندارند. دلیل این امر را شاید بتوان ناشی از غیرقابل رؤیت بودن خیلی از وظایف مسئولین دانست. در این مطالعه پرستاران جوان‌تر و کم سابقه‌تر، درک بهتری از زیر مجموعه‌های قدرت فشارهای محیطی، نقش و شایستگی نظارت پرستاری داشتند. مطالعه کوری لیزل و تارزینا (۱۹۹۹) (۲۰) نیز نشان داد که پرستاران جوان‌تر و کم سابقه‌تر نگرش مثبتی نسبت به قدرت سازمانی حرفه پرستاری و زیر مجموعه‌های یاد شده داشتند؛ حال آن که پرستاران باسابقه‌تر تغییرات حاصل از قدرت سازمانی حرفه پرستاری را چندان نپذیرفته و آن را تهدیدکننده می‌دانستند که با نتایج مطالعه فوق همخوانی دارد. در مقابل مطالعه انجام شده در ترکیه در سال ۲۰۱۰ نشان داد که پرستاران باتجربه‌تر درک بهتری از نظارت مسئولین و همکاری و ارتباط در سازمان داشته و آن را عاملی اثربخش در قدرت سازمانی معرفی می‌کردند (۲۱). دلیل این تناقض را شاید بتوان ناشی از نوع روش مطالعه، حجم نمونه و تفاوت‌های فرهنگی و تفاوت در ساختار و قدرت سازمانی محیط‌های مورد مطالعه دانست.

■ نتیجه‌گیری

در مجموع با توجه به نتایج حاصل از مطالعه فوق مبنی بر درک محدود پرستاران از مفهوم کلی قدرت سازمانی حرفه پرستاری و زیر مجموعه‌های مطرح شده در مدل کینگ از یک سو و اهمیت درک مفهوم قدرت سازمانی حرفه پرستاری بر کیفیت ارائه مراقبت‌ها و رضایت شغلی پرستاران از سوی دیگر، توجه به مقوله قدرت سازمانی در حرفه پرستاری درخور توجه بیشتری می‌باشد. همچنین جهت افزایش درک پرستاران از مفهوم قدرت سازمانی حرفه پرستاری، ضروری است نخست توصیف دقیق‌تر

نسبت به حرفه پرستاری در حد متوسط و محدود بود. مطالعه همایونی و همکارانش در خرم آباد (۱۳۸۰) در خصوص درک پرستاران از اقتدار سازمانی پرستاران نیز بیانگر درک متوسط پرستاران در این زمینه بود (۸). همچنین مطالعه صورت گرفته در استرالیا در این خصوص در سال ۲۰۰۴ بیانگر درک متوسط پرستاران از قدرت سازمانی بود که با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد (۱۵). در خصوص درک پرستاران از قدرت مسئولیت و نظارت، نتایج حاکی از آن بود که پرستاران به قدرت ناشی از نظارت بیشتر از قدرت مرتبط با مسئولیت ارزش قائل بودند. نتایج مطالعه آتری (۱۶) و هینستالا (۱۷) (۲۰۰۵) نیز نتایج مشابه در پی داشته و بیانگر این واقعیت است که پرستاران علی‌رغم عهده‌داری مسئولیت، به علت عدم قدرت نظارت، احساس می‌کردند فاقد قدرت کافی هستند و بیان می‌داشتند که اگرچه مسئول اجرای مراقبت‌های استاندارد هستند اما کنترلی بر این استانداردهای مراقبتی ندارند. در خصوص دورنمای قدرت و تأثیر قدرت در دستیابی به اهداف نتایج بیانگر بالاترین درک پرستاران بود. مطالعه آتری (۱۶) و روستون (۱۸) (۲۰۰۶) نیز نتایج مشابه در بر داشته و با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد؛ به گونه‌ای که در مطالعات فوق، پرستاران بالاترین ارزش قدرت را در تسهیل آن جهت دستیابی به اهداف می‌دانستند. البته یافته‌های مطالعه ادیب حاج باقری (۱۳۸۳) از تجربیات پرستاران در خصوص قدرت سازمانی دربردارنده نتایج عکس بوده و حاکی از آن بود که در اغلب موارد پرستاران قدرت را نه تنها عامل تسهیل‌کننده در دستیابی به اهداف نمی‌دانند بلکه از آن به عنوان مانع نیز یاد می‌کنند (۶) دلیل این تناقض را شاید بتوان ناشی از تفاوت در روش مطالعه، نوع ابزار، حجم نمونه و نیز تفاوت‌های فرهنگی محیط‌های مورد پژوهش دانست. در خصوص منابع قدرت، کنترل عوامل محیطی و اثربخشی ارتباط در پرستاری، نتایج حاکی از آن بود که پرستاران موارد فوق را در قدرت سازمانی کم ارزش‌ترین عوامل می‌دانستند. مطالعه هینستالا (۲۰۰۵) نیز حاکی از آن بود که اکثر پرستاران درک محدودی از نقش منابع در قدرت سازمانی داشتند که با نتایج مطالعه فوق همخوانی دارد (۱۸). اما مطالعه آسیکاینن (۲۰۰۸) نتیجه مخالف دربرداشته و نشان داد که پرستاران ارزش زیادی به منابع در دستیابی به قدرت سازمانی قائل بوده‌اند؛ به عنوان مثال منبعی چون رایانه را عاملی در دستیابی به اطلاعات جدید و به موازات آن عامل اقتدار سازمانی می‌دانستند. دلیل این امر را شاید بتوان ناشی از تفاوت‌های ساختاری در منابع قدرت



■ تشکر و قدرانی

و واضح‌تری از مفهوم فوق و فرآیندهای سازمانی آن از طریق آشناسازی پرستاران با مدل‌های پرستاری صورت گرفته و در مرحله بعد تدابیر لازم جهت تصمیم‌گیری پرستاران در تیم درمانی و ارائه توانمندی‌هایشان فراهم شده، یک نوع بازنگری در مدیریت و استراتژی‌های آن در سیستم بهداشتی صورت گیرد.

بدین وسیله از دانشمندان ارجمند سرکار خانم دکتر کریستین سایلوف (Christina Sieloff)، مسؤولین محترم بیمارستان‌های مورد مطالعه و تمام پرستارانی که در جمع‌آوری اطلاعات با محققین همکاری نمودند تشکر و قدرانی می‌گردد.

■ References

1. Shafie A. Islamic Organizational behavior. first edition, Qom: resarch of university; 2007. [Persian]
2. Grinford M, Morhed O. [M. Mahmoodi, trans.]. Organizational behavior. 12th edition, Tehran: Morvarid; 2008.
3. Sohrabi N, Shahtalabi B, Ahmadi GH. Relationship between resorce of power in managers and culture of organization. research and knowledge in behavioral sience. 2009 (21):79-100. [Persian]
4. Gloria F C. Empowerment: A Framework to Develop Advocacy in African American Grandmothers Providing Care for Their Grandchildren. Hindawi Publishing Corporation Journal. 2011;6(3);1-7.
5. Sieliof C. Measuring nursing power within organization. Journal of scholarship. 2003;32(5):183-187.
6. Adib Hagbaghery M, Salsali M, Ahmadi F. A qualitative study of Iranian nurses' understanding and experiences of professional power. Human Resources for Health. 2004;2(7):19-25. [Persian]
7. Dantonio P. Histories of Nursing: The Power and the Possibilities. Nurs Outlook. 2010;58(4):207-213.
8. Homaioni F, Dabaghi F, Jalal E J, Hoseini F. Relationship between nurses' perception of head nurses' powerful behavior and power of job in teaching hospital in Khoramabad. Iran' nursing Journal. 2001;16(36):34-39. [Persian]
9. Trossman S. Professional respect. American Journal of Nursing. 2003;103(11):65-7.
10. Sieloff C. Leadership behaviours that foster nursing group power. Journal of Nursing Management. 2004;12(2):246-251.
11. Alligood M. Nursing theory utilization and application. fourth edition, Maryland: Mosby. 2010.
12. Fawset J. Con tem porary nursing knowledge analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. Philadelphia: Davis Company.2006.
13. Williams L. Imogene King's interacting systems theory: Application in emergency and rural nursing. Online. Journal of Rural Nursing and Health Care. 2001;2(1):25-30.
14. Sieloff C, Frey M. Middle Range Theory Development Using King's Conceptual System. New York: Springer. 2007.
15. Wynne R. Ten Australian ICU nurses' perceptions of organisational restructuring. Australian Critical Care. 2004;17(1):16-24.
16. Attree M. Nursing agency and governance Registered nurses' perceptions. Journal of Nursing Managment. 2005;13(2):387-396.
17. Hintsala A T. Autonomy Anticipating Career Change in Nursing. Female and Male Nurses' Assessment and Comparison of Decision-making, Competency, Importance of Work and Leadership in Nursing. Kuopio: University of Kuopio. 2005.
18. Ruston A. Interpreting and managing risk in a machine bureaucracy: professional decision-making in NHS Direct. Health Risk Social. 2006;8(5):257-271.
19. Asikainen P, Suominen T, Maenpa T, Maass M. Data exchange and shared care between different professional groups and organizations in social and health care in implementation of the regional reference database. Hoitotiede. 2008;20...No,??? ,59-69.
20. Corey-Lisle P, Tarzinia A. Healthcare reform: its effects on nurses. Journal of Nursing Adminster. 1999;29(3):30-37.
21. Virtanen J. manage role of job satisfication. [MSc.thesis]Economic Management. Finland: Turku School of Economics; 2010.

Assessment of nurses' perceptions of nursing power based on King Model

Soosan Valizadeh , Vahid Zamanzadeh, Hosein Ebrahimi, Madineh Jasemi [■], Mohamadali Mohamadi, Leila Saiadi

Valizadeh S.

PhD. Assistant Professor in Nursing
Department of Pediatric Nursing -
School of Nursing and Midwifery,
Tabriz University of medical sciences,
Tabriz, Iran.

Zamanzadeh V.

PhD. Assistant Professor in Nursing
Department of Medical, Surgical Nurs-
ing - School of Nursing and Mid-
wifery, Tabriz University of medical
sciences, Tabriz, Iran.

Ebrahimi H.

PhD. Assistant Professor in Nurs-
ing Department of Psychiatric
nursing, School of Nursing and Mid-
wifery, Tabriz University of medical
sciences, Tabriz, Iran.

■ Corresponding author:

Jasemi M.

Doctoral candidate in nursing educa-
tion , Students' Research Committee,
School of Nursing and Midwifery,
Tabriz University of medical sciences,
Tabriz, Iran.

Address:

jasemi_master@yahoo.com

Mohamadi M.

Doctoral candidate in nursing educa-
tion School of Nursing and Midwifery,
Tabriz University of medical sciences,
Tabriz, Iran.

Saiadi L.

Doctoral candidate in nursing educa-
tion School of Nursing and Midwifery,
Tabriz University of medical sciences,
Tabriz, Iran.

Introduction: Organizational power is effective factor on nurs-
ing profession' productivity, nurses' practice and their job satis-
faction. Nurses' perception of power in nursing profession can
facilitate them to achieve mentioned aims

Aim: The aim was assessment of nurses' perceptions of nursing
power based on King Model.

Method: A descriptive study was conducted in medical-surgical
units in teaching hospitals in Tabriz 2012. The data were col-
lected from 165 nurses who selected randomly. For data gath-
ering (SKAGPO: Sieleoff-King Assessment of Group Power
within Organization) questionnaire was used and their points
computed in 8 sub scales of it. Its reliability was 0.89 by using
of test- retest and its' validity was received by content validity.
Data were analyzed by One-way ANOVA, t-test and by using
software SPSS18.

Results: The results showed that 77.94% of nurses had limited
perception of organizational power in nursing profession. In
subscales of power concept; outcome attainment (mean= 3.93),
and effectiveness of power (mean= 3.87) had a very high per-
ception. But in resources of power (mean=1.78), effects of envi-
ronmental forces (mean=2.15) and effectiveness communication
(mean= 2.11) had limited perception. There was significant cor-
relation between nurses' experience with environmental forces
(p=0.002), role playing and supervision subscales (p=0.04).
Also, there was significant correlation between nurses' age with
environmental forces and role subscales (p=0.007).

Conclusion: By considering these findings, it is necessary to
clarify the power concept and organizational processes by orien-
tation programs, that nurses educated with nursing models. Also,
change in managerial structure, applying suitable strategies and
readiness for nurses' autonomy in decision making in health care
system are necessary to promote organizational power.

Key words: King model, Nurse Perception, Organizational power

Nursing Management

Quarterly Journal of Nursing Management

First Year, Vol 1, No 4, Winter 2013