

## تأثیر الگوی رهبری موقعیتی بر میزان صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری

زهرا پورفرزاد\* دکتر زهره ونکی\*\* دکتر ربابه معماریان\*\*\*

### چکیده

زمینه و هدف: ارتباطات جزء مفاهیم پایه و اولین موضوعاتی است که دانشجویان پرستاری باید آن را یاد بگیرند. رفتار آموزشی مربیان، نقش مهمی در اثربخشی آموزش بالینی برای دانشجویان دارد. هدف این مطالعه، تعیین تأثیر الگوی رهبری موقعیتی بر میزان صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در دو دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی اراک بوده است.

روش بررسی: این مطالعه نیمه تجربی با دو گروه شاهد و آزمون به صورت قبل و بعد انجام گرفته است. تعداد ۷۵ دانشجو که واحد داخلی جراحی را در نیمسال دوم ۸۶-۸۵ و ترم تابستانی اخذ کرده بودند، به صورت تصادفی انتخاب شدند. اختصاص نمونه‌ها در گروه‌های شاهد و آزمون به صورت غیرتصادفی انجام گرفت. دانشجویان و مربیان در دو گروه با یکدیگر همسان بودند. پرسشنامه سنجش صلاحیت ارتباطی دانشجویان توسط مربی و کارکنان در هفته اول کارآموزی تکمیل گردید. در گروه آزمون در مرحله حین کارآموزی «الگوی رهبری موقعیتی» به عنوان یک مداخله اجرا گردید. در انتهای کارآموزی نیز مجدداً ابزار توسط مربی و کارکنان تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تی زوجی و مستقل در نرم‌افزار SPSS v.13 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج آزمون آماری تی زوجی نشان داد که در گروه شاهد صلاحیت ارتباطی دانشجویان در مرحله بعد از کارآموزی نسبت به قبل از آن تغییری نکرده است ( $p=0/764$ ). در حالی که در گروه آزمون نمره صلاحیت ارتباطی دانشجویان افزایش معنادار ( $p<0/001$ ) یافته است. با استفاده از آزمون آماری تی مستقل اختلاف میانگین نمره صلاحیت ارتباطی دانشجویان بین مراحل قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد تفاوت معناداری با اختلاف میانگین نمره صلاحیت ارتباطی گروه آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله دارد ( $p<0/001$ ).

نتیجه‌گیری: با توجه به اهداف آموزش بالینی، به کارگیری الگوی رهبری موقعیتی در آموزش بالینی باعث ارتقای صلاحیت ارتباطی دانشجویان می‌شود.

واژه‌های کلیدی: الگوی رهبری موقعیتی، آموزش بالینی، صلاحیت ارتباطی، پرستاری

نویسنده مسؤول: دکتر  
زهره ونکی؛ دانشکده  
علوم پزشکی دانشگاه  
تربیت مدرس  
e-mail:  
vanaki\_z@modares  
.ac.ir

- دریافت مقاله: فروردین ماه ۱۳۸۸ - پذیرش مقاله: شهریور ماه ۱۳۸۸

### مقدمه

مسئله آموزش بالینی و آماده‌سازی دانشجویان برای پذیرش نقش‌های مختلف در عرصه‌های خدمات بهداشتی و درمانی از اهم فعالیت‌ها و اهداف دانشکده پرستاری است (۱).

یکی از اهداف اساسی آموزش پرستاری ارتقای سطح صلاحیت ارتباطی در دانشجویان است (۲ و ۳). ارتباطات جزء مفاهیم پایه و اولین موضوعاتی است که دانشجویان پرستاری باید آن را یاد بگیرند. امروزه اهمیت و لزوم ارتقای مهارت‌های ارتباطی در دانشجویان پرستاری بر کسی پوشیده نیست؛ چرا که برای ارایه مراقبت پرستاری به بیماران، برقراری ارتباط

\* دانش‌آموخته کارشناسی ارشد آموزش مدیریت پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس  
\*\* دانشیار گروه آموزشی پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس  
\*\*\* استادیار گروه آموزشی پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

دانشجویان پرستاری با بیماران و خانواده‌شان در موقعیت‌های بالینی ضروری است (۴). کلید آگاهی از نیازهای اختصاصی بیماران، برقراری ارتباطات صحیح با آنان است. امروزه تأکید بر دیدگاه کل‌نگر و بیمار محور در پرستاری مطرح می‌باشد، بنابراین شناسایی همه جانبه بیماران امری ضروری به نظر می‌رسد و این پدیده اتفاق نمی‌افتد مگر از طریق برقراری ارتباطات بهینه و اثربخش با آنان (۵). برقراری ارتباط با بیمار مرحله اولیه و هسته اصلی مراقبت‌های پرستاری است. ارتباط با بیمار جنبه مهمی از فرایند یادگیری است و بر ارتقای حرفه‌ای و فردی، اعتماد به نفس و عزت نفس دانشجویان پرستاری مؤثر است (۴). دانشجویان پرستاری باید توانایی برقراری ارتباط با اعضای تیم مراقبت بهداشتی را نیز کسب کنند (۶و۳). تحقیقات در زمینه بررسی ارتباطات بین دانشجوی پرستاری و بیمار از دهه ۱۹۸۰ افزایش یافته است (۴). بیشتر مشکلاتی که در سیستم رایج مراقبت بهداشتی وجود دارد به واسطه ارتباطات ضعیف گزارش شده است (۷). مطالعات انجام گرفته در بررسی تجربیات و ادراکات دانشجویان درباره موقعیت‌های بالینی و بیماران نشان می‌دهد که دانشجویان رایج مراقبت بیمار محور را مشکل می‌دانند و دانش و مهارت لازم را در برقراری ارتباط با بیماران ندارند (۴). علاوه بر این کمبودها و مشکلاتی در آموزش و ارزشیابی مهارت‌های ارتباطی گزارش شده است (۹و۸). Kruijver و همکاران با مروری منظم بر نتایج ۱۴ مطالعه انجام یافته در زمینه ارزشیابی برنامه‌های آموزش ارتباطات در مراقبت

پرستاری، نشان دادند که این برنامه‌ها بر مهارت‌ها و تغییرات رفتار عملکردی پرستاران و برآیندهای بیمار بی‌تأثیر بوده و یا تأثیر کمی داشته و اکثر این برنامه‌ها طراحی ضعیفی داشته است (۱۰). نتایج مطالعه Kotecki نیز نشان داد که دانشجویان در رایج توضیحات لازم به بیمار از قبیل توصیف بیماری، گفتن حقایق و واقعیت‌ها مشکل دارند (۱۱). از طرف دیگر، مروری بر سر فصل دروس رشته پرستاری نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های ارتباطی به صورت واحد جداگانه‌ای در نظر گرفته نشده و در برخی دروس، ساعات محدودی به آن اختصاص یافته است (۱۲) و دانشجویان پرستاری آن گونه که از آنان انتظار می‌رود پس از پایان تحصیل قادر به برقراری ارتباط مؤثر با بیماران خود نبوده و در مورد تشخیص مشکلات بیمار و کمک به رفع آن‌ها ضعیف عمل می‌کنند (۵). بدین ترتیب، به نظر می‌رسد مهارت‌های ارتباطی بیمار محور، نیازمند توجه خاص بوده و ضروری است که در این مورد تدابیر لازم صورت گیرد (۱۲). لذا، توجه خاص به آموزش بالینی و نحوه عملکرد مربیان پرستاری در ایفای نقش آموزش بالینی حایز اهمیت است (۱). مربیان، نقش مهمی در اثربخشی آموزش بالینی دانشجویان دارند (۱۳). از معیارهای مربیان بالینی اثربخش باید به صلاحیت حرفه‌ای، ارتباطات بین فردی، توانمندی‌های آموزشی و ارزشیابی بالینی آن‌ها اشاره نمود (۱۷-۱۴). یکی از نقش‌ها و مسؤولیت‌های کلیدی مربیان بالینی رهبری دانشجویان پرستاری در محیط بالینی است (۱۸). نظریه‌ها و الگوهای مختلفی

برای رهبری وجود دارد. از مهم‌ترین آن‌ها الگوی رهبری موقعیتی Hersey و Blanchard می‌باشد که به آسانی در آموزش بالینی قابل کاربرد است. از آن جا که در پژوهش حاضر از این الگو استفاده شده، در این جا به شرح آن می‌پردازیم (۱۹). این الگوی رهبری که به نام تهیه‌کنندگان آن «هرسی و بلانچارد» معروف است، تصویرگر چهار شیوه رهبری است که از دو جزء اصلی «وظیفه‌مداری و رابطه‌مداری» تشکیل شده است. رفتار وظیفه‌مدار عبارت است از حد ممکن تشریح وظایف و مسئولیت‌های فرد یا گروه به وسیله رهبر، از جمله تذکر رهبر در مورد این که کارها و وظایف چگونه، چه وقت و چطور انجام یابد. رفتار رابطه‌مدار عبارت است از حد ممکن برقراری ارتباط دو طرفه یا چند طرفه، این رفتارها به سخن دیگران گوش دادن، تسهیل بخشیدن و رفتار حمایت‌کننده را شامل می‌شود. در این الگو این دو جزء بر روی دو محور جداگانه در یک نمودار دو بعدی قرار دارد و از چهار ربع به دست آمده می‌توان چهار شیوه رهبری را شناسایی کرد که عبارتند از:

شیوه ۱ (Style1: S<sub>1</sub>): وجه مشخصه این شیوه رهبری رفتار وظیفه‌مدار بیشتر از حد متوسط و رفتار رابطه‌مدار کمتر از حد متوسط است.

شیوه ۲ (Style2: S<sub>2</sub>): وجه مشخصه این شیوه رهبری رفتار وظیفه‌مدار و رفتار رابطه‌مدار بیشتر از حد متوسط است.

شیوه ۳ (Style3: S<sub>3</sub>): وجه مشخصه این شیوه رهبری رفتار وظیفه‌مدار کمتر از حد متوسط و رفتار رابطه‌مدار بیشتر از حد متوسط است.

شیوه ۴ (Style4: S<sub>4</sub>): وجه مشخصه این شیوه رهبری رفتار وظیفه‌گرا و رفتار رابطه‌مدار کمتر از حد متوسط است.

اطلاعات مهم این الگو علاوه بر تعاریف عملیاتی از شیوه‌ها، موقعیت‌های رهبری است و برخی از عوامل اولیه در آن‌ها مؤثرند که عبارتند از: رهبر، پیروان، مدیر مافوق، همکاران کلیدی، سازمان، زمان تصمیم و خواسته‌های شغلی. بدیهی است که این عوامل در تعامل متقابل با هم هستند. از این میان رابطه میان رهبر و پیرو متغیری بسیار مهم است. برای آن که این ارتباط به حداکثر برسد رهبر باید آمادگی پیرو (فرد/گروه) را جهت انجام وظایف تعیین نماید. این تعیین حد آمادگی پیروان، مأخذی برای تعیین شیوه رهبری توسط رهبر خواهد بود.

تعریف آمادگی پیرو در رهبری وضعیتی، عبارت است از میزان توانایی و تمایل پیرو در کسب توفیق در انجام یک تکلیف خاص. آمادگی دارای دو بخش اصلی است: توانایی و تمایل. توانایی یعنی دانش، تجربه و مهارتی که فرد یا گروه برای انجام تکلیف یا فعالیت خاص دارد. تمایل یعنی میزان وجود اطمینان، تعهد و انگیزش در شخص برای انجام موفقیت‌آمیز یک تکلیف خاص.

باید دقت داشت که اگر چه این دو مفهوم با هم متفاوتند ولی در عمل یک نظام تعاملی تشکیل می‌دهند. یعنی تغییر در یکی بر دیگری مؤثر است. به عبارت دیگر؛ میزان تمایلی که پیروان همراه خود به محیط خاصی می‌برند، بر توانایی آن‌ها در میزان رشد و پیشرفت استعدادشان مؤثر است و بالعکس. افراد برای

راهنمایی (رفتار هدایت‌کننده) و همچنین حمایت (رفتار حمایت‌کننده) دانشجویان پرستاری مناسب با سطوح توانایی دانشجویان (پیروان) در آموزش بالینی شکل می‌گیرد که موجب رشد و بهبود توانایی‌های افراد می‌گردد (۲۳-۲۱). Meyer می‌نویسد الگوی رهبری موقعیتی می‌تواند به عنوان یک شیوه رهبری در جهت ارتقای سطح صلاحیت دانشجویان استفاده شود (۱۹). در همین راستا Lockwood-Rayermann می‌نویسد سبک‌ها و ویژگی‌های رهبری برای یک مربی پرستاری می‌تواند بر یادگیری و تجربه بالینی دانشجو تأثیر بگذارد (۲۳). Farmer نیز بیان می‌کند ماهیت الگوی رهبری موقعیتی بر اساس ارتقای صلاحیت افراد از سطح اولیه به سطح عالی است (۲۴). از آنجا که تاکنون پژوهشی دال بر به کارگیری این الگو در آموزش پرستاری دیده نشده لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر الگوی رهبری موقعیتی بر میزان صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری اجرا شده است.

### روش بررسی

این پژوهش از نوع نیمه تجربی در دو گروه شاهد و آزمون به صورت قبل و بعد انجام گرفته است. «الگوی رهبری موقعیتی در آموزش بالینی» به عنوان یک مداخله در گروه آزمون اجرا گردیده و اثرات آن بر «میزان صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری» سنجیده شده است. بدین منظور ۷۵ دانشجوی پرستاری در دو نیم‌سال متوالی (نیم‌سال دوم ۸۶-۸۵ و ترم تابستانی) به صورت تصادفی از بین دانشجویان دختر کارشناسی پرستاری دو

انجام تکالیف خاص سطوح آمادگی گوناگونی را با خود به سازمان می‌آورند. این سطوح را می‌توان در یک پیوستار چهار قسمتی ملاحظه کرد که هر قسمت نشانگر ترکیب متفاوتی از توانایی و تمایل پیرو است. این سطوح عبارتند از:

سطح ۱: (Maturity1: M<sub>1</sub>): ناتوان و بی‌میل؛ پیرو توانمندی در انجام کار ندارد و تعهد و انگیزشی هم ندارد.

سطح ۲: (Maturity2: M<sub>2</sub>): ناتوان ولی مایل؛ پیرو توانایی ندارد ولی کوشش می‌کند و دارای انگیزش است.

سطح ۳: (Maturity3: M<sub>3</sub>): توانا اما بی‌میل؛ پیرو توانایی برای انجام کار دارد ولی تمایلی برای استفاده از آن توانایی ندارد.

سطح ۴: (Maturity4: M<sub>4</sub>): توانا و مایل؛ پیرو توانایی انجام کار را دارد و شخصی است متعهد و در انجام آن مطمئن است.

حال به موازات حرکت از سطوح پایین آمادگی به سطوح بالا، ترکیب رفتار و وظیفه‌گرایانه و رابطه‌گرایانه مناسب موقعیت‌ها (شیوه رهبری) تغییر می‌کند. در شکل ۱ شیوه‌های چهارگانه نشان داده شده است. خط منحنی نشانگر احتمال بالای ترکیب رفتار و وظیفه‌گرا و رابطه‌گرا است. این ترکیبات با سطوح آمادگی پیروان که در زیر آنها معین شده مطابقت دارد. همان‌طور که مشاهده می‌شود برای هر سطح از آمادگی، شیوه‌های خاصی از رهبری کاربرد دارد (۲۰).

مفاهیم پایه الگوی رهبری موقعیتی مشابه با فرایند آموزش بالینی است (۲۱). بدین ترتیب رفتارهای مربی بالینی (رهبر) برای هدایت و

دانشگاه علوم پزشکی و آزاد اسلامی اراک که واحدهای کارآموزی داخلی جراحی ۱، ۳ و ۴ را اخذ کرده بودند، انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که از بین گروه‌های دانشجویان واجد شرایط تعداد ۱۲ گروه ۵، ۶ و ۷ نفره به همراه مربیان مربوط به صورت تصادفی انتخاب شدند. مربیان بالینی دانشجویان پرستاری در دو گروه یکسان بودند. نظر به این که در فرایند ارتباطات اهمیت توجه به ویژگی‌های فردی، گذشت زمان، تجربه، نظام آموزشی و دیگر عوامل، نبایستی نادیده گرفته شود (۲۸-۲۵)، لذا این متغیرها در هر دو گروه یکسان در نظر گرفته شد. قابل ذکر است که به منظور جلوگیری از هر گونه تورش، پس از نمونه‌گیری در هر دوره از دانشجویان، ابتدا گروه شاهد دوره کارآموزی خود را شروع نموده و سپس در گروه آزمون، مداخله در سه مرحله اجرا شده است:

مرحله اول: در ابتدای کارآموزی میزان صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری توسط مربیان پرستاری و کارکنان بخش سنجیده شده است. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه بررسی صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری بوده که توسط پژوهشگران تهیه شده است. این پرسشنامه دارای دو بخش ویژگی‌های فردی دانشجو و ۳۷ گویه است که در سه بعد ارتباط مقدماتی، ارتباط مراقبتی و ارتباط مدیریتی تنظیم شده است. بعد ارتباط مقدماتی با ۵ گویه مربوط به بررسی توانایی دانشجویان در شروع برقراری ارتباط با بیمار است. بعد ارتباط مراقبتی با ۲۰ گویه مربوط به بررسی توانایی دانشجویان در

برقراری ارتباط با بیمار و خانواده‌اش بر اساس فرایند پرستاری است. بعد ارتباط مدیریتی با ۱۲ گویه مربوط به بررسی توانایی دانشجویان در برقراری ارتباط با کارکنان پرستاری برای ارایه و هماهنگی مراقبت و درمان بیماران است. میزان توانایی دانشجویان در هر گویه با مقیاس ۴ رتبه‌ای کمتر از ۳۰٪، ۳۰-۵۰٪، ۷۰-۷۰٪ و ۱۰۰-۷۰٪ بیان شده است. جهت تعیین روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا استفاده شد. سنجش پایایی ابزار با روش ثبات درونی نشان داد که آلفای کرونباخ برای ابعاد مختلف بین ۰/۹۷-۰/۸۶ و برای کل ابزار ۰/۹۶ بوده است.

مرحله دوم: در حین کارآموزی پژوهشگر در گروه شاهد در کار آموزش بالینی دانشجویان با مربیان بالینی مشارکت داشت اما از الگوی رهبری موقعیتی در آموزش بالینی استفاده نکرد. در این گروه مربیان طبق روال عادی و همیشگی خود آموزش می‌دادند. اما در گروه آزمون در مرحله اجرای مداخله پژوهشگر الگوی رهبری موقعیتی را در آموزش بالینی دانشجویان به کار می‌گرفت. مربی بالینی نقشی در اجرای الگوی رهبری ایفا نمی‌کرد و همان شیوه آموزشی خود را داشت. به منظور اجرای الگوی رهبری موقعیتی در آموزش بالینی در ابتدا مراحل زیر قبل از شروع کارآموزی انجام گرفته است. لازم به ذکر است که برای تسهیل اجرا ابزارهای زیر طراحی شده‌اند:

الف- فرم تعیین اهداف رفتاری و آموزشی کارآموزی: با همکاری مدیر گروه پرستاری و مربیان بالینی، فرم‌های مورد نیاز

در خصوص اهداف رفتاری و آموزشی هر کارآموزی با توجه به نوع بخش تهیه و بر اساس اهداف اختصاصی هر بخش از الگوی رهبری موقعیتی برای رفتار با دانشجویان پرستاری و آموزش به آنها استفاده شده است.

ب- طراحی فرم سنجش سطح توانایی دانشجویان: با مشخص شدن اهداف رفتاری و آموزشی، ابزاری جهت سنجش سطح توانایی دانشجویان ساخته شده است. در ابتدا با توجه به اهداف رفتاری انتخاب شده به تهیه استانداردهای مراقبتی پرداخته شده است.

پ- چک لیست رفتاری: این استانداردهای مراقبتی به صورت رفتارهای قابل مشاهده (چک لیست رفتاری) تعریف شدند. در این چک لیست رفتاری به وضوح مشخص شده که برای هر هدف چه فعالیت‌هایی مورد انتظار است و نشان‌دهنده عملکرد شایسته می‌باشد. با کمک این ابزار هم پژوهشگر و هم دانشجویان می‌دانستند که چه موقع عملکرد به سطح دلخواه نزدیک می‌شود. چک لیست یاد شده جهت ارزشیابی عملکرد و سنجش پیشرفت دانشجویان به کار برده شده است. در این چک لیست رفتاری سطوح آمادگی افراد بر اساس میزان توانایی آنها به صورت زیر تعریف شد:  $M_1$ - عملکرد مناسب ندارد و نیازمند راهنمایی و سرپرستی کامل و دقیق است.  $M_2$ - با راهنمایی و سرپرستی متوسط عملکرد مناسب دارد.  $M_3$ - با حداقل راهنمایی غالباً عملکرد مناسب دارد.  $M_4$ - بدون کوچک‌ترین راهنمایی قادر به انجام کار می‌باشد و عملکرد مناسب دارد.

ت- طراحی فرم برنامه‌ریزی آموزشی: به منظور تسهیل در به‌کارگیری این الگو فرمی جهت برنامه‌ریزی آموزشی دانشجویان تهیه شده است. از طریق این فرم به صورت روزانه مواردی که به دانشجویان آموزش داده شده، سطح آمادگی آنان، موارد اصلاحی و رفتار رهبری یادداشت شده است.

ث- طراحی فرم کنترل/ بازخورد جهت دانشجویان: برای کمک به دانشجویان و تسهیل یادگیری آنها درباره مراقبت از بیماران بر اساس فرایند پرستاری از ابزار کنترل/ بازخورد استفاده شده است. این ابزار شامل فرم بررسی و شناخت پرستاری بر اساس الگوی Gordon، فرم اقدامات درمانی، تشخیصی و دارویی و فرم فرایند پرستاری بوده که به عنوان یک وسیله کمک آموزشی برای تسهیل در پیشبرد اهداف استفاده شده است.

در فاز اجرایی الگوی رهبری موقعیتی (مرحله حین کارآموزی) مراحل زیر اجرا و ابزارهای فوق به کار گرفته شده است:

الف- مرحله آشناسازی: روز اول کارآموزی به عنوان روز آشنایی دانشجویان با محیط، کارکنان و نوع کارآموزی در نظر گرفته شد. دانشجویان به صورت نظری با اهداف و انتظارات آموزشی و عملکردهای مورد نظر در این کارآموزی آشنا شدند. علاوه بر آن دانشجویان درباره نحوه استفاده از فرم کنترل/بازخورد آموزش دیدند.

ب- تعیین سطح آمادگی دانشجویان پرستاری: در دوره کارآموزی با توجه به اهداف کارآموزی و با کمک فرم تهیه شده، سطح توانایی دانشجویان در انجام هر فعالیت

مرحله سوم: در پایان کارآموزی میزان صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری با ابزار سنجش صلاحیت ارتباطی توسط مربیان پرستاری و کارکنان بخش سنجیده می‌شد. قابل ذکر است که پرستاران فقط بعد ارتباط مدیریتی را که درباره ارتباط دانشجویان پرستاری با کارکنان است تکمیل کردند. لذا، در بعد ارتباط مدیریتی نمره ارزیابی به صورت میانگین ارزیابی مربی و کارکنان می‌باشد. جهت آنالیز داده‌ها نمره ۱ به رتبه کمتر از ۳۰٪، نمره ۲ به رتبه ۳۰-۵۰٪، نمره ۳ به رتبه ۷۰-۵۰٪ و نمره ۴ به رتبه ۱۰۰-۷۰٪ داده شد. با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی مطلق و نسبی) دانشجویان پرستاری بر حسب ارزیابی صلاحیت ارتباطی در سه سطح ضعیف (۷۴-۳۷)، متوسط (۱۱۱-۷۴) و خوب (۱۴۸-۱۱۱) طبقه‌بندی شدند. در نهایت داده‌ها به وسیله آزمون آماری تی‌زوجی و تی‌مستقل با نرم‌افزار SPSS v.13 تجزیه و تحلیل شد.

### یافته‌ها

اکثر دانشجویان پرستاری در دو گروه شاهد و آزمون را افرادی مجرد، با میانگین سنی ۲۰ سال و ساکن منزل مسکونی تشکیل داده و اکثر آن‌ها واحد داخلی‌جراحی ۱ را اخذ کرده بودند. میزان علاقه‌مندی اکثر دانشجویان به رشته پرستاری در گروه شاهد متوسط و در گروه آزمون زیاد بوده است و آزمون‌های آماری (خی‌دو و تی‌مستقل) هم نشان داد که دو گروه از نظر عوامل فوق همسان بوده‌اند. آزمون تی‌زوجی در مقایسه میانگین صلاحیت ارتباطی دانشجویان و ابعاد تشکیل‌دهنده آن در گروه شاهد بین مراحل

تعیین می‌شد. به این ترتیب که با تفویض کار یا فعالیت خاص به دانشجو و مشاهده رفتار وی و یا پرسش از دانشجو درباره دانش، مهارت و تجربه وی در انجام آن کار خاص سطح، توانایی دانشجو ارزیابی می‌شد.

پ- تعیین و به کارگیری سبک رهبری: با توجه به سطح توانایی دانشجو در انجام اقدامات پرستاری نظیر رویه‌ها، مراقبت‌ها و... سبک رهبری مناسب با این سطح برای آن فعالیت خاص انتخاب و به کار گرفته می‌شد. بدین ترتیب رفتارهای رهبری با آمادگی دانشجویان تنظیم شده و در جهت افزایش سطح توانایی آن‌ها تلاش می‌شد. نحوه به کارگیری سبک‌های رهبری طبق الگوی رهبری موقعیتی هرسی و بلانچارد بوده که در شکل ۱ آمده است. بدین ترتیب برای دانشجو با سطح آمادگی  $M_1$  سبک رهبری  $S_1$ ؛ با سطح آمادگی  $M_2$  سبک رهبری  $S_2$ ؛ با سطح آمادگی  $M_3$  سبک رهبری  $S_3$  و با سطح آمادگی  $M_4$  سبک رهبری  $S_4$  به کار گرفته شده است.

ت: کنترل و نظارت: در فرایند اجرایی، با کمک فرم سنجش سطح توانایی دانشجویان هرگونه پیشرفت و یا پسرفت دانشجو (افزایش یا کاهش سطح توانایی) در انجام فعالیت‌ها در طول کارآموزی کنترل شده و در صورت تغییر در سطح توانایی دانشجو سبک رهبری مناسب با آن را به کار گرفته شده است.

همچنین فرم برنامه‌ریزی آموزشی به صورت روزانه برای هر دانشجو تکمیل شده و بدین ترتیب فرایند پیشرفت دانشجو در انجام فعالیت‌ها و نیازهای آموزشی دانشجویان تعیین می‌شد.

شروع و پایان دوره کارآموزی اختلاف معناداری را نشان نمی‌دهد. در حالی که همین آزمون در مقایسه میانگین صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری و ابعاد تشکیل‌دهنده آن در گروه آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله ( $p < 0/001$ ) تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. به عبارت دیگر صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در گروه آزمون در مرحله بعد از مداخله نسبت به قبل ارتقا یافته است (جدول شماره ۱).

نتایج آزمون آماری تی مستقل نشان داد که اختلاف میانگین نمره صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری و ابعاد تشکیل‌دهنده آن بین مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون تفاوت معناداری ( $p < 0/001$ ) دارد. به عبارت دیگر مداخله باعث ارتقای سطح صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در گروه آزمون شده است (جدول شماره ۲).

همچنین نتایج نشان می‌دهد که بیشتر دانشجویان پرستاری در گروه شاهد در دو مرحله شروع (۴۵/۷٪) و پایان (۷۱/۴٪) دوره

کارآموزی دارای صلاحیت ارتباطی متوسط می‌باشند. در حالی که مریبان بالینی در گروه آزمون بیشتر دانشجویان پرستاری را در مرحله قبل از مداخله ضعیف (۸۰٪) و در مرحله بعد از مداخله در حد متوسط (۵۷/۵٪) برآورد نموده‌اند. صلاحیت ارتباطی در سطح خوب در دانشجویان گروه آزمون از صفر درصد به ۳۷/۵٪ بعد از مداخله رشد داشته است (جدول شماره ۳).

همچنین به عنوان یک یافته فرعی در این جا لازم به ذکر است که تغییرات حاصل در سطح آمادگی دانشجویان گروه آزمون در ارایه مراقبت‌های عمومی پرستاری (به طور مثال) نشان می‌دهد که ارتقای سطح توانایی اکثر آنان از  $M_1$  به  $M_2$  در انجام مراقبت‌ها مستلزم برقراری ارتباط صحیح آن‌ها با بیماران بوده است. بدیهی است که این تغییر با تغییر در سبک رهبری مربی نیز همراه بوده (طبق شکل ۱) که در نهایت موجب ارتقای سطح صلاحیت ارتباط مراقبتی آن‌ها شده است (جدول شماره ۱).

**جدول ۱-** مقایسه میانگین نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری و ابعاد تشکیل‌دهنده آن در دو گروه شاهد و آزمون در مراحل قبل و بعد از مداخله

گروه شاهد	گروه آزمون		گروه
	مرحله قبل	مرحله بعد	
مرحله بعد	مرحله قبل	مرحله بعد	مرحله قبل
۱۳/۵۴±۳/۵۰	۱۳/۰۲±۳/۸۸	۱۵/۲۷±۴/۴۵	۱۱/۵۵±۳/۷۷
$p=0/292$		$p<0/001$	
۴۲/۶۰±۱۲/۶۵	۴۳/۷۴±۱۴/۴۹	۵۲/۶۲±۱۰/۷۹	۳۱/۸۰±۷/۶۲
$p=0/439$		$p<0/001$	
۲۷/۴۰±۵/۷۴	۲۷/۴۲±۶/۲۹	۳۳/۳۵±۴/۴۰۷	۲۱/۲۰±۳/۹۳
$p=0/972$		$p<0/001$	
۸۳/۵۴±۱۹/۲۰	۸۴/۲۰±۲۲/۸۹	۱۰۱/۲۵±۱۸/۲۶	۶۴/۵۵±۱۱/۹۹
$p=0/764$		$p<0/001$	
			ارتباط مقدماتی
			ارتباط مراقبتی
			ارتباط مدیریتی
			ارتباط ارتباطی (به طور کلی)
			ارتباط تی زوجی



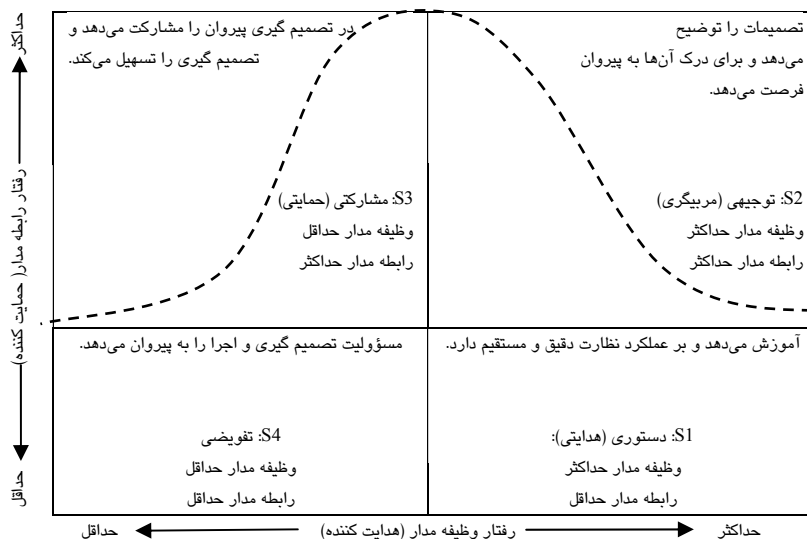
**جدول ۲-** مقایسه اختلاف میانگین نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری و ابعاد تشکیل دهنده آن بین مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون

ابعد صلاحیت ارتباطی	گروه	اختلاف میانگین بین مراحل قبل و بعد	آزمون تی مستقل
ارتباط مقدماتی	شاهد	-۰/۵۱۴۳	$p < ۰/۰۰۱$
	آزمون	-۲/۷۲۵۰	
ارتباط مراقبتی	شاهد	۱/۱۴۲۹	$p < ۰/۰۰۱$
	آزمون	-۲۰/۸۲۵۰	
ارتباط مدیریتی	شاهد	۰/۰۲۸۶	$p < ۰/۰۰۱$
	آزمون	-۱۲/۱۵۰۰	
صلاحیت ارتباطی (به طور کلی)	شاهد	۰/۶۵۷۱	$p < ۰/۰۰۱$
	آزمون	-۳۶/۷۰	

**جدول ۳-** توزیع فراوانی دانشجویان پرستاری بر حسب ارزشیابی صلاحیت ارتباطی به طور کلی در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون

گروه و مرحله صلاحیت ارتباطی	گروه آزمون		گروه شاهد	
	مرحله قبل	مرحله بعد	مرحله قبل	مرحله بعد
خوب (۱۱۱-۱۴۸)	۰ (٪۰)	۱۵ (٪۳۷/۵)	۶ (٪۱۷/۱)	۲ (٪۵/۷)
متوسط (۷۴-۱۱۱)	۸ (٪۲۰)	۲۳ (٪۵۷/۵)	۱۶ (٪۴۵/۷)	۲۵ (٪۷۱/۴)
ضعیف (۳۷-۷۴)	۳۲ (٪۸۰)	۲ (٪۵)	۱۳ (٪۳۷/۱)	۸ (٪۲۲/۹)
جمع	۴۰ (٪۱۰۰)	۴۰ (٪۱۰۰)	۳۵ (٪۱۰۰)	۳۵ (٪۱۰۰)

**شکل ۱-** الگوی رهبری موقعیتی هرسی و بلانچارد



سطح آمادگی پیروان

پایین	متوسط		بالا
M <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	M <sub>3</sub>	M <sub>4</sub>
ناتوان و بی میل انگیزه	ناتوان اما مایل و بانگیزه	توانا اما بی میل وانگیزه	توانا و با انگیزه
هدایت شده توسط رهبر	هدایت شده توسط پیرو		

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه (در مرحله قبل از مداخله) نشان‌دهنده وضعیت موجود و تأیید مسأله است که صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در حد ضعیف است. در همین راستا نتایج مطالعه نوابی و عصری نشان داد که میزان عملکرد دانشجویان پرستاری در برقراری ارتباط با بیمار در سطح متوسط بوده است (۲۹). نتایج پژوهش سبزواری و همکاران نیز نشان داد که عملکرد دانشجویان پرستاری در شروع مصاحبه و مهارت‌های تعاملی نسبتاً مطلوب، در پیگیری مشکل و توصیف بیماری فعلی نیمه مطلوب و در مورد پایان بخشیدن به مصاحبه نامطلوب بوده است (۱۲).

نتایج حاصل از ارزشیابی مربیان بالینی نشان داد که میانگین صلاحیت ارتباطی در گروه شاهد از ۸۴/۲۰ به ۸۳/۵۴ کاهش داشته است که از نظر آماری با  $p=0/764$  اختلاف معناداری را نشان نمی‌دهد. بدین ترتیب در گروهی که مربیان بالینی از روش‌های آموزشی معمول خود استفاده کردند ما شاهد تغییری در میزان صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری نبوده‌ایم. با وجود این که یکی از اهداف اساسی آموزش بالینی ارتقای سطح صلاحیت دانشجویان پرستاری است. در حالی که صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در گروه شاهد که از الگوی رهبری موقعیتی برای آموزش آن‌ها استفاده شده از ۶۴/۵۵ به ۱۰۱/۲۵ ارتقا داشته است و آزمون تی‌زوجی نیز با  $p<0/001$  این افزایش را تأیید می‌کند (جدول شماره ۱).

در شروع کارآموزی اکثر دانشجویان پرستاری گروه آزمون در انجام بیشتر فعالیت‌های ویژه کارآموزی در سطح توانایی  $M_1$  بودند. از علل آن می‌توان به این موارد اشاره نمود: ۱- اکثر دانشجویان پرستاری (۶۷/۵٪) واحد داخلی جراحی ۱ را اخذ کرده بودند؛ ۲- دانش نظری و تجربه کافی را در ارایه مراقبت به مددجویان و انجام بعضی از رویه‌ها نداشتند؛ ۳- برای اولین بار با یک موقعیت بالینی مواجه می‌شدند. در انتهای کارآموزی اکثر دانشجویان پرستاری گروه آزمون در انجام بیشتر فعالیت‌ها به سطح توانایی  $M_2$  ارتقا یافتند. در همین راستا Van Hoozer و همکاران بیان کردند که در فرایند ارتقای دانشجویان پرستاری سال پایین با الگوی رهبری موقعیتی احتمال ارتقای سطح توانایی دانشجویان پرستاری به سطوح  $M_3$  و  $M_4$  کم است (۱۸). جالب این‌جاست که نتایج این مطالعه هم نشان داده که ارتقای دانشجویان به سطوح  $M_3$  و  $M_4$  رخ نداده است. همچنین Nahas و همکاران در همین مورد می‌نویسند، دانشجویان سال پایین بیشتر به مربی بالینی وابسته هستند. در این گونه موارد رفتار مربی بالینی شامل ارایه بازخورد مناسب به عملکرد بالینی آن‌ها است. با پیشرفت دانشجویان مربی بالینی ضمن هدایت و ارزشیابی عملکرد آن‌ها باید بر جنبه‌های مثبت عملکردشان تأکید کند (۳۰). این رفتارها نیز نشان‌دهنده رفتارهای رهبری در سبک‌های  $S_1$  و  $S_2$  است که برای دانشجویان پرستاری سال پایین مناسب شناخته شده است. در همین راستا نیز Strohschein و همکاران بیان کردند که

دانشجویان پرستاری در سطوح  $M_1$  و  $M_2$  است. بدین ترتیب پژوهشگر با نظارت بالینی صحیح منطبق بر سطح آمادگی دانشجویان و با ارایه بازخورد مناسب توانست دانشجویان را هدایت و تشویق نماید و در نتیجه نقاط قوت و ضعف آن‌ها شناخته می‌شد و آموزش‌های بعدی بر اساس آن انجام می‌گرفت.

نتایج مطالعات Lee و همکاران و Tang و همکاران نشان داد که صلاحیت ارتباطات بین فردی مهم‌ترین ویژگی مربیان بالینی اثربخش است (۱۷ و ۱۵). همچنین نتایج مطالعه Kelly نشان داد که مهارت‌های ارتباطی، گوش دادن فعال و ارایه بازخورد برای اثربخشی آموزش بالینی ضروری است (۳۴). در فرایند اجرایی پژوهش حاضر نیز نحوه برقراری ارتباط پژوهشگر با دانشجو در موقعیت‌های خاص تعریف شد و به کارگیری این رفتارها باعث رشد صلاحیت‌های ارتباطی دانشجویان پرستاری گردید.

نتایج مطالعه Suikkala و Leino-Kilpi نیز نشان داد که ارتباطات نظارتی و حمایتی، تشویق، تقویت مثبت و بازخورد بر ایجاد ارتباط خوب با بیمار تأثیر می‌گذارد (۴). در این پژوهش نیز این عوامل با عنوان رفتارهای رهبری بر ارتقای صلاحیت ارتباطی دانشجویان مؤثر بوده است. این رفتارهای رهبری در سبک‌های رهبری با رفتار حمایت‌کننده بالا ( $S_2$  و  $S_3$ ) اجرا می‌شود. در همین راستا نیز IP و Kit Chan بیان می‌کنند که محیط بالینی باید حمایتی باشد و امنیت روحی و روانی در فرایند یادگیری و آموزش دانشجویان در محیط بالینی فراهم شود (۳۵).

مربیان بالینی بایستی زمانی که دانشجو برای اولین بار با یک موقعیت بالینی یا انجام کار خاص مواجه می‌شود، به وی آموزش دهند. با آموزش واضح و ایجاد محیطی حمایتی تلاش کنند تا نقاط قوت، دانش و سطح عملکرد دانشجو را ارزیابی کنند (۳۱).

بدین ترتیب ملاحظه می‌شود که رفتار مربی در نحوه آموزش بالینی می‌تواند منجر به یادگیری یا به عبارت دیگر تغییر و ارتقای سطح صلاحیت ارتباطی دانشجویان شود. در این مطالعه هم با تغییر سبک رفتار مربی از  $S_1$  به  $S_2$  (با تمام اختصاصات آن‌ها در شکل ۱ تغییر در میزان آمادگی دانشجویان نیز فراهم آورده شده است).

مربیان بالینی باید رفتارهای متفاوتی با دانشجویان پرستاری هم از نظر فردی و هم از نظر سطوح مختلف آموزشی داشته باشند (۳۰) و بر اساس سطح آمادگی دانشجویان برای انجام یک کار خاص با آن‌ها رفتار کنند (۳۱). در همین راستا نتایج مطالعه Silverthorne و Wang نشان می‌دهد که رهبرانی که سبک رهبری مناسب با سطح آمادگی داشتند با سطوح بالاتر بهره‌وری همراه بودند (۳۲). لذا، بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان ادعا نمود که ارتقای صلاحیت ارتباطی دانشجویان می‌تواند به عنوان یک شاخص بهره‌وری در آموزش بالینی محسوب شود.

نتایج مطالعه موردی Glover نشان داد که ارایه بازخورد در محیط بالینی می‌تواند صلاحیت دانشجویان پرستاری را افزایش دهد (۳۳). در سبک‌های رهبری  $S_1$  و  $S_2$  ارایه بازخورد یکی از مهم‌ترین رفتار رهبری برای

پرستاری برای اثربخشی آموزش بالینی از الگوی رهبری موقعیتی استفاده کنند. همچنین استفاده این الگو را جهت ارتقا در دیگر مهارت‌های بالینی دانشجویان می‌توان پیشنهاد نمود.

نتیجه‌گیری کلی از یافته‌های پژوهش در جهت تأیید این فرضیه است که به‌کارگیری الگوی رهبری موقعیتی در آموزش بالینی موجب ارتقای سطح صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری می‌شود.

### تشریح و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه تربیت مدرس به شماره قرارداد ۱۵۰/۲۰۲۰۸ مورخ ۸۶/۳/۳۰ می‌باشد، بدین‌وسیله از کلیه کارکنان، مربیان و دانشجویان شرکت‌کننده در این پژوهش قدردانی می‌شود.

پژوهشگر در فرایند اجرای الگوی رهبری موقعیتی برای کمک به امر هدایت و نظارت مؤثر بر عملکرد دانشجویان به طراحی و اجرای فرم‌های برنامه‌ریزی آموزشی و کنترل/بازخورد جهت دانشجویان پرداخت و بدین وسیله توانست دانشجویان پرستاری را در یک مسیر رشد، هدایت و رهبری نماید. به‌کارگیری این فرم‌ها به پژوهشگر در جهت اجرای اثربخش این الگو بر پایه مفاهیم اصلی آن کمک می‌کرد و ابزار کاربردی مؤثری در جهت ارتقای دانشجویان بود.

استفاده از برنامه اجرایی این پژوهش و ابزار سنجش سطح توانایی دانشجویان می‌تواند راهنمای عملکرد مربیان بالینی باشد. لذا، پیشنهاد می‌شود مربیان بالینی درباره فرایند اجرایی این الگو در آموزش بالینی، آموزش ببینند و در کارآموزی‌ها و کارورزی‌های

### منابع

- 1 - Rahimi A, Ahmadi F. [The Obstacles and Improving Strategies of Clinical Education from the Viewpoints of Clinical Instructors in Tehran's Nursing Schools]. Iranian Journal of Medical Education. 2005; 5(2): 77-84. (Persian)
- 2 - Peyravi H, Yadavar Nikraves M, Haghdoost Oskouie SF, Bertero C. [Caring-oriented relationships in student nurses' clinical experience]. Iran Journal of Nursing. 2005; 18(41-42): 93-110. (Persian)
- 3 - Utley-Smith Q. 5 competencies needed by new baccalaureate graduates. Nurs Educ Perspect. 2004 Jul-Aug; 25(4): 166-70.
- 4 - Suikkala A, Leino-Kilpi H. Nursing student-patient relationship: a review of the literature from 1984 to 1998. J Adv Nurs. 2001 Jan; 33(1): 42-50.
- 5 - Jaffari Golestan N, Vanaki Z, Memarian R. [Organizing "Nursing Mentors Committee": an Effective Strategy for Improving Novice Nurses' Clinical Competency]. Iranian Journal of Medical Education. 2008; 7(2): 237-247. (Persian)
- 6 - Lee-Hsieh J, Kao C, Kuo C, Tseng HF. Clinical nursing competence of RN-to-BSN students in a nursing concept-based curriculum in Taiwan. J Nurs Educ. 2003 Dec; 42(12): 536-45.
- 7 - Hjørleifsdóttir E, Carter DE. Communicating with terminally ill cancer patients and their families. Nurse Educ Today. 2000 Nov; 20(8): 646-53.
- 8 - Chant S, Tim, Randle J, Russell G, Webb C. Communication skills training in healthcare: a review of the literature. Nurse Educ Today. 2002 Apr; 22(3): 189-202.
- 9 - Chant S, Jenkinson T, Randle J, Russell G. Communication skills: some problems in nursing education and practice. J Clin Nurs. 2002 Jan; 11(1): 12-21.
- 10 - Kruijver IP, Kerkstra A, Francke AL, Bensing JM, van de Wiel HB. Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. Patient Educ Couns. 2000 Jan; 39(1): 129-45.
- 11 - Kotecki CN. Baccalaureate nursing students' communication process in the clinical setting. J Nurs Educ. 2002 Feb; 41(2): 61-8.

- 12 - Sabzevari S, Soltani Arabshahi K, Shekarabi R, Koochpayehzadeh J. [Nursing Students' Communication with Patients in Hospitals Affiliated to Kerman University of Medical Sciences]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2006; 6(1): 43-49. (Persian)
- 13 - Elcigil A, Yildirim Sari H. Determining problems experienced by student nurses in their work with clinical educators in Turkey. *Nurse Educ Today*. 2007 Jul; 27(5): 491-8.
- 14 - Li MK. Perceptions of effective clinical teaching behaviours in a hospital-based nurse training programme. *J Adv Nurs*. 1997 Dec; 26(6): 1252-61.
- 15 - Lee WS, Cholowski K, Williams AK. Nursing students' and clinical educators' perceptions of characteristics of effective clinical educators in an Australian university school of nursing. *J Adv Nurs*. 2002 Sep; 39(5): 412-20.
- 16 - Johnsen KO, Aasgaard HS, Wahl AK, Salminen L. Nurse educator competence: a study of Norwegian nurse educators' opinions of the importance and application of different nurse educator competence domains. *J Nurs Educ*. 2002 Jul; 41(7): 295-301.
- 17 - Tang FI, Chou SM, Chiang HH. Students' perceptions of effective and ineffective clinical instructors. *J Nurs Educ*. 2005 Apr; 44(4): 187-92.
- 18 - Van Hoozer HL, Bratton BD, Ostmo PM, Weinholtz D, Craft MJ, Gjerde CL. *The Teaching process: theory and practice in nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1987. P. 173-201.
- 19 - Meyer LP. Athletic Training Clinical Instructors as Situational Leaders. *J Athl Train*. 2002 Dec; 37(4 Suppl): S261-S265.
- 20 - Vollman AL. Student Task Relevant Maturity Level and Instructor Leadership Style as Factors of Perceived Effectiveness of Clinical Instruction in Nursing Education: A Test of Situational Leadership Theory. Thesis presented to the school of graduate studies of the University of Ottawa for the degree of master of arts in education, 1985.
- 21 - Hersey P, Blanchard KH. *Management of organizational behavior: utilizing human resources*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1988. P. 196-200.
- 22 - Walters L. Leading for quality: the implications of situational leadership. *Quality Management Journal*. 2001; 8(4): 48-57.
- 23 - Lockwood-Rayermann S. Preceptor leadership style and the nursing practicum. *J Prof Nurs*. 2003 Jan-Feb; 19(1): 32-7.
- 24 - Farmer LA. Situational leadership: a model for leading telecommuters. *J Nurs Manag*. 2005 Nov; 13(6): 483-9.
- 25 - Yoshioka R. An empirical test of the situational leadership model in Japan. For degree of master of arts in urban affairs. The University of Texas; 2006.
- 26 - Khomeiran RT, Yekta ZP, Kiger AM, Ahmadi F. Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. *Int Nurs Rev*. 2006 Mar; 53(1): 66-72.
- 27 - Memarian R, Salsali M, Vanaki Z, Ahmadi F, Hajizadeh E. [Factors Affecting the Process of Obtaining Clinical Competency]. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences & Health Services*. 2006; 14(56): 40-49. (Persian)
- 28 - Khodayarian M, Vanaki Z, Navipor H, Vaezi AA. [The Effects of Designed Clinical Competency-Based Advancement Program on the C.C.U Nurses' Quality of Work Life]. *Daneshvar, Scientific-research Journal of Shahed University*. 2008; 15(75): 15-26. (Persian)
- 29 - Navabi N, Asri M. [Practice rate of nursing students about communication with patients, Tonekabon Shahid Rajai Hospital, 2002-03]. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2003; 2: 48-51. (Persian)
- 30 - Nahas VL, Nour V, al-Nobani M. Jordanian undergraduate nursing students' perceptions of effective clinical teachers. *Nurse Educ Today*. 1999 Nov; 19(8): 639-48.
- 31 - Strohschein J, Hagler P, May L. Assessing the need for change in clinical education practices. *Phys Ther*. 2002 Feb; 82(2): 160-72.
- 32 - Silverthorne C, Wang TH. Situational leadership style as a predictor of success and productivity among Taiwanese business organizations. *J Psychol*. 2001 Jul; 135(4): 399-412.
- 33 - Glover PA. 'Feedback. I listened, reflected and utilized': Third year nursing students' perceptions and use of feedback in the clinical setting. *International Journal of Nursing Practice*. 2000; 6(5): 247-252.
- 34 - Kelly C. Student's perceptions of effective clinical teaching revisited. *Nurse Educ Today*. 2007 Nov; 27(8): 885-92.
- 35 - IP WY, Kit Chan DS. Hong Kong nursing students' perception of the clinical environment: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2005 Aug; 42(6): 665-672.

# Effect of Situational Leadership in Clinical Education on Communication Competency of Nursing Students

Pourfarzad\* Z (MSc.) - Vanaki\*\* Z (Ph.D) - Memarian\*\*\* R (Ph.D).

## Abstract

Received: Apr. 2009

Accepted: Sep. 2009

**Background & Aim:** Communication is one of the basic concepts which nursing students must learn. Nurse instructors' behaviors have key role on effective clinical education. The aim of this study was to assess the effect of situational leadership model on nursing students' communication competency.

**Methods & Materials:** In this before-after trial, we recruited the students who had medical & surgical practicum in the second semester and summer of 1385-86 in public hospitals in Arak. They were selected randomly and then allocated to case (n=40) and control (n=35) groups. In the first week of practicum (before), we measured the students' communication competency using a self-structured questionnaire. For intervention, we defined behavioral objectives and designed a diagnosis form for identifying level of maturity and a feedback form for the students. After orientation of the students with behavioral objectives, we accompanied with main instructors based on their maturity levels in caring and applied effective leadership style. Along with the practicum period, we supervised the students' level of maturity in different nursing care skills. In the end (after), we measured the students' competency. We analyzed the data in SPSS, version 13.

**Results:** The results showed that there was significant difference before and after the intervention ( $P<0.001$ ). Also, there was significant difference between two groups ( $P<0.001$ ). Self-evaluation showed no significant differences between students' competency in two groups ( $P=0.335$ ).

**Conclusion:** The situational leadership model would promote nursing students' communication competency.

Corresponding author:

Vanaki Z

e-mail:

vanaki\_z@modares.ac.ir

**Key words:** education, communication competency, nursing

\* MSc. in Nursing Management, Dept. of Nursing Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

\*\* Associate Professor, Dept. of Nursing Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

\*\*\* Assistant Professor, Dept. of Nursing Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.