



عوامل مؤثر بر اجرای فرآیند پرستاری توسط پرستاران: یک مطالعه کیفی

فروزان آتش‌زاده‌شوریده^۱ (M.Sc.)، طاهره اشک‌تراب^{۲*} (Ph.D.)

۱- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - دانشکده پرستاری و مامایی - دانشجوی دکتری پرستاری - مری. ۲- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - دانشکده پرستاری و مامایی - دانشیار.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۲/۲۸، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۶/۱

چکیده

مقدمه: فرآیند پرستاری، روشی سیستماتیک و پویا است که کاربرد آن به ارتقاء کیفی مراقبت از بیمار کمک می‌کند. مروری بر متون مختلف و مرتبط، نشان می‌دهد اجرای فرآیند پرستاری نه تنها در ایران بلکه در بسیاری از کشورهای جهان با چالش‌های بسیاری روبه‌رو است. به کارگیری فرآیند پرستاری مستلزم درک عوامل مؤثر بر اجرای آن از دیدگاه پرستاران و چگونگی تأثیر آن است. هدف از این مطالعه کشف عوامل مؤثر بر اجرای فرآیند پرستاری توسط پرستاران است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کیفی، از رویکرد نظریه پایه برای کشف دیدگاه پرستاران در مورد اجرای فرآیند پرستاری استفاده شد. به این منظور ۱۸ پرستار بالینی، ۱۲ مربی پرستاری و ۶ مدیر پرستاری در مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته شرکت نمودند و داده‌ها به‌طور هم‌زمان از طریق مقایسه مداوم تحلیل شد.

نتایج: عامل فردی - مدیریتی به‌عنوان متغیر اصلی این پژوهش نمایان شد. این عامل بدین معناست که باید مجموعه‌ای از عوامل فردی و مدیریتی مهیا گردند تا به پرستاران در به‌کارگیری فرآیند پرستاری به‌منظور ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها، کمک کنند. این متغیر شامل دو کد محوری فردی و مدیریتی است. در سطح فردی سه طبقه (آگاهی، نگرش و مهارت) و در سطح مدیریتی پنج طبقه (نظارت، نیروی انسانی کافی، تشویق و تنبیه، ابزار و شرایط مناسب و مشارکت گروهی) در نظر گرفته شد.

نتیجه‌گیری: عوامل مؤثر بر اجرای فرآیند پرستاری توسط پرستاران، متنوع و پیچیده بوده و مربوط به عوامل فردی و مدیریتی است. بنابراین، مدیران پرستاری و مسئولین آموزش پرستاری باید تلاش کنند تا موانع موجود را رفع نموده و تسهیلاتی برای ارتقای اجرای فرآیند پرستاری و افزایش ارائه خدمات با کیفیت مبتنی بر فرآیند پرستاری را فراهم نمایند.

واژه‌های کلیدی: پرستار، فرآیند پرستاری، نظریه پایه، پژوهش کیفی.

Original Article

Knowledge & Health 2011;6(3):16-23

Factors Influencing Implementation of Nursing Process by Nurses: A Qualitative Study

Foroozan Atashzadeh Shoorideh¹, Tahereh Ashktorab^{2*}

1- Ph.D. Candidate in Nursing, Dept. of Nursing Management, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. 2- Associate Professor, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract:

Introduction: Nursing process is a systematic and dynamic method that will help to improve the quality of patient care. Reviewing the literature indicates that implementation of nursing process not only in Iran but also in many countries has encountered many challenges. Applying nursing process requires understanding the factors affecting its implementation from the perspective of nurses and understanding the way these factors influence the nursing process. The purpose of this study was to explore the factors that may influence the implementation of nursing process by nurses in Iran.

Methods: A grounded theory was used to explore the nurses' perspectives on implementation of nursing process. 18 clinical nurses, 12 nurse educators and 6 nurse managers participated in semi-structured interviews and data were simultaneously and constantly compared.

Results: Personal-managerial factor was found as a core variable in this study. It means that a set of personal and managerial factors should be provided to help nurses apply nursing process to improve quality of nursing care. This variable includes two levels of axial codes: personal level and managerial level. Three categories in personal level code (awareness, attitude and skill) and five categories in managerial level code (supervision, adequate human resources, reinforcement and punishment, appropriate tools and conditions, and cooperation) emerged.

Conclusion: Factors which influence the implementation of nursing process by nurses are varied and complex and related to personal and managerial factors. Therefore, nurse managers and nurse educators should try to remove barriers and provide facilities to promote implementation of nursing process and increase the quality of care based on nursing process.

Keywords: Nurse, Nursing process, Grounded theory, Qualitative research.

Conflict of Interest: No

Received: 18 May 2011

Accepted: 23 August 2011

*Corresponding author: T. Ashktorab, Email: t_ashktorab@sbmu.ac.ir

مقدمه

فرآیند پرستاری به عنوان استاندارد عملی برای کار پرستاران به شمار می‌رود (۱ و ۲). اسملترز و همکاران این استاندارد عملی را جوهره پرستاری می‌دانند و معتقدند روشی متفکرانه برای حل مشکلات و رفع نیازهای بیمار و مراقبت از اوست (۳). فرآیند پرستاری آمیزه‌ای از مهارت‌های شناختی، بین فردی، اخلاقی و قانونی است (۴) و سبب می‌شود ارائه مراقبت‌های پرستاری از روش سنتی به سمت روش‌های علمی و بیمار محور پیش رود (۵).

فرآیند پرستاری به عنوان مؤثرترین روش برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت‌های پرستاری، موجب برقراری ارتباط مؤثر بین پرستار و بیمار، افزایش مشارکت در امر مراقبت از خود و افزایش کیفیت خدمات پرستاری می‌گردد (۶). از طرفی در هر شرایطی قابلیت اجرایی و تطبیق دارد، سبب صرفه‌جویی در وقت و انرژی می‌شود و از بروز و یا تکرار اشتباه نیز جلوگیری می‌کند (۷). پژوهشگران و نویسندگان درمورد محاسن و معایب فرآیند پرستاری اتفاق نظر ندارند. برخی آن را سبب محدودیت در تفکر انتقادی پرستاران و بعضی آن را موجب افزایش توانایی تصمیم‌گیری پرستاران در موقعیت‌های مختلف بالینی می‌دانند (۸ و ۹).

مروری بر مطالعات نشان داد که پژوهش‌های اندکی در زمینه عوامل مؤثر بر اجرای فرآیند پرستاری صورت گرفته است. این مطالعات نشان می‌دهند که فرآیند پرستاری در عمل، یا اجرا نمی‌شود و یا به صورت ناقص اجرا می‌گردد (۱۰). از طرفی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کاردکس، روزانه به روز شده و کارآتر از فرآیند پرستاری است (۱۱). برخی نیز فرآیند پرستاری را عباراتی گیج‌کننده می‌دانند که نه تنها مفید نیستند بلکه، فاقد اطلاعات مفید بوده و مانع ارتباط هستند. از طرفی فرآیند پرستاری، گاهی سیستماتیک نبوده و از اعتبار و پایایی کافی برخوردار نمی‌باشد (۱۰). پژوهش‌های انجام شده در آمریکا و انگلستان حاکی از نگرش منفی پرستاران نسبت به طرح‌های مراقبتی مبتنی بر فرآیند پرستاری است (۱۲، ۱۳، ۱۴). از آنجایی که در اکثر نقاط جهان از فرآیند پرستاری کامپیوتری شده استفاده می‌شود، تناقضات زیادی در نتایج پژوهش‌ها دیده می‌شود. برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که استفاده از فرآیند پرستاری سبب صرفه‌جویی در وقت پرستاران و تسهیل مراقبت‌ها می‌شود (۱۵) و برخی نیز نتایج متضاد را نشان می‌دهند (۱۶). برخلاف تأثیر فرآیند پرستاری بر کیفیت مراقبت‌ها و شواهدی دال بر ناتوانی پرستاران در تفکر انتقادی در موقعیت‌های تصمیم‌گیری بالینی (۶ و ۱۷)، مروری بر مطالعات انجام شده نشان می‌دهد هنوز هم توافق چندانی درمورد ماهیت (۱۶، ۱۸ و ۱۹)، فرآیند و شرایط مؤثر بر اجرای فرآیند پرستاری وجود ندارد (۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳ و ۲۴). در متون مرتبط موجود پاسخ این سؤال که از دیدگاه پرستاران بالینی و مربیان پرستاری،

که خود تجربه استفاده از فرآیند پرستاری را در امر مراقبت از بیمار داشته‌اند، چه شرایط تسهیل‌کننده و بازدارنده‌ای بر اجرای فرآیند پرستاری مؤثر هستند، بسیار اندک است.

باتوجه به شواهد موجود مبنی بر نگرش منفی پرستاران نسبت به فرآیند پرستاری و اجرای ضعیف آن (۱۰) و نیز از آنجا که عوامل مؤثر بر اجرای فرآیند پرستاری در بافت فرهنگی اجتماعی ایران به خوبی روشن نشده است و پژوهش‌های کمی هم اغلب در برگزیده متغیرهای محدودی هستند و عمق واقعیت موجود را نشان نمی‌دهند (۲۵)، این پژوهش به منظور درک و توصیف عوامل مؤثر بر اجرای فرآیند پرستاری، تجارب پرستاران را مورد بررسی قرار داد و مشخص نمود چه شرایطی بر نحوه‌ی اجرای آن مؤثر است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کیفی، از نوع نظریه پایه و در راستای درک چگونگی اجرای فرآیند پرستاری و عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده بکارگیری آن انجام شده است. انتخاب نظریه پایه، بررسی عمیق اعمال بالینی، رفتارها، عقاید و طرز فکرهای افراد و گروه‌ها را به همان نحوی که در زندگی واقعی آن‌ها روی می‌دهد، امکان‌پذیر می‌سازد (۲۶). زمانی که هدف، شناخت شرایط ایجادکننده فرایندهای روانی اجتماعی، تشریح متغیرهای اجتماعی مؤثر و مخفی شکل‌دهنده رفتار انسان و درک شرایط اجتماعی مسبب رفتار است، نظریه پایه روش مناسبی برای انجام مطالعه کیفی محسوب می‌شود (۲۷). در این پژوهش ۱۸ پرستار بالینی، ۱۲ مربی پرستاری و ۶ مدیر پرستاری مورد مصاحبه فردی و گروهی قرار گرفتند. باتوجه به این که در ۴ مصاحبه آخر هیچ‌کدام جدیدی استخراج نگردید، اشباع داده‌ها حاصل شده و نمونه‌گیری متوقف گردید. مشارکت‌کنندگان این پژوهش از دانشکده‌های پرستاری و مامایی و بیمارستان‌های مختلف کشور انتخاب شدند. این مطالعه با نمونه‌گیری هدفمند آغاز و براساس نمونه‌گیری نظری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. مصاحبه با مراجعه به پرستاری که بینان‌گذار اجرای فرآیند پرستاری در یکی از بیمارستان‌های شهر تهران بود، آغاز و از وی خواسته شد تا افراد آگاه در این زمینه را معرفی نماید. به همین ترتیب افراد بعدی انتخاب و مصاحبه‌ها انجام می‌شد. علت انتخاب نمونه‌ها از شهرهای مختلف، اجرای فرآیند پرستاری در برخی از بیمارستان‌های شهرهای مختلف بود. از آنجایی که در پژوهش‌های کیفی نمونه‌گیری از میان افراد آگاه و دارای تجربه زنده از مفهوم مورد نظر انتخاب می‌شوند، نمونه‌گیری هدفمند از شهرهای مختلف انجام گرفت. جهت گردآوری داده‌ها، از روش مصاحبه فردی نیمه ساختار یافته و متمرکز گروهی (گروه مدار) استفاده شد. اما به دلیل انصراف یکی از مشارکت‌کنندگان در مصاحبه متمرکز، مصاحبه ضبط شده، حذف گردید و به منظور رعایت اصول اخلاقی از اطلاعات حاصل از این مصاحبه متمرکز هیچ

مصاحبه، اجازه ضبط صدا و یادداشت برداری از مشارکت‌کنندگان گرفته شد. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در هنگام انتشار نتایج کلیه اطلاعات فردی محرمانه باقی خواهد ماند و پس از استفاده فایل‌های صوتی حذف خواهند شد. مشارکت‌کنندگان مختار بودند در هر مرحله از پژوهش بر حسب صلاحدید خود، از مطالعه خارج شوند.

نتایج

مشارکت‌کنندگان این پژوهش با میانگین سنی ۳۵/۶ سال (۲۴-۴۹ سال)، از هر دو جنس (۲۵ زن و ۱۱ مرد)، با مدرک کارشناسی (۱۵ نفر)، کارشناسی ارشد (۲۰ نفر) و دکترای پرستاری (۱ نفر) با میانگین سابقه کار ۱۱/۷ سال (۱-۲۷ سال) بودند.

متغیر اصلی که عامل تأثیرگذار بر اجرای فرآیند پرستاری توسط پرستاران بود، تحت عنوان عامل "فردی-مدیریتی" نام‌گذاری شد. این عامل بدین معناست که باید مجموعه‌ای از عوامل فردی و مدیریتی مهیا گردند تا پرستاران بتوانند فرآیند پرستاری را در موقعیت‌های بالینی به درستی به‌کار بسته و مراقبت‌های پرستاری با کیفیت بالا براساس فرآیند پرستاری را ارائه دهند. این عامل که متغیر اصلی است شامل ۸ طبقه در دو کد محوری سطح فردی و سطح مدیریتی می‌باشد (شکل ۱). طبقات حاصل از کدبندی در کد محوری سطح فردی شامل آگاهی (آموزش)، باور و نگرش و مهارت بود.

۱- سطح فردی

۱-۱- آگاهی (آموزش):

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که آگاهی و آموزش، سرلوحه استفاده از فرآیند پرستاری است و تا زمانی که فرد از موضوعی مطلع نباشد، نمی‌تواند آن را به درستی درک نموده و به‌کار بندد. بیانات زیر بیانگر تجارب برخی از مشارکت‌کنندگان در رابطه با طبقه آگاهی (آموزش) می‌باشد:

"اگه می‌خواهیم فرآیند اجرا بشه، باید از نظر آموزش تقویت بشه... باید کارگاه آموزشی نوشتن فرآیند گذاشته بشه... تا کاملاً یاد گرفته نشده باشه، نمی‌شه بکارش ببندی..." (مشارکت‌کننده ۱، خانم سوپروایزر ۴۴ ساله).

"استفاده و اجرای فرآیند پرستاری نیاز به مهارت داره، نیاز به علم داره، پس لازمه که آموزش داده بشه..." (مشارکت‌کننده ۷، خانم پرستار ۲۸ ساله).

"برای به‌کار بستن فرآیند پرستاری، آموزش مداوم لازمه" (مشارکت‌کننده ۶ آقای پرستار ۳۶ ساله).

یادگیری و عمل به آموخته‌ها در اجرای فرآیند پرستاری حایز اهمیت است. اجرای فرآیند پرستاری شامل ۵ مرحله است که اولین گام آن با بررسی و شناخت شروع می‌شود. آگاهی و مهارت از نحوه بررسی و به‌خصوص معاینه بیمار بسیار مهم است. بسیاری از مشارکت‌کنندگان

استفاده‌ای نشد. مصاحبه‌ها حاوی سؤالات راهنما بودند که براساس اهداف پژوهش تنظیم شده بود. هر یک از مصاحبه‌ها با یک سؤال باز آغاز شد و براساس اطلاعاتی که مشارکت‌کننده ارائه می‌داد، سؤال پیگیری‌کننده به‌منظور روشن شدن مفهوم مطرح می‌شد. سؤالات مصاحبه‌های بعدی براساس طبقات استخراج شده، تنظیم گردید. پرسش‌های زیر نمونه‌ای از این گونه سؤالات می‌باشند:

- شما چگونه فرآیند پرستاری را اجرا می‌کنید؟

- به‌عنوان پرستار فکر می‌کنید چه عواملی سبب تسهیل استفاده از فرآیند پرستاری می‌شود؟

- به‌نظر شما چه عواملی مانع استفاده از فرآیند پرستاری می‌شود؟
در این مطالعه، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مقایسه مداوم کوربین و اشتراوس که شامل سه مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی است، استفاده شد (۲۸). به‌منظور اعتبار داده‌ها از معیارهای پیشنهادی گوبا و لینکلن استفاده گردید (۲۷). در مرحله کدگذاری باز ابتدا متن نوارها به دقت پیاده شده و چندین بار مرور و بازخوانی شد. پژوهشگران خط به خط و کلمه به کلمه داده‌ها را بازنگری و جملات و مفاهیم اصلی موجود در هر خط یا پاراگراف را مشخص نمودند و به هر جمله کد دادند. کدگذاری با استفاده از کلمات مشارکت‌کننده یا به‌صورت استدلالی که پژوهشگران طبق مفاهیم موجود در داده‌ها می‌ساختند، صورت گرفت. درمورد یادداشت در عرصه و یادآورها نیز این کار انجام شد. در مرحله کدگذاری باز، دسته‌بندی اولیه‌ای از کدها صورت گرفته و کدهای مشابه براساس خصوصیات و ابعاد کنار هم قرار گرفتند. در کدگذاری اولیه، تعداد ۸۳۵ کد اولیه استخراج گردید که در فرآیند تحلیل و مقایسه مداوم، تعداد کدهای اولیه به ۷۴ مورد تقلیل یافت و در نهایت ۸ کد محوری و ۲ کد انتخابی حاصل گردید. جهت افزایش مقبولیت، پژوهشگران تعامل کافی و نزدیک با مشارکت‌کنندگان داشتند. بازنگری متون مصاحبه توسط مشارکت‌کنندگان و بازنگری کدهای استخراجی توسط ناظرین خارجی انجام شد و از نظرات تکمیلی و اصلاحی همکاران نیز استفاده شد. بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان و ناظرین خارجی و تنوع نمونه‌گیری، بیانگر تأییدپذیری داده‌ها بود. کدهای انتخابی حاصل از این پژوهش، عوامل فردی و مدیریتی بودند که چگونگی اجرای فرآیند پرستاری را شکل می‌دادند. متغیر اصلی تحت عنوان عامل فردی-مدیریتی نام‌گذاری شد.

ابتدا مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به‌منظور انجام پژوهش گرفته شد. درمورد رعایت ملاحظات اخلاقی، پژوهشگر علاوه بر معرفی خود و توضیح اهداف پژوهش به مشارکت‌کنندگان، از آنان درخواست نمود تا فرم مشخصات جمعیت‌شناختی و رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل نمایند و پیش از شروع

مهارت، می‌تواند اجرای فرآیند پرستاری را با چالش‌های گوناگونی مواجه سازد. مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند پس از کسب آگاهی باید آن را تمرین کرد تا به مهارت لازم دست یافت. آنان بر این باور بودند که آموزش از محیط آکادمیک شروع می‌شود و با آموزش تئوری و عملی فرآیند پرستاری در محیط‌های کارآموزی ادامه می‌یابد. به طوری که حتی پس از فراغت از تحصیل نیز لازم است به آن پرداخته شده و به فراموشی سپرده نشود. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، فرآیند آموزش و تمرین، حالت پویا و سیستماتیک داشته و منقطع نمی‌باشد. به طوری که مشارکت‌کننده ۲۲ (مربی پرستاری، آقای ۴۹ ساله) اظهار داشت: "آموزش از دانشکده شروع می‌شود و با فارغ‌التحصیلی کنار گذاشته می‌شود... وقتی فارغ‌التحصیل می‌شوی فکر می‌کنی دیگه فرآیند به درد نمی‌خورد... کنارش می‌داری... تازه اگر قرار باشه اونو به کار ببندی... فرصت یادگیری مجدد نداری... همش محدود به اطلاعاتیه که دوران دانشجویی یاد گرفتی، اونم اگه درست یاد گرفته باشی!!".

مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند علاوه بر آگاهی، تجربه که حاصل مهارت و ممارست باشد نیز در اجرای مؤثر فرآیند پرستاری حایز اهمیت است. یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره گفت: "وقتی فرآیند را زیاد استفاده کنی و اثرات خوبش ببینی، مهارتت بیشتر می‌شود، دیدت بازتره و هر چیزی را نمی‌پذیری... به راحتی از مشکلات و علائم بیمار رد نمی‌شی... دقیق‌تری... مریضو بهتر می‌بینی و بهتر بررسی می‌کنی و بهتر مراقبت به عمل میاری" (مشارکت‌کننده ۱۴، خانم سوپروایزر ۴۵ ساله).

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان نیز اظهار داشت: "علم و تجربه هر دو مهمند. وقتی علمت بیشتره و تجربه‌ات هم بیشتره، مشکلات بیمار رو بهتر می‌بینی. به بیمار حساس‌تری و سعی می‌کنی از الگو یا فرآیندی استفاده کنی که بتوانی مراقبت بهتری را ارائه بدی" (مشارکت‌کننده ۸، خانم پرستار ۳۷ ساله).

۲- سطح مدیریتی

در سطح مدیریتی، طبقات حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل کنترل و نظارت، نیروی انسانی کافی، تشویق و تنبیه شایسته، ابزار و شرایط مناسب و مشارکت گروهی بود.

۲-۱- کنترل و نظارت:

کنترل، یک عامل مهم در جهت بهبود عملکرد است. بهبود عملکرد در گرو تغییر و تصحیح فعالیت‌ها به منظور پیشرفت آن‌ها در جهت تحقق اهداف است. با فرآیند کنترل و نظارت توسط مسئولین و مدیران، اطمینان از انجام صحیح و مناسب کارها امکان‌پذیر می‌شود. در این پژوهش، مشارکت‌کنندگان یکی از انگیزه‌های قوی خود را در اجرای فرآیند پرستاری، کنترل و نظارت توسط مدیر مافوق خود می‌دانستند. بیانات زیر نشان‌دهنده تجارب آنان در این زمینه می‌باشد.

بر این باور بودند که متأسفانه معاینه بالینی توسط کادر درمان به فراموشی سپرده شده است. مشارکت‌کننده‌ای در این باره گفت:

"متأسفانه بسیاری از پرستاران قادر به بررسی و شناخت و معاینه فیزیکی بیمار نیستند. حتی پزشکان هم دنبال بررسی پاراکلینیکی هستند و انگار معاینه کم‌رنگ‌تر شده و اهمیتی ندارد. باید پرستاران ما یاد بگیرند که چگونه معاینه کنند، چه‌طور بررسی کنند و چه‌طور بیمار رو ارزیابی کنند." (مشارکت‌کننده ۱۵، خانم مربی پرستاری ۴۵ ساله)

۱-۲- باور و نگرش:

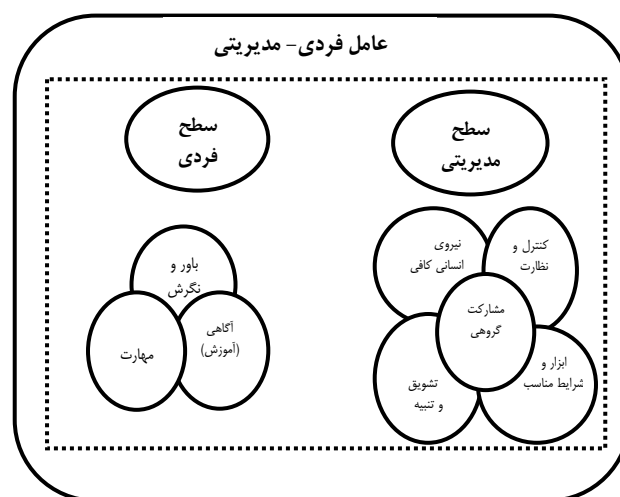
باور و نگرش از عوامل مؤثر بر اجرای فرآیند پرستاری از دید مشارکت‌کنندگان در این پژوهش بود. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند تا انسان چیزی را باور نداشته باشد و به آن نگرش مثبت نداشته باشد، آن را به کار نمی‌بندد. یکی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه بیان داشت:

"وقتی آدم فکر می‌کنه که تکرار مکرراته و وقت تلف کردنه، دیگه اونو باور نمی‌کنه... می‌دونه که اجراش بی‌فایده‌س، پس یا اجراش نمی‌کنه یا الکی سرهم‌بندی می‌کنه..." (مشارکت‌کننده ۲، آقای پرستار ۳۴ ساله).

مشارکت‌کننده ۱۰ (خانم مدیر پرستاری ۴۸ ساله) به تأثیر باور و نگرش فرد بر عملکرد وی اشاره نموده و چنین اظهار نمود: "خیلی‌ها اونو قبول ندارند و نگرش منفی نسبت به فرآیند پرستاری دارند، برای همینم هست که اجراش نمی‌کنن...".

۱-۳- مهارت:

اجرای فرآیند پرستاری در سایه آموزش، تغییر در نگرش و کسب مهارت تحقق می‌یابد. آگاهی، تغییر در نگرش، باورها و کسب مهارت سه حلقه‌ی متصل به هم هستند که در اجرای فرآیند پرستاری لازم و ملزوم یکدیگرند. در واقع، دانستن موضوع و تغییر نگرش بدون ایجاد



شکل ۱- عوامل مؤثر بر چگونگی اجرای فرآیند پرستاری

استفاده نمود. در همین رابطه مشارکت‌کننده ۷ (خانم پرستار ۲۸ ساله) چنین اظهار نمود: "وقتی کسی فرآیند رو اجرا نمی‌کنه باید از آف تشویقی محروم بشه... یا از پاداش نقدی محروم بشه... چه می‌دونم... از این قبیل روش‌ها می‌شه استفاده کرد که براشون اهمیت داشته باشه...".

۲-۴- ابزار و شرایط مناسب:

وجود ابزار و شرایط مناسب از دیگر عوامل مؤثر بر اجرای فرآیند پرستاری از دید مشارکت‌کنندگان بود. یکی از مشارکت‌کنندگان به مهیا بودن شرایط اشاره نمود و چنین گفت: "وقتی امکانات کم باشه. همش دنبال وسیله‌ایم، مرتب وقتمون صرف یافتن وسیله و ملافه و نظیر این‌ها می‌شه... می‌خواهیم فشار بیمارو بگیریم، فشارسنج خرابه... خوب این همه وقت تلف می‌شه و لذا دیگه فرصتی برای بررسی بیمار نمی‌مونه. دیگه فرصتی برای اجرای فرآیند پرستاری نمی‌مونه. ولی وقتی امکانات خوبه، وسیله کم نداریم، وقتی تعداد کارکنانمون در شیفت کافی باشه، راحت‌تر می‌تونیم مراقبت‌هارو براساس فرآیند پرستاری انجام بدیم" (مشارکت‌کننده ۱۰، خانم مدیر پرستاری ۴۸ ساله).

مشارکت‌کننده ۶ (آقای پرستار ۳۶ ساله) هم به امکانات و شرایط اشاره نموده و گفت: "... مسلماً می‌خواهیم فرآیند پرستاری رو اجراش کنیم، ولی نمی‌تونیم، امکانات و شرایط می‌خواد".

۲-۵- مشارکت گروهی:

آخرین طبقه حاصل از یافته‌ها در این مطالعه، مشارکت گروهی بود. بسیاری از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که اجرای فرآیند پرستاری نیاز به همکاری کادر درمان دارد. نه تنها همکاری پرستار با سایر پرستاران، بلکه با سایر کادر درمان به خصوص تیم پزشکی، سبب سهولت اجرای فرآیند پرستاری می‌شود. بیانات زیر نشان‌دهنده تجارب مشارکت‌کنندگان این پژوهش در رابطه با تأثیر مشارکت گروهی بر اجرای فرآیند پرستاری است.

"تو بیمارستان‌های آموزشی تنوع کارکنان در رده‌های مختلف وجود دارد... بیمار با تنوع افراد مواجهه. با تنوع سؤالات، با تنوع معاینات... همکاری و همیاری بین کادر درمان وجود نداره. به بار متخصص میاد بیمارو معاینه می‌کنه، به بار رزیدنت، به بار دانشجوی پزشکی، به بار پرستار... خوب هر کی به سازی می‌زنه. بیمار خسته می‌شه و دوباره کاری صورت می‌گیره، دیگه بیمار حاضر نیست اجازه بده معاینش کنن، به سؤالات جواب‌های پرت و پلا می‌ده. گاهی هم عصبانی می‌شه و داد می‌زنه. همین‌ها مانع اجرای فرآیند پرستاری می‌شه" (مشارکت‌کننده ۱۵، خانم مربی پرستاری ۴۵ ساله).

ارتباط و همکاری نزدیک پزشک و پرستار و اعتماد به کار پرستار بر اساس فرآیند پرستاری یکی از عوامل مهمی است که می‌تواند به اجرای آن کمک نماید. در صورتی که برگه فرآیند پرستاری به‌عنوان

"سیستم ما طوریه که هنوز به نظارت و کنترل نیاز داره. اگه نظارت و کنترل نباشه، قوانین و دستورالعمل‌ها اجرا نمی‌شه... یادم میاد یه سرپرستاری داشتیم که صبح به صبح میومد و اتفافی پرونده هارو بیرون می‌کشید و نگاه می‌کرد ببینه آیا فرآیندها نوشته شده، بعد هم از میز می‌پرسید... چون نظارت و کنترل وجود داشت ما هممون مجبور بودیم درست کار کنیم..." (مشارکت‌کننده ۴، خانم سرپرستار ۳۶ ساله).

"مدیر باید بدون که یکی از وظایفش نظارت و کنترله... اجرای فرآیند هم باید کنترل بشه". (مشارکت‌کننده ۲۷، آقای سرپرستار ۳۳ ساله).

۲-۲- نیروی انسانی کافی:

از شرایط مهم اجرای فرآیند پرستاری که تقریباً توسط همه مشارکت‌کنندگان به آن اشاره شد، وجود کارکنان حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای در محیط‌های بالینی است. آنان اظهار نمودند وقتی با کمبود کارکنان مواجه باشیم، ارائه مراقبت‌های پرستاری بر اساس روش مراقبتی تقسیم کار صورت می‌گیرد و پرستاران توجه دقیق، کافی و لازم را در اجرای فرآیند پرستاری نخواهند داشت. مشارکت‌کننده ۵ (خانم پرستار ۳۰ ساله) در این خصوص گفت: "بار کاری ما زیاده، تعداد کارکنان کمه... هر کس به کاری مشغوله، یکی مسئول دارو، یکی مسئول پانسمان، دیگه می‌رضو خوب نمی‌شناسی که بیای بررسی کنی... کارهای خودتو انجام بدی، خیلی هنر کردی... دیگه فرصت اینو نداری که فرآیند بنویسی و اجراش کنی".

۲-۳- تشویق و تنبیه شایسته:

از دیگر عوامل مؤثر بر اجرای فرآیند پرستاری که توسط مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بیان شد، عامل تشویق و تنبیه (پاداش مثبت و منفی) بود. طبق هرم نیازهای مازلو، این عامل انگیزشی از نیازهای اولیه هر انسانی است و رفتار فرد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع رفتار فرد تحت تأثیر پاداش‌ها و تنبیه‌هایی است که او در گذشته یا در موقعیت مشابه تجربه کرده است و بدین وسیله رفتارها آموخته می‌شود. مشارکت‌کننده‌ای در این باره اظهار داشت: "وقتی فرآیند توسط پرستاری اجرا می‌شه و درست هم اجرا می‌شه باید بهش امتیاز داده بشه". (مشارکت‌کننده ۱۰، خانم مدیر پرستاری ۴۸ ساله).

مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که تشویق و تنبیه بجا و شایسته توسط مدیران و سازمان، نقش مؤثری در عملکرد کارکنان دارد. بیانات مشارکت‌کننده ۶ (آقای پرستار ۳۶ ساله) این موضوع را تأیید می‌کند: "بالاخره ما هم آدمیم. وقتی به کار مثبت می‌کنیم که هیچ جای دیگه انجام نمی‌دن، نیاز به تشویق داریم. چه فرقی می‌کنه بین منی که فرآیندو اجراش می‌کنم با اونی که اجراش نمی‌کنه" !!!?

پاداش‌های مثبت و منفی بر حسب خصوصیات و ویژگی‌های فردی متفاوت است و نمی‌توان برای همه افراد از پاداش ثابت و یکسانی

درواقع فرآیند پرستاری به صورت چرخه‌ای مداوم است که به پرستاران در پیگیری مراحل بهبودی بیمار کمک می‌کند (۳۲). با توجه به آن چه گفته شد پی می‌بریم که پرستاران باید با تمام مفاهیم و مراحل فرآیند پرستاری آشنا شده و به قدری با آن مأنوس شوند که بتوانند به راحتی در موقعیت‌های مختلف بالینی از فرآیند پرستاری استفاده نموده و آن را به کار بندند. بنابراین، لازم است نه تنها آموزش نظری و عملی فرآیند پرستاری از سال اول تحصیل در دانشکده به دانشجویان آموزش داده شود (۳۳) بلکه تداوم این آموزش پس از فراغت از تحصیل نیز سبب افزایش مهارت‌های کسب شده در دوران تحصیل می‌گردد (۳۴).

درواقع، اجرای آموزش مداوم از ضروریات لازم جهت اجرای فرآیند پرستاری است. در پژوهشی که توسط هاسون و آرنتر تحت عنوان "تأثیر آموزش در تشخیص پرستاری و ارزیابی نتایج بالینی" انجام شد، یافته‌ها نشان داد که بیشترین تغییرات حاصل از آموزش در افزایش توانایی پرستاران در تشخیص پرستاری، برنامه‌ریزی و ارزشیابی بود. این پژوهش نشان داد که آموزش صحیح بکارگیری فرآیند پرستاری به توسعه بیشتر دانش پرستاری و افزایش مشارکت پرستاران در ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار کمک می‌کند (۳۵). نتایج حاصل از مطالعه مشابه خارجی نشان داد که بیشتر پرستاران، نداشتن آگاهی و منبع علمی کامل و نداشتن زمان کافی برای اجرای این مدل را مهم‌ترین موانع دانستند که با نتایج پژوهش حاضر نیز هم‌خوانی دارد (۳۶).

علاقه، انگیزه، باور و نگرش نیز از ضروریات اجرای فرآیند پرستاری است. هر چه نگرش پرستاران نسبت به تشخیص پرستاری و فرآیند پرستاری مثبت باشد، نگرش آن‌ها نسبت به مستندسازی فرآیند پرستاری نیز مثبت‌تر و در نتیجه اجرای فرآیند پرستاری بیشتر خواهد بود. علاقه، انگیزه، باور و نگرش نیز از ضروریات اجرای فرآیند پرستاری است. به طوری که در این پژوهش، مشارکت‌کنندگان نیز این موضوع را مطرح نمودند. این یافته با یافته‌ی سایر پژوهش‌های مرتبط مشابه است (۳۷). حقیقی‌مقدم نیز در پژوهشی توصیفی با هدف بررسی موانع اجرای فرآیند پرستاری از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مهم‌ترین موانع اجرای فرآیند پرستاری را نداشتن اطلاع کافی از مفهوم فرآیند پرستاری و نداشتن اعتقاد به آن ذکر کرد (۲۴). بنابراین، افزایش نگرش مثبت و باورهای پرستاران و همچنین مدیران و همکاران درمانی، می‌تواند در توسعه اجرای فرآیند پرستاری نقش بسزایی داشته باشد (۶، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۳۸).

طبقات حاصل از این پژوهش در سطح مدیریتی شامل کنترل و نظارت، نیروی انسانی کافی، تشویق و تنبیه شایسته، شرایط و ابزار مناسب و مشارکت گروهی بود. مروری بر متون مرتبط موجود نشان می‌دهد علاوه بر آموزش، برنامه‌ریزی صحیح، تأمین نیروی انسانی و امکانات موردنیاز نیز جهت اجرای فرآیند پرستاری و افزایش کیفیت

سندی معتبر در پرونده‌ی بیمار درج گردد و مورد استفاده پرستاران و سایر کارکنان قرار گیرد، عامل انگیزشی مناسب برای اجرای درست آن قلمداد می‌گردد. بیانات مشارکت‌کننده زیر نیز حاکی از این قضیه است: "پزشک و پرستار باید با هم همکاری و مشارکت نزدیک داشته باشند. نباید برگه معاینه پزشک مخصوص پزشک باشد و برگه فرآیند پرستاری و گزارش پرستاری مخصوص پرستار. باید به عنوان یه سند معتبر مورد استفاده کادر درمان قرار بگیرد تا درست اجرا بشه... این طوری پرستار ترغیب می‌شه فرآیند درست بنویسه و درست اجراش کنه و باری از رو دوش کادر درمان و بیمار برداره" (مشارکت‌کننده ۸، خانم پرستار ۳۷ ساله).

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به درک عوامل مؤثر بر اجرای فرآیند پرستاری توسط پرستاران و تبیین واقعیت‌های موجود در تجارب آنان کمک نماید. هر چند در مطالعات کیفی هدف، تعمیم‌پذیری یافته‌ها نمی‌باشد، در مطالعه حاضر جمع‌آوری اطلاعات تا زمان اشباع داده‌ها و عدم استخراج داده‌های جدید ادامه یافت. متغیر اصلی (مرکزی) در این مطالعه تحت عنوان عامل فردی- مدیریتی نام‌گذاری شد که دارای دو کد محوری سطح فردی و سطح مدیریتی و در برگرفته هشت طبقه قابل بحث می‌باشد.

از عوامل مؤثر بر اجرای فرآیند پرستاری در این پژوهش در سطح فردی می‌توان به آگاهی (آموزش)، باور و نگرش و مهارت اشاره نمود. مشارکت‌کنندگان اظهار نمودند که آگاهی، باور، نگرش، تمرین و مهارت بر اجرای فرآیند پرستاری تأثیر دارد. به طوری که با افزایش آگاهی، تجربه، ممارست، باورها و نگرش مثبت، فرآیند پرستاری بهتر و راحت‌تر بکار گرفته می‌شود. این یافته‌ها، با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های دام و دنسن، ووتیلانین و همکاران و اکبری و شمسی هم‌خوانی دارد (۱۵، ۲۹ و ۳۰). علاوه بر این، عدم آگاهی و عدم برخورداری از آموزش کافی، مانع از اجرای درست فرآیند پرستاری می‌شود. این عدم آگاهی به دلیل آموزش غیر اصولی فرآیند در سطح دانشکده‌های پرستاری و نیز عدم بکارگیری و تمرین کافی در خصوص استفاده علمی از فرآیند پرستاری در مراقبت از بیماران است. این یافته‌ها با یافته‌های حاصل از مطالعات مشابه، هم‌خوانی دارد (۳۱).

یادگیری فرآیند پرستاری الزاماً به منزله‌ی استفاده از فرآیند پرستاری نیست و دو مقوله متفاوت از هم هستند. برخی معتقدند که پرستاران مرحله برنامه‌ریزی و اجرا را به خوبی انجام می‌دهند در حالی که در مرحله بررسی و ارزشیابی مشکل دارند. از آنجایی که فرآیند پرستاری یک برنامه سیستماتیک، مداوم و پویا است و به صورت زنجیره‌ی متصل به هم عمل می‌کند، قطع بخشی از این زنجیره و یا عدم اجرای بخشی از آن منجر به اختلال کامل آن می‌شود. کاستل‌دین در این رابطه می‌نویسد:

به بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری و ارتقاء حرفه‌ی پرستاری منتهی گردد. براساس یافته‌های حاصل از پژوهش، انجام پژوهش‌های قوم‌نگاری از نظر عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده اجرای فرآیند پرستاری، طراحی ابزار مؤثر بر اجرای فرآیند پرستاری، بررسی تأثیر آموزش بر اجرای فرآیند پرستاری و بررسی تأثیر برنامه‌های حمایتی مدیریتی در تسهیل اجرای فرآیند پرستاری پیشنهاد می‌گردد.

از یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که عوامل مؤثر بر اجرای فرآیند پرستاری متنوع و پیچیده بوده و مربوط به سطح فردی و مدیریتی است. آگاهی پرستاران، باورها و نگرش و همچنین مهارت آنان در سطح فردی و کنترل و نظارت مدیران، وجود نیروی انسانی کافی، تشویق و تنبیه مناسب و شایسته، مهیا بودن ابزار و شرایط مناسب و مشارکت گروهی کارکنان در سطح مدیریتی در اجرای فرآیند پرستاری هم‌چون حلقه‌هایی وابسته به هم هستند که چگونگی اجرای آن را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

یافته‌ها نشان داد فرآیند پرستاری در حال حاضر در بیمارستان‌ها به صورت کامل، مکث و مستند انجام نمی‌گیرد و برای انجام آن لازم است تمامی شرایط تسهیل‌کننده مهیا و عوامل بازدارنده رفع گردند. بنابراین، به‌منظور تسهیل اجرای فرآیند پرستاری و افزایش ارائه خدمات با کیفیت بالاتر مبتنی بر فرآیند پرستاری، باید اقداماتی جهت رفع موانع موجود و ارتقاء تسهیلات لازم از سوی دست‌اندرکاران صورت گیرد. تخصیص برنامه‌ی زمانی بیشتر به آموزش فرآیند پرستاری در تمامی مقاطع تحصیلی پرستاری، آموزش مداوم در عرصه‌های بالینی، ایجاد شرایط و امکانات لازم، افزایش تعداد نیروی انسانی کافی، تغییر روش‌های ارائه مراقبت‌های پرستاری، افزایش همکاری و مشارکت گروهی و ایجاد نگرش مثبت نسبت به فرآیند پرستاری، از مهمترین مواردی هستند که باید به آن‌ها توجه نمود. در این مطالعه مشخص گردید که هیچ‌یک از موارد گفته شده، تقدم و تأخر نداشته و هم‌چون زنجیره‌ای به یکدیگر مرتبطند و ضروری است که همگام با هم مورد توجه قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی است که در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی به تصویب رسیده است. پژوهشگران از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی که حمایت مالی نمودند و تمامی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تابعه‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که اجازه انجام پژوهش را دادند، تشکر و قدردانی می‌کنند. همچنین از کلیه پرستاران، مربیان و مدیران پرستاری که در این پژوهش مشارکت نموده‌اند، سپاسگزار می‌گردم. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از اساتید محترم سرکار خانم دکتر سرور پرویزی، سرکار خانم دکتر منصوره اشقی فراهانی و سرکار خانم

خدمات پرستاری لازم است (۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۳). اجرای بهینه فرآیند پرستاری، نیازمند تعیین استانداردهای خدمات پرستاری اعم از نسبت تعداد پرستار به بیمار، نحوه تقسیم کارها براساس شرح وظایف پرستاری، تغییر روش ارائه مراقبتی به‌صورت کار گروهی و یا موردی و ضرورت وجود سیستم ارزشیابی دقیق عملکرد کمی و کیفی است. عدم توجه به افزایش حجم کاری، افزایش تعداد بیماران به نسبت پرستاران و واگذاری امور غیر پرستاری به پرستاران، منجر به کاهش وقت تخصیص یافته توسط پرستاران برای بیماران و کاهش کیفیت مراقبت‌های پرستاری می‌شود. عدم توجه مدیران به عوامل مذکور، زمینه انجام مراقبت‌های پرستاری بدون اجرای فرآیند پرستاری و بدون برخورداری از کیفیت لازم را در پی خواهد داشت. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش اکبری و شمسی هم‌خوانی دارد. اکبری و شمسی با انجام پژوهش توصیفی با هدف بررسی موانع اجرای فرآیند پرستاری از دیدگاه پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه، به این نتیجه رسیدند که یکی از علل عدم بکارگیری فرآیند پرستاری در بخش‌های ویژه، می‌تواند مربوط به شلوغی و زیادی بیماران و کمبود نیروی پرستاری باشد. به‌طوری که پرستاران زمان کافی برای استفاده از این روش سیستماتیک را پیدا نمی‌کنند. از طرف دیگر عدم اعتقاد مسئولین کشور و عدم حمایت از کاربرد فرآیند پرستاری نیز یکی دیگر از موانع مدیریتی است که این مسأله می‌تواند ناشی از عدم آگاهی آنان در خصوص اهمیت و تأثیر این روش در بهبود بیماران و ارتقای کیفیت مراقبت‌های درمانی باشد (۳۰). در این خصوص گذاشتن جلسات با متولیان و مسئولین رده بالای وزارت بهداشت و رؤسای بیمارستان‌ها و تبیین اهمیت کاربرد فرآیند پرستاری پیشنهاد می‌شود. به‌علاوه، مسئولین کشور باید با بکارگیری و استخدام نیروهای پرستاری به میزان کافی و توسعه شغلی و توسعه نیروی انسانی، زمینه اجرای فرآیند پرستاری را در سیستم بهداشتی درمانی فراهم نمایند.

عدم همکاری تعدادی از مسئولین بیمارستان‌ها جهت مصاحبه با پرستاران بالینی شاغل در آن مراکز، از محدودیت‌های انجام این پژوهش بود. یافته‌های پژوهش که حاصل گوش دادن به داستان کسانی است که سال‌ها تجربه مراقبت پرستاری براساس فرآیند پرستاری و طرح مراقبتی داشتند، نشان داد که شناسایی باورها، ارزش‌ها، جهان‌بینی افراد و سایر عوامل تأثیرگذار بر اجرای فرآیند پرستاری، می‌تواند پرستاران را در راستای تعیین عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده‌ی اجرای فرآیند پرستاری و ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری یاری رساند.

پژوهشگران طی انجام پژوهش خود به نتایجی دست یافتند که امیدوارند این یافته‌ها به‌عنوان تصویری کوچک از دنیایی بزرگ و پیچیده، بتواند در راستای رفع موانع و عوامل بازدارنده‌ی اجرای فرآیند پرستاری در مدیریت، آموزش و پژوهش پرستاری به کار گرفته شود و

20. Kiani F. Inhibiting factors of utilizing nursing process in Tabriz educational hospitals. Proceeding of National Congress of Clinical Nursing and Midwifery issues; June 4-5; Hamadan, Iran.1996. [Persian].
21. Naji S, Sharif F. Barriers to the standard review process from the perspective of nursing personnel and nurse managers. Proceeding of the first Comprehensive Nursing Conference; Feb 28-29; Tehran, Iran.1996.[Persian].
22. Vanaki Z, Memarian R. The effect of implementing the nursing process on the quantity and quality nursing care. Kowsar Medical Journal 1999;4(3):20-26.[Persian].
23. Abbasi M, Motevaselian M. Affecting factors on the nursing care based on nursing process from the view of head nurses, nurses and senior nursing students of Shahid Sadooghi Medical Sciences University. Proceeding of Coordination Education, Health and Treatment in the Nursing and Midwifery Congress; Nov 8-10, Tehran, Iran.2000.[Persian].
24. Haghighi Moghddam Y. A survey on nursing process barriers from nurses' view in selected hospitals of Urmia [dissertation]. Urmia Med Sci Univ; 1997.p.5.[Persian].
25. Polit DF, Beck CT, editors. Study guide for essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 7th ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Co;2010.p.26-42.
26. Streubert J, Carpenter DR, editors. Qualitative research in nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Press;2007. p.134-36.
27. Strauss AC, Corbin JM, editors. Basics of Qualitative Research. 3rd ed. Los Angeles:CA Sage Press;2008. p.102-103.
28. Adib Haj- Bagheri M, Parvizi S, Salsali M. Qualitative Research. Tehran: Boshra publications;2007.p.128.[Persian].
29. Voutilainen P, Isola A, Muurinen S. Nursing documentation in nursing homes--state-of-the-art and implications for quality improvement. Scand J Caring Sci 2004;18(1):72-81.
30. Akbari M, Shamsi A. A survey on nursing process barriers from the nurses' view of Intensive Care Units. Iranian Journal of Critical Care Nursing 2011;3(4):181-186.[Persian].
31. Akbari M. The effect of nursing process education to nurses on quality of nursing cares [dissertation]. Tehran: Branch of Medicine, Islamic Azad Univ.; 2009. p.5.[Persian].
32. Castledine G. Updating the nursing process. Br J Nurs 2011;20(2):131.
33. Bahn D. Orientation of nurses towards formal and informal learning: motives and perception. Nurse Educ Today 2007;27(7):723-30.
34. Palese A, De Silvestre D, Valoppi G, Tomietto M. A 10-years retrospective study of teaching nursing diagnosis to baccalaureate students in Italy. Int J Nurs Terminol Classif 2009;20(2):64-75.
35. Hasson H, Arnetz JE. The impact of an educational intervention on nursing staff ratings of quality of older people care: A prospective, controlled intervention study. Int J Nurs Stud 2009;46(4):470-478.
36. McKenna H, Ashton S, Keeney S. Barriers to evidence based practice in primary care: A review of the literature. Int J Nurs Stud 2004;41(4):369-378.
37. Junttila K, Salantera S, Huplimi M. Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. J Adv Nurs 2005;52(3):271-280.
38. Siders A, Jones PC, Marin H, Venkatraman R, Cross M, Safran Ch. Internet Implementation of nursing process using standardized coding. Proc AMIA Symp 1998;1111. PMID:PMC2232350.

دکتر منصوره زاغری تفرشی که در امر بازنگری و اصلاح کدها پژوهشگران را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری نمایم.

References

1. Timby Bk. Fundamental nursing skills and concepts. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.p.136
2. Amante LN, Anders JC, Meirelles BHS, Padilha MI, Kletemberg DF. The interface between teaching of the nursing process and the application in professional practice. Rev Eletr de Enf 2010;12(1): 201-207.
3. Smeltzer S, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 12th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins Co; 2010.p.7-25.
4. Taylor C, Lillis C, Lemone P, Lynn P. Fundamentals of nursing, the art and science of nursing care. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2010.p.51-9.
5. Creasia JL, Parker BJ. Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories. Philadelphia: F.A. Davis Co; 2007.p.217-19.
6. Khadmalhoseini M. Clinical guide to nursing process.1st ed. Tehran: Boshra publications; 1997.p.3-8. [Persian].
7. Elahi N. Applying Nursing Process in Clinical Setting. 1st edition. Ahwaz: University publications; 1997.p.4. [Persian].
8. Creasia JL, Friberg EE. Conceptual foundation; the bridge to professional nursing practice. 5th ed. St Louis: Mosby Elsevier Co; 2011.p.200-20.
9. Wilkinson JM. Nursing process & critical thinking. 5th ed. Boston: Pearson;2011.p.66.
10. Mason C. Guide to practice or load of rubbish? The influence of care plans on nursing practice in five clinical areas in Northern Ireland. J Adv Nurs 1999;29(2):380-387.
11. Qamar SL. An integrated nursing care plan. Nurs Manage 1990; 21(5):96-97.
12. Hildman TB, Ferguson GH. Registered nurses' attitudes toward the nursing process and written/printed nursing care plans. J Nurs Adm 1991;21(10):20.
13. Bellman L. The use of nursing care plans in surgical wards. J Clin Nurs 1993;2(4):258-259.
14. Ramos LAR, De Carvalho EC, Canini SRM. Opinion of nursing aids and nursing technicians about the nursing process. Revista Eletrônica de Enfermagem 2009;11(1):39-44.
15. Dahm MF, Wadensten B. Nurses' experiences of and opinions about using standardized care plans in electronic health records- a questionnaire study. J Clin Nurs 2008;17(16):2137-45.
16. Lee TT. Nurses' concerns about using information systems: analysis of comments on a computerized nursing care plan system in Taiwan. J Clin Nurs 2005;14(3):344-353.
17. Lee TT. Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. J Clin Nurs 2006;15(11):1376-82.
18. Lee TT, Yeh CH, Ho LH. Application of a computerized nursing care plan system in one hospital: experiences of ICU nurses in Taiwan. J Adv Nurs 2002;39(1):61-67.
19. Lee TT, Lee TY, Lin KC, Chang PC. Factors affecting the use of nursing information systems in Taiwan. J Adv Nurs 2005;50(2):170-178.