

Barriers to implementation of nursing theories in clinical practice from the perspective of nurses

Mohammadi¹ E (Ph.D) - Abbasi² K (B.Sc) – Saadati³ M (Ph.D).

Abstract

Introduction: Since the theories are considered an indicator of science and one of the nurses practice evidence, they are in the headlines of different levels of nursing courses; but various studies show that the application of theories is not seen in practice and education actually. Therefore, this study has to determine the barriers of nursing theories in practice by nurses.

Method: This analytic descriptive study was conducted in 2014 to investigate the reasons for the lack of nursing theories in practice from the perspective of 48 nursing MAs and Ph.D in nursing students of Tarbiat Modares and Shahid Beheshti Universities with clinical experience were selected by the convenience sampling method. Assessment tools, a questionnaire based on the utility factor questionnaire (Maggy 1994) and by reviewing the literature on six areas: personal barriers, educational barriers, personal theorist barriers, texts and documents related to the theory barriers, political and social adaptation barriers and usefulness perceived barriers to the nursing theory develop and is designed. Collected data by descriptive statistics and Gamma and Phi and Cramer's V tests analyzed with the SPSS ver20.

Results: Most of the study subjects were female (58/3%), single (60/4%) and senior graduate students (56/25%) who were average a history of working 7/38 years. From the participants' vision, personal barriers (54/53%), such as dissatisfaction and reluctance in using nursing theory (73/4%), limited learning theory to master's and doctoral (69/68%) and the need for communication skills for implementation of this theory (69/27%), obtaining the highest score as the most important barriers to the implementation of nursing theory in clinical practice were identified.

Conclusion: According to the findings, it seems that in-service training courses on the principles, rules and standards for nurses in dealing with patients, will be able to modify and enhance nurses' attitudes and encourages nurses to use nursing theories.

Keywords: Nurses, nursing theories, orem self-care theory, roy adaptation theory

Accepted: 23 August 2014

Accepted: 22 December 2014

1- Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2- Corresponding author: MSc Student in Nursing Education, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

e-mail: K.abasi@modares.ac.ir

3- Assistant Professor of National Population & Comprehensive Management Institute, Tehran, Iran

موانع بکارگیری نظریه های پرستاری در بالین از دیدگاه پرستاران

عیسی محمدی^۱، کیوان عباسی^۲، مهسا سعادت^۳

چکیده

مقدمه: از آنجایی که نظریه ها به عنوان شاخص علم و یکی از شواهد مبنای عملکرد پرستاران محسوب می شوند، در سر فصل های دروس مقاطع مختلف رشته پرستاری وجود دارند؛ اما مطالعات مختلف نشان می دهند که کاربرد تئوری ها در عمل چه در آموزش و چه در بالین دیده نمی شود. از این رو این مطالعه به تعیین موانع بکارگیری نظریه های پرستاری در بالین توسط پرستاران پرداخته است.

روش: این مطالعه توصیفی تحلیلی که در سال ۱۳۹۳ انجام شد، به بررسی علل عدم بکارگیری نظریه های پرستاری در بالین از دیدگاه ۴۸ نفر از پرستاران شاغل به تحصیل در دوره کارشناسی ارشد و دکتری پرستاری دانشگاه های تربیت مدرس و شهید بهشتی با سابقه کار بالینی که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند، پرداخته است. ابزار بررسی، پرسشنامه ای است که بر اساس پرسشنامه ضریب سودمندی (Maggy ۱۹۹۴) و با استفاده از مرور متون، در ۶ حیطه: موانع شخصی کاربران، موانع آموزشی، موانع شخصی نظریه پرداز، موانع متون و مستندات مرتبط با نظریه، موانع سازگاری سیاسی و اجتماعی و موانع درک سودمندی بکارگیری نظریه های پرستاری توسعه و طراحی شده است. اطلاعات جمع آوری شده با روش آمار توصیفی و آزمون های Phi and Cramer's V و Gamma با نرم افزار SPSS ver ۲۰ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: اغلب نمونه های پژوهش زن (۵۸/۳٪)، مجرد (۶۰/۴٪) و دانشجوی ترم آخر کارشناسی ارشد (۵۶/۲۵٪) بودند که میانگین سابقه کار ۷/۳۸ سال داشتند. از نظر شرکت کنندگان، موانع شخصی کاربران (۵۴/۵۳٪) مانند نارضایتی و بی رغبتی در بکارگیری نظریه های پرستاری (۷۳/۴٪)، محدود شدن فراگیری نظریه به کارشناسی ارشد و دکتری (۶۹/۶۸٪) و نیاز به مهارت های ارتباطی برای اجرای این نظریه ها (۶۹/۲۷٪) با کسب بیشترین نمره به عنوان مهم ترین موانع بر سر راه اجرای نظریه های پرستاری در بالین شناخته شدند.

نتیجه گیری: با استناد به یافته ها، به نظر می رسد برگزاری دوره های آموزشی ضمن خدمت در زمینه اصول، قوانین و استانداردهای مشخص برای پرستاران در برخورد با بیماران بتواند باعث اصلاح نگرش و تقویت توان ارتباطی پرستاران شده و باعث ترغیب پرستاران به استفاده از نظریه های پرستاری شود.

کلید واژه: پرستاران، نظریه های پرستاری، نظریه خودمراقبتی اورم، نظریه سازگاری روی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۶/۱

۱- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: K.abasi@modares.ac.ir
۳- استادیار، موسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور، تهران، ایران

مقدمه

حرفه و رشته پرستاری، به عنوان یک عرصه علمی نیازمند یک مبنای علمی است که نظریه شاخص آن بوده و هست. نظریه چارچوب و اهدافی را جهت بررسی و شناخت، تشخیص و اقدامات پرستاری مهیا می کند و ابزاری است که باعث می شود بالین مؤثرتر و کامل تر جلوه کند و به تشخیص تاثیرات و نتایج کمک شایانی می کند. اگر اهداف پرستاری بر اساس دیدگاه پرستاری تدوین و تبیین نشده باشند، وقت پرستاران بیهوده هدر می رود و طبیعت و کیفیت مراقبت به خطر می افتد. زمانی که اهداف پرستاری برگرفته از دانش پرستاری باشند و به طور روشن و واضح تبیین شده باشند، بیماران و خانواده هایشان در جهت رسیدن و کسب مراقبت های پرستاری تلاش مضاعف و مؤثرتری می کنند (۱).

استفاده از الگوهای پرستاری در مراقبت از بیماران به چند دلیل حائز اهمیت است؛ چارچوبی را برای تفکر پرستار در بررسی شرایط مختلف بیماران فراهم می کند؛ نوعی ساختار فکری ایجاد می کند تا پرستار بتواند بهتر شرایط را تجزیه و تحلیل کرده، تفکر خود را سازماندهی کند و بهترین تصمیم را برای مراقبت از بیمار بگیرد (۲). با استفاده از تئوری های پرستاری در مراقبت از بیمار، می توان امید داشت که استانداردهای مراقبتی بیماران بهبود یابد، هزینه های مراقبت پرستاری کاهش یابد و کیفیت زندگی بیماران اصلاح گردد. استفاده از تئوری های پرستاری در تحقیقات و در بالین، سبب توسعه بدنه دانش پرستاری می شود (۳ و ۴). همچنین، استفاده از تئوری پرستاری سبب اصلاح کیفیت مراقبت، کاهش هزینه های مراقبت پرستاری و در نهایت اصلاح کیفیت زندگی بیماران می گردد (۳).

مروری بر سر فصل های دروس مقاطع مختلف رشته پرستاری نشان می دهد به تئوری ها فقط در مقاطع تحصیلات تکمیلی توجه شده و عملاً کاربرد تئوری ها را در عمل چه آموزش و چه بالین محدود کرده است. نظریه و گسترش آن نباید به برنامه های کارشناسی ارشد و دکتری محدود شود. تفکر نظری باید به شگردی برای مراقبت آگاهانه از بیمار از همان ابتدای شروع آموزش پرستاری تبدیل شود. بالین و عملکرد پرستاری نیز همین مسئولیت را در قبال تفکر نظری دارند که با فراهم کردن روش هایی که پرستاران بتوانند یافته های خود را به صورت جملات نظری بیان کنند و بتوانند به فرصتی جهت تبدیل حدس و گمان خود به جملات نظری دست یابند. پرستاران باید قادر باشند که نظریه های مختلفی را در بالین با هدف توصیف و توسعه آن ها به کار گیرند (۱). از جمله نظریه های

پرستاری پر کاربرد می توان به مدل خودمراقبتی اورم، مدل سازگاری روی، تئوری فرآیند پرستاری اورلاندو و ... اشاره کرد. اصولاً تمرکز این نظریه ها مددجو محور بوده و بر حفظ کرامت مددجویان تاکید خاص دارند و اساس کارشان بر برقراری ارتباط انسانی و اثر بخش می باشد. به عنوان مثال؛ هدف تئوری خودمراقبتی اورم که یکی از کامل ترین تئوری های خودمراقبتی است، تشویق مددجویان به مراقبت از خود است و نقش پرستاران نیز در این نظریه، بررسی وجود و عدم وجود نقص مراقبت از خود در بیماران مزمن می باشد (۵). تئوری خودمراقبتی اورم در تحقیق، آموزش و مدیریت به کار می رود، اما گسترده ترین کاربرد آن در حیطه بالینی است (۶). در مطالعه اشک تراب و پازوکیان موانع به کارگیری این مدل در ۶ درون مایه شامل عوامل مرتبط با مدل، عوامل جسمی، عوامل اجتماعی، عوامل روانی، عوامل سیستم آموزشی و عوامل مرتبط با سیستم مراقبتی دسته بندی شد و عوامل آموزشی از عمده ترین موانع به کارگیری مدل خودمراقبتی اورم بود (۳).

با بکارگیری برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری روی نیز رفتارهای سازگار (سالم) در ابعاد جسمی و روانشناختی در بیماران با بیماری های مزمن افزایش می یابد که می تواند به سازگاری مناسب روانشناختی بیمار با بیماری، کنترل مناسب بیماری و کاهش عوارض کمک کند (۴).

بررسی ها نشان می دهد فقط داشتن دانش نظریه های پرستاری منجر به عملی شدن آنها نمی شود و عوامل مختلفی بر اجرایی شدن نظریه های پرستاری تاثیر گذارند؛ عدم تعادل بین تعداد پرسنل پرستاری با بیماران، زمان بر بودن اجرای فرآیند پرستاری و عدم ارزیابی فعالیت ها بر مبنای فرآیند پرستاری (۷) نداشتن اطلاعات کافی از مفهوم فرآیند پرستاری، نداشتن اعتقاد به آن و یادگیری ناکافی در مورد اجرای فرآیند پرستاری (۸ و ۹) تفهیم نشدن فرآیند پرستاری به صورت کاربردی حتی برای مدرسین، عدم حمایت از طرف مسئولان برای اجرای فرآیند پرستاری و واگذاری امور غیر پرستاری به پرستاران از مهمترین موانع اجرای فرآیند پرستاری در بالین هستند (۸).

علی رغم وجود تمام مشکلات ذکر شده بر سر راه اجرای نظریه های پرستاری، ونکی و معماریان نشان دادند که فرآیند پرستاری با امکانات موجود قابل اجرا است و آنچه مانع ارتقاء سطح کیفی و کمی مراقبت ها می شود، عدم بکارگیری یک الگوی نظری مناسب با امکانات محیط های بالینی می باشد. اگر بتوان یک سیستم منظم در ارائه مراقبت های پرستاری بر اساس یک الگوی شناخته

موانع متون و مستندات مرتبط با نظریه، موانع سازگاری سیاسی و اجتماعی و موانع درک سودمندی بکارگیری نظریه های پرستاری) تعیین و بصورت نظری و عملی تعریف گردید.

بطور کلی پرسشنامه تدوین شده، شامل دو بخش فرعی و اصلی می باشد:

بخش فرعی؛ مربوط به اطلاعات دموگرافیک پرستار می باشد. بخش اصلی پرسشنامه شامل ۴۰ عامل مؤثر در بکارگیری نظریه های پرستاری اورم و روی در مراقبت های بالینی ایران می باشد که در شش حیطه موانع شخصی کاربران (۱۳ سؤال)، موانع آموزشی (۴ سؤال)، موانع شخصی نظریه پرداز (۴ سؤال)، موانع متون و مستندات مرتبط با نظریه (۳ سؤال)، موانع سازگاری سیاسی و اجتماعی (۵ سؤال) و موانع درک سودمندی بکارگیری نظریه های پرستاری (۱۱ سؤال) تقسیم بندی شدند. در مقابل هر عامل ۵ گزینه (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) قرار دارد. هر پرستار بر اساس میزان اهمیت هر عامل در بکارگیری نظریه ها، یکی از این گزینه ها را انتخاب می کند. جهت تعیین میزان اثر و اهمیت هر مانع و با توجه به ماهیت سؤالات (معکوس بودن یا نبودن)، سؤالات به صورت زیر نمره گذاری شدند.

خیلی کم (۰)، کم (۲۵)، متوسط (۵۰)، زیاد (۷۵) و خیلی زیاد (۱۰۰). بر این اساس، نمره ۰ یعنی مانع مذکور کمترین تاثیر را در عدم اجرای نظریه ها دارد و نمره ۱۰۰ یعنی مانع ذکر شده، بیشترین توان و تاثیر را در اجرایی نشدن نظریه ها در بالین دارد. ضمناً پاسخ ۴ سؤال حیطه آموزشی به صورت بلی یا خیر می باشد؛ جهت مقایسه میزان تاثیر این حیطه و سؤالات آن با سایر حیطه ها و با توجه به ماهیت سؤالات، به گزینه بلی، نمره ۰ و به گزینه خیر نمره ۱۰۰ اختصاص داده شد.

همچنین ۲ سؤال بسته (به صورت بلی یا خیر) جهت بررسی تجربیات پرستاران در بکارگیری نظریه های پرستاری هنگام کار در بالین در این قسمت گنجانده شد که در امتیازدهی موانع هیچ تأثیری نداشت.

قسمت آخر پرسشنامه نیز شامل یک سؤال باز پاسخ است که در امتیازدهی موانع هیچ تأثیری نداشت و در آن از پرستاران خواسته شد غیر از موانع ذکر شده، عوامل دیگری که می توانند

شده همانند فرآیند پرستاری را به طور عملی و کاربردی تنظیم نمود، می توان کیفیت و کمیت مراقبت پرستاری را ارتقاء داد (۱۰). به نظر می رسد هنوز بر سر راه اجرای نظریه های پرستاری موانع مختلفی وجود دارد و آن گونه که این نظریه ها در دانشگاه ها و در قالب دروس تئوری ارائه می شوند، نمی تواند پاسخگوی نیاز فارغ التحصیلان پرستاری در بالین باشد و همچنان پرستاران در ارائه مراقبت های پرستاری تمایل چندانی به استفاده از این نظریه ها ندارند. شناسایی موانع بکارگیری نظریه های پرستاری پیش نیاز برنامه ریزی های مناسب برای بکارگیری آن در بالین است. از آنجایی که پرستاران استفاده کننده از نظریه های پرستاری در بالین هستند و از سوی دیگر، نظریه ها فقط در دوره کارشناسی ارشد و دکتری تدریس می شوند، بررسی نظرات این افراد در شناسایی این موانع کمک کننده و مفید خواهد بود. از این رو در این مطالعه به بررسی و تعیین موانع اجرای نظریه های پرستاری در بالین از دیدگاه پرستاران شاغل به تحصیل در دوره کارشناسی ارشد و دکتری آموزش پرستاری پرداخته شد. برای عینیت بخشیدن به این مبحث و از آنجایی که مدل خودمراقبتی اورم و مدل سازگاری روی از پرکاربردترین نظریه های پرستاری در مقاطع تحصیلات تکمیلی بوده و دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری علاوه بر واحد نظریه ها و مفاهیم پرستاری، در واحد داخلی جراحی ۲ اجرای الگوی پنداشتی روی و در واحد داخلی جراحی ۳ اجرای نظریه خودمراقبتی اورم را تمرین می کنند و همچنین تمرکز این نظریه ها بر بیمار و رفع نیازهای وی می باشد، تمرکز این مطالعه بر روی این دو نظریه می باشد.

روش مطالعه

مطالعه حاضر، مطالعه ای توصیفی تحلیلی است که به بررسی علل عدم بکارگیری نظریه های پرستاری در بالین از دیدگاه ۴۸ نفر از پرستاران شاغل به تحصیل در ترم آخر (ترم ۴) دوره کارشناسی ارشد و دکتری پرستاری دانشگاه تربیت مدرس و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی پرداخته است. نمونه ها به روش در دسترس و از میان افرادی انتخاب شدند که حداقل ۶ ماه سابقه کار بالینی داشته باشند.

بر اساس پرسشنامه اولیه تحت عنوان ضریب سودمندی (Maggy ۱۹۹۴) (۱) و با استفاده از مرور متون، پرسشنامه ای کامل تر جهت تعیین موانع توسعه و طراحی گردید. ابتدا عوامل یا موانع بکارگیری نظریه های پرستاری در بالین در شش دسته (موانع شخصی کاربران، موانع آموزشی، موانع شخصی نظریه پرداز،

مانع گسترش و اجرای نظریه های پرستاری در بالین شوند را نام برده و راهکارهای خود برای بکارگیری این مدل ها را بیان کنند. بر این اساس، نمره ای حاصل از میانگین ضرب فراوانی در امتیاز هر گزینه برای هر سؤال (مانع) بدست آمد و جهت مقایسه میزان اثر موانع مختلف در عدم اجرای نظریه های پرستاری از آن استفاده گردید. سپس میانگین کل نمره حیطة ها یا ابعاد نیز از میانگین نمرات سوالات هر بعد محاسبه شد و جهت مقایسه قدرت اثر حیطة های مختلف از آن استفاده گردید.

به منظور تعیین روایی محتوای پرسشنامه، پرسشنامه تدوین شده در اختیار ۱۳ نفر از اعضای هیئت علمی گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس و دانشگاه علوم پزشکی ایران قرار گرفت و از آنان خواسته شد تا در مورد ضرورت و ارتباط سوالات با اهداف تعیین شده و تعریف نظری و عملی سازه های ابزار و شفاف و روانی بهتر عبارات از نظر واضح بودن و سادگی عبارات اظهار نظر نمایند که در نهایت پرسشنامه های روانسنجی تکمیل شده توسط متخصصین جمع آوری گردید. سپس داده های پرسشنامه های تکمیل شده استخراج و برای تمامی سوالات شاخص روایی محتوی (CVI) و نسبت روایی محتوی (CVR) محاسبه گردید؛ با احتساب CVI بیشتر از ۰/۸ و CVR بیشتر از ۰/۵۴ (بر اساس جدول لاوشه)، کلاً ۶ گویه از مجموع گویه های قرار داده شده در پرسشنامه اولیه به دلیل عدم کسب نمرات لازم، حذف گردید. در مجموع میانگین کل شاخص روایی ابزار (SCVI)، ۰/۹ برآورد گردید. همچنین سایر پیشنهادات اساتید در مورد شفاف سازی و سادگی عبارات نیز اعمال گردیده و پرسشنامه نهایی بدست آمد. پایایی این پرسشنامه نیز با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۴۸ پرسشنامه توزیع شده میان شرکت کنندگان، ۰/۷۸ برآورد گردید؛ لذا می توان این ابزار را بر اساس شیوه هماهنگی درونی گویه ها، پایا قلمداد کرد.

در انتها پرسشنامه تدوین شده میان ۴۸ نفر از پرستاران شاغل به تحصیل در ترم آخر (ترم ۴) دوره کارشناسی ارشد و دکتری آموزش پرستاری دانشگاه تربیت مدرس و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که حداقل ۶ ماه سابقه کار داشته باشند، توزیع گردید تا با جمع آوری نظرات پرستاران، علل عدم بکارگیری نظریه های پرستاری در بالین تعیین گردد. در طی فرآیند تکمیل و انتخاب واحدهای پژوهش، سعی

شد که کلیه مسایل اخلاقی رعایت گردد؛ از قبیل کسب اجازه از مدیران گروه پرستاری دانشگاه های تربیت مدرس و شهید بهشتی جهت تکمیل پرسشنامه ها، معرفی شفاف و واضح اهداف طرح در بخش معرفی ابزار، احترام به اختیار واحدهای پژوهش جهت شرکت یا عدم شرکت در تکمیل پرسشنامه ها و اطمینان به آنها در مورد حفظ اطلاعات آنان و عدم درج نام و نام خانوادگی و سایر اطلاعات شناسایی در پرسشنامه ها. در مرحله بعد پرسشنامه های موجود به وسیله آمار توصیفی و آزمون های Phi and Cramer's V و Gamma (جهت سنجش ارتباط و همبستگی بین متغیرهای دموگرافیک و موانع) با نرم افزار SPSS ver ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۱/۷ سال (انحراف معیار ۸/۲)، میانگین کل سابقه کار آنها ۷/۳۸ سال (انحراف معیار ۶/۸۴)، میانگین سابقه آموزش و تدریس ۳/۸۲ سال (انحراف معیار ۵/۸۲) و میانگین سابقه کار بالین آنها ۴/۶۴ سال (انحراف معیار ۵/۶۳) می باشد. سایر نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل اطلاعات دموگرافیک نمونه های مورد پژوهش در جدول شماره ۱ آمده است. پس از تجزیه و تحلیل پرسشنامه ها، بر اساس میانگین نمره هر سؤال (مانع)، ۲۰ مانع اول به ترتیب اولویت کسب بیشترین نمره استخراج گردیده و در جدول شماره ۲ آمده اند؛ همچنین حیطة های مختلف موانع به همراه دو مانع برتر هر بعد که بیشترین تاثیر را بر اجرای نظریه های پرستاری دارند، به ترتیب اولویت در جدول شماره ۳ آورده شده اند.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

متغیرهای دموگرافیک	تعداد	درصد
جنس	زن	۲۸
	مرد	۴۱/۷
تاهل	مجرد	۲۹
	متاهل	۳۹/۶
تحصیلات	دانشجوی ترم آخر کارشناسی ارشد	۲۷
	دانشجوی دکترا	۱۸
	دکترا	۲
	دانشجوی فوق دکترا	۱
دانشگاه محل تحصیل	تربیت مدرس	۲۸
	شهید بهشتی	۴۱/۷
پست شغلی	پرستار	۲۶
	استاف	۲
	سوپروایزر	۲
	مترون	۱
	مریبی بیمارستان	۴
	عضو هیئت علمی	۱۳
شیفت کاری	صبح	۱۲
	عصر	۲
	شب	۷
	در گردش	۱۸

جدول ۲- موانع بکارگیری نظریه های پرستاری در بالین بر اساس مانع یا عامل به ترتیب اولویت

ردیف	مانع یا عامل	نمره
۱	نارضایتی و بی رغبتی در بکارگیری نظریه های پرستاری توسط پرستاران	۷۳/۴۰
۲	محدود شدن فراگیری نظریه و گسترش آن به برنامه های کارشناسی ارشد و دکتری	۶۹/۶۸
۳	نیاز به مهارت های ارتباطی برای اجرای این نظریه ها	۶۹/۲۷
۴	عدم حضور پرستارانی که دنبال نظریه و تحقیق هستند در بالین	۶۸/۲۲
۵	رویگرد و پر رنگ بودن کار و عمل گرایی در پرستاری (انجام یک عمل به جای تفکر، نقد و حل مساله)	۶۸/۰۸
۶	زنده بودن یا نبودن این نظریه پردازان	۶۴/۵۸
۷	نیاز به مهارت های روانی حرکتی برای اجرای این نظریه ها	۶۰/۹۳
۸	میزان نیاز به منابع انسانی و نوع آن	۵۸/۵۱
۹	میزان زمان مورد نیاز برای اجرای آنها	۵۷/۲۲
۱۰	تطابق و سازگاری این نظریه ها با سیستم بهداشتی ایران	۵۶/۷۷
۱۱	به کار نگرفتن نظریه سازگاری روی در طول تحصیل	۵۶/۲۵
۱۲	میزان وسایل مورد نیاز و نوع آن	۵۵/۷۲
۱۳	نیاز به تدارکات و تجهیزات	۵۵/۲۰
۱۴	تطابق و سازگاری این نظریه ها با پرستار جامعه ما	۵۴/۱۶
۱۵	به کار نگرفتن نظریه خودمراقبتی اورم در طول تحصیل	۵۲/۰۸
۱۶	آموزش ندادن نحوه اجرای این مدل ها توسط مربیان با تجربه و مهارت کافی	۵۲/۰۸
۱۷	تطابق و سازگاری این نظریه ها با سایر رشته های پزشکی	۵۱/۰۴
۱۸	تطابق و سازگاری این نظریه ها با فرهنگ اجتماعی ایران	۴۹/۴۷
۱۹	ایرانی یا خارجی بودن این نظریه پردازان	۴۹/۴۷
۲۰	تطابق و سازگاری این نظریه ها با مددجو	۴۸/۹۵

جدول ۳- موانع بکارگیری نظریه های پرستاری در بالین بر اساس حیطة به ترتیب اولویت

ردیف	حیطه یا بعد	میانگین نمره
۱	موانع شخصی کاربران در بکارگیری نظریه های پرستاری	۵۴/۵۳
	۱ نارضایتی و بی رغبتی در بکارگیری نظریه های پرستاری توسط اعضای رشته پرستاری	۷۳/۴
	۲ محدود شدن فراگیری نظریه و گسترش آن به برنامه های کارشناسی ارشد و دکتری	۶۹/۶۸
۲	موانع سازگاری سیاسی و اجتماعی در بکارگیری نظریه های پرستاری	۵۲/۰۷
	۱ تطابق و سازگاری این نظریه ها با سیستم بهداشتی ایران	۵۶/۷۷
	۲ تطابق و سازگاری این نظریه ها با پرستار جامعه ما	۵۴/۱۶
۳	موانع شخصی نظریه پرداز در بکارگیری نظریه های پرستاری	۵۰/۹۰
	۱ به نظر شما آیا زنده بودن یا نبودن این نظریه پردازان در بکارگیری این نظریه تاثیری دارد؟	۶۴/۵۸
	۲ به نظر شما آیا ایرانی یا خارجی بودن این نظریه پردازان در بکارگیری این نظریه تاثیری دارد؟	۴۹/۴۷
۴	موانع متون و مستندات مرتبط با نظریه در بکارگیری نظریه های پرستاری	۴۴/۳۷
	۱ تاثیر مستندات موجود و قابل دسترس مرتبط با نظریه در مورد تاثیر و کفایت نظریه اورم و روی (برای مراقبت بالینی)	۴۶/۲۷
	۲ تاثیر مستندات موجود و قابل دسترس مرتبط با نظریه در مورد تاثیر و کارایی نظریه اورم و روی (برای مراقبت بالینی)	۴۴/۶۸
۵	موانع درک سودمندی بکارگیری نظریه های پرستاری	۴۲/۳۸
	۱ میزان نیاز به منابع انسانی و نوع آن	۵۸/۵۱
	۲ میزان زمان مورد نیاز برای اجرای آنها	۵۷/۲۲
۶	موانع آموزشی بکارگیری نظریه های پرستاری	۴۱/۱۴
	۱ آیا در طول تحصیل خود نظریه سازگاری روی را به کار گرفته اید؟	۵۶/۲۵
	۲ آیا در طول تحصیل خود نظریه خود مراقبتی اورم را به کار گرفته اید؟	۵۲/۰۸

جدول ۴- ارتباط بین موانع اجرای نظریه های پرستاری و متغیرهای دموگرافیک

آزمون آماری	موانع اجرای نظریه های پرستاری					متغیرهای دموگرافیک
	نظریه پرداز	سودمندی	سازگاری	متون	شخصی	
Phi and Cramer's V	۰/۱۵۱	۰/۲۴	۰/۲۴	۰/۲۵۲	۰/۲۱۷	جنسیت
	۰/۱۰۶	۰/۲۳۱	۰/۲۶۵	۰/۱۶	۰/۳۳۴	تاهل
	۰/۱۳۶	۰/۲۳۳	۰/۲۶۵	۰/۲۱۶	۰/۲۵۱	شيفت کاری
Gamma	۰/۱۴۶	۰/۳۲۲*	۰/۳۱۱	۰/۲۹۷	۰/۳۲۵*	سن
	۰/۰۹۱	۰/۶۸۱*	۰/۴۲۸*	۰/۷۱۶*	۰/۳۲۳	تحصیلات
	۰/۱۶۲	۰/۴۳*	۰/۳۶۷*	۰/۲۷۹	۰/۴۲۴*	سابقه کار
	۰/۱۹۲	۰/۶۶۱*	۰/۳۸۳*	۰/۶۷۷*	۰/۱۸۴	پست شغلی

* P value < ۰/۰۵

حیطه می توان به وجود یا عدم وجود راهنمای عملی لازم برای اجرای نظریه، رضایت یا رغبت در به کارگیری آن، اعتقاد شخصی به اجرای آن، نیاز به مهارت های روانی حرکتی و ارتباطی برای اجرای آن، کامل بودن نظریه از بعد کفایت منطقی یا تجربی، رویکرد و پر رنگ بودن کار و عمل گرایی در پرستاری، توان نظریه ها به توصیف، تبیین و پیش بینی پدیده های مراقبتی و پرستاری و ... اشاره کرد. از میان لیست موانعی که به ترتیب اولویت ذکر گردید

با استناد به جدول شماره ۳، در بین حیطه ها، حیطه شخصی با میانگین نمره ۵۴/۵۳ به عنوان مؤثرترین مانع بکارگیری نظریه های پرستاری در بالین شناخته شد. مواردی مانند سهولت بکارگیری نظریه، تمایلات درونی و هماهنگی با باورهای فلسفی زندگی افراد و به طور کلی هر عاملی که اجرا یا عدم اجرای آن به نوعی به افکار، احساسات، نگرش ها، توانایی ها و مهارت های شخص وابسته باشد، در این حیطه قرار می گیرد. از جمله ابعاد این

نمره ۵۳/۴۷ را کسب کرده و در رده دوم موانع قرار می گیرند و این نشان از اهمیت بالای این موانع در اجرایی نشدن نظریه های پرستاری در بالین دارد. این بعد که به بررسی مواجهه یا آموزش آن نظریه در طول دوران تحصیل و تجربیات آموزشی شخص می پردازد، مواردی مانند مهارت و تجربه مربیان و بکارگیری نظریه ها در طول دوران تحصیل را می سنجد.

اغلب شرکت کنندگان در پژوهش (۳۵ نفر معادل ۷۲/۹٪) در طول کار بالین خود نظریه خود مراقبتی اورم را به کار نگرفته اند و فراگیری و بکارگیری نظریه اورم فقط به دوران تحصیل آنها محدود شده است. فراگیری و بکارگیری نظریه سازگاری روی نیز در ۳۶ نفر (معادل ۷۵٪) فقط به دوران تحصیل محدود شده است.

یک سؤال باز در انتهای پرسشنامه با عنوان "به نظر شما به غیر از موانع ذکر شده، چه عوامل دیگری می توانند مانع گسترش و اجرای نظریه های پرستاری در بالین شوند؟" گنجانده شد؛ در میان پاسخ ها، موارد زیر بیشترین فراوانی را داشتند.

تراکم کاری پرستاران در ایران و کمبود رده های کمکی در بالین سبب می شود که پرستاران به جای پرداختن به اجرای نظریه های پرستاری و مراقبت بر اساس نظریه ها، درگیر سایر کارهای ضروری تر شوند، چرا که کوتاهی در سایر مسایل بخش به راحتی به چشم می آید و قابل پیگیری می باشد ولی کسی در مورد انجام دادن یا ندادن این نظریه ها و سایر برنامه های آموزشی بازخواست نمی شود؛ همچنین، تراکم کاری پرستاران و انجام نقش های متعدد (کمک بهیار، خدمات، کارشناس آزمایشگاه و ...) توسط پرستار سبب می شود که پرستاران به جای انجام مراقبت مبتنی بر نظریه، به فکر امور ضروری تر و حیاتی تر باشند؛ از طرفی پر رنگ بودن کار و عمل گرایی در پرستاری و انجام مراقبت ها بر اساس کارهای روتین و انجام یک عمل به جای تفکر، نقد و حل مساله، باعث می شود که پرستاران بر اساس یک سری اصول از پیش تعیین شده رفتار نمایند و در مورد اجرا کردن یا نکردن نظریه ها، داشتن تفکر انتقادی در ارائه مراقبت ها و عدم پیروی از اصول روتین، مورد بازخواست و سوال قرار نگیرند؛ همچنین بسیاری از پرستاران با این نظریه ها و نحوه اجرای آنها آشنا نیستند؛ در نتیجه انگیزه و میل و رغبتی به بکارگیری نظریه های پرستاری ندارند.

(جدول شماره ۲)، ۶ مورد از ۷ مانع اول به موانع شخصی کاربران اختصاص دارد. به عبارت دیگر؛ موانع شخصی که مرتبط و مربوط به خود پرستاران می باشد، بیشترین نقش را در اجرایی نشدن نظریه های پرستاری در بالین دارد (جدول شماره ۳).

موانع سازگاری سیاسی و اجتماعی در بکارگیری نظریه های پرستاری نیز با کسب میانگین نمره ۵۲/۰۷ به عنوان دومین مانع پر قدرت بر سر راه اجرای نظریه های پرستاری قرار گرفته اند. از نظر این بعد، هم خوانی و شباهت میان فرآیند اجرای نظریه و فضای اجتماعی، سیاسی و اقتصادی آن زمان لازم است. این حیطة از فضایی صحبت می کند که از یک نظریه در برابر نظریه ای دیگر حمایت می کند؛ زیرا مثلاً کاربرد نظریه نیازمند تغییرات ساختاری در سازمان نیست و یا اینکه نیازمند آمادگی کمی از سوی اعضای سازمان می باشد. در واقع این بعد از نظریه به بررسی نیاز نظریه به تغییر، بودجه و آموزش می پردازد. در بین سؤالات این حیطة، تطابق و سازگاری با سیستم بهداشتی ایران، بیشترین میانگین نمره (۵۶/۷۷) را کسب کرده است؛ به بیان دیگر، از نظر شرکت کنندگان در این پژوهش، سازگار نبودن و تطابق اندک نظریه های اورم و روی با سیستم بهداشتی ایران، یکی از مهم ترین عوامل اجرایی نشدن آنها در بالین می باشد.

موانع شخصی نظریه پرداز، موانع متون و مستندات مرتبط با نظریه و موانع آموزشی نیز در رده های بعدی قرار دارند. همچنین موانع درک سودمندی بکارگیری نظریه های پرستاری با کسب میانگین نمره ۴۲/۳۸، در رده آخر قرار گرفته اند؛ به بیان دیگر، علل اجرایی نشدن نظریه های پرستاری را نمی توان در بی فایده بودن آنها دانست؛ یعنی نظریه های اورم و روی برای جامعه بیماران، ارتقاء سلامتی فرد، آموزش به بیمار، کنترل و صرفه جویی در هزینه ها، هدایت و کمک در تصمیم گیری اخلاقی و ... مفید و سودمند می باشند.

شایان ذکر است که اگرچه موانع آموزشی با کسب میانگین نمره ۴۱/۱۴ در رده ششم موانع اجرای مدل ها قرار گرفته اند، ولی بدون احتساب سؤال اول این حیطة (آیا این نظریه ها در طول دوران تحصیل به شما آموزش داده شده است؟) که میانگین نمره ۴/۱۶ را کسب کرده است، سه سؤال دیگر این بعد میانگین

خدمات، کارشناس آزمایشگاه و ...) توسط پرستار و پر رنگ بودن کار و عمل گرایی در پرستاری نیز باعث کاهش انگیزه و میل و رغبت به بکارگیری نظریه های پرستاری خواهد شد. از سوی دیگر در شرایطی که امکان افزایش تعداد پرستاران (تعدیل تعداد پرستار به نسبت بیمار) وجود ندارد، لازم است مسئولان پرستاری با اتخاذ تدابیری نیرو، توان و انگیزه پرستاران موجود را در ارائه خدمات افزایش دهند و از کاهش انگیزه گروهی که با آگاهی و علاقه وارد این حرفه شده اند، پیشگیری کنند تا به این ترتیب از کیفیت و کمیت خدمات کاسته نشود.

در این راستا آتش زاده و همکاران در تحقیق خود اعلام کردند که علاقه، انگیزه، باور و نگرش از ضروریات اجرای فرآیند پرستاری است. هر چه نگرش پرستاران نسبت به تشخیص پرستاری و فرآیند پرستاری مثبت باشد، اجرای فرآیند پرستاری بیشتر خواهد بود؛ بنابراین افزایش نگرش مثبت و باورهای پرستاران و همچنین مدیران و همکاران درمانی، می تواند در توسعه اجرای فرآیند پرستاری نقش بسزایی داشته باشد (۹).

اغلب شرکت کنندگان، محدود شدن فراگیری نظریه و گسترش آن به برنامه های کارشناسی ارشد و دکتری و عدم ارائه این واحد در دوران کارشناسی را مانع مهم دیگری بر سر راه اجرای نظریه های پرستاری در بالین می دانند. اگر بپذیریم که در تربیت نیروی پرستاری، علاوه بر دانش و مهارتی که برای پرداختن به این حرفه ضروری است، باید به توسعه و تقویت ارزش ها، نگرش ها، هنجارهای اخلاقی، مهارت های اجتماعی و بقیه ی ویژگی هایی که شکل دهنده مهارت های حرفه ای پرستاری است، نیز توجه لازم بنماییم، باید به نقش برنامه درسی و آموزشی توجه کنیم. بنابراین، لازم است که برنامه های درسی پرستاری که در حال اجراست به طور دقیق و مداوم مورد بازنگری قرار گرفته، راهکارهایی برای مقابله با پیامدهای منفی و تقویت پیامدهای مثبت برنامه ی درسی آموزش بالین ارائه گردد (۳). ارائه واحد درسی نظریه های پرستاری در مقطع کارشناسی ارشد و دکتری و لزوم ارائه آن در کوریکولوم دوره کارشناسی پرستاری، موضوعی است که در مقالات و منابع مختلف به آن اشاره شده است (۶ و ۱۱). دوره ای که بیشترین کارورزی و ارتباط با بالین در آن قرار دارد و بیشترین زمان برای نهادینه کردن

بررسی میزان تأثیر متغیرهای دموگرافیک بر اجرای نظریه های پرستاری در بالین نشان می دهد که میان سن، تحصیلات، سابقه کار و ارتقاء پست شغلی و اجرای نظریه های پرستاری، ارتباط معناداری وجود دارد (جدول شماره ۴). با استناد به این جدول، بین تمام متغیرهای دموگرافیک و موانع مختلف، ارتباط و همبستگی ضعیفی برقرار می باشد و این مسئله از طریق آزمون آماری متناظر با آن ها نیز تأیید می شود. در میان ارتباطات معنی دار نتایج زیر بدست آمده است:

- میان سن با موانع شخصی (۳۲۵/۰-) و سودمندی (۳۲۲/۰-) ارتباط منفی وجود دارد؛ بدین معنی که با افزایش سن شرکت کنندگان در پژوهش، مقدار و میزان تأثیر موانع شخصی و موانع مربوط به سودمندی نظریه کاهش می یابد.
- میان تحصیلات با هر یک از موانع متون، سازگاری و سودمندی ارتباط منفی وجود دارد. بدین معنی که با افزایش تحصیلات شرکت کنندگان در پژوهش، مقدار و میزان تأثیر این موانع در اجرایی نشدن نظریه های پرستاری کاهش می یابد.
- میان سابقه کار با هر یک از موانع شخصی، سازگاری و سودمندی نیز ارتباط منفی وجود دارد. بدین معنی که با افزایش سابقه کار شرکت کنندگان در پژوهش، مقدار و میزان تأثیر موانع شخصی، سازگاری و سودمندی در اجرایی نشدن نظریه های پرستاری کاهش می یابد.
- ارتباط پست شغلی با موانع، همانند ارتباط تحصیلات با آن ها می باشد.

بحث

در این پژوهش که با هدف تعیین موانع بکارگیری نظریه های پرستاری در بالین از دیدگاه پرستاران انجام شد، نارضایتی و بی رغبتی در بکارگیری نظریه های پرستاری توسط پرستاران به عنوان مهمترین مانع بر سر راه اجرای نظریه های پرستاری در بالین شناخته شد. از آنجائیکه نظریه های پرستاری جزء جدایی ناپذیر حرفه پرستاری است، علت اصلی نارضایتی و بی رغبتی پرستاران در عدم بکارگیری نظریه های پرستاری را می توان در بی انگیزگی، عدم تمایل، دلسردی و بی علاقهگی پرستاران نسبت به حرفه خود جستجو کرد. از طرفی، تراکم کاری پرستاران در ایران، کمبود رده های کمکی در بالین، انجام نقش های متعدد (کمک بهیار،

این آموزش ها در دانشجویان است.

لازم به ذکر است اغلب پرستارانی که در بالین مشغول به خدمت می باشند، دارای مدرک کارشناسی پرستاری می باشند و حتی افرادی با دیپلم بهیاری و آموزش دوره های کمک بهیاری نیز به دلیل کمبود نیرو در بیمارستان های خصوصی به عنوان پرستار مشغول به کار می باشند؛ همچنین در بسیاری از بخش های ویژه به ویژه بخش ICU از فارغ التحصیلان هوشبری به عنوان پرستار استفاده می گردد؛ پرستاران دارای مدارک کارشناسی ارشد (به ویژه گرایش داخلی جراحی) و دکتری نیز اغلب به سمت تدریس در دانشکده ها و کار به عنوان مربی بیمارستان ها سوق داده می شوند. بدیهی است که نتیجه این روند عدم استفاده از نظریه های پرستاری در بالین جهت مراقبت را به دنبال دارد زیرا افرادی به مراقبت از بیمار می پردازند که هیچ آشنایی با نظریه های پرستاری ندارند و نظریه های پرستاری به افرادی آموزش داده می شود که معمولاً به مراقبت از بیمار نمی پردازند.

آقا براری و محمدی در مطالعه ای با عنوان موانع به کارگیری مهارت های ارتباطی پرستاران در تعامل با بیماران از دیدگاه پرستاران و بیماران، نشان دادند که پرستاران عوامل مربوط به بیمار و بیماران، عوامل مربوط به پرستار را به عنوان مهمترین مانع جهت بکارگیری مهارت های ارتباطی پرستاران معرفی کردند. همچنین ۵ مانع اصلی جهت بکارگیری مهارت های ارتباطی پرستاران در تعامل با بیماران، از نظر دو گروه شرکت کننده در مطالعه (پرستاران و بیماران)، مشغله کاری زیاد پرستار در بخش، بی انگیزگی، عدم تمایل، دلسردی و بی علاقهگی پرستار نسبت به حرفه خود، شرایط نامناسب محیطی، شناخت ناکافی و عدم آگاهی بیماران و پرستاران از موقعیت و شرح وظایف یکدیگر و اضطراب، نگرانی و شرایط خاص جسمی روانی ناشی از بیماری در بیماران بود (۱۵). نتایج این مطالعه نشان داد که اگر پرستاران خواهان برقراری ارتباط موثر با بیماران خود هستند، در وهله اول باید درک بیماران خود را از موانع ارتباطی شناسایی نمایند؛ در این صورت می توانند در تعاملات خود با بیماران از مهارت های ارتباطی کسب شده، بطور موثرتری استفاده نمایند. همچنین اشتغال کاری زیاد، یکی از مهمترین موانع ارتباطی مربوط به پرستار است که بر کیفیت و کمیت ارتباط میان پرستار و بیمار مؤثر است (۱۵).

Park و همکاران نیز در کره جنوبی به نتایج مشابهی دست یافته و بر شناخت پرستاران از درک بیماران نسبت به موانع ارتباطی،

کسب نگرش و مهارت های ارتباطی بهتر و به کار گیری آنها در تعاملات خود با بیماران تاکید می ورزند (۱۶). آقابرابی نیز به نقل از لاهوتی می نویسد: بر اساس بررسی نظرات پرستاران، عواملی نظیر کمبود پرستار نسبت به بیمار، نداشتن وقت و فرصت کافی، ارتباط غیر اصولی مسئولین رده بالای پرستاری، برنامه ریزی کاری بر خلاف میل پرستار، اشتغالات فکری پرستار، داشتن چند شغل و خستگی ناشی از کار اضافی را به عنوان مهمترین عوامل مربوط به پرستار یاد کرد که می توانند بر کیفیت و کمیت ارتباط میان پرستار و بیمار مؤثر باشند (۱۵).

یافته های مطالعه کیفی McCabe در ایرلند، نشان داد که بر خلاف سایر مطالعات که اظهار می دارند پرستاران در برقراری ارتباط با بیماران بخوبی عمل نمی کنند، پرستاران می توانند با استفاده از روش بیمار محور بخوبی با بیماران خود ارتباط برقرار نمایند؛ اما به نظر می رسد سازمان های مربوط به خدمات بهداشتی، به اهمیت استفاده از روش بیمار محور در تعاملات پرستار- بیمار توجهی ندارند. این در حالی است که برقراری ارتباط مؤثر با بیمار، کیفیت مطلوب مراقبت از بیمار را تضمین می کند. به نظر می رسد به کارگیری شیوه بیمار محور به جای شیوه وظیفه مدار در برقراری ارتباط پرستار- بیمار مناسب تر است و اگر مسئولین خدمات بهداشتی می خواهند بیمارانشان خدمات پرستاری مطلوبی دریافت کنند، لازم است به برقراری ارتباط بیمار محور توجه داشته باشند و بدانند که تشویق و حمایت پرستاران برای برقراری چنین ارتباطی لازم و ضروری است (۱۷).

با استناد به یافته های این پژوهش و مطالعات مشابه، اغلب پرستاران علت عدم استفاده از مهارت های ارتباطی در برخورد و مراقبت از بیمار را به چند عامل واحد و مشخص ارتباط می دهند که از جمله آنها می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ۱- مشغله کاری زیاد پرستار در بخش ناشی از تراکم بیش از حد کارها و کمبود پرسنل پرستاری به نسبت بیماران
- ۲- شناخت ناکافی و عدم آگاهی بیماران و پرستاران از موقعیت و شرح وظایف یکدیگر
- ۳- عدم آشنایی پرستاران با این الگوها و نحوه اجرای آنها

نتیجه گیری

یافته ها نشان داد که از نظر شرکت کنندگان این پژوهش، موانع مربوط به حیطه شخصی کاربران، بیشترین سهم را در اجرایی نشدن

تحصیلات تکمیلی پرستاری با استفاده از ابزارهای کمی بوده است. برای رفع این محدودیت، پیشنهاد می شود که در مطالعات آتی با انجام مصاحبه های فردی و گروهی در قالب تحقیقات کیفی، به یافته هایی با عمق و غنای بیشتر در خصوص موانع اجرای نظریه های پرستاری در بالین، دست یافت. همچنین اگرچه با پرسشنامه استفاده شده، بسیاری از موانع اجرای نظریه ها استخراج گردید، اما پیشنهاد می شود برای حمایت یافته های این پژوهش، با مطالعه ای جامع از پرسش نامه های مورد استفاده در مطالعات در کنار یافته های حاصل از مطالعات کیفی، به طراحی ابزاری بومی برای استخراج موانع اجرای نظریه ها دست یافت. انجام این پژوهش در نمونه های بزرگتر و بر روی سایر مدل های پرستاری نیز می تواند راهگشای تحقیقات بعدی در این زمینه باشد. همچنین از آنجایی که درک پرستاران از موانع در جوامع مختلف متفاوت است، پیشنهاد می شود تحقیقات مشابه در جوامع متفاوت پرستاری صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پژوهش واحد درسی سمینار مسایل پرستاری می باشد که در دانشگاه تربیت مدرس انجام شده است. بدینوسیله از همکاری اساتید و دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که در انجام این پژوهش صادقانه همکاری نمودند، همچنین از خانم پردیس بصیری و اساتید دانشگاه علوم پزشکی ایران که در تأیید روایی پرسشنامه همکاری کردند، صمیمانه قدردانی و تشکر می شود.

نظریه های پرستاری دارند. از جمله مهمترین آیتم های این حیطة، نیاز به مهارت های ارتباطی برای اجرایی کردن نظریه ها می باشد.

لذا به نظر می رسد تهیه و تدوین اصول، قوانین و استانداردهای مشخص برای پرستاران در برخورد با بیماران و ارائه آموزش این اصول از طریق برگزاری دوره ها و کارگاه های آموزشی ضمن خدمت از سوی مسئولان پرستاری، سبب تقویت توان و مهارت های ارتباطی پرستاران شده، زمینه مثبتی را جهت اصلاح نگرش پرستار نسبت به بیمار فراهم می سازد. زیرا بدیهی است که اگر آموزش مهارت های ارتباطی مؤثر باشد، به این معنی که آموزش های ارائه شده به پرستاران در زمینه مهارت های ارتباطی در سطحی باشد که یک پرستار را جهت برقراری یک ارتباط مؤثر و کارا تربیت کند و از سوی دیگر نظارت و حمایت لازم در زمینه اجرای آنها از سوی مسئولان صورت گیرد، می توان امیدوار بود که نگرش و تمایل پرستاران جهت برقراری ارتباط با بیماران بهبود یافته، توان استفاده از مهارت های ارتباطی در آنها افزایش می یابد. با اصلاح نگرش و تقویت توان ارتباطی پرستاران، می توان یکی از موانع عمده بر سر راه اجرای نظریه ها را برداشته و باعث ترغیب آنها به استفاده از نظریه های پرستاری شد. نتایج به دست آمده از این مطالعه می تواند برای سازمان ها، پرستاران و آموزش دهندگان پرستاری کاربردی باشد. اگر قرار است عملکرد مبتنی بر نظریه های پرستاری بخشی از انتظارات حرفه ای پرستاران در ارائه مراقبت باشد، ضروری است که موانع اجرای این نظریه ها شناسایی و تدابیر لازم جهت رفع آنها اندیشیده شود. یافته های این مطالعه مبتنی بر نظرسنجی از دانشجویان

منابع

- 1- Meleis A.I. Theoretical nursing: development and progress. Fifth Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
- 2- Roy C, Jones D. Nursing knowledge development and clinical practice. First edition. Springer publishing company, 2011; 250-300.
- 3- Ashketorab T, Pazokian M. Nurses and PhD student's Perspective of Barriers Orem self care Application: Content analysis. Journal of Medical Education Development. 2012; 4(7): 10-17. (Persian)
- 4- Sadeghnejad Forotaghe M, Vanaki Z, Memarian R. The effect of nursing care plan based on "Roy Adaptation model" on psychological adaptation in patients with diabetes type II. Journal of Evidence-based Care. 2011; 1(1): 5-19. (Persian)

- 5- Craven R.F, Hirnle C.J. Fundamental of nursing: human health and function. Sixth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 1513.
- 6- Malekzadeh J, Amouzeshi Z, Mazlom R. The effect of teaching Orem self- care model on nursing students' communication performance in clinical setting. *Modern Care Journal*. 2011; 8(3): 107-115. (Persian)
- 7- Noohi S, Karimi H, Najmai E. Application obstacles of nursing process from view of the nursing managers and interns in Kerman University of Medical Sciences. *Journal of qualitative Research in Health Sciences*. 2010; 10(1): 52-58. (Persian)
- 8- 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)
- 9- Atashzadeh Shoorideh F, Ashktorab T. Factors Influencing Implementation of Nursing Process by Nurses: A Qualitative Study. *Knowledge & Health Journal*. 2011; 6(3): 16-23. (Persian)
- 10- 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)
- 11- Salsali M, Taleghani F, Barimnejad L. Philosophy, science and nursing theories. Tehran: Boshra, 2005. [Persian]
- 12- Wilkinson S. Factors which influence how nurses communication with cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*. 1991; 16(6): 677-688.
- 13- Heaven C, Clegg J, Maguire P. Transfer of Communication Skills Training From Workshop to Workplace: The Impact of Clinical Supervision. *Patient Education and Counseling*. 2006; 60(3): 313-325.
- 14- Kotecki C.N. Baccalaureate nursing students' communication process in the clinical setting. *Journal of Nursing Education*. 2002; 41(2): 61-8.
- 15- Aghabarary M, Mohammadi E, Varvani-Farahani A. Barriers to Application of Communicative Skills by Nurses in Nurse-Patient Interaction: Nurses and Patients' Perspective. *Iran Journal of Nursing*. 2009; 22 (61): 19-31. (Persian)
- 16- Park E.K, Song M. Communication barriers perceived by older patients and nurses. *International Journal of nursing studies*. 2005; 42(2): 159-166.
- 17- McCabe C. Nurse-Patient Communication: An Exploration of Patients Experience. *Journal of Clinical Nursing*. 2004; 13(1): 41-49.