

عوامل مؤثر بر مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد: یک مطالعه کیفی

*دکتر محسن ادیب حاج باقری^۱

چکیده

زمینه و هدف: حرفه پرستاری می‌کوشد تا اعمال خود را بر شواهد تحقیقی بنا کند، اما برخی از محققان فاصله تئوری و عمل و فقدان مراقبت مبتنی بر شواهد را از مشکلات پرستاری ایران دانسته‌اند. با وجود این، گزارشی درباره عوامل مؤثر بر مراقبت مبتنی بر شواهد در ایران در دسترس نیست. به همین دلیل این تحقیق با هدف تعیین عوامل مؤثر بر مراقبت مبتنی بر شواهد در پرستاری انجام شد.

روش بررسی: مطالعه کیفی به روش گراندد تئوری بر روی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های کاشان بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از نمونه‌گیری هدفمند، مصاحبه‌های باز نیمه ساختار یافته و مشاهده استفاده شد. جمع‌آوری داده‌ها آن قدر ادامه یافت تا اشباع داده‌ها حاصل گردید. تجزیه تحلیل داده‌ها به روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم صورت گرفت. تحقیق بر روی ۲۱ نفر از رده‌های مختلف پرستاری، شامل پرستاران بالینی، سرپرستاران، مدیران و مربیان پرستاری، شامل ۸ زن و ۱۳ مرد با میانگین سابقه خدمت ۹/۷±۴/۷ سال انجام شد.

یافته‌ها: دو طبقه اصلی از داده‌ها استخراج شد که عبارت بود از معنای مراقبت مبتنی بر شواهد^۱ و عوامل مؤثر بر مراقبت مبتنی بر شواهد^۲. مشارکت کنندگان، مراقبت مبتنی بر شواهد را به صورت مراقبت علمی و برخاسته از دانش پرستاری که باید بر اساس نیاز هر بیمار به عمل آید تعریف کردند. با وجود این، معتقد بودند که اکنون مراقبت به جای شواهد برخاسته از دانش پرستاری بر دستورات پزشکی و رویه‌های روتین استوار است. عوامل مؤثر بر عملکرد مبتنی بر شواهد در شش زیر شاخه برخورداری از دانش و تجربه حرفه‌ای، فرصت، عادت، اعتماد به نفس پرستار، فرآیند آموزش پرستاری و شرایط محیط کار قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: اگر چه دانش حرفه‌ای و خودباوری پرستار و نیز فرآیند آموزش پرستاری بر نحوه ارائه مراقبت پرستاری تأثیر می‌گذارد، شرایط حاکم بر محیط کار و انتظارات القا شده توسط آن مهم‌ترین عامل مؤثر بر ارائه مراقبت مبتنی بر شواهد هستند. بنابر این لازم است با فراهم‌سازی محیط سازمانی مناسب و اصلاح آموزش پرستاری، انتظار انجام مراقبت مبتنی بر شواهد را در سازمان توسعه داد و ضمن تقویت خودباوری پرستاران برای عمل به شواهد برخاسته از دانش حرفه‌ای، فرصت لازم برای مراقبت مبتنی بر شواهد فراهم نمود.

کلید واژه‌ها: پرستاری، مراقبت مبتنی بر شواهد، عوامل مؤثر، پژوهش کیفی

تاریخ دریافت: ۸۵/۷/۲۴، تاریخ پذیرش: ۸۵/۱۱/۳۰

^۱ استادیار گروه آموزش پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران (*مؤلف مسؤول)

مقدمه

هدف نهایی خدمات پرستاری ارائه مراقبت با کیفیت در راستای بهبود نتیجه خدمات برای بیمار و جامعه است. به‌طور طبیعی انتظار می‌رود که خدمات نظام سلامت مبتنی بر شواهد، روش‌ها و تصمیم‌گیری‌های علمی باشد. با وجود این، بسیاری از اقدامات پزشکی و مراقبتی، تنها بر روندهای سنتی، حدس‌ها و فرضیات کاری، مهارت‌های فردی و مشاهدات غیر سازمان یافته بالینی مبتنی هستند.^(۱) به‌عنوان مثال اغلب به پرستاران آموزش داده می‌شود که انسولین را به روش استریل تزریق کنند، اما اکنون گفته می‌شود که بیماران دیابتی می‌توانند با امنیت کافی تزریق را از روی لباس هم انجام دهند.^(۲-۵) همچنین امروزه تأکید زیادی بر ترخیص زودتر بیمار از بیمارستان و پیگیری در خانه وجود دارد و مشخص شده که این کار تسریع بهبودی جسمی در سکت‌های مغزی را در پی داشته است.^(۶) اما نظام بهداشتی ما همچنان بر ارائه خدمات در بیمارستان تأکید دارد.

مراقبت مستند یا مبتنی بر شواهد، یک روش تصمیم‌گیری است که اگرچه ابتدا از پزشکی شروع شد، اکنون به همه عرصه‌های خدمات سلامت نفوذ کرده است.^(۷) و بسیاری از مؤسسات و سازمان‌ها بر ضرورت توسعه و آموزش آن به‌عنوان راهی برای ارتقاء کیفیت و بهبود نتایج حاصل برای بیماران تأکید می‌کنند. در سطح بالینی این روش بر تلفیق شواهد با کیفیت تحقیقی، با تجربه و تخصص کارکنان و ارزش‌های بیمار تأکید دارد.^(۸،۹) هنگامی می‌توان اعمال یک حرفه را مبتنی بر شواهد دانست که اکثر اعضای آن حرفه آموزش و اقدامات بالینی خود را بر شواهد با کیفیت تحقیقی بنا نمایند. این فرآیند در حرفه پرستاری،

مستلزم آن است که پرستار از دانش و مهارت لازم برای مراقبت مستند یا مبتنی بر شواهد برخوردار باشد.

تحقیقات نشان می‌دهند که اگرچه حرفه پرستاری تغییر پارادایم خود به سوی عملکرد مبتنی بر شواهد را شروع کرده، اما این تغییر در بسیاری از کشورها کند بوده است. این مشکل نه تنها ناشی از کمبود دانش و مهارت درباره عملکرد مستند یا مبتنی بر شواهد، بلکه نشأت گرفته از موانع متعددی است که در راه اجرای آن وجود دارد.^(۱۰) Melnyk و همکاران (۲۰۰۴) با بررسی دیدگاه و نیازهای پرستاران درباره عملکرد مبتنی بر شواهد گزارش دادند که پرستاران معتقدند اگر اعمال بالینی بر اساس شواهد تحقیقی انجام شود کیفیت مراقبت افزایش خواهد یافت، اما تنها ۴۶ درصد از پرستاران اعمال بالینی خود را بر شواهد تحقیقی استوار می‌دانستند. آن‌ها معتقد بودند که عواملی مانند کمبود وقت، عدم دسترسی به منابع، عدم حمایت مالی، افکار سنتی، کمبود دانش و نیز عدم حمایت مدیران و پزشکان، مانع عملکرد مبتنی بر شواهد می‌شوند.^(۱۱) طی مطالعه دیگری که برای بررسی سطح دانش و مهارت پرستاران استرالیا درباره عملکرد مبتنی بر شواهد انجام شد، بیش از نیمی از افراد توانایی خود را در این زمینه کم دانسته بودند. علاوه بر این، پنج مانع عمده در مسیر عملکرد مبتنی بر شواهد عبارت بود از کمبود وقت، تعداد زیاد بیمار، کمبود مهارت بررسی، عدم دسترسی به مجلات و احساس این که شواهد تحقیقی کافی در رابطه با مداخلات حرفه‌ای وجود ندارد.^(۱۲) همچنین، یک مطالعه کیفی به بررسی اعتقادات پرستاران درباره شرایطی که باعث تقویت یا ممانعت از مراقبت مبتنی بر شواهد می‌شود پرداخته و گزارش داد که چهار مانع عمده در مسیر عملکرد

مبتنی بر شواهد وجود دارد که عبارتند از کاربردی نبودن تحقیقات پرستاری، عدم مهارت پرستاران برای دستیابی و ارزیابی شواهد تحقیقی، نداشتن وقت کافی و عدم حمایت سازمان.^(۱۳)

در حالی که حرفه پرستاری در کشورهای پیشرفته می‌کوشد تا اعمال خود را بر شواهد تحقیقی بنا گذارد، نیکبخشت (۱۳۸۱) Salsali, Adib-Hajbaghery و Ahmadi (۲۰۰۴) و نیز Salsali (۱۹۹۹). فاصله تئوری و عمل در مراقبت پرستاری و فقدان مراقبت مبتنی بر شواهد را از مشکلات عمده پرستاری در ایران دانسته‌اند.^(۱۴،۱۵،۱۶) با وجود این آن‌ها گزارشی از وضعیت دانش و مهارت پرستاران ایران در این باره و یا موانع و عوامل مؤثر بر آن ارائه نداده‌اند و تحقیقی نیز که مستقیماً به بررسی ادراکات و دیدگاه‌های پرستاران کشور ما در زمینه عملکرد بالینی مستند و مبتنی بر شواهد و عوامل و فرآیندهای مؤثر بر آن پرداخته باشد در دسترس نیست. از سوی دیگر نمی‌توان فرض کرد که موانع و عوامل مؤثر بر مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد در جامعه ما مشابه سایر کشورهای غربی است، لذا لازم است تا عوامل مؤثر و موانع موجود در برابر پرستاران ما برای عملکرد مبتنی بر شواهد بررسی شود تا بتوان راهکارهای مناسب و سازگار با شرایط بومی برای رفع این موانع ارائه داد. در سال‌های اخیر، پرسشنامه‌های مختلفی برای بررسی ادراکات کارکنان نظام سلامت از مراقبت مبتنی بر شواهد و عوامل مؤثر بر آن طراحی شده است.^(۱۷،۱۸،۱۹) ولی پایین بودن میزان پاسخ‌دهی، کم بودن قدرت ژرف‌کاوی و ناتوانی این پرسشنامه‌ها در بررسی برخی از مفاهیم و نیز مصنوعی بودن داده‌های حاصل از آن‌ها، نتایج این دسته از تحقیقات را مورد انتقاد قرار داده است.^(۲۰) با توجه به تفاوت

شرایط و نیز عدم کارآیی ابزارهای موجود، محقق بر آن شد تا به روش کیفی به بررسی عوامل مؤثر بر مراقبت مبتنی بر شواهد در پرستاری بپردازد.

روش بررسی

مطالعه کیفی به روش گراند تئوری انجام شد. گراند تئوری برای روشن سازی فرایندهای نهفته در پس اعمال اجتماعی و سازمانی و نیز در زمینه‌هایی به کار می‌رود که قبلاً تحقیق زیادی درباره آن صورت نگرفته است.^(۲۱) هدف محقق آن است که با بررسی عمیق تجارب، اعمال بالینی، رفتارها، عقاید و طرز فکرها، به همان نحوی که در زندگی واقعی افراد روی می‌دهد، به توضیح یک پدیده خاص نایل آید.^(۲۱،۲۲) سؤال این تحقیق آن بود که عوامل مؤثر بر فرایند مراقبت مبتنی بر شواهد در پرستاری چیست؟

نمونه گیری اولیه و جمع آوری داده‌ها: نمونه گیری به صورت مبتنی بر هدف شروع شد و سپس به صورت نمونه گیری تئوریتیک ادامه یافت. در نمونه گیری تئوریتیک انتخاب هر نمونه بستگی به داده‌های جمع آوری شده از نمونه یا نمونه‌های قبلی دارد.^(۲۱،۲۲) داده‌های این مطالعه از طریق مصاحبه‌های باز نیمه ساختار یافته و نیز مشاهده جمع آوری گردید.

مصاحبه: جمع آوری داده‌ها با پرستاران بالینی آغاز شد و پس از انجام مصاحبه با ۴ پرستار و کدگذاری متن مصاحبه‌ها، داده‌ها محقق را به مصاحبه با تعدادی از سرپرستاران، سوپروایزرها، رده‌های بالای مدیریت پرستاری و مدرسان پرستاری هدایت کرد. در مجموع ۲۱ نفر در ۳ بیمارستان و یک دانشکده پرستاری در کاشان مورد مصاحبه قرار گرفتند. همه مصاحبه‌ها توسط یک مصاحبه‌کننده انجام شد. متن مصاحبه‌ها بر روی نوار ضبط و در همان روز کلمه به کلمه پیاده و به

عنوان داده اصلی تحقیق استفاده شد. مصاحبه با هر شرکت کننده در ۱-۲ جلسه و در یک اتاق خصوصی در محل کار انجام شد و کوشش شد تا عوامل مزاحم مانند سرو صدا و رفت و آمد دیگران که ممکن بود در جریان مصاحبه اختلال ایجاد کند کنترل شود. هر یک از جلسات مصاحبه بین ۶۰-۲۰ دقیقه و به طور متوسط در حدود ۳۵ دقیقه طول کشید.

در ابتدا محقق به هر یک از مشارکت کنندگان بالقوه مراجعه و ضمن بیان هدف و سؤالات تحقیق، در صورت تمایل او برای مشارکت در تحقیق، وقت مناسب برای انجام مصاحبه را با توافق او تعیین می کرد. بنا به درخواست مشارکت کنندگان، مصاحبه معمولاً ۱-۲ ساعت پس از شروع شیفت کاری انجام می شد. راهنمای مصاحبه شامل چند سؤال باز بود تا به شرکت کنندگان امکان دهد به تفصیل ادراکات و تجارب خود را بیان کنند. در ابتدای هر مصاحبه از شرکت کنندگان خواسته شد تا یک روز کاری خود را توصیف کنند. سپس از آن‌ها خواسته شد تا به توصیف ادراکات و تجربیات خود در رابطه با شیوه و مبنای مراقبت پرستاری و عوامل مؤثر بر آن بپردازند. به این منظور این سؤال مطرح گردید که مبنای کار شما در مراقبت از بیمار چیست؟ آنگاه این سؤال پرسیده شد که به نظر شما مراقبت مبتنی بر شواهد یعنی چه؟ در صورتی که مصاحبه شونده متوجه مفهوم سؤال نمی شد شکل سؤال تغییر یافته و پرسیده می شد: به نظر شما مراقبت مستند یا مبتنی بر شواهد و مدارک علمی یعنی چه؟ سپس از شرکت کنندگان خواسته شد تا درباره مدارک یا مستندات که در مراقبت مورد استفاده قرار می دهند، نمونه هایی از تجارب خود از کاربرد شواهد علمی و پیامدهای آن، و نیز مهم ترین عوامل تسهیل کننده و بازدارنده نظرات خود را بیان

کنند. (به طور مثال از افراد پرسیده می شد: شما برای تصمیم گیری در مراقبت، از چه شواهد یا مدارکی استفاده می کنید؟ آیا یافته های جدید تحقیقات مربوط به پرستاری در اختیار شما قرار می گیرد؟ لطفاً از تجربیات خود نمونه هایی را ذکر کنید که در آن‌ها از مستندات یا شواهد علمی و تحقیقی جدید در طرح و اجرای مراقبت پرستاری استفاده کرده اید؟ به نظر شما چه عوامل و شرایطی مانع یا تسهیل کننده مراقبت مستند یا مبتنی بر شواهد علمی در محل کار شما هستند؟). مجموعه این سؤالات به شرکت کنندگان امکان می داد تا درک و تجارب خود از مراقبت مبتنی بر شواهد و عوامل و فرایندهای مؤثر بر آن را بیان کنند.

مشاهده: محقق به مدت ۳۰ ساعت به مشاهده رفتار و تعاملات پرستاران با بیماران، همکاران و پزشکان در بخش های داخلی، جراحی، اورژانس و سی سی یو پرداخت. مشاهده در شیفت های صبح انجام شد. تعدادی از مشاهده ها در روزهایی که برای مصاحبه با شرکت کنندگان تعیین شده بود انجام گردید. چون محقق معمولاً زودتر از زمان تعیین شده در بخش حضور می یافت، زمان قبل از مصاحبه را به مشاهده می پرداخت. اگرچه محقق عمده وقت خود را به مشاهده می گذراند، برای هماهنگی با محیط، در برخی از فعالیت ها با شرکت کنندگان همراهی می کرد. مشاهده مشتمل بود بر نشستن محقق در ایستگاه پرستاری و مشاهده و نیز همراهی نمودن پرستاران و مشاهده فعالیت ها و تعاملات، رفتارهای کلامی و غیرکلامی آن‌ها در هنگام مراقبت. محقق در هنگام مشاهده یادداشت بر می داشت و پس از پایان کار مشاهده، در همان روز آن را به طور مشروح ثبت و به عنوان داده استفاده می کرد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: جمع آوری و تحلیل داده‌ها به صورت همزمان انجام شد. مصاحبه‌ها از نوار پیاده و به روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم و مطابق با روش اشتراوس و کوربین مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.^(۲۲) هر مصاحبه قبل از انجام مصاحبه بعدی کدگذاری و تجزیه و تحلیل شد. به این منظور سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام شد (Open, Axial and Selective Coding) در کدگذاری باز، متن هر مصاحبه چند بار خوانده و جملات اصلی آن استخراج و به صورت کدهایی ثبت شد. سپس کدهایی که به لحاظ مفهومی با یکدیگر مشابه بود به صورت دسته‌هایی درآمدند. در کدگذاری محوری، کدها و دسته‌های اولیه‌ای که در کدگذاری باز ایجاد شده بود با یکدیگر مقایسه و ضمن ادغام موارد مشابه، دسته‌هایی که به یکدیگر مربوط می‌شدند حول محور مشترکی قرار گرفتند. تمرکز این مرحله بر شرایطی بود که به وقوع پدیده مورد نظر منجر می‌شد، زمینه‌هایی که پدیده در آن روی می‌داد و استراتژی‌هایی که برای کنترل پدیده به کار می‌رفت. سپس کدگذاری انتخابی انجام و شرایط محیط کار به عنوان متغیر اصلی مشخص گردید. در این مرحله، محقق ضمن تمرکز بر فرایندی که در داده‌ها نهفته بود توجه خود را به این امر معطوف نمود که کدام مقوله یا متغیر است که قادر است سایر متغیرها را به یکدیگر ارتباط دهد.^(۲۱)

در طول مطالعه روش‌هایی برای اطمینان از صحت و پایایی تحقیق به کار رفت. از بازنگری مشارکت‌کنندگان برای تأیید صحت داده‌ها و کدهای استخراج شده استفاده شد. برای بازنگری ناظرین، متن برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر محقق توسط ۲ محقق دیگر که با روش تحقیق آشنا

بودند مورد بررسی قرار گرفت و بیش از ۹۰ درصد توافق در میان نتایج استخراج شده وجود داشت. همچنین یافته‌ها با برخی از پرستارانی که در تحقیق شرکت نداشتند درمیان گذارده شد و آن‌ها تناسب یافته‌ها را مورد تأیید قرار دادند.^(۲۱) در طی تحقیق رازداری و آزادی شرکت‌کنندگان برای شرکت در تحقیق یا خروج از آن رعایت شد و آن‌ها حق داشتند تا در هر مرحله که بخواهند از مطالعه خارج شوند. همچنین کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام تحقیق را مورد تأیید قرار داده بود و قبل از جمع آوری داده‌ها، مسئولین بیمارستان‌ها و شرکت‌کنندگان، رسماً مشارکت در تحقیق را مورد موافقت قرار دادند.

یافته‌ها

از داده‌های تحقیق ۴۵۶ کد اولیه استخراج شد که در دو طبقه اصلی قرار گرفت. طبقه اول تعریف مراقبت مبتنی بر شواهد بود. طبقه دوم در بر دارنده عوامل مؤثر بر مراقبت مبتنی بر شواهد بود که خود شامل شش زیرشاخه می‌شد. این طبقات و زیر شاخه‌های آن‌ها که در این قسمت تحت بررسی قرار گرفته‌اند در مجموع متغیرهایی را که بر ارائه مراقبت مبتنی بر شواهد تأثیر می‌گذارند، نشان می‌دهند. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

۱- مراقبت مبتنی بر شواهد از دیدگاه پرستاران

بیشتر شرکت‌کنندگان در تحقیق برای اولین بار با واژه "مراقبت مستند یا مبتنی بر شواهد" مواجه می‌شدند. با وجود این، با مفهوم آن بیگانه نبودند و آن را به

آموخته باید انجام بدهد (پرستار ۸). پرستار دیگری می گوید: از خود بیمار اول اطلاعات می گیریم، مریض رنال کولیک که وارد میشه بیشتر به حالت خم شده، درد پهلوئی شدیدی داره، بیقراره، اینها به ما نشون می‌دهد مشکل او را و براساس درسی که خوانده ایم و مریض‌هایی که دیده‌ایم اولین کاری که می‌کنیم، دردش را ساکت می‌کنیم و سرم وصل می‌کنیم چون استفراغ دارد و آب بدنش از دست میره (پرستار ۱).

معدودی از شرکت کنندگان نیز پس از مورد سؤال قرار گرفتن درباره تحقیق، از آن به عنوان مبنا و مستند مراقبت نام بردند، با وجود این متذکر شدند که: «مراجعه به مستندات موجود مانند ژورنال‌های جدید و یافته‌های تحقیقی می‌تواند کمک کند که یک مراقبت علمی و مستند انجام بشود که خب در حال حاضر به دلایل مختلف این امور جایگاهی را که باید، در میان پرستاران ما ندارند و کارها بر اساس یک روند سنتی در حال انجامند» (مربی ۱).

جدول شماره ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در

پژوهش

شرکت کننده	تعداد		سابقه خدمت $\bar{X} \pm SD$
	مرد	زن	
پرستار	۵	۴	۳/۲ ± ۷/۶
سرپرستار	۴	۲	۷/۸ ± ۱۱/۲
مدیر ارشد پرستاری	۲	۱	۱۴
مدرس پرستاری	۲	۱	۰/۶ ± ۱۰/۰
جمع	۱۳	۸	۴/۷ ± ۹/۹

۲- عوامل مؤثر بر مراقبت مبتنی بر شواهد

هنگامی که از شرکت کنندگان درباره عوامل مؤثر بر اجرای مراقبت مستند و مبتنی بر شواهد سؤال می‌شد اکثر آنها در ابتدا به «فاصله» وضع موجود با مراقبت مبتنی بر شواهد اشاره می‌کردند. به اعتقاد آنها

صورت «مراقبت علمی و برخاسته از دانش پرستاری که باید بر اساس نیاز هر بیمار به عمل آید» تعریف می‌کردند. از نظر آنها، مراقبت مبتنی بر شواهد «روش درست مراقبت» و «کاربرد دانش پرستاری» با هدف «رفع نیاز بیمار» بود. یک پرستار می‌گوید: «این، روش درست و علمی انجام دادن پرستاریه» (پرستار ۶)، پرستار دیگری می‌گوید: «این یعنی بر اساس ارتباطی که با مریض داریم نیازهایش را تشخیص بدهیم و براساس اطلاعات شخصی و تجاربی که کسب کرده‌ایم پرستاریش را انجام بدهیم» (پرستار ۲). برخی از شرکت کنندگان معتقد بودند که توانایی پرستار در ارائه توجیه علمی برای کاری که انجام می‌دهد نشان دهنده مبتنی بودن مراقبت بر شواهد علمی است. یکی از پرستاران در بیان نمونه‌ای از عملکرد مستند و علمی خود، به تخلیه تدریجی مثانه در بیمارانی که دچار احتباس شدید و طولانی مدت ادرار شده‌اند اشاره کرد و گفت: «این را ما هر چند دقیقه کلامپ سوندش را باز می‌کنیم ۲۰۰ سی سی ادرار خالی می‌کنیم، این یک دلیل علمی داره تا از درد و شوکه شدن مریض جلوگیری بشه» (پرستار ۱).

از منظر شرکت کنندگان، «دانش حرفه‌ای» مهم‌ترین مبنا برای مراقبت پرستاری است. این دانش علاوه بر مطالب آموخته شده در دانشگاه، اطلاعات حاصل از «بیمار»، «محیط» و «تجارب بالینی» را نیز در بر می‌گیرد. از نظر آنها، بیمار اولین منبع شواهد است اما مجموعه اطلاعات بر اساس دانش نظری و تجربی پرستار تفسیر می‌شود. به بیان دیگر، دانش نظری و به ویژه تجارب بالینی، بخشی از مهم‌ترین شواهد مراقبت را برای شرکت کنندگان تشکیل می‌داد. یک پرستار با اشاره به این که پرستاری یک حرفه علمی است می‌گوید: «پرستار تحصیل کرده کارش را بر مبنای علمی که در دانشگاه

اکنون مراقبت بجای شواهد برخاسته از دانش پرستاری بر دستورات پزشکی و رویه های روتین استوار است. سیستم در همین حد از پرستاران انتظار دارد و پرستاران در حد انتظار سیستم عمل می کنند. داده های مربوط به عوامل مؤثر بر عملکرد مبتنی بر شواهد در شش زیر شاخه دانش و تجربه، فرصت، عادت، اعتماد به نفس پرستار، فرایند آموزش پرستاری و شرایط محیط کار قرار گرفت که در ذیل آمده اند.

۲-۱: برخورداری از دانش و تجربه حرفه ای

به اعتقاد شرکت کنندگان، سطح دانش حرفه ای پرستار بر عملکرد مستند و مبتنی بر شواهد تأثیر می گذارد. عده ای از آن ها نیز فرایند پرستاری را مصداق اصلی دانش حرفه ای و مراقبت مبتنی بر شواهد دانستند. یکی از پرستاران با اشاره به این که معمولاً مردم هرگونه مراقبت از بیمار را پرستاری می نامند اما در نهایت برای دریافت یک مراقبت علمی به بیمارستان مراجعه می کنند، می گوید: معلوم می شود آن ها دنبال یک مراقبت درست علمی هستند و پرستاری می تواند این کار را بهتر انجام بدهد که علمش بالاتر باشد (پرستار ۸). یک مربی پرستاری نیز معتقد بود که: evidence based همون فرایند پرستاریه... که شما اقداماتتون بر مبنای بررسی تون باشد (مربی ۲). سایر شرکت کنندگان نیز با تأکید بر اهمیت دانش حرفه ای، کمبود آن را مانع مراقبت مستند دانستند. یک پرستار می گوید: اطلاعات پرستار شرط اوله ... که بعضی از همکارا به نظرم از این نظر کم دارند (پرستار ۲). تجربه حرفه ای عامل دیگری بود که از نظر شرکت کنندگان تأثیر بسزایی در ارائه مراقبت مبتنی بر شواهد دارد. از نظر آن ها تجربه باعث کاربرد بهتر

آموخته ها، تصمیم گیری و اقدام سریع تر، افزایش قدرت تشخیص و کارایی پرستار می شود. یک سرپرستار می گوید: شما ممکنه یک چیزی را بدونی اما سریع انجام ندهی، ولی وقتی همراه شد با تجربه همون را سریعتر انجام میدهی، مثلاً یک بیمار هیپوگلیسمی را همه بلدیم که وقتی رفته تو شوک باید قند بیش زد. ولی اگر شما یکی دو تا مریض اینجوری برخورد کرده باشی مریض بیهوش که برات میارند یکی از تشخیص های افتراقی که تو ذهنت میاد همین خواهد بود که نکنه شوک هیپوگلیسمی باشه، شاید بقیه هم این را بلدند ولی آن وقت ممکنه به ذهنشون نیاد (سرپرستار ۲). یکی از پرستاران نیز با بیان این که عمده مراقبت های را که برای بیماران انجام می دهد به تجربه آموخته است می افزاید: علم پرستار باید اساس کار باشه، ولی من فکر می کنم تجربه خیلی مهم تر باشه و باعث میشه که پرستار راحت تر آموخته های خودش را بتونه به کار بگیره (پرستار ۵). شرکت کنندگان، کمبود تجربه را از موانع اصلی عملکرد مستند و مبتنی بر دانش حرفه ای دانسته و می گویند: همه پرستارا اطلاعات دارند ولی بعضیشون تازه کارند، سابقه ندارند که تجربه کسب کرده باشند (سرپرستار ۱).

۲-۲: فرصت

به اعتقاد شرکت کنندگان، وجود فرصت کافی از عوامل پیش شرط توسعه و کاربرد دانش حرفه ای بوده و فقدان آن مانع مراقبت مستند و مبتنی بر شواهد می شود. یک مربی پرستاری می گوید: برای اجرای evidence based nursing باید مدت بیشتری را در بالین بیمار باشند، باید پرسنل وقت کافی داشته باشه، نمی تونیم یک مریض را این کار را برایش انجام بدیم و یکی را انجام ندیم ... الان اگه پرستار بخواد یک

کسی مانع ما نیست^۲ (پرستار ۲). یک سیکل معیوبی ایجاد شده، نرس میره تو بخش همون طوری کار می‌کنه که همکاریش کار می‌کنند، بعد این به نوبه خودش الگویی میشه برای نرس و دانشجوی دیگه ای که میاد کارش را شروع کنه^۲ (مری ۲).

۴-۲: اعتماد به نفس

عامل دیگری که بیشتر شرکت کنندگان آن را در مراقبت مبتنی بر شواهد مؤثر می‌دانستند اعتماد به نفس پرستار بود. با وجود این، آن‌ها معتقد بودند که پرستاران از خودباوری لازم برای تصمیم‌گیری مستقل بر مبنای شواهد علمی برخوردار نیستند. یک پرستار می‌گوید: «در کنار علم پرستاری یک بخش هم من فکر می‌کنم به خود آدم بستگی داره که آنقدر به خودش مطمئن باشه که بتونه عمل کنه بر اساس علمش و من فکر می‌کنم بچه‌های ما بیشتر تو اینجاست که کم دارند^۱ (پرستار ۱). نشانه‌های ناخودباوری در بیانات یکی از سرپرستاران مشهود است. او می‌گوید: «ما طبق دستوری که پزشک می‌دهد کاراش را انجام می‌دهیم، ما نمی‌تونیم بدون order کاری بکنیم، ممکنه مشکل پیش بیاد، باید جوابگو باشیم... اونه که می‌تونه تشخیص بدهد و معلوم کند چه اقدامی باید انجام بشه^۲ (سرپرستار ۲). یکی از شرکت کنندگان با بیان این که عواملی مانند سلطه پزشکان بر امور درمان، مشکلات تاریخی حرفه پرستاری، نقایص سیستم آموزش پرستاری و روشن نبودن شرح وظایف پرستاران، اعتماد به نفس آن‌ها را کاسته و باعث شده تا آن‌ها به دانش و توانایی‌های خود شک کرده و مداخله فعال در مراقبت را فقط مخصوص پزشک بدانند، افزود: «شاید یخورده خودشونو کم می‌بینند... بیشتر یک سری کارای دارو

بررسی اولیه از بیمار انجام بدهد وقت نمیشه^۲ (مری ۲). به اعتقاد او امکان برخورد دوگانه با مددجویان وجود ندارد. زیرا چنین رویه‌ای هم پرستار و هم بیماران را با تعارض مواجه می‌سازد. به همین دلیل پرستاران برای رها سازی خود و مددجویان از تعارض، اجرای شیوه معمول را برای همه مددجویان در پیش گرفته‌اند. یکی از پرستاران با اشاره به این که تعداد زیاد بیمار، حجم زیاد کار و کمبود پرستار در بخش‌های بیمارستانی امکان مراقبت مبتنی بر شواهد را محدود می‌کند می‌گوید: «بر اساس شواهد سیستمی می‌خواهد که پرستار فراغت بال داشته باشد، بیشتر باشند، که فقط ۵ دقیقه با ویزیت دکتر نیاد بالا سر مریض، همه چیز را بررسی کنه، آموزش بدهد، اما چنین سیستمی متأسفانه نیست... بخش ما ۳۹ تا مریض دارد ولی تو شیفت عصر دو تا پرستار دارد^۲ (پرستار ۲). شرکت کنندگان دیگر نیز متذکر شدند که کمبود فرصت زمینه روی آوردن به اجرای رویه‌های روتین را فراهم می‌کند. یک سرپرستار می‌گوید: «تقریباً یک مدتی که آدم تو بخش کار کرد، به روتین رو میاره تا کار آکادمیک و علمی... بخاطر این که واقعاً فشار کار زیاده... متأسفانه چنین فرصتی نیست^۳ (سرپرستار ۳).

۴-۳: عادت

برخی از شرکت کنندگان، متذکر شدند که هنگامی که انسان مدتی به شیوه خاصی کار کند به آن عادت کرده و آن شیوه به رویه معمول وی مبدل می‌شود. این عده معتقد بودند که پرستاران اگر بخواهند می‌توانند تا حد زیادی مراقبت را بر اساس استانداردها و شواهد علمی انجام دهند. آن‌ها عادت کردن به روند موجود را از مهم‌ترین موانع مراقبت مبتنی بر شواهد دانسته و می‌گویند: «عادت نکرده ایم که علمی کار کنیم و الا

دادن و تزییقاته که انجام میدان و فکر می کنند حیطة وظایفشون در همون حده (پرستار ۱).

۵-۲: فرایند آموزش

به اعتقاد شرکت کنندگان، آموزش پرستاری یک رکن اساسی در پرورش پرستاران برای مراقبت مستند و مبتنی بر شواهد است. با وجود این اکثر آنها از ضعف آموزش پرستاری به عنوان یکی از موانع مراقبت مستند یاد کرده و گفتند: «شاید از اول base آموزشی پرستاریمون را غلط گذاشته ایم» (پرستار ۱). احساس میشه که دانشگاه هم فقط دنبال اینه که یک ساعتی را پر بکند و وقت دانشجوی بگذره» (مدیر ۱).

یک مربی پرستاری با اشاره به این که محتوای آموزش به صورت متمرکز ابلاغ می شود و چندان بر نیازها منطبق نیست می گوید: «آموزش هایی هم که ما به دانشجوی می دهیم زیاد مبتنی بر نیازهای جامعه و بیماران نیست، یک چیزهایی ممکنه سر کلاس ها بگیریم که به درد بیماران و دانشجوی ما نمی خوره ولی یک چیزهای واجب ممکنه miss بشه» (مربی ۱). مربی دیگری عملکرد بخش آموزش را با سیستم موجود بهداشت و درمان متناسب دانسته و با بیان این که مربیان پرستاری هم، محصول همین سیستم آموزشی هستند و نمی توانند عملکرد چندان متفاوتی داشته باشند می افزاید: «ما هم از همین سیستم بیرون آمده ایم، خود ما هم آموزش درست را لمس نکرده ایم» (مربی ۲). به اعتقاد شرکت کنندگان، الگوهای نقش تأثیر عمده ای بر نحوه ارائه مراقبت داشته و مدرسان پرستاری وظیفه ایفای نقش الگویی را بر عهده دارند. با وجود این، به دلیل این که آنها مسئولیت مستقیمی در عرصه بالین ندارند و خود را در مراقبت درگیر نمی کنند در انجام این وظیفه موفق نبوده و وظیفه ایفای نقش به پرستاران

بالینی منتقل شده است. یکی از پرستاران در این باره می گوید: «چیزهای زیادی را اساتید به ما آموزش داده بودند ولی خود من در ابتدا بیشتر نگاه می کردم پرستارهایی که سابقه شون بیشتر بود چکار می کردند من هم تقلید از آنها می کردم» (پرستار ۸). یک مربی نیز می گوید: «مسلماً نحوه آموزش پرستار بر عملکردش نقش دارد ولی الگوهای دانشجوی یک دسته اش مربی ها هستند، ما به دانشجوی یک چیزایی میگیریم ولی بعد میروند در بالین و عملاً حل میشن در آنجا» (مربی ۳).

شرکت کنندگان مشکلات بخش آموزش را به دانشکده‌ها محدود ندانسته و «ناکارآمد بودن برنامه‌های بازآموزی، تمایل به رفع تکلیف و جدی نگرفتن این برنامه‌ها توسط خود پرستاران و نیز متولیان این برنامه‌ها را متذکر شدند. یکی از شرکت کنندگان که چندین برنامه آموزشی و نیز کارگاه‌های روش تحقیق و مقاله نویسی را گذرانده بود ضمن بیان تجربه شرکت خود در این برنامه‌ها، تمایل مدرسان به گذراندن وقت را با آنچه در بخش‌ها می گذرد مقایسه نمود و گفت: «متأسفانه یک سیستمی تو دانشگاه هست، مثلاً سه روز برای ما روش تحقیق گذاشتند، واقعاً چیزی برامون نداشت. من این را احساس کردم که می خواهند این کلاس را برگزار کنند تموم بشه بره» (مدیر ۱).

۶-۲: شرایط محیط کار

به اعتقاد شرکت کنندگان، «شرایط محیط کار» متغیر اصلی است که عملکرد پرستاران را تحت تأثیر قرار می‌دهد، در حالی که محیط اکثر بخش‌ها به دلایلی مانند کمبود پرستار و عملکرد وظیفه‌ای، کاربرد دانش حرفه‌ای و مراقبت علمی را تقویت نمی‌کند، محیط

بخش های ویژه از نظر شرکت کنندگان برای عملکرد مبتنی بر شواهد مناسبتر است. دو تن از پرستاران می گویند: البته محیط کار هم تأثیر داره، شما نمی تونی بگی که من این طوری کار می کنم در شرایطی که از نظر مسئولین واقعاً فرقی نداره که شما چطوری کار می کنی (پرستار ۲). تو بخش CCU یا ICU کارهای پرستاری به صورت علمی تری انجام میشه، چون شرایط اونجا خاصه، پرستار مستقلانه تر عمل می کنه، تعداد مریض محدوده، تعداد پرستارش بیشتره، فرصت بیشتری دارند که کار استانداردتری انجام بدهند (پرستار ۷).

برخی از شرکت کنندگان، از محیط کار به عنوان سیستم یاد کرده و مجموعه نظام بهداشت و درمان، یا بیمارستان و گاه مجموعه دانشگاه را مد نظر قرار دادند. از نظر آن ها، مجموعه این سیستم (ها) از ضعف مدیریت رنج می برد و این ضعف ریشه مشکلات موجود در برابر مراقبت مبتنی بر شواهد را تشکیل می دهد. ناتوانی مدیران در تأمین تعداد کافی پرستار از نشانه های بارز این ضعف و از موانع عمده مراقبت مبتنی بر شواهد بود. پرستاران بالینی در اشاره به این کمبود می گویند: پرسنل کمه، بار کاری زیاده، وقتمون کمه (پرستار ۳، پرستار ۴). یکی از مدیران پرستاری نیز می گوید: تعداد پرستار کمه و نمیتونیم مثل خارج مراقبت را انجام بدهیم، این باعث شده پرستارا عادت کنند که کارها را تقسیم کنند و یک روتین را انجام بدهند (مدیر ۱). به اعتقاد شرکت کنندگان، چنین شرایطی عملاً فرصت ارتباط با بیمار، امکان تشخیص نیازهای مددجو، فرصت کسب دانش جدید و در نهایت امکان اجرای مراقبت مبتنی بر شواهد را از پرستار سلب نموده است.

برخی از شرکت کنندگان با تأکید بر تأثیر نظارت بر عملکرد کارکنان، ضعف نظارتی مدیران را متذکر شده و می گویند: من عمده مشکلاتی را که می بینم هم در بیمارستان هم در دانشکده، عدم نظارت دقیق است، که کاملاً محرز هست (مربی ۱). یکی از مریبان در بیان نمونه ای از نارسایی سیستم نظارتی، با اشاره به انتخاب نامناسب سوپروایزهای آموزشی گفت: الان شما برید تو بیمارستان [...] سوپروایزر بالینی داره، سوپروایزر آموزشی هم داره ولی به نظر من تفاوتی با نبودنشون نمی کنند. چون خودشون هم اصول کار را نمی دونند، چطور میخواد نظارت کنه و مراقبت علمی را آموزش بدهد. برخی از شرکت کنندگان با بیان این که سیستم در یک حالت رها شدگی قرار دارد، بی توجی مدیران به ارزش عملکرد علمی را یادآور شده و می گویند: از نظر مدیران همین که امور بی سر و صدا بچرخه کفایت می کنه و این مسئله عملکرد پرستار را هم تحت تأثیر قرار داده (مدیر ۳).

شرکت کنندگان، عملکرد تیمی را لازمه مراقبت مبتنی بر شواهد می دانستند. یک مربی پرستاری می گوید: اگر ما توجه به بیمار را بگذاریم در مرکز کار و بخواهیم evidence based کار کنیم باید team work قوی باشه (مربی ۲). با وجود این، عدم همگرایی از مضامین بارزی بود که به عنوان مانع مراقبت مبتنی بر شواهد مورد تأکید شرکت کنندگان قرار گرفت. یک پرستار می گوید: آگه ما باید درست مراقبت کنیم لازمه که جاهای دیگه هم همکاری داشته باشند، ولی نمی کنند، شما نگاه کنید ویزیت پزشکان را، هر پزشکی هر وقت که بخواد میاد و کار هم نداره که کار ما را به هم میزنه (پرستار ۱). یک مدیر پرستاری نیز می گوید: احساسی که میشه تو سیستم بحث تجزیه و ترکیبه، تجزیه ها خوبه، هر کسی به زعم خودش کار خودش را

خوب انجام می‌دهد، ولی ترکیب و نتیجه خوب نیست (مدیر ۱). او معتقد است که هماهنگی لازم میان اجزای سیستم، اعم از آموزش، ارائه خدمات و نظارت و ارزشیابی وجود ندارد، به همین دلیل نیز مجموعه سیستم قادر نیست تا محصول خوبی را ارائه کند.

عده ای از شرکت کنندگان به این موضوع اشاره کردند که انتظارات سیستم، عملکرد کارکنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به نظر آن‌ها پرستاران نیز در حد انتظارات سیستم عمل می‌کنند. دو نفر از پرستاران می‌گویند: یک سری کارای مشخصی هست که باید انجام بشه، مثلاً باید پرونده‌ها چک بشه، داروها داده بشه، VS‌ها کنترل بشه ... سیستم اینجوری طراحی شده، مسئول بخش هم اینا را تقسیم می‌کنه، انتظار هم دارند از ما که همین کارها را انجام بدهیم (پرستار ۴). شرایط هم طوریه که شما چه علمی کار کنی، چه کار نکنی با همه یه جور برخورد میشه، معلومه که سیستم بیشتر از این انتظار ندارد (پرستار ۲). عده ای نیز بر این باور بودند که چنین نیست که سیستم انتظار بیشتری نداشته باشد بلکه مسئولین بار بیش از حدی را به پرستار تحمیل کرده‌اند و می‌دانند که پرستاران کشش بیشتری ندارند، به همین دلیل سطح انتظار خود را کاهش داده‌اند. دو نفر از مدیران می‌گویند: به هرحال با این فشار کاری که رو پرستار هست خیلی هم بیشتر از این همیشه انتظار داشت.

بحث و نتیجه گیری

شرکت کنندگان این تحقیق مراقبت مبتنی بر شواهد را روش درست مراقبت پرستاری دانسته و آن را به صورت مراقبت علمی و مبتنی بر دانش حرفه ای که بر اساس نیاز بیمار انجام می‌شود تعریف کردند. از نظر آن‌ها: دانش حرفه ای، باید مبنای مراقبت را تشکیل

دهد. با این حال معتقد بودند که اکنون مراقبت عمدتاً بر اساس روتین و تقسیم کار وظیفه ای انجام می‌شود. Sackett و همکاران (۲۰۰۰) مراقبت مبتنی بر شواهد را عبارت از تلفیق بهترین شواهد تحقیقی، با تجربه بالینی و ارزش های بیمار در مراقبت دانسته‌اند.^(۸) این تعریف با تعریف حاصل از داده های تحقیق حاضر نزدیک است. با وجود این عدم توجه پرستاران ما به یافته های تحقیقی وجه تمایز اصلی این دو تعریف است. این امر احتمالاً ناشی از حاکمیت شیوه‌های مراقبت سنتی و تقسیم کار وظیفه ای در بیمارستان‌ها و عدم توجه آموزش پرستاری به ضرورت تقویت مهارت‌های تحقیقی در پرستاران ما است. مطالعات قبلی که تجارب پرستاران ایران را بررسی کرده‌اند، حاکمیت روتین و تقسیم کار وظیفه‌ای در پرستاری ایران را تأیید می‌کند.^(۱۴،۲۳،۲۴) مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که پرستاران بیش از آن که بر دانش نظری خود تکیه کنند بر اساس تجارب بالینی خود عمل می‌کنند.^(۲۵-۲۸، ۱۱) این در حالی است که بیشتر صاحب نظران، مراقبت مبتنی بر شواهد را تا حد زیادی با کاربرد تحقیقات در بالین مترادف در نظر گرفته و بی‌توجهی به آن را از موانع مراقبت مبتنی بر شواهد برشمرده‌اند.^(۱۱، ۳۰، ۳۹) وجود فرصت کافی می‌تواند باعث تسهیل مراقبت مبتنی بر شواهد شود، اما بیشتر شرکت کنندگان، کمبود فرصت را از مهم‌ترین موانع مراقبت مبتنی بر شواهد دانستند. ناکافی بودن تعداد پرستار، عاملی بود که در کنار حجم زیاد کار فرصت لازم برای مراقبت مبتنی بر شواهد را محدود می‌کرد. Bennett (۲۰۰۳)، Nagy و همکاران (۲۰۰۱) و Melnyk و همکاران (۲۰۰۴) نیز گزارش داده‌اند که کمبود وقت و زیاد بودن تعداد بیمار در رأس موانع موجود در برابر پرستاران برای کاربرد شواهد تحقیقی در مراقبت بوده

انتظارشان را کاهش داده و به گونه ای عمل کنند که پرستاران نیز احساس کنند که انتظار بیشتری از آن ها وجود ندارد. Cottrell (۲۰۰۲) این حالت را تبانی مدیران و کارکنان نام نهاده و معتقد است چنین شرایطی در هنگامی که کارکنان به شدت تحت فشار بوده و مدیران از این وضع آگاه هستند پیش می آید. این حالت همچنین هنگامی بروز می کند که نظارت کنندگان بی تجربه بوده، اعتماد به نفس ندارند، جایگاه خود را متزلزل می بینند و یا به دلیل ضعف اجرایی نمی توانند امکانات لازم را برای کارکنان فراهم کنند.^(۳۸)

درحالی که آموزش پرستاری می تواند نقش مؤثری را در پیشبرد مراقبت مبتنی بر شواهد ایفا کند به دلایل مختلف به عنوان تقویت کننده وضع موجود عمل نموده است. ضعف آموزشی پرستاران، عدم تناسب محتوا با نیاز و ناتوانی آموزش پرستاری در ارائه الگوی نقش مناسب از موانع یاد شده توسط شرکت کنندگان بودند. اثنی عشر و ناظمی (۱۳۷۹) و صابریان (۱۳۷۹) نیز گزارش دادند که گسستگی محتوای آموزشی پرستاری باعث شده تا دانشجویان نتوانند آنچه را در کلاس ها آموخته اند با بالین ارتباط دهند.^(۳۹،۴۰) محققان دیگر نیز با بیان این که آموزش پرستاری در تقویت مبانی مراقبت مبتنی بر شواهد نقش مؤثری دارد، ضعف آموزشی پرستاران را از جمله موانع بازدارنده و قلب مشکلات موجود در مسیر مراقبت مبتنی بر شواهد دانسته اند.^(۱۳،۳۰،۱۱) ادیب حاج باقری (۱۳۸۳) و Ohrling و Hallberg (۲۰۰۱) نیز معتقدند که الگوها نقش مؤثری در تقویت یا زدودن عملکرد و خودباوری دانشجویان دارند.^(۴۴،۴۱) با وجود این مریبان پرستاری در مطالعه Ohrling و Hallberg توانسته بودند الگوی نقش مناسبی برای دانشجویان باشند. بنابر این ضرورت دارد تا مدرسان و مدیران پرستاری، خود به عنوان

است.^(۳۰،۱۳،۱۱) سایر مطالعات نیز کمبود شدید نیروی انسانی را در پرستاری ایران تایید نموده اند.^(۳۳،۳۲،۳۱) مدیران سیستم بهداشتی و پرستاری وظیفه دارند تا با تأمین نیروی انسانی کافی، تعدیل حجم کار و تدارک فرصت کافی، امکان ارائه مراقبت مبتنی بر شواهد و ایفای نقش های اصیل حرفه ای را برای پرستاران فراهم کنند.

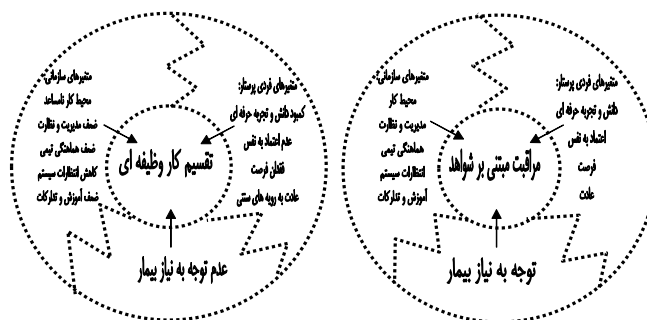
بر اساس یافته های تحقیق، شرایط محیط کار متغیر اصلی است که می تواند نقش تسهیل کننده یا مهارکننده برای مراقبت مبتنی بر شواهد داشته باشد. با وجود این به نظر می رسد شرایط محیط کار پرستاران ما و عواملی مانند ضعف مدیریت و نظارت و ارزش قایل نشدن مدیران برای عملکرد علمی، ضعف بودن عملکرد تیمی ارائه مراقبت مبتنی بر شواهد را مهار کرده است. Almost و Laschinger (۲۰۰۲) و نیکبخت (۱۳۸۱) نیز ضعف عملکرد مدیران پرستاری را عامل کاهش انگیزه پرستاران و اکتفا آن ها به اجرای دستورات پزشکی دانسته اند.^(۱۴،۳۴) با وجود این، مطالعات متعدد گزارش داده اند که شرایط محیط کار، ارزش دادن مدیران به پرستاران^(۱۳،۳۵،۳۶) و همکاری تیمی تأثیر عمده ای بر توسعه عملکرد مبتنی بر شواهد خواهد داشت.^(۳۹) Moloney (۱۹۹۲) متذکر شده است که اگر فرد احساس کند که کارش از ارزش مناسبی در جامعه یا سازمان برخوردار نیست اعتماد به نفس، انگیزه و عملکرد او کاهش خواهد یافت.^(۳۷) مجموعه این یافته ها ضرورت توجه مدیران به ایجاد یک محیط کاری مطلوب، ارزش دادن به عملکرد علمی از طریق اتخاذ راهکارهای تشویقی و تقویت سیستم های نظارت مثبت را مورد تأیید قرار می دهد.

بر اساس یافته ها، مدیران سیستم به اشکالات فوق واقف هستند. این امر باعث شده تا خودبخود سطح

موجود مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد را محدود نموده بود. مطالعات دیگر نیز تأثیر اعتماد به نفس بالا را در احساس توانمندی، بهبود عملکرد، سرعت تصمیم‌گیری و نیز تمایل پرستاران برای عمل بر مبنای شواهد و مستندات علمی تأیید نموده اند. (۴۲-۴۵) Upton (۱۹۹۹) و Dubouloz و همکاران (۱۹۹۹) و Bennett (۲۰۰۳) عدم اعتماد به نفس را از عوامل کلیدی محدود کننده عملکرد مبتنی بر شواهد دانسته اند. (۴۶، ۴۷، ۴۸) شرکت کنندگان مکرراً تمایل خود را به مراقبت بر اساس شواهد علمی ابراز نموده اند، با وجود این پیش شرط لازم برای این امر، چنانچه خود بیان داشته اند، رفع مشکلاتی مانند کمبود نیروی انسانی، فراهم سازی فرصت، تقویت سیستم نظارتی و ارتقاء خودباوری پرستاران است.

الگوی مراقبت مبتنی بر شواهد در عرصه های مختلف و به ویژه در بالین عمل کنند. مطالعه حاضر نشان داد که مدرسان پرستاری به ضعف خود در این زمینه آگاه بوده و خود را نیز فاقد الگوی نقش مناسب می دانند. این عوامل باعث شده تا دانشجویان و پرستاران مبتدی، پرستاران قدیمی تر را به عنوان الگو قرار داده و از رویه روتین محور آن ها پیروی کنند. ایجاد بخش های آموزشی نمونه با پرسنل کارآمد، باتجربه و آموزش دیده در زمینه مراقبت مبتنی بر شواهد یکی از راهکارهایی است که می تواند به فراهم سازی الگوهای نقش مناسب برای پرستاران و دانشجویان پرستاری کمک کند.

بر اساس داده های تحقیق، خودباوری پرستار از عوامل مهم در توسعه عملکرد مبتنی بر شواهد است. با وجود این، عدم خودباوری و عادت پرستار به رویه های



شکل شماره ۱: روابط متقابل متغیرهای مؤثر بر مراقبت مبتنی بر شواهد

بستگی دارد. بنابراین اگر پرستاران از دانش، تجربه و خودباوری حرفه ای و فرصت لازم برای برقراری ارتباط و شناخت نیازهای مراقبتی مددجویان خود برخوردار بوده و ساختار سیستم و محیط کار آنها نیز به وضوح انتظار ارائه مراقبت مبتنی بر شواهد را القاء نماید و از طریق تدارک حمایت های لازم مانند فراهم سازی نیروی انسانی کافی و مناسب، و نیز اصلاح محتوا و روش های آموزش پرستاری و نیز با توسعه

در مجموع چنانچه داده های تحقیق نشان داد و در شکل شماره (۱) نمایان است، مراقبت مبتنی بر شواهد حاصل تعامل و ارتباط متقابل متغیرهای مربوط به پرستار، بیمار و محیط کار (سازمان) است و میزان تحقق آن به دانش، تجربه، خودباوری حرفه ای و فرصت پرستار برای شناخت و رفع نیاز بیمار از یک سو و شرایط محیط کار مانند تعداد پرستار، نظام مدیریت و نظارت هماهنگی تیمی و نوع و میزان انتظار از پرستار

[cited1998April10]. Available from: <http://www.wisdomnet.co.uk/sem3.html>. Accessed August 21, 2004.

2- Fleming DR, Jacober SJ, Vandenberg MA, Fitzgerald JT, Grunberger G. The safety of injecting insulin through clothing. *Diabetes Care*; 1997. 3(3): 244-247.

3- Brown S. Injecting insulin through clothing was safe and convenient. *Evidence Based Nurs*; 1998. 1(1): 12-12.

4- Fleming DR. Mightier than the Syringe. *Am J Nurs*; 2000. 100(11):44-48.

5- Leal C. Going high with type 1 diabetes. *High Altitude Medicine and Biology*; 2005. 6(1): 14-21.

6- Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Cote R, Gayton D, Carlton J, Buttery J, Tamblyn R. There's no place like home: An evaluation of early supported discharge for stroke. *Stroke*; 2000. 5(5):1016-1023.

7- Trinder L, Reynolds S. Evidence-based practice: A critical appraisal. Oxford: Blackwell; 2000. P.1-16.

8- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000. P.1.

9- Greiner A, Knebel E. Health professions education: A bridge to quality. Washington DC: National Academies Press; 2003. P.1-30

10- Balas EA, Boren SA. Managing clinical knowledge for healthcare improvements. Yearbook of medical informatics. Stuttgart: Germany Schattauer Publishers; 2000. P.46-70.

11- Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Feinstein NF, Li H, Small L, Wilcox L, Kraus R. Nurses' perceived knowledge, beliefs, skills and needs regarding evidence based practice: implication for accelerating the paradigm shift. *Worldview evidence based nurs*; 2004. 1(3): 185-192.

12- McCluskey A. Occupational therapists report a low level of knowledge, skill and involvement in evidence-based practice. *Aust Occupational Ther J*; 2003. 50(1): 3-12.

همراهنگی تیمی، فرصت دستیابی به شواهد علمی کاربرد آن را برای پرستاران فراهم آورد و از طرفی نیز از طریق نظارت مؤثر و مشوق، انگیزه پرستاران برای ارائه مراقبت مبتنی بر شواهد را تقویت کند، پرستاران خودبخود ارتباط بیشتری با بیمار برقرار نموده، با نیازهای مراقبتی او آشنا شده و با بکارگیری دانش حرفه ای خود، مراقبتی را ارائه خواهند داد که بر یافته های علمی مبتنی باشد.

در مقابل، هنگامی که متغیرهای فردی و سازمانی، نیاز بیمار را در مرکز توجه قرار نداده اند و سازمان بجای انتظار ارائه مراقبت مبتنی بر شواهد، تنها کار بیشتر با تعداد کمتر پرستار را مد نظر قرار داده و با افزایش بار کاری پرستاران و با تضعیف سامانه نظارتی خود، زمینه ناهماهنگی را فراهم نماید، پرستار فرصت لازم برای توجه به نیاز بیمار، دستیابی به شواهد و کاربرد آنها را به دست نیاورده و تنها به اجرای عملیات روتین و دستورات اکتفا خواهد کرد. در چنین شرایطی تدریجاً از خودباوری حرفه ای پرستار نیز کم شده و با عادت به روتین و کاهش انتظار درونی از خود، به انجام عملیات روتین و اجرای دستورات به صورت رویه ثابت ادامه خواهد داد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معانت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان به خاطر تأمین بودجه این تحقیق و نیز از همه پرستاران، مدرسان و مدیران پرستاری که در این تحقیق شرکت کردند تشکر می شود.

فهرست منابع

1- O'Rourke A. Seminar 3: An introduction to evidence-based practice. [Monograph on the Internet].

۲۴- ادیب حاج باقری محسن. بررسی مفهوم قدرت و طراحی الگوی توانمندسازی حرفه ای در پرستاری. رساله دکتری پرستاری. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۱۳۸۳: ۲۰۳.

25- Eraut M. Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *British J Edu Psychol*; 2000. 70(1): 13-136.

26- Titchen A. Professional craft knowledge in patient-centred nursing and the facilitation of its development. Kidlington: Ashdale Press; 2000. P. 38-42.

27- Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Putting research into practice. Rochester ARCC. *Reflections Nurs Leadersh*; 2002.28(2):22-25.

28- Thompson C, Cullum N, McCaughan D, Sheldon T, Raynor P. Nurses, information use, and clinical decision-making the real world potential for evidence-based decisions in nursing. *Evidence-Based Nurs*; 2004. 7(3):68-72.

29- Sitzia J. Barriers to research utilization: the clinical setting and nurses themselves. *Eur J Oncology Nurs*; 2001. 5(3):154-164.

30- Bennett S. Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists. *Aust Occup Ther J*; 2003. 50(1):13-21.

۳۱- پارسا یکتا زهره، دهقان نیری ناهید، ذاکری مقدم معصومه، محمودی محمود. بررسی مهارت های بالینی پرستاران بخش های ویژه قلب بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. *حیات*; ۱۳۷۸. ۱۰: ۱۳-۶.

۳۲- گزارش کمیته نیروی انسانی. سامان دهی کمیت و توزیع نیروی انسانی پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی؛ ۱۳۸۱. ص. ۲۵-۶.

۳۳- ذکایی یزدی سادات، مسیب مرادی جمیله، مهران عباس. دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان های علوم پزشکی تهران در زمینه نقش ها و فعالیت های پرستاری. *حیات*; ۱۳۸۱. ۱۶: ۳۱-۲۲.

13- Nagy S, Lumby J, McKinley S, Macfarlane C. Nurses' beliefs about the conditions that hinder or support evidence-based nursing. *Int J Nurs Pract*; 2001. 7(5): 314-321.

۱۴- نیکبخت نصر آبادی علیرضا. بررسی تجربه پرستاری در ایران، رساله دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ ۱۳۸۱. ص. ۱۷-۱۲۰.

15- Adib-Hajbaghery M, Salsali M, Ahmadi F. A qualitative study of Iranian nurses' understanding and experiences of professional power. *Hum Resour Health*; 2004. 2:9.

16- Salsali M. Nursing and nursing education in Iran. *J Nurs Sch*; 1999. 31(2):190-193.

17- Funk SG, Tornquist EM, Champagne MT. Barriers and facilitators of research utilization: an integrative review. *Nurs Clin North Am*; 1995. 30(3):395-407.

18- McColl A, Smith H, White P, Field J. General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *British Med J*; 1998. 316(7128):361-365.

19- Kajermo KN, Nordstrom G, Krusebrant A, Bjorvell H. Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a group of registered nurses in Sweden. *J Adv Nurs*; 1998. 27(4):798-807.

20- Burns N, Grove SK. Understanding nursing research. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2003. P.272.

۲۱- ادیب حاج باقری محسن. روش تحقیق گرانددتئوری، راه و روش نظریه پردازی در علوم انسانی و بهداشتی. تهران: بشری؛ ۱۳۸۵. ص. ۶۷-۱۸.

22- Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research; Techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand oak: Sage publications; 1998. P.158-183.

۲۳- رفیعی فروغ. طراحی تئوری مراقبت پرستاری از بیماران سوختگی. رساله دکتری پرستاری. دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۸۳: ۱۹۷، ۱۷۱.

- 44- Adib-Hajbaghery M, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nurs*; 2004. 3:2.
- 45- White A. Clinical decision making among fourth-year nursing students: An interpretive study. *J Nurs Edu*; 2003. 42(3): 113-120.
- 46- Upton D. Clinical effectiveness and EBP 3: Application by health-care professionals. *British J Ther Rehabil*; 1999. 6: 86-90.
- 47- Dubouloz CJ, Egan M, Vallerand J, von Zweck C. Occupational therapists' perceptions of evidence-based practice. *Am J Occupational Ther*; 1999. 53(5): 445-453.
- 34- Almost J, Laschinger HKS. Workplace empowerment, collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners. *J Am Academy Nurs Pract*; 2002. 14(9): 408-418.
- 35- Mok E, Au-Yeung B. Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong. *J Nurs Manage*; 2001. 10(3): 129-137.
- 36- Manojlovich M, Ketefian S. The Effects of Organizational Culture on Nursing Professionalism: Implications for Health Resource Planning. *Can J Nurs Res*; 2002. 33 (4): 15-34.
- 37- Moloney M. Professionalization of nursing: current issues and trends. Philadelphia: Lippincott; 1992. P.288-295.
- 38- Cottrell S. Suspicion, resistance, tokenism and mutiny: Problematic dynamics relevant to the implementation of clinical supervision in nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*; 2002. 9(6):667-71.
- ۳۹- اثنی عشر منصوره، ناظمی عفت. دیدگاه های دانشجویان از آموخته های خود در دوره کارشناسی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی مشهد در اسفند ماه ۷۷. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ویژه نامه چهارمین همایش آموزش پزشکی؛ ۱۳۷۹: ۱۸۹.
- ۴۰- صابریان معصومه. بررسی حداقل توانمندی های کسب شده توسط دانشجویان کارشناسی پیوسته پرستاری در آموزش بالینی پرستاری داخلی جراحی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ویژه نامه چهارمین همایش آموزش پزشکی؛ ۱۳۷۹. ص. ۱۰۹.
- 41- Ohrling K, Hallberg IR. The meaning of preceptorship: nurses' lived experiences of being a preceptor. *J Adv Nurs*; 2001. 33(4): 530-540.
- 42- Kuokkanen L, Leino-Kilpi H. The qualities of an empowered nurse and the factors involved. *Nurs Manage*; 2001. 9(5): 273-280.
- 43- Kurlowicz LH. Perceived self-efficacy, functional ability, and depressive symptoms in older elective hip surgery patients. *Nurs Res*; 1998. 47(4): 219-26.

Factors Influencing Evidence-Based Nursing: A Qualitative Study

*M. Adib-Hajbaghery, PhD¹

Abstract

Background & Aim: Nursing profession efforts is to establish the practice on evidence-based research. There has been a wide gap between the practice-based nursing and research-based nursing evidence in Iran. However, there is lack of research on the factors influencing evidence-based nursing and its barriers in Iran. This study was conducted to investigate the factors as facilitators and inhibitors of Evidence Based Nursing (EBN).

Material & Method: Grounded theory methodology was used for analyzing the participants' experiences and their viewpoints regarding Evidence-Based Nursing and the related factors. Semi-structured interviews and observation were conducted in the hospitals of Kashan University of Medical Sciences to gather the data until data saturation. Constant comparative analysis method was used to analyze the data. Twenty one participants including nurses, head nurses, matrons and nurse educators were interviewed. The mean of the participants' occupation service experience was 4.7 ± 9.9 years.

Result: Two main categories emerged from the data; as "the meaning of EBN," and "factors affecting EBN." From the participants' perspective, EBN was defined as "caring the patients based on the nurse's professional knowledge to respond the patients' needs instead of physicians orders." The second category consisted of six subcategories including "possessing professional knowledge and skills," "time availability and opportunity," "become accustomed to," "self-confidence," "the process of nursing education," and "the work environment."

Although the nurses professional knowledge, self-confidence and the process of their education influence on the manner of nurses functioning, however, the work environment and its induced expectations were emerged as the most important variables affecting EBN.

Conclusion: Although professional knowledge and self-confidence of the nurses with the process of nursing education system influence on nursing care quality; but the work environment and its induced expectations, are the most important factors that influence on evidence-based nursing. Therefore, it is necessary to modify the work environment and the nursing education system to develop an organizational personal expectations for creating an opportunity of caring based on the best research-based professional knowledge.

Key Words: Evidence-Based Nursing, Facilitating and Inhibiting Factors, Qualitative research

¹ Assistant Professor in the Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. (*Corresponding Author)