

موانع کاربرد فرآیند پرستاری از دید مدیران و کارورزان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهر

کرمان

عصمت نوحی^{۱*}، هدی کریمی^۲، الهام نجمایی^۳

خلاصه

مقدمه: فرآیند پرستاری هسته اصلی کار پرستاری و راهی برای رسیدن به تفکر انتقادی، تحلیل مشکلات مراقبتی بیماران و تصمیم‌گیری صحیح و به موقع است. هنگامی که این فرآیند به خوبی اجرا شود سبب دستیابی به مراقبت جامع و کامل از بیمار بر اساس اصول علمی می‌گردد. پرستارانی که به روش منطقی و سیستماتیک از فرآیند پرستاری استفاده می‌نمایند به راهی مناسب، واضح و موثر برای برنامه‌ریزی اقدامات پرستاری بوسیله تیم پرستاری دست می‌یابند که این امر سبب دستیابی به بهترین نتایج برای بیمار می‌گردد.

هدف: این مطالعه به منظور تعیین موانع اجرای فرایند پرستاری از دید مدیران و کارورزان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شده است.

روش: این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که بر روی کلیه مدیران و کارورزان پرستاری کرمان که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، انجام گرفت. روش نمونه‌گیری به روش سرشماری بود و ۶۷ مدیر پرستاری و ۴۱ کارورز پرستاری در آن شرکت نمودند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه پژوهشگر ساخته شامل ۲۰ سوال در سه حیطه موانع اجرایی، موانع فرهنگی و موانع مهارت علمی بود. روایی ابزار با استفاده از منابع معتبر علمی و نظرخواهی از صاحب نظران تعیین گردید. پایایی پرسشنامه با استفاده از آزمون مجدد *test-retest* انجام شد. داده‌ها با استفاده از میانگین و انحراف معیار توصیف شد. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون من‌ویتنی‌یو و کروسکال‌والیس استفاده شد.

نتایج: بر اساس یافته‌های تحقیق ۷۵/۶ درصد دانشجویان کارورز پرستاری مونث، ۲۴/۴ درصد مذکر بودند. میانگین سنی آنها 22 ± 1 و ۷۰ درصد مجرد و بقیه متاهل بودند. از مدیران پرستاری ۸۹/۶ درصد مونث، ۸۶/۶ درصد متاهل و میانگین سن آنها $42 \pm 4/3$ بود. ۷۰/۱ درصد در سمت سرپرستار، ۲۰/۹ درصد سوپروایزر و ۶ درصد آنها مترون بودند. اکثر موانع از دید هر دو گروه مربوط به حیطه موانع اجرایی ۷۵ درصد و کمترین موانع مربوط به موانع مهارت علمی ۱۲ درصد بود. بین سمت مدیران و نمره موانع ارتباط معنی‌دار آماری $p < 0/05$ مشاهده گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: با وجود اینکه منابع متعدد به مزایا و منافع فرآیند پرستاری به عنوان معیار استاندارد برای کار پرستاران بالینی اشاره نموده‌اند، کماکان اکثر فعالیتهای پرستاری به صورت سنتی انجام می‌شود. امید است نتایج تحقیق برنامه‌ریزان پرستاری را برای توسعه بکارگیری این روش علمی در مراقبت از بیماران یاری نماید.

واژه‌های کلیدی: موانع اجرایی، فرایند پرستاری، مدیران، کارورزان

۱ - کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران

۲ - کارشناس پرستاری

۳ - کارشناس پرستاری

مقدمه

فرآیند پرستاری محور اصلی کار پرستاری و نماد رابطه کاربرد هنر و علم او در رسیدن به بهبودی، پیشگیری از بیماری‌ها و برگرداندن سلامتی است [۵، ۶]. فرآیند پرستاری روشی جامع و علمی برای مراقبت از بیماران است که می‌تواند حرفه پرستاری را بر پایه‌های علمی استوار کند، در حقیقت فرآیند پرستاری چارچوبی برای برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت‌های پرستاری برای بیمار و خانواده‌اش به شمار می‌رود [۱۸]. فرآیند پرستاری چک لیست دوره‌ای برای پرستاران است که از بیماران خود مراقبت کنند و شامل بررسی بیمار و جمع‌آوری اطلاعات مستمر از وضعیت بیمار، تشخیص مشکلات مراقبتی بیماران، برنامه‌ریزی جهت رفع یا کاهش مشکلات، اجرا و ارزشیابی است [۱۲، ۱۹]. در سال ۱۹۵۵ هال برای اولین بار از واژه فرآیند پرستاری استفاده نمود [۲]. واژه فرآیند پرستاری تا اواسط سال ۱۹۶۰ در ادبیات پرستاری رایج نبود. ارلاندو ابتدا از این کلمه استفاده کرد، در سالهای بعد پرستاران شاغل در کارهای خود آن را سرمشق قرار دادند و در سال ۱۹۶۷ در گروهی از استادان دانشگاه کاتولیک آمریکا مراحل فرآیند پرستاری تعیین شد [۹]. برداشت کلی از فرآیند پرستاری در ایالات متحده در سال ۱۹۶۰ توسعه یافت و با کتاب‌های انتشار یافته توسط یورا و والش در سال ۱۹۶۷ معاصر شد [۱۱]. بعدها فرآیند پرستاری مورد توجه قرار گرفت و به عنوان کلید پیشرفت پرستاری معرفی شد [۱۰]. انجمن پرستاری آمریکا فرآیند پرستاری را تشخیص و پاسخ به مشکلات سلامتی افراد تعریف کرده است، فرآیند پرستاری در سال ۱۹۷۳ در تمرینات رسمی استاندارد انجمن پرستاری در آمریکا ثبت شد و پرستاران برای مراقبت از بیماران خود با روش علمی به آن عمل کردند [۹]. کاربرد فرآیند پرستاری برای پرستاران سبب ایجاد اطمینان و اعتماد، رضایت شغلی، رشد و پیشرفت حرفه پرستاری و تعیین استانداردهایی برای آنان می‌شود و همچنین در بیماران سبب شرکت

بیمار در مراقبت از خود، تداوم مراقبت‌ها و افزایش کیفیت مراقبت می‌گردد [۳، ۲]. عدم بکارگیری فرآیند پرستاری به عنوان استاندارد مراقبتی، سبب کاهش رضایت شغلی، عدم ارزشیابی صحیح، تنزل پرستاری از نظر علمی و عملی، کاهش کیفیت ارایه مراقبت، بی توجهی و کم‌توجهی برخی از مسئولین به این رشته، کاهش ارزش حرفه نزد خود پرستاران و وابستگی بیش از حد آنان به پزشکان، اطاعت کورکورانه، پرداختن بدون تفکر به اقدامات روتین، انجام مراقبت‌های تک بعدی، کاهش استقلال در بیماران و صرف هزینه‌های فراوان به علت انجام اعمال تکراری می‌شود [۴، ۵، ۶، ۹، ۱۰].

طبق نتایج تحقیق ونکی و همکاران در سال ۱۳۷۸ اجرای فرآیند پرستاری بر بهبود کمیت و کیفیت مراقبت پرستاری اثر می‌گذارد، همچنین می‌تواند رضایت پرسنل را نسبت به قبل افزایش و طول مدت بستری بیماران را کاهش دهد [۴]. فرآیند پرستاری برای پرستاران شرایطی را فراهم می‌کند که از دانش و مهارت‌شان برای مراقبت از افراد استفاده کنند و به مددجو کمک کنند بطور واقعی یا نسبی مشکلات خود را بشناسد. این فرآیند ویژگی‌های بی‌نظیری دارد که می‌تواند برای تغییر وضعیت سلامت مددجو پاسخگو باشد [۹، ۱۲].

اهمیت مهارت در فراهم کردن مراقبت کافی، فرهنگی است که با فرآیند پرستاری توسعه می‌یابد [۷، ۸، ۵]. پرستاری سیستماتیک، دارای پویایی و بیمارمحور می‌باشد و در آن پرستار و بیمار برای دسترسی به اهداف ویژه‌ای مانند ارتقا سلامتی، پیشگیری از بیماری یا ناخوشی، حفظ سلامتی و تسهیل در تطابق با تغییر در عملکردها با هم همکاری می‌کنند [۱، ۱۰]. فرآیند پرستاری راهی است برای رسیدن به تفکر انتقادی، تحلیل مشکلات مراقبتی بیماران و تصمیم‌گیری صحیح و به موقع [۱۱، ۱۵]. تعداد زیادی از کتاب‌های مرجع فرآیند پرستاری را با روش‌های علمی حل مسئله مقایسه می‌کنند [۱۴، ۱۳]. فرآیند پرستاری دارای منافی است که ضرورت اجرای آن را روشن

می‌کند و هنگامی که این فرآیند به خوبی اجرا شود سبب دستیابی به مراقبتی جامع و کامل از بیمار بر اساس اصول علمی می‌گردد پرستارانی که به روش منطقی و سیستماتیک از فرآیند پرستاری استفاده می‌نمایند به راهی مناسب، واضح و موثر برای برنامه‌ریزی اقدامات پرستاری به وسیله تیم پرستاری دست می‌یابند که این امر سبب دستیابی به بهترین نتایج برای بیمار می‌گردد [۴، ۱۸ و ۱۰]. از مزایای دیگری که در این راستا می‌توان بدان اشاره کرد، شامل ایجاد فرصتی مناسب برای همکاری با دیگر پرستاران و تداوم مراقبت از بیمار می‌باشد [۱، ۱۷، ۱۹].

با وجود اینکه منابع متعدد به مزایا و منافع این روش اشاره نموده‌اند و آموزش آن در دروس پرستاری وجود دارد ولی متأسفانه در سطح تئوری باقی مانده است و کماکان فعالیت‌های پرستاری به صورت سنتی انجام می‌شود. از این جهت این مقاله در صدد آن است که موانع اجرای عملی این روش را بررسی نماید.

روش

این مطالعه یک پژوهش توصیفی است که به منظور تعیین موانع مختلف کاربرد عملی فرآیند پرستاری از دید مدیران پرستاری و دانشجویان کارورز پرستاری طراحی شده است. جامعه پژوهش کلیه مدیران پرستاری شامل سرپرستاران کلیه بخش‌ها، سوپروایزرها و مترونی‌های بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان متشکل از ۱۰۳ نفر و کلیه کارورزان پرستاری دانشگاه شامل ۵۰ نفر بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه پژوهشگرساخته شامل ۲۰ سوال در زمینه موانع کاربرد فرآیند پرستاری در سه حیطه موانع اجرایی، موانع فرهنگی و موانع مهارت علمی که بر اساس طیف ۶ درجه‌ای (از اصلاً، خیلی کم تا خیلی زیاد با اختصاص نمره ۶ تا ۰ بر اساس بار سوال) طراحی شده بود. روایی ابزار با استفاده از منابع معتبر علمی و نظر خواهی از صاحب‌نظران تعیین گردید. پایایی پرسشنامه با استفاده از آزمون مجدد به فاصله ۱۰ روز انجام شد $r = 0/79$. I. با توجه به محدودیت گروه هدف،

نمونه‌گیری به صورت سرشماری census انجام و حجم نمونه مشتمل بر جامعه پژوهش بود. ۶۷ نفر مدیر پرستاری، ۴۱ نفر دانشجوی کارورز در مطالعه شرکت نمودند. میزان پاسخ ۸۰٪ در گروه مدیران پرستاری و ۹۰٪ در کارورزان پرستاری بود. پس از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۲ وارد و با استفاده از جداول توزیع فراوانی و شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی بیان گردید. جهت دستیابی به اهداف تحقیق از آزمون‌های آماری غیرپارامتریک من‌ویتنی‌یو و کروسکال والیس استفاده شد. به منظور رعایت موازین اخلاقی، جهت شرکت در این مطالعه شرکت‌کنندگان آزاد بوده و در پرسشنامه از ذکر نام به هر عنوان خودداری شد. همچنین داده‌ها صرفاً جهت مطالعه استفاده گردید. نتایج تحقیق در اختیار معاونت پژوهشی قرار گرفته است.

نتایج

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که از ۵۰ کارورز مورد بررسی، ۷۵/۶ درصد دانشجویان مونث و ۲۴/۴ درصد مذکر می‌باشند. میانگین سنی آنها $21 \pm 0/88$ است. ۷۰/۷ درصد آن‌ها مجرد و بقیه (۲۹/۳ درصد) متاهل بودند.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر اساس متغیرهای زمینه‌ای و نمره نظرات

از مجموع ۱۰۳ نفر مدیران پرستاری مورد بررسی، ۸۹/۶ درصد مونث و ۱۱/۴ مذکر می‌باشند. ۸۶/۶ درصد متاهل و ۲۴/۴ درصد مجرد و میانگین سن آنها $41/24 \pm 4/3$ است. در زمان بررسی، ۷۰/۱ درصد در سمت سرپرستار، ۲۰/۹ درصد سوپروایزر و ۶ درصد آنها مدیر پرستاری بیمارستان (مترون) بودند. مقایسه میانگین و ارتباط با متغیرهای زمینه‌ای در جدول شماره ۱ آورده شده است. اکثر موانع از دید هر دو گروه مربوط به حیطه موانع اجرایی (۷۵ درصد) و کمترین موانع مربوط به موانع مهارت علمی (۱۲ درصد) بود و بین سمت مدیران و نمره موانع ارتباط معنی‌دار آماری $p < 0/05$ مشاهده گردید. جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار پاسخ مدیران پرستاری و کارورزان را بر حسب اهمیتی که به هر یک از موانع اجرای فرایند پرستاری داده‌اند نشان می‌دهد.

معنی‌داری	میانگین و انحراف معیار	متغیر	
		فراوانی	
ns من ویتنی یو	۵۵/۷ ± ۱۲/۲	زن ۳۱ (۷۵/۶)	کارورز
	۴۵/۴۸ ± ۷/۵	مرد ۴ (۲۴/۱۰)	
من ویتنی یو $p < 0/05$	۵۴/۸ ± ۱۴/۲	زن ۶۰ (۸۹/۶)	مدیر
	۴۳/۸۵ ± ۶/۵	مرد ۷ (۱۰/۴)	
ns همبستگی پیرسون	۲۱ ± ۰/۸۸	کارورز	سن (سال)
	۴۱/۲۴ ± ۴/۳	مدیران	
من ویتنی یو ns	۴۳/۸ ± ۱۲/۳	مجرد	کارورز
	۴۸/۸۳ ± ۱۲/۴۸	متاهل	
من ویتنی یو ns	۵۳/۴۴ ± ۱۰/۰۱	مجرد ۹ (۱۳/۴)	مدیر
	۵۳/۳۴ ± ۱۴/۳	متاهل ۸۵ (۸۶/۶)	
کروسکال والیس $p < 0/05$	۵۵/۵۷ ± ۷/۱	سرپرستار ۴۹ (۳۳/۱)	سمت مدیران
	۴۸/۰۷ ± ۱۳/۱	سوپر وایزر ۱۴ (۲۰/۹)	
	۵۳/۳۵ ± ۱۳/۸	مترون ۴ (۶)	

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار پاسخ واحدهای پژوهش به عبارات سنجش موانع اجرای فرایند پرستاری

ردیف	واحد‌های پژوهش	کارورزان	مدیران	ردیف	عبارات سنجش موانع اجرای فرایند پرستاری	کارورزان	مدیران
۱	کمبود پرسنل پرستاری	۲۳۲ (۱/۳۳)	۱/۱ (۰/۱۸۶)	۱۱	نداشتن انگیزه کافی	۲ (۱/۱)	۲/۳ (۱/۴)
۲	عدم تعادل بین تعداد پرسنل پرستاری با بیماران	۲۰۲ (۱/۰۸)	۲/۱۸ (۰/۱۸۹)	۱۲	ملموس نبودن کاربرد نتایج اجرای فرایند پرستاری	۲/۴۲ (۱/۰۷)	۲/۶ (۱/۳)
۳	زمان بر بودن اجرای فرایند پرستاری	۲۷۱ (۱/۱۴)	۲/۳۴ (۰/۱۸۹)	۱۳	پذیرش ناکافی سیستم پرستاری از مراقبت بر مبنای case (بیمار)	۲/۵ (۱/۱۶)	۲/۹ (۱/۳)
۴	سرعت و سهولت اجرای فعالیتهای پرستاری به صورت فعلی	۲۷۳ (۱/۱)	۲/۸ (۰/۱۸۹)	۱۴	اجرای مراقبتهای پرستاری بر اساس الگوی سنتی	۲/۲ (۱/۱۴)	۳/۲ (۱/۵)
۵	عدم همکاری پرسنل پرستاری	۲۸۳ (۱/۳۳)	۲/۸۱ (۱/۳۱)	۱۵	عدم وجود بستر فرهنگی مناسب در مددجویان	۲/۱ (۱/۱۳)	۲/۵ (۱/۲)
۶	عدم وجود الگوی کار عملی بر اساس فرایند پرستاری	۲/۱۷ (۱/۰۷)	۲/۸ (۱/۲۴)	۱۶	نداشتن مهارت کافی برای اجرای فرایند پرستاری	۲/۰۲ (۰/۸۵)	۲/۰۵ (۱/۴)
۷	عدم وجود چک لیست یا ابزار گزارش انجام فرایند پرستاری	۲۴۹ (۱/۰۵)	۲/۲ (۱/۴)	۱۷	شفاف نبودن اهمیت اجرای فرایند پرستاری در شرح وظایف	۲/۱۵ (۱/۲)	۲/۵ (۱/۳)
۸	عدم وجود ارزیابی فعالیتها بر مبنای فرایند پرستاری	۲۴۲ (۱/۱)	۲/۸ (۱/۳)	۱۸	نداشتن آشنایی کافی برای اجرای فرایند پرستاری	۲/۴۲ (۱/۱)	۲/۹ (۱/۳)
۹	نبودن منابع مالی کافی با شرایط موجود	۲۳۴ (۱/۰۶)	۲/۱ (۰/۹۷)	۱۹	شناخت نا کافی پرستاران از الگوها و مفاهیم پرستاری روز	۲/۲ (۱/۲)	۲/۶ (۱/۳)
۱۰	عدم پذیرش فرایند پرستاری توسط سایر پرسنل مراقبتی و درمانی (پزشکان و...)	۲۳۲ (۱/۰۱)	۲/۹ (۱/۶)	۲۰	عدم تخصیص امتیاز کافی برای انجام فرایند پرستاری	۲/۰۴ (۱/۰۲)	۲/۰۵ (۱/۱)

بحث و نتیجه گیری

فرآیند پرستاری یک چارچوب سازمان یافته، پویا و مداوم جهت حل مشکلات بیماران و خانواده‌هایشان می‌باشد. در راه نیل به این هدف که پرستاران خدمات خود را برای کلیه افراد جامعه براساس اصول مراقبتی انجام دهند، کاربرد فرآیند پرستاری چارچوبی مناسب است. این فرآیند باعث می‌شود که پرستاران تا آخرین لحظه حفاظت حمایت و مراقبت از بیماران را بعهده داشته باشند. بر اساس یافته‌ها اکثر موانع از دید هر دو گروه مربوط به حیطة موانع اجرایی ۷۵ درصد از جمله عدم تعادل بین تعداد پرسنل پرستاری با بیماران، زمان بر بودن اجرای فرآیند پرستاری، عدم وجود ارزیابی فعالیتها بر مبنای فرآیند پرستاری و... می‌باشد. کمترین موانع نیز مربوط به موانع مهارت علمی ۱۲ درصد مربوط به نداشتن آشنایی کافی برای اجرای فرآیند پرستاری و... است. بین نمره موانع از دیدگاه دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد به طوری که سرپرستاران میانگین نمره بیشتری در خصوص موانع اجرایی فرآیند پرستاری گزارش نموده بودند که شاید به دلیل درگیری بیشتر آنها با بعد اجرایی و بکارگیری فرآیند پرستاری در عمل باشد. این در حالی است که حقیقی مقدم و همکارانش (۱۳۷۶) در پژوهشی با هدف بررسی موانع اجرای فرآیند پرستاری از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مهمترین موانع اجرای فرآیند پرستاری را نداشتن اطلاعات کافی از مفهوم فرآیند پرستاری و نداشتن اعتقاد به آن ذکر کرده بودند [۷]. با توجه به زمان انجام پژوهش شاید از عمده موانع کمبود دانش کافی و موانع علمی دور از انتظار نبوده است. از طرفی اکبری و شمس (۱۳۸۹) نیز موانع کمبود نیروی پرستاری را ذکر نموده اند بطوری که پرستاران زمان کافی برای استفاده و اجرای این روش سیستماتیک را پیدا نمی‌کنند [۸].

مطالعه آیت الهی (۱۳۸۳) در زمینه موانع مدیریتی اجرای فرآیند پرستاری موارد متفاوتی از جمله حجم کاری زیاد،

کمبود پرسنل پرستاری، وقت گیر بودن و... اشاره شده است [۱]، که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. البته در این میان نبایستی محیط کار و ملزومات آن را فراموش کرد. بسیاری از این ملزومات و شرایط موجب افزایش رضایت شغلی و یا کاهش میزان کیفیت خدمات پرستاری ارائه شده به بیمار می‌شوند. به عبارت دیگر از دیدگاه سیستمی هر جز تغییر کند موجب تغییر در دیگر اجزاء سیستم می‌شود. آنچه که نباید فراموش شود این است که همیشه برای ایجاد مشکلات علل متعدد و متفاوتی وجود دارد اگر بتوان علت زمینه‌ای را تشخیص داد و آنرا رفع نمود مطمئناً بسیاری از مشکلات نیز حل خواهند شد [۲].

نتایج مطالعه ونکی و معماریان نشان داد که فرآیند پرستاری با امکانات موجود قابل اجرا است به طوریکه با اجرای عملی فرآیند پرستاری با امکانات موجود در بیمارستان امام حسین (ع) تهران کیفیت مراقبت‌های پرستاری قبل و بعد از اجرای فرآیند پرستاری اختلاف آماری با $p < 0/01$ نشان داد. همچنین اجرای فرآیند پرستاری موجب رضایت پرسنل نسبت به قبل و کاهش طول بستری به میزان ۱/۱۴ روز نسبت به قبل شده بود [۶]. از آنجا که در مطالعه حاضر مانع مربوط به مهارت علمی تنها ۱۲ درصد بوده است. بر اساس نوشته رحمانی و همکاران ۱۳۸۸ با توجه به اینکه فرآیند پرستاری نیاز به یادگیری عمیق دارد استفاده از نقشه مفهومی را در یادگیری معنی‌دار آن توصیه نموده است وی بر اساس یافته مطالعه خود گزارش می‌نماید در مقایسه روش تلفیقی در آموزش فرآیند پرستاری روش نقشه مفهومی اثر بخشی بیشتری داشته است $p < 0/03$. پرستاران بزرگترین بخش ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی را تشکیل می‌دهند. صلاحیت انجام کار به منظور حفظ قدرت و اختیار برای انجام فعالیت‌های پرستاری از اهمیت به سزایی برخوردار است. آنچه در کسب صلاحیت بالینی پرستاران قابل اهمیت است، شناخت عوامل تاثیرگذار در توسعه آن می‌باشد [۵].

و لوازم بهتر استفاده شود. تقریباً می‌توان گفت انتظار می‌رود در ساختار مناسب مراقبت مناسب ارائه گردد [۴]. با وجود اینکه منابع متعدد به مزایا و منافع این روش به عنوان معیار استاندارد برای کار پرستاران بالینی اشاره نموده‌اند. با این وجود هرچند آموزش آن در درس پرستاری وجود دارد ولی متأسفانه در سطح تئوری باقی مانده است و کماکان فعالیت‌های پرستاری به صورت سنتی انجام می‌شود. آموزش اصولی فرآیند پرستاری در دانشگاه‌های علوم پزشکی و بکارگیری و تمرین کافی و استفاده عملی از فرآیند پرستاری در مراقبت از بیماران به عنوان استاندارد مراقبتی امری ضروری است. امید است نتایج تحقیق و شناخت موانع اجرای فرآیند پرستاری، برنامه‌ریزان پرستاری را برای توسعه بکارگیری این روش علمی در مراقبت از بیماران یاری نماید.

آنچه که مانع ارتقاء سطح کیفی و کمی مراقبت‌ها می‌شود عدم بکارگیری یک الگوی نظری مناسب با امکانات محیط‌های بالینی می‌باشد. اگر بتوان یک سیستم منظم در ارائه مراقبت‌های پرستاری بر اساس یک الگوی شناخته شده همانند فرآیند پرستاری را به طور عملی و کاربردی تنظیم نمود می‌توان کیفیت و کمیت مراقبت پرستاری را ارتقاء داد [۶].

فرآیند پرستاری بر ماهیت و توالی فعالیت‌های مراقبت تمرکز دارد و متوجه پرستار و فعالیت‌هایی است که وی جهت مراقبت انجام می‌دهد. همچنین به عنوان استاندارد ساختاری و مقیاسی جهت کنترل و تضمین کیفیت استفاده می‌شود. مراقبت هنگامی بهتر انجام می‌پذیرد که کارکنان با صلاحیت، تسهیلات ساختمانی، وضعیت مالی و وسایل

منابع

۱. آیت الهی جمشید. موانع مدیریتی موجود در اجرای فرآیند پرستاری از دیدگاه پرستاران، مجله علمی-پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی نسیه مازندران (شکیبا). پاییز و زمستان ۱۳۸۳، دوره ۴، شماره ۷-۶، ص ۵۷-۶۰.
۲. تابلور. مفاهیم پرستاری بخش یک. ترجمه: اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری شهید بهشتی. انتشارات بشری. تهران ۱۳۸۲.
۳. رحمانی آزاد، محجل اقدم علیرضا، فتحی آذر اسکندر، عبدالله‌زاده فرحناز. مقایسه تأثیر آموزش بر مبنای نقشه مفهومی با روش تلفیقی بر یادگیری درس فرایند پرستاری دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. بهار ۱۳۸۶، دوره ۷، شماره ۱، ص ۴۹-۴۱.
۴. عظیمی خدیجه. فرآیند پرستاری بالینی (۱)، حیات- مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. ۱۳۷۶، دوره، شماره ۵-۶، ص ۲۱-۱۰.
۵. معماریان ربابه، صلصالی مهوش، ونکی زهره، احمدی فضل الله، حاجی‌زاده ابراهیم. عوامل مؤثر در فرآیند کسب صلاحیت بالینی در پرستاری، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان. پائیز ۱۳۸۵، دوره ۱۴، شماره ۵۶، ص ۴۹-۴۰.
۶. معماریان ربابه. بررسی تأثیر اجرای فرآیند پرستاری بر کیفیت و کمیت مراقبت‌های پرستاری، مجله پزشکی کوثر. پاییز ۱۳۷۸، شماره ۳، دوره ۴، ص ۲۶-۲۰.
۷. حقیقی مقدم. بررسی موانع اجرای فرایند پرستاری از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی ارومیه ۱۳۷۶.
۸. اکبری محمد، شمسی افضل. بررسی موانع اجرای فرایند پرستاری از دیدگاه پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه مجله پرستاری مراقبت ویژه. زمستان ۱۳۸۹، دوره ۳، شماره ۴، ص ۱۸۶-۱۸۱.
9. Bowman G. , Thompson D. and Sutton T. , Nurses' attitudes towards the nursing process. *J. Adv. Nurs.* 82 (1983), pp. 125-12
10. Dally John and speedy sandra and jackson debra. nursing leadership: Astralia, curtise co, 2004.
11. Davis. B, Billings J. and Ryland R. , Evaluation of nursing process documentation. *J. Adv. Nurs.* 19 5 (1994)

12. Elske Ammenwerth, Ulrike Kutscha, Ansgar Kutscha, Cornelia Mahler, Ronald Eichstädter and Reinhold Haux. Learning nursing process: A group project. *Nursing Outlook* 1994; 42(6): 279-283.
13. Hanisch P, Honan S and Torkelson R. Quality improvement approach to nursing care planning: implementing practical computerized standards. *J. Healthc. Qual* 1993; 15 (5): 6–12.
14. Judith W. Gross. Nursing process documentation systems in clinical routine—prerequisites and experiences. *International Journal of Medical Informatics* 2001; 64(2-3): 187-200.
15. Kern B. Reduce cardiac output. *Nursing Diagnosis* 1992;6(4): 39-42.
16. Miller A. Nursing process and patient care. *Nursing Times* 1984;8(13): 56-61.
17. Niedringhans ,Ramont. fundamental nursing care: Newjersey,Preitice Hall co,2004.
18. Pamela J. Potter and Noreen Frisch Holistic Assessment and Care: Presence in the Process. *Nursing Clinics of North America* 2007;42(2): 213-228 .
19. Peterson, M. Time and the nursing process. *Holist. Nurs. Pract* 1987;1 (3): 72–80.