

درک پرستاران از مراقبت مبتنی بر شواهد: یک مطالعه کیفی

*
محسن ادیب حاج باقری

خلاصه

سابقه و هدف: پرستارانی که اعمال خود را بر اساس مدارک و شواهد علمی پایه‌گذاری نموده‌اند توانسته‌اند مراقبت باکیفیتی را ارائه داده و از مدت بستری و هزینه‌های بیماران بکاهند. به همین دلیل در سال‌های اخیر تاکید بر مراقبت مبتنی بر شواهد به عنوان راهی برای اعتدالی خدمات سلامت مورد تاکید سیاست‌گذاران نظام سلامت قرار گرفته است. با وجود این، ادراکات پرستاران ایران در زمینه مراقبت مبتنی بر شواهد مورد بررسی قرار نگرفته است. از این رو این مطالعه در سال ۱۳۸۴ به بررسی ادراکات پرستاران شاغل در مراکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کاشان درباره‌ی مراقبت مبتنی بر شواهد پرداخته است.

مواد و روش‌ها: مطالعه با طراحی کیفی بر روی ۲۱ نفر از رده‌های مختلف پرستاری شامل ۹ پرستار، ۶ سرپرستار، ۳ مترون و مدیر ارشد پرستاری و سه مدرس پرستاری که با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌ی نیمه‌سازمان یافته و مشاهده جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوا مطابق با روش شیواکومجرن انجام شد.

نتایج: شرکت‌کنندگان در مطالعه دارای سابقه‌ی کار $9/9 \pm 4/7$ سال بودند. داده‌های تحقیق در دو طبقه "مفهوم مراقبت مبتنی بر شواهد" و "ماهیت شواهد" قرار گرفت. شرکت‌کنندگان واژه‌ی "مراقبت اصولی" را معادل با مراقبت مبتنی بر شواهد به کار می‌بردند. از نظر آنها مراقبت مبتنی بر شواهد "مراقبتی علمی و مبتنی بر دانش حرفه‌ای پرستار است که باید بر اساس نیاز بیمار و با هدف رفع این نیاز انجام شود". داده‌های مربوط به ماهیت و منابع شواهد در پنج زیرطبقه "دانش بیمار"، "دانش محیطی"، "دانش آموخته شده"، "دانش عملی" و "دانش تحقیقی" قرار گرفت. از نظر شرکت‌کنندگان، در حال حاضر مراقبت پرستاری عمدتاً بر اساس روتین و "دانش عملی" حاصل از تجارب بالینی پرستار انجام شده و دانش حاصل از تحقیقات جدید پرستاری کمترین نقش را در مراقبت ایفا می‌کند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این تحقیق، در حال حاضر شواهد حاصل از تحقیقات کمتر در مراقبت پرستاری به کار می‌روند. پرستاران در زمینه‌ی درک ارزش و اهمیت تحقیق و کاربرد یافته‌های حاصل از آن با مشکل مواجه هستند از این رو پیشنهاد می‌شود تا ضمن تاکید بر مفهوم مراقبت مبتنی بر شواهد و نیز روش‌های تولید، بازیابی و ارزیابی شواهد تحقیقی در برنامه‌ی آموزش پرستاری، سیاست‌های تشویقی برای پرستارانی که عملکرد مبتنی بر شواهد داشته و در جهت ارتقای دانش و مهارت خود و ارتقای کیفیت مراقبت تلاش می‌کنند در نظر گرفته شود.

واژگان کلیدی: مراقبت مبتنی بر شواهد، پرستاری، مطالعه کیفی

استادیار گروه داخلی - جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* نویسنده مسوول: محسن ادیب حاج باقری

آدرس: کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی

پست الکترونیک: adib1344@yahoo.com

تلفن: ۰۳۶۱ ۵۵۵۶۶۳۳

تاریخ دریافت: ۸۵/۳/۳

تاریخ پذیرش نهایی: ۸۶/۱/۲۸

دورنویس: ۰۳۶۱ ۵۵۵۶۶۳۳

مقدمه

عمل در قالب گروه چندرشته‌ای، مشکلات مددجویان را تشخیص داده و به طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌ی مراقبتی برای حل این مشکلات بپردازند [۲، ۳، ۴]. مشخص شده است پرستارانی که اعمال خود را بر اساس مدارک و شواهد علمی پایه‌گذاری نموده‌اند توانسته‌اند تصمیمات بهتری را اتخاذ کنند، مراقبت با کیفیت بالاتری را انجام دهند، از مدت بستری و هزینه‌های بیماران بکاهند و هزینه‌ی اثربخشی بهتری را برای بیمار و سازمان به ارمغان آورند

پرستاران بزرگترین گروه ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی را تشکیل داده و نقش اساسی در تداوم مراقبت و ارتقا و حفظ سلامت در سطوح مختلف سیستم ارائه خدمات سلامت ایفا می‌کنند [۱]. پیشرفت‌های مداوم علمی همراه با وضعیت متغیر مددجویان مستلزم آن است که پرستاران بتوانند با تلفیق مهارت‌های فنی و دانش حرفه‌ای خود و بر اساس شواهد علمی، ضمن

دیدگاه‌های پرستاران ایران در زمینه مراقبت مبتنی بر شواهد علمی تا کنون مورد بررسی قرار نگرفته است. از سوی دیگر برخی از محققان متذکر شده‌اند که مفهوم فوق هنوز به بررسی و روشن‌سازی بیشتری نیاز دارد [۱۶، ۱۷]. در سال‌های اخیر، محققان پرسشنامه‌های مختلفی را برای بررسی ادراکات مراقبان بهداشتی از مراقبت مبتنی بر شواهد طراحی کرده‌اند [۱۸، ۱۹، ۲۰] با وجود این، پایین بودن میزان پاسخ‌دهی، کم بودن قدرت ژرفکاو 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 [۷، ۱۱، ۲۱، ۲۲]. علاوه بر این، منابع کافی در مورد نظرات و ادراکات پرستاران ایران درباره‌ی مراقبت مبتنی بر شواهد وجود ندارد. اکثر مطالعات خارجی مربوط نیز به صورت کمی انجام شده‌اند. با توجه به تفاوت‌های اساسی موجود میان نظام سلامت و چگونگی ارائه‌ی خدمات مراقبتی در کشور ما و کشورهای پیشرفته، توجه به این امر می‌تواند به روشن‌سازی شرایط موجود در سیستم پرستاری ما کمک کند. صاحب‌نظران پرستاری نیز معتقدند که مطالعات کیفی بهتر می‌تواند به روشن‌سازی مشکلات حرفه‌ی پرستاری کمک کند [۲۳، ۲۴، ۲۵]. به همین دلیل محقق بر آن شد تا به روش کیفی به بررسی ادراکات پرستاران از مراقبت مبتنی بر شواهد بپردازد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه با طراحی کیفی (Qualitative Research) و با استفاده از روش تحلیل محتوا انجام شد [۲۶، ۲۷]. جامعه‌ی مورد بررسی را رده‌های مختلف پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کاشان تشکیل داد. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف (Purposeful) انجام شد. در این نوع نمونه‌گیری، افراد به خاطر اطلاعات دست اولی که درباره‌ی یک پدیده دارند یا به دلیل این که پدیده‌ی مورد نظر را تجربه نموده یا دیدگاه‌های خاصی درباره‌ی آن دارند انتخاب می‌شوند و هنگامی که داده‌ها به اشباع می‌رسند نمونه‌گیری خاتمه می‌یابد. اشباع داده‌ها هنگامی مسجل می‌شود که محقق با ادامه‌ی نمونه‌گیری به داده‌ی جدیدی دست نمی‌یابد [۲۸]. داده‌های این مطالعه از طریق مصاحبه‌های باز نیمه-سازمان یافته با ۲۱ نفر از اعضای شاغل گروه پرستاری که حداقل دارای ۵ سال سابقه کار پیوسته بودند و نیز ۲۰ ساعت مشاهده جمع‌آوری شد. جمع‌آوری داده‌ها از پرستاران بالینی آغاز و سپس با توجه به کدها و داده‌های استخراج شده به سایر گروه‌های پرستاری گسترش داده شد. در مجموع ۹ پرستار، ۶ سرپرستار،

[۴، ۵]. همچنین این پرستاران توانسته‌اند از نظر حرفه‌ای پاسخگویی مددجو بوده و خود نیز اعتماد به نفس بیشتر و هویت حرفه‌ای مستحکم‌تری داشته‌اند [۵، ۶]. به همین دلیل در سال‌های اخیر تاکید بر مراقبت مبتنی بر شواهد به عنوان راهی برای ارتقای استانداردهای مراقبت و اعتلای خدمات سلامت مورد تاکید سیاست‌گذاران نظام سلامت بوده است [۷]. Sackett و همکاران (۲۰۰۰) مراقبت مبتنی بر شواهد را عبارت از کاربرد نتایج بهترین تحقیقات همراه با دانش، تخصص، تجارب بالینی و نیز توجه به ارزش‌های بیمار در ارائه مراقبت دانسته‌اند [۸]. Gibbs (۲۰۰۳) نیز پرستاری مبتنی بر شواهد را در اولویت قرار دادن منافع بیمار از طریق تصمیم‌گیری بالینی با استفاده از بهترین شواهد در مراقبت از مددجو تعریف کرده است [۹]. برنامه‌ی درسی پرستاری نیز بر مراقبت مبتنی بر شواهد تاکید داشته و هدف کلی از برنامه آموزشی پرستاری را تواناسازی پرستاران برای "... بررسی نیازهای بیمار و تصمیم‌گیری مناسب... با کاربرد یافته‌های علمی... در ارائه مراقبت پرستاری" عنوان کرده است. در سال‌های اخیر مطالعات متعددی در کشورهای پیشرفته به بررسی ادراکات پرستاران از مراقبت مبتنی بر شواهد پرداخته‌اند. یک مطالعه در سال ۲۰۰۴ نشان داد که پرستاران معتقدند اگر اعمال بالینی ریشه در شواهد علمی - تحقیقی داشته باشد کیفیت مراقبت افزایش خواهد یافت، اما تنها ۴۶٪ از پرستاران این مطالعه، اعمال بالینی خود را بر شواهد تحقیقی مبتنی می‌دانستند. فقدان درک درست از این روش، یکی از موانع مهم عملکرد مبتنی بر شواهد در این تحقیق بود [۱۰]. طی مطالعه‌ی دیگری که در سال ۲۰۰۵ برای بررسی سطح آگاهی پرستاران از مراقبت مبتنی بر شواهد و منابع آن انجام شد، بیش از نیمی از افراد آگاهی خود را در این زمینه کم دانسته و بیش از دو سوم نیز به منابع لازم برای مراقبت مبتنی بر شواهد دسترسی نداشتند [۱۱]. همچنین یک مطالعه، اعتقادات پرستاران را درباره‌ی شرایطی که باعث تقویت مراقبت مبتنی بر شواهد می‌شود بررسی کرد و نشان داد که درک اهمیت این شیوه توسط پرستاران و میزان دانش و مهارت آنها در این زمینه، در کنار متغیرهای سازمانی، مهمترین عوامل موثر را تشکیل می‌دادند [۱۲]. در حالی که تحقیقات فوق نشان می‌دهند که حرفه‌ی پرستاری حرکت به سوی مراقبت مبتنی بر شواهد علمی را در پیش گرفته است، نصرآبادی (۱۳۸۲) با بررسی تجربه‌ی پرستاری در ایران گزارش داد که فاصله‌ی تئوری و عمل، مراقبت پرستاری را در ایران دچار بحران کرده است [۱۳]. ادیب حاج باقری (۲۰۰۴ و ۱۳۸۳) و صلصالی (۲۰۰۱) نیز فقدان مراقبت مبتنی بر شواهد را از مشکلات عمده‌ی پرستاری در ایران دانسته‌اند [۱، ۱۴، ۱۵]. با وجود این، ادراکات و

۳ مترون و مدیر ارشد پرستاری و نیز ۳ مدرس پرستاری در ۳ بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کاشان و نیز دانشکده‌ی پرستاری این دانشگاه در هشت ماه اول سال ۱۳۸۴ مورد مصاحبه قرار گرفتند. مصاحبه‌های باز نیمه‌سازمان‌یافته به عنوان روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. راهنمای مصاحبه شامل چند سوال باز بود تا به شرکت‌کنندگان امکان دهد به تفصیل ادراکات و تجارب خود را بیان کنند. در ابتدای هر مصاحبه از مشارکت‌کنندگان 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 بپردازند. به این منظور این سوال مطرح گردید که: مبنای کار شما در مراقبت از بیمار چیست؟ آنگاه این سوال پرسیده شد که: به نظر شما مراقبت مبتنی بر شواهد یعنی چه؟ در صورتی که مصاحبه شونده متوجه مفهوم سوال نمی‌شد شکل سوال تغییر یافته و پرسیده می‌شد: به نظر شما مراقبت بر اساس مدارک علمی یعنی چه؟ سپس این سوال مطرح می‌شد که: شما به عنوان پرستار بر اساس چه شواهدی به مراقبت از بیمار خود می‌پردازید؟ همچنین از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا از تجارب خود مثال‌هایی بیان کنند که در آنها بر اساس شواهد و یافته‌های علمی به مراقبت پرداخته باشند. متن مصاحبه‌ها بر روی نوار ضبط و در همان روز کلمه به کلمه پیاده و به عنوان داده‌ی اصلی تحقیق استفاده شد. مصاحبه با هر شرکت‌کننده در ۲-۱ جلسه و در یک اتاق خصوصی در محل کار انجام شد و هر یک از جلسات مصاحبه، بین ۶۰-۲۰ دقیقه طول کشید. محقق همچنین به مدت ۲۰ ساعت به مشاهده‌ی رفتار و تعاملات پرستاران با بیماران، همکاران و پزشکان در بخش‌های "داخلی، جراحی، اورژانس و سی‌سی‌یو" پرداخت. مشاهده در نوبت‌کاری‌های صبح انجام شد. تعدادی از مشاهده‌ها در روزهایی که برای مصاحبه با شرکت‌کنندگان تعیین شده بود انجام گردید. چون محقق معمولاً زودتر از زمان تعیین شده در بخش حضور می‌یافت، زمان قبل از مصاحبه را به مشاهده می‌پرداخت. بخشی از مشاهدات نیز در هنگامی صورت گرفت که محقق به عنوان سرپرست دانشجویان پرستاری که دوره‌ی کارآموزی یا کارآموزی در عرصه را می‌گذراندند در بخش حضور داشت. اگرچه محقق عمده‌ی وقت خود را به مشاهده می‌گذراند، برای هماهنگی با محیط و به ویژه در صورت درخواست پرستاران، در برخی از فعالیت‌ها با شرکت‌کنندگان همراهی می‌کرد. مشاهده مشتمل بود بر نشستن محقق در ایستگاه پرستاری و مشاهده و نیز همراهی نمودن پرستاران و مشاهده فعالیت‌ها و تعاملات، رفتارهای کلامی و غیرکلامی آنها. محقق در

هنگام مشاهده یادداشت برمی‌داشت و پس از پایان مشاهده، در همان روز آن را به طور مشروح ثبت و به عنوان داده استفاده می‌نمود. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوا (content analysis) مطابق با روش شیواکومجرن (Cheevakumjorn) و هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها انجام شد [۲۹]. در این روش ابتدا محقق خط به خط داده‌ها را بازنگری می‌کند. سپس هدف یا سوال پژوهش را گسترش داده و به مجموعه‌ای از سوال‌ها که انواع خاصی از محتوای داده‌ها را مشخص می‌کند تقسیم کرده و یک روش طبقه‌بندی را تدوین می‌کند. پس از آن متن داده‌ها دوباره بازخوانی شده و جملات و مفاهیم کلیدی موجود در آن با توجه به مجموعه‌ی سوالات استخراج و طبقه‌بندی می‌شود. در تحقیق حاضر نیز ابتدا سوال اصلی پژوهش (پرستاران چه درکی از مراقبت مبتنی بر شواهد دارند؟) به سوالات ریزتری گسترش داده شد به این صورت که: پرستاران چگونه مراقبت مبتنی بر شواهد را تعریف می‌کنند؟ آنها مراقبت پرستاری را بر مبنای چه شواهدی انجام می‌دهند؟ ماهیت شواهد مورد استفاده پرستاران در مراقبت پرستاری چیست؟ آیا شواهد مورد استفاده توسط رده‌های مختلف پرستاری متفاوت هستند؟ سپس داده‌ها کدگذاری و طبقه‌بندی گردید. در طول مطالعه روش‌های خاصی برای اطمینان از صحت، روایی و پایایی تحقیق مورد استفاده قرار گرفت. درگیری طولانی مدت محقق و تماس و ارتباط محقق با محل‌های تحقیق و مسوولین مربوطه و مشارکت‌کنندگان از یک سو به جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان کمک و از سوی دیگر به درک محیط پژوهش توسط محقق کمک کرد. از بازنگری مشارکت‌کنندگان برای تایید صحت داده‌ها و کدهای استخراج شده استفاده شد. برای بازنگری ناظرین، متن برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر محققان توسط ۲ نفر از اعضای هیات علمی مورد بررسی قرار گرفت و ۹۰٪ توافق در میان نتایج استخراج گردیده وجود داشت. همچنین محقق، یافته‌ها را با برخی از پرستارانی که در تحقیق شرکت نداشتند در میان گذارد و آنها تناسب یافته‌ها را مورد تایید قرار دادند. در طی تحقیق، رازداری و آزادی شرکت‌کنندگان برای شرکت در تحقیق یا خروج از آن رعایت شد و شرکت‌کنندگان برای ضبط مصاحبه‌ها رضایت داده و نیز حق داشتند تا در هر مرحله که بخواهند از مطالعه خارج گردند. همچنین کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان تحقیق را مورد تایید قرار داده بود و قبل از جمع‌آوری داده‌ها، مسوولین بیمارستان‌ها و مشارکت‌کنندگان رسماً مشارکت در تحقیق را پذیرفته و مورد موافقت قرار دادند.

نتایج

شرکت‌کنندگان در این تحقیق شامل ۲۱ نفر از رده‌های مختلف پرستاری (شامل ۸ نفر زن و ۱۳ نفر مرد) بودند. سایر مشخصات مشارکت‌کنندگان در پژوهش در جدول شماره ۱ آمده است. از داده‌های تحقیق ۱۵۰ کد مفهومی استخراج شد که تحت ۲ طبقه کلی مفهوم مراقبت مبتنی بر شواهد و ماهیت شواهد قرار گرفت که طبقه اول دارای دو زیرطبقه و طبقه دوم دارای پنج زیرطبقه بود که در ادامه مورد بررسی قرار گرفته است.

مراقبت مبتنی بر شواهد:

اولین مواجهه: ناآشنایی

بیشتر شرکت‌کنندگان در تحقیق اظهار داشتند که برای اولین بار است که با واژه‌ی مراقبت مبتنی بر شواهد مواجه می‌شوند. آنها قبلاً چنین واژه‌ای را نشنیده بودند و هنگامی که از آنها سوال می‌شد که: "مراقبت مبتنی بر شواهد به چه معنایی است؟" عموماً پس از چند لحظه سکوت می‌پرسیدند: "یعنی چه؟" "منظورتان چیست؟" "تکرار کنید". اکثر آنها در بدو امر واژه "شواهد" را معادل با "ظاهر امور" یا "امکانات موجود" معنا می‌کردند. تفاوتی از این نظر در میان شرکت‌کنندگان وجود نداشت. یکی از مدیران ارشد پرستاری در تعریفی که نشانگر ناآشنایی با مفهوم و بیانگر رویه‌ی معمول بود، عملکرد مبتنی بر شواهد را با روزمره‌گی معادل دانسته و گفت: "عملکرد مبتنی بر شواهد را به این صورت معنی می‌کنم که آن چیزی را که ما در ظاهر باش بر خورد می‌کنیم بگیریم، باش کار کنیم، به یک شکلی معادل فارسی روزمره‌گی" (م ۱). دو نفر از سرپرستاران نیز در بیانات مشابهی می‌گویند: "یعنی آنچه را که شاهدش هستی بر اساس آن عملکردت را تنظیم بکنی..." (س ۵). "بر اساس شواهد یعنی بر اساس همین وسایل و امکاناتی که موجود هست، یعنی مثلاً ما ۲ تا پرسنل داریم ۳۰ تا مریض، باید تقسیم کار کنیم تا مریض یک‌جوری cover بشه" (س ۱). "دو نفر از پرستاران نیز با اشاره به این که مبنای اصلی خدمات موجود پرستاری بر اجرای دستورات پزشک و انجام کارهای روتین است می‌گویند: "مبنا و مستند کار ما دستور پزشک و کار پرستاری مطابق با order پزشکی انجام می‌شه" (پ ۴). "تقسیم کار بین پرسنل داریم ... کارهایی را هم که تشخیص می‌دیم مریض لازم داره طبق روتین خودش انجام می‌دیم" (پ ۹).

دومین مواجهه: روش اصولی مراقبت پرستاری

در بیشتر موارد محقق دوباره سوال خود را به این صورت از شرکت‌کنندگان می‌پرسید که: "به نظر شما مراقبت بر اساس شواهد یا مدارک علمی یعنی چه؟" در پاسخ به این سوال دو مفهوم عمده که بلافاصله به زبان شرکت‌کنندگان جاری می‌شد عبارت بود از "نیاز بیمار" و "کاربرد آموخته‌ها"، به عبارت دیگر، از نظر آنها مراقبت مبتنی بر شواهد، مراقبتی است علمی و برخاسته از دانش پرستاری که بر اساس نیاز هر بیمار به اجرا درمی‌آید. یک پرستار می‌گوید: "بر اساس مشکلی که بیمار داره و چیزی که ما خونده‌ایم راجع به بیمار براش تصمیم بگیریم و پرستاری شو انجام بدیم" (پ ۳).

جدول ۱- خصوصیات فردی شرکت‌کنندگان در پژوهش

| گروه‌ها | تعداد | | X̄ ± SD |
|-------------------|-------|-----|----------|
| | زن | مرد | |
| پرستار | ۹ | ۴ | ۷/۶±۳/۲ |
| سرپرستار | ۶ | ۴ | ۱۱/۲±۷/۸ |
| مترون | ۲ | ۱ | ۱۳ |
| مدیر ارشد پرستاری | ۱ | - | ۱۵ |
| مدرس پرستاری | ۳ | ۲ | ۱۰/۰±۰/۶ |
| جمع | ۲۱ | ۱۳ | ۹/۹±۴/۷ |

پرستار دیگری در تعریف مراقبت مبتنی بر شواهد گفت: " ... برطرف کردن نیازهای مریض... بر اساس ارتباطی که با مریض داریم نیازهاش را تشخیص می‌دهیم... و بر اساس اطلاعات شخصی و تجاری که قبلاً کسب کرده‌ایم..." (پ ۲). به اعتقاد او مراقبت مبتنی بر شواهد، متکی بر ارتباط با بیمار و در جهت رفع نیاز اوست. در جریان این ارتباط، پرستار نیازهای مددجو را مشخص می‌کند و سپس بر اساس دانش خود به تصمیم‌گیری و اجرای مراقبت می‌پردازد. از نظر شرکت‌کنندگان، مراقبت مبتنی بر شواهد "روش اصولی مراقبت پرستاری" و "کاربرد دانش پرستاری در مراقبت" با هدف رفع نیاز بیمار است. یک پرستار می‌گوید: "این، روش درست و علمی انجام دادن پرستاریه" (پ ۶). یک مربی پرستاری می‌گوید: "به نظرم مراقبت مبتنی بر شواهد یک روش اصولی است... این که شما اقداماتون بر مبنای اصولی باشه، بر مبنای یافته‌هایی باشه" (مد ۲). همین مربی معتقد بود اگر پرستار بتواند برای کار یا مراقبتی که انجام می‌دهد توجیهی علمی ارائه کند می‌توان عملکرد او را علمی و مبتنی بر شواهد دانست. او می‌گوید: "من معتقدم آگه ما بریم هر کاری را که پرستار انجام میده ازش بیرسیم چرا این کار را می‌کنی، اگر او توانست یک دلیل علمی ارائه کند، به این معناست که آن کار

^۱ - حروف م، پ، س، مد برای اشاره به رده و شماره‌ی شرکت‌کنندگان استفاده شده و به ترتیب معادل با مدیر، سرپرستار، سرپرستار و مدرس هستند.

طبقه بندی شد. "دانش بیمار" یا اطلاعات حاصل از بیمار مهمترین و مستقیم ترین منبع شواهد مراقبت پرستاری را از نظر شرکت-کنندگان تشکیل می داد. یکی از پرستاران می گوید: "مهمترین منبع ما خود بیمار است" (پ۱)، یک سرپرستار نیز تاکید می کند: "شواهد از اطلاعات حاصل از بیمار به دست میاد" (س۵). پرستار دیگری اظهار داشت: "نشانه هایی که بیمار نشان می دهد، عکس العمل هایی که نشون می ده، اینها نشون می دند به ما که او چه مشکلی داره و چه کاری لازم داره" (پ۲). اگرچه دانش حاصل از ارتباط مستقیم با بیمار به عنوان مهم ترین شاهد و مستند مراقبت، مورد تاکید شرکت کنندگان قرار گرفت، اما آنها متذکر شدند که بخشی از این دانش نیز از اسناد و مدارک مربوط به بیمار حاصل شده و به عنوان مکمل دانش مستقیم حاصل از بیمار عمل می کند. برخی از آنها نیز متذکر شده اند که تلفیقی از شواهد را در مراقبت مورد استفاده قرار می دهند. یکی از شرکت کنندگان می گوید: "یکی خود مریض است یکیش هم شواهد عینی، شما وارد می شی می بینی دست مریضی که استریوتوکیناز گرفته خون ریزی کرده، پرونده ی مریض را چک می کنی می بینی عوامل انعقادی خوشت مختل است یا نه و آن هم یک سند و مدرک است برای شما... یکیش هم به مراحل مصاحبه و گفتگو با پرسنل، گزارشات شفاهی یا کتبی، چیزایی هستند که بر اساس آن ما می فهمیم چه کاری شده و چه کاری باید ما انجام بدیم" (س۵). بخشی از شواهد اشاره شده از سوی شرکت کنندگان تحت عنوان "دانش محیطی" قرار گرفت. این دانش از منابع موجود در محیط مراقبت سرچشمه می گرفت. اطلاعات مربوط به "شرایط و امکانات موجود"، اطلاعات حاصل از "همکاران"، و "پزشکان و دستورات آنها" از جمله منابع شواهد برخاسته از محیط بودند. دو پرستار در این باره می گویند: "خیلی وقتا هم که لازم باشه از همکارای دیگه سوال می کنم، از پزشکش سوال می کنم، دستورات پزشک هم یک اصله که باید اجرا بشه" (پ۵). اگرچه شرکت-کنندگان بر "دانش بیمار" و "دانش محیط" به عنوان منابع شواهد تاکید کرده اند اما یادآور شده اند که همه این اطلاعات را بر اساس دانش نظری و تجارب عملی خود تفسیر می کنند. به بیان دیگر، "دانش آموخته شده" در هنگام تحصیل و "تجارب فرا گرفته شده در بالین" بخشی از مهمترین شواهد مراقبت را تشکیل می دهند. دو نفر از پرستاران می گویند: "سواد دانشگاهی پرستار مرجی بیشتر باشه کارش هم بهتر و علمی تر میشه"، "تا یک پرستار علمش را نداشته باشه و آموزش ندیده باشه نمی تونه به روش علمی کار کنه" (ن۸). با وجود این، "دانش عملی" یا دانش حاصل از تجارب بالینی، از اهمیت ویژه ای نزد شرکت کنندگان برخوردار بود

علمی است... فرض کنید یک سند معده ای که برای بیمار گذاشته وقتی با ۲-۳ روش چک می کنه که مطمئن بشه داخل دستگاه گوارش بیمار جا گرفته... یا وقتی می خواد یک باند ببنده از انتهای دیستال اندام به پروکسیمال ببنده... همه اینها متکی بر یک اصول و اسناد علمی هستند" (مد ۱). یکی از پرستاران نیز در بیان این مطلب که توانایی ارایی توجیه علمی برای مراقبت، نشان دهنده مبتنی بودن مراقبت بر شواهد علمی است می گوید: "یک مریضی بود که با ضربه ی مستقیم به چشم به اورژانس مراجعه کرد، اینترن و پزشک ویزیتش کردند با تشخیص هایما بستری کردند داخل بخش و شیلد و قطره و اینا دستور داد. من رقتم قطره بریزم نگاه کردم که این چشم، چشم هایما نیست، من قطره نریختم چون میدونستم وقتی چشمی پاره میشه قطره ممنوعه، بعد دکتر [...] گفت اگر قطره براش ریخته می شد چشم از بین می رفت...". اگرچه او نیز توان ارائه توجیه علمی برای مراقبت را نشانه ی مبتنی بودن مراقبت بر شواهد علمی می داند اما متذکر می شود که اکنون مراقبت بر اساس شواهد علمی انجام نمی شود، به همین دلیل ادامه می دهد: "الان به جور روتین شده... خیلی علمی برخورد نمی شه... عادت نکردیم... خیلی وقتها (پرستار) به صورت فیزیکی به سری پروسیجرها را انجام می ده و علتش را هم نمی دونه اگه بیرسی می گه دستوره، مثلا مریضی که گلوکوم داره و عمل فیترینگ می خواد انجام بشه نباید Dilate بشه، چراشو نمی دونند فقط انجام می دهند" (پ۲).

ماهیت و منبع شواهد: دانش حرفه ای

شرکت کنندگان در تحقیق، مراقبت مبتنی بر شواهد را "کاربرد دانش پرستاری در مراقبت" تعریف کردند. در حقیقت از نظر آنها ماهیت اصلی شواهد "دانش حرفه ای" پرستار است. از نظر شرکت کنندگان، دانش حرفه ای عبارت بود از مجموعه ی اطلاعات حرفه ای که پرستار در طول تحصیل و نیز پس از آن در مدت خدمت بالینی خود کسب می نماید. یکی از پرستاران در این باره می گوید: "پرستاری به حرفه ی علمیه و به پرستار تحصیل کرده کارشو بر مبنای اون علمی که در دانشگاه به او آموخته اند باید انجام بدهد" (پ ۸). از نظر شرکت کنندگان، این شواهد یا "دانش حرفه ای" جلوه های مختلفی داشته و می تواند از منابع گوناگون به دست آید. داده های مربوط به ماهیت و منبع شواهد در پنج زیرطبقه "دانش بیمار"، "دانش محیطی"، "دانش آموخته شده"، "دانش عملی" و "دانش تحقیقی" قرار گرفت. داده هایی که بیان کننده ی ضرورت استفاده از شواهد و دانش حاصل از بررسی مستقیم و غیر مستقیم بیمار بود تحت نام "دانش بیمار"

و خود در یک زیرطبقه قرار گرفت. یکی از پرستاران در این باره می‌گوید: "البته درس‌هایی که تو دانشکده آموخته‌ایم باید اساس کار پرستار باشه، ولی من فکر می‌کنم تجربه هم خیلی مهم باشه و باعث می‌شه که پرستار راحت‌تر و سریع‌تر آموخته‌های خودش را بتونه به کار بگیره" (پ ۵). پرستار دیگری به تجارب خود اشاره کرده و می‌گوید: "اطلاعات علمی پرستار به او در مراقبت پرستاری خیلی کمک می‌کنند. ما وقتی با بیمار برخورد می‌کنیم و باش ارتباط برقرار می‌کنیم، باش حرف می‌زنیم، با توجه به آموزش‌های دانشگاهی خودمون هست که متوجه می‌شیم چه مشکلی داره.... البته من خودم مثلا آن زمانی که تازه کارم را شروع کرده بودم خیلی کارایی نداشتیم، خیلی وقت‌ها نمی‌دونستم چه کار کنم، باید حتما از یکی می‌پرسیدم. ولی خب کم کم آدم تجربه کسب می‌کنه و می‌تونه راحت‌تر کار کنه، مستقل‌تر بشه و از آن علم خودش استفاده کنه، برای همین هست که می‌گم تجربه خیلی مهمه" (پ ۸). معدودی از شرکت‌کنندگان (دو مری، یک سرپرستار و یک مدیر پرستاری) نیز به "دانش تحقیقی" یا شواهد حاصل از پژوهش‌های پرستاری، به عنوان یکی از منابع مورد استفاده در مراقبت اشاره کردند. با وجود این، آنها متذکر شده‌اند که در حال حاضر این منبع جایگاه قابل توجهی در مراقبت پرستاری ندارد. یکی از مریبان پرستاری در این باره می‌گوید: "مراجعه به *background* علمی موضوع و مدارک و مستندات موجود مانند ژورنال‌های جدید، کتاب‌های درسی جدید و یافته‌های تحقیقی می‌تواند کمک کند که یک مراقبت علمی و مستند انجام بشود... در حال حاضر... این امور جایگاهی را که باید در میان پرستاران بالینی ما ندارند و کمتر استفاده می‌شوند" (مد ۱). به اعتقاد شرکت‌کنندگان دور شدن از مستندات علمی و اتکا به تجارب عملی با افزایش سابقه‌ی کار پرستار تشدید می‌شود. یک سرپرستار در این باره می‌گوید: "تقریبا یک مدتی که آدم تو بخش کارکرد، به روتین رو میاره تا کار علمی" (س ۳).

بحث

اکثر شرکت‌کنندگان در این تحقیق با واژه‌ی "مراقبت مبتنی بر شواهد" آشنا نبودند، با وجود این آنها واژه‌هایی مانند "مراقبت اصولی" و "مراقبت علمی" را معادل با مراقبت مبتنی بر شواهد به کار می‌بردند. به عبارت دیگر، شرکت‌کنندگان در این تحقیق مراقبت مبتنی بر شواهد را روش اصولی مراقبت دانسته و آن را به صورت "مراقبت علمی و مبتنی بر دانش حرفه‌ای پرستاری که بر اساس نیاز بیمار و با هدف رفع این نیاز انجام می‌شود" تعریف کردند. "کاربرد دانش حرفه‌ای" در مراقبت و

"توجه به نیاز بیمار" اساس تعاریف شرکت‌کنندگان از مراقبت مبتنی بر شواهد را تشکیل می‌داد. این تعریف دارای وجوه مشترک و تمایز با تعاریف رایج مراقبت مبتنی بر شواهد است. Sackett (۲۰۰۰) مراقبت مبتنی بر شواهد را عبارت از تلفیق بهترین شواهد تحقیقی، با تجربه‌ی بالینی و ارزش‌های بیمار در مراقبت دانسته است [۸]. تشابه بارزی میان این تعریف و تعریف شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر وجود دارد، اما دو تفاوت اساسی نیز میان آنها به چشم می‌خورد. یک تفاوت، عدم توجه ملموس پرستاران ما به شواهد پژوهشی است. پرستاران ما عمدتاً به دانش آموخته شده و حاصل از تجربه‌ی فردی اشاره نموده‌اند و به ندرت دانش به هنگام تحقیقی برخاسته از تحقیقات با کیفیت و جدید پرستاری را در نظر قرار داده‌اند. این در حالی است که اکثر تعاریف موجود تا حد زیادی مراقبت مبتنی بر شواهد را با کاربرد نتایج تحقیقات در بالین مترادف در نظر گرفته‌اند. به همین دلیل Bennett (۲۰۰۳) ضمن اشاره به نقش و اهمیت تحقیقات و کاربرد آن در توسعه‌ی مراقبت مبتنی بر شواهد، برخورداری مراقبان بهداشتی از دانش و مهارت برای جستجو، فهم و تفسیر یافته‌های تحقیقی را پیش‌نیاز توسعه‌ی مراقبت مبتنی بر شواهد می‌داند [۲۲]. Odonnell (۲۰۰۴) و Melnyk (۲۰۰۴) نیز این مطلب را تایید و وجود یک فاصله‌ی ۱۷ ساله میان تحقیقات و اعمال بالینی پرستاری را متذکر شده‌اند [۷، ۱۰]. اگرچه چنین فاصله‌ای در کشورهای غربی ناشی از کمبود مهارت‌های پژوهشی پرستاران بوده است، در کشور ما علاوه بر وجود این مشکل، حاکمیت شیوه‌های مراقبت سنتی و پیروی اکید از رویه‌های روتین در مراقبت پرستاری احتمالاً فاصله موجود را افزوده است. از سوی دیگر اگرچه شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر بر توجه به نیاز بیمار در مراقبت تاکید داشتند، با این حال، به نظر می‌رسد که عمدتاً خود یا پزشک را مرجع تشخیص نیاز مددجو دانسته و توجه به ارزش‌ها، ترجیحات و نگرانی‌های بیمار را کمتر مورد توجه قرار داده‌اند. این مساله نشانگر وجود فاصله میان پرستاری نوین و پرستاری سنتی موجود است. به عبارت دیگر، در حالی که پرستاری نوین و عملکرد مبتنی بر شواهد، بر مراقبت بیمار محور [۱۷، ۳۰] و توجه خاص به بیمار و مشارکت دادن او در مراقبت [۸، ۳۳-۳۱] تاکید می‌کند، پرستاری در سیستم بیمارستانی ما بر مراقبت سنتی و اجرای دستورات پزشکی تاکید دارد. در این شیوه، دستورات پزشک، تشخیص پرستار و وظایف روتین اساس مراقبت را تشکیل می‌دهند. این مساله توسط نصرآبادی (۱۳۸۲)، ادب حاج باقری (۱۳۸۳) و رفیعی (۱۳۸۴) که تجارب پرستاران ایران را بررسی کرده‌اند تایید شده است [۱۳، ۳۴، ۳۵]. از نظر شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر، دانش حرفه‌ای

نظری آموخته شده در دوران تحصیل با افزایش سوابق کاری افراد کاهش می‌یابد [۲۲].

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که اگرچه بیشتر شرکت-کنندگان با واژه‌ی "مراقبت مبتنی بر شواهد" آشنایی نداشتند، بر این اعتقاد بودند که مراقبت مبتنی بر شواهد مراقبتی است که بر اساس دانش حرفه‌ای و به منظور شناسایی و رفع نیاز مراقبتی مددجو انجام می‌شود. با وجود این شرکت‌کنندگان کمتر به کاربرد یافته‌های تحقیقی در مراقبت اشاره نموده‌اند. این یافته دارای اهمیت اساسی در عرصه‌های آموزش، بالین و مدیریت پرستاری است زیرا چنانچه وایت (۲۰۰۳) و اسپلند و شانتا (۲۰۰۱) تاکید نموده‌اند این سیستم‌ها وظیفه آماده‌سازی و به کارگیری پرستارانی را بر عهده دارد که بتوانند مراقبت مستند، منطقی و مبتنی بر شواهد علمی را ارائه دهند [۴۴، ۴۵]. با وجود این به نظر می‌رسد که پرستاران در زمینه‌ی درک ارزش و اهمیت تحقیق و کاربرد آن با مشکل مواجه هستند، پیشنهاد می‌شود تا در برنامه‌ی آموزش پرستاری بر مفهوم مراقبت مبتنی بر شواهد و نیز روش‌های تولید، بازیابی و ارزیابی شواهد معتبر برای کاربرد در مراقبت پرستاری تاکید گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود که سیاست‌های تشویقی برای پرستارانی که عملکرد علمی داشته و در جهت ارتقای دانش و مهارت خود و بهبود کیفیت مراقبت تلاش می‌کنند در نظر گرفته شود. با توجه به این که پژوهش حاضر در بیمارستان‌های دولتی و در سطح کاشان انجام شده پیشنهاد می‌شود پژوهش مشابهی در سطح سایر شهرها و نیز بیمارستان‌های خصوصی، بیمارستان‌های وابسته به سازمان تامین اجتماعی و بیمارستان‌های نظامی انجام شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان به خاطر تامین بودجه این تحقیق و نیز از همه پرستاران، مدرسان و مدیران پرستاری که در این تحقیق شرکت کردند تشکر می‌شود.

References:

[1] Adib Hagbaghery M. Salsali M. Ahmadi F. A qualitative study of Iranian nurses' understanding and experiences of professional power. *Human Resour Health* 2004; 2: 9.

[۲] ادیب حاج باقری محسن، صلصالی مهوش، احمدی فضل‌الله. تصمیم‌گیری بالینی: راهی برای توانمندسازی حرفه‌ای در پرستاری. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی* ۱۳۸۳: ۱۰، صفحات ۳ تا ۱۲.

پرستار باید اساس شواهد مراقبت را تشکیل دهد و شواهد برخاسته از بررسی بیمار، محیط و اسناد و مدارک نیز تنها در پرتو این دانش به درستی قابل تفسیر خواهند بود. Kozier (۱۹۹۷)، Kuokkanen و Leino-Kilpi (۲۰۰۱)، Melnyk (۲۰۰۴)، Upshur (۲۰۰۱)، wood (۱۹۹۸)، Rycroft (۲۰۰۴) و ادیب حاج باقری (۱۳۸۳، ۲۰۰۴) نیز برخورداری از دانش حرفه‌ای را از عوامل عمده‌ی موثر بر نحوه‌ی عملکرد پرستار و مراقبت مبتنی بر شواهد دانسته و متذکر شده‌اند که پرستاران برخورداری از دانش حرفه‌ای از احساس توانمندی و خودباوری بیشتری برای اتخاذ و اجرای تصمیمات براساس دانش خود برخوردار بوده و فقدان آن عملاً اتکای پرستاران به روش‌های سنتی از قبیل اتکا به روتین و تقسیم کار وظیفه‌ای را تقویت می‌کند [۱، ۱۰، ۳۴، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰]. با این حال شرکت‌کنندگان در تحقیق اهمیت خاصی را برای تجربه و اتکا به روتین به عنوان مبنای مراقبت قایل بوده و اذعان کرده‌اند که با افزایش سابقه‌ی کار از اهمیت دانش نظری در نزد پرستاران کم می‌شود. این یافته با گزارش Eraut (۲۰۰۰) مبنی بر این که تجربه‌ی بالینی دومین دانش رایج در اعمال حرفه‌ای پرستاری است [۴۱] مطابقت دارد. Titchen (۲۰۰۰) تجربه را دانش فنی یا دانش نهفته در بالین نام نهاده است. به اعتقاد او این دانش اغلب مبتنی بر بصیرت و شهود است [۳۳]. گزارشات دیگر نیز حاکی از آن است که پرستاران در بسیاری از مواقع پیش از آن که بر دانش نظری خود تکیه کنند بر مبنای دانش شهودی حاصل از تجارب بالینی خود عمل می‌کنند [۱۰، ۴۲، ۴۳]. اهمیت تجربه‌ی بالینی در میان پرستاران به حدی است که آنها تجارب همکاران خود را نیز اخذ و در دانش تجربی خود تلفیق می‌کنند [۴۳]. به نظر می‌رسد که کم توجهی به استفاده از تحقیقات و اتکای عمده به تجربه در کارکنان بهداشتی عمومیت قابل توجهی دارد به گونه‌ای که مطالعه بر یک گروه کار درمان استرالیایی نیز نشان داد که ۹۶٪ از آنها در طی دو ماه گذشته عمدتاً بر تجارب بالینی خود برای تصمیم‌گیری اتکا کرده و به ندرت از یافته‌های تحقیقی استفاده نموده بودند. آنها همچنین گزارش دادند که میزان اتکا به دانش

- [3] Hagbaghery MA, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nurs* 2004; 3: 2.
- [4] McKenna HP, Ashton S, Keeney S. Barriers to evidence-based practice in primary care. *J Adv Nurs* 2004; 45: 178-189.
- [5] Adib-Hajbaghery M. Factors facilitating and inhibiting evidence-based nursing in Iran. *J Adv Nurs* 2007; 58: 566-575.
- [6] Dawes MG. On the need for evidence-based general and family practice. *Evidence-based Medicine* 1996; 1: 68-69.
- [7] O'Donnell CA. Attitudes and knowledge of primary care professionals towards evidence-based practice: a postal survey. *J Eval Clin Pract* 2004; 10: 197-205.
- [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] Gibbs L. Applying research to making life-affecting judgments and decisions. *Research on Social Work Practice* 2007; 17: 143-150.
- [10] Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Feinstein NF, Li H, Small I, Wilcox L, et al. Nurses' perceived knowledge, beliefs, skills and needs regarding evidence based practice: implication for accelerating the paradigm shift. *Worldviews Evid Based Nurs* 2004; 1: 185-192.
- [11] Bahtsevan CI, Khalaf A, Willman A. Evaluating psychiatric nurses' awareness of evidence-based nursing publications. *Worldviews Evid Based Nurs* 2005; 2: 196-207.
- [12] 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: 314-321.
- [۱۳] نصرآبادی نیکبخت علیرضا، بررسی تجربه پرستاری در ایران، رساله دکتری پرستاری، تبریز، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۸۱. صفحات ۲ تا ۲۰.
- [۱۴] ادیب حاج باقری محسن، صلصالی مهوش، احمدی فضل الله. تحقیقی کیفی بر مفهوم توانمندی حرفه‌ای در پرستاری. *مجله علمی - پژوهشی فیض* ۱۳۸۳: شماره ۲۹، صفحات ۹ تا ۱۹.
- [15] Salsali M. Scenario--nursing and nursing education. *Image J Nurs Sch* 1999; 31: 190-192.
- [16] Scott-Findlay S, Pollock C. Evidence, research, knowledge: a call for conceptual clarity. *Worldviews Evid Based Nurs* 2004; 1: 92-97.
- [17] DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evid Based Nurs* 1998; 1: 38-39.
- [18] Funk SG, Tornquist EM, Champagne MT. Barriers and facilitators of research utilization. An integrative review. *Nurs Clin North Am* 1995; 30: 395-407.
- [19] McColl A, Smith H, White P, Field J. General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *BMJ* 1998; 316: 361-365.
- [20] 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: 798-807.
- [21] Burns N, Grove SK. Understanding nursing research, 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders. 2003. p. 272.
- [22] Bennett S. Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal* 2003; 50: 13-21.
- [23] Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. California: Addison Wesley, 1984. pp. 4-20.
- [24] Schon DA. Educating the reflective practitioner. San Francisco: Jossey Bass, 1990. pp. 1-10.
- [25] Rodwell C. An analysis of the concept of empowerment. *J Adv Nurs* 1996; 23: 305-313.
- [26] Guthrie J, Petty R, Yongvanich K, Ricceri F. Using content analysis as a research method to inquire into intellectual capital reporting. *Journal of intellectual capital* 2004; 5: 282-293.
- [27] Kyngas H, Vanhanen L. Content analysis as a research method. *Hoitotiede* 1999; 11: 3-13.
- [۲۸] ادیب حاج باقری محسن. روش تحقیق گرانددتئوری. راه و روش نظریه پردازی در علوم انسانی و بهداشتی. تهران، بشری، ۱۳۸۵، صفحه ۲۷.
- [29] Cheevakumjorn B. An analysis of prosocial and aggressive content in Thai children's literature and its relationship to contemporary societal problems in Thailand. *Dissertation abstract international* 1993; 45: 3669.
- [30] Watson J. Postmodern nursing and beyond. Edinburgh: Churchill Livingstone: 1999. pp. 159-200.
- [31] Muir Gray JA. Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions. London: Churchill Livingstone: 1997. pp. 11-50.
- [32] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-72.
- [33] Titchen A. Professional craft knowledge in patient-centred nursing and the facilitation of its development. University of Oxford doctoral thesis. Kidlington: Ashdale Press: 2000. pp. 9-22.

- [۳۴] ادیب حاج باقری محسن. بررسی مفهوم قدرت و طراحی الگوی توانمندسازی حرفه‌ای در پرستاری. رساله دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۳، صفحات ۲۱۹ تا ۲۳۸.
- [۳۵] رفیعی فروغ. طراحی تئوری مراقبت پرستاری از بیماران سوختگی. رساله دکتری پرستاری. دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۸۳، صفحات ۱۷۱ و ۱۹۷.
- [36] Kozier B. Glenora E. Kathleen B. Professional nursing practice: concepts and perspectives. 3 rd ed. Prentice Hall: 1997. pp. 54-120.
- [37] Kuokkanen L. Leino-Kilpi H. The qualities of an empowered nurse and the factors involved. *J Nurs manag* 2001; 9: 273-280.
- [38] Upshur REG. The status of qualitative research as evidence. In: JM Morse JM. Swanson & AJ. Kuzel (Eds.), The nature of qualitative evidence. Thousand Oaks, CA: Sage: 2001. p. 5-26.
- [39] Wood M. Ferlie E. FitzGerald L. Achieving clinical behaviour change: a case of becoming indeterminate. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1729-1738.
- [40] Rycroft-Malone J. Stetler C. Commentary on evidence, research, knowledge: a call for conceptual clarity: shannon scott-findlay & carolee pollock. *Worldviews Evid Based Nurs* 2004; 1: 98-101.
- [41] Eraut M. Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *B J Educ Psychol* 2000; 70: 113-136.
- [42] Melnyk BM. Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice . Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins: 2005. pp. 25-62.
- [43] 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. *Evid Based Nurs* 2004; 7: 68-72.
- [44] White AH. Clinical decision making among fourth-year nursing students: an interpretive study. *J Nurs Educ* 2003; 42: 113-120.
- [45] Espeland K. Shanta L. Empowering versus enabling in academia. *J Nurs Educ* 2001; 40: 342-346.