

دیدگاه مدیران پرستاری بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان در مورد موانع ایفای نقش‌های بالینی پرستاران

بهناز باقریان^{۱*}، منیرالسادات نعمت‌اللهی^۲، سیده سکینه سبزواری^۳، عصمت نوحی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۳/۰۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۵/۱۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: پرستاران بالینی نقش‌های متعددی را در راستای کمک به بیمار ایفا می‌کنند. ایفای مطلوب این نقش‌ها همواره با موانع متعددی روبرو بوده است. آگاهی مدیران از این موانع در برنامه‌ریزی برای از میان برداشتن آن‌ها و در نتیجه ارتقا کیفیت مراقبت‌های پرستاری، تأثیر بسزایی دارد. این پژوهش باهدف بررسی نظرات مدیران پرستاری در مورد موانع ایفای نقش‌های بالینی انجام شده است.

مواد و روش کار: در یک مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۱۰۱ نفر از مدیران پرستاری بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان، به روش سرشماری انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه مشتمل بر ویژگی‌های فردی و موانع ایفای نقش‌های پرستاری بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آمارهای توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد فراوانی) و استنباطی (مربع کای، فیشر، همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یک‌طرفه و کروسکال والیس) انجام شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۸۵/۱ درصد واحدهای پژوهش مؤنث، ۷۵/۲ درصد متأهل، ۹۳/۱ درصد لیسانس، و ۶۴/۴ درصد سرپرستار بودند. از نظر سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۸ تا ۵۱ سال (میانگین ۴۳/۰۱±۴/۶۸) قرار داشتند. سابقه کار واحدهای پژوهش بین ۷ تا ۳۰ سال (میانگین ۲۰/۴۵±۵/۲) بوده و از نظر سابقه مدیریت، بین ۱ تا ۲۵ سال قرار داشتند. میانگین نظرات مدیران نشان داد که مهم‌ترین موانع به ترتیب عوامل مربوط به امنیت شغلی پرستار (۶۸/۹ درصد)، عوامل انگیزشی محیط کار (۶۴ درصد)، عوامل مربوط به مدیریت و رهبری (۶۳/۴ درصد)، اعتقادات بیمار و خانواده (۵۱/۵ درصد)، باورهای شخصی پرستار (۴۹/۷۵ درصد) و فاصله بین تئوری و عمل (۴۷/۵ درصد) بود. ارتباط ضعیفی بین جنس و عوامل مربوط به امنیت شغلی پرستاران وجود داشت ($r=0/3$) همچنین ارتباط ضعیفی بین باورهای شخصی پرستاران و جنس ($r=0/3$)، سن ($r=0/16$) و وضعیت تأهل ($r=0/5$) وجود داشت. بین وضعیت تأهل و فاصله بین نظریه و عملکرد ارتباط ضعیفی وجود داشت ($r=0/23$). نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که در ابعاد امنیت شغلی، اعتقادات بیمار و خانواده و اعتقادات شخصی پرستار، بین نظرات سه سطح مدیران اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($P<0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش حاکی از آن است که مهم‌ترین موانع ایفای نقش‌های بالینی پرستاری از دید مدیران پرستاری مربوط به امنیت شغلی، عوامل انگیزشی محیط کار و عوامل مربوط به مدیریت و رهبری است. لذا توصیه می‌شود با برنامه‌ریزی جهت انجام اقداماتی از قبیل افزایش و پرداخت به موقع حقوق و مزایا، بهبود شرایط کاری و افزایش امکانات رفاهی پرستاران و همچنین اصلاح یا تعدیل شیوه مدیریتی خود، در رفع این موانع و در نتیجه ارتقا کیفیت خدمات پرستاری گام بردارند.

کلیدواژه‌ها: نقش‌های بالینی پرستاران، موانع ایفای نقش، مدیران پرستاری

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۷۳، آبان ۱۳۹۴، ص ۶۶۵-۶۵۵

آدرس مکاتبه: کرمان، ابتدای بزرگراه هفت باغ علوی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، تلفن: ۰۳۴۳۳۲۰۵۱۷۷

Email: behnaz_bag@yahoo.com

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری مامایی رازی (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری مامایی رازی

^۳ دکتری تخصصی پرستاری، استادیار، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری مامایی رازی

^۴ دکتری تخصصی پرستاری، استادیار، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری مامایی رازی

مقدمه

پرستاری حرفه‌ای رو به رشد است. امروزه اهمیت وظایف و مسئولیت‌های پرستاران در انجام مراقبت‌های پرستاری، بیش‌ازپیش مشخص شده است (۱). در رابطه با نقش‌های پرستاری، MC Murray می‌نویسد هیچ تعریف اختصاصی و مشخصی که بتواند نقش‌های گسترده و موقعیت‌هایی که پرستاران عملاً با آن روبرو هستند را به‌طور کامل شرح دهد، وجود ندارد (۲). از آنجاکه پرستاران بیشترین ارتباط با بیمار و افراد جامعه دارند، نقش‌ها و وظایف مختلفی برای کمک به بیمار و افراد جامعه ایفا می‌کنند (۳). در سال ۱۹۸۳ انجمن پرستاران آمریکا، نقش‌های پرستاران را حفظ سیستم‌های مختلف بدن، همکاری و هماهنگی با سایر سیستم‌های درمانی و انجام فعالیت‌های مبتنی بر قانون و ضوابط با در نظر گرفتن سلامت جامعه دانست (۴). Morra نقش‌های پرستار حرفه‌ای را به این صورت بیان نموده است: نقش ارائه‌دهنده مراقبت؛ که در آن، نقش پرستار از فردی وابسته به پزشک و اجراکننده دستورات وی تغییر کرده و به‌عنوان فردی تحصیل کرده، آگاه و مستقل پذیرفته شده است، نقش مدافع حقوق بیمار که دربرگیرنده اعمالی نظیر کمک به بیمار در برآوردن نیازهای بهداشتی و درمانی، اطمینان از کیفیت مراقبت، دفاع از حقوق بیمار و برقراری ارتباط مناسب بین بیمار و نظام بهداشت و درمان است، نقش حمایت از بیمار شامل رعایت اخلاق در امر مراقبت بوده و پرستار با استفاده از دانش و تجربه‌اش به‌موازات مراقبت از بیمار، استقلال وی را حفظ کرده، سلامت‌ش را بهبود بخشیده و سایر عوامل محیطی مداخله‌گر در امر سلامتی او را اصلاح می‌کند (۵). حرفه پرستاری یکی از حرفه‌های موجود در سیستم بهداشت و درمان جامعه است و با استفاده از علوم و مهارت‌های خاص، هدف واحدی را که بهبود شرایط زندگی مددجو، بازیافتن سلامت وی، پیشگیری و ارتقای سلامت از نظر جسمی و روانی و اجتماعی است را دنبال می‌کند (۶).

Micheli اظهار می‌دارد که اگرچه قوانین و دستورالعمل‌های پرستاری در هر کشور، شهر یا نظام بهداشت و درمان اندکی متفاوت است، اما مسئولیت‌های حرفه‌ای پرستاری جهانی بوده و به‌عنوان راهنمای استاندارد عملکرد پرستاری می‌باشد. احساس حرفه‌ای بودن باعث می‌شود تا پرستاران صرف‌نظر از زمان و مکانی که در آن مشغول فعالیت هستند، خدمات خود را به نحو احسن ارائه دهند (۷). پرستار حرفه‌ای فردی است متعهد و مسئول که با آموزش‌های خاص، مهارت‌های حرفه‌ای مورد لزوم را کسب می‌کند (۸).

انجمن پرستاران آمریکا ویژگی‌های پرستار حرفه‌ای را این‌گونه بیان می‌کند: ارائه مراقبتی که سلامت و بهبودی بیمار را تسهیل

کند، توجه به تجربیات انسانی و پاسخ‌هایی که افراد به سلامت و بیماری می‌دهند، ترکیب داده‌های عینی با تجربیات ذهنی بیماران، کاربرد دانش برای تشخیص و درمان با استفاده از تفکر انتقادی، ارتقا دانش حرفه‌ای با استفاده از پژوهش و اثربخشی از قوانین اجتماعی و عمومی (۹).

Leddy & Wood معتقدند که برای حرفه‌ای شدن ویژگی‌هایی لازم است که می‌توان به قدرت کنترل بر کار خود، دانش و آگاهی از علوم جدید، داشتن تحصیلات دانشگاهی، صلاحیت و برخورداری از مهارت‌های بالینی، ارائه خدمات به جامعه، اجرای استانداردهای حرفه‌ای، عملکرد اخلاقی، ایجاد فرهنگ علمی میان پرستاران، انگیزش و پاداش درونی، پذیرش اجتماعی و مقبولیت حرفه‌ای اشاره نمود (۱۰).

حرفه‌ای شدن و حرفه‌ای عمل کردن از شاخص‌های توسعه حرفه‌ای در پرستاران است و لازم به نظر می‌رسد رهبران و مدیران پرستاری و خود پرستاران در راستای توسعه بسترهای لازم برای ایفای نقش‌های حرفه‌ای برنامه‌ریزی مناسبی اتخاذ نمایند (۱۱). نتایج یک تحقیق نشان داد که میزان ایفای نقش‌های حرفه‌ای پرستاران، به‌ویژه نقش آموزشی در سطح مطلوبی نیست (۱۱). مطالعه دیگری نشان داد که تنها ۳۱/۷ درصد فعالیت‌های آموزشی پرستاران، ۳۵/۶ درصد فعالیت‌های حمایتی، ۳۸/۴ درصد فعالیت‌های حفاظتی و ۵۴/۸ درصد فعالیت‌های هماهنگی آن‌ها در سطح مطلوبی انجام می‌شود (۱).

امروزه تضمین کیفیت مراقبت‌ها و کسب اطمینان از برخورداری پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها از صلاحیت حرفه‌ای و بالینی کافی، دغدغه و نقطه ثقل توجه مدیران و سیستم‌های ارائه مراقبت است. به‌طوری‌که آن را کلیدی‌ترین مسئولیت مدیران در محیط‌های کاری قلمداد کرده‌اند (۱۲). مطالعات نشان می‌دهد که ایفای ناکافی نقش‌های حرفه‌ای توسط پرستاران موجب بروز مشکلات و کاهش کیفیت خدمات پرستاری می‌گردد. عوامل متعددی بر ایفای نقش‌های پرستاران تأثیر دارند. کمبود زمان بر توانایی تصمیم‌گیری پرستاران اثر می‌گذارد. تضاد، ارتباطات ضعیف و شفاف نبودن مرزها و نقش‌های ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی از موانع ایفای نقش‌های پرستاران محسوب می‌شوند. همچنین فقدان منابع آموزشی از ارائه مراقبت مطلوب توسط پرستاران جلوگیری می‌کند. به‌عبارت‌دیگر، ارائه مراقبت مطلوب با کار گروهی اثربخش و حمایت مدیر تسهیل می‌شود. کار کردن گروهی با سایر اعضای تیم بهداشت و درمان برای عملکرد پرستاری سودمند است. حمایت سازمانی و مدیریتی و فقدان محدودیت‌های سازمانی عملکرد پرستاری را بهبود می‌بخشد (۱۳). تجزیه و تحلیل داده‌ها در یک مطالعه کیفی نشان داد که پرستاران

مؤلفه‌هایی از قبیل ویژگی‌های فرهنگی - اعتقادی بیمار و خانواده او، امنیت شغلی پرستاران، مدیریت و رهبری، فاصله نظریه و عملکرد، عوامل انگیزشی محیط کار و اعتقادات فردی پرستاران را به‌عنوان عوامل تأثیرگذار بر ایفای نقش‌های پرستاری معرفی کردند (۱۴).

Oelke و همکاران مهم‌ترین موانع ایفای نقش‌های پرستاران را بارکاری زیاد، فقدان مدیریت، کمبود زمان و کمبود کارکنان پرستاری معرفی نمودند. بارکاری زیاد، فقدان مدیریت و کمبود زمان باعث تنش در محیط کار شده و منجر به فرسودگی روانی و نارضایتی شغلی می‌گردد. مجموعه عوامل فوق‌ایمنی بیمار را به خطر می‌اندازد. همین‌طور عواملی مانند رهبری حمایت‌کننده، روشن بودن نقش و طراحی مجدد حرفه‌ای برای بهبود کار تیمی از فشار کاری کاسته و باعث انسجام بین اعضای تیم و احساس ارزشمندی در آن‌ها می‌شود (۱۳).

برطرف کردن موانع ایفای نقش‌های حرفه‌ای پرستاران مستلزم این است که در ابتدا پرستاران، مدیران پرستاری و مسئولان نظام بهداشت و درمان با نقش‌های حرفه‌ای پرستار کاملاً آشنا بوده، با شناخت دقیق عوامل تأثیرگذار بر ایفای نقش‌های حرفه‌ای پرستار و با استفاده از یک برنامه‌ریزی دقیق به اصلاح و رفع موانع و تقویت عوامل تسهیل‌کننده بپردازند تا هدف اعتلای سلامت جامعه محقق گردد (۱۴). وقتی پرستاران این موانع را بشناسند و بدانند دلیل پیدایش این موانع چیست می‌توانند از طریق تقویت خود (اعتمادبه‌نفس) و کسب بصیرت لازم، مشکلات بالینی ناشی از آن را که امروزه به جد جامعه پرستاری را درگیر کرده است کم کرده و سبب رهایی پرستاران از این مشکلات گردند (۱۵). بررسی‌های موفق در مدیریت نیز نشان می‌دهند که اصولاً توانمندسازی افراد از طریق کسب بصیرت، شناخت دقیق مسئله و مشکل و شناخت دلایل ایجاد موانع در کاهش بی‌انگیزگی مؤثر است (۱۶). تلاش در این راستا سبب دیدگاهی مثبت در پرستاران شده و در ایجاد انگیزه، انسجام فکری، پایداری در سختی‌ها و کاهش ناامیدی مؤثر است (۱۷).

با توجه به اینکه مطالعاتی که تاکنون در ایران در مورد عوامل مؤثر بر ایفای نقش‌های پرستاری انجام شده، همه دیدگاه پرستاران را بررسی کرده و هیچ‌یک نظرات مدیران پرستاری را در مورد این مهم نسنجیده‌اند (۱، ۴، ۱۱، ۱۵)، لذا بر آن شدیم تا آگاهی و نظرات مدیران پرستاری در مورد عوامل تأثیرگذار و موانع ایفای نقش‌های پرستاری را در بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان بررسی کنیم.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که به‌منظور تعیین دیدگاه مدیران پرستاری در مورد موانع ایفای نقش‌های بالینی پرستاران به‌وسیله پرسشنامه انجام شده است. ۱۰۱ نفر از مدیران پرستاری بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان، به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: (۱) حداقل ۶ ماه سابقه مدیریت در یکی از پست‌های مدیریتی پرستاری شامل: سرپرستار، سوپروایزر و یا مترون (۲) تمایل به شرکت در مطالعه و معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل (۱) سابقه مدیریت کمتر از ۶ ماه و (۲) عدم تمایل به شرکت در مطالعه بودند. پس از کسب اجازه از مسئولین، پرسشنامه بین کلیه مدیران پرستاری، شامل مترون، معاون مترون، سوپروایزر و سرپرستار، توزیع شد و به شرکت‌کنندگان در مورد اهداف پژوهش و حق آنان در مورد عدم تمایل به شرکت در پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات توضیح داده شد.

محیط پژوهش بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان، شامل بیمارستان‌های افضل‌پور، شفا و با هنر بود. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته مشتمل بر دو بخش و ۴۱ سؤال بود. بخش اول ویژگی‌های فردی از قبیل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سابقه کار، سابقه مدیریت (مجموعاً هفت سؤال) و بخش دوم موانع ایفای نقش‌های بالینی پرستاران، مشتمل بر ۳۴ سؤال بود که در ۶ طبقه: ویژگی‌های فرهنگی و اعتقادی بیماران (هشت سؤال)، عوامل مربوط به امنیت شغلی پرستاران (۷ سؤال)، عوامل مربوط به مدیریت و رهبری (۸ سؤال)، عوامل مربوط به فاصله بین نظریه و عملکرد (۴ سؤال)، عوامل انگیزشی محیط کار (۵ سؤال) و دو سؤال مربوط به اعتقادات فردی پرستاران، قرار گرفته بود. گویه‌های این ابزار به‌صورت یک مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (اصلاً، کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد) تنظیم شده بود که شرکت‌کنندگان نظر خود را در مورد هر یک از گویه‌ها، بر روی مقیاس موردنظر علامت‌گذاری می‌کردند.

این ابزار پس از مرور متون و با استفاده از منابع ۱۱ و ۱۴ ساخته شد. جهت تعیین اعتبار ابزار از روش اعتبار محتوی استفاده شده و ابزار توسط ده نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی رازی تأیید شد و برای تعیین اعتماد علمی سؤالات از روش آزمون مجدد استفاده شد به این صورت که پرسشنامه توسط ۱۵ نفر از مدیران پرستاری تکمیل شده و پس از دو هفته مجدداً توسط همین افراد تکمیل گردید و ضریب آلفای کرونباخ ($I=0/89$) بین دو گروه نتایج به دست آمد. لازم به ذکر است که این تعداد نمونه از پژوهش کنار گذاشته شدند.

در حیطه فاصله بین تئوری و عمل، مهم‌ترین مانع، فاصله بین آموزش دانشگاهی و کار بالینی (۴۱/۷ درصد با تأثیر زیاد) و بعد از آن نداشتن تبحر علمی و عملی (۴۷/۵ درصد با تأثیر متوسط) گزارش شده بود و در بعد ویژگی‌های فرهنگی و اعتقادی بیمار و خانواده، مهم‌ترین موانع، عدم آگاهی بیمار از دانش پرستار (۵۵/۴ درصد)، عدم اعتماد بیمار به پرستار (۴۱/۵ درصد)، عدم اعتماد خانواده بیمار به پرستار (۴۱/۶ درصد) و ارتباط نامناسب پرستار با بیمار (۳۴/۷ درصد) گزارش شدند.

در مجموع میانگین نظرات مدیران نشان داد که مهم‌ترین موانع به ترتیب عوامل مربوط به امنیت شغلی پرستار (۶۸/۹ درصد)، عوامل انگیزشی محیط کار (۶۴ درصد)، عوامل مربوط به مدیریت و رهبری (۶۳/۴ درصد)، اعتقادات بیمار و خانواده (۵۱/۲ درصد)، باورهای شخصی پرستار (۴۹/۷۵ درصد) و فاصله بین تئوری و عمل (۴۷/۵ درصد) بود.

نتایج آزمون مربع کای نشان داد که بین جنس و عوامل مربوط به امنیت شغلی ارتباط ضعیفی وجود داشت ($\chi^2 = 0/3$) ولی این ارتباط معنی‌دار بود بطوریکه زنان عدم تأمین امنیت شغلی را مانع مهم‌تری برای ایفای نقش، نسبت به مدیران مرد می‌دانستند ($P < 0/05$). بین جنس و باورهای شخصی پرستار نیز رابطه ضعیفی وجود داشت ($\chi^2 = 0/3$) بطوریکه از دید زنان این حیطه تأثیر متوسطی در ایفای نقش‌های پرستاری داشت در حالی که به عقیده مدیران مرد، این فاکتور تأثیر زیادی در ایفای نقش‌های پرستاران داشت ($P < 0/05$).

بین وضعیت تأهل و فاصله بین نظریه و عملکرد ارتباط ضعیفی وجود داشت ($\chi^2 = 0/23$) افراد مجرد اعتقاد داشتند که این عامل، مانعی برای ایفای نقش‌های پرستاران نیست در حالی که درصد کمی از مدیران متأهل (۲۲/۴ درصد) اعتقاد داشتند که این عامل دارای اثر متوسط است.

بین باورهای شخصی پرستار و وضعیت تأهل ارتباط معنی‌دار و متوسطی وجود داشت ($\chi^2 = 0/5$). اکثریت مدیران مجرد (۶۰ درصد) اعتقاد داشتند که این عامل دارای اثر متوسط است در حالی که بیشتر مدیران متأهل (۴۹/۳ درصد) معتقد بودند که این عامل تأثیر زیادی در ممانعت از ایفای نقش‌های پرستاران دارند ($P = 0/000$).

بین باورهای شخصی پرستار و سن نیز ارتباط ضعیفی وجود داشت ($\chi^2 = 0/16$) بطوریکه با افزایش سن مدیران، نظر ایشان در مورد تأثیر این عامل در ممانعت از ایفای نقش‌های پرستاران، تقویت می‌شد.

سایر متغیرهای زمینه‌ای ارتباطی با موانع ایفای نقش‌های پرستاران نداشتند.

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار (SPSS (V16 و در قالب آمارهای توصیفی (میانگین، انحراف معیار، جداول توزیع فراوانی و ...) و آمارهای استنباطی (آزمون مربع کای، فیشر و همبستگی پیرسون) جهت تعیین ارتباط متغیرهای زمینه‌ای با موانع ایفای نقش‌های بالینی استفاده شد. همچنین از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه و χ^2 -test جهت تعیین اختلاف نظرات مدیران سطوح مختلف، استفاده شد. در این مطالعه $\alpha = 0/05$ به‌عنوان سطح معنی‌داری یافته‌ها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه اکثر واحدهای پژوهش مؤنث (۸۵/۱ درصد)، متأهل (۷۵/۲ درصد)، لیسانس (۹۳/۱ درصد)، و سرپرستار (۶۴/۴ درصد) بودند. از نظر سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۸ تا ۵۱ سال (میانگین $46/1 \pm 4/3$) قرار داشتند. سابقه کار شرکت‌کنندگان بین ۷ تا ۳۰ سال (میانگین $25/2 \pm 5/4$) و سابقه مدیریت آن‌ها بین ۱ تا ۲۵ سال (با میانگین $6/5 \pm 9/6$) بود (جدول شماره ۱).

در رابطه با موانع ایفای نقش‌های پرستاری، در بعد امنیت شغلی پرستار مهم‌ترین موانع به ترتیب شیفت‌های زیاد (۵۲/۵ درصد)، خستگی و بارکاری زیاد (۵۱/۵ درصد)، و بیماری‌های جسمی پرستار (۴۴/۶ درصد) گزارش شد.

در بعد مدیریت و رهبری، مؤثرترین موانع از دید مدیران پرستاری، به ترتیب فقدان رهبری مؤثر (۳۵/۶ درصد)، اشتغال پرستاران به امور نامربوط (۳۴/۷ درصد)، محیط فیزیکی ناکارآمد از نظر امکانات و تجهیزات (۳۴/۷ درصد)، فقدان برنامه‌ریزی مناسب توسط مدیران (۳۲/۷ درصد) و وجود قوانین دست‌وپا گیر در بیمارستان (۳۲/۷ درصد) گزارش شد.

در قسمت عوامل انگیزشی محیط کار، به اعتقاد مدیران مهم‌ترین عامل کمبود انگیزه به دلیل نبودن سیستم منسجم حمایتی از پرستاران (۶۰/۴ درصد) بود و بعد از آن مهم‌ترین عوامل به ترتیب فقدان نظام پاداش و تشویق (۴۷/۵ درصد)، کمبود انگیزه ناشی از مسائل مالی (۳۲/۷ درصد) و کمبود انگیزه به دلیل برخورد نامناسب پزشکان (۳۲/۷ درصد) را ذکر کرده بودند.

در بعد اعتقادات فردی پرستار، اکثریت مدیران شرکت‌کننده در مطالعه (۵۸/۴ درصد) گزینه عدم احساس رضایت درونی از اثربخش بودن مراقبت‌ها را به‌عنوان یک مانع دارای اثر متوسط گزارش کرده بودند و ۳۷/۷ درصد اعتقاد داشتند که عدم احساس تعهد و وجدان کاری اثر زیادی در ممانعت از ایفای نقش توسط پرستار دارد.

کرده و همه متخصصین را قادر به ایفای کامل نقش تعریف‌شده خود نماید (۱۹). در این پژوهش، در بعد مدیریت و رهبری مؤثرترین مانع فقدان رهبری اثربخش بود. در پژوهش Oelke و همکاران نیز پرستاران شرکت‌کننده بر اهمیت مدیریت و رهبری حمایتی، به‌عنوان یک عامل کمک‌کننده برای ایفای کامل نقش‌های پرستاری، تأکید کرده بودند (۱۳).

از جمله عواملی که می‌تواند مانع از ایفای نقش‌های پرستار شود یا انجام آن‌ها را تسهیل کند، تجهیزات و امکانات موردنیاز می‌باشد، ممکن است تهیه وسایل و تجهیزات موردنیاز برای انجام برخی رویه‌های خاص برای بیماران حاد نیاز به زمان زیادی داشته باشد و این امر مراقبت پرستاری را به تعویق می‌اندازد (۱۴). در این پژوهش نیز محیط فیزیکی ناکارآمد از نظر امکانات و تجهیزات به‌عنوان یکی از موانع مهم در حیطه مدیریت و رهبری ذکر شد. در مطالعه نیک پیما و اشک تراب نیز کمبود امکانات و تجهیزات از جمله موانع ایفای نقش‌های پرستار معرفی شد (۱۴). بنابراین مسئولیت مدیران پرستاری است که اطمینان حاصل کنند که پرستاران در محیطی کار می‌کنند که با رضایت شغلی و پیامدهای خوب برای سازمان همراه است. یکی از موانع دیگری که در حیطه مدیریت و رهبری توسط شرکت‌کنندگان به‌عنوان یک عامل تأثیرگذار مشخص شده بود، وجود قوانین دست‌وپا گیر در بیمارستان بود. در تحقیقی که توسط موقری و همکاران انجام شد نیز تعدادی از پرستاران وجود قوانین دست‌وپا گیر در بیمارستان را به‌عنوان مانع ایفای نقش ذکر کرده بودند (۲۱). اصولاً تدوین قوانین در بیمارستان در راستای حقوق بیمار بوده و ملزم کردن پرستار به رعایت آن در بخش سبب پیشگیری از بسیاری از سردرگمی‌ها و جایگزین کردن قوانین و مقررات در بخش می‌شود. درواقع تبلور حقوق بیمار شامل یک سری سیاست‌ها و خط‌مشی‌هایی است که جهت دستیابی به اهداف درمانی، به‌طور هماهنگ در یک مرکز اجرا می‌شوند و این قوانین هستند که محدوده کار مراقبتی افراد را، که مجاز به انجام چه کارهایی هستند، مشخص می‌کنند (۲۲). حمایت ناکافی مسئولان پرستاری و مدیران در رده‌های بالای سازمانی نیز می‌تواند مانع از اجرای نقش‌های پرستاری شود (۱۴). در این پژوهش در حیطه عوامل انگیزشی محیط کار، مهم‌ترین عامل کمبود انگیزه به دلیل نبودن سیستم منسجم حمایتی از پرستاران ذکر شده بود. Oelke و همکاران نیز در پژوهش خود وجود رهبری و مدیریت حمایتی را از جمله عوامل تسهیل‌کننده ایفای نقش پرستاران معرفی کرده بودند (۱۳). از مهم‌ترین عوامل ایجاد انگیزه برای ارائه مراقبت و ایفای نقش حرفه‌ای، تشویق کردن پرستاران و دادن پاداش‌های بیرونی است. پاداش‌ها می‌توانند هم به‌صورت مادی و هم معنوی

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که در بعد امنیت شغلی بین نظرات سرپرستاران و سوپروایزرها تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P=0/004$) بطوریکه سرپرستاران نقش این بعد را بیشتر از سوپروایزرها گزارش کرده بودند. همچنین از دید سرپرستاران، اعتقادات بیمار و خانواده وی، مانع مؤثرتری بر سر راه ایفای نقش‌های بالینی پرستاران بود (نسبت به دیدگاه دو گروه دیگر مدیران: سوپروایزرها ($P=0/000$) و مترون‌ها ($0/01$)). تأثیر باورهای شخصی پرستار نیز، از نظر سرپرستاران به‌طور معنی‌داری قوی‌تر از نظر سوپروایزرها و مترون‌ها بود ($P=0/004$)^۱.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش در بعد امنیت شغلی پرستار مهم‌ترین موانع شیفتهای زیاد، خستگی و بارکاری زیاد و بیماری‌های جسمی پرستار گزارش شدند. در مطالعه‌ای که توسط Awases در Namibia انجام شد اکثر شرکت‌کنندگان کمبود پرسنل را به‌عنوان یک عامل مؤثر در ایفای نقش خود ذکر کرده و معتقد بودند که باوجود کمبود نیرو، پرستاران علاوه بر اینکه مجبور هستند حجم بالای کار خود را پوشش دهند، بلکه باید فراتر از شرح وظایف خود نیز کار کنند (۱۸). در پژوهشی که توسط موقری و همکاران انجام شد نیز تعدادی از پرستاران، مهم‌ترین موانع ایفای نقش بالینی را خستگی و بارکاری زیاد گزارش کرده بودند و این پرستاران در بخش‌هایی مشغول به کار بودند که بیش از ۲۱ تخت داشتند، بنابراین یکی از موانع ایفای کیفی نقش پرستار می‌تواند وجود تعداد زیاد بیمار و عدم تناسب تعداد پرستار با بیمار باشد (۱۹). در پژوهشی که توسط Oelke و همکاران انجام شد، شایع‌ترین مانع انجام وظایف بارکاری سنگین، حساسیت بالای کار و کمبود وقت ذکر شد (۱۳). کمبود پرستار ممکن است باعث خستگی و بیماری‌های وابسته به استرس شود که کارایی کارکنان سلامت را کاهش می‌دهد (۲۰).

شیوه مدیریت و رهبری یکی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت ارائه نقش‌های پرستاری است. یکی از مهم‌ترین فعالیت‌های مدیریت، برنامه‌ریزی برای کارکنان است که اگر این برنامه مناسب و عادلانه نباشد می‌تواند بر ایفای نقش‌های پرستاران تأثیرگذار باشد (۱۴). اهمیت رهبری قدرتمند و حمایتی به‌وسیله مدیران در تمام سطوح سازمانی، برای استفاده بهینه از نیروی کاری سیستم مراقبت بهداشتی، بر کسی پوشیده نیست. رهبری قدرتمند و حمایت سازمانی می‌تواند و باید بکار بسته شوند تا سیاست‌ها و استراتژی‌های ارتقاء دهنده کار اثربخش و مشارکتی توسعه پیدا

^۱ Kruskal-wallis

می‌بخشند (۲۴). Lindhall & Sandman نیز ابراز نمودند که احساس تعهد و وجدان کاری پرستار را به مراقبت از بیمار تشویق نموده و باعث می‌شوند که پرستار به برنامه مراقبتی نظم بخشیده و آن را به نحو شایسته‌ای انجام دهد (۲۵). Sylvan نیز بیان نمود که پرستار باید به‌عنوان یک عامل اخلاقی به ارزش‌های بیمار حساس بوده و به آن‌ها احترام بگذارد (۲۶).

فاصله بین آموزش نظری و عملکرد بالینی پرستاری می‌تواند بر ایفای نقش‌های حرفه‌ای پرستاری اثر بگذارد. در این مطالعه فاصله بین آموزش دانشگاهی و کار بالینی و همچنین نداشتن تبحر علمی و عملی به‌عنوان موانع ایفای نقش‌های بالین پرستاران ذکر شدند. یکی از موانع ایفای نقش‌های حرفه‌ای این است که آنچه پرستاران در مدت آموزش دانشگاهی فراگرفته‌اند با آنچه در عملکرد بالینی مواجه می‌شوند متفاوت است (۱۴). چنانکه، تحقیقی در رابطه با نظرات دانشجویان کارورز عرصه پرستاری از وضعیت مهارت‌های بالینی آن‌ها نشان داد که دانشجویان توانایی خود را در اغلب فن‌ها کافی دانسته و اغلب آن‌ها میزان مهارت خود را تا سطح خوب اعلام نمودند (۲۷). بعد از فراغت از تحصیل، به نظر می‌رسد که اجرای این مهارت‌ها در بالین به‌خوبی صورت نمی‌گیرد (۲۸). این مشکل سبب شده که تعداد زیادی از محققین اعلام نمایند که فاصله زیادی بین تئوری و بالین وجود دارد (۲۹، ۲۷). تحقیقات Pasco و همکاران در استرالیا نیز نشان داد که تفاوت قابل‌توجهی بین دروس آموزش داده‌شده در دانشگاه‌ها و اجرای آن‌ها در بالین وجود دارد و از این جهت پرستاران نیازمند آموزش هستند (۳۰). هرچند Wilson بر این اعتقاد است که عامل مؤثر در ایجاد این فاصله، تفاوت بین دروس آموزش و بالین نبوده، بلکه عدم شناخت قابلیت‌های پرستاران توسط گروه درمان و گاهاً خود پرستاران است (۳۱). گذشته از آن در بسیاری از بیمارستان‌ها این نقش‌ها با توجه به موقعیت بخش از آن‌ها خواسته نمی‌شود و بنابراین بعضی از مهارت‌ها به ورطه فراموشی سپرده می‌شوند (۳۲). به کار گماردن پرستاران به کارهای غیر پرستاری از عوامل دیگری است که باعث می‌شود این فاصله بین تئوری و بالین ایجاد شود (۳۳). در مطالعه‌ای که به‌وسیله Horwitz در آفریقای جنوبی انجام شد، اکثر متخصصین مصاحبه شده از کمبود برنامه‌های آموزشی مناسب احساس نگرانی کرده بودند. عده‌ای نیز نگران بودند که آمادگی کافی برای ارائه مراقبت باکیفیت را ندارند (۳۴). Yasushi و همکاران دریافتند که بالا بودن اطلاعات و دانش تخصصی پرستاران باعث ایجاد احساس قدرت و آزادی عمل در آن‌ها شده، از میزان خطای پرستاری کاسته و باعث ارتقای کیفیت مراقبت می‌شود (۳۵). انجمن پرستاران آمریکا اظهار می‌دارد که پرستاری حرفه‌ای، تخصصی بر مبنای علوم پرستاری،

در ایجاد انگیزه در پرستاران مؤثر باشند (۱۴). پژوهش‌های اسکینر در زمینه شرایط تعدیل رفتار نیز نشان داده که اشخاص می‌توانند در شرایطی باشند که به طریقه‌ای معین عمل نمایند که مبتنی بر یک سیستم پاداش و تنبیه است. رفتاری که پاداش داده شود تکرار شده و رفتاری که با مجازات همراه باشد و یا پاداش داده نشود، تنبیه می‌شود. مدیران پرستاری می‌توانند به طرق گوناگون از این سیستم، برای ایجاد انگیزه در کارکنان استفاده کنند (۲۳). در این مطالعه، در حیطه عوامل انگیزشی مربوط به محیط کار، بعد از نبودن سیستم منسجم حمایتی، فراوان‌ترین موارد فقدان نظام پاداش و تشویق و کمبود انگیزه ناشی از مسائل مالی بود. در مطالعه نیک پیما و اشک تراب نیز به این عامل به‌عنوان یکی از موانع ایفای نقش اشاره شده بود (۱۴). ارتباط خوب پرستار با سایر اعضای تیم بهداشتی درمانی می‌تواند به ایفای نقش‌های حرفه‌ای پرستار کمک کند و بالعکس (۱۴). در ارتباط بین پزشک و پرستار، اعتماد یک جزء اساسی است که استقلال درک شده توسط پرستار را ارتقا داده و به‌طور مثبت بر عملکرد پرستاران تأثیر می‌گذارد (۱۳). در این تحقیق یکی از موانع ایفای نقش که توسط اکثر شرکت‌کنندگان به آن اشاره شده بود ارتباط نامناسب با پزشکان بود. در تحقیق نیک پیما و اشک تراب شرکت‌کنندگان معتقد بودند که ارتباط مناسب با پزشک باعث می‌شود تا بیشتر به وضعیت بیمار رسیدگی شود، هم پزشک از اقدامات پرستاری انجام شده برای بیمار آگاه می‌شود و هم پرستار می‌تواند در مورد انجام سایر اقدامات ضروری تصمیم بگیرد (۱۴). در مطالعه Oelke و همکاران، پرستاران اظهار کرده بودند که ارتباط مناسب بین پزشک و پرستار در یک تیم، برای ایفای نقش‌های پرستار ضروری است. اکثر آن‌ها در این مطالعه، ارتباط با پزشک را سخت و نامناسب بیان کرده بودند و خواستار این بودند که پزشکان به اطلاعات ارائه‌شده و پیشنهادات آن‌ها در مورد بیمار گوش داده و برای آن ارزش قائل شوند (۱۳). ویژگی‌های فردی و اعتقادی پرستار صرف‌نظر از شرایط کاری، می‌تواند به ایفای نقش‌های حرفه‌ای پرستار کمک کند. مشاهده بهبودی بیمار در نتیجه مراقبت‌های انجام شده می‌تواند از عوامل ایجاد انگیزه برای ایفای بهتر نقش‌های پرستاری باشد (۱۴). در این مطالعه اکثریت شرکت‌کنندگان معتقد بودند که عدم رضایت درونی از اثربخش بودن مراقبت‌ها اثر متوسط در ممانعت از ایفای نقش‌های پرستاران دارد، درحالی‌که عدم احساس تعهد و وجدان کاری تأثیر زیادی در ایفای نقش‌های پرستاران دارد. مطالعه‌ای که توسط Hueng-Ming در تایوان انجام شد نشان داد که عملکرد شغلی کارکنان تحت تأثیر نگرش‌ها، رضایت شغلی و تعهد سازمانی قرار می‌گیرد که این عوامل نیز به‌نوبه خود پیامدهای سازمانی را بهبود

فناوری، پژوهش، عملکرد مبتنی بر شواهد، و پژوهش مبتنی بر عملکرد و آموزش است (۳۶). Hood & Leddy معتقدند سازمان‌های نظام پرستاری موظف‌اند به‌منظور ارتقای سطح علمی پرستاران در حیطه‌های مدیریت و بالین و ایجاد فرهنگ علمی در میان پرستاران، اینترنت را در اختیار آن‌ها قرار دهند (۱۰). از مدیران پرستاری انتظار می‌رود که شرایط و امکانات ارتقا دانش و مهارت علمی و عملی کارکنان را فراهم کنند و این مهم از طریق انجام نیازسنجی‌های آموزشی، برقراری دوره‌های آموزشی متناسب با نیازهای پرستاران بخش‌های مختلف و فراهم کردن شرایط شرکت پرستاران در دوره‌های آموزش ضمن خدمت، امکان‌پذیر است.

ویژگی‌های فرهنگی و اعتقادی بیمار و خانواده وی از عوامل مهمی است که می‌تواند در ایفای نقش‌های پرستار تأثیر داشته باشد. خانواده و بستگان بیمار نیاز به مراقبت دارند. پرستار باید با خانواده بیمار ارتباط برقرار کرده و آن‌ها را در مراقبت مشارکت دهد و برای کاهش نگرانی و اضطراب، اطلاعات لازم را به آن‌ها بدهد (۲۶). در این مطالعه، در بعد ویژگی‌های فرهنگی و اعتقادی بیمار و خانواده، مهم‌ترین موانع عدم آگاهی بیمار از دانش پرستار، عدم اعتماد بیمار به پرستار، عدم اعتماد خانواده بیمار به پرستار و ارتباط نامناسب پرستار به بیمار ذکر شدند. در مطالعه نیک پیمان و اشک تراب نیز پرستاران ویژگی‌های فرهنگی و اعتقادی بیماران، درک نادرست بیمار و خانواده از دانش و مهارت پرستار و عدم اعتماد بیمار و خانواده وی به پرستار به‌عنوان موانع ایفای نقش معرفی شدند (۱۴). به عقیده پژوهشگر عدم آگاهی بیمار و خانواده وی از توانایی‌ها و دانش پرستار، باعث بی‌اعتمادی آن‌ها به پرستار می‌شود که همین امر موجب برقراری یک رابطه نادرست و توأم با بی‌اعتمادی می‌شود که به دلسردی و بی‌انگیزگی پرستار منجر شده و در ایفای کامل و صحیح نقش وی اختلال ایجاد می‌کند.

بین نظرات سه سطح مدیران شرکت‌کننده در مطالعه (سرپرستار، سوپروایزر و مترون) اختلاف معنی‌داری در ابعاد امنیت شغلی پرستاران، عقاید بیمار و خانواده و باورهای شخصی پرستار وجود داشت، بطوریکه در هر سه حیطه سرپرستاران اهمیت بیشتری را برای این ابعاد قائل بودند. در هیچ‌یک از مطالعات انجام شده در ایران به این جنبه پرداخته نشده بود. به نظر پژوهشگر دلیل این موضوع می‌تواند ارتباط نزدیک‌تری باشد که سرپرستار با پرستاران تحت نظارت خود داشته و در نتیجه از مشکلات، روحیات و عقاید آن‌ها اطلاع بیشتری دارد.

در پژوهش حاضر بین جنس، موانع مربوط به امنیت شغلی و باورهای شخصی پرستاران ارتباط ضعیف و معنی‌داری وجود داشت. در پژوهشی که توسط لواسانی و همکاران در کرمانشاه

انجام شد پرستاران مرد رضایت شغلی بیشتر و استرس شغلی کمتری را تجربه کرده بودند و با توجه به اینکه تعداد پرستاران زن در این مطالعه بیشتر بود، توصیه می‌کند که تدابیر جدی برای افزایش رضایت شغلی و کاهش سطح استرس پرستاران زن بکار بسته شود (۳۷). همچنین بین وضعیت تأهل، باورهای شخصی پرستار و فاصله بین نظریه و عملکرد ارتباط مثبت و ضعیفی وجود داشت. بین باورهای شخصی پرستار و سن نیز ارتباط مثبت و ضعیفی وجود داشت. ولی سایر متغیرهای زمینه‌ای ارتباطی با موانع ایفای نقش نداشتند. در مطالعه‌ای که به‌وسیله فروزان فر و همکاران در مورد رضایت شغلی پرستاران اورژانس انجام شد، بین رضایت شغلی پرستاران و متغیرهای زمینه‌ای از قبیل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، رده شغلی و ... ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۳۸). همچنین، در مطالعه انجام شده به‌وسیله نصیری پور و همکاران نیز ارتباطی بین متغیرهای زمینه‌ای مثل سن، جنس، میزان تحصیلات و ... با رضایت شغلی موجود نبود (۳۹). Blegen (۱۹۹۳) معتقد است که رضایت شغلی قویاً با استرس و تعهد سازمانی در ارتباط است و ارتباط بین رضایت شغلی و متغیرهایی مانند رابطه با سرپرست، استقلال کاری، ارتباط با سایر همکاران، سن و سطح تحصیلات، در حد متوسط و کم است (۴۰).

نتیجه‌گیری: در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که مدیران پرستاری مهم‌ترین موانع ایفای نقش‌های بالینی پرستاران را موانع مربوط به امنیت شغلی، عوامل انگیزشی محیط کار، عوامل مربوط به مدیریت و رهبری، اعتقادات بیمار، عقاید شخصی پرستار و فاصله بین آموزش دانشگاهی و عملکرد بالینی می‌دانستند. انتظار می‌رود که مدیران تا حد امکان، با برنامه‌ریزی جهت انجام اقداماتی از قبیل افزایش و پرداخت به‌موقع حقوق و مزایا، بهبود شرایط کاری و افزایش امکانات رفاهی پرستاران و همچنین اصلاح یا تعدیل شیوه مدیریتی خود، در رفع این موانع و در نتیجه ارتقا کیفیت خدمات پرستاری گام بردارند.

نقاط قوت و محدودیت‌ها: از نقاط قوت این پژوهش روش نمونه‌گیری آن است که با این روش، تقریباً تمام مدیران پرستاری شهرستان کرمان در این پژوهش شرکت کرده بودند ولی حجم پایین نمونه‌ها در این پژوهش ممکن است قابلیت تعمیم‌یافته‌ها را محدود کند. لذا، با در نظر گرفتن اینکه این پژوهش در سطح شهر کرمان انجام شده و فقط مدیران پرستاری بالینی در مطالعه شرکت داشته‌اند، توصیه می‌شود برای افزایش قدرت مطالعه و همچنین برنامه‌ریزی مناسب جهت از میان برداشتن موانع ایفای نقش‌های پرستاری، پژوهشی در سطح استان و با تنوع شرکت‌کنندگان انجام شده و دیدگاه مدیران و مسئولان پرستاری و

تشکر و قدردانی

در پایان پژوهشگر از کلیه مدیران پرستاری مراکز آموزشی درمانی شهرستان کرمان که در این پژوهش شرکت کردند، نهایت تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورد.

همچنین مدیران و مسئولان آموزش پرستاری نیز سنجیده شود، تا به‌طور بنیادی‌تری جهت رفع این موانع و ارتقا کیفیت ارائه خدمات پرستاری، اقدام شود.

References:

1. Zokaie Yazdi S, Mosayyeb Moradi J, Mehran A. A perspective of the nursing staff of hospitals affiliated to Tehran University of medical sciences on the roles and activities of the nurses. *J Tehran Univ Med Sci* 2008; 8(21): 77-83. (Persian)
2. MC Murray A. *community health nursing: primary health care in practice*. London: Churchill Livingstone; 1990; P.200.
3. Dugas BW. *Introduction to patient care*. Philadelphia: Lippincott co; 2007.
4. Allamzadeh M. A study on the knowledge of employed nurses in psychiatry unit of hospitals affiliated to Tehran University of Medical sciences about their professional roles. (Dissertation) Tehran: Iran university of Medical Sciences; 1992. (Persian)
5. Morra ME. New opportunities for nurses as patient advocates. *Seminars in oncology nursing*. Elsevier; 2000. p. 57-64.
6. Zolriastin F. Nursing roles. *Sci J Shahid Beheshti Univ* 1996: 53-9. (Persian)
7. Micheli C. What is professional responsibility in nursing? Available at: www.eHow.org; 2000: (15 December 2010).
8. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. *Fundamentals of nursing*. Elsevier Health Sciences; 2013. P: 41.
9. OHIO Nurses Association. ANA's nursing social Policy statement, 2nd Ed; 2003. Available at: www.ANA.org. (15 Jan 2011).
10. Hood LJ, Leddy SK. *Conceptual bases of professional nursing*. 5th ed. Lippincott Co; 2003.
11. Khezerloo S, Salehmoghaddam A, Mazloom SR. Assessment of nurse's professional roles in hospitals affiliated to Mashahad University of Medical sciences. *Hakim Res J* 2013; 15(4): 346-51. (Persian)
12. Girot E. Assessment of graduate in clinical practice in the UK: Are we measuring the same level of competence. *J clin Nurse* 2002; 9: 330-7.
13. Oelke ND, White D, Besner J, Doran D, McGillis Hall L, Giovannetti P. Nursing workforce utilization: an examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nurs Leadersh (Tor Ont)* 2008;21(1):58-71.
14. Nikpeyma N, Ashktorab T. Nurses' workforce utility: An examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nurs Res* 2008; 21(1): 58-71. (Persian)
15. Ali W, David P, Alan H. Barriers to developing nurse practitioner role in primary care: the GP perspective. *Family practice* 2002; 6(19): 41-6.
16. Decooman RE, Degieter SA, Pepermans RO, Duobis SY, Caers RA, Jgers MA. Freshman in nursing: job motives and work values of a new generation. *Nurs Manag* 2008; 16(1): 56-64.
17. Wilson GH. Using conflict resolution as a strategy within the clinical setting [Internet]. 2007 [cited 2015 Nov 18]. Available from: <http://www.thefreelibrary.com/Using+conflict+resolution+as+a+strategy+within+the+clinical+setting.g.-a0165194653>
18. Awases MH. Factors affecting performance of professional nurses in Namibia. (Dissertation). South Africa: University of South Africa; 2006.
19. Crosby F, Ogden J, Heady NP, Agard SL, Kerr MV. Survey of NYS Rural nurses: practice, characteristics and resources. *J New York State Nurs Association* 2000; 31(2): 9-14.

20. McNeese-Smith DK, van Servellen G. Age, developmental and job stage influences on nurse outcome. *Outcomes Manag Nurs Practice* 2000; 4(2):97-104.
21. Movaghari Sadatmahale M, Amir Hosseini M, Movaghari R, Rahimi Sh. Perspective of clinical nurses about their role barriers. *J Nurs Res* 2013; 8(29): 26-36. (Persian)
22. Zokaie Yazdi S, Mosayebmoradi G, Mehran A. The survey of clinical nursing roles in the medical sciences of Tehran University. *Hayat*. 2002; 3, 4: 97-107. (Persian)
23. Hosseinie M. *Fundamental of nursing management*. 2ed ed. Tehran: Hakim Hidji; 2012. (Persian)
24. Hueng-Ming T. The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit an empirical investigation in Taiwan. *Int J Nurs Stud* 2002; 39(8):867-79.
25. Lindahl B, Sandman PO. The role of advocacy in critical care nursing: A caring response to another. *Intens Crit Care Nurs* 1998; 14 (4) 179-86.
26. Sylvan R. Role of the Nurse As a Patient Advocate [Internet]. 2009 [cited 2015 Nov 18]. Available from: <http://work.chron.com/role-nurse-patient-advocate-13378.html>
27. Movaghari M, Soghrati V. Internship nursing students Viewpoints on their clinical skills. *Nurs Res* 2007-2008; 2(6, 7): 45-53. (Persian)
28. Lefever A. *Applying Nursing process prompting collaborative care*. Philadelphia: Lippincott, Williams Wilkins; 2002.
29. Nikbakht NA, Movaghari M. Needs on Educational Nursing System. *Hayat* 2002; (9): 46-55. (Persian)
30. Pascoe T, Hutchinson R, Foley E, Watts I, Whitecross L. Education needs of nurses working in Australian general practices. *Aus J Adv Nurs* 2007; 24(3): 33-7.
31. Wilson GH. Using conflict resolution as a strategy within the clinical setting [Internet]. 2007 [cited 2015 Nov 18]. Available from: <http://www.thefreelibrary.com/Using+conflict+resolution+as+a+strategy+within+the+clinical+setting.-a0165194653>
32. Redelmeier DA, Ferris LE, Tu JV, Hux JE, Schull MJ. Problems for clinical judgment: introducing cognitive psychology as one more basic science. *CMAJ* 2001; 164(3): 358-60.
33. Elizabeth A, Ledwel Ann, Andrsyszy N, Carrll L. Nursing Students Empowerment in distance Education: Testing Kanter's Theory. *Distance Educ* 2006; 21(2): 78-95.
34. Horwitz, F.M, Pundit P. Job Satisfaction and retention of nurses in the South African Labor market. *South Afr J Labor Relations* 2008; 32(2):23-44.
35. Kudo Y, Kido S, Taruzuka Shahzad M, Saegusa Y, Satoh T, Aizawa Y. Safety climate and motivation toward patient safety among Japanese nurses in hospitals of fewer than 250 beds. *Ind Health* 2009;47(1):70-9.
36. OHIO Nurses Association. ANA's Nursing's Social Policy Statement, 2nd edition. 2003: Site: www.ANA.Org. (15 Jan 2011).
37. Gholamali Lavassani M, Keyvanzade M, Arjmand N. Spirituality, job stress, organizational commitment, and job satisfaction among nurses in Tehran. *J Soc Welfare Rehabil Sci* 2006; 3(2): 61-73. (Persian)
38. Forouzanfar MM, Alitaleshi H, Hashemi B, Baratloo A, Motamedi M, Majidi A, et al. Emergency nurses ' job satisfaction and its determinants in the Hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Sci J Nurs Midwifery Univ* 2013; 23(80): 10-14. (Persian)
39. Nasiripour AA, Delgosaie B, Kalhor K, Kiaei MZ, Shahbahrani E, Tabatabaee S. Effective Factors On Staffs' Job Satisfaction Based On

- Herzberg Theory In Qazvin Teaching Hospitals.
Payavard J 2013; 7(4): 354-65. (Persian)
40. Blegen MA. Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. Nurs Res 2013; 42 (1):36-4.
41. Makunyane CM. Factors influencing performance of nurses in the Makhuduthamaga Sub-District, Sekhukhune District, Limpopo Province, South Africa.(Dissertation). South Africa: Faculty of Health Sciences,school of health sciences public health University of Limpopo; 2012.

NURSING MANAGERS VIEWS OF THE EDUCATIONAL HOSPITALS OF KERMAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES REGARDING BARRIERS OF NURSES' ROLES PERFORMANCE

Bagherian B^{1*}, Nematollahi M², Sabzevari SS³, Nouhi E⁴

Received: 24 May, 2015; Accepted: 6 Aug, 2015

Abstract

Background & Aims: Clinical nurses perform different roles in helping patients. Optimal performance of nurses in their clinical roles have always been encountered with several barriers. Awareness of nursing managers of these barriers has considerable impact on planning strategies to eliminate these barriers and thus improving the quality of nursing services. This study aims to investigate nursing manager's opinions on barriers of clinical nurse's role.

Materials & Methods: In a descriptive – analytical study, 101 manager of educational hospitals of Kerman University of Medical Sciences were selected using consensus method. Data collection tool was a questionnaire consisted of demographic characteristics and barriers to nurse's clinical role. Data analysis was done using SPSS V₁₆, by applying descriptive and inferential statistics.

Results: In this study, 85.1% of study subjects were female, 75.2% were married, 93.1 % had bachelor degree, and 64.4% were head nurses. The study participants were aged between 28-51 years (mean 43.01±4.68). They have the work experience of 7-30 years, and their management work experience was between 1-25 years. The averages of manger's opinion showed that the most important barriers were related to job security (68.9%), motivational factors at work environment (64%), factors related to management and leadership (63.4%), factors related to patient and caregiver's believes (51.2%), nurse's personal believes (49.75%) and the gap between theory and practice (47.5%). Weak association was found between gender and job security factors ($r=0.3$), as well as poor association between nurse's personal believes and gender ($r=0.3$), age ($r=0.16$), and marital status ($r=0.5$), respectively. There was a weak correlation between marital status and the gap between theory and practice ($r=0.23$). Other demographic characteristics did not show any correlation with nurse's role barriers. ANOVA test results showed that there were significant difference between the opinions of the three levels of managers (head nurse, supervisor, and metron) in term of job security, personal believes of patients and caregivers and nurse's personal believes ($p<0.05$).

Conclusion: The study found that the main barriers to nurse's clinical role from nursing manager perspective were related to job security, workplace motivational factors and factors related to management and leadership. Therefore it is recommended that by planning actions such as timely payment of wages and benefits, improved working conditions and increased nursing facilities as well as modification or adjustment of their management styles, the managers could remove these barriers and thus improve the quality of nursing services.

Keywords: Nurses Clinical roles, Barriers of roles, Nurse Managers

Address: Kerman, Haft Bagh-e-Alavi highway, Kerman University of Medical sciences, Razi school of Nursing and Midwifery

Tel: +98)3433205177

Email: behnaz_bag@yahoo.com

¹ PhD candidate at Razi school of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical sciences (Corresponding Author)

² PhD candidate at Razi school of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical sciences

³ Bsc, Msn, Phd, Assistant professor, Kerman University of Medical sciences, Razi school of Nursing and Midwifery

⁴ Msn, Phd, Assistant professor, Kerman University of Medical sciences, Razi school of Nursing and Midwifery