Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Winter 2023, Volume 9, Issue 2 https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.1

Competencies of Rehabilitation Nurses to Care for Patients with Disabilities: A Qualitative Study

Shima Shirozhan[1], Narges Arsalani [2*], Sadat Seyed Bagher Maddah[3], Farahnaz Mohammadi-shahboulaghi [4]

1- Ph.D. candidate of Nursing Education, Department of Nursing, University of Social welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.
2- Associate Professor, Iranian Research Center of Aging, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3- Assistant Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4- Full Professor of Iranian Research Center on Aging, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding author: Narges Arsalani, Associate Professor, Iranian Research Center of Aging, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Received: 2022/07/16 Accepted: 2022/08/28

Abstract

Introduction: Among the members of the rehabilitation team, nurses play a key role in the rehabilitation process and are responsible for the specialized care of patients with disabilities. In order to provide rehabilitation care, nurses need to acquire different competencies, which is important to know for providing quality care. Through a qualitative approach, this study has explained the required competencies of rehabilitation nurses in the care of patients with disabilities. Through a qualitative approach, this study has explained the required competencies of rehabilitation nurses in the care of patients with disabilities.

Methods: In this qualitative content analysis study, 14 nurses working in Rofaydeh Rehabilitation Hospital of Tehran participated. Participants were purposefully selected based on their willingness to participate in research and experience caring for patients with disabilities. Data were collected through semi-structured in-depth interviews and analyzed based on the steps proposed by Graneheim and Lundman. the trustworthiness of the collected data was evaluated based on based on Lincoln and Guba criteria.

Results: After analyzing the findings from 17 interviews, three main categories emerged: 'proficiency in providing care' (with four subcategories of acquiring rehabilitation knowledge, mastery of general nursing knowledge, having general skills, having specialized skills), 'constructive communication with the patient' (with three subsets of cultural sensitivity, reliability, active listening) and 'positive personality traits' (with six subcategories of resilience, honesty, moral, supportive, cooperative, compassionate).

Conclusions: Based on the findings, rehabilitation nurses need to strengthen various aspects including general and specialized knowledge and skills, the ability to communicate constructively with the rehabilitation team, patient and family, as well as acquiring positive personality traits. The results of this research can help nurses to achieve the maximum level of individual competence and nursing managers to identify and select the most qualified nurses to provide care for patients with disabilities.

Keywords: Nursing care, Rehabilitation nursing, Comprehensive care, Quality of care, Rehabilitation.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-05]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.1]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی

زمستان ۱۴۰۱، دوره ۹، شماره ۲

https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.1

شایستگی های پرستار توانبخشی برای مراقبت از بیماران دارای ناتوانی: یک مطالعه ی کیفی

شیما شیراوژن[۱]، نرگس ارسلانی[۲*]، سادات سید باقر مداح[۳]، فرحناز محمدی شاهبلاغی[۴]

۱- دانشجوی دکتری آموزش پرستاری، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۲- دانشیار، مرکز تحقیقات سالمندی، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۳- استادیار، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۴- استاد، مرکز تحقیقات سالمندی، گروه اموزشی پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: نرگس ارسلانی، دانشیار، مرکز تحقیقات سالمندی، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۴/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۶/۶

چکیده

مقدمه: در میان اعضای تیم توانبخشی، پرستاران نقش کلیدی در فرایند توانبخشی ایفا می نمایند و مسئولیت مراقبت تخصصی از بیماران دارای ناتوانی را بر عهده دارند. در جهت ارائه ی این مراقبت ها پرستاران نیازمند کسب شایستگی های مختلفی هستند که شناخت آنها برای ارائه‌ی مراقبت های با کیفیت حائز اهمیت است. لذا این مطالعه از طریق یک رویکرد کیفی به تبیین شایستگی های مورد نیاز پرستاران توانبخشی در مراقبت از بیماران دارای ناتوانی پرداخته است.

روش کار: در این پژوهش تحلیل محتوی کیفی، ۱۴ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان توانبخشی رفیده تهران شرکت نمودند. شرکت کنندگان بر اساس تمایل آنها برای مشارکت در پژوهش و تجربه مراقبت از بیماران دارای ناتوانی به صورت هدفمند انتخاب شدند. داده ها از طریق مصاحبه‌ی عمیق نیمه ساختار یافته جمع آوری شد و تحلیل داده ها بر اساس مراحل پیشنهادی گرانیهایم و لاندمن صورت گرفت. درستی و استحکام داده های جمع آوری شده بر اساس معیارهای لینکلن و گوبا مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته ها: پس از تحلیل یافته های حاصل از ۱۷ مصاحبه ی صورت گرفته، سه طبقه ی اصلی "تبحر در ارائه ی مراقبت" با چهار طبقه ی فرعی (کسب دانش توانبخشی، تسلط بر دانش پرستاری عمومی، دارا بودن مهارت های عمومی، دارا بودن مهارت های تخصصی)، طبقه ی اصلی "ارتباط سازنده با بیمار" با سه طبقه ی فرعی (حساسیت فرهنگی، قابل اعتماد بودن، شنونده ی فعال) و طبقه ی اصلی "ویژگی های شخصیتی" با شش زیر طبقه ی (تاب آوری، صداقت، اخلاق مداری، حمایتگری، مشارکت طلبی، شفقت) پدیدار شد.

نتیجه گیری: نتایج نشان می دهد که پرستار توانبخشی نیازمند تقویت جنبه های مختلف از وجود خود اعم از دانش و مهارت عمومی و تخصصی، توانایی ارتباط سازنده با تیم توانبخشی، بیمار و خانواده و همچنین کسب ویژگیهای مثبت شخصیتی می باشد تا بتواند به بهترین صورت به ایفای نقش ها و مسئولیت های خود بپردازد. نتایج این تحقیق می تواند پرستاران را در جهت دستیابی به حداکثر میزان شایستگی فردی و مدیران پرستاری را در جهت شناخت و انتخاب شایسته ترین پرستاران برای ارائه ی مراقبت از بیماران دارای ناتوانی یاری نماید.

کلیدواژه ها: مراقبت پرستاری، پرستاری توانبخشی، مراقبت جامع، کیفیت مراقبت، توانبخشی.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-05]
[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.1]

مقدمه

یکی از مهمترین ارکان فرایند توانبخشی، کار تیمی و همکاری میان حرفه های مختلفی است که در غالب تیم توانبخشی، مراقبت ها و خدمات توانبخشی را ارائه می دهند (۱). اعضای تیم توانبخشی شامل پزشکان، پرستاران، کاردرمانگران، فیزیوتراپیست ها، روان درمانگران و مددکاران اجتماعی می باشد (۲). در میان اعضای تیم توانبخشی پرستاران نقش کلیدی ایفا می نمایند چرا که مسئولیت مراقبت از بیماران را بر عهده دارند و به واسطه ارتباط طولانی با بیماران بیش از دیگر اعضای تیم نسبت به نیازها و مشکلات بیماران آگاهی دارند (۳-۵). علاوه بر این با ارائه ی مراقبت های جامع، بیماران را برای فرایند توانبخشی آماده می نمایند که موجب بهبود نتایج توانبخشی می گردد (۶, ۷). پرستاران مراقبت های توانبخشی را در عرصه های متعدد اعم از بیمارستانهای عمومی، بیمارستان های توانبخشی، مراکز مراقبت پرستاری، مراکز سرپایی به بیماران دارای ناتوانی ارائه می دهند (۱, ۷, ۸). هر یک از بیمارانی که در این عرصه ها مراقبت دریافت می نمایند وضعیت سلامتی منحصر به فردی دارند. افراد دارای ناتوانی نسبت به عموم جامعه نیازهای منحصر به فردی دارند و به واسطه ی شرایطشان بیشتر در معرض آسیب هایی نظیر سقوط و زخم بستر هستند (۲, ۶). علاوه بر وجود ناتوانی ها، ابتلا به بیماریهای همراه نظیر دیابت یا پرفشاری خون مشکلات آنان را دو چندان می نماید (۲-۴). در چنین شرایطی که بیماران نیازهای مراقبتی متنوع و متعددی دارند، پرستاران می بایست آماده ی مراقبت از این بیماران باشند و این امر منوط به کسب شایستگی های مختلف می باشد. شناخت این شایستگی ها می تواند پرستاران را یاری نماید تا در جهت کسب آنها تلاش نمایند و موجب ارتقای مراقبت های پرستاری توانبخشی گردند (۹-۱۱). علی رقم اهمیت شناخت شایستگی ها برای بهبود عملکرد پرستاران توانبخشی، مطالعات در این زمینه ی محدودند. همچنین در کشور ایران نیز پرستاری توانبخشی در ابتدای راه خود قرار دارد و مطالعه ای در رابطه با شایستگی های مورد نیاز پرستاران توانبخشی صورت نگرفته است (۹, ۱۲). لذا این مطالعه قصد دارد به تبیین تجارب پرستاران توانبخشی در کشور ایران بپردازد تا از این طریق شایستگی های لازم پرستاران توانبخشی برای مراقبت از افرد دارای ناتوانی را متناسب با شرایط تحصیل و اشتغال در کشور ایران شناسایی نماید.

روش کار

این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوی کیفی گرانیهایم و لاندمن در پنج مرحله صورت گرفت. تحلیل محتوی با رویکرد گرانیهایم و لاندمن یکی از روش های رایج و دقیق برای انجام مطالعات کیفی می باشد و زمانی به کار برده می شود که اطلاعات مشخصی در زمینه ی پژوهش مورد نظر موجود نمی باشد. عرصه ی انجام پژوهش، بیمارستان توانبخشی رفیده در شهر تهران بود که تنها بیمارستان توانبخشی دولتی در ایران می باشد. جامعه ی پژوهش شامل پرستاران شاغل در بیمارستان توانبخشی رفیده بودند که ۱۷ نفر از آنان از طریق نمونه گیری هدفمند در این مطالعه وارد شدند. معیار های ورود در این مطالعه برای پرستاران، دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، سابقه ی حداقل ۶ ماه کار در بیمارستان رفیده و تمایل برای شرکت در این پژوهش بود. اولین شرکت کننده بر مبنی میزان تجربه و تحصیلات و تمایل خود شرکت کننده توسط تیم پژوهش انتخاب شد. به منظور جمع آوری اطلاعات، از مصاحبه های عمیق نیمه ساختار یافته استفاده شد. قبل از انجام مصاحبه هماهنگی لازم در خصوص زمان و مکان ملاقات، صورت می گرفت و با توجه به نظر مشارکت کنندگان مصاحبه ها در شیفت های صبح، عصر یا شب انجام شد. مکان انجام مصاحبه ها به پیشنهاد مشارکت کنندگان و با در نظر گرفتن محیطی که حداقل عوامل مخدوش کننده محیطی و ارتباطی را دارا باشد، هماهنگ و قبل از انجام مصاحبه رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان اخذ می شد. درمجموع با هر مشارکت کننده حدود ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بر اساس نیاز و با توجه به تمایل مشارکت کننده مصاحبه انجام پذیرفت. مصاحبه ها بر اساس گایدلاین تهیه شده توسط تیم پژوهش با معرفی شرکت کنندگان آغاز شد و با سوالاتی همچون « لطفا بفرمایید یک پرستار توانبخشی باید چه مهارت هایی داشته باشد؟» ادامه یافت. در ادامه سوالات بر اساس پاسخ شرکت کننده شکل می گرفت و با توجه به شرایط و پاسخ مشارکت کنندگان، سوالات به صورت متفاوت عنوان می شد و هر زمان که مشارکت کننده مایل بود مصاحبه خاتمه می یافت. مصاحبه ها تا زمانی که داده ی بدست آمده منجر به تشکیل طبقات جدید نشود و یا خصوصیات و ویژگی های طبقات موجود عمیق ادامه یافت. پس از اینکه هر طبقه به اندازه کافی از نظر ویژگیها و ابعاد با حداکثر تنوع تکامل یافت،

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-05]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.1]

مصاحبه ها به پایان رسید. بلافاصله پس از انجام اولین مصاحبه تحلیل آغاز شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها به روش تحلیل محتوی کیفی با رویکرد پنج مراحله ای گرانیهایم و لاندمن، ابتدا متن مصاحبه های ضبط شده چندین مرتبه شنیده و سپس کلمه به کلمه روی کاغذ پیاده شد. قبل از شروع کد گذاری متن مصاحبه ها چندین بار خوانده شد تا درک کاملی از آن به دست آید. سپس با مطالعه ی متن مصاحبه، واحد های معنایی مشخص و با یک کد برچسب گذاری شدند. هنگام برچسب‌گذاری واحدهای معنایی با کدها زمینه ی کلی نیز در نظر گرفته شد. سپس فهرستی از کدها تهیه و با بازبینی، مرور معنایی، مقایسه تفاوت ها و شباهت های معنایی، کدهای مشابه در زیر طبقات مشخص قرار گرفت. در نهایت طبقات و زیر طبقات پدیدار شده توسط تیم پژوهش مورد بحث و بررسی و مورد بازنگری و تایید قرار گرفت (۱۳, ۱۴). به منظور ارزیابی و بررسی کیفیت داده های حاصل شده از مطالعه از معیارهای مطرح شده توسط لینکن و گوبا استفاده شد. بدین ترتیب صرف وقت کافی جهت جمع آوری داده ها و بررسی مکرر داده ها، استفاده از تنوع در نمونه گیری، افزایش تعداد مصاحبه و بازخورد به مشارکت کنندگان و تایید طبقات حاصل شده از متن مصاحبه توسط مشارکت کنندگان صورت گرفت. همچنین روند تحلیل داده ها و نحوه ی کدگذاری بیمار»، «ویژگی های شخصیتی» پدیدار شد (جدول ۱).

ها توسط تیم پژوهش بررسی شد و روند تحلیل با دو نفر از اعضای هیئت علمی آشنا به موضوع تحقیق مورد بحث و بررسی قرار گرفت (۱۴, ۱۵). این مقاله بخشی از یک مطالعه پایان نامه ی دکتری دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی است. پژوهش حاضر مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی (IR.USWR.REC.1400.069) قرار گرفته است. علاوه بر این، فرم رضایت آگاهانه قبل از هر مصاحبه از شرکت کننده دریافت شده است.

یافته ها

از میان این پرستاران شرکت کننده در مطالعه ۱۰ نفر از آنها پرستار بالینی، دو سرپرستار، یک سوپروایزر آموزشی و یک سوپروایزر بالینی بودند. ۵ نفر از این پرستاران فارغ التحصیل یا دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری توانبخشی بودند و تحصیلات سایر پرستاران از مقطع کارشناسی تا دکتری پرستاری متغیر بود. میانگین سن پرستاران، ۳۰ سال و میانگین سابقه ی کاری شرکت کنندگان در مطالعه ۷ سال بود.

در طول مدت ۱۱ ماه، ۱۷ مصاحبه ی صورت گرفت. پس از تحلیل داده های، ۸۹۰ کدباز، ۱۳ طبقه ی فرعی و سه طبقه اصلی، «تبحر در ارائه ی مراقبت»، « ارتباط سازنده با

جدول ۱: طبقات اصلی و فرعی پدیدارشده

طبقه ی فرعی	طبقه ی اصلی
کسب دانش توانبخشی	تبحر در ارائه ی مراقبت
تسلط بر دانش پرستاری عمومی	
دارا بودن مهارت های عمومی	
دارا بودن مهارت های تخصصی	
حساسیت فرهنگی	ارتباط سازنده با بیمار
قابل اعتماد بودن	
شنونده ی فعال	
تاب آوری	
صداقت	ویژگی های شخصیتی
اخلاق مداری	
حمایتگری	
مشارکت طلبی	
شفقت	

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-05]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.1]

۱- تبحر در ارائه مراقبت

این طبقه ی اصلی بیانگر آن بود که پرستاران برای ارائه ی مراقبت های پرستاری توانبخشی به کسب دانش توانبخشی، تسلط بر دانش پرستاری عمومی، دارا بودن مهارت های عمومی، دارا بودن مهارت های تخصصی نیاز دارند.

۱-۱-کسب دانش توانبخشی

مراقبت پرستاری توانبخشی یک مراقبت تخصصی است و نیازمند آن است که پرستاران با اصول و مبانی پرستاری توانبخشی آشنا باشند. همچنین با توجه به مشکلات متعدد بیماران دارای ناتوانی، پرستاران باید بر مداخلات توانبخشی مرتبط با سیستم های مختلف بدن اعم از سیستم عصبی، سیستم قلبی، سیستم تنفسی، سیستم ادراری تسلط داشته و بتوانند این مداخلات را در برنامه ی مراقبتی خود بگنجانند. در این رابطه مشارکت کننده شماره ۴ بیان می دارد:

«خوب ببینید مریضای ما مشکل زیاد دارن مثلا یکیش بی اختیاریه و ما براشون باید تایم ویدینگ انجام بدیم، برنامه برای تربیت مثانه یا زمانبندی دفعشون، بعضی ها نیاز به سی ای سی دارن که ما اینجا انجام میدیم که من این بیمارستان یاد گرفتم انجام بدم».

پرستار شرکت کننده دیگر مشارکت کننده شماره ۲ بیان می کند:

«بیماری که استروک کرده ممکنه اختلال بلع داشته باشه، خوب کار ما اینه که باید تست بلع رو بلد باشیم براش انجام بدیم، تکنیک های بلعو آموزش بدیم... خوب چون ریسک آسپیراسیونش زیاده باید آموزش بگیره و ما باید آموزش بدیم».

۱-۲- تسلط بر دانش پرستاری عمومی

بیماریها و حوادث منجر به ناتوانی گاهی تا مدتها پس از بروز وضعیت بیمار را تحت تاثیر قرار می دهند و وی را نیازمند تکمیل روند درمان می نمایند. در چنین شرایطی پرستاران باید در کنار مداخلات توانبخشی، مراقبت هایی نظیر دارودرمانی و مدیریت درد را نیز ارائه می دهند. همچنین به علت آسیب پذیری بیماران و احتمال بیشتر بروز مشکلاتی نظیر تشنج، سقوط و یا آسپیراسیون، پرستاران باید آماده ی ارائه ی مراقبت های پرستاری جنرال و مراقبت های حاد باشند. مشارکت کننده شماره ۶ در این زمینه بیان داشت:

«خوب پرستاری که اینجا کار می کنه باید سی پی آرم بلد باشه، داشتیم مریضی که کد بخوره.... دارو دادن مثل بیمارستانای دیگست باید همون اصول دارو دادنو بلد باشیم و رعایت کنیم».

مشارکت کننده شماره ۱۱ در رابطه با مشکلات بیماران و نیازمندی های آنان به مراقبت های پرستاری عنوان نموده است:

«بعضی از بیماران اینجا دیابتیک هستند ما حواسمون به این نکته باید باشه که علاوه بر اینکه رژیم غذایی بیمار نرم باشه همزمان باید دیابتیکم باشه، اینجور نباشه که خانواده کلی پوره ی میوه بیارن و یک دفعه قند بیمار خیلی بالا بره».

۱-۳- دارا بودن مهارت های عمومی

مراقبت و ارتباط شبانه روزی با بیماران نیازمند دارا بودن مهارت هاییست که فارغ از تخصص پرستاران، در تمامی عرصه ها باید توسط آنان کسب شود. پرستاران برای ارائه ی مراقبت نیازمند مهارت تصمیم گیری، عملکرد مبتنی بر شواهد، حل تضادها و مهارت تفکر انتقادی هستند. در این زمینه یکی از مدیران پرستاری بیان داشته است:

«خوب بیماری که بدحال می شه پرستارش باید بتونه براش درست تصمیم بگیره، مثلا اگر درد حاد داره پرستار باید بتونه تصمیم بگیره که توانبخشی رو فعلا هولد کنه تا وقتی که بیمار حالش بهتر شه و بتونه ادامه بده».

یکی از پرستاران بالینی شرکت کننده نیز عنوان می کند:

«برای مراقبت ما هم نیاز به تجربه داریم هم وضعیت مریض رو باید بسنجیم، فکر می کنم بهش می گفتیم مراقبت بر اساس شواهد که هم من تشخیص بدم بیمار مشکلش چیه و هم وضعیت خودشو ببینم و بشنوم ازش مشکلشو»

۱-۴- دارا بودن مهارت های تخصصی

ماهیت فرایند توانبخشی موجب شده که پرستاران نیازمند کسب مهارت های تخصصی مانند مهارت کار تیمی، مدیریت تیم، تدریس و تربیت تخصصی باشند. پرستاران به عنوان هماهنگ کننده تیم توانبخشی باید قادر باشند که اقدامات تیم توانبخشی را مدیریت و یکپارچه نمایند. همچنین به علت اهمیت بالای آموزش در فرایند توانبخشی، پرستاران توانبخشی باید قادر باشند که مراقبتها و مداخلات تخصصی توانبخشی را به طور موثر به بیماران آموزش دهند. مشارکت کننده شماره ۱ در این زمینه اظهار داشت:

«ما مسئول جلسات تیم ورک هستیم. مسئولیت هماهنگی کارها با ماست، همه ی اعضای تیم وقتی تو جلسه تصمیماتی می گیرن امیدشون اینه که ما پیگیری می

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-05]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.1]

کنیم، یکجوری باید مدیریت کنیم تیم رو»

مشارکت کننده شماره ۷ با سابقه ی بالینی و مدیریتی بیان می کند:

«اینجا آموزش خیلی مهمه تو بیمارستان جنرال آموزش میدیم یکبار و تمام، ولی اینجا وقتی میخایم به مریض سی آی سی یاد بدیم خیلی حساس و مهمه، چندین بار تکرار می کنیم، شاید مریض نتونه خوب یاد بگیره و یکبار کافی نباشه یا مشکلی داره تو بدنش نتونه راحت انجام بده و ما باید یک جوری یاد بدیم که بتونه انجام بده».

۲- ارتباط سازنده با بیمار

این طبقه ی اصلی بیانگر آن است که پرستار برای ارائه ی مراقبت پرستاری توانبخشی نیازمند دارا بودن حساسیت فرهنگی، قابل اعتماد بودن، شنونده ی فعال بودن می باشد تا بتواند با بیمار ارتباطی سازنده برقرار نماید و او را در جهت رسیدن به اهدافش یاری نماید.

۲-۱- حساسیت فرهنگی

حوادث و بیماریها می تواند در سنین و جمعیت های مختلف رخ دهد و ارائه ی مراقبت های پرستاری توانبخشی در عرصه های مختلف موجب می شود آنها با بیماران با شرایط مختلف و فرهنگ های متفاوت مواجه باشند. فرهنگ متفاوت بیماران بر نیازهای مختلف جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی آنها اثر گذار می باشد بنابراین پرستاران برای رفع این نیازها باید حساسیت فرهنگی داشته باشند. این حساسیت موجب پذیرش مراقبت از سوی بیماران می گردد و حائز اهمیت است. مشارکت کننده شماره ۱۲ در این زمینه بیان می دارد:

«از راه دور ما مریض داریم، برخی دوست دارند طبق عادات و رسوم خودشون باهاشون برخورد بشه، حتی مثلا دوست ندارن لباس محلیشون رو دربیارن ما باید باهاشون حرف بزنیم و قانعشون کنیم».

مشارکت کننده شماره ۱۶ در این رابطه اظهار داشته است:

«وقتی بیماری اختلال دفع داره و پوشینه میشه ممکنه دوست نداشته باشه ما ببینیمش، خجالت می کشه. گاهش بیمار گریه میکنه که من تا این سن جای خصوصی بدنم رو کسی ندیده ما نمی تونیم چون هر روز مثلا سوند می گذاریم بگیم مهم نیست تو هم یکی مثل بقیه، باید بهش توجه کنیم».

۲-۲- قابل اعتماد بودن

جنبه های مختلف زندگی بیمار بر روند پیشرفت وی در فرایند توانبخشی اثر می گذارند. شناخت این جنبه ها طی ارتباط طولانی بیمار با پرستار صورت می گیرد و منوط به این است که رابطه ای بر پایه ی اعتماد میان بیمار و پرستار شکل گیرد. پرستار باید به بیمار نشان دهد که فردی قابل اعتماد است که بیمار بتواند نگرانی ها و دغدغه های خود را با وی مطرح نماید. بیمار باید احساس نماید که پرستار خیرخواه اوست و برای حل مشکل وی شنوای صحبت های اوست. بیمار باید باور داشته باشد که پرستار او را با واقعیت ها مواجه می کند و از فریب دادن وی یا ترحم بر او پرهیز می کند. مشارکت کننده شماره ۱۲ در این رابطه بیان می دارد:

«مریض از ما انتظار داره که وقتی چیزی بهمون میگه یا می پرسه ما راستش رو بگیم، وقتی مثلا با مادرش مشکل پیدا کرده و تقصیر کار هست ما بهش بگیم که چی فکر می کنیم و بهش ترحم نمی کنیم بخاطر اینکه بیماره».

پرستار دیگری که سابقه ی طولانی اشتغال در بیمارستان توانبخشی دارد بیان می دارد:

«اعتماد خیلی مهمه، اگر بیمارا به ما اعتماد کنن خوب راحتتر مشکلاتشون رو مطرح می کنن و ما بهتر میشناسیمشون، بهتر درکشون می کنیم... اینکه پرستاربتونه این اعتماد رو جلب کنه یک مهارته واقعا».

۲-۳- شنونده ی فعال بودن

مراقبت جسمی تنها بخشی از مراقبت هایی است که پرستاران توانبخشی ارائه می دهند و بخش دیگری از مراقبتها مربوط به بعد روان بیماران است. برای ارائه ی این مراقبت ها بیمار باید بتواند با پرستار ارتباط خوبی برقرار کند و یکی از شروط آن شنونده ی فعال بودن پرستار است. پرستار باید هنگام ارتباط با بیمار به صورت کلامی و غیر کلامی به بیمار نشان دهد که صحبت های وی را به دقت گوش می دهد، به آنها خوب فکر می کند و پاسخ سطحی و کلیشه ای به صحبت هایش نمی دهد. پرستار مشارکت کننده شماره ۵ در این رابطه اظهار می دارد:

«بیمار حواسش هست که ما درست به حرفاش گوش می دیم یا نه و اگر ببینه الکی سر تکون می دیم دیگه با ما رغبت نمی کنه صحبت کنه.... انتظار داره الکی جوابشو ندیم مثلا اگر میگه بنظرت من باید کدوم راهو انتخاب کنم من باید بر اساس چیزایی که گفته براش استدلال بیارم اگر همینجوری یک نظری بدم انگار اصلا گوش نکردم بهش».

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-05]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.1]

مشارکت کننده شماره ۹ در این زمینه بیان می دارد:
«این کلمه ی سر و پا گوش بودن اینجا واقعا به کار میاد، اینکه اون (بیمار) بفهمه کاملا بهش توجه داریم که می تونه از مشکلات سخت زندگیش بگه چون برای اون واقعا بعضی چیزها خیلی سخته و بده اگر ما همینطور الکی فقط بشینیم جلوش و حواسمون به گفتن دردهاش نباشه».

۳- ویژگی های شخصیتی

۳-۱- تاب آوری

مراقبت از بیماران دارای ناتوانی که متحمل سختی های زیادی در زندگی هستند پرستار را تحت تاثیر قرار می دارد. پرستاران باید توانایی تحمل رنج افرادی که در جنبه های مختلف دارای مشکل هستند و باید با آنها سازگار شوند کسب نمایند. علاوه بر این بیماران در فرایند توانبخشی ممکن است به علت مشکلاتی مانند عدم تطابق با وضعیت ایجاد شده همکاری خوبی با پرستاران نداشته باشند، لجبازی کنند و در رفتار و کلام خشونت نشان دهند. پرستاران باید تحمل بالایی نسبت به این رفتار بیماران داشته باشند تا بتوانند این چالش ها را مدیریت نمایند. مشارکت کننده شماره ۳ در این زمینه عنوان نمود:
«اولش که بیمار میاد بخصوص وقتی تازه دچار مشکل شده مثلا تصادف کرده و آسیب نخاعی هست کلافست، خوب همکاری نمی کنه، حوصله نداره، زود عصبانی میشه، پرستار باید تحمل کنه این رفتار رو تا کم کم با شرایط وفق پیدا کنه بیمار».

مشارکت کننده شماره ۱ در این زمینه بیان می دارد:
«دیدن بیمارایی که رنج می کشن واقعا سخته، دردناکه، مثلا پرستارایی که باردارن دوست ندارن برن بخش توانبخشی اطفال چون خیلی براشون استرس آور میشه، انگار سخته دیدن مادرهایی که الان بچش در این وضعیته».

۳-۲- صداقت

در فرایند توانبخشی پرستار باید با بیمار صداقت داشته باشد و در مورد نتایج و پیش آگهی توانبخشی واقعیت ها را بیان نماید. بیمار ممکن است با خوش بینی کاذب توانبخشی را شروع کند اما پرستار باید با صداقت در مورد احتمال میزان پیشرفت و بهبودی وی صحبت نماید. علاوه بر این نتایج آزمایشات و اقدامات درمانی را به درستی و بدون خوش بینی کاذب برای بیمار مطرح کند. این در تطابق بهتر بیمار با وضعیت خود حائز اهمیت می باشد. مشارکت کننده شماره ۱۴ در این زمینه بیان می دارد:
«یکی از مهمترین چیزها صداقت داشتنه، مریض ممکنه توقعات بالایی داشته نسبت به بهبودش و این ما هستیم که باید بهش واقعیت رو بگیم و الکی به آینده امیدوارش نکنیم که تو کامل خوب میشی».

مشارکت کننده شماره ۵ در این زمینه عنوان می کند:
«صداقت خیلی برای پرستار توانبخشی حیاتیه، بیمار باید بدونه اون بهش دروغ نمیگه، ترحم الکی نمیکنه، خوش بین نیست، واقعیت گراست و اینجوری به بیمار کمک میکنه اون هم با واقعیت کنار بیاد».

۳-۳- اخلاق مداری

پرستار در برخورد بیمار نیاز به رعایت اخلاق دارد. باید در ارائه ی مراقبت صلاح بیمار را در نظر بگیرد، اقدامات وی به بیمار ضرر نرساند، با عدالت با بیماران برخورد نماید و از قضاوت کردن بیماران خودداری نماید. پرستار حین صحبت با بیمار نباید موجب شود که بیمار احساس گناه نماید و تا حد ممکن باید بی طرف برخورد نماید. در این زمینه مشارکت کننده شماره ۷ بیان می دارد:
«خوب بعضی وقتا بیمار با یک حرکت اشتباه باعث شده به این وضعیت دچار شه یعنی مثلا کلاه کاسکت نگذاشته تصادف کرده و بعد دچار آسیب های شدید و ناتوانی شده، وقتی با ما صحبت میکنه میخاد که خالی بشه نه اینکه پرستار با یک حرف سرزنشش کنه یا بهش عذاب وجدان بده »

مشارکت کننده شماره ۱۶ در این زمینه عنوان می کند:
«ما باید با مریضا رفتار یکسانی داشته باشیم....اینطور نباشه که هوای یکی رو چون همشهری ماست بیشتر داشته باشیم یا چون مثلا اخلاقش بهتره، همه باید در یک سطح برای ما باشن».

۳-۴- حمایتگری

پرستار صدای بیمار در تیم توانبخشی می باشد و از منافع بیمار حمایت می کند. دغدغه های وی را به گوش تیم توانبخشی می رساند و در صورت بروز مشکل در واحد های توانبخشی سعی می کند از بیمار حمایت نماید و تلاش کند تا با حل مشکل، بیمار در بهترین وضع موجود قرار گیرد. علاوه بر این پرستار با راهنمایی و آشناکردن بیمار با بخش مددکاری به او برای رفع مشکلات زندگی یاری می رساند. مشارکت کننده شماره ۱۱ در این زمینه اظهار می دارد:
«ما اینجا بیمارایی داریم که مهاجر هستند که خوب

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-05]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.1]

ممکنـه بیمـه نداشـته باشـن یـا وضعیـت مالـی خوبـی نداشـته باشـن، وقتـی میـان بـه همراهشـون میگیـم بـا واحـد مـدد کاری صحبـت کنـن تـا اونهـا در تهیـه برخـی وسـایل مثـلا کمکشـون کنـن».

مشارکت کننده شماره ۳ در این زمینه بیان می کند:

«مثـلا یـک مریضـی بـه مـا میگـه کـه تهویـه ی بخـش فیزیوتراپـی خـوب نیسـت و اذیـت میشـه حتـی مـا سـعی مـی کنیـم اون رو هـم پیگیـری کنیـم تـا مثـلا بهتـر بشـه تهویـه یـا زمـان توانبخشـیش رو یـک جـوری تغییـر بدیـم کـه اونجـا کمتـر بـه مشـکل بـر بخـوره...حواسـمون هسـت اگر بیمـار مشـکلی داره بـه گـوش واحـد هـا برسـه تـا حـل شـه»

۳-۵- مشارکت طلبی

حفـظ اسـتقلال بیمـار یکـی از مهمتریـن ارکان توانبخشـی مـی باشـد و پرسـتار بـا جلـب مشـارکت بیمـار و مراقـب وی در امـور مراقبتـی ایـن کار را تسـهیل و تسـریع مـی نمایـد. بیمـاران دارای ناتوانـی در انجـام امـور روزمـره خـود نیـاز بـه کمـک دارنـد امـا پرسـتاران بایـد در عیـن کمـک بـه آنهـا موجـب افزایـش مشـارکت آنهـا بـرای انجـام ایـن امـور بـه صورت مسـتقل شـوند. پرسـتاری کـه مشـارکت بیمـار را مـورد توجـه قـرار مـی دهـد بـا وجـود سـرعت پاییـن بیمـار بـرای انجـام امـور فـردی خـود صبـر مـی نمایـد تـا بیمـار تـا حـد ممکـن در خـود مراقبتـی مشـارکت نمایـد. مشـارکت کننـده شـماره ۸ در ایـن زمینـه بیـان مـی دارد:

«مـا وقتـی پانسـمان بیمـار رو داریـم تویـض مـی کنیـم از همراهـش کمـک مـی گیریـم کـه هـم یـاد بگیـره هـم بتونـه در آینـده خـودش ایـن کار رو بـرای بیمـارش انجـام بـده»

مشارکت کننده شماره ۶ در این زمینه اظهار داشت:

«مهمـه کـه بیمـار بتونـه cic رو خـودش مسـتقل انجـام بـده، اینطـور نیسـت کـه بگیـم مـا بـرات تـا وقتـی اینجایـی انجـام میدیـم، بهـش توضیـح میدیـم کـه از همـون ابتـدا خـوب ببیـن کـه کـم کـم بتونـی یـک بخشـش رو خـودت انجـام بـدی».

۳-۶- شفقت

ناتوانـی هـای ایجـاد شـده بـرای بیمـاران آنهـا را در معـرض مشـکلاتی قـرار مـی دهـد کـه جنبـه هـای مختلفـی از زندگـی آنـان را تحـت تاثیـر قـرار مـی دهـد. در چنیـن شـرایطی بیمـاران نیـاز دارنـد تـا پرسـتاران بـا وی مهربـان باشـند، در مقابـل ناملایمـات بـا آنهـا بـا خشـونت رفتـار ننمایـد، بـه آنهـا کمـک کننـد تـا بـا خـود مهربـان باشـند. شـفقت و مهربانـی پرسـتاران، کمـک مـی کنـد تـا بیمـاران بـه آرامـش دسـت یابنـد. در ایـن زمینـه مشـارکت کننـده شـماره ۱۴ بیـان مـی دارد:

«بیمـار ممکنـه خـودش رو بابـت اتفاقـی کـه بـراش افتـاده سـرزنش کنـه، مـا بایـد بهـش کمـک کنیـم بـا همدلـی کـردن کـه بـه خـودش سـخت نگیـره و آسـیب نزنـه... کمـک مـی کنیم آرامـش بگیـره»

مشارکت کننده شماره ۲ در اینباره اظهار می دارد:

«بیمـارا بـه مـا میگـن شـما مهربـون هسـتین، بنظـرم براشـون مهمـه کـه مـا مهربـون باشـیم، زود دلشـون میشـکنه اگـر کوچکتریـن اخمـی از مـا ببیننـد... مـا بایـد بـه ایـن توجـه داشـته باشـیم و باهاشـون واقعـا اونطـور کـه دوسـت دارنـد رفتـار کنیم».

بحث

ایـن مطالعـه بـا هـدف تبییـن شایسـتگی هـای مـورد نیـاز پرسـتاران توانبخشـی در مراقبـت از بیمـاران دارای ناتوانـی صـورت گرفـت. تحلیـل یافتـه هـا منجـر بـه تشـکیل سـه طبقـه اصلـی «تبحـر در ارائـه ی مراقبـت» بـا چهـار طبقـه ی فرعـی (کسـب دانـش توانبخشـی، تسـلط بـر دانـش پرسـتاری عمومـی، دارا بـودن مهـارت هـای عمومـی، دارا بـودن مهـارت هـای تخصصـی)، طبقـه اصلـی «ارتبـاط سـازنده بـا بیمـار» بـا سـه طبقـه فرعـی (حساسـیت فرهنگـی، قابـل اعتمـاد بـودن، شـنونده ی فعـال) و طبقـه ی اصلـی «ویژگـی هـای شـخصیتی» بـا شـش زیـر طبقـه (تـاب آوری، صداقـت، اخـلاق مـداری، حمایتگـری، مشـارکت طلبـی، شـفقت) شـد. یکـی از شایسـتگی هـای لازم مطـرح شـده در ایـن مطالعـه کسـب دانش توانبخشـی بـود بدیـن معنـا کـه پرسـتاران نیازمنـد دانـش تخصصـی در حیطـه ی توانبخشـی بـرای ارائـه ی مراقبـت هسـتند. مطالعـات صـورت گرفتـه قبلـی نیـز یکـی از شایسـتگی هـای لازم بـرای ارائـه ی مراقبـت هـای پرسـتاری، کسـب دانـش تخصصـی در زمینـه ی پرسـتاری توانبخشـی عنـوان شـده اسـت (۹, ۱۰, ۱۶, ۱۷). عـلاوه بـر دانـش توانبخشـی، بـه علـت وضعیـت بیمـاران دارای ناتوانـی و نیازهـای درمانـی، پرسـتاران توانبخشـی بایـد بـر دانـش عمومـی پرسـتاری نیـز تسـلط داشـته باشـند و قادر باشـند از بیمـاران بـا شـرایط و بیماریهـای جسـمی مختلـف مراقبـت نماینـد. ایـن یافتـه هـا همراسـتا بـا شـواهد قبلـی موجـود مـی باشـد کـه بیـان مـی دارد پرسـتار توانبخشـی نیازمنـد تسـلط بـر دانـش عمومـی پرستاریسـت و بایـد تجربـه ی مراقبـت در بخـش هـای مختلـف بیمارسـتان را کسـب نمایـد تـا بتوانـد از بیمـاران دارای ناتوانـی بـا بیماریهـای همـراه مراقبـت نمایـد (۱۷-۱۹). یافتـه هـای ایـن مطالعـه همچنیـن بیانگـر آننـد کـه در کنـار دانـش عمومـی، پرسـتاران توانبخشـی نیازمنـد کسـب

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-05]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.1]

مهارت های عمومی پرستاری نظیر مهارت تصمیم گیری و یا قضاوت بالینی هستند. چرا که بیماران دارای ناتوانی نیازهای مراقبتی متنوعی دارند که پاسخ به آنها نیازمند توامان دانش و مهارت عمومی و تخصصی می باشد. مطالعات قبلی نیاز بیانگر آن هستند که برخی مهارت های لازم برای مراقبت توانبخشی، مهارت هایی هستند که تمامی پرستاران در عرصه های مختلف برای ارائه ی مراقبت بدانها نیاز دارند (۵, ۱۰, ۱۸, ۱۹). دارا بودن مهارت های تخصصی توانبخشی مانند مهارت در حیطه ی توانبخشی سیستم قلبی، توانبخشی سیستم ادراری و یا مهارت در ارائه ی مراقبت ها به صورت تیمی و هماهنگ کردن تیم توانبخشی نیز از دیگر یافته های این مطالعه در رابطه با شایستگی های مورد نیاز پرستاران توانبخشی بود. در تایید این یافته ها دارا بودن مهارت هایی مانند مهارت کار تیمی و یا ارتباط موثر و مهارت در انجام مداخلات تخصصی توانبخشی به عنوان پیش نیاز مراقبت های پرستاری توانبخشی مطرح شده که پرستاران توانبخشی می بایست آنها را کسب نمایند (۷, ۲۰, ۲۱). بر اساس نتایج مطالعه ی حاضر، در راستای ایجاد یک رابطه ی سازنده با بیمار، پرستار توانبخشی باید حساسیت فرهنگی داشته باشد، تفاوت های فردی و فرهنگی بیماران را بشناسد و به باورهای آنان احترام بگذارد. در همین راستا در متون موجود در حیطه ی پرستاری توانبخشی نیز بیان شده که پرستاران توانبخشی باید به فرهنگ متفاوت بیماران توجه داشته باشند و در ارائه ی مراقبت های باورهای آنان را مد نظر قرار دهند که این امر نیازمند دارا بودن شایستگی فرهنگی برای پرستاران است (۱, ۲۰). همچنین یافته های حاضر نشان می دهد که برای شکل گیری یک رابطه ی سازنده میان پرستار توانبخشی و بیمار، پرستار باید توانایی جلب اعتماد بیمار را داشته باشد. مطالعات مختلف در حیطه ی پرستاری توانبخشی نیز بر اهمیت جلب اعتماد بیمار توسط پرستار تاکید نموده اند و آن را یکی از پیش نیازهای مراقبت پرستاری توانبخشی دانسته اند (۲۲-۲۵). علاوه بر این بر اساس تجربیات شرکت کنندگان این مطالعه، پرستار توانبخشی برای ساختن یک ارتباط سازنده نیاز دارد که شنونده ی فعال باشد بدین معنا که به دقت به صحبت های بیمار توجه نماید و با رفتار خود به بیمار نشان دهد که به صحبت های وی گوش می دهد و پاسخی در خور ارائه می دهد. نتایج مطالعات قبلی نیز بیانگر آن هستند که با توجه به اینکه بخشی از مراقبت های پرستاری توانبخشی به گفتگو با بیماران و خانواده ی آنها اختصاص دارد این مهارت برای پرستاران حائز اهمیت است (۲۰, ۲۶). در کنار مهارت های ذکر شده در این مطالعه، دارا بودن ویژگی هایی نظیر تاب آوری برای پرستاران توانبخشی حائز اهمیت است. در همین راستا، نتایج مطالعات صورت گرفته نشان می دهد که برای مدیریت استرس های محیط کاری، تاب آوری برای پرستار حیاتی و ضروری می باشد (۲۷). اهمیت بالا بودن تاب آوری در پرستاران شاغل در بخش های توانبخشی دو چندان است چرا که این پرستاران با چالش‌های منحصر به فردی ناشی از روابط طولانی مدت و نزدیک پرستاران و بیماران و قرار گرفتن طولانی‌مدت آنها با عوامل استرس‌زا مواجه هستند (۲۸). از دیگر شایستگی های مطرح شده در این مطالعه دارا بودن صداقت برای پرستاران توانبخشی در ارتباط با بیماران، فرایند مراقبت و توانبخشی آنهاست. در همین راستا، مطالعات صورت گرفته نشان می دهد صداقت در برخورد با بیماران دارای ناتوانی حائز اهمیت و لازمه ی برقراری ارتباط خوب و جلب اعتماد بیماران است (۲۰, ۲۵). اخلاق مداری به عنوان دیگر شایستگی مطرح شده توسط شرکت کنندگان مطالعه ی کنونی می باشد بدین معنا که پرستار در ارائه ی مراقبت ها پایند اصول اخلاقی مانند رعایت عدالت، و ضرر نرساندن به بیمار باشد. در همین راستا، در متون مرتبط با پرستاری توانبخشی بیان شده است یکی از ارکان مراقبت پرستاران توانبخشی، رعایت اخلاق می باشد که پیش نیاز آن دارا بودن ویژگی اخلاق مداری برای پرستار توانبخشی می باشد (۱, ۲۰). حمایتگر بودن به عنوان یکی دیگر از ویژگی های مطرح شده برای پرستار در این مطالعه است بدین معنا پرستار در ارائه ی مراقبت، صدای بیمار و حامی حقوق بیمار و خانواده ی وی می باشد. شواهد نیز موید آن هستند که پرستار در مراقبت از بیماران دارای ناتوانی، حمایت خانواده و دوستان بیمار و منابع حمایتی را جلب می نماید تا بتواند تا حد ممکن رفع مشکلات بیماران را تسهیل نماید (۲۹-۳۲). پرستاران توانبخشی بر اساس یافته های این مطالعه می بایست مشارکت طلب بوده و مشارکت بیمار و خانواده را در فرایند مراقبت و توانبخشی جلب نمایند. با توجه به مددجو محور بودن فرایند توانبخشی، توجه پرستار به تمایلات بیمار و جلب مشارکت بیمار برای ارتقای استقلال او حائز اهمیت است لذا مشارکت طلب بودن پرستار توانبخشی برای دستیابی هر چه بیشتر به این نتایج حائز

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-05]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.1]

اهمیت است (۱, ۳۳, ۳۴). نتایج این مطالعه همچنین حاکی از آنند که شفقت یکی از خصوصیات لازم برای پرستاران توانبخشی می باشد به طوری که با بیماران مهربان بوده و به آنها بیاموزند که با خود مهربان باشند. در همین راستا، مطالعات گذشته نیز نشان می دهند که شفقت یکی از اجزای مهم مراقبت پرستاری است و برای ارائه ی مراقبت های شفقت آمیز پرستاران بخصوص پرستاران توانبخشی باید در جهت کسب این خصیصه تلاش نمایند. چرا که پرستاران توانبخشی در مراقبت از افراد دارای ناتوانی با چالش های مختلفی مواجه اند که رفع آنها همراه با شفقت صورت می گیرد (۳۵, ۳۶). به علت همزمانی شیوع ویروس کووید-۱۹ با انجام این پژوهش، امکان مصاحبه با پرستاران تنها یک بیمارستان توانبخشی بود زیرا در سایر بیمارستانها، بخش های توانبخشی به بستری بیماران کووید اختصاص یافته بود. تلاش شد در جهت کاستن از این محدودیت، حداکثر تنوع در انتخاب مشارکت کنندگان رعایت شود و پرستارانی انتخاب شوند که تجربه ی کار در مراکز مختلف را دارا باشند. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، شایستگی های مورد نیاز برای پرستاران شاغل در مراکز سرپایی توانبخشی و بیمارستانهای عمومی مورد مطالعه قرار گیرد.

نتیجه گیری

از نتایج چنان برمی آید که پرستار توانبخشی نیازمند تقویت جنبه های مختلف از وجود خود اعم از دانش و مهارت عمومی و تخصصی، توانایی ارتباط سازنده با تیم توانبخشی، بیمار و خانواده و همچنین کسب ویژگی های مثبت شخصیتی می باشد تا بتواند به بهترین صورت به ایفای نقش ها و مسئولیت های خود بپردازد. نتایج این تحقیق می تواند پرستاران را در جهت دستیابی به حداکثر میزان شایستگی فردی و مدیران پرستاری را در جهت شناخت و انتخاب شایسته ترین پرستاران برای ارائه ی مراقبت از بیماران دارای ناتوانی یاری نماید.

سپاسگزاری

نویسندگان این مطالعه مراتب قدردانی خود را از همکاری مسئولین و پرستاران بیمارستان توانبخشی رفیده اعلام می دارند.

تعارض منافع

تعارض منافعی میان نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Hoeman SP. Rehabilitation nursing: Prevention, intervention, and outcomes: Elsevier Health Sciences; 2008.
2. Organization WH. World report on disability 2011: World Health Organization; 2011.
3. Gutenbrunner C, Stievano A, Nugraha B, Stewart D, Catton H. Nursing-a core element of rehabilitation. International Nursing Review. 2021. https://doi.org/10.1111/inr.12661
4. Gutenbrunner C, Stievano A, Stewart D, Catton H, Nugraha B. Role of nursing in rehabilitation. Journal of Rehabilitation Medicine-Clinical Communications. 2021;4. https://doi.org/10.2340/20030711-1000061
5. Shirozhan S, Arsalani N, Seyed Bagher Maddah S, Mohammadi-Shahboulaghi F. Barriers and facilitators of rehabilitation nursing care for patients with disability in the rehabilitation hospital: A qualitative study. Frontiers in Public Health. 2022;10. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.931287
6. ÇOL BK, PURUT HP. Nursing in Rehabilitation Process. Psychology Research. 2017;8(4):168-72. https://doi.org/10.17265/2159-5542/2018.04.005
7. Havrilla E. Rehabilitation concepts for the acute care nurse. Madridge J Nursing. 2017;2:72-5. https://doi.org/10.18689/mjn-1000113
8. Jester R. Advancing Practice in Rehabilitation Nursing: Wiley; 2008. https://doi.org/10.1002/9780470775028
9. Vaughn S, Rye J, Allen A, Bok A, Mauk K, Park L, et al. Updated Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing: Practice Applications. Rehabil Nurs. 2022;47(1):12-23. https://doi.org/10.1097/RNJ.0000000000000350
10. Vaughn S, Mauk KL, Jacelon CS, Larsen PD, Rye J, Wintersgill W, et al. The Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing. Rehabil Nurs. 2016;41(1):33-44. https://doi.org/10.1002/rnj.225
11. Galanti G-A. Culturally competent rehabilitation nursing. Rehabilitation Nursing Journal. 2005;30(4):123-6.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-05]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.1]

https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2005.tb00093.x
12. Professional Rehabilitation Nursing Competency Model: Association of Rehabilitation Nurses; 2014 [Available from: https://rehabnurse.org/advance-your-practice/practice-tools/competency-model.
13. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today. 2004;24(2):105-12. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001
14. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative health research. 2005;15(9):1277-88. https://doi.org/10.1177/1049732305276687
15. Lincoln YS, Guba EG. But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. New directions for program evaluation. 1986;1986(30):73-84. https://doi.org/10.1002/ev.1427
16. Thorn S. Neurological rehabilitation nursing: a review of the research. J Adv Nurs. 2000;31(5):1029-38. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01393.x
17. Portillo MC, Cowley S. Working the way up in neurological rehabilitation: the holistic approach of nursing care. Journal of Clinical Nursing. 2011;20(11-12):1731-43. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03379.x
18. Clarke DJ. Nursing practice in stroke rehabilitation: systematic review and meta-ethnography. Journal of Clinical Nursing. 2014;23(9-10):1201-26. https://doi.org/10.1111/jocn.12334
19. Thomas J, Flannery J. Education for rehabilitation nursing. Rehabil Nurs. 1990;15(2):83-5. https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1990.tb01440.x
20. Vaughn S, Mauk KL, Jacelon CS, Larsen PD, Rye J, Wintersgill W, et al. The competency model for professional rehabilitation nursing. Rehabilitation Nursing. 2016;41(1):33-44. https://doi.org/10.1002/rnj.225
21. Pryor J, Stewart G, Bonner A. Seeking evidence of rehabilitation in nephrology nursing. Collegian. 2005;12(3):20-6. https://doi.org/10.1016/S1322-7696(08)60497-7
22. Li L, Dai J-x, Xu L, Huang Z-x, Pan Q, Zhang X, et al. The effect of a rehabilitation nursing intervention model on improving the comprehensive health status of patients with hand burns. Burns. 2017;43(4):877-85. https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.11.003
23. 23. Zhang P, Zhao Y, Yang B, Wu B, Gu L. The effect of nursing intervention guided by rehabilitation needs on the quality of postoperative self-care agency and social relationships in esophageal cancer patients. Precision Medical Sciences. 2021;10(3):127-32. https://doi.org/10.1002/prm2.12050
24. Wang Y, Zhou Q. The effect of accelerated rehabilitation nursing on postoperative recovery, nutritional status, and psychological status in patients with gastric cancer. American journal of translational research. 2021;13(4):3666.
25. Zuchetto MA, Schoeller SD, Vargas CP, Antunes L, Vargas MAdO. Reflecting rehabilitation nursing care: Theory of Recognition crossed by the Principle of Hope. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2021;42. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200093
26. Thorn S. Neurological rehabilitation nursing: a review of the research. Journal of Advanced Nursing. 2000;31(5):1029-38. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01393.x
27. Cooper AL, Brown JA, Rees CS, Leslie GD. Nurse resilience: A concept analysis. International journal of mental health nursing. 2020;29(4):553-75. https://doi.org/10.1111/inm.12721
28. Lin L-C, Huang Y-C, Carter P, Zuniga J. Resilience among nurses in long term care and rehabilitation settings. Applied Nursing Research. 2021;62:151518. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151518
29. Suter-Riederer S, Imhof RM, Gabriel C, Kesselring J, Schnepp W, Imhof L. Consenting on principles of rehabilitation nursing care: a Delphi study. Rehabilitation Nursing Journal. 2018;43(6):E35-E41. https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000111
30. Rundquist J, Gassaway J, Bailey J, Lingefelt P, Reyes IA, Thomas J. Nursing bedside education and care management time during inpatient spinal cord injury rehabilitation. The journal of spinal cord medicine. 2011;34(2):205-15. https://doi.org/10.1179/107902611X12971826988255
31. RN JPBM, MRCNA C, Smith C. A framework for the role of registered nurses in the specialty

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-05]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.1]

practice of rehabilitation nursing in Australia. Journal of Advanced Nursing. 2002;39(3):249-57. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02271.x

32. Aadal L, Angel S, Langhorn L, Pedersen BB, Dreyer P. Nursing roles and functions addressing relatives during in-hospital rehabilitation following stroke. Care needs and involvement. Scandinavian journal of caring sciences. 2018;32(2):871-9. https://doi.org/10.1111/scs.12518
33. Kirkevold M. The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients: toward a unified theoretical perspective. Advances in Nursing Science. 1997;19(4):55-64. https://doi.org/10.1097/00012272-199706000-00005
34. Kosevich G, Leinfelder A, Sandin KJ, Swift E, Taber S, Weber R, et al. Nurse practitioners in medical rehabilitation settings: A description of practice roles and patterns. Journal of the American Association of Nurse Practitioners. 2014;26(4):194-201. https://doi.org/10.1002/2327-6924.12038
35. Von Dietze E, Orb A. Compassionate care: a moral dimension of nursing. Nursing Inquiry. 2000;7(3):166-74. https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2000.00065.x
36. Burridge L, Foster M. Compassion in rehabilitation nurses who provide direct patient care: Principles to pragmatics. Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses Association. 2019; 22(1):7-15. https://doi.org/10.33235/jarna.22.1.7-15

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-05]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.1]