تحقیقی کیفی بر مفهوم توانمندی حرفه‌ای در پرستاری

دکتر محسن ادیب حاج باقری[۱]، دکتر مهوش صلصالی[۲]، دکتر فضل ا.. احمدی[۳]

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به اهمیت توانمندی حرفه‌ای پرستاران و توصیه مجمع بهداشت جهانی برای توانمندسازی پرستاران از یک سو و کاستی‌هایی که در پژوهش‌های موجود وجود دارد، این تحقیق به منظور انجام مطالعه‌ای کیفی برای روشن‌سازی مفهوم توانمندی حرفه‌ای در پرستاری روی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی در سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۸۱ انجام گردید.

مواد و روش‌ها: تحقیق با طراحی کیفی و به روش Grounded Theory بر روی اعضای تیم سلامت انجام شد. انتخاب نمونه به صورت هدفمند انجام شد و مفهوم توانمندی و تجارب پرستاران در مورد آن از طریق مصاحبه با مشارکت‌کنندگان و با استفاده از مشاهده تعاملات و رفتارهای پرستاران بررسی گردید. جمع‌آوری داده‌ها آنقدر ادامه یافت تا اشباع داده‌ها (Saturation)حاصل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم انجام شد.

یافته‌ها: تحقیق بر روی ۳۸ نفر، شامل ۷۱ درصد زن و ۲۹ درصد مرد در سنین ۸/۳ ± ۴۰/۸ سال و سابقه خدمت ۸/۱ ± ۱۹/۳ سال که ۶۰/۵ درصد کارشناس، ۳۱/۶ درصد کارشناس ارشد و ۷/۹ درصد دارای مدرک دکترا بودند، انجام شد. ۵ مقوله کاربرد دانش و مهارت، داشتن اختیار، خودباوری، حمایت و بالاخره انسجام از داده‌ها استخراج شد که در مجموع مفهوم توانمندی حرفه‌ای در پرستاری را تشکیل دادند.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها : توانمندی مفهومی چند بعدی است که تحت تأثیر ویژگی‌ها و ارزش‌های فردی و اجتماعی قرار دارد. به نظر می‌رسد که ۵ مقوله استخراج شده مبنای قابل قبولی را برای طراحی الگوی توانمندسازی حرفه‌ای در پرستاری تشکیل می‌دهند. هم‌چنین به نظر می‌رسد که بررسی‌های کیفی بهتر از روش‌های کمی متداول می‌توانند وضعیت‌های اجتماعی مانند توانمندی حرفه‌ای را تبیین کنند. استخراج مفهوم توانمندی حرفه‌ای به روش‌های کمی متداول و مقایسه آن با نتایج این تحقیق پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: پرستاری، توانمندی حرفه‌ای، گراندد‌تئوری دانش و مهارت، خودباوری، اختیار، حمایت، انسجام.

۱- دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۲- دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- دانشگاه تربیت مدرس

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

مقدمه

پرستاران بزرگترین گروه کارکنان ارائه‌دهنده خدمات سلامت را تشکیل می‌دهند (۱) و توانمندی حرفه‌ای آنها نقش مهمی در تحقق رسالت نظام سلامت ایفا می‌کند. به همین دلیل میزان توانمندی حرفه‌ای و مراقبتی آنها یکی از دغدغه‌های نظام‌های بهداشتی و متولیان سلامت در کشورهای مختلف است. پنجاه و چهارمین جلسه بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰، کلیه کشورهای عضو را ملزم نمود تا برنامه‌هایی را برای توانمندسازی پرستاران به اجرا بگذارند و نتایج آن را در سال ۲۰۰۵ گزارش نمایند (۱ و ۲). Brown و Fulton موفقیت برنامه‌های توانمندسازی را در گرو درک مفهوم توانمندی دانسته‌اند (۳ و ۴). از این رو یکی از اولی‌ترین پژوهش‌ها در راستای توانمندسازی حرفه‌ای پرستاران، بررسی مفهوم توانمندی حرفه‌ای است. بررسی انجام شده در دو جایگاه اطلاعاتی CINAHL و Medline نشان داد که در حالی که تعداد فزاینده‌ای از مقالات به توانمندسازی گروه‌های آسیب‌پذیر و بیماران اختصاص یافته‌اند، توانمندسازی پرستاران به عنوان بزرگترین گروهی که این وظیفه را بر عهده دارند نادیده گرفته شده است. تحقیقات معدود انجام شده نیز عمدتاً مبتنی بر نظریات سازمان و مدیریت بوده و با استفاده از پرسش‌نامه‌های متشکل از گزینه‌های از پیش تعیین شده انجام شده‌اند. Burns و Grove پایین بودن میزان پاسخ‌دهی، کم بودن قدرت ژرف‌کاوی و ناتوانی اینگونه پرسش‌نامه‌ها در بررسی برخی از مفاهیم اجتماعی را از نقاط ضعف اینگونه تحقیقات برشمرده‌اند (۵).

برخی از نویسندگان نیز معتقدند که چون این تحقیقات عمدتاً با هدف افزایش سودآوری سازمان انجام شده‌اند، منجر به توانمندسازی حقیقی نگردیده و مقاومت کارکنان را برمی‌انگیزاند (٦ و ۷). به اعتقاد Rodwell بررسی‌های کمی قادر به پی بردن به جوهره این مفهوم نیست و تحقیقات کیفی به روشن‌سازی اینگونه مفاهیم، کمک بیشتری می‌کند (۸). در راستای تعهد کشور و با توجه به اینکه تاکنون گزارشی در این زمینه در ایران منتشر نشده و یا در دسترس پژوهشگران قرار نگرفته است، پژوهشی کیفی به منظور بررسی مفهوم توانمندی حرفه‌ای در پرستاری انجام شد. این تحقیق در طی سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ بر روی پرستاران شاغل در چهار بیمارستان بزرگ تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این تحقیق با طراحی مطالعه کیفی (Qualitative Research) و تحلیل محتوا با استفاده از روش گراندد تئوری (Grounded Theory) انجام شد (۱۰ و ۹). جامعه مورد بررسی را رده‌های مختلف پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها و مراکز تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی در شهر تهران که حداقل ۵ سال سابقه کار داشتند تشکیل داد. نمونه‌گیری به روش هدفمند (Purposeful) به صورت تئورتیک (Theoretical sampling) و به شرح زیر انجام شد: اولین نمونه‌ها از میان پرستاران بالینی انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از هر مصاحبه راهنمایی برای انتخاب نمونه‌های بعدی بود و نمونه‌گیری و مشاهده آنقدر ادامه یافت تا داده‌ها به اشباع (Saturation) برسند (۱۰). داده‌های حاصل از ۳ مصاحبه اول که با پرستاران بالینی انجام شد محقق را به انجام مصاحبه با تعدادی از سرپرستاران،

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

سوپروایزرها، مدیران پرستاری بیمارستان‌ها، مدیران ارشد پرستاری، پزشکان، مربیان پرستاری و اعضای سازمان نظام پرستاری هدایت نمود. مشارکت‌کنندگان افرادی بودند که بتوانند اطلاعات دست اولی در اختیار محقق قرار دهند.

مصاحبه‌های باز نیمه‌سازمان یافته به عنوان روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید. در ابتدای هر مصاحبه پس از ثبت خصوصیات نمونه‌ها شامل سن، جنس، مدرک تحصیلی و سمت آنها در فرم مخصوص، ابتدا از مشارکت‌کنندگان درخواست شد تا یک روز کاری خود را توصیف کنند. سپس از آنها خواسته شد تا به توصیف ادراکات و تجربیات خود در رابطه با توانمندی حرفه‌ای و استراتژی‌های مؤثر بر آن بپردازند. پنج سؤال اصلی مطرح شده در هر مصاحبه عبارت بودند از: به نظر شما توانمندی حرفه‌ای در پرستاری چه مفهومی دارد؟ آیا تجاربی داشته‌اید که در طی آنها احساس کنید به عنوان یک پرستار توانمند هستید؟ آیا تجاربی داشته‌اید که در طی آنها احساس کنید که به عنوان یک پرستار فاقد توانمندی حرفه‌ای هستید؟ در هر یک از تجارب فوق چه عوامل و شرایطی چنین احساسی را در شما برانگیخته است؟ برای توانمندسازی حرفه‌ای در پرستاری چه باید کرد؟ کلیه مصاحبه‌ها توسط یک نفر از محققین انجام گردید. متن مصاحبه‌ها بر روی نوار ضبط و در همان روز کلمه به کلمه پیاده و به عنوان داده اصلی تحقیق استفاده شد. مصاحبه با هر نفر بسته به تحمل و میزان علاقه وی در ۲ - ۱ جلسه صورت گرفت. مدت جلسات مصاحبه به طور متوسط در حدود یک ساعت بود.

یک نفر از محققان طی ۱۲ جلسه به مشاهده رفتار و تعاملات پرستاران با هم‌ردیفان، کمک پرستاران، سرپرستاران، سوپروایزرها و پزشکان در شیفت‌های صبح و عصر و در بخش‌های داخلی، جراحی، اورژانس و ویژه پرداخت. ۵ جلسه اول مشاهده در روزهایی که برای مصاحبه با مشارکت‌کنندگان تعیین شده بود انجام گردید. چون مصاحبه‌ها معمولاً ۳ - ۲ ساعت پس از آغاز شیفت کاری صورت می‌گرفت، محقق با اجازه مسئول بخش، زمان قبل از مصاحبه را به مشاهده اعمال و تعاملات میان پرستاران و گروه‌های دیگر می‌پرداخت. ۷ جلسه دوم مشاهده در هنگامی صورت گرفت که محقق به عنوان سرپرست یک گروه ۴ نفره از دانشجویان پرستاری که دوره انترنشیپ را می‌گذراندند در بخش حضور داشت. محقق مشاهدات خود را به عنوان یادداشت عرصه ثبت و سپس به عنوان داده استفاده نمود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش Straus و Corbin و هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها صورت گرفت (۹). در این روش کدگذاری طی سه مرحله کدگذاری باز (Open Coding)، کدگذاری محوری (Axial Coding) و کدگذاری انتخابی (Selective Coding) انجام شد. در سطح کدگذاری باز، محقق خط به خط داده‌ها را بازنگری و مفاهیم اصلی آن را استخراج نمود. دو شیوه کدگذاری در این مرحله عبارت بودند از استفاده از زبان و کلمات فرد مصاحبه یا مشاهده شده و نیز کدهای دلالت انگیز که محقق بر مبنای مفاهیم موجود در داده‌ها می‌سازد. سپس با کدگذاری محوری، کدهای اولیه به طبقاتی کاهش داده شد. این طبقه‌بندی با تمرکز بر شرایطی که به یک پدیده منجر می‌شود، زمینه‌هایی که پدیده در آن روی می‌دهد و استراتژی‌هایی که برای کنترل پدیده به کار می‌رود انجام گردید. در این مرحله محقق داده‌های کدگذاری شده را با یکدیگر مقایسه نموده و به صورت خوشه‌ها یا مقوله‌هایی که با هم

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

تناسب دارند درآورد، سپس هر طبقه با سایر طبقات مقایسه شد تا اطمینان حاصل شود که طبقات از یکدیگر متمایز هستند. در کدگذاری انتخابی محقق به تعیین متغیرها و مفاهیم اصلی پرداخت و عناوینی را برای این مفاهیم برگزید (۹ و ۱۰ و ۱۱).

در طول مطالعه روش‌های خاصی برای اطمینان از صحت و استحکام تحقیق (Rigor)، (که معادل روایی و پایایی در تحقیقات کمی متداول هستند) مورد استفاده قرار گرفت. درگیری طولانی مدت محقق و تماس و ارتباط محقق با محل‌های تحقیق و مسئولین مربوطه و مشارکت‌کنندگان از یک سو به جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان و از سوی دیگر به درک محیط پژوهش توسط محقق کمک کرد. از بازنگری مشارکت‌کنندگان برای تأیید صحت داده‌ها و کدهای استخراج شده استفاده شد. برای بازنگری ناظرین متن برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر محققان توسط ۳ نفر از اعضای هیئت علمی مورد بررسی قرار گرفت و ۹۰ - ۸۵ درصد توافق در میان نتایج استخراج گردیده وجود داشت. هم‌چنین محقق یافته‌ها را با برخی از پرستارانی که در تحقیق مشارکت نداشتند درمیان گذارد و آنها تناسب یافته‌ها را مورد تائید قرار دادند.

در طی تحقیق راز داری و آزادی مشارکت‌کنندگان برای شرکت در تحقیق یا خروج از آن رعایت شد و مشارکت‌کنندگان حق داشتند تا در هر مرحله که بخواهند از مطالعه خارج گردند. هم‌چنین دانشگاه علوم پزشکی تهران تحقیق را مورد تأیید قرار داده بود و قبل از جمع‌آوری داده‌ها، مسئولین بیمارستان‌ها و مشارکت‌کنندگان رسماً مشارکت در تحقیق را پذیرفته و مورد موافقت قرار دادند.

یافته‌ها

تحقیق بر روی ۳۸ نفر انجام شد که خصوصیات فردی آنها در جدول شماره ۱ نمایش داده شد است و نشان می‌دهد که ۷۱ درصد از مشارکت‌کنندگان زن و ۲۹ درصد مرد در سنین ۸/۳ ± ۴۰/۸ سال و سابقه خدمت ۸/۱ ± ۱۹/۳ سال بودند. از این عده ۶۰/۵ درصد کارشناس، ۳۱/۶ درصد کارشناس ارشد و ۷/۹ درصد دارای مدرک دکترا بودند.

جدول ۱ - خصوصیات فردی واحدهای پژوهش

		جنس		سن * (سال)	سابقه خدمت * (سال)	مدرک تحصیلی		
		مرد	زن			دکترا	کارشناسی ارشد	کارشناسی
پرستار	۱۲	۳	۹	۳۲/۷ ± ۵/۳	۱۲/٤ ± ۵/۷	-	۳	۹
سرپرستار	۱۲	۱	۱۱	۵۲/۸ ± ۵/۲	۲۲/٦ ± ٦/۲	-	۲	۱۰
سوپروایزر و مترون	۵	۲	۳	٤۲/۲ ± ۷/٤	۱۹ ± ۷/۳	-	۱	۴
مدیر ارشد پرستاری	۴	۱	۲	٤۷/۵ ± ۷/٦	۲٤/۳ ± ۷/۸	۱	۳	-
مربی	۳	۱	۲	۵۰/۰ ± ۱/۰	۲۸ ± ۱/۵	-	۳	-
پزشک	۲	۲	-	٤۸ ± ۱۱/۳	۱۹ ± ۱۲/۷	۲	-	-
جمع	۳۸	۱۱	۲۷	٤۰/۸ ± ۸/۳	۱۹/۳ ± ۸/۱	۳	۱۲	۲۳

* میانگین ± انحراف معیار

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

مفهوم توانمندی حرفه‌ای در پرستاری چیست؟ مفهوم توانمندی حرفه‌ای از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در این تحقیق ارتباط تنگاتنگ با دانش، تجربه و مهارت حرفه‌ای داشت. آنها مکرراً به تأثیر غیرقابل انکار دانش حرفه‌ای پرستار در توانمندی او اشاره نموده‌اند. از نظر آنها "پرستاری توانمند است که دانش و مهارت کافی داشته باشد". اگر چه مشارکت‌کنندگان برخورداری از دانش و مهارت حرفه‌ای را شرط لازم برای کسب توانمندی می‌دانستند ولی آن را کافی تلقی نمی‌کردند. آنها معتقد بودند که توانمندی پرستار در " توانایی به کارگیری دانش و مهارت" برای "پاسخگویی به نیاز بیمار" و " کارایی و اثربخشی برای مددجو" نهفته است. به عبارت دیگر توانمندی حرفه‌ای پرستار در کاربرد دانش و مهارت بر بالین بیمار و در ارائه مراقبت به مددجو معنی و تجلی می‌یابد. پرستار توانمند پرستاری است که در پرتو خودباوری و اعتماد به نفس خود بتواند دانش و مهارت خود را در اجرای مداخلات مستقل پرستاری برای مددجو به کار گیرد.

تجارب توانمندی و بی‌قدرتی در پرستاران: پرستاران مشارکت‌کننده در این تحقیق عموماً در هنگامی توانمندی حرفه‌ای را تجربه کرده و خود را توانمند احساس نموده‌اند که توانسته‌اند در مراقبت از مددجو، بر اساس تشخیص و قضاوت بالینی برخاسته از دانش و مهارت خود عمل نموده و نتایج آن را در مددجویان مشاهده نمایند. در مقابل هرگاه آنها نتوانسته‌اند از دانش و مهارت خود استفاده کنند احساس بی‌قدرتی و ضعف را تجربه کرده‌اند. به نمونه‌ای از تجارب آنها توجه کنید:

" من وقتی که توانسته‌ام دانش و تجربه‌ام را در کارم به کار ببرم حس کرده‌ام توانمندم. مریض سالمندی بود که دل درد داشت. پزشک برای او هیوسین نوشته بود. از او پرسیدم در خانه چه می‌خوری؟ گفت: آنجا بیشتر آب‌گوشت می‌خورم، اینجا همه‌اش کباب و این چیزها می‌دهند من دلم درد می‌گیرد، یعنی به جای اینکه به مریض کمک کنند به او ضربه زده بودند. آنها می‌خواستند پر پروتئین باشد ولی مریض نمی‌توانست تحمل کند چون دندانهایش مصنوعی بود. گفت ۸ روز است شکمم کار نکرده. به همراهش گفتم از این دستگاه‌های ۱ - ۲ - ۳ بخرد، گوشت را پوره می‌کردیم، با آب‌لیمو به او می‌دادیم. رژیم پر پروتئین ولی به شکل پوره، این کار پرستار است. این یک کار کاملاً حرفه‌ای است " (ای۲). چنین رفتاری نمونه مشخصی از عملکرد حرفه‌ای و عمل بر اساس قضاوت مبتنی بر دانش حرفه‌ای از سوی پرستار است. او به دلیل ارتباط نزدیک با بیمار متوجه عامل اصلی درد بیمار شده و بر اساس دانش حرفه‌ای خود به این نتیجه می‌رسد که مشکل بیمار با دارو رفع نخواهد شد و تصمیم می‌گیرد تا ضمن ادامه ندادن دستور دارویی، شکل رژیم غذایی بیمار را اصلاح کند. او تصمیمات خود را مستقلانه و در تعامل نزدیک با بیمار اتخاذ و اجرا نموده و در پرتو مشاهده نتایج مثبت آن احساس رضایت و توانمندی نموده است.

چه عوامل و شرایطی توانمندی حرفه‌ای پرستار را توسعه می‌دهد؟ ۵ مقوله توانایی کاربرد دانش و مهارت، برخورداری از اختیار، خودباوری، حمایت و انسجام متغیرهای اصلی ایجادکننده و توسعه‌دهنده توانمندی حرفه‌ای در پرستاری بودند.

به اعتقاد مشارکت‌کنندگان، برخورداری از دانش و مهارت و توانایی به کارگیری آن عنصری اساسی در توانمندی حرفه‌ای پرستار است. با این

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

وجود ۳۶ نفر از آنها دو عنصر اختیار و خودباوری را نیز در بروز توانمندی‌های حرفه‌ای هر پرستار مؤثر دانسته‌اند. از نظر آنها " زمانی پرستار می‌تواند توانمند باشد که دارای اختیار و تصمیم‌گیرنده باشد" به اعتقاد آنها اختیار و حق تصمیم‌گیری "مسئولیتی است که به فرد واگذار می‌شود و به او اجازه می‌دهد تا کاری را انجام دهد". به همین دلیل اکثر پرستاران ضمن گلایه از فقدان " اختیار کافی برای ارائه مراقبت بر اساس تشخیص خود" خواهان اختیار برای انجام مراقبت بهتر و سریعتر از مددجویان خود هستند. به اعتقاد آنها برخورداری از این حق به فرد احساس توانمندی داده و محرومیت از آن به احساس ناتوانی خواهد انجامید. مشارکت‌کنندگان دو بعد خارجی و داخلی را در احساس و اعمال اختیار از سوی پرستار مؤثر دانسته‌اند. بعد خارجی در بردارنده عواملی مانند شرح وظیفه و مقررات سازمان و تناسب تعداد بیمار و تعداد پرستار است. بعد داخلی به خودباوری و اعتماد به نفس پرستار در استفاده از اختیارات رسمی بر می‌گردد. آنها معتقدند، " اینکه پرستار چقدر از اختیارات خود استفاده نماید بستگی به افراد دارد. یک نفر که اعتماد به نفس دارد، قدرت دارد و اختیارات خود را به اجرا می‌گذارد، یک نفر هم هست که واقعاً پرستار ضعیفی است و با همان اختیارات نمی‌تواند اجرا کند". مشارکت‌کنندگان، رابطه دو طرفه میان خودباوری و توانمندی برقرار نموده و معتقدند که هرچه افراد بتوانند توانمندی‌های خود را بیشتر بروز دهند اعتماد به نفس آنها افزایش می‌یابد. از سوی دیگر نیز خودباوری و اعتماد به نفس احساسی از توانمندی در فرد ایجاد می‌نماید. به نظر آنها تجارب قبلی، داشتن دانش و اطلاعات کافی برای انجام کار و اعتماد به توانایی و کارآمدی خود، به توسعه خودباوری فرد کمک می‌کند و به او احساس توانمندی و کارآمدی می‌بخشد. در حالی‌که سه عامل فوق تأثیر مستقیم بر توانمندی حرفه‌ای پرستار دارند، دو عامل انسجام و حمایت نیز از نظر مشارکت‌کنندگان مستقیماً بر توانمندی جمعی و به طور غیر مستقیم بر توانمندی‌های فردی پرستاران تاثیر دارند. به اعتقاد آنها "بزرگترین عاملی که باعث قدرت و نفوذ یک حرفه می‌شود، وحدت اعضای آن است". از منظر آنها در پرتو انسجام، اعضای حرفه خواهند توانست"به شرایط کاری مناسبتر" دست یابند، "در تصمیمات مربوط به حرفه خود مشارکت کنند" و با تنظیم قوانین و استانداردهای حرفه‌ای و مشخص‌سازی دقیق حیطه اختیار و مسئولین اعضای حرفه، امکان بیشتری را برای به کارگیری توانمندی‌های فردی و ارتقای کیفیت مراقبت فراهم نمایند. حمایت نیز از دیدگاه پرستاران عاملی اساسی در توسعه توانمندی‌های حرفه‌ای فردی و جمعی اعضای حرفه است. پرستار در صورتی قادر به حمایت از مددجوی خود خواهد بود که خود حمایت لازم را دریافت کند. به اعتقاد مشارکت‌کنندگان حمایت در دو سطح "حمایت از سوی همکاران" و "حمایت از سوی مدیران" قابل بررسی است.

آنها معتقدند که حمایت از سوی همکار از طریق حمایت پرستاران قدیمی‌تر از پرستاران جدید و تبادل تجربیات، قابل حصول است. حمایت از سوی مدیران نیز از طریق "تدارک امکانات و تسهیلات مراقبت"، " تامین رفاه مادی" و "تامین رفاه روحی روانی" پرستار، امکان‌پذیر می‌شود. به اعتقاد آنها به ویژه مدیران پرستاری وظیفه حمایت از پرستار را بر عهده دارند.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

چه عوامل و شرایطی مانع توسعه توانمندی حرفه‌ای پرستار می شود؟

عوامل ممانعت‌کننده درست نقطه مقابل عوامل توسعه‌دهنده توانمندی حرفه‌ای پرستار قرار دارند و عبارتند از: ناتوانی در کاربرد دانش و مهارت، فقدان اختیار کافی، فقدان خودباوری، عدم حمایت و عدم انسجام.

مشارکت‌کنندگان مکرراً از بی‌دانشی و تحلیل آموخته‌ها، بی‌تجربگی و فقدان مهارت فنی به عنوان عوامل زمینه‌ساز برای بی‌قدرتی و احساس ضعف و ناتوانی حرفه‌ای پرستاران یاد کرده‌اند. با این وجود سایر متغیرها نیز به طور مستقیم یا غیر مستقیم امکان به کارگیری دانش و مهارت حرفه‌ای از سوی پرستار را محدود می‌سازند. داده‌های تحقیق نشان می‌دهد که فقدان اختیار یکی از موانع اصلی کاربرد آموخته‌ها از سوی پرستار بوده است. ابهام در شرح وظایف، کمبود پرستار، افزایش کارهای نوشتاری و غیر پرستاری و واگذاری برخی از وظایف پرستار به دانشجویان پزشکی به دلیل آموزشی بودن بیمارستان‌ها از جمله مواردی بودند که باعث تداخل وظایف شده بود، حیطه اختیارات پرستار را کاسته بود و یا عملاً فرصت اعمال اختیارات و کاربرد دانش و مهارت را از پرستاران گرفته بود. برخی از مشارکت‌کنندگان نیز متذکر شده‌اند که سابقه طولانی اکتفای پرستاران به اجرای دستورات پزشکی، اعتماد به نفس آنها را کاسته است و نوعی احساس وابستگی درونی را در آنها ایجاد نموده است و بسیاری از آنها با نادیده‌گیری اختیارات، هرگونه اقدام مستقل را برای خود غیر مجاز می‌شمارند.

۱۶ نفر از مشارکت‌کنندگان، به "کمبود اعتماد به نفس و عدم خودباوری پرستاران" اشاره کرده‌اند و این امر را عامل "خود کم‌بینی" و ناتوانی در بروز توانمندی‌های حرفه‌ای برشمرده‌اند. آنها متذکر شده‌اند که شیوه‌های غلط آموزشی، تحلیل آموخته‌ها، فرهنگ جامعه، مواخذه مکرر و زیر سؤال بردن مکرر صلاحیت علمی پرستار با تأثیر منفی بر مفهوم فرد از خود، احساس بی‌کفایتی و عدم اعتماد به نفس را در او ایجاد نموده است و مانع بروز توانمندی‌های او گردیده است.

۲۱ نفر از پرستاران به عدم انسجام پرستاران اشاره کرده‌اند و آن را از علل بی‌قدرتی آنها به عنوان یک گروه حرفه‌ای دانسته‌اند. به اعتقاد آنها "نیازهای برآورده نشده مادی" و " فشار بیش از حد کار" باعث شده است تا آنها کمتر فرصت فعالیت‌های جمعی حرفه‌ای را به دست آورند. فقدان حمایت و به ویژه مدیریت غیر حمایتگر نیز متغیر دیگری بود که بر اساس داده‌ها توانمندی حرفه‌ای پرستاران را محدود می‌ساخت. ۳۵ نفر به این مسئله اشاره کرده‌اند.

آنها متذکر شده‌اند که مدیران، رفاه مادی پرستاران را نادیده می‌گیرند، تسهیلات کافی برای انجام مراقبت را تدارک نمی‌بینند، و حمایت عاطفی لازم را نیز از آنها به عمل نمی‌آورند.بر اساس داده‌ها، تحقیر و سرکوب پرستاران، گوش ندادن به مشکلات آنها، و عدم حمایت از پرستار در هنگام تعارض میان پرستار و گروه‌های قدرتمند دیگر مصادیقی از عدم حمایت عاطفی از پرستار هستند. در نتیجه بی‌اعتمادی متقابل میان پرستاران و مدیران پرستاری توسعه یافته و زمینه برای تفرق بیشتر اعضای حرفه فراهم شده است. به اعتقاد مشارکت‌کنندگان این شرایط، پرستاران را تحت فشار قرار می‌دهد و باعث می‌شود تا آنها قادر به رفع نیازهای مددجویان نباشند و احساس ناتوانی را تجربه نمایند.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

بحث

مشارکت‌کنندگان در این تحقیق توانمندی حرفه‌ای پرستار را نهفته در توانایی او برای به کارگیری دانش و مهارت حرفه‌ای در ارائه خدمات و انجام مراقبت پرستاری بر اساس تشخیص خود و در پاسخ به نیاز مددجو دانسته‌اند. به اعتقاد آنها این توانمندی تحت تأثیر متغیرهایی مانند میزان اختیار رسمی، خودباوری، حمایت پرستاران از یکدیگر و انسجام اعضای حرفه قرار می‌گیرد. این یافته‌ها با نتایج حاصل از مطالعات Pelletier، و Sneed هم‌خوانی دارد (۱۲ و ۱۳). یافته‌های این تحقیق تایید می‌نماید که دانش و اعمال و رفتار ما باعث ایجاد و توسعه توانمندی فردی و حرفه‌ای می‌شود. پرستارانی که از دانش حرفه‌ای برخوردارند و در پرتو ارتباط مؤثر انسانی آن را به کار می‌برند بیشتر اعتبار کسب می‌کنند و در نتیجه احساس توانمندی در آنها توسعه می‌یابد. Fulton; Kubsch ; Bener ; Kuokkanen و Leino-Kilpi نیز در مطالعه بر روی پرستاران گزارش کردند که داشتن طیف وسیعی از دانش حرفه‌ای و کاربرد آن از نشانگرهای پرستار توانمند است. این پرستاران احساس توانمندی بیشتری می‌نمایند، بیشتر بر مبنای تشخیص خود عـمل می‌کنند و قادرند بر دیگران نفوذ نمایند (۱۴ و ۱۵ و ۴ و ۷). در حالی که نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که پرستاران درباره مفهوم توانمندی حرفه‌ای توافق دارند، Watson گزارش نموده است که پرستاران درباره مفهوم توانمندی و قدرت حرفه‌ای با یکدیگر توافق ندارند (۱۶). به نظر می‌رسد آنچه در میان پرستاران متفاوت است مصادیق توانمندی و نه مفهوم آن است. طبیعی است که گروه‌های مختلف مانند پرستاران بالینی، مدیران میانی و ارشد پرستاری هر یک مصادیق متفاوتی را به عنوان مظاهر توانمندی حرفه‌ای خود در نظر بگیرند ولی همه آنها خواهان آن هستند که در حیطه خود بتوانند دانش و مهارت خود را در راستای اهداف حرفه‌ای به کار گیرند. با توجه به یافته‌های پژوهش، توصیه می‌شود که تأثیر توسعه دانش و مهارت حرفه‌ای پرستاران از طریق برگزاری دوره‌های مدون بازآموزی و آموزش ضمن خدمت برای پرستاران شاغل، و اصلاح شیوه‌های آموزشی در راستای تقویت مهارتهای عملی و توسعه توانایی تصمیم‌گیری و حل مشکل در دانشجویان پرستاری در توسعه توانمندی حرفه‌ای پرستاران مورد مطالعه قرار گیرد.

تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد که دو عنصر اختیار و خودباوری تأثیر مهمی در توانمندی حرفه‌ای و قابلیت بروز آن دارند. آنها معتقدند که هر چه فرد اختیارات بیشتری داشته باشد، بهتر می‌تواند توانمندی‌های خود را بروز دهد. در حالی که برخی از پرستاران از ابهام در شرح وظیفه و فقدان اختیار شاکی هستند و آن را عامل بی‌قدرتی خود دانسته‌اند. Krairiksh و Anthony با مطالعه بر روی پرستاران متوجه شدند که میزان اختیار رسمی تأثیر عمده‌ای بر عملکرد و تصمیمات بالینی پرستاران ندارد (۱۷). بخشی از یافته‌های تحقیق حاضر نیز حاکی از آن است که پرستاران از اختیارات موجود خود نیز استفاده نمی‌کنند و آن را نادیده می‌گیرند و یا قادر به استفاده از آن نیستند. به نظر می‌رسد عواملی مانند کمبود اعتماد به نفس و خودباوری، زیاد بودن حجم کار و کمبود پرستار، کمبود مهارت‌های ارتباطی و وابستگی درونی شده ناشی از فرهنگ جامعه و نیز عادت به شیوه تقسیم کار وظیفه‌ای و اجرای روتین باعث شده است که آنها به مرور خود را فاقد اختیار احساس کنند. نتایج

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

مطالعات Oreilly ; Roberts ; Fulton و Madjar تأثیر منفی این مشکلات بر خودباوری و توانمندی حرفه‌ای پرستاران را تایید نموده‌اند (۱۸ و ۴ و ۱۹ و ۲۰) شاید به همین دلیل است که Krairiksh و Anthony میزان اختیار را عامل مؤثری در بروز توانمندی‌های پرستاران نیافته‌اند. Scot و همکاران نیز اگر چه شیوه مدیریت و ساختار سازمان را در توانمندی حرفه‌ای پرستاران مؤثر می‌دانند با این حال خودباوری پرستار را بر این دو مقدم شمرده‌اند (۲۱). White نیز گزارش داد که این دسته از پرستاران احساس کنترل بیشتری روی محیط خود دارند و راحت‌تر به تصمیم‌گیری و اجرای تصمیم خود می‌پردازند (۲۲). بر اساس داده‌های تحقیق راه‌کارهای مختلفی مانند بازنگری شرح وظایف، تفویض اختیار، توسعه مشارکت پرستاران در تصمیمات مؤثر بر کار و محیط کار، حفظ ارزش و احترام آنها، توسعه آموزش‌های بدو خدمت و حین خدمت و ارائه بازخورد از عملکرد حرفه‌ای پرستاران، توسعه پرستاری بهداشت جامعه و تربیت پرستار متخصص احتمالاً می‌توانند به تقویت خودباوری و افزایش توان اعمال اختیار و گسترش کاربرد دانش و مهارت حرفه‌ای پرستار کمک نمایند که انجام پژوهش تجربی در این مورد توصیه می‌شود.

تحقیق نشان داد که اگر چه وجود حمایت و انسجام می‌تواند توسعه قدرت و توانمندی جمعی پرستاران را در پی داشته باشد، حرفه پرستاری، در حال حاضر از عدم انسجام و فقدان هویت جمعی اعضای خود در رنج است. به نظر می‌رسد که نیازهای برآورده نشده مادی و مشغولیت پرستاران به دغدغه‌هایی چون حقوق و درآمد ناکافی باعث شده است تا آنها هم‌چنان در سطح طبقه اول و دوم نیازهای اساسی مطرح شده توسط مازلو باقی بمانند و انگیزه لازم برای مشارکت‌های حرفه‌ای را نداشته باشند. از سوی دیگر همانند مطالعه Laschinger و همکاران و Brown بیشترین عوامل ایجادکننده احساس عدم حمایت در پرستاران مطالعه حاضر، فشار کاری، کمبود پرسنل، عدم حمایت در تعارض با دیگران و نادیده انگاری رفاه پرستار بود (۲۳ و ۳). به نظر می‌رسد این عوامل در مجموع احساس عدم حمایت و عدم انسجام را در میان اعضای حرفه توسعه داده و جوی از عدم اعتماد متقابل را میان پرستاران و مدیران پرستاری ایجاد کرده است. اگر چه عملکرد پرستاران در ۲ - ۱ سال اخیر، گسترش گردهمایی و تشکل‌های پرستاری و موفقیت در تاسیس سازمان نظام پرستاری نمودی از توانمندی ناشی از انسجام حرفه‌ای آنها را نشان می‌دهد پرستاران این مطالعه بیشترین حمایت را از مدیران انتظار داشتند. آنها از مدیران انتظار دارند تا با تدارک امکانات و تسهیلات مراقبت، تأمین رفاه مادی پرستار و حمایت عاطفی از او زمینه‌ای را فراهم آورند تا آنها بتوانند با آسایش خاطر، بهترین مراقبت و حمایت را از مددجویان خود به عمل آورند. مطالعات Laschinger و همکاران و Macphee و همکاران این امر را تایید می‌نماید (۲۴ و ۲۳). با توجه به یافته‌های تحقیق احتمالاً اقداماتی مانند تلاش هماهنگ مدیران ارشد پرستاری و سازمان نظام پرستاری در زمینه افزایش حقوق و مزایا و تأمین رفاه مادی پرستاران، ایجاد بیمه‌های شغلی برای حمایت در برابر تهدیدات حرفه‌ای، قرار دادن پرستاری در زمره مشاغل سخت، تدوین و رعایت استاندارد نیروی انسانی، فراهم سازی زمینه‌های پیشرفت و ارتقای حرفه‌ای، تشویق پرستاران به توسعه ارتباطات حرفه‌ای و تبادل

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

تجربیات و توسعه حمایت متقابل پرستاران و تشکل‌های حرفه‌ای و به ویژه سازمان نظام پرستاری می‌تواند به افزایش انسجام، توسعه هویت حرفه‌ای و گسترش جو حمایت و اعتماد متقابل در میان پرستاران کمک کنند. مشخص شدن نتیجه بخشی این اقدامات در گرو تحقیق بیشتر است و انجام این مهم توصیه می‌شود. نتایج این مطالعه به روشن سازی درک پرستاران از توانمندی حرفه‌ای و عوامل مؤثر بر آن کمک کرد. کاربرد رویکرد گراندد تئوری در این تحقیق به پژوهشگران کمک کرد تا با بررسی عمیق تجارب، اعمال بالینی، رفتارها، عقاید و طرز فکرهای پرستاران به توضیح مفهوم توانمندی حرفه‌ای در پرستاری نایل آیند. اگر چه محدود بودن تعداد مشارکت‌کنندگان در تحقیق ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج آن را با سؤال مواجه سازد، با این حال این مسئله امری پذیرفته شده در تحقیقات کیفی است (۹ و ۱۰ و ۱۱) و کوشش محققان در پرهیز از یک سو نگری، همراه با توصیف عمیق نتایج و بررسی تعداد زیادی از تجارب مشارکت‌کنندگان می‌تواند تا حد زیادی بر این ضعف فایق آید. این تحقیق در زمانی انجام شد که از یک سو به علت کمبود شدید پرستار و از سویی به علت اقدام دولت به خصوصی‌سازی خدمات پرستاری و نگرانی‌های جامعه پرستاری از پیامدهای آن، روحیه پرستاران پایین بود. این امر ممکن است بر نتایج تحقیق تأثیر گذارده باشد. با این وجود محققان کوشیده‌اند تا با بررسی آراء گروه‌های مختلف از سایه افکندن این امر بر نتایج تحقیق جلوگیری کنند. با توجه به این که تحقیق تنها در سطح بیمارستان‌های آموزشی و دولتی در شهر تهران انجام شده است، انجام مطالعه وسیع‌تر در سطح سایر مؤسسات درمانی مانند تأمین اجتماعی و خصوصی، درک جامع‌تری از این مفهوم را در معرض دید برنامه‌ریزان نظام سلامت قرار خواهد داد. هم‌چنین انجام مطالعه تجربی برای آزمودن پیشنهادات محققان (مانند توسعه برنامه‌های مدون بازآموزی در پرستاری در سه حیطه آموزش‌های بدو خدمت، ضمن خدمت و آموزش مداوم، تبیین روشن جایگاه و انتظارات نظام سلامت از پرستار و بازبینی و روشن‌سازی شرح وظایف پرستار در عرصه‌های مختلف، بازبینی برنامه آموزشی پرستاری، و تدوین معیارهایی برای تأیید کفایت حرفه‌ای پرستار و توسعه پرستاری بهداشت جامعه و تربیت پرستار در عرصه‌های تخصصی مراقبت پرستاری) برای توسعه توانمندی‌های حرفه‌ای پرستاران می‌تواند به تأیید یا اصلاح نتایج این تحقیق کمک کند.

References:

1- Brundtland GH. Strategic Directions for ***Strengthening Nursing and Midwifery Services.*** World Health Organization, Geneva, 2002.

2- Strengthening nursing and midwifery. http:/www.whoint/gb/eb-wha/pdf/wha54/ea542.pdf

3- Brown D, Carolyn L. A theory of the process of creating power in relationships. ***Nurs Adm Q*** 2002; 26(2): 15-33.

4- Fulton Y. Nurses views of empowerment: a critical social theory perspective. J ***Adv Nurs.***1997; 26(3): 529-39.

5- Burns N, Grove SK. ***Understanding nursing research.*** 2nd ed, Philadelphia, W.B. Saunders, 1999.

6- Scott CD, Jaffe DT. ***Empowerment: building a committed workforce.*** Crisp Pubishing Co.1991.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

7- Kuokkanen L, Leino-Kilpi H. Power and empowerment: three theoretical approaches. ***J Adv Nurs.*** 2000; 31(1): 235- 42.
8- Rodwell C. An analysis of the concept of empowerment***. J Adv Nurs.***1996; 23: 305-13.
9- Strauss A, Corbin J. Grounded theory methodology. In: Denzin NK, Lincoln YS (Eds.). ***Strategies of qualitative inquiry.*** Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 1998; P: 158-83.

۱۰- صلصالی م، پرویزی س، ادیب حاج باقری م. ***روشهای تحقیق کیفی***. تهران، انتشارات بشری، ۱۳۸۲.

11- Streubert HJ, Carpenter DR. ***Qualitative research in nursing, advancing the humanistic imperative.*** Philadelphia, Lippincott, 2003.
12- PelletierD, etal. Australian nurse educators identify gaps in expert practice. ***J Cont edv Nurs.*** 2000; 31(5): 224-34.
13- Sneed NV. Power, its use and potential for misuse by nurse consultants. ***Clinical Nurse Specialist*** 2001; 15(4): 177-81.
14- Kubsch SM. Conflict, enactment, empowerment: conditions of independent therapeutic nursing intervention. J Adv Nurs 1996; 23: 192-200.
15- Benner P, Tanner C, Chesla C. ***Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgement and ethics.*** New York: Springer Publishing. 1996.
16- Watson J. ***Postmodern nursing and beyond.*** Churchill Livingston h, Edinburg. 1999.
17- Krairiksh M, Anthony MK. Benefits and outcomes of staff nurses' participation in decision-making. ***J Nurs Adm*** 2001; 31(1): 16-23.
18- O'Reilly Ph. Barriers to effective clinical decision making in nursing. http://www.brad.ac.uk /a04.htm
19- Roberts SJ. Development of a positive professional identity: Liberating oneself from the oppressor. ***Adv Nurs Sci.*** 2000; 22(4): 71-82.
20- Madjar, I. ***Project to review and examine expectations of beginning registered nurses in the workforce.*** Nurses Registration Board of New South Wales, 1997.
21- Scot A, Mattheus A, Corbally M. ***Nurses' and midwives' understanding and experiences of empowerment in Ireland.*** Dublin City University, 2003.
22- White A. Clinical decision making among fourth-year nursing students: an interpretive study***. J Nurs Edu*** 2003; 42(3): 113-20.
23- Laschinger HKS, etal. Organizational trust and empowerment in registered healthcare setting: effects on staff nurse commitment. ***J Nurs Adm.*** 2000; 30(9): 413-25.
24- MacPhee M, ScottJ. The role of social support networks for rural hospital nurses: supporting and sustaining the rural nursing workforce***. J Nurs Adm*** 2002; 32(5): 264-72.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]