

## Nurses perception of professional support

Adib-Hajbaghery M<sup>1\*</sup>, Aminoroayaei Yamini E<sup>2</sup>

1- Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran

2- Khazraei elementary School, Kashan, I.R. Iran

Received January 2, 2010; Accepted June 21, 2010

### Abstract:

**Background:** Professional support has frequently been mentioned as one of the basic pre-requisite for nurses' job satisfaction and, creativity and quality in nursing care. However, perception of a professional support to this job has not been studied adequately. The present study was made to clarify the concept and the process to professional support in nursing.

**Materials and Methods:** this qualitative study was conducted using the grounded theory method during 2005-9. The research question was that of what experiences and perceptions the nurses have of the concept of professional support, 29 nurses were interviewed semi-structurally in several educational hospitals in Tehran and Kashan. Data were analyzed using Straus and Corbin's method.

**Results:** Seven categories were emerged from data including the concept of support, feeling of being sheltered, decreased self-confidence, decreased quality of care, avoidance, decreased professional unity and legitimate support. Participants defined professional support as any material or spiritual backing to strengthen their capabilities in nursing care. They believed that professional support increases capabilities of nurses to make clinical decisions. However, feeling to be unsupported made them to be indifferent, low in self-expression, distrusted them to their managers, powerlessness and shortcoming in conflicts. Lack of legitimate support decreases the nurses' decision-making power and made them to avoid of autonomous intervention. Nurse managers had also a sense of lacking legitimate support.

**Conclusions:** Although, the professional support enable nurses to offer a good care for their clients, however, sometimes they feel left unsupported. Developing the legitimate support may decrease the nurses feeling of being unsupported.

**Keywords:** Support system, Nursing, Qualitative research

\* Corresponding Author.

Email: adib1344@yahoo.com

Tel: 0098 361 555 0021

Fax: 0098 361 555 6633

**Conflict of Interests:** No

*Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, Summer2010; Vol 14, No 2, Pages 140-153*

## درک پرستاران از مفهوم حمایت حرفه ای

محسن ادیب حاج باقری<sup>\*۱</sup>، عفت امین الرعایایی یمینی<sup>۲</sup>

### خلاصه

**سابقه و هدف:** اگرچه محققان بر ضرورت حمایت از پرستار تاکید نموده و آن را در کاستن از فشار کاری، افزایش خلاقیت، بهبود رضایت شغلی و بهبود کیفیت مراقبت از بیماران موثر دانسته‌اند، اما مطالعات محدودی بر معنا و مفهوم حمایت حرفه‌ای و فرایند تحقق آن در پرستاری انجام شده است. این مطالعه به منظور پی بردن به مفهوم حمایت حرفه‌ای و فرایند تحقق آن از منظر پرستاران، انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** تحقیق به روش گراندد تئوری در طی سال‌های ۸۸-۱۳۸۳ انجام شد. سوال تحقیق آن بود که پرستاران چه تجارب و ادراکاتی از حمایت حرفه‌ای داشته و چه عوامل و فرایندهایی را در حمایت از پرستار موثر می‌دانند؟ نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شده و داده‌ها از طریق مصاحبه‌های باز نیمه سازمان یافته جمع‌آوری شد. ۲۹ پرستار در بیمارستان‌های تهران و کاشان مورد مصاحبه قرار گرفتند و تجزیه و تحلیل داده‌ها مطابق با روش اشتراوس و کوربین انجام شد.

**نتایج:** داده‌ها در هفت طبقه "مفهوم حمایت"، "احساس بی‌پناهی"، "کاهش خودباوری"، "کاهش کیفیت مراقبت"، "انفعال"، "کاهش همبستگی حرفه‌ای" و "حمایت قانونی" قرار گرفت. در این بین، "حمایت قانونی" به عنوان متغیر مرکزی انتخاب شد. به اعتقاد مشارکت‌کنندگان، حمایت حرفه‌ای عبارت است از پشتیبانی مادی، معنوی از پرستار به گونه‌ای که او را قادر سازد توانمندی‌های خود را در مراقبت از مددجویان به کارگیرد. به اعتقاد شرکت‌کنندگان، حمایت حرفه‌ای باعث احساس توانمندی و تسهیل تصمیم‌گیری بالینی می‌شود. در مقابل، احساس بی‌پناهی باعث بی‌تفاوت شدن، ناتوانی برای اظهار وجود، بدبینی دو طرفه پرستاران و مسئولین و احساس بی‌قدرتی می‌شود. احساس فقدان حمایت قانونی باعث کاهش توان تصمیم‌گیری و مداخله پرستاران و نیز احساس بی‌اختیاری و فقدان حمایت قانونی مدیران پرستاری شده است.

**نتیجه‌گیری:** پرستاران، حمایت حرفه‌ای را دربردارنده پشتیبانی مادی و معنوی از پرستار در جهت مراقبت از بیمار می‌دانستند. آنها از عدم حمایت و احساس بی‌پناهی رنج می‌برند. توسعه حمایت، به ویژه حمایت قانونی از پرستار می‌تواند به کاهش احساس بی‌پناهی پرستاران کمک کند.

**واژگان کلیدی:** سیستم حمایتی، پرستاری، حمایت قانونی

فصلنامه علمی - پژوهشی فیض، دوره چهاردهم، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۹، صفحات ۱۵۳-۱۴۰

### مقدمه

از پرستاران انتظار می‌رود که با وجود همه این محدودیت‌ها، با حمایت از مددجویان خود، مراقبت با کیفیتی ارائه کنند. مطالعات نشان داده‌اند که وجود یک محیط کاری مثبت پرستاران را قادر به اجرای مراقبت حرفه‌ای کرده و توان تصمیم‌گیری آنها را می‌افزاید. ویژگی‌های مدیریتی بیمارستان، ویژگی‌های پرستاران و نیز میزان حمایتی که پرستاران برای ارائه مراقبت دریافت می‌کنند، بر نحوه عملکرد آنها تاثیر دارد [۳، ۴، ۵]. مطالعات متعددی بر روی عوامل تاثیر گذار بر عملکرد پرستاران انجام شده است. Almost و Laschinger [۶] گزارش داده‌اند که تشریک مساعی در روابط کاری، با میزان فشار وارده بر پرستاران ارتباط دارد. آنها توسعه جو حمایتی و ایجاد فضای احترام، اعتماد و ارتباطات باز در محیط کاری را در کاهش فشار روانی وارده بر پرستار موثر دانسته‌اند. Falk-Rafael [۷] گزارش داد که رابطه حاکی از اعتماد، حمایت و ارائه اطلاعات در احساس توانمندی پرستاران نقش اساسی داشته است. بنابر گزارش Trofino [۸] اگر محیط کاری پرستاران حمایت‌کننده و مشوق باشد، ابداع و خلاقیت

شرایط و ساختار سازمانی که در آن مراقبت ارائه می‌شود اثرات مهمی را بر عملکرد بالینی ارائه‌کنندگان مراقبت دارد. در سال‌های گذشته محدودیت منابع باعث شده تا مدیران و سیاست‌گذاران بخش سلامت تحت عناوینی همچون ارتقای بهره‌وری، با محدود کردن هزینه‌ها بکوشند تا راهبرد "کار بیشتر با هزینه و نیروی انسانی کمتر" را سرلوحه سیاست‌های خود قرار دهند. این امر کیفیت کلی مراقبت را تحت تاثیر قرار داده و در پی آن ارائه‌دهندگان مراقبت و به ویژه پرستاران مورد انتقاد قرار گرفته‌اند [۹، ۱۰].

<sup>۱</sup>دانشیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

<sup>۲</sup>کارشناس آموزش ابتدایی، مدرسه ابتدایی خضرائی کاشان

\* نشانی نویسنده مسئول:

کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب روانی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه داخلی جراحی

دورنویس: ۰۳۶۱ ۵۵۵ ۶۶۳۳

تلفن: ۰۳۶۱ ۵۵۵۰۰۲۱

پست الکترونیک: adib1344@yahoo.com

تاریخ پذیرش نهایی: ۸۸/۳/۳۱

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۰/۱۲

داده‌اند به دلیل تفاوت شرایط ساختاری، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی ممکن است قابل تعمیم به پرستاران ما نباشد. به همین دلیل تحقیق حاضر با هدف بررسی دیدگاه و تجارب پرستاران در باره مفهوم حمایت از پرستار انجام شد. با توجه به فقدان منابع کافی در این زمینه بر آن شد [۴] تا با به کارگیری روش کیفی و با بررسی تجارب، اعمال بالینی، رفتارها، عقاید و طرز فکرهای پرستاران به تعریف حمایت در پرستاری دست یابیم.

### مواد و روش‌ها

مطالعه با طراحی کیفی و تحلیل محتوا با استفاده از روش گراندد تئوری [۱۸، ۱۷] طی سال‌های ۸۸-۱۳۸۳ انجام شد. جامعه‌ی مورد بررسی را پرستاران تشکیل داده و شرکت کنندگان در تحقیق را پرستارانی از بیمارستان‌های منتخب تهران و کاشان تشکیل دادند. نمونه‌گیری هدفمند انجام شد و در ادامه برای تکمیل طبقات با نمونه‌گیری به روش حداکثر تنوع و نیز به صورت تئوریک (Theoretical sampling) [۱۸] به این شرح انجام شد: اولین نمونه‌ها از میان پرستاران بالینی انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از هر مصاحبه راهنمایی برای انتخاب نمونه‌های بعدی بود؛ به این ترتیب داده‌های حاصل از ۵ مصاحبه اول که با پرستاران بالینی انجام شد و داده‌های حاصل در مورد نقش مدیران و قوانین و مقررات محقق را به انجام مصاحبه با تعدادی از سرپرستاران، سوپروایزرها و مدیران پرستاری بیمارستان‌ها هدایت کرد. نمونه‌گیری آنقدر ادامه یافت تا داده‌ها به اشباع برسد. اشباع داده‌ها در تحقیق کیفی هنگامی به دست می‌آید که داده‌ها تکراری شده و کد مفهومی جدیدی به دست نیاید [۱۹]. در مطالعه حاضر نیز داده‌ها پس از انجام ۲۶ مصاحبه اشباع بود. سه مصاحبه آخر نیز برای اطمینان از اشباع با ۲ پرستار و یک سرپرستار انجام شد که تجزیه و تحلیل آنها باعث ایجاد کد مفهومی جدیدی نگردد. در نهایت ۲۹ نفر شامل ۱۴ پرستار، ۷ سرپرستار، ۴ سوپروایزر، ۴ مدیر پرستاری بیمارستان در تحقیق مشارکت نمودند. محقق پس از هماهنگی با مدیران پرستاری بیمارستان‌ها و توجیه اهداف تحقیق برای آنها به محیط‌های مطالعه وارد شده و پس از معرفی خود به سوپروایزرها، سرپرستاران و پرستاران، در ابتدا هدف پژوهش را برای مشارکت کنندگان توضیح می‌داد و در صورت تمایل آنها برای شرکت در تحقیق، با توافق آنها زمانی برای انجام تعیین می‌شد. در اکثر موارد محقق ۱-۲ ساعت قبل از انجام مصاحبه در محل حضور می‌یافت تا با شرایط موجود در بخش بیشتر آشنا شود. صرف این زمان در کنار مشارکت کنندگان به جلب اعتماد آنها نیز کمک می‌کرد. مصاحبه‌های انفرادی باز نیمه سازمان‌یافته به عنوان روش اصلی جمع‌آوری داده مورد استفاده قرار گرفت. راهنمای مصاحبه شامل چند سوال باز بود تا به شرکت-

پرستاران افزایش می‌یابد و باعث توسعه تعهد فردی آنها نسبت به سازمان و افزایش انگیزه می‌شود. مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که برخی ویژگی‌های بیمارستان باعث ایجاد یک محیط کاری مثبت شده و نه تنها رضایت شغلی پرستاران را بالا می‌برد، بلکه از تلاش آنها برای ارائه مراقبت با کیفیت از بیماران حمایت می‌کند [۱۰، ۹، ۳]. با وجودی که اهمیت حمایت از پرستار برای ارائه مراقبت باکیفیت در مطالعات مختلف مورد تاکید قرار گرفته است، معنا و مفهوم "حمایت" از منظر خود پرستاران کمتر مورد کنکاش قرار گرفته است. Hinno و همکاران [۱۱] با نگاهی اجمالی به مطالعاتی که ویژگی‌های سازمانی موثر بر عملکرد پرستاران را بررسی کرده‌اند، برخورداری از استقلال، کنترل بر اعمال بالینی و توان استقرار و حفظ مشارکت جمعی بین پرستار-بیمار و پرستار-پزشک را نشانه وجود فضای حمایتی دانسته‌اند. Laschinger و همکاران [۱۲] نیز رفتار و نگرش‌های کاری کارکنان را به میزان دسترسی آنها به منابع حمایتی مربوط دانسته و این منابع را شامل دسترسی کارکنان به اطلاعات، منابع و فرصت‌ها دانسته‌اند. ادیب حاج باقری و همکاران [۱۳] با بررسی عوامل موثر بر توانمندی حرفه‌ای پرستاران، دانش و مهارت، خودباوری، اختیار، حمایت و انسجام را از مهمترین عوامل گزارش نموده‌اند. دهقان نیری و همکاران [۲] و Houser [۱۴] نیز گزارش دادند که حمایت مدیران از پرستل پرستاری نقش اساسی در بهره‌وری آنها دارد. با وجود استفاده گسترده از مفهوم حمایت، کمتر مطالعه‌ای به بررسی عمیق مفهوم حمایت پرداخته و معنای این مفهوم همچنان مبهم است. مطالعات انجام شده نیز بیشتر به بررسی حمایت از بیمار و خانواده پرداخته‌اند. در یکی از معدود مطالعات انجام شده در این زمینه Stoltz و همکاران [۱۵] به تجزیه و تحلیل مفهوم حمایت از خانواده پرداخته و آن را به عنوان "تدارک منابعی مانند اطلاعات قابل درک، آموزش، کمک‌های اقتصادی، کالاها و خدمات لازم برای مراقبت" تعریف کرده‌اند. با وجود این، بررسی معنا و مفهوم حمایت از پرستار همچنان مغفول مانده و در حالی که ارتباط حمایت با اثربخشی و بهره‌وری پرستاران مشخص شده است، معنای حمایت از پرستار همچنان مبهم مانده است. به اعتقاد صاحب نظران، برای شناخت و رفع مشکلات موجود در ارائه مراقبت باید ادراکات پرستاران از محیط کارشان مورد بررسی قرار گیرد [۱۶]. بنابراین روشن شدن مفهوم حمایت از پرستار و تشخیص ویژگی‌های سازمانی که از نظر پرستاران حمایت‌کننده آنها برای ارائه مراقبت با کیفیت است اهمیت زیادی دارد. بر اساس مطالعات ما، مفهوم حمایت از پرستار به ندرت در ایران و جهان مورد بررسی گرفته است. از سوی دیگر نتایج اندک مطالعات خارجی نیز که به صورت غیر مستقیم این مفهوم را مورد اشاره قرار

شده و به صورت خوشه‌ها یا مقوله‌هایی که با هم تناسب دارند در آمدند؛ بین طبقات با زیرطبقات آنها ارتباط برقرار شد؛ همچنین، هر طبقه با سایر طبقات مقایسه شد تا اطمینان حاصل شود که طبقات از یکدیگر متمایز هستند. در کدگذاری انتخابی محقق به تعیین متغیر اصلی پرداخت، به گونه‌ای که این متغیر بتواند بین طبقات مختلف ارتباط برقرار کند [۱۷-۱۹]. در نهایت داده‌ها در هفت طبقه "مفهوم حمایت"، "احساس بی‌پناهی"، "کاهش خود باوری"، "کاهش کیفیت مراقبت"، "انفعال"، "کاهش همبستگی حرفه‌ای" و "حمایت قانونی" قرار گرفت. در این بین، "حمایت قانونی" به عنوان متغیر مرکزی انتخاب شد. در طول مطالعه روش‌هایی برای اطمینان از صحت و استحکام داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. اطمینان دادن به شرکت کنندگان برای محرمانه نگهداشتن نام آنها، هماهنگی با مسوولین بیمارستان‌ها و بخش‌ها، به جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان کمک کرد. از بازنگری مشارکت‌کنندگان برای تایید صحت داده‌ها و کدهای استخراج شده استفاده شد؛ به این منظور متن پیاده شده هر مصاحبه و کدهای استخراج شده از آن در اختیار هر شرکت کننده قرار گرفت و آنها صحت متون پیاده شده و کدهای استخراج شده را تایید نمودند. برای بازنگری ناظرین، متن برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر محقق اصلی توسط یک نفر دیگر از اعضای هیات علمی که با روش تجزیه و تحلیل کیفی آشنایی داشت، مورد بررسی قرار گرفت و ۹۰ درصد توافق در میان نتایج استخراج شده وجود داشت. همچنین محققین، طبقات حاصل از داده‌ها را با برخی از پرستارانی که در تحقیق شرکت نداشتند در میان گذاردند و آنها تناسب یافته‌ها را با تجارب خود مورد تایید قرار دادند. تلاش شد تا با ثبت مراحل تحقیق امکان بررسی صحت مراحل را برای خوانندگان فراهم آید. در طی تحقیق، راز داری و آزادی شرکت‌کنندگان برای شرکت در تحقیق یا خروج از آن رعایت شد. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که نام آنها تحت هیچ شرایطی فاش نمی‌شود. همچنین شرکت‌کنندگان برای ضبط مصاحبه‌ها رضایت شفاهی داده و نیز حق داشتند تا در هر مرحله که بخواهند از مطالعه خارج شوند. نوارهایی که مصاحبه‌ها در آنها ضبط شدند نیز بدون ذکر نام افراد و تنها با ذکر کد بر روی آنها در محل امنی نگهداری شده‌اند.

#### نتایج

مشارکت‌کنندگان شامل ۱۹ زن و ۱۰ مرد در سنین  $37/5 \pm 6/7$  سال و سابقه کار  $8/1 \pm 4/7$  سال بودند و در بخش‌های مختلف کار می‌کردند. سابقه کار و ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ آمده است. داده‌های تحقیق در هفت طبقه

کنندگان امکان دهد به تفصیل ادراکات و تجارب خود را بیان کنند. در ابتدای هر مصاحبه از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا یک روز معمول کاری خود را توصیف کنند. سپس از آنها خواسته شد تا به توصیف ادراکات و تجربیات خود درباره حمایت حرفه‌ای بپردازند و در صورت امکان مثال‌هایی از تجارب واقعی خود در این زمینه را بیان کنند. به این منظور این سوال مطرح شد که: به نظر شما حمایت حرفه‌ای یعنی چه؟ در چه شرایطی می‌توان گفت که از پرستار حمایت شده است؟ وجود یا عدم وجود حمایت چه پیامدی دارد؟ آیا می‌توانید مواردی را ذکر کنید که احساس کرده‌اید در اعمال حرفه‌ای خود ای مورد حمایت قرار گرفته اید؟ آیا می‌توانید مواردی را ذکر کنید که احساس کرده‌اید در اعمال حرفه‌ای خود مورد حمایت قرار نگرفته‌اید؟ در هر یک از تجارب فوق چه عوامل و شرایطی چنین احساسی را در شما برانگیخته است؟ برای توسعه حمایت حرفه‌ای در پرستاری چه باید کرد؟ متن مصاحبه‌ها بر روی نوار ضبط شده و در همان روز کلمه به کلمه پیاده گردیده و به عنوان داده اصلی تحقیق استفاده شد. مصاحبه با هر شرکت‌کننده در جلسه ۱ و در یک اتاق آرام و خصوصی در محل کار هر شرکت کننده انجام شد. هر یک از جلسات مصاحبه، بین ۵۰-۳۰ دقیقه طول کشید. در اولین فرصت پس از انجام هر مصاحبه متن آن عیناً و به صورت کلمه به کلمه از نوار استخراج شده و به صورت ستونی ۱۳ سانتی متری بر روی کاغذهای A4 نوشته شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش Corbin و Strauss و همزمان با جمع‌آوری داده‌ها و به صورت تحلیل مقایسه‌ای مداوم صورت گرفت [۱۷]. به این منظور پیاده‌سازی و کدگذاری اولیه هر مصاحبه قبل از انجام مصاحبه بعدی انجام شد و در مراحل بعدی نیز داده‌ها و کدهای حاصل از هر مصاحبه با مصاحبه‌های قبلی مقایسه شد. کدگذاری طی سه مرحله کدگذاری باز (Open Coding)، کدگذاری محوری (Axial Coding) و کدگذاری انتخابی (Selective Coding) انجام شد. پیش از کدگذاری، هر مصاحبه چند بار توسط محقق گوش داده شد و متن پیاده شده نیز چند بار بازخوانی شد. سپس در کدگذاری باز، پس از بازنگری خط به خط داده‌ها و علامت‌گذاری مفاهیم اصلی، آن‌ها به حاشیه سفید نگهداشته شده کاغذ منتقل شدند. دو شیوه کدگذاری در این مرحله عبارتند از استفاده از زبان و کلمات فرد مصاحبه شده و نیز کدهای دلالت‌انگیز که محقق بر مبنای مفاهیم موجود در داده‌ها می‌ساخت. در 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 داده‌های کدگذاری شده با یکدیگر مقایسه

"مفهوم حمایت"، "احساس بی پناهی"، "کاهش خودباوری"، "کاهش قانونی" قرار گرفت (جدول شماره ۲).  
 "کاهش کیفیت مراقبت"، "انفعال"، "کاهش همبستگی حرفه‌ای"

جدول شماره ۱- سن و سابقه کار مشارکت کنندگان در تحقیق بر حسب سمت

| سمت          | تعداد | سابقه کار      | دامنه تغییرات سابقه کار | سن             | دامنه تغییرات سن |
|--------------|-------|----------------|-------------------------|----------------|------------------|
| مدیر پرستاری | ۴     | $10/3 \pm 6/2$ | ۴-۱۷                    | $41/0 \pm 7/6$ | ۳۴-۴۹            |
| سوپروایزر    | ۴     | $12/5 \pm 2/6$ | ۱۰-۱۶                   | $44/0 \pm 3/2$ | ۴۱-۴۸            |
| سرپرستار     | ۷     | $10/2 \pm 5/1$ | ۴-۱۸                    | $39/4 \pm 7/2$ | ۳۲-۵۰            |
| پرستار       | ۱۴    | $5/3 \pm 2/7$  | ۲-۱۰                    | $33/4 \pm 4/1$ | ۲۸-۴۰            |
| جمع          | ۲۹    | $8/1 \pm 4/7$  | ۲-۱۸                    | $37/5 \pm 6/6$ | ۲۸-۵۰            |

جدول شماره ۲- دسته بندی طبقات و زیر طبقات

| طبقات اصلی            | زیر طبقات                                             |
|-----------------------|-------------------------------------------------------|
| تعریف حمایت           | • پشتیبانی مادی، معنوی و تدارکاتی                     |
| ضرورت حمایت           | • ضرورت حمایت از پرستار برای ارائه مراقبت با کیفیت    |
| مفهوم حمایت           | • تامین نیروی انسانی کافی و مناسب                     |
|                       | • حمایت شغلی (تدارکاتی)                               |
|                       | • تدارک وسایل و تجهیزات لازم برای مراقبت              |
|                       | • آموزش کارکنان                                       |
|                       | • تاثیر حمایت مادی بر کیفیت مراقبت                    |
|                       | • عدم تامین مادی پرستاران                             |
|                       | • اجبار به کار اضافی، تحلیل رفتن انرژی                |
|                       | • وجود گوش شنوا برای مشکلات پرستاران                  |
|                       | • احساس ارزش قائل شدن برای پرستار                     |
|                       | • برآورده شدن نیازهای تعلق و احترام                   |
| مصادیق حمایت          | • عدم حمایت عاطفی                                     |
|                       | • فقدان گوش شنوا برای حرف های پرستاران                |
|                       | • احساس عدم حمایت از سوی مسئولین                      |
|                       | • بی قدرتی مدیران پرستاری برای حمایت از پرستار        |
| احساس بی پناهی        | • مشاهده قضاوت ناعادلانه از طرف مسئولین               |
|                       | • جانبداری از پزشک در تعارضات میان پزشک و پرستار      |
|                       | • عدم اطلاع از حمایت ها                               |
| کاهش خودباوری         | • کم اهمیت تلقی نمودن این حمایت ها                    |
|                       | • ضرورت نشان دادن جلوه های حمایت                      |
|                       | • متکوب سازی پرستار                                   |
|                       | • احساس بی ارزشی                                      |
| انفعال                | • کاهش عزت نفس پرستار                                 |
|                       | • کاهش انگیزه برای به کارگیری توانمندی های خود        |
|                       | • انفعال و اجتناب (از مداخله، اظهار نظر و اظهار وجود) |
| تاثیر بر کیفیت مراقبت | • ناتوانی در برآورده سازی نیازهای اساسی مددجویان      |
|                       | • تاثیر بر توانایی تصمیم گیری                         |
|                       | • تاثیر بر حمایت متقابل میان مدیران و کارکنان         |
| کاهش همبستگی حرفه ای  | • بی تفاوتی و کاهش همبستگی                            |
|                       | • کاهش قدرت و توان حمایتی مدیران پرستاری              |
|                       | • ضرورت حمایت قانونی از پرستار                        |
| حمایت قانونی          | • نقش تشکلهای پرستاری                                 |
|                       | • توسعه حمایت قانونی از پرستار                        |
|                       | • توسعه خودباوری پرستار                               |
|                       | • فقدان حمایت در اثر روشن نبودن قوانین حرفه‌ای        |
|                       | • محدود شدن توان مداخله پرستار                        |
|                       | • ضرورت ورود پرستاران به مجامع قانونگذاری             |

## مفهوم حمایت

حقوق اولیه انسانی و حرفه‌ای او به گونه‌ای که او را قادر سازد با آرامش خاطر توانمندی‌های خود را در مراقبت از مددجویان به کارگیرد. آنها معتقد بودند که اگر از پرستاران انتظار می‌رود تا

از منظر مشارکت کنندگان، حمایت عبارت بود از پشتیبانی مادی، معنوی و تدارکاتی از پرستار در راستای تامین

این برنامه‌ها را کافی یا کارآمد ندانسته و معتقدند در حالی که پزشکی به طور فزاینده به سوی تکنولوژیک و تخصصی شدن پیش رفته و مراقبت از بیمار پیچیده‌تر شده است، کم توجهی به آموزش مداوم، پرستاران را با احساس ناتوانی در ارائه مراقبت تخصصی مواجه نموده است. یک پرستار می‌گوید "پزشک‌ها را بورسیه می‌دهند میرند کانادا، یک نرس را تا قم هم نمی‌فرستند؛ درحالی‌که برای پرستاری تخصصی و خوب ... باید پرستار را هم بفرستند برای دوره‌های تخصصی تربیت کنند". تامین امکانات و تسهیلات مورد نیاز یکی از حمایت‌های ضروری برای ارائه مراقبت با کیفیت توسط پرستار است. مشارکت کنندگان تاکید نموده‌اند که حتی از نظر امکانات اولیه‌ای مانند ملحفه و وسایل تزریقات با محدودیت مواجه هستند. آنها می‌گویند: "الان پرستاری حداقل امکانات را دارد... میری تو اتاق می‌بینی مریض پتو ندارد، تختش شکسته، حمام بخش خرابه... مریض نمیدونه که اینا وظیفه مدیر بیمارستانه، میاد سراغ ما..." (مدیر پرستاری با ۱۵ سال سنوات کار). "ما یکدونه ویلچر می‌خواستیم برای یک بخش ۳۶ تخته که همه استراحت مطلق هستند و تمام اکو، اندوسکوپ یا عکسبرداری دارند. چهار پنج بار با دفتر پرستاری مطرح کردیم. دفتر گفت نیست" (سرپرستار با ۱۱ سال سنوات کار). مشارکت کنندگان، عدم تامین امکانات و وسایل لازم برای مراقبت را از مصادیق بارز عدم حمایت و کاهش کیفیت مراقبت برشمرده‌اند. به اعتقاد مشارکت کنندگان، تامین نیازهای مادی و معنوی کارکنان از مصادیق دیگر حمایت است که بر کیفیت عملکرد آنها نیز تاثیر دارد. پرستاران بارها به عدم تامین مالی اشاره کرده و آن را نشانه عدم حمایت مدیران نظام سلامت از پرستار دانسته‌اند. آنها می‌گویند: "ما از نظر مالی هم ارضاء نیستیم، رفاه نداریم". این امر پرستاران را تحت فشار قرار داده و اکثر آنها برای تامین نیازهای مادی خود مجبور به کار اضافی می‌گردند، درنتیجه، انرژی آنها تحلیل رفته و کیفیت مراقبت تحت تاثیر قرار گرفته است. یکی از سرپرستاران با ۱۱ سال سابقه کار در توصیف این فرایند می‌گوید: "موقعی که حقوق پرستار کم باشه نمی‌تونه اموراتش را بگذرونه، یک شیفت تبدیل میشه به دو شیفت... این پرستار موقعی که تو بیمارستان می‌خواد کار بکنه انرژیش تقسیم... می‌شه، اینجا هم باید سه برابر کار کنه چون تو بخشی که باید چهار نفر باشه یک نفر وجود داره، این است که کار اون یک نفر هم تحت الشعاع قرار می‌گیره". حمایت معنوی نیز از عوامل اصلی ایجاد کننده احساس حمایت یا عدم حمایت بود. از منظر پرستاران این حمایت عمدتا به احساس وجود یک گوش شنوا برای مشکلات پرستاران مربوط می‌شود. یکی از پرستاران شرکت‌کننده در مصاحبه می‌گوید:

حامی مددجویان خود باشند، لازم است که خود آنها حمایت‌های ضروری را دریافت کنند. یک پرستار با ۵ سال سابقه کار می‌گوید: "ما دائما با مشکلات و درد و رنج مردم سرو کار داریم. با آه و ناله سرکار داریم. همه اش باید دلواپس باشیم اتفاق ناگواری نیفته. آیا یک معلم یا یک کارمند بانک یا حتی یک کارگر شهرداری با این مشکلات تو کارشون سروکار دارند؟ برای همینه که پرستارها خیلی زودتر از بقیه کارمندها فرسوده میشن. پس خودشون به حمایت احتیاج دارند. اگه این حمایت نباشه، که نیست، پرستار واقعا نمی‌تونه با این شرایط سازگار بشه". تجارب و اظهارات مشارکت کنندگان در مورد مصادیق حمایت در سه زیر طبقه "حمایت شغلی"، "حمایت مادی" و "حمایت معنوی" قرار گرفت. پرستاران، تدارک این حمایت‌ها را از وظایف مدیران دانسته‌اند. از منظر پرستاران، "حمایت شغلی" شامل تدارک تسهیلات برای مراقبت است که شامل تامین نیروی انسانی کافی و مناسب، و تدارک وسایل و تجهیزات لازم است. داده‌های پژوهش حاکی از آن است که مدیران توجه کافی به کفایت کمی و کیفی نیروی انسانی پرستاری نشان نداده‌اند. به اعتقاد مشارکت کنندگان، کمبود پرستار از نشانه‌های بارز عدم حمایت از پرستاری است. یک مدیر پرستاری با ۱۵ سال سابقه کار می‌گوید: "الان ما ۳۰ درصد پرستار کم داریم، مثل این است که ۳۰ درصد چرخ‌های کامیونی را برداشته باشیم، معلوم است چطور کار می‌کند". یک مشارکت کننده که قبلا سرپرستار بوده و به دلیل بی توجهی مدیران ارشد به تامین نیروی انسانی از سمت خود کناره گیری نموده است می‌گوید: "زمانی که من سر پرستار بودم به ازای تخت فعالی که داشتیم تعداد نیرومون بسیار کم بود و هرچه سعی کردم نیرو بگیرم حمایت نشدم. مسئول من به من گفت: شما می‌خواهی سیاهی لشکر راه بندازی" (سوپروایزر با ۱۴ سال سنوات کار). شرکت کنندگان، آموزش مداوم را از مصادیق حمایت مدیران از کارکنان محسوب نموده‌اند. برخی از سرپرستاران از طریق برگزاری کنفرانس این حمایت را به عمل می‌آورند. یک سرپرستار با ۱۰ سال سابقه کار می‌گوید: "ما الان توی بخش کنفرانس گذاشته‌ایم، هر نیروی جدیدی هم که میاد آن را برای او تکرار می‌کنیم". برخی از سرپرستاران نیز با علم به نیاز آموزشی و حمایتی پرستاران مبتدی، این حمایت را از طریق چیش پرسنل خود انجام داده‌اند؛ به طوری که یکی از سرپرستاران با ۱۳ سال سابقه کار می‌گوید: "برای پر کردن ICU من اگر باید پنج تا پرستار بگذارم، چهار تا را قوی می‌گذارم، پنجمی را ضعیف‌تر، که آن نفرات او را ساپورت کنند". برخی از شرکت کنندگان ضمن اشاره به افزایش برنامه‌های آموزش ضمن خدمت در سال‌های اخیر

"توجه به کارکنان و گوش دادن به مشکلات آنها به کارکنان نشان می‌دهد که مسئولین برای آنها ارزش و احترام قائل هستند، این امر تا حدی به برآورده شدن نیازهای تعلق و احترام که از نیازهای اساسی روانی اجتماعی هستند، کمک می‌کند". در کل تجارب مشارکت کنندگان بیانگر آن است که مسئولین نظام سلامت، این حقیقت را که پرستاران برای ارائه مراقبت، به حمایت نیاز دارند، مورد توجه قرار نداده‌اند. مشارکت کنندگان مکرراً به پیامدهای حمایت یا عدم حمایت از پرستار یاد کرده‌اند. این پیامدها در پنج طبقه "احساس بی پناهی"، "کاهش خودباوری"، "کاهش کیفیت مراقبت"، "انفعال"، و "کاهش همبستگی حرفه‌ای" قرار گرفتند.

#### احساس بی پناهی

به اعتقاد شرکت کنندگان، نه تنها مسئولین نظام سلامت و بیمارستان‌ها از پرستاری حمایت لازم را انجام نمی‌دهند، بلکه درون سیستم پرستاری نیز جوی از عدم حمایت حاکم است. این امر احساس بی پناهی را در پرستاران ایجاد کرده است. این احساس عمدتاً در اثر "فقدان حمایت عاطفی"، "جانب‌داری مدیران از گروه غیر پرستار" و نیز "عدم اطلاع از حمایت‌ها" ایجاد شده بود. عامل بسیار مهمی که احساس بی پناهی پرستاران را تشدید می‌کرد "عدم حمایت معنوی" بود. تحقیر پرستار، جانب‌داری از پزشک در تعارضات میان پزشک و پرستار، و فقدان گوش شنوا برای حرف‌های پرستاران، از جمله مواردی هستند که مشارکت کنندگان از آنها به عنوان مصادیق عدم حمایت معنوی یاد کرده‌اند. آنها می‌گویند: "مسئولین پرستاری هیچ حمایتی از ما نمی‌کنند" (پرستار با ۶ سال سنوات کار)، "اگر مشکلات را بخواهی مطرح کنی هیچ‌کس گوش نمی‌کند، ما از کسانی شاکی هستیم که مسئول ما هستند" (سرپرستار با ۱۵ سال سنوات کار). در حالی که گوش دادن از نشانه‌های پذیرش و قایل شدن ارزش و احترام برای دیگران و از اساسی‌ترین عوامل در روابط انسانی است، پرستاران احساس می‌کنند که به خوبی گوش داده نمی‌شوند و کسی برای آنها ارزش قایل نیست. یکی از پرستاران می‌گوید: "آقای دکتری که ریاست داشتند توی دانشگاه، مشکلات را که مطرح می‌کردیم اصلاً جملات ما را نمی‌شنیدند، یک جملات دیگه جواب می‌دادند، آدم اقلاً باید یک کسی را داشته باشه که دردش را بشنوه، بگه مثلاً برای این پرسنل ارزش قائلم" (پرستار با ۵ سال سنوات کار). پرستار دیگری می‌گوید: "باید حس کنیم یک جایی داریم، یک هذرسی، یک سوپروایزری، یک مترونی داریم که از حق ما دفاع کنه". به اعتقاد پرستاران، نه تنها مسئولین ارشد سیستم، بلکه مدیران پرستاری نیز تلاش مناسبی در جهت حمایت عاطفی از آنها به عمل نمی‌آورند. یک مدیر پرستاری با بیان این که

پرستاران حمایت لازم را دریافت نمی‌کنند می‌گوید: "اونی که گفته حمایت نمیشه راست گفته... مترون به منافع هم‌لباسش توجه نداره، چون رئیس بیمارستان ازش میخواد... پرستار داخل بیمارستان‌ها تحت فشاره...". او ریشه این وضع را در بی قدرتی مدیران پرستاری دانسته و می‌گوید: "یکی از روسا گفت شما باید طرف ما باشی... ما حقوق را داریم می‌دهیم". این اظهارات نشان دهنده عمق بی پناهی پرستاران است. در حقیقت به این دلیل که مدیران ارشد پرستاری فاقد قدرت و اختیار لازم هستند، امکان حمایت از اعضای حرفه تا حد زیادی از آنان سلب شده است. یکی از مظاهر بی پناهی پرستاران، مشاهده قضاوت ناعادلانه و "جانب‌داری مراجع تصمیم گیر و مدیران پرستاری از دیگران" در هنگام بروز تعارض میان آنها و پرستاران بود. یک شرکت کننده می‌گوید: "اگر مشکلی پیش بیاد بین پزشک و پرستار، حمایتی از پرستار نمیشه" (پرستار با ۴ سال سنوات کار). یکی از پرستاران در بیان نمونه دیگری از جانب‌داری مدیران پرستاری از دیگران می‌گوید: "وقتی درگیری بین هذرنس پیش آمد با یک رزیدنت سال دو و حق با آن خانم پرستار بود... آن پرستار را سریع از هذرنسی برداشتند، کردند استاف یک بخش دیگه". برخی از مشارکت کنندگان نیز احساس بی پناهی پرستاران را تا حدی ناشی از "عدم اطلاع آنها از حمایت‌های مدیران" یا کم اهمیت تلقی نمودن این حمایت‌ها دانسته و می‌گویند: "پرسنل فکر می‌کنند حمایت ندارند در صورتی که مترون یک اختیاراتی داره و روی آن اختیاراتش کار می‌کنه". برخی از پرستاران نیز به بی اطلاعی خود از اقدامات حمایتی مسئولین اشاره نموده و عدم اطلاع رسانی از سوی مسئولین پرستاری را در این امر موثر دانسته و می‌گویند: "شاید هم این اتفاق تو دفترش می‌افته، ولی ما چیزی نمی‌دونیم" (پرستار با ۵ سال سنوات کار). نشان دادن جلوه‌های حمایت و اطلاع رسانی مناسب در این زمینه، به کارکنان دلگرمی داده و باعث می‌شود که آنها احساس کنند که دارای پشتوانه هستند. برخی مدیران پرستاری نیز معتقدند که کوتاهی‌های پرستاران، مسئولین پرستاری را در تنگنا قرار داده و امکانات حمایتی آنها را می‌کاهد. یکی از مدیران پرستاری می‌گوید: "متأسفانه فقط می‌گیم حمایت نمی‌شیم، نمی‌گیم خودمان چه کار می‌کنیم... نامطلوب بودن کیفیت مراقبت، از قدرت مدیران پرستاری کم می‌کند".

#### کاهش خودباوری

به اعتقاد مشارکت کنندگان، عامل کلیدی در روحیه پرستاران، ارزش دادن و حمایت از آنها توسط مدیران است. بی-توجهی و عدم حمایت که به طور محسوسی در میان پرستاران به چشم می‌خورد، این احساس را در آنها به وجود می‌آورد که برای

اما بیمارستان به ما به اندازه دستکش نمی‌دهد. اگر برای یک مریض خیلی لازم شد و دستکش من هم اتفاقاً پاره شد و من دو جفت دستکش استفاده کردم، باید جواب گو باشم، اینه که شما اکثراً می‌بینید که همکاری ما اصلاً از دستکش استفاده نمی‌کنند."

#### انفعال

در حالی که برخورداری از حمایت می‌تواند باعث سهولت و بهبود کیفیت مراقبت شود، عدم حمایت باعث انفعال پرستار و اجتناب از مداخله می‌گردد. یک سرپرستار با اشاره به تاثیر احساس حمایت بر سهولت تصمیم‌گیری می‌گوید: "وقتی پرستار بدون حمایت می‌شه راحت‌تر تصمیم می‌گیره". او سپس با اشاره به شرایط موجود، تاکید می‌کند که نتیجه نهایی عدم حمایت "احساس استیصال پرستار و زیان مددجو" خواهد بود. به اعتقاد او، فضای عدم حمایت موجود، انگیزه پرستاران را برای به کارگیری قابلیت‌های حرفه‌ای کاسته و به واکنش‌های اجتناب آمیز و انفعالی آنها دامن زده است. این حالت به صورت اجتناب از مداخله، اجتناب از اظهار نظر و اجتناب از اظهار وجود نمود یافته است. مشارکت کنندگان مکرراً به این واکنش‌های انفعالی پرستاران اشاره کرده‌اند. یکی از پرستاران می‌گوید: "الان همین مریضی که تو اتاق ۲ داریم، من می‌دونم باید ABG اش چک شود. به انترنش چندبار زنگ زده‌ام تا او مد بعد به من گفت خودت که می‌تونستی بگیری... من می‌تونم ولی الان اگر من بگیرم و فردا دستش بکوبد بشه میگن چرا گرفتی، کسی منو حمایت نمی‌کنه". دو نفر از شرکت کنندگان نیز در اشاره به انفعال پرستاران می‌گویند: "با توجه به اینکه خیلی جاها باید حرف زور را بشنویم، تابع تر شده-ایم. سیستم می‌طلبه که آرام باشی، حرف بزنی میدونه از کدوم راه اذیت کنه، باید سرت را بیندازی پائین، بری، بیای، بله، چشم، همون که شما میگن، باشه، همه چیز درسته". "هی باید کوتاه بیای، حتی وقتی متوجه میشی که پزشک داره کار اشتباهی میکنه باید چیزی نگی" (پرستار با ۵ سال سنوات کار). در چنین شرایطی نه تنها پرستار بلکه بیمار نیز متضرر می‌شود.

#### کاهش همبستگی حرفه‌ای

پرستاران بارها به این نکته اشاره کردند که اگر مدیران شرایط حمایتی لازم را برای پرستاران فراهم آورند، نه تنها به احقاق حقوق پرستار و بیمار، بلکه به تقویت خود کمک خواهد نمود. در چنین شرایطی احساس همدلی و یگانگی میان آنها و کارکنان ایجاد می‌شود و جوی از اعتماد و حمایت متقابل میان مدیران و کارکنان به وجود می‌آید. نتیجه چنین فرایندی افزایش کارایی و اثر بخشی در سازمان و نیز تقویت مدیر خواهد بود. یکی از پرستاران در این باره می‌گوید "مدیریت به این نیست که فقط

او و خدماتش ارزشی قائل نیستند. تداوم این وضعیت، باعث کاهش عزت نفس و خودباوری پرستار می‌شود. برخی از مشارکت کنندگان از این فرایند به عنوان منکوب سازی پرستار یاد کرده‌اند. یکی از پرستاران می‌گوید: "مترون برای ما خیلی قدرت نمایی می‌کنه، می‌گه اصلاً نباید "من" بگی، به خود من گفت خیلی "من من" نکن. هیچ کاری نمی‌تونید بکنید". شرکت کننده دیگری با اشاره به عدم حمایت از پرستاران می‌گوید "هر جا بری پرستار را تو سرش می‌زنند، منکوبش می‌کنند... حمایت از سیستم پرستاری کم شده... خیلی وقت‌ها آدم احساس می‌کنه که تو سیستم پرستاری تحقیر می‌شود" (سرپرستار با ۱۰ سال سنوات). تعدادی از شرکت کنندگان با اشاره به عدم حمایت و بی‌پناهی پرستاران و نقش آن در کاهش خودباوری پرستاران می‌گویند: "شرایط موجود باعث شده که اعتماد به نفس عملاً از پرستار گرفته بشه، چون الان کارهای خود ما را هم از ما گرفته‌اند، مثلاً پانسمان یک کار نرسینگه ولی الان دکترها مثلاً توسط انترن یا رزیدنت انجام بشه و اگر پرستار انجام بده مواخذه می‌شه... این باعث شده که همکاری جدید ما اصلاً جرات نمی‌کنند بعضی کارها را انجام بدهند. این باعث می‌شه که اعتماد به نفس کم بشه، حس کنه کارش ارزش نداره" (پرستار با ۷ سال سنوات).

#### کاهش کیفیت مراقبت

مشارکت کنندگان تاکید می‌کنند که هنگامی که پرستاران حمایت‌های مادی و معنوی لازم برای رفع نیازهای خود و مددجویان را دریافت نکنند، قادر به برآورده سازی نیازهای اساسی مددجویان نخواهند بود. دو نفر از شرکت کنندگان می‌گویند: "ما اگر امکانات لازم را داشته باشیم می‌تونیم خوب مراقبت کنیم" (پرستار با ۵ سال سنوات)، "اگر واقعاً به پرستاری نرسند لطمه‌اش به بیمار می‌خورد" (پرستار با ۷ سال سنوات کار). شرکت کننده دیگری با اشاره به این که در شرایط مناسب توجه پرستار کاملاً بر کمک به بیمار معطوف می‌شود می‌گوید: "ولی الان اینقدر مشکلات داره که باعث می‌شه موقعی هم که سر کار هست توجهش به آن کار خاص نباشه... این اگه قبلاً با ۱۰ تا مشکل که برخورد می‌کرد عصبانی می‌شد، الان با دومین مریض که به مشکل برخورد می‌کنه عصبی میشه" (مدیر پرستاری با ۱۵ سال سنوات کار). یکی از پرستاران با ۶ سال سابقه کار در اشاره به تاثیر منفی عدم حمایت بر کیفیت مراقبت از بیمار می‌گوید: "الان بیمارستان از پرستارش که حمایت نمی‌کنه از بیمار هم حمایت نمی‌کنه فقط از درآمد خودش حمایت می‌کنه، اگر پرستار هم از درآمد بیمارستان حمایت نکنه خودش مجازات می‌شه... مثلاً من می‌دونم که برای انجام پانسمان باید دستکش استریل بپوشم،



بگه "نه" باید مشکلات زیر دست‌ها را بفهمد، حداقلش این است که گوش کند، باور کنید آن موقع می‌شه به عنوان یک مرکز، یک کسی که حرفش پرش داره، می‌شه به قولش اطمینان کرد. پرستارها همین که از نظر روحی تامین باشند پشتش را دارند" (پرستار با ۶ سال سنوات کار). در بیان نمونه‌ای از این حمایت متقابل، یکی از سرپرستاران به تغییر وضعیت خود توسط مدیران بیمارستان اشاره کرد و گفت: "دو ماه پیش یک بحثی پیش آمد بین من و یکی از پزشکا به خاطر ساعت ویزیت، آن آقا رفت دفتر پرستاری و کار به ریاست کشید و منو از اینجا بردند نرس بخش جراحی کردند. اما پرسنل بخش طرف منو گرفتند مرتب رفتند دفتر پرستاری، رفتند چندبار اتاق ریاست، آخرش من دوباره برگشتم همین بخش..." (سرپرستار با ۱۲ سال سنوات). در حالی که احساس حمایت، توسعه یک دلی را در پی دارد، احساس عدم حمایت باعث احساس ضعف و کم ارزشی و کاهش همبستگی انفعالی می‌شود. داده‌ها بیان‌گر آن است که پرستاران اکنون به طور وسیع از انفعال به عنوان یک مکانیزم دفاعی در برابر انبوه فشارهایی که بر خود احساس می‌کنند، استفاده می‌نمایند. دو نفر از پرستاران با اشاره به این که این انفعال باعث عدم همبستگی و ناامیدی از پیگیری حقوق خود شده است می‌گویند: "از بس فشار کار رو پرستار هست اصلا بچه‌ها دیگه نسبت به هم بی تفاوت شده‌اند" (پرستار با ۷ سال سنوات کار)، "الان بچه‌ها فقط دارند کار می‌کنند که ساعتشون بگذره" (پرستار با ۶ سال سنوات کار).

#### حمایت قانونی

مشارکت کنندگان بر ضرورت حمایت قانونی از پرستار تاکید نموده‌اند. آنها متذکر شده‌اند که ترس از فقدان حمایت قانونی، توان تصمیم‌گیری و مداخله پرستار را کاسته و تاخیر در مراقبت را در پی دارد، ولی وجود حمایت قانونی، قدرت تصمیم‌گیری و مداخله از طرف پرستار را افزایش می‌دهد. یکی از پرستاران در بیان تجربه خود در این زمینه می‌گوید: "یک بار مریضی داشتیم که زیر ونتیلاتور بود. مریض تنفس خودش برگشته بود و داشت با دستگاه می‌جنگید. باید مریض از دستگاه جدا می‌شد. انترن را زنگ زدیم گفت باید با دکتر مشورت کنم... خبری نشد... با مربی دانشجوه‌های پرستاری مشورت کردیم و مریض را جدا کردیم. حالش خوب شد و آروم گرفت. بعد انترن اومد گفت با اجازه کی اینکار را کردید... مریض را دوباره وصل کرد به دستگاه، مریض تحمل نمی‌کرد و مجبور شد دوباره جداش کنه، ولی بعدا آن مربی را تا چند وقت سین جیم می‌کردند که تو حق نداشتی این کار را بکنی... معلوم شد که ما حمایت قانونی نداریم... این باعث می‌شه که آدم دیگه هیچ مداخله نکنه" (پرستار

با ۵ سال سنوات کار). شرکت‌کننده دیگری نیز با اشاره به فقدان حمایت قانونی از پرستار می‌گوید: "اگه به من بگند که تو اجازه تجویز هم داری، من تا تبعات قانونی حرفه‌ام مشخص نباشه این کار را نمی‌کنم" (سرپرستار با ۱۴ سال سنوات کار). شرکت‌کنندگان، با تاکید بر این که حمایت قانونی از طریق تدوین قوانین روشن حرفه‌ای امکان‌پذیر می‌شود، متذکر شدند که تشکلهای سازمان‌های پرستاری نقش مهمی در تدوین و به تصویب رساندن قوانین حرفه‌ای و حمایت قانونی از پرستار دارند. یکی از شرکت‌کنندگان با اشاره به این امر، متذکر می‌شود که تدوین قوانین روشن حرفه‌ای و تقویت تشکلهای حرفه‌ای پرستاری قدرت مدیران پرستاری برای حمایت از پرستار را نیز افزایش خواهد داد؛ به همین دلیل می‌گوید: "حمایت‌های قانونی باید باشه از طرف تشکلهایی که الان بوجود اومده. این حمایت میتونه force باشه برای مسئولینی که پرستاری را به حساب نمی‌آرند. این باعث می‌شه که پرستار باور کنه که یک جایی به مشکلاتش رسیدگی می‌شه" (مدیر پرستاری با ۱۴ سال سنوات کار). برخی از مشارکت‌کنندگان با تاکید بر لزوم حمایت مراجع قانون‌گذار از پرستار، ضرورت ورود پرستاران به مجامع قانون‌گذاری را نیز متذکر شده‌اند: آنها می‌گویند: "پرستاری باید نماینده تو مجلس داشته باشه، ما الان معلم و پزشک تو مجلس زیاد داریم ولی پرستار نداریم. دیگران دارند برای ما و بیماران ما تصمیم می‌گیرند" (مدیر پرستاری با ۱۵ سال سنوات کار). شرکت‌کننده دیگری با اشاره به جوّ یک‌سویه موجود در وزارت بهداشت می‌گوید: "توی وزارتخانه من باید همون قدر حمایت بشم و امکانات داشته باشم که بقیه گروه‌ها..." (سرپرستار با ۱۰ سال سنوات کار). به اعتقاد او اگر پرستاران بتوانند در مجامع قانون‌گذاری وارد شوند، امکان تصویب قوانین حرفه‌ای در جهت حمایت از اعضای حرفه پرستاری بیشتر خواهد شد. او می‌گوید: "ما توی مجلس اگر چند تا نماینده داشته باشیم، بسیاری از تصمیماتی که فعلا نتونسته‌اند در مورد پرستاری بگیرند شاید انجام بشه". به اعتقاد مشارکت‌کنندگان، فقدان حمایت قانونی نقش مهمی در کاهش اعتماد به نفس جامعه پرستاری و نیز مدیران پرستاری دارد و در صورت ایجاد قوانین روشن حرفه‌ای اعتماد به نفس مدیران پرستاری در حمایت از کارکنان خود نیز افزایش خواهد یافت. یک سرپرستار در این زمینه می‌گوید: "الان قانون‌های حرفه من خیلی روشن نیست. تو این بیمارستان واقعا مترون اختیار زیادی نداره، همه اختیارات دست رئیس بیمارستانه، به همون نسبت منم که مسئول بخشم اختیار زیادی برای حمایت از پرستارای خودم ندارم... کلا تو این وزارتخانه این طوره، همه اختیارات دست پزشک... طبعاً

شده‌اند. این مطالعات به ارائه تعریفی از حمایت بر اساس نظرات و تجارب زنده پرستاران نپرداخته‌اند؛ بلکه با استفاده از پرسشنامه و بررسی پاسخ‌های پرستاران به گویه‌های از قبل تعیین شده، تنها به بررسی میزان حمایت یا بررسی نظر پرستاران در مورد تاثیر حمایت بر عملکرد پرستار پرداخته‌اند [۶-۷]. شرکت کنندگان در تحقیق حاضر انواع اساسی حمایت را شامل حمایت شغلی، مادی و معنوی دانستند. این یافته تاحدود زیادی با نتایج مطالعات Laschinger [۲۴، ۲۳] هم‌خوانی دارد. Laschinger، انواع اساسی حمایت‌های مدیریتی از پرستاران را در سه دسته فراهم سازی امکان دسترسی به منابع، فرصت‌ها و اطلاعات لازم برای انجام اعمال حرفه‌ای تقسیم بندی نموده و گزارش داده است که پرستارانی که به میزان بیشتری از این حمایت‌ها دسترسی داشته‌اند احساس توان‌مندی بیشتری را در ارائه مراقبت تجربه نموده‌اند. او منابع را شامل تجهیزات و وسایل لازم برای تحقق اهداف کاری و فرصت را به معنای امکان رشد حرفه‌ای از طریق ارتقای دانش و مهارت دانسته و فراهم سازی این حمایت‌ها را عاملی برای بهبود نگرش کارکنان به سازمان و افزایش و کارایی و اثربخشی آنها دانسته است [۲۴]. تعریف وی از حمایت و نیز دسته بندی او از انواع حمایت با نتایج مطالعه حاضر نزدیکی زیادی دارد؛ چنانچه تدارک نیروی انسانی کافی و مناسب و تجهیزات کافی را می‌توان با آنچه او دسترسی به منابع می‌نامد یکسان دانست. همچنین، تدارک آموزش مداوم و نیز اطلاع رسانی مناسب در امور مختلف مانند آنچه در حمایت از پرستار انجام می‌شود را می‌توان با آنچه وی دسترسی به فرصت و اطلاعات می‌نامد در یک دسته قرار داد. یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که حمایت‌های مورد نیاز برای پرستاران تامین نشده است؛ به گونه‌ای که عدم حمایت از درون‌مایه‌های اصلی یافته‌های تحقیق حاضر بود. مشارکت کنندگان، بیشترین عدم حمایت را از سوی مدیران احساس نموده بودند. کمبود پرستار، عدم کفایت و ناکارآمدی برنامه های آموزش مداوم و کمبود امکانات و تسهیلات اولیه لازم برای مراقبت به عنوان مصادیق بارز عدم حمایت مورد تاکید شرکت کنندگان در تحقیق حاضر قرار گرفت. به اعتقاد شرکت کنندگان، این کمبودها امکان ارائه مراقبت با کیفیت توسط پرستاران را محدود کرده است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات قبلی در مورد پرستاران ایران مطابقت دارد. ادیب از قول کمیته نیروی انسانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی کمبودی در حدود ۴۹-۴۰ درصد را در بیمارستان‌های این دانشگاه گزارش نموده است [۲۵]. همچنین، مطالعات دیگر نیز کمبود پرستار و عدم تامین تجهیزات مناسب را از موانع مراقبت باکیفیت پرستاری در بیمارستان‌های ایران گزارش داده‌اند [۲۸-۳۶]. مطالعات Laschinger و همکاران نیز نشان می‌دهد که کمبود

مدیران پرستاری هم توان حمایتی زیادی ندارند. چون خودشان هم از جایی حمایت قانونی نمیشن. همین باعث شده که اعتماد به نفس برای حمایت از پرسنل خودشان نداشته باشند... پس اول باید قانون‌های حرفه روشن بشه..."

## بحث

شرکت کنندگان در تحقیق حاضر حمایت را به صورت "پشتیبانی مادی، معنوی و تدارکاتی از پرستار در راستای تامین حقوق انسانی و حرفه‌ای او به گونه‌ای که او را قادر سازد با آرامش خاطر توانمندی‌های خود را در مراقبت از مددجویان بکارگیرد" تعریف کردند. آنها معتقد بودند که حمایت از پرستار پیش‌نیاز ارائه مراقبت خوب و باکیفیت است. Tomey بر ضرورت حمایت مدیران پرستاری از پرستاران تاکید کرده و آن را باعث تقویت کارکنان و ارتقای اثربخشی آنها دانسته است. به اعتقاد او حمایت مادی و معنوی از پرستاران، از وارد شدن فشار بی مورد به آنها جلوگیری کرده و شرايطی را فراهم می‌آورد تا آنها بتوانند با احساس سلامت، رفاه و آرامش، بهترین حمایت و مراقبت را از مددجویان خود به عمل آورند [۲۰]. اگرچه نویسندگان و متخصصان پرستاری مکرراً بر ضرورت حمایت از پرستاران تاکید کرده و آن را از پیش نیازهای عملکرد مناسب پرستاران دانسته‌اند؛ اما مطالعه کیفی که به بررسی تجارب یا ادراکات اعضای حرفه پرستاری درباره مفهوم حمایت حرفه‌ای پرداخته باشد، یافت نشد. Creasia و Parker [۲۱] و نیز Hood و Leddy [۲۲] در هنگامی که از وظایف پرستار نسبت به بیمار صحبت می‌کنند از حمایت به عنوان "پشتیبانی در زمینه‌های قانونی و دفاع از حقوق اولیه و انسانی دیگران" و نیز "تسهیل عملکرد فرد و تغییر ساختار قدرت در جهت فراهم سازی شرایط برای عملکرد حمایت شونده" تعریف نموده‌اند. این تعاریف اگرچه در ظاهر با تعریف مشارکت کنندگان مطالعه حاضر متفاوت است، اما در حقیقت ابعاد اساسی مشابه با تحقق حاضر را در بطن خود دارند. هر دو تعریف فوق بر "پشتیبانی های قانونی" و "تسهیل عملکرد حمایت شونده از طریق تغییر ساختار قدرت" و به عبارت دیگر بر ضرورت حمایت قانونی که متغیر مرکزی مطالعه حاضر بود، تاکید دارند. همچنین ضرورت حمایت معنوی و گوش دادن و ارزش دهی به پرستاران و قضاوت عادلانه در هنگام بروز تعارضات و نیز فراهم سازی امکانات اولیه و شرایط پایه‌ای لازم برای ارائه مراقبت در جهت "دفاع از حقوق اولیه و انسانی" پرستاران قابل تفسیر است. بیشترین تعداد مطالعات پرستاری که در آنها بر حمایت از پرستار تاکید شده است توسط Laschinger و همکاران او در طی سال‌های ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۶ به صورت کمی انجام

پرستار از جمله متغیرهایی است که با تحت فشار قرار دادن پرستاران، توانایی آنها را در ارائه مراقبت محدود کرده و به احساس نارضایتی و ناتوانی در آنها می‌انجامد [۲۹، ۲۴، ۲۳، ۱۲، ۶]. از سوی دیگر، داده‌های این تحقیق نشان داد که مشارکت کنندگان از فقدان برنامه‌های بازآموزی مناسب برای پرستاران گلایه نموده‌اند. به اعتقاد آنها این امر باعث نزول توانمندی‌ها، کاهش انگیزه و اجتناب پرستار از انجام مداخله شده است. نتایج مطالعه پارسا یکتا و همکاران [۳۰] و سمیعی و همکاران [۳۱] همراستا با نتایج تحقیق حاضر، فقدان برنامه‌های بازآموزی مناسب برای پرستاران ایران را گزارش داده‌اند؛ این درحالی است که تحقیقات نشان داده‌اند که آموزش مداوم پرستاری با ارتقای دانش، مهارت و نگرش پرستاران به بهبود تصمیم‌گیری، تصحیح روش‌های نادرست، آشنا سازی با مقررات و ارتقای مدیریت، باعث افزایش کیفیت مراقبت پرستاری [۳۲] می‌گردد. Pelletier و همکاران [۳۳] و O'shea [۳۴] نیز بر ضرورت آموزش مداوم و نقش آن در توسعه توانمندی‌های حرفه‌ای پرستاران تاکید نموده‌اند. بنابراین، مدیران ارشد سیستم سلامت مسئولیت دارند تا شرایط لازم را جهت توسعه و بهبود کیفیت برنامه‌های آموزش مداوم پرستاران فراهم کنند. این اقدام نه تنها احساس حمایت حرفه‌ای را در پرستاران تقویت می‌کند، بلکه احساس توانمندی آنها را تقویت می‌کند و در نهایت با افزایش کارایی و اثربخشی آنها، به بهبود کیفیت مراقبت خواهد انجامید. پرستاران مطالعه حاضر مکرراً به کمبود امکانات اولیه‌ای مانند ملافه، ست های پانسمان، صندلی چرخ‌دار و حتی فقدان امکانات لازم برای تامین بهداشت و گرمایش و سرمایش مناسب برای بیمار اشاره نموده و این موارد را نشانه عدم حمایت شغلی از پرستار و محدود کننده امکان مراقبت با کیفیت دانسته‌اند. در اختیار نداشتن امکانات لازم برای مراقبت، تنش وارده بر پرستار را افزایش می‌دهد. ذکاوی یزدی و همکاران [۳۵] با تایید موارد مشابه تایید کرده‌اند که اگر امکانات لازم از سوی موسسات فراهم نشود و موانع ایفای نقش های پرستاران رفع نگردد نمی‌توان انتظار داشت که آنها به نحو مطلوبی نقش‌های خود را ایفا نمایند. یکی از طبقات استخراج شده و پیامدهای عدم حمایت در مطالعه حاضر، احساس بی‌پناهی پرستاران بود. این احساس به ویژه از فقدان حمایت عاطفی از جانب مدیران و به ویژه مدیران پرستاری منتج شده بود. فقدان گوش شنوا و بی‌توجهی به مشکلات پرستاران، جانب‌داری مدیران پرستاری از گروه‌های دیگر، قضاوت ناعادلانه آنها در تعارضات پیش آمده، در احساس بی‌پناهی پرستاران نقش داشتند. این یافته‌ها با گزارش ادیب [۲۵] هم‌خوانی دارد. Almost و Laschinger [۶]، Patrick و Laschinger [۲۴] و Hood و Leddy [۲۲] بر حمایت عاطفی از پرستار تاکید کرده و آن را از

مهمترین پیش‌نیازهای توانمندسازی پرستاران برای ارائه مراقبت با کیفیت دانسته‌اند. Patrick و Laschinger و نیز Laschinger و همکاران گزارش داده‌اند که پرستاران هنگامی احساس می‌کند که از سوی سازمان حمایت می‌شوند که احساس کنند سازمان برای آنها ارزش قایل است و به رفاه آنها اهمیت می‌دهد. این مطالعات بیان می‌کنند که میزان احساس حمایت از طرف پرستاران با میزان دریافت بازخورد مثبت از سوی سرپرستاران و سوپروایزرها ارتباط قوی داشته و در مقابل، احساس عدم حمایت شدیداً باعث احساس فرسودگی و عدم رضایت حرفه‌ای می‌شود [۳۶، ۲۴]. گزارش شده است نظارت حمایتی، برخورداری از پاداش و احساس ارزش دهی از سوی سازمان همراه با شرایط مساعد محیط کاری در ادراک حمایت سازمانی توسط کارکنان تاثیر دارد [۳۷]. همچنین، نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد که کمبود پرستار، فقدان جایگاه مناسب در سازمان، عدم حمایت مدیران، به رسمیت شناخته نشدن جایگاه پرستار توسط مدیران، و عدم اعتماد آنها به پرستاران مجموعاً احساس بی‌پناهی و عدم حمایت را در پرستاران ایجاد می‌کند [۲۳]. در مقابل مطالعه دیگری که بر روی مدیران میانی پرستاری انجام شده نشان داده است که میزان حمایت و ارزش احساس شده با میزان گوش دادن مدیران بالاتر به آنها ارتباط داشته است [۲۴]. Wheeler [۳۸] و East [۳۹] گوش دادن به مشکلات کارکنان را نشانه حمایت عاطفی و ارزش دادن به آنها دانسته‌اند. میرکمالی [۴۰] نیز گوش دادن و خوب شنیدن را از اساسی ترین عوامل ارتباطات انسانی و نشانه به رسمیت شناختن، احترام گذاردن و استغنا عاطفی کارکنان و افزایش انگیزه و فعالیت ثمربخش آنها دانسته است. اگرچه حمایت مادی و تدارکاتی نقش موثری در جلوگیری از نارضایتی پرستاران و فراهم سازی امکان ارائه مراقبت با کیفیت دارد، حمایت معنوی دارای اهمیت اساسی در جلوگیری از احساس بی‌پناهی است. ارتباطات همدلانه و صمیمانه مدیران با پرستاران، نشان دادن اعتماد، توسعه فضای آزاد، ارائه بازخورد مثبت و حمایت منطقی از پرستار در تعارضات او با دیگران، نمونه‌هایی از حمایت معنوی هستند. شرکت کنندگان در تحقیق حاضر "کاهش خودباوری"، "کاهش کیفیت مراقبت"، "عملکرد انفعالی" و "کاهش همبستگی حرفه‌ای" را از پیامدهای عدم حمایت از پرستار دانسته‌اند. بر اساس یافته‌های پژوهش، رفتارهای غیر حمایتی مدیران، خودباوری پرستاران را کاسته و باعث عملکرد انفعالی و اجتناب آمیز آنها شده است. این امر بر کیفیت مراقبت تاثیر منفی گذاشته و نیز به کاهش همبستگی حرفه‌ای کمک کرده است. Tomey [۲۰] نیز متذکر شده است که عدم حمایت عاطفی بر روحیه و عملکرد پرستار تاثیر منفی داشته و باعث احساس ناامیدی، از دست رفتن

عرصه‌های حرفه‌ای می‌افزاید بلکه توان حمایتی مدیران پرستاری را در تامین حمایت‌های شغلی، مادی و معنوی از پرستاران افزایش داده و در نهایت کیفیت مراقبت پرستاری را می‌افزاید.

#### نتیجه‌گیری

یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که پرستاران حمایت حرفه‌ای را به صورت "پشتیبانی مادی، معنوی و تدارکاتی از پرستار به منظور ارائه مراقبت با کیفیت" تعریف می‌کنند. با وجود این، پرستاران از احساس بی‌پناهی و فقدان حمایت از سوی مدیران پرستاری و نیز نظام سلامت در رنج بودند. این امر می‌تواند با کاهش خود باوری پرستاران، انفعال آنها را در پی داشته و باعث کاهش کیفیت مراقبت و نیز کاهش همبستگی حرفه‌ای گردد. بر اساس داده‌های حاصل از این مطالعه، فقدان حمایت قانونی به واسطه فقدان قوانین روشن حرفه‌ای نقش اساسی در این احساس بی‌پناهی پرستاران داشته است. تلاش مسئولین پرستاری و نظام سلامت و نیز تشکل‌های پرستاری در اصلاح و تدوین قوانین روشن حرفه‌ای می‌تواند در کاهش احساس بی‌پناهی پرستاران موثر باشد. همچنین بر مدیران پرستاری است تا با حمایت‌های سمبولیک، سیاسی و ساختاری خود از پرستار شرایطی را ایجاد کنند که پرستاران بتوانند با آرامش خاطر به مراقبت از مددجویان خود بپردازند. راه‌کارهایی چون توسعه برنامه‌های مدون آموزش مداوم، فراهم سازی امکان پیشرفت، توسعه روابط مثبت و همدلانه، گوش دادن به مشکلات، حفظ شئون انسانی و احترام متقابل اقدامات موثری در ایجاد فضای حاکی از حمایت هستند. همچنین بر مدرسان و مسئولین آموزش پرستاری لازم است تا برنامه‌های آموزشی خود را به گونه‌ای تدوین نمایند که خودباوری و ضرورت همبستگی حرفه‌ای را در فارغ التحصیلان نهادینه نماید. محدودیت تعداد شرکت کنندگان، از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر است که می‌تواند تعمیم پذیری نتایج را محدود سازد. البته، این از محدودیت‌های مطالعات کیفی به شمار می‌رود. همچنین، کمبود مطالعات مشابه کیفی امکان مقایسه یافته‌ها با سایر مطالعات را محدود کرد؛ به همین دلیل تکرار مطالعه مشابه توسط محققان داخلی می‌تواند به روشن سازی بیشتر مفهوم و نیز عوامل موثر بر آن کمک کند.

#### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همه پرستاران و مدیران پرستاری که محقق را در این تحقیق یاری رسانده و در این تحقیق مشارکت نمودند تقدیر می‌شود.

عزت نفس و اجتناب از مداخله خواهد شد؛ این درحالی است که احساس حمایت، توان تصمیم‌گیری و مداخله را تقویت و خودباوری پرستاران را افزایش می‌دهد. Balse J و Balse JO [۴۱] نیز تاکید نموده‌اند که احساس حمایت نقش موثری در ظرفیت سازی، احساس توانمندی و جایگزین نمودن شیوه عمل وابسته و مبتنی بر روتین با تصمیم‌گیری بر مبنای دانش حرفه‌ای دارد. Creasia و Parker [۲۱] با توصیف وضعیتی مشابه با شرایط تحقیق حاضر تاکید می‌کنند که این شرایط باعث تعارض نقش و انفعال پرستاران می‌شود. حمایت قانونی یکی از طبقات استخراج شده از داده‌های این تحقیق را تشکیل داده است. بر اساس یافته‌های این مطالعه در حال حاضر پرستاران از احساس فقدان حمایت قانونی رنج می‌برند و همین امر حالت انفعال و عدم تمایل به مداخله فعال در مراقبت را در آنها ایجاد نموده است. به اعتقاد مشارکت کنندگان، این حمایت از طریق تدوین قوانین روشن حرفه‌ای و با کمک تقویت تشکل‌های حرفه‌ای و نیز تلاش برای داشتن نماینده در مجامع قانون گذاری قابل تحقق خواهد بود. برخی مطالعات مشابه نیز تدوین قوانین حرفه‌ای و تقویت تشکل‌های حرفه‌ای را سنگ بنای حرفه‌ای گرایی و عامل تحقق خود تنظیمی، استقلال و توانمندی حرفه و نیز بهبود عملکرد نظام سلامت و تامین بهتر حقوق مددجویان دانسته‌اند [۴۲، ۴۳، ۴۴]. حمایت قانونی به عنوان متغیر مرکزی مطالعه حاضر انتخاب شد؛ چرا که مشارکت کنندگان در تحقیق متذکر شده‌اند، احساس فقدان حمایت قانونی باعث شده تا از یک سو توان تصمیم‌گیری و مداخله پرستاران کاسته شود و از سویی نیز احساس بی‌اختیاری و فقدان حمایت قانونی توسط مدیران پرستاری باعث شده تا آنها نتوانند حمایت‌های لازم را از پرستاران به عمل آورند. علاوه بر این چنانچه Hawks [۴۴] و Conti-O'Hare [۴۵] متذکر شده‌اند، هنگامی که مدیران پرستاری متوجه بی‌اختیاری خود شده و نمی‌توانند کاری برای زیر دستان خود انجام دهند بیشتر در پی حفظ جایگاه خود برآمده و نوعی رابطه یک طرفه مخرب میان آنها و پرستاران توسعه می‌یابد. به نظر می‌رسد که همین امر باعث احساس فقدان حمایت عاطفی در میان پرستاران شده، احساس بی‌پناهی را در آنها دامن زده است و باعث شده تا آنها احساس کنند که جوّ یک سویه‌ای در بیمارستان‌ها و نیز کل نظام سلامت وجود دارد که در آن مدیران پرستاری نیز در هنگام تعارضات جانب دیگران را می‌گیرند. همین امر باعث شده تا شرکت کنندگان بر ضرورت حمایت قانونی از طریق تدوین و روشن سازی قوانین حرفه‌ای تاکید نمایند. به اعتقاد شرکت کنندگان، حمایت قانونی از طریق تدوین قوانین روشن حرفه‌ای نه تنها شرایط و محدوده فعالیت پرستاران را روشن و اعتماد به نفس آنها را در

## References:

- [1] Adib-Hajbagheri M, Salsali M, Ahmadi F. Clinical Decision-Making: a Way to Professional Empowerment in Nursing. *Iranian Journal of Medical Education* 1382; 2(3): 5-13. [in Persian]
- [2] Dehghan Nayeri N, Nazari AA, Adib Hajbagheri M, Salsali M, Ahmadi F. Nurses' views on productivity and its influencing factors. *Feyz, Kashan University of Medical Sciences & Health Services* 2005; 32(8): 51-43. [in Persian]
- [3] Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospital: the revised nursing work index. *Nurs Res* 2000; 49(3): 146-53.
- [4] Mark BA, Salyer J, Wan TT. Professional nursing practice. Impact on organizational and patient outcome. *J Nurs Adm* 2003; 33(4): 224-34.
- [5] Currie V, Harvey G, West E, McKenna H, Keeney S. Relationship between quality of care, staffing levels and skill mix and nurse autonomy: literature review. *J Adv Nurs* 2005; 51(1): 73-82.
- [6] Almost J, Laschinger HK. Workplace empowerment, collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract* 2002; 14 (9): 408-18.
- [7] Falk-Rafael AR. Empowerment as a process of evolving consciousness: a model of empowered caring. *ANS Adv Nurs Sci* 2001; 24(1): 1-16.
- [8] Trofino J. Vision: a professional model for nursing practice. *Nurs Manage* 1996; 27 (3) 43-47.
- [9] Doran D, Sidani S, Keatings M, Doidge D. An empirical test of the nursing role effectiveness model. *J Adv Nurs* 2002; 38(1): 29-39.
- [10] Gardner JK, Thomas-Hawkins C, Fogg I, Latham CE. The relationship between nurses' perceptions of the hemodialysis unit work environment and nurse turnover, patient satisfaction and hospitalization. *Nephrol Nurs J* 2007; 34(3): 271-81.
- [11] Hinno S, Partanen P, Vehvilainen-Julkunen K, Aaviksoo A. Nurses' perceptions of the organizational attributes of their practice environment in acute care hospitals. *J Nurs Manag* 2009; 17(8): 965-74.
- [12] Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J, Casier S. Organizational trust and empowerment in registered healthcare setting: effects on staff nurse commitment. *J Nurs Adm* 2000; 30(9) 413-25.
- [13] Adib-HajBagheri M, Salsali M, Ahmadi F. The concept of professional power in nursing. *Feyz, Kashan University of Medical Sciences & Health Services* 2004; 29(8): 19-9. [in Persian]
- [14] Houser J. A model for evaluating the context of nursing care delivery. *J Nurs Adm* 2003; 33(1): 39-47.
- [15] Stoltz P, Andersson EP, Willman A. Support in nursing-an evolutionary concept analysis. *Int J Nurs Stud* 2007; 44: 1478-89.
- [16] Milisen K, Abraham I, Siebens K, Darras E, Dierckx de Casterlé B; BELIMAGE group. Work environment and workforce problems: a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *Int J Nurs Stud* 2006; 43(6): 745-54.
- [17] Strauss A, Corbin J. Grounded theory methodology: an overview. In: Denzin NK, Lincoln Y. Strategies of qualitative inquiry. 1<sup>st</sup> ed. Thousand Oaks, Sage Publications; 1998. p. 158-83.
- [18] Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- [19] Adib-Hajbagheri M, Salsali M, Parvizi S. Qualitative reserches methods. Tehran: Boushra Publ. Co; 2006. [in Persian]
- [20] Tomey AM. Guide to nursing management and leadership. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby; 2000. p. 25, 201.
- [21] Creasia JL, Parker B. Conceptual foundations: The Bridge to professional nursing practice. 4<sup>th</sup> ed. st. Louis: Mosby; 2006.
- [22] Hood L, Leddy SK. Leddy and Pepper's Conceptual Bases of Professional Nursing. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- [23] Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J. Promoting nurses' health: Effect of empowerment on job strain and work satisfaction. *Nursing Economics* 2001; 19 (2): 42-52.
- [24] Patrick A, Laschinger HK. The effect of structural empowerment and perceived organizational support on middle level nurse managers' role satisfaction. *J Nurs Manag* 2006; 14 (1): 13-22.
- [25] Adib-Hajbagheri M. The concept of power in nursing and the model of professional nursing empowerment [Dissertation]. Tehran. Tehran University of Medical sciences. 2004. [in Persian]
- [26] Hajbagheri MA, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nurs* 2004; 3(1): 2.
- [27] Adib-Hajbagheri M. Factors facilitating and inhibiting evidence-based nursing in Iran. *J Adv Nurs* 2007; 58(6): 566-75.
- [28] Nayeri ND, Nazari AA, Salsali M, Ahmadi F. Iranian staff nurses' views of their productivity and human resource factors improving and impeding it: a qualitative study. *Hum Resour Health* 2005; 3:9.
- [29] Haugh EB, Laschinger HS. Power and opportunity in public health nursing work environments. *Public Health Nurs* 1996; 13(1): 42-49.

- [30] Parsa-yekta Z, Zakeri-moghadam N, Mahmoody M, Dehghan-Naeiri N. Evaluation of Clinical Skills of Nurses in Coronary care units of affiliated hospitals of Tehran University of Medical Sciences and Health services. *Hayat* 1999; 10: 6-14. [in Persian]
- [31] Samiei F, Kamalzadeh P, Anjraki S. A view on the content and methods of implementation of continuing education programs of the Iranian medical society. The abstract book of the 1<sup>st</sup> congress of reform and change in medical education. Tehran, Shahid Beheshti Medical University. 2003. [in Persian]
- [32] Varaei S. Assessment of educational facilities and staff development programs of the nursing offices [Thesis]. Tehran. Tehran University of Medical sciences. 1997. [in Persian]
- [33] Pelletier D, Duffield C, Adams A, Nagy S, Crisp J, Mitten-Lewis S. Australian nurse educators identify gaps in expert practice. *J Contin Educ Nurs* 2000; 31(5): 224-31.
- [34] O'shea KL. Staff development nursing secrets. 1<sup>st</sup> ed. Philadelphia: Hanley & Belfus; 2002.
- [35] Zokaie-Yazdi S, Mosayyeb Moradi J, Mehran A. Perspective of the nursing staff at hospitals affiliated to the Tehran University of Medical Sciences on the roles and activities of the nurses. *Hayat* 2002; 16: 23-32. [in Persian]
- [36] Laschinger HK, Purdy N, Cho J, Almost J. Antecedents and consequences of nurse managers' perceptions of organizational support. *Nurs Econ* 2006; 24(1): 20-9.
- [37] Rhoades L, Eisenberger R. Perceived organizational support: a review of the literature. *J Appl Psychol* 2002; 87 (4): 698-714.
- [38] Wheeler P. Is advocacy at the heart of professional practice? *Nurs Stand* 2000; 14 (36): 39-41.
- [39] East JF. Empowerment through welfare-rights organizing: A feminist perspective. *Affilia* 2000; 15 (2): 311-28.
- [40] Mirkamali M. Leadership and educational management. Tehran, Yastoroon Publ. Co. 1382
- [41] Balse J, Balse JO. Empowering teacher, what successful principals do. 2<sup>nd</sup> ed. California: Corwin press, Inc; 2000. p: 58, 63
- [42] Watson J, Dossey BM, Dossey L. Postmodern nursing and beyond. 1<sup>st</sup> ed. Edinburgh; Churchill Livingstone; 1999.
- [43] Schwirian PM, Moloney MM. 3<sup>rd</sup> ed. Professionalization of nursing: current issues and trends. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1998.
- [44] Hawks JH. Empowerment. *Urol Nurs* 2000; 20(3): 175.
- [45] Conti-O'Hare M, O'Hare JL. Don't Perpetuate Horizontal Violence. Nursing Spectrum Career Fitness Online 2003.
- Available at: <http://nsweb.nursingspectrum.com/cfforms/GuestLecture/HorizontalViolence.cfm>