

بررسی تحلیلی و مقایسه تجارب پرستاری ایران و سوئد (یک مطالعه پدیدارشناسی)

دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی* (استادیار) - دکتر زهره پارسایکتا (دانشیار) - دکتر آزیتا امامی (استادیار)

فصلنامه حیات

سال دهم شماره ۲۲ پاییز ۱۳۸۳ صص ۲۳-۳۰

تاریخ دریافت مقاله: آذر ماه ۱۳۸۲

تاریخ پذیرش مقاله: فروردین ماه ۱۳۸۳

چکیده

مقدمه: بررسی پدیدارشناسی پرستاری ایران، شناخت دیدگاه حرفه‌ای شاغلین آن و فرآیند حرفه‌ای شدن در پرستاری موضوع اصلی این تحقیق کیفی است که به منظور تبیین مناسب و جامع آن، این پدیده در مقایسه با پارادیمی مشابه در یک نظام پرستاری مراقبت محور (سوئد) مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته است.

مواد و روش کار: برای انجام این مطالعه از یکی از روش‌های تحقیق کیفی تحت عنوان پدیدارشناسی تفسیری استفاده شده است. روش اصلی جمع آوری داده‌ها در این پژوهش، مصاحبه نیمه سازمان یافته و روش تجزیه و تحلیل درونمایه‌ای پیر می‌باشد. واحدهای پژوهش شامل (۱) پرستاران ایرانی (۲) پرستاران سوئدی (۳) پرستاران ایرانی شاغل در سوئد که فرآیند حرفه‌ای شدن را در ایران گذرانده‌اند و (۴) پرستارانی که ایرانی الاصل بوده اما در سوئد پرستار شده‌اند و در زمان تحقیق به عنوان پرستار مشغول به کار بوده‌اند می‌گردند.

یافته‌ها: به جز «پرستاری و تمایلات انسان دوستانه» که در تجربه پرستاری ایران فراگیر نبوده است، برای اکثریت قریب به اتفاق پرستاران ایرانی تجربه پرستاری مترادف با «تجربه مشکلات» بوده است. نظیر مشکلات ناشی از محیط کار، مشکلات فرهنگی اجتماعی و مشکلات ناشی از محتوای غیر چالشی، غیر مطلوب و غیر اقلان کننده وظایف پرستاری. در حالی که مراقبت اساس و پایه کار پرستاری است اما در نظام آموزش پرستاری ایران آموزش مراقبت از جایگاه مناسب برخوردار نبوده و نیاز جدی به بازنگری در برنامه آموزشی این حرفه وجود دارد.

نتیجه‌گیری: در پیکره پرستاری ایران فرسودگی روانی به طور واضح و شفاف به چشم می‌خورد و هم چون سایه بانی بزرگ بر بدنه جامعه پرستاری ایران سایه انداخته است. این فرسودگی روانی ناشی از ماهیت وظایف پرستاری در ایران، ماهیت راهوار گونه و روتین محور بخش، محتوای غیر حرفه‌ای آن در عرصه عمل، غیر تخصصی بودن کار پرستاری است و همچنین به لحاظ تأثیر نگرش منفی فرهنگی-اجتماعی در برخورد با این حرفه و تأثیر آن بر سرنوشت فردی و یا خانوادگی و در مجموع پیشرفت‌های فردی در زندگی پرستاران بوده است. مجموعه این عوامل پرستاری ایران را به صورت یک شغل در مقایسه با یک حرفه در حال توسعه در سوئد تقلیل داده است.

واژه‌های کلیدی: پرستاری، ایران، سوئد، تحقیق کیفی، پدیدار شناسی

* نویسنده مسئول مقاله: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

تلفن: ۶۹۴۱۶۶۹

نمابر: ۶۴۲۷۲۵۵

E-mail: nikbakht@sina.tums.ac.ir

مقدمه

تبيين پاراديم پرستاری به روشن‌سازی بیشتر این حرفه کمک می‌نماید. چنانچه تکلیف ما با حرفه پرستاری به طور شفاف تعیین و تبیین گردد، اولاً مفاهیم تخصصی حرفه‌ای تعریف صریح خود را پیدا نموده و ثانياً امکان تعریف حرفه با توجه به مناسبات فرهنگی و بافت زمینه‌ای و عوامل اجتماعی تأثیرگذار و سایر عوامل مؤثر دیگر فراهم می‌آید و ثالثاً دیدگاه‌های مشترک ما را به سوی تبیین روشن‌تر فلسفه پرستاری در ایران هدایت می‌کند (۱). لذا اولین سؤال مهم و گسترده در مرحله حرفه‌ای شدن پرستاری این است که پارادیم حرفه پرستاری چگونه پارادیمی است؟

به طور معمول تکامل نظریه‌ای حرفه در پاسخ به این سؤال آغاز شده است و تفاوت نظریه‌های مختلف مطرح شده توسط صاحب‌نظران به نام پرستاری، تفاوت در نوع نگاه آنها به حرفه و در واقع پاسخ آنها به سؤال فوق بوده است، چنانچه واتسون^۱ (۱۹۹۷) و لنینگر^۲ (۱۹۴۱) پرستاری را به عنوان علم مراقبت، نایتینگل^۳ (۱۸۵۲) به عنوان یک حرفه و وظیفه مدار و نیومن، سایم و کوکوران پری^۴ (۱۹۹۱) به عنوان یک حرفه سلامت مدار، و بعضی دیگر از نظریه‌پردازان از جمله راجرز^۵ (۱۹۸۹) پرستاری را به عنوان یکی از حرفه وابسته به علوم انسانی مطرح نموده‌اند (۲). همان گونه که ملاحظه شد، تفاوت در نگاه به حرفه منجر به پدیدار شدن نظریه‌های متنوع در

پرستاری شده است که هر کدام از آنها با یک دیدگاه فلسفی اولیه به هدایت نظریه خود پرداخته‌اند. در واقع فلسفه‌های متفاوت سیمای متفاوتی از پرستاری ارائه نموده است. این تحقیق در واقع به بررسی تجارب حرفه‌ای پرستاران شاغل در ایران و مقایسه آن با پارادیم پرستاری مراقبت محور در ارائه خدمات پرستاری در کشور سوئد پرداخته است. سؤال اصلی این پژوهش این است که آیا تفاوت این پدیده در دو کشور مربوط به تفاوت در نظام آموزش پرستاری است و یا به تغییرات فرهنگی - اجتماعی حاکم بر حرفه محدود می‌گردد و یا به طور کلی باید در جستجوی عوامل دیگری بود.

هدف اصلی مطالعه بررسی و تحلیل پارادیم پرستاری ایران و مقایسه آن با پارادیم پرستاری سوئد با تأکید بر جایگاه مراقبت در نظام ارائه خدمات پرستاری دو کشور بوده است.

مواد و روش کار

در این پژوهش با توجه به موضوع خاص مورد مطالعه از روش پدیدارشناسی^۶ تفسیری بنر^۷ استفاده شده است. فنومنولوژی تفسیری بنر در واقع روش شناخت دیگران (یا پدیده‌های تجربه شده آنان) به وسیله شنیدن توصیف خود آنان در مورد دیدگاه فردی و ذهنی‌شان (دنیای درونشان) و با بیان خود آن افراد تا آنجایی که مقدور است، بدون تفسیر محقق و بدون دخالت پیش فرض‌های ذهنی محقق در مورد آن فرد یا آن پدیده تجربه شده (مورد مطالعه) می‌باشد.

مانند سایر تحقیقات کیفی نمونه‌گیری در پدیدارشناسی نیز مبتنی بر هدف و محدود بوده

1 - Watson

2 - Leininger

3 - Nightingale

4 - Newman, Sime & Corcoran pery

5 - Rogers

6 - Phenomenology

7 - Benner

(۴) و نمونه‌ها از بین پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان با حداقل ۵ سال سابقه کار بالینی انتخاب شدند. محقق از بین کلیه شرکت‌کنندگان بالقوه^۱ تعدادی شرکت‌کننده کلیدی^۲ را انتخاب نموده و نمونه‌گیری را تا مرحله رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه داد.

نمونه‌های مورد پژوهش شامل (۱) پرستاران سوئدی، (۲) پرستاران ایرانی شاغل در ایران، (۳) پرستاران ایرانی شاغل در سوئد که فرآیند حرفه‌ای شدن را در ایران گذرانده‌اند (فارغ التحصیل از ایران) و (۴) پرستاران ایرانی شاغل در سوئد که فرآیند حرفه‌ای شدن را نیز در سوئد گذرانده باشند، با حداقل ۵ سال سابقه کار بالینی پرستاری انتخاب گردیدند.

به منظور دسترسی به یک محیط طبیعی (و نه ساختگی) و با توجه به اهمیت توصیف تجارب کاری پرستاری آنچه مهم است در واقع خود شرکت‌کنندگان، تمایل آنان به بیان تجارب گذشته و حال حرفه پرستاری خود در فضایی آرام و آزاد و به دور از هر گونه تصنع و ساختگی و هم چنین مهارت‌های ارتباطی محقق در فراهم نمودن چنین محیطی است، لذا محیط فیزیکی نقش کم رنگی در این گونه مطالعات دارد. بنابراین پرستاران منتخب از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و انستیتو کارولینسکای سوئد انتخاب شدند.

در این مطالعه روش‌های گردآوری داده‌ها عبارت بودند از مصاحبه وسیع نیمه سازمان یافته، عمیق و متعامل.

مصاحبه‌ها در چند نوبت و هر نوبت بین ۶۰-۴۵ دقیقه انجام می‌گرفت. مصاحبه‌ها روی نوار ضبط شده و بلافاصله بعد از اتمام آن،

کلمه به کلمه متن مصاحبه‌ها و حتی احساسات شرکت‌کنندگان از قبیل خنده، سکوت و نوع لحن کلام پیاده و کدبندی شد.

دومین روش جمع‌آوری داده‌ها استفاده از روش ثبت حکایات، نوشتارها و داستان‌های پرستاری بود. این روش که در واقع توصیف‌های نوشته شده و ثبت شده توسط خود شرکت‌کنندگان می‌باشد، به منظور دستیابی به منابع غنی اطلاعاتی به کار گرفته شده است.

نظر به ماهیت پدیده مورد بررسی در این مطالعه یکی از روش‌های موجود تجزیه و تحلیل استقرایی پدیدار شناسانه تحت عنوان تجزیه و تحلیل درونمایه‌ای بنر مورد استفاده قرار گرفت (۵). در این حالت بلافاصله بعد از مصاحبه‌ها نوارها پیاده و به صورت نوشتار ثبت می‌گردید، موارد مبهم یادداشت می‌شد تا در جلسه بعدی و با حضور شرکت‌کننده مجدداً بازنگری گردد. در صورت وجود ابهام در محتوای مصاحبه آخر به علت در دسترس بودن همه شرکت‌کنندگان تماس مجدد تلفنی یا حضوری میسر بود.

یافته‌ها

در مجموع از بین ۲۴ مصاحبه انجام گرفته (۱۸ مصاحبه در ایران و ۶ مصاحبه در سوئد) و مشروح مشاهدات شخصی محققین از محیط پدیده مورد بررسی در طی مراحل پیچیده مدیریت اطلاعات ۳ درونمایه اصلی و ۳ درونمایه فرعی استخراج گردید. بدیهی است درونمایه‌های به دست آمده از مجموع مصاحبه‌ها بدون تفکیک گروه‌های مورد مطالعه به شرح زیر می‌باشد.

الف: پرستاری و فرسودگی روانی:

همه شرکت‌کنندگان ایرانی (پرستاران ایرانی) با هر نگرشی پیرامون تجارب پرستاری

1 - General Informants

2 - Key Informants

خود به «مشکلاتی» که به ابعاد مختلف زندگی حرفه‌ای آنان سایه انداخته بود اشاره داشتند. این تجربه فراگیر و همگانی پرستاری ایران بود و تقریباً می‌توان گفت «پرستاری» و «مشکلات» در هم آمیخته و به هم پیوسته‌اند.

نظر به اهمیت این درونمایه که به نظر محققین چشم‌انداز غالب پارادیم پرستاری ایران تشخیص داده شد، ما درونمایه‌های فرعی مرتبط با آن را در سه طبقه خلاصه نموده‌ایم.

۱- پرستاری و مشکلات محیط کاری.

۲- پرستاری و مشکلات فرهنگی-اجتماعی.

۳- پرستاری و نارضایتی از محتوای شغل.

مجموعه این عوامل و مسایل حاشیه‌ای حرفه‌ای همواره بر مسایل اصلی و وظایف محوری پرستاری یعنی ارایه مراقبت خوب و تأمین راحتی برای بیمار سایه انداخته است و در طول زمان منجر به بروز احساس ناکامی شغلی، افسردگی روانی و فرسودگی قوای روانی و مخدوش شدن ارزش‌های معنوی حاکم بر حرفه شده است. به عبارت بیان شده از طرف شرکت‌کنندگان توجه نمایید:

«کاری پرمشقت و بدون هیچ امتیازی برای ترغیب افراد به ادامه کار. من به نوبه خود اگر فردی را می‌بینم که می‌خواهد این رشته را انتخاب کند سعی می‌کنم منصرفش کنم.»

«اما خیلی خسته شده‌ایم. روی خلق و خوی ما اثر گذاشته. ما دیگه نمی‌توانیم خوش برخورد باشیم... دیگه حوصله همراه را نداریم که بخواهد سؤال کند و یا وقتی خیلی خسته می‌شیم، تو خونه حوصله بچه مون را هم نداریم.»

ب: پرستاری و تمایلات انسان دوستانه

عده‌ای از پرستاران که اکثریت آنان را زنان تشکیل می‌دادند در هنگام توصیف تجارب خود به احساسات عمیق «نوع دوستی» در تجربه خود از پرستاری اشاره داشتند. آنها

پرستاری را یک حرفه یا شغل مقدس فرض نموده و احساس خود را اساس یک مراقبت مطلوب می‌دانستند. پرستاری را کمک به یکدیگر، کمک به هم نوع خود می‌دانستند و دیدگاه انسانی آنها به مراقبت مبتنی بر یک مبنای نظری مذهبی استوار بود. این نگرش در عمل به آنان انرژی می‌داد تا مشکلات پرستاری را تحمل نمایند. همین خصوصیت بوده است که آنها را جذب پرستاری نموده، زیرا آنان تمایل داشته‌اند به نیازمندان بیمار و یا بیماران نیازمند کمک نمایند. نگرستن از این منظر به حرفه بیشتر معطوف به «رویکرد انسانی» و عشق به هم نوع بوده تا رویکرد مذهبی.

«پرستاری یعنی بر خلاف نیازهای خود گام برداشتن و از بسیاری نیازهای خود به خاطر انسان‌های دیگر چشم پوشی کردن»

ج) جایگاه مراقبت در نظام پرستاری ایران و سوئد

یکی دیگر از اهداف این تحقیق تبیین جایگاه مراقبت در نظام ارایه خدمات پرستاری از دیدگاه پرستاران ایرانی و سوئدی بود. یافته‌های به دست آمده در خصوص تجارب قبلی مراقبتی نشان داد که اکثر پرستاران ایرانی تفاوتی بین مفاهیم مراقبت و پرستاری قایل نبودند و رویکرد آنها به پرستاری رویکردی عمل‌گرا بود. در واقع از دیدگاه آنان پرستاری و مراقبت عبارت بود از «انجام مجموعه اعمال معمول، تکراری و پیروی کردن از روتین بخش نه توجه به نیاز واقعی بیمار». آنها به محض ورود به بخش و شروع به کار و به منظور مؤثر بودن در وظایف پرستاری، در ابتدا به دنبال فراگیری اقدامات معمول در بخش می‌باشند تا خود را با آن منطبق نمایند. تبعیت از آنچه که به طور کلیشه‌ای در بخش برای پرستار تعیین می‌شود یعنی قسمت اعظم انجام

وظایف پرستاری. لذا هر پرستار از قبل می‌داند که صبح را در بخش مربوطه چگونه آغاز نماید، کارها چگونه تقسیم شود و چگونه باید بخش را به نوبت بعدی تحویل دهد و یا این که مسئول بخش از او چه انتظاری دارد، بنابراین اکثریت شرکت‌کنندگان در توصیف تجارب کاری خود روتین بخش مربوطه را بیان می‌نمودند، و در نتیجه درونمایه «روتین-محوری» به عنوان همه آنچه که آنان وظایف پرستاری و یا مراقبت می‌پنداشتند پدیدار گشت. از طرف دیگر تحلیل محتوای مشاهدات پژوهشگران نیز در بخش‌ها و بیمارستان‌های مختلف ایران مؤید همین مطلب بود. در واقع در انجام کار پرستاری «روتین محوری» و هم‌گام و همراه با بخش کار کردن و پیروی از قالب کاری از پیش تعیین شده در بخش، کار اصلی یک پرستار ایرانی را تشکیل می‌داد.

در این مطالعه پارادیم حاکم بر پرستاری سوئد از طریق مصاحبه با پرستاران شاغل در آن کشور و همچنین مشاهده محیط کار پرستاران، مشابه آنچه در ایران انجام شده بود، انجام گرفت.

آنچه که در مشاهده رفتارهای فنی گروه پرستاری سوئد حایز اهمیت بود، انجام همه امور مربوط به رفع نیازهای بیمار اعم از نیازهای عمومی، نیازهای درمانی و نیازهای شخصی افرادی که تحت عنوان «بیمار» در بخش بستری بودند توسط پرستار بود. در انجام امور مربوط به ویزیت بیماران، دادن داروها و ثبت علایم و گزارشات پرستاری و در کل عملکرد فنی پرستاری تفاوتی بین پرستاری ایران و سوئد مشاهده نشد. آنچه که به عنوان تفاوت وجود داشت تفاوت در تأثیر تکنولوژی بر تسهیل فعالیت‌ها و نه در ماهیت و کیفیت

آنان بود که این تأثیر البته بدیهی و اجتناب‌ناپذیر است.

در بخش وظایف مراقبتی، پرستاران سوئدی رویکرد مراقبتی بیشتری داشتند، در حالی که کمک پرستاران (بهباران) آنها بسیار وظیفه مدار و عملگرا مشاهده شدند. روش گروهی به عنوان روش تقسیم کار روش غالب در اکثر بیمارستان‌های سوئد و از جمله بیمارستان مورد مشاهده همکار پژوهشگر (اسکیلستونا) بود. در این حالت یک گروه مراقبتی شامل ۲-۳ پرستار، و ۱-۲ بهیار می‌باشد و به طور کلی با هر پرستار یک بهیار به صورت نیروی کمکی کار می‌نماید. اگر چه بهیاران بسیار وظیفه مدارند اما این باعث نمی‌شود که پرستاران از انجام مراقبت‌های پایه‌ای اولیه سر باز زنند. تنها دلیلی که می‌توان بهیار را تنها گذاشت، انجام کارهای اختصاصی و تخصصی پرستاری است که بهیاران به طور قانونی اجازه انجام آن را ندارند.

محور کار و هدف گروه درمان کسب «رضایت واقعی بیماران» بود، لذا آنچه باعث آزرده‌گی خاطر پرستاران و ایجاد فشار کاری در آنان می‌شد و به عنوان شکایت و بیان اعتراض آمیز به طور مداوم و مکرر در بخش‌ها از زبان پرستاران شنیده می‌شد این بود که: «بیمار ما مراقبت کافی دریافت نمی‌کند» و یا «ما وقت کافی برای بودن با بیمار نداریم» و این که «شما احساس تقصیر می‌کنید وقتی می‌بینید نمی‌توانید مراقبت مورد انتظار بیماران را فراهم کنید».

در مشاهده انجام کار پرستاری هم چون ایران تبعیت از مدل خاص پرستاری مشاهده نشد، در واقع اگر چه بسیاری از مدل‌های پرستاری در دانشکده‌های پرستاری تدریس

کارمندان داشته است. هیساشی‌جی^۱ (۱۹۹۱) گزارش داده است که این فرسودگی روانی با عواملی مثل ساعات طولانی مدت کار، مشکل در مرخصی گرفتن، عدم استفاده از همه تعطیلات، شرایط سخت فیزیکی محیط کار و احساس بی‌ارزشی و ناکارآمد بودن، حقوق پایین، کار نوبتی و حجم کاری زیاد در ارتباط بوده است (۹). در مطالعه دیگری فراهم نبودن فرصت ارتقاء شغلی و پیشرفت در حرفه و شرایط کاری نامطلوب از دیگر دلایل این فرسودگی شناخته شده بود (۱۰).

در کانادا کمبود نیروی انسانی، محدودیت منابع مالی، و احساس بی‌قدرتی در کار از عوامل محیطی مؤثر در ایجاد نارضایتی و فرسودگی روانی پرستاران بوده است. هم چنین فشار زیاد کار و انتظارات متفاوت بیماران و همراهان نیز از دیگر عوامل گزارش شده است (۱۱).

ضرورت تغییر در نظام آموزش پرستاری ضرورتی اجتناب‌ناپذیر و حیاتی است (۱۲). نگاه اجمالی به محتوای برنامه آموزش پرستاران در ایران به وضوح این حقیقت آشکار می‌شود که محتوای آموزش پرستاری در ایران به خصوص در درس فنی و اصلی پرستاری به شکل کامل ترجمه‌ای نارسا از منابع پرستاری در غرب است. در درس کارشناسی پرستاری واحدی به نام «فلسفه پرستاری»، «تئوری‌های پرستاری»، «دانش پرستاری»، «ماهیت پرستاری»، «روند تکامل حرفه‌ی پرستاری»، «هویت حرفه‌ای»، «فرآیند اجتماعی شدن یک حرفه»، «روش تحقیق در پرستاری»، «ارتباطات و مهارت‌های انسانی در پرستاری» وجود ندارد. ۱ واحد از

می‌شود، اما در عمل هیچ کدام بازتابی در کار بالینی پرستاران ندارد.

بر خلاف پرستاری ایران، تقسیم کار و وظیفه‌ای (فونکسیونل) در مقایسه با تقسیم کار پرستاری ایران که منتج از حاکمیت مدل بیومدیکال بر پرستاری ایران و همچنین ناشی از کمبود شدید نیروی انسانی می‌باشد- در سوئد مطرح نبود، اگر چه انجام کار به صورت گروهی بود، اما ماهیت کار بستگی کامل به نیاز بیمار داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

همان گونه که مطرح گردید یکی از مسایل مهم و همه‌گیر در پرستاری ایران «مشکلات آنان» بود. اصولاً «تجربه پرستاری» در ایران با «تجربه مشکلات» به همدیگر تنیده شده است (۶). اگر چه بسیاری از این مشکلات مسایل جهانی پرستاری است (۷) و خاص کشور ما هم نمی‌شود، اما بافت فرهنگی- اجتماعی جامعه ما و همه متغیرهای تأثیرگذار بر آن، این مشکلات را تشدید و تحمل آن را نیز مشکل‌تر نموده است. اگر کمبود تعداد پرستاران در بسیاری از کشورهای توسعه یافته به عنوان یک مشکل قلمداد شده- اما در کشور ما هم اکنون طبق آخرین آمار بیش از ۲۰۰۰۰ پرستار کارشناس بیکار وجود دارد (۸) که در واقع فشار کاری این کمبود را نیز باید پرستاران شاغل تحمل کنند، لذا همان‌گونه که اشاره شد شرکت‌کنندگان در این مطالعه مشکلات تجربه شده پرستاری را به عنوان یکی از نمادهای مسایل اصلی خود مطرح نموده بودند. عدم توانایی در حل مشکلات به تدریج منجر به ایجاد فرسودگی روانی در آنها شده است.

مطالعات نشان می‌دهد شرایط محیط کاری ارتباط مستقیم با فرسودگی روانی

کل دروس کارشناسی به تاریخ و تحولات و اخلاق پرستاری، دو مبحث عمده مراقبت، به صورت توأم اختصاص یافته است.

در ایران پارادیم بیومدیکال، دانشجو را از بدو ورود تا هنگام فارغ التحصیلی به طور ناخودآگاه به طرف «پزشک شدن» و یا «دستیاری خوب پزشک بودن» سوق می‌دهد. مراقبت‌های پرستاری در محتوای آموزش پرستاری در دوره‌ی لیسانس (کارشناسی) اگر چه به توصیه‌های پزشکی و یا آموزش بهداشت در سطوح مختلف پیشگیری تا توانبخشی معطوف است اما آموزش چگونگی انجام یک «مراقبت پرستاری اختصاصی» مبتنی بر علم مراقبت و با در نظر گرفتن مؤلفه‌های فرهنگی جامعه هنوز مورد توجه کامل نیست در این حالت ارایه خدمات واحد و منحصر به فرد برای هر بیمار و در واقع اجرای فرآیند پرستاری اختصاصی برای هر بیمار تحت‌الشعاع قرار می‌گیرد و خدمات از حالت «بیمار محوری» به «بیماری محوری» تغییر جهت می‌دهد و از دیگر تبعات آن ایجاد احساس شکاف بین تئوری و عمل می‌باشد (۱۳).

امروزه روتین - محور بودن کار پرستاری به عنوان یک نقص جدی در پرستاری مطرح بوده و تلاش همگانی به منظور جایگزین نمودن آن با روش‌های مبتنی بر «بیماری-محوری» و با تأکید بر حفظ تمامیت وجودی بیمار و نیازهای منحصر به فرد او با ارایه فرآیند پرستاری اختصاصی مورد پذیرش همه دانشمندان پرستاری بوده و این رویکرد دیگر جایگاهی در سیستم پرستاری دنیا ندارد.

همان‌گونه که در قسمت یافته‌ها مشخص گردید، پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش تفکیکی بین مراقبت و پرستاری قایل نبودند. بررسی عمیق‌تر موضوع بیانگر این مطلب است که پرستاری و مراقبت با یکدیگر آمیخته شده‌اند و

در بیشتر مواقع به جای یکدیگر به کار می‌روند و از نظر تاریخی ریشه‌های مشترکی دارند. عموم مردم بین این دو تفاوت خاصی قایل نیستند و حتی بسیاری از تئوریسین‌های پرستاری نیز همین عقیده را دارند، چنانچه لنینگر (۱۹۸۴) در هنگام تبیین تئوری منحصر به فرد پرستاری خود، با این پیش فرض آغاز می‌کند که «مراقبت، پرستاری است و پرستاری هم مراقبت». بسیاری از دانشمندان پرستاری، مراقبت را اساس پرستاری می‌دانند (۱۴) و یا آن را قلب مداخلات پرستاری می‌دانند (۱۵). اگر چه بعضی دیگر از دانشمندان پرستاری، ارایه مراقبت را هدف نهایی ندانسته و بر تأمین «راحتی» بیمار تأکید می‌نمایند (۱۶)، به نظر گروه اخیر ارایه مراقبت هدف نیست بلکه مراقبتی که تأمین‌کننده راحتی بیمار باشد مؤثر بوده و توصیه شده است، اما به هر حال واقعیت این است که پرستاری و مراقبت به طور معمول در هم تنیده‌اند. در سیستم پرستاری سوئد مراقبت شخصی بیمار با مراقبت عملی حرفه‌ای همراه است، لذا این نوع مراقبت جامع و فراگیر است. جامع یعنی کاملاً وابسته به تجارب زنده افراد و فراگیر یعنی وجود هماهنگی کامل بین گروه مراقبت.

در این تحقیق پدیدارشناسی، تجارب حرفه‌ای گروهی از پرستاران ایران مورد بررسی قرار گرفت و پارادیم حاکم بر حرفه آنان با پارادیم حاکم بر حرفه پرستاری یک کشور غربی (سوئد) مورد مقایسه قرار گرفت.

در مجموع تجربه پرستاری ایران تجربه مطلوبی برای پرستاران نبوده، برای اکثریت قریب به اتفاق پرستاران، تجربه پرستاری مترادف با تجربه مشکلات گزارش شده است: مشکلات ناشی از محیط کار، مشکلات فرهنگی - اجتماعی و مشکلات ناشی از محتوای غیر چالشی، غیر مطلوب و غیر اقناع‌کننده حرفه پرستاری.

شوند، آنها باید احساس ارزش کنند و در مقابل کاری که انجام می‌دهند باز خورد مناسب و در خور آن دریافت نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد، بدینوسیله مراتب قدردانی و تشکر خود را از حمایت‌های همه جانبه آن معاونت محترم اعلام می‌داریم.

منابع

- 1 - Barker P. Reflections on caring as a virtue ethic within an evidence-based culture. *Int J Nurs Stud.* 2000 Aug; 37(4): 329-36.
- 2 - Zerwekh J, Claborn JC. *Nursing today: transition and trends.* Philadelphia: W. B. Saunders Co; 1999. P. 53-83.
- 3 - Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the human imperative.* Philadelphia: J.B Lippincotte Co.; 1999. P. 56-88.
- 4 - Burns N, Grove SK. *Understanding nursing research.* 2nd Ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 1999. P. 256-302.
- 5 - Benner PE. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice.* Menlo Park, Calif: Addison-Wesley Pub. Co.; 1984. P. 18-85.
- 6 - Nasrabadi AN, Emami A, Yekta ZP. *Nursing experience in Iran.* *Int J Nurs Pract.* 2003 Apr; 9(2): 78-85.
- 7 - Fletcher CE. *Hospital RNs' job satisfactions and dissatisfactions.* *J Nurs Adm.* 2001 Jun; 31(6): 324-31.
- ۸ - نشریه داخلی سازمان نظام پرستاری، سال دوم - شماره ۸ - خرداد ۱۳۸۳، ص ۴.

در پیکره پرستاری ایران «فرسودگی روانی» ناشی از ماهیت کار پرستاری، ماهیت راهوار گونه و روتین محور بخش، محتوای غیر چالشی آن در عرصه عمل، غیر تخصصی بودن خدمات پرستاری و همه مشکلات و مسایلی که به طور شفاف توسط خود پرستاران بیان گردیده است از یک طرف و هم به لحاظ تأثیر نگرش منفی فرهنگی - اجتماعی به حرفه آنان را متأثر نموده است.

در نهایت برای این که پرستاران بتوانند خوب مراقبت کنند باید در ابتدا خوب مراقبت

9 - Hisashige A. Burnout phenomenon and its occupational risk factors among Japanese hospital nurses. *J Hum Ergol (Tokyo).* 1991 Dec; 20(2): 123-36.

10 - Yamashita M. Job satisfaction in Japanese nurses. *J Adv Nurs.* 1995 Jul; 22(1): 158-64.

11 - Hatcher S, Laschinger HK. Staff nurses' perceptions of job empowerment and level of burnout: a test of Kanter's theory of structural power in organizations. *Can J Nurs Adm.* 1996 May-Jun; 9(2): 74-94.

۱۲ - نیکبخت نصرآبادی علیرضا، محمدرضا موقری. ضرورت تغییر در نظام آموزش پرستاری، حیات: مجله دانشکده پرستاری و مامایی تهران، شماره ۹، تابستان ۱۳۸۰، ص ۴۶-۵۵.

13 - Greenwood J. The apparent desensitization of student nurses during their professional socialization: a cognitive perspective. *J Adv Nurs.* 1993 Sep; 18(9): 1471-9.

14 - Leininger MM. *Care: the essence of nursing and health.* Detroit: Wayne State university press; 1984. P. 124-132.

15 - Sourial S. An analysis of caring. *J Adv Nurs.* 1997 Dec; 26(6): 1189-92.

16 - Morse JM, Field PA. *Qualitative research methods for health professionals.* Thousand Oaks: Sage Publication; 1995. P. 116-124.