



Exploring Barriers to Promotion of Professional Empowerment from the Perspectives of Nurses working in Surgical Ward of Kashan Shahid Beheshti hospital: A Qualitative Study

Mohammad Afshar¹, Hamidreza Sadeghi Gandomani², Negin Masoudi Alavi^{3,*}

¹ PhD, Department of Operating Room, Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

² PhD Candidate in Nursing, Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

³ PhD, Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

* **Corresponding author:** Negin Masoudi Alavi, PhD, Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. E-mail: Sadeghi-ha@kaums.ac.ir

Received: 21 Oct 2018

Accepted: 18 Nov 2018

Abstract

Introduction: Nurses in surgical wards frequently need to make prompt decisions for critically-ill patients. Therefore, they need to be professionally empowered to make sound decisions and provide quality care. This study aimed to explore barriers to the promotion of nurses' professional empowerment from the Perspectives of Nurses working in Surgical Ward of Kashan Shahid-Beheshti hospital.

Methods: In this exploratory-descriptive qualitative study, 15 nurses working in the surgical ward, Kashan University of Medical Sciences Hospital, Iran were selected by purposeful sampling with maximum variability. Data were collected through fifteen in-depth semi-structured interviews from December to February 2018. The data were analyzed via conventional content analyses.

Results: Data analysis led to the identification of the main theme as "imposed and learned powerlessness." Participants in this study identified imposed and learned powerlessness as an important challenge in achieving professional empowerment. This main theme consists of the three main categories of low professional competence, lack of professional support, and shortage of resources.

Conclusions: Surgical nurses in Iran are confronted with numerous challenges in achieving professional empowerment. Therefore, the professional empowerment of nurses in the surgical department should be enhanced by providing opportunities for achieving clinical knowledge and skills. Considering the role of nurses as an effective indicator on the quality of patient care and safety, the need for powerful professional organizations to professional support of nurses, nurses' recognition, and full description of the nursing realms and the clarification of job tasks is necessary.

Keywords: Content Analysis, Nursing, Professional Empowerment, Qualitative Study



شناسایی موانع ارتقاء توانمندی حرفه ای از نظر پرستاران شاغل در بخش جراحی بیمارستان شهید بهشتی کاشان: یک مطالعه کیفی

محمد افشار^۱، حمیدرضا صادقی گندمانی^۲، نگین مسعودی علوی^{۳*}

^۱ استادیار، گروه اتاق عمل، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
^۲ دانشجوی دکتری پرستاری، گروه داخلی جراحی، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
^۳ استاد، گروه داخلی جراحی، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
 * نویسنده مسئول: نگین مسعودی علوی، استاد، گروه داخلی جراحی، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. ایمیل: Sadeghi-ha@kaums.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۲۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۲۹

چکیده

مقدمه: پرستاران بخش جراحی بطور مکرر نیاز به اتخاذ تصمیمات فوری برای بیماران بدحال را تجربه می نمایند. در چنین محیط بالینی، پرستاران احساس می کنند که جهت ارائه مراقبت ایمن و با کیفیت بالا از بیماران و اتخاذ تصمیمات بالینی روزانه نیاز به توانمندی حرفه ای بالایی دارند. هدف از این مطالعه شناسایی موانع ارتقاء توانمندی حرفه ای از نظر پرستاران شاغل در بخش جراحی در بیمارستان شهید بهشتی کاشان بود.

روش کار: در این مطالعه توصیفی-اکتشافی کیفی، ۱۵ پرستار شاغل در بخش جراحی، بیمارستان آموزشی درمانی کاشان، ایران به روش نمونه گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. داده های مطالعه از آذر تا بهمن ماه ۱۳۹۶ از طریق مصاحبه های نیمه ساختاریافته جمع آوری شدند. مصاحبه ها هم زمان با جمع آوری اطلاعات، کلمه به کلمه تایپ و تجزیه و تحلیل داده ها به روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد.

یافته ها: تحلیل داده ها منجر به شناسایی درون مایه اصلی تحت عنوان "ناتوانی آموخته شده" شد. مشارکت کنندگان در این مطالعه، ناتوانی آموخته شده را به عنوان یک چالش مهم در دستیابی به توانمندی حرفه ای شناسایی کردند. این درون مایه اصلی از سه طبقه اصلی «کم صلاحیتی حرفه ای»، «کمبود حمایت حرفه ای» و «کمبودهای پایه ای» تشکیل شده است.

نتیجه گیری: پرستاران بخش جراحی در ایران با چالش های متعددی در دستیابی به توانمندی حرفه ای مواجه می شوند. لذا، می بایست توانمندی حرفه ای پرستاران بخش جراحی از طریق فراهم کردن فرصت کسب دانش و مهارت بالینی ارتقاء یابد. همچنین با توجه به نقش پرستاران بعنوان شاخصی موثر بر کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار نیاز به سازمان های حرفه ای قدرتمند جهت حمایت حرفه ای از پرستاران، به رسمیت شناختن پرستاران، توصیف کامل قلمرو پرستاری و شفاف سازی وظایف شغلی ضرورت دارد.

کلیدواژه ها: توانمندی حرفه ای، تحقیق کیفی، تحلیل محتوا، پرستاری

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

نمایند. در چنین محیط های بالینی، پرستاران احساس می کنند که جهت ارائه مراقبت ایمن و با کیفیت بالا از بیماران و اتخاذ تصمیمات بالینی روزانه نیاز به توانمندی حرفه ای دارند [۱، ۲]. توانمندی حرفه ای در پرستاری یک مفهوم پیچیده و چند وجهی مبتنی بر بافت زمینه

واحد جراحی، محیط کاری چند حرفه ای (Multiprofessional) (Work Place) است که بیماران با بیماری های متعدد جهت مراقبت و درمان در این واحد پذیرش می شوند و پرستاران بخش جراحی بطور مکرر نیاز به اتخاذ تصمیمات فوری برای بیماران بدحال را تجربه می

و رفع موانع توانمندی، مهارت و تخصص پرستاران ارتقا می یابد و از این طریق موجب افزایش اثربخشی سازمانی و رضایت شغلی می شود [۱]. تعدادی از محققان در بخشی از مطالعه ی خود در کشورهای خارجی با رویکرد کمی به بررسی این موانع پرداخته اند [۱۲، ۲۲]. در ایران نیز در چندین مطالعه کمی [۲۳، ۲۴] در بخشی از یافته های خود به اطلاعاتی در این زمینه دست یافته اند. البته ماهیت پژوهش های کمی، اشکالات متدولوژیک به خصوص از حیث روش نمونه گیری و ریزش زیاد نمونه ها، از جمله محدودیت هایی است که سبب شده چشم انداز ارائه شده در مطالعات فوق در این خصوص دقیق و عمیق نباشد و محققان به دنبال بهره گیری از مطالعات کیفی باشند. برخی پژوهش های کیفی که در سطح بین المللی روی گروه های مختلف حرفه های بهداشتی-درمانی انجام شده اند نیز، در بخشی از یافته های خود به اطلاعاتی در این زمینه دست یافته اند [۱۶، ۲۵]. در ایران نیز نیز یک مطالعه کیفی از نوع گراندد بیش از یک دهه قبل که با هدف "بررسی مفهوم قدرت در پرستاری در تهران" طراحی و اجرا شد [۲۱]. در مجموع، با توجه به اینکه توانمندی ماهیتا مفهومی ایستا نبوده و در بردارنده فرایندی پویا و دینامیک است، و از آنجا که مصادیق مفهوم مورد نظر، با توجه به پیشرفت تکنولوژی و گسترش نقش پرستاران با گذشت زمان نیز دستخوش تغییر و تحول می شوند و نظر به خلاء اطلاعاتی موجود در سطح ملی و بین المللی در این زمینه این مطالعه با هدف شناسایی موانع ارتقاء توانمندی حرفه ای از نظر پرستاران شاغل در بخش جراحی بیمارستان شهید بهشتی کاشان انجام شد.

روش کار

طرح مطالعه

این مطالعه به روش توصیفی-اکتشافی کیفی [۲۶] و مبتنی بر رویکرد پژوهشی طبیعت گرایی [۲۷] انجام شد. مطالعات توصیفی-اکتشافی کیفی امکان توصیف یا اکتشاف یک پدیده، مشکل یا موضوع را فراهم می نمایند و می تواند شامل محدوده وسیعی از سوالات مرتبط با تجارب، دانش، نگرش ها، احساسات، ادراک و دیدگاه افراد باشد. مطالعات توصیفی-اکتشافی کمتر از سایر رویکردهای کیفی مثل مطالعات پدیدارشناسی یا گراندد تئوری تفسیری هستند [۲۸].

مشارکت کنندگان و محل مطالعه

نمونه مطالعه کل پرستاران شاغل در بخش جراحی (۱۵ نفر) است که بعنوان افراد مطلعین کلیدی در نظر گرفته شدند. بمنظور اطمینان از تنوع با در نظر گرفتن نقش ها و جایگاه شغلی، سن، جنس و تجربه کاری از نمونه گیری هدفمند با حداکثر تنوع استفاده شد. مشارکت کنندگان پرستارانی بودند که در نقش های بالینی مختلف شامل پرستار بالینی، سرپرستار یا سوپروایزر مشغول به کار بودند. توانایی برقراری ارتباط کلامی به زبان فارسی و تمایل به قرار دادن تجارب در اختیار محقق نیز جزء معیارهای ورود منظور شد. مشخصات اصلی شرکت کنندگان در مطالعه در جدول ۱ خلاصه شده است. مکان اجرای مطالعه، بخش جراحی بیمارستان آموزشی درمانی کاشان، ایران با ۳۴ تخت بستری بمنظور ارائه مراقبت های تخصصی به بیماران نیازمند جراحی های اورولوژی بود.

ای است و به عنوان یک ضرورت در قرن ۲۱ مورد بحث قرار گرفته است [۲]. بطور کلی، توانمندی مفهوم گسترده ای است که تعاریف مفهومی متعددی در طی سال ها داشته است [۳، ۴]. ادیب و همکاران توانمندی پرستار را کاربرد دانش و مهارت در ارائه مراقبت، بر مبنای تشخیص خود و در پاسخ به نیاز مددجو تعریف کرده اند [۳]. توانمندی حرفه ای قابل قبول موجب توسعه توانایی های شناختی و مهارتی پرستاران در محیط حرفه ای شده و انجام تصمیمات بالینی مبتنی بر قضاوت حرفه ای و به دنبال آن سودرسانی به بیمار و سازمان می شود [۵]. توانمندی بیشتر پرستاران موجب بهبود کیفیت مراقبت، حفظ ایمنی بیمار و کاهش مرگ و میر می شود [۶، ۷]. زمانی که پرستاران با اعطای اختیار توانمند می شوند، بصورت مستقل شروع به تفکر انتقادی در مورد فرایندهای تسهیل کننده برنامه ریزی اثربخش و ارائه مراقبت پرستاری می کنند [۸]. افزایش توانمندی حرفه ای بویژه در زمینه همکاری های حرفه ای، در خلق محیط کاری سالم برای پرستاران از طریق کاهش فشار کاری، افسردگی و فرسودگی [۹] به بهبود رضایت شغلی و ایفای نیروی کار کمک می کند [۱۰].

با وجود اهمیت توانمندی برای بیمار، پرستار و مراقبت، مطالعات نشان دهنده سطوح پایین توانمندی در بین پرستاران است [۱۱، ۱۲]. راثو، نیز نتیجه گرفت که با وجود اینکه اصطلاح توانمندی بطور رایج در منابع متعددی مطرح شده است، اما دستیابی به آن خیلی مشکل و چالش برانگیز است و هنوز مسائل مهمی در ارتباط با اجزای توانمندی حرفه ای در پرستاری وجود دارد [۵]. این تا اندازه ای بعلت آن است که حرفه پرستاری از نظر تاریخی به دلیل سیستم غالب پزشکی، عدم تعادل قدرت بین جنسیت ها و مدیریت اتوکراتیک به حرفه پزشکی وابسته است [۱۳]. این عوامل به همراه فقدان حمایت سازمانی و اقتصادی، موانع سیاسی، اجتماعی و فرهنگی موجب تحمیل چالش های قابل توجهی به توانمندی حرفه ای پرستاران می شود [۱۴]. بعلاوه، تفاوت در آموزش، قانون گذاری، فرهنگ سازمانی و اجتماعی شدن حرفه ای پرستاران بین کشورهای مختلف، تاثیر مثبتی بر درک توانمندی حرفه ای پرستاران و تمایل آنها و ظرفیت کسب توانمندی حرفه ای دارد [۱۵]. در ایران، سیستم مراقبت سلامت پزشک سالار است و بعلت توزیع نامناسب قدرت در بیمارستان ها، پرستاران بطور مکرر بی قدرتی را تجربه می کنند [۱۶]. ساختار سلسله مراتب بین پزشکان و پرستاران از اختلاف در زمینه آموزشی، غلبه تاریخی مردان بر زنان و نقش تاریخی پرستاران و پزشکان منشاء می گیرد [۱۷]. از نظر اکثر پزشکان، پرستار بعنوان کمک کننده نه ارائه دهنده حرفه ای مراقبت در نظر گرفته می شوند. تصویر اجتماعی پرستاری بعنوان یک حرفه نیز ضعیف است. این عوامل بر عزت نفس و اعتماد به نفس پرستاران ایران تاثیر می گذارد [۱۸]. بطور خلاصه، شواهد در ایران نشان می دهد، پرستاران حمایت شغلی ضعیفی دریافت می نمایند و همکاری دوجانبه بین پرستاران و پزشکان پایین است [۱۹]. در مجموع، شواهد موجود از کشورهای مختلف از جمله ایران نشان می دهد که پرستاران نمرات توانمندی کم تا متوسطی را گزارش کرده اند [۲۰، ۲۱، ۲۱].

بمنظور حفظ منابع سازمانی و بهبود ارائه خدمات، شناسایی و رفع موانع توانمندی حرفه ای کارکنان به اقدامی ضروری مبدل شده است. محیط کار پرستاری حرفه ای، نمونه ای بارز است که از طریق شناسایی

جمع‌آوری داده

مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده توسط نویسندگان همکار و یک نفر عضو هیئت علمی خارج از گروه تحقیق (مورد بازنگری و تایید قرار گرفت. بعلاوه، بمنظور قابلیت اطمینان یافته‌ها نیز مراحل و روند پژوهش تا حد امکان به طور دقیق و گام به گام ثبت و گزارش شد. در نهایت، سعی شد از نظر سابقه‌ی کار، نقش و سمت شغلی، سن و جنس مشارکت‌کنندگان از حداکثر تنوع برخوردار باشند که این مورد، علاوه بر مقبولیت به انتقال پذیری یافته‌ها نیز کمک کرد.

تمهیدات اخلاقی

پس از توضیح هدف و روش مطالعه به مشارکت‌کنندگان، رضایت آگاهانه از آنها اخذ گردید. زمان، مکان و طول مدت مصاحبه‌ها بر اساس نظر مشارکت‌کنندگان تنظیم شد. بعلاوه، تامین راحتی و خلوت مصاحبه‌شونده در طول مصاحبه توسط پژوهشگر فراهم شد. در مورد محرمانه بودن اطلاعات و فایل‌های صوتی به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد. مشارکت‌کنندگان جهت امتناع از ادامه‌ی مصاحبه آزادی عمل داشتند و هیچ‌گونه ضرر و زیانی متوجه آن‌ها نبود.

یافته‌ها

در مجموع، ۳۱۸ کد اولیه پیرامون تجارب پرستاران از موانع درک شده مرتبط با ارتقاء توانمندی حرفه‌ای از ۱۵ مصاحبه انجام شده با ۱۵ مشارکت‌کننده استخراج شد. این کدها در سه طبقه اصلی «بی صلاحیتی حرفه‌ای»، «کمبود حمایت حرفه‌ای» (Lack of professional support) و «کمبودهای پایه‌ای» طبقه‌بندی شد. درون مایه اصلی مطالعه "ناتوانی آموخته شده" بود. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، ناتوانی آموخته شده را به عنوان یک چالش مهم در دستیابی به توانمندی حرفه‌ای شناسایی کردند. (جدول ۴).

کم‌صلاحیتی حرفه‌ای

چنانچه در جدول ۴ ارائه شد، داده‌ها نشان داد، یکی از موانع مهم در راه دستیابی به توانمندی حرفه‌ای، بی‌صلاحیتی حرفه‌ای است. در این خصوص مشارکت‌کنندگان چهار دسته عوامل تاثیرگذار کمبود دانش و مهارت، عدم اعتماد به نفس حرفه‌ای، انجام کار روتین و به حاشیه رفتن نقش حامی در پرستاری و تاکید بیش از حد به مستندسازی و اعتباربخشی را مورد تاکید قرار دادند.

کمبود دانش و مهارت

اغلب مشارکت‌کنندگان از ضعف در قضاوت بالینی، بی‌دانشی، بی‌تجربگی و فقدان مهارت بالینی در بسیاری از مواقع و با توجه به گستردگی نقش‌های پرستاری و ضعف سیستم‌های بازآموزی و عدم تعهد حرفه‌ای پرستاران به خودآموزی یاد کرده‌اند که بر احساس ناتوانمندی او اثر منفی به جا می‌گذارد. "ما مریض‌های ۴۰ سال به بالامون باید EKG داشته باشن ما EKG رو میگیریم همین جوری میزاریم روی پرونده بلد نیستیم ببینیم چجوریه. روتین شده توی بخش هیچ کارایی نداره فقط این برگه باید باشه توی پرونده. پرستار اتاق عمل تحویل میگیره فقط میبینه EKG داخل پرونده هست یا نه". (مشارکت‌کننده شماره ۱۲).

داده‌های مطالعه از آذر تا بهمن ماه ۱۸-۲۰۱۷ از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته [۲۶] جمع‌آوری شدند. در مجموع، ۱۵ مصاحبه‌چهره به چهره در اتاقی خصوصی در بیمارستانی که مشارکت‌کنندگان کار می‌کردند به زبان فارسی انجام شد. زمان و مکان مصاحبه‌ها با نظرمشارکت‌کنندگان تعیین شد. تمامی مصاحبه‌ها توسط نویسنده اول مطالعه که دانشجوی PhD بود و در زمینه نحوه انجام مصاحبه کیفی آموزش دیده بود هدایت شد. مدت مصاحبه‌ها بین ۹۰-۳۰ دقیقه متغیر بود. از مشارکت‌کنندگان بمنظور به اشتراک گذاشتن موقعیت‌هایی که در آن احساس توانمندی کرده‌اند و همچنین موقعیت‌هایی که در به فعلیت رساندن توانمندی حرفه‌ای خود با چالش مواجهه شده‌اند دعوت شد. هر مصاحبه با یک سوال کلی شروع شد "به نظر شما توانمندی حرفه‌ای در پرستاری چه مفهومی دارد؟" با توجه به پاسخ ارائه شده توسط هر مصاحبه‌شونده، مصاحبه با سوالاتی از قبیل "تجربه شما از توانمندی حرفه‌ای در کار روزانه تان چگونه است؟"، "توانمندی حرفه‌ای در پرستاران بخش جراحی را چگونه ارزیابی می‌کنید؟"، "آیا تجاربی داشته‌اید که در طی آنها احساس کنید که به عنوان یک پرستار فاقد توانمندی هستید؟" و "چه عواملی مانع به فعلیت رساندن توانمندی‌های حرفه‌ای می‌شود؟"، پیگیری شد. در صورت لزوم از سوالات عمق دهنده جهت شفاف سازی پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان و هدایت مجدد بحث‌ها استفاده شد. کلیه مصاحبه‌ها با موافقت شرکت‌کنندگان ضبط شدند و در اولین فرصت همراه با یادداشت‌های مشاهده‌ای کلمه به کلمه در نرم افزار مایکروسافت Word تایپ شد. روند انجام مصاحبه‌ها به وسیله نویسندگان همکار مقاله که در امر تحقیقات کیفی صاحب نظرند، مورد ارزیابی و نقد قرار گرفت.

تحلیل داده

هم زمان با جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی با رویکرد پیشنهادی والیموت و زانگ (جدول ۲) انجام شد [۲۹].

متن هر مصاحبه بارها خوانده و مرور شد. واحدهای معنایی با توجه به سوال پژوهش مشخص شدند و برای هر واحد معنایی، کدهای مناسب نوشته شد. پس از انجام ۳ مصاحبه، کدهای اولیه بر اساس تشابه مفهومی دسته بندی (زیرطبقات) و نام گذاری شدند و پس از بازنگری، اصلاح و تایید گروه تحقیق، روند جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها ادامه یافت. زیرطبقات نیز با هم مقایسه شدند و در دسته‌های اصلی (طبقات) که انتزاعی تر بودند قرار گرفتند. در نهایت، روش تحلیل و یافته‌ها گزارش شدند. داده‌های مطالعه با استفاده از نرم افزار MAXQDA 10 مدیریت شد. کلیه کدها و طبقات استخراج شده به وسیله نویسندگان همکار مورد بازنگری و تایید قرار گرفت. روند استخراج یکی از طبقات در جدول شماره ۳ نمایش داده شده است.

استحکام داده‌ها

جهت اطمینان از استحکام یافته‌ها از چهار معیار گوبا و لینکولن استفاده شد [۲۷]. به منظور مقبولیت، یافته‌ها با ۴ پرستار با نقش‌های بالینی مختلف که در تحقیق شرکت داشتند، در میان گذاشته شد که تناسب یافته‌ها را تایید نمودند. جهت قابلیت تایید یافته‌ها، متن

تعداد بیماران کمه. ما حداقل ۱۰ درصد از این کیس ها رو داریم که با عفونت بر می گردن. (مشارکت کننده شماره ۳).

تاکید بیش از حد به مستندسازی و اعتباربخشی

اکثریت مشارکت کنندگان از موانع اصلی ارتقا توانمندی حرفه ای را ابتلا به مستندسازی های غیرضروری، اعتباربخشی و انجام فعالیت های روتین بدون استفاده از قضاوت بالینی و تفکر انتقادی دانستند. به اعتقاد اغلب مشارکت کنندگان، برنامه های اعتباربخشی با توجه به زمان بر بودن اجرای استانداردها و عدم وجود منابع فیزیکی، انسانی و مالی مورد نیاز برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی با افزایش بار کاری، کمبود نیروی انسانی و ایجاد استرس در کارکنان بدلیل نگرانی های ناشی از کم شدن امتیاز در برنامه ارزشیابی اعتباربخشی، اثرات منفی بر جای گذاشته و تبعات منفی بر توانمندی پرسنل می گذارد.

"بیشتر وقت پرستارها توی بخش به تکمیل پرونده و مستندسازی میگذره...مریضی که سوندش گیر کرده باید بهش بگم صبر کن تا اول مستندات داخل پرونده ات رو پر کنم... بعدش اسمم رو روی تابلوهای بالای سر مریض ها بنویسم...در نهایت اگه وقت شد برم بالا سر مریض وضعیت مریض رو بررسی کنم...روتین بخش و بیمارستانه دیگه..." (مشارکت کننده شماره ۲).

کمبود حمایت حرفه ای

چنانچه تحلیل داده ها نشان داد، طبقه کمبود حمایت حرفه ای با چهار زیرطبقه کمبود حمایت حرفه ای، انجام کارهای غیرپرستاری، به رسمیت شناخته نشدن توانایی های پرستاری در تصمیم گیری و عدم ارتباط مناسب حرفه ای پزشک و پرستار به عنوان یکی از چالش های ارتقاء توانمندی حرفه ای پرستاران شناسایی شد.

کمبود حمایت حرفه ای

سیستم تشویق و تنبیه ناکارآمد

مدیریت پرستاری «به جای» آن که حامی و تسهیل کننده توانایی های پرستار باشد علیرغم آگاهی و اشراف به مشکلاتی که پرستاران بصورت روزمره با آن روبرو هستند و «به جای» استفاده از شیوه های مدیریتی پویا و مشارکتی به سیستم های قدیمی و منسوخ شده تنبیه و بازخواست متصل می شوند.

"کلا همه نوع توبیخ و تنبیهی مربوط به پرستار مثلا میگن مریضی که escape میکنه هزینه بستریش از پرستار کم میشه. پرستاری که توی یه شیفت ۱۲ مریض داره چطور میتونه مواظب به مریضی باشه که اصلا جزو مریض هاش نیست. این یعنی توقع بیجا از پرستار داشتن. روحیه بچه ها رو تضعیف میکنه." (مشارکت کننده شماره ۴).

غالب شرکت کنندگان در این تحقیق عدم تناسب در تشویق و تنبیه را عامل موثری در کاهش علاقه و انگیزه خود و مانعی برای ارتقاء توانمندی حرفه ای دانستند:

"اینجا هیچ وقت انگیزه ایجاد نمیکن. همیشه فقط آدمو تنبیه میکنن. مثلا هیچ وقت تشویق نمیکنن روز پرستار که از پرستارای نمونه تقدیر میکنن به پرستاری که مثلا کارش خوبه توجه نمیکنن و میرن اون که سابقه دار تره و تا حالا نمونه نشده رو نمونه میکنن." (مشارکت کننده شماره ۹).

مشارکت کنندگان در این تحقیق کمبود دانش و مهارت حرفه ای را به چالش هایی همچون دوره های آموزشی غیر تخصصی، تئوری محور و در زمان نامناسب، اجبار در پرداخت هزینه جهت شرکت در برنامه های آموزش مداوم و اختصاص زمان محدود برای هر دوره بازآموزی مرتبط دانستند که گاهی به عنوان عامل بازدارنده در رابطه با ارتقا توانمندی حرفه ای عمل می کنند.

"آموزش ها خیلی کمه. آموزش ها رو میزارن مثلا بعد از آف شب کاری...خیلی هاشون رو ما نمیتونیم بیاییم... خسته هستیم...بعد مثلا یک ساعت و نیم یه سری تئوری میگن. خیلی هاش تخصصی نیست... تئوری یاد میگیری و یادت میره." (مشارکت کننده شماره ۵).

عدم اعتماد به نفس حرفه ای

اغلب مشارکت کنندگان درجاتی از کمبود اعتماد به نفس حرفه ای، تمایل به نظارت توسط سایر همکاران، تردید در اعمال درست خود و پرسیدن سولات مکرر از همکاران بخش علی رغم دانستن پاسخ سوال، فقدان خودباوری و درک ناکافی از اهمیت و جایگاه شغلی و عدم وجود جسارت کافی؛ بویژه در زنان با توجه به غالب بودن پرستاران زن در سیستم مراقبتی در ایران را بعنوان یکی از موانع بی صلاحیتی حرفه ای در دستیابی به توانمندی حرفه ای شناسایی کردند:

"با اینکه بیش از دو ساله که توی این بخش کار میکنم برای خیلی از کارهایی که می خوام واسه مریض انجام بدم هنوز جسارت کافی پیدا نکردم و خودمو باور ندارم، از همکارا می پرسیدم که آیا این کاری که انجام میدم به نظر شما درسته یا اشتباه؟ آیا این درن رو اگه خارج کنم مشکلی پیش نمیداد واسه مریض و خودم...در صورتی که من می دونستم درسته، ولی باز سوال می کردم..." (مشارکت کننده شماره ۶).

انجام کار روتین و عدم استفاده از توانایی های موجود (به حاشیه

رفتن نقش حامی در پرستاری)

در این رابطه، به کرات اشاره می شود که پرستاران وظایف اصلی خود مانند آموزش به بیمار که می تواند منجر به توانمندی حرفه ای بالای پرستار و بیمار شود و توانایی های او را به بیمار و تیم درمانی نشان دهد فراموش می کنند و در عوض به کارهایی می پردازند که مسئولیتی در قبال آن ندارند. در این حیطه توانایی های حرفه ای پرستار نمودی پیدا نکرده و تیم درمانی و بیمار فایده آن را درک نمی نمایند و لذا بستری برای ارتقای آن باقی نمی ماند. این امر در کمبود دانش و آگاهی بیماران و مشکلات ناشی از آن نمود پیدا می کند. مشارکت کنندگان کمبود آگاهی بیمار در زمینه مراقبت های حین بستری و عدم اجرای برنامه آموزش به بیمار را عامل افت کیفیت مراقبت و مانعی برای بروز قابلیت ها دانستند:

"مریض بعد از ترخیص مجدد توی بخش بستری میشه...میگه زخمم عفونت کرده .. بخاطر اینکه دست به پانسمانش نداشته داروهاش رو نخورده اومده با مشکوک به DVT ... اومده سوندش گیر کرده ؟ داروهایم رو به من نگفتن بخورم به من نگفتن چطور پانسمانم رو عوض کن به من نگفت کی بیا .. چی بخورم... به من نگفتن مایعات بخور راه برو رانندگی نکن زور نزن...خب بار کاری ما اینجا زیاده نیرو به نسبت

حمایت ناکافی از طرف سازمان مراقبتی

مشارکت کنندگان بطور مکرر اظهار داشتند، نبود حمایت کافی سیستم از پرستار در مواجهه با مسائل حقوقی موجب کاهش انگیزه پرستار در ارائه مراقبت صحیح از بیمار و بدنبال آن افت کیفیت مراقبت و مانعی برای بروز توانمندی های حرفه ای خواهد شد. به عنوان مثال، مشارکت کننده شماره ۲ در خصوص نبود حمایت در سیستم اظهار کرد:

"متأسفانه هیچ پشتیبانی ای نیست. خب به تبع اون هیچ انگیزه ای نیست. احساس کمبود حمایتی که خودش دوباره نقطه ضعف های مختلفی ایجاد میکنه. میشه کمبود آموزش یعنی طرف دیگه میل آموزش نداره که نه آموزش ببینه و نه آموزش بده ... طرف میل به کار دقیق نداره طرف میل به ارتباط با بیمار نداره."

بها ندادن به پرستار

از دیدگاه اکثر مشارکت کنندگان افراد مافوق و سیستم پرستاری برای پرستار ارزش قائل نمی شوند. کمبود کارکنان متخصص، قرار نداشتن کارکنان در جایگاه خود (ابهام نقش)، برتری دادن به بهیارها و کمک بهیارها سبب کاهش انگیزه پرستاران جهت بروز توانمندی های حرفه ای و حتی حضور در برنامه های توسعه شغلی و ارتقاء توانمندی حرفه ای شده است. به عنوان مثال، مشارکت کننده شماره ۱۱ در این رابطه این گونه مطرح کرد:

"اینجا اصلا به کار خوب توجه نمیکنن همش خطاهای پرستار رو میبینن... اینجا بها نمیدن به پرستار... فکر کنم اصلا پرستار توی ایران بد جا افتاده... مثلاً به همراه مریضا میان پیش مریضا وای میستن به اینا میگن پرستار خصوصی. در حد به مای به بی مریضه رو عوض میکنن بعد بهش میگن پرستار خصوصی... اراج و قرب شغل ما خیلی بد جا افتاده اینجا".

ارتباط ضعیف افراد مافوق با پرستار

ارتباط ضعیف افراد مافوق با پرستار در قالب بی توجهی به حل مسائل کارکنان و برقراری ارتباط نامناسب توام با بی احترامی بعد دیگری است که در تجربه برخی مشارکت کنندگان مشهود است و منجر به کاهش انگیزه جهت ارائه پیشنهادات مرتبط با حرفه به افراد مافوق و نارضایتی کارکنان شده و در نهایت مانع بروز توانمندی های حرفه ای می شود. در این خصوص مشارکت کننده شماره ۱۲ این گونه بیان کرد:

"ما با مترون اینجا اصلا نمیتونیم صحبت کنیم یعنی وقتی میری صحبت کنی اصلا نگات نمیکنه اصلا ارتباط باهاش برقرار نمیکنه همینجوری داره فقط مینویسه... داری باهاش صحبت میکنی باهاش ارتباط برقرار نمیکنه درک نمیکنه اصلا."

انجام کارهای غیرپرستاری

در این خصوص، پرستاران شرکت کننده تحمیل اقدامات غیر پرستاری و اولویت دادن سیستم به فعالیت های غیرپرستاری تا مراقبت بالینی به دلیل ابهام در شرح وظایف، واگذاری نقش های متعدد و گاه متضاد و همچنین نقش های خارج از حوزه مسئولیت تخصصی شان را عامل افت کیفیت مراقبت (و مانعی برای بروز قابلیت ها) دانستند:

"پرستار بجای این که بیشتر کارشون بالین باشه بیشتر تو استیشننه... چون اول باید بیاد پرونده مریض رو مرتب کنه داروهاش رو بزنه تو سیستم... تو شرح وظایفی که وزارت خونه فرستاده شرح وظایف منشی بخش اینه که ثبت درخواست های دارویی رو بکنه... اینجا هر کسی (پرستار) باید واسه خودش این کارها رو انجام بده اینا همه باعث کاهش کیفیت کار و کاهش توانمندی های پرستار میشه." (شرکت کننده شماره ۱۱).

به رسمیت شناخته نشدن توانایی های پرستاری در تصمیم گیری و انجام مراقبت با کیفیت

مشارکت کنندگان در این تحقیق برخورداری ناکافی از حق تصمیم گیری را به چالش هایی همچون عدم مشارکت پرستاران در سیاست گذاری های بخشی و بین بخشی، برخورداری ناکافی از حق تصمیم گیری در بخش و پزشک سالاری مرتبط دانستند.

"تقریباً جمعیت غالب بیمارستان پرستاره ولی کوچک ترین تصمیمی که برای مسائل حاشیه ای بخوان بگیرن از پرستار نظر نمیخوان." (مشارکت کننده شماره ۱۱).

مشارکت کننده دیگری چنین اظهار داشت: "توی بیمارستان نظری هم داشتی باشه کسی ازش استقبال نمیکنه و مترون هم اصلا هیچ اعتنایی به ما نمیکنه و به پزشکا توجه می کنه. صحبتی باشه همیشه حق به جانبه اونا میشه و ما در مقابل پزشکا یه جورایی تو سری خوریم." (مشارکت کننده شماره ۵).

عدم ارتباط مناسب حرفه ای پزشک و پرستار

اغلب مشارکت کنندگان از جمله مشکلات پرستاران در رابطه ی حرفه ای با پزشکان را مواردی از قبیل عدم برقراری ارتباط اولیه مناسب از سوی پزشکان، عدم اعتماد به پرسنل، هماهنگی تیمی ناقص و صرفاً محدود به بیماران بدحال بین پزشک و پرستار را بعنوان مانعی برای ارتقا توانمندی حرفه ای دانستند.

"بعضی از پزشکان به تشخیص های پرستاری که ما میگذاریم و گزارشات پرستاری توجه نمیکنن و بیشتر از مریض سوال میکنن تا اینکه از پرستار روند درمان مریض رو بخوان... بعضی هاشون حتی موقع ورود به بخش به پرسنل سلام هم نمیکنن... مستقیم میرن توی اتاق بیمار... یه سری اوردر مینویسن بدون توضیح اضافه به پرستار... اینا خب تاثیر منفی میگذاره روی کار ما، به مرور زمان توانمندی مون رو سرکوب میکنه." (مشارکت کننده شماره ۱۵).

کمبودهای پایه ای

بر طبق نتایج حاصل از تحلیل داده ها، زیرطبقات کمبود پرستار و کمبود منابع و تجهیزات با روند استقرا طبقه کمبودهای پایه ای را تشکیل دادند.

کمبود پرستار

بیشتر مشارکت کنندگان اظهار داشتند عدم تناسب بین تعداد پرستار به بیمار، شیفت های کاری سنگین و حجم کاری بالا، اضافه کاری اجباری، واگذاری چندین مسئولیت به یک پرستار، کمبود کارکنان مرد

بخصوص در بخش جراحی که بیماران آن همگی مرد هستند منجر به فرسودگی و تضعیف روحیه پرستاران می گردد.

"اینجا هر پرستار باید ۱۲ تا ۱۳ بیمار رو کاور کنه، حجم کار زیاده، turnover بخش بالاست، حالا اگه بخوای واسه تک تک مریضا آموزش بدی، به حرف مریض گوش بدی ممکنه نتونی از عهده همه کارهای مریض بر بیایی، احساس ضعف میکنی همه ی اینا روی توانمندی پرستار تاثیر داره". (مشارکت کننده شماره ۱).

کمبود تجهیزات

تخصیص بودجه محدود به خرید و جایگزین کردن امکانات و وسایل، کمبود تجهیزات، قدیمی بودن تجهیزات و ابزارهای نامناسب از دیدگاه اکثر مشارکت کنندگان می تواند موجب کاهش آموزش به بیمار و کاهش توانمندی پرستار می شود:

"اخیرا مشخص شده که تختهای ۹۰*۹۰ کمک میکنه که bedsore مریض کم بشه. اینو مدیریت نرفته پیگیری بکنه که فراهم بشه. یه دونه ما بیشتر نداریم. اینا همه باعث میشه که توانمندی ما و آموزش به مریض بیاد پایین". (مشارکت کننده شماره ۸).

بحث

در این مطالعه تجارب پرستاران در رابطه با شناسایی موانع ارتقاء توانمندی حرفه ای از نظر پرستاران شاغل در بخش جراحی ایران تبیین شد. یافته های پژوهش بیانگر یک درون مایه تحت عنوان "ناتوانی آموخته شده" بود. درون مایه ناتوانی آموخته شده دارای ویژگی های "کم صلاحیتی حرفه ای"، "کمبود حمایت حرفه ای" و "کمبودهای پایه ای" بود. "کم صلاحیتی حرفه ای" به عنوان یکی از ویژگی های ناتوانی آموخته شده از جمله موانع درک شده ی پرستاران شرکت کننده در مطالعه فعلی بود که از ابعاد کمبود دانش و مهارت، عدم اعتماد به نفس حرفه ای، انجام کار روتین و به حاشیه رفتن نقش حامی در پرستاری و تاکید بیش از حد به مستندسازی و اعتباربخشی مورد بحث قرار گرفته بود.

در ارتباط با بعد کمبود دانش و مهارت حرفه ای، یافته های مطالعات متعدد نشان داد، توانمندی پرستاران به دانش و مهارت آنها و کاربرد آن در مراقبت از مددجو وابسته است [۳۰، ۳۱]. در ارتباط با عدم اعتماد به نفس حرفه ای، گنگون در مطالعه خود ویژگی های شخصیتی همچون انفعال و سلطه پذیری بجای صریح، مستقل، مختار و پاسخگو بودن را یکی از موانع مهم در دستیابی به استقلال بعنوان یکی از مولفه های توانمندی حرفه ای دانسته است [۳۲]. این در حالی است که پرستارانی که قادرند با استفاده از دانش و مهارت کافی توأم با خودباوری، برای مراقبت از مددجو تصمیم گیری نموده و تصمیم خود را اجرا نمایند، در مقایسه با سایر پرستاران، احساس قدرت و کنترل بیشتر بر اعمال حرفه ای و تمایل بیشتر به توسعه و کاربرد دانش خود خواهند داشت [۲۱]. یافته های مطالعه ی واد حاکی از آن است که انجام کارهای روتین رابطه معکوسی با استقلال و حرفه ای شدن پرستاری دارد [۳۳]. یافته های مطالعات قبلی نشان داد، اعتباربخشی به عنوان عاملی وقت گیر، ایجادکننده بوروکراسی اداری، افزایش بارکاری و ایجاد استرس مانع ارتقاء توانمندی حرفه ای پرستاران شده در کارکنان است [۳۴، ۳۵].

شرکت کنندگان در این مطالعه همچنین به ویژگی دیگری تحت عنوان "کمبود حمایت حرفه ای" بعنوان مانع دیگر ارتقاء توانمندی حرفه ای اشاره داشتند که شامل عدم حمایت حرفه ای، انجام کارهای غیر پرستاری، به رسمیت شناخته نشدن توانایی های پرستاری در تصمیم گیری و عدم ارتباط مناسب حرفه ای پزشک و پرستار بود. در ارتباط با عدم حمایت حرفه ای، جان میلنکون نبود جایگاه و ارزش مناسب در سازمان را چالشی برای ارتقای پرستاران می داند [۳۶]. نتایج این مطالعه با یافته های مطالعه هیدگز که بیانگر بی اهمیتی سازمان به رشد حرفه ای پرستاران بود نیز همخوانی دارد [۳۷]. یافته های یک مطالعه گراند تئوری که به بررسی موانع انگیزش شغلی پرستاران پرداخته بود نشان داد، بی قدرتی و عدم اختیار از جمله موانع انگیزش شغلی به شمار می روند [۳۰]. یافته های مطالعه کیفی دیگر نشان داد، فرهنگ و جو غیر حمایتی حاکم بر سازمان درمانی مهم ترین عاملی است که موجب بروز رفتارها و کنش های نامناسب و بی انگیزگی پرستاران در تمام رده ها می شود [۳۸]. چادهوری و همکاران در مطالعه خود اذعان دارند که حمایت مدیران پرستاران و سوپروایزرها از مهم ترین عوامل موثر بر توانمندی پرستاران در اخذ تصمیم گیری های بالینی است [۳۹]. دورگام و همکاران در نتایج خود تقویت توانمندی پرستاران را حاصل حمایت مدیران از تصمیم گیری و پاسخگویی های پرستاران شناسایی کرده است [۴۰]. ارتباط ضعیف افراد مافوق با پرستار بعد دیگری از زیرطبقه عدم حمایت حرفه ای بود. اسکات، چگونگی روابط میان پرستار و سایر اعضای تیم سلامت را از عوامل تاثیرگذار بر احساس توانمندی و اختیار پرستاران دانسته و گزارش کرد که ارتباط بین حرفه ای ضعیف مستقیما با احساس ناتوانی و بی قدرتی پرستاران مورد مطالعه آنها ارتباط دارد [۴۱]. یافته های مطالعه ی کمی دیگری نیز نشان داد، از نظر پرستاران مدیران ارتباط مناسبی با آنها برقرار نمی کند و لذا مشکلات مرتبط با شغل افراد زیردست خود را درک نمی کند و به نظر می رسد فاقد مهارت های حل مسئله اثربخش باشند [۴۲]. دلامین نیز می نویسد، از نظر پرستاران ارتباط مدیران با پرستاران یکی از عوامل مهم در احساس رضایت شغلی کلی و قصد ماندن در بیمارستان (Intention to remain in their hospital) است [۴۳].

در ارتباط با انجام کارهای غیر پرستاری، برونیل و همکاران اظهار داشتند، درصد زیادی (۶۲٪) از کار روزانه پرستاران صرف کارهای غیرپرستاری (NNTs: Non-Nursing Tasks) می شود [۴۴]. یافته های مطالعه تئوو همکاران نیز نشان داد، استرسورهای ناشی از NNTs تاثیر منفی بر تندرستی روانشناختی، رضایت شغلی و توانمندی حرفه ای پرستاران دارد [۴۵]. یافته های مطالعه ای کیفی در چین نشان داد، از جمله شکایت های پرستاران کمبود وقت جهت ارائه خدمات تخصصی و به فعلیت رساندن توانمندی های حرفه ای مثل آموزش و حمایت روانی-اجتماعی از بیمار به دلیل پرداختن به NNTs بود [۴۶]. در ارتباط با به رسمیت شناخته نشدن توانایی های پرستاری در تصمیم گیری، یافته های مطالعه لاشینگر و همکاران نشان داد مدیرانی که استقلال حرفه ای و اعتماد به نفس پرستاران را از طریق فراهم نمودن فرصت تصمیم گیری مشارکتی ارتقا می دهند موجب افزایش توانمندی حرفه ای پرستاران می شوند [۴۷]. اسکات و همکاران [۴۱] و عشوندی و همکاران [۳۰] نیز گزارش کرده اند که میزان اختیار، استقلال عمل

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد پرستاران بخش جراحی در ایران با چالش‌های متعددی در دستیابی به توانمندی حرفه‌ای مواجهه می‌شوند. لذا، می‌بایست توانمندی حرفه‌ای پرستاران بخش جراحی از طریق فراهم کردن فرصت کسب دانش و مهارت بالینی بمنظور ارائه خدمات بیمار محور و مبتنی بر نیاز بیماران ارتقاء یابد. همچنین با توجه به نقش پرستاران بعنوان شاخصی موثر بر کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار نیاز به جوامع پرستاری واحد و سازمان‌های حرفه‌ای قدرتمند جهت حمایت حرفه‌ای از پرستاران، به رسمیت شناخت شدن پرستاران، توصیف کامل قلمرو پرستاری، شفاف سازی وظایف شغلی و رفع نیاز پرستاران ضرورت دارد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با دید موشکافانه‌ی تحقیقات کیفی، شرایط علی و تسهیل‌کننده‌های ارتقاء توانمندی حرفه‌ای در پرستاری مورد مطالعه قرار گیرد.

سپاسگزاری

گروه پژوهش از کلیه مشارکت‌کنندگان بابات ارائه تجارب ارزشمند خود و از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان به خاطر حمایت مالی این طرح تشکر می‌نماید. این مطالعه، بخشی از رساله دکتری نویسنده دوم بود که در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان به شماره ۹۶۱۸۷ تصویب شد؛ همچنین این طرح با کد IR.KAUMS.MEDNT.REC.1396.92 در کمیته اخلاق دانشگاه به تصویب رسید.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

- Jangland E, Nyberg B, Yngman-Uhlin P. 'It's a matter of patient safety': understanding challenges in everyday clinical practice for achieving good care on the surgical ward - a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(2):323-31. doi: 10.1111/scs.12350 pmid: 27439568
- Unger F. Health is wealth: considerations to European healthcare. *Prilozi*. 2012;33(1):9-14. pmid: 22952091
- Hagbager 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. doi: 10.1186/1472-6955-3-2 pmid: 15068484
- Ahmad I, Manzoor SR. Effect of Teamwork, Employee Empowerment and Training on Employee Performance. *Int J Acad Res Busin Soc Sci* 2017;7(11):380-94. doi: 10.6007/IJARBS/v7-i11/3472
- Rao A. The contemporary construction of nurse empowerment. *J Nurs Scholarsh*. 2012;44(4):396-

و کنترلی که پرستاران بر کار خود احساس می‌کنند تاثیر زیادی بر احساس قدرت و توانمندی آنها دارد. برخی تحقیقات در راستای عدم ارتباط مناسب حرفه‌ای، کاهش توانمندی پرستاران را با سطح پایین تعاملات و همکاری پزشک و پرستاران در ارتباط می‌دانند [۴۸، ۴۹]. هارتوگ و همکاران نیز در نتایج تحقیق خود، ضمن اشاره به وجود تعارضات در ارتباطات پرستار و پزشک در ICU دلیل این معطل را تفاوت در اختیارات، مسئولیت‌ها، آموزش و فرهنگ پزشک و پرستار می‌دانند [۵۰].

سومین ویژگی ناتوانی آموخته شده «کمبودهای پایه‌ای» بود و شامل کمبود پرستار و کمبود منابع و تجهیزات بود. همسو با این یافته، مطالعات لاشینگر و همکاران طی سال‌های ۲۰۱۶-۱۹۹۶ نشان داد، کمبود پرستار و حجم کاری بالا از جمله متغیرهای ساختاری است که با تحت فشار قرار دادن پرستاران موجب احساس نارضایتی، بی‌اختیاری و بی‌قدرتی آنان می‌شود [۴۷، ۵۱، ۵۲] یافته‌های یک مطالعه گراند تئوری در ایران نیز نشان داد، نسبت نامتعادل تعداد بیمار به پرستار، فشار کاری و مواخذه شدن‌های بی‌مورد، اعتماد به نفس پرستاران را کاسته و مانع مشارکت پرستاران در تصمیمات بالینی و ارتقاء توانمندی حرفه‌ای پرستاران می‌گردد [۲۱]. به نظر می‌رسد کمبود پرستار و زیادی حجم کار، فرصت کافی برای پرستاران باقی نمی‌گذارد تا توانمندی‌های حرفه‌ای خود را بروز دهند. نگرانی در مورد کمبود تجهیزاتمانند تخت‌های بستری در مطالعات مختلف گزارش شده است [۵۳، ۵۴]. وجود تجهیزات قدیمی و شرایط کاری نامناسب در اکثر مراکز ارائه خدمات مراقبتی، بعنوان مانع توانمندی حرفه‌ای پرستاران گزارش شده است و حفظ و جایگزینی چنین تجهیزاتی بعنوان نوعی چالش مطرح است [۵۳، ۵۵]. لذا، فراهم کردن تجهیزات کافی ابزاری ضروری برای پرستاران بمنظور ارائه مراقبت پرستاری با کیفیت و ارتقاء توانمندی حرفه‌ای آنها است. از مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم تمایل برخی از پرستاران برای شرکت در مطالعه اشاره کرد.

402. doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01473.x pmid: 23062275

- Kennedy S, Hardiker N, Staniland K. Empowerment an essential ingredient in the clinical environment: a review of the literature. *Nurse Educ Today*. 2015;35(3):487-92. doi: 10.1016/j.nedt.2014.11.014 pmid: 25542857
- Watson LM. Leadership's influence on job satisfaction. *Radiol Technol*. 2009;80(4):297-308. pmid: 19293118
- Clavelle JT, O'Grady TP, Drenkard K. Structural empowerment and the nursing practice environment in Magnet(R) organizations. *J Nurs Adm*. 2013;43(11):566-73. doi: 10.1097/01.NNA.0000434512.81997.3f pmid: 24153197
- Spence Laschinger HK, Wilk P, Cho J, Greco P. Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environments: does experience matter? *J Nurs Manag*. 2009;17(5):636-46.

- doi: [10.1111/j.1365-2834.2008.00907.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00907.x) pmid: [19575722](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19575722/)
10. Enns V, Currie S, Wang J. Professional autonomy and work setting as contributing factors to depression and absenteeism in Canadian nurses. *Nurs Outlook*. 2015;63(3):269-77. doi: [10.1016/j.outlook.2014.12.014](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.12.014) pmid: [25982767](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25982767/)
 11. Van Bogaert P, Peremans L, Diltour N, Van heusden D, Dilles T, Van Rompaey B, et al. Staff Nurses' Perceptions and Experiences about Structural Empowerment: A Qualitative Phenomenological Study. *PLoS One*. 2016;11(4):e0152654. doi: [10.1371/journal.pone.0152654](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152654) pmid: [27035457](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27035457/)
 12. Hauck A, Quinn Griffin MT, Fitzpatrick JJ. Structural empowerment and anticipated turnover among critical care nurses. *J Nurs Manag*. 2011;19(2):269-76. doi: [10.1111/j.1365-2834.2011.01205.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01205.x) pmid: [21375631](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21375631/)
 13. Traynor M, Boland M, Buus N. Professional autonomy in 21st century healthcare: nurses' accounts of clinical decision-making. *Soc Sci Med*. 2010;71(8):1506-12. doi: [10.1016/j.socscimed.2010.07.029](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.029) pmid: [20797814](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20797814/)
 14. Baykara ZG, Sahinoglu S. An evaluation of nurses' professional autonomy in Turkey. *Nurs Ethics*. 2014;21(4):447-60. doi: [10.1177/0969733013505307](https://doi.org/10.1177/0969733013505307) pmid: [24225057](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24225057/)
 15. Iliopoulou KK, While AE. Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. *J Adv Nurs*. 2010;66(11):2520-31. doi: [10.1111/j.1365-2648.2010.05424.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05424.x) pmid: [20735503](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20735503/)
 16. Corbally MA, Scott PA, Matthews A, Gabhann LM, Murphy C. Irish nurses' and midwives' understanding and experiences of empowerment. *J Nurs Manag*. 2007;15(2):169-79. doi: [10.1111/j.1365-2834.2007.00626.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00626.x) pmid: [17352700](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17352700/)
 17. Wong CA, Laschinger HK. Authentic leadership, performance, and job satisfaction: the mediating role of empowerment. *J Adv Nurs*. 2013;69(4):947-59. doi: [10.1111/j.1365-2648.2012.06089.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06089.x) pmid: [22764828](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22764828/)
 18. Nasrabadi AN, Emami A, Yekta ZP. Nursing experience in Iran. *Int J Nurs Pract*. 2003;9(2):78-85. pmid: [12694476](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12694476/)
 19. Sodeify R, Vanaki Z, Mohammadi E. Nurses'experiences of perceived support and their contributing factors: A qualitative content analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013;18(3):191-7. pmid: [23983753](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23983753/)
 20. Pulvirenti M, McMillan J, Lawn S. Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expect*. 2014;17(3):303-10. doi: [10.1111/j.1369-7625.2011.00757.x](https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00757.x) pmid: [22212306](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22212306/)
 21. Adib Hajbaghery M, Salsali M. A model for empowerment of nursing in Iran. *BMC Health Serv Res*. 2005;5(1):24. doi: [10.1186/1472-6963-5-24](https://doi.org/10.1186/1472-6963-5-24) pmid: [15769297](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15769297/)
 22. Smith T, Capitulo KL, Quinn Griffin MT, Fitzpatrick JJ. Structural empowerment and anticipated turnover among behavioural health nurses. *J Nurs Manag*. 2012;20(5):679-84. doi: [10.1111/j.1365-2834.2012.01384.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01384.x) pmid: [22823224](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22823224/)
 23. Ebrahimi P, Malmoom Z, Zaboli R. Nursing Workloads and Psychological Empowerment in Hospitals: Structural Equations Modeling. *Hosp Pract Res* 2017;2(3):84-9.
 24. Asad Zandi M, Ebadi A, Karami Zarchi A, Gholami M, Farsi Z. The relationship between nurse's perception of their head nurses empowerment behaviors and their own work effectiveness. *Ann Mil Health Sci Res*. 2007;5(1):1133-9.
 25. Hermansson E, Martensson L. Empowerment in the midwifery context--a concept analysis. *Midwifery*. 2011;27(6):811-6. doi: [10.1016/j.midw.2010.08.005](https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.08.005) pmid: [20932613](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20932613/)
 26. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277-88. doi: [10.1177/1049732305276687](https://doi.org/10.1177/1049732305276687) pmid: [16204405](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16204405/)
 27. Speziale H, Streubert H, Carpenter D. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
 28. Sandelowski M. Focus on research methods--whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*. 2000;23(4):334-40.
 29. Wildemuth B. Applications of social research methods to questions in information and library science: ABC-CLIO; 2016.
 30. Oshvandi K, Zamanzadeh V, Ahmadi F, Fathi-Azar E, Anthony D, Harris T. Barriers to nursing job motivation. *Res J Biol Sci*. 2008;3(4):46-434.
 31. Marquis B, Huston C. Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
 32. Gagnon L, Bakker D, Montgomery P, Palkovits JA. Nurse autonomy in cancer care. *Cancer Nurs*. 2010;33(3):E21-8. doi: [10.1097/NCC.0b013e3181c98985](https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181c98985) pmid: [20357650](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20357650/)
 33. Wade GH. Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. *J Adv Nurs*. 1999;30(2):310-8. pmid: [10457232](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10457232/)
 34. Manzo BF, Brito MJ, Correa Ados R. [Implications of hospital accreditation on the everyday lives of healthcare professionals]. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):388-94. pmid: [22576543](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22576543/)
 35. Elkins G, Cook T, Dove J, Markova D, Marcus JD, Meyer T, et al. Perceived stress among nursing and administration staff related to accreditation. *Clin Nurs Res*. 2010;19(4):376-86. doi: [10.1177/1054773810373078](https://doi.org/10.1177/1054773810373078) pmid: [20601637](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20601637/)
 36. Melancon SC. The relationship between participation in professional development and level of social capital. 2007.
 37. Hughes SJ. Student attendance during college-based lectures: a pilot study. *Nurs Stand*. 2005;19(47):41-9.

- doi: [10.7748/ns2005.08.19.47.41.c3925](https://doi.org/10.7748/ns2005.08.19.47.41.c3925) pmid: [16101085](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16101085/)
38. Ashghali-Farahani M, Mohammadi E, Ahmadi F, Maleki M, Hajizadeh E. Obstacles of patient education in CCU and post CCU: A grounded theory study. *Iran J Nurs*. 2009;22(58):55-73.
 39. Chaudhuri T, Yeatts DE, Cready CM. Nurse aide decision making in nursing homes: factors affecting empowerment. *J Clin Nurs*. 2013;22(17-18):2572-85. doi: [10.1111/jocn.12118](https://doi.org/10.1111/jocn.12118) pmid: [23534554](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23534554/)
 40. Dorgham SR, Al-Mahmoud S. Leadership styles and clinical decision making autonomy among critical care nurses: A comparative study. *IOSR J Nurs Health Sci* 2013;1(4):71-83. doi: [10.9790/1959-0147183](https://doi.org/10.9790/1959-0147183)
 41. Scott A, Matthews A, Corbally M. Nurses' and Midwives' understanding and experiences of empowerment in Ireland final report. The Stationary Office, 2003.
 42. Wagner JD, Bezuidenhout MC, Roos JH. Communication satisfaction of professional nurses working in public hospitals. *J Nurs Manag*. 2015;23(8):974-82. doi: [10.1111/jonm.12243](https://doi.org/10.1111/jonm.12243) pmid: [25131319](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25131319/)
 43. Dhlamini S. Job satisfaction. *Nurs Update*. 2012;37(7):62-3.
 44. Bruyneel L, Li B, Aiken L, Lesaffre E, Van den Heede K, Sermeus W. A multi-country perspective on nurses' tasks below their skill level: reports from domestically trained nurses and foreign trained nurses from developing countries. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):202-9. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2012.06.013](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.06.013) pmid: [22819343](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22819343/)
 45. Teo ST, Yeung M, Chang E. Administrative stressors and nursing job outcomes in Australian public and non-profit health care organisations. *J Clin Nurs*. 2012;21(9-10):1443-52. doi: [10.1111/j.1365-2702.2011.03871.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03871.x) pmid: [22494421](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22494421/)
 46. Chen WT, Shiu CS, Simoni J, Fredriksen-Goldsen K, Zhang F, Zhao H. Optimizing HIV care by expanding the nursing role: patient and provider perspectives. *J Adv Nurs*. 2010;66(2):260-8. doi: [10.1111/j.1365-2648.2009.05165.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05165.x) pmid: [20423409](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20423409/)
 47. Laschinger HKS, Finegan JE, Shamian J, Wilk P. A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *J Organ Behav* 2004;25(4):527-45. doi: [10.1002/job.256](https://doi.org/10.1002/job.256)
 48. Papathanassoglou ED, Karanikola MN, Kalafati M, Giannakopoulou M, Lemonidou C, Albarran JW. Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *Am J Crit Care*. 2012;21(2):e41-52. doi: [10.4037/ajcc2012205](https://doi.org/10.4037/ajcc2012205) pmid: [22381995](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22381995/)
 49. Manojlovich M, DeCicco B. Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. *Am J Crit Care*. 2007;16(6):536-43. pmid: [17962497](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17962497/)
 50. Hartog CS, Benbenishty J. Understanding nurse-physician conflicts in the ICU. *Intensive Care Med*. 2015;41(2):331-3. doi: [10.1007/s00134-014-3517-z](https://doi.org/10.1007/s00134-014-3517-z) pmid: [25326341](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25326341/)
 51. Laschinger HK, Finegan J, Shamian J, Wilk P. Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model. *J Nurs Adm*. 2001;31(5):260-72. pmid: [11388162](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11388162/)
 52. Laschinger HK. A theoretical approach to studying work empowerment in nursing: a review of studies testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Nurs Adm Q*. 1996;20(2):25-41. pmid: [8700383](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8700383/)
 53. Manyisa ZM, van Aswegen EJ. Factors affecting working conditions in public hospitals: A literature review. *Int J Afr Nurs Sci* 2017;6:28-38. doi: [10.1016/j.ijans.2017.02.002](https://doi.org/10.1016/j.ijans.2017.02.002)
 54. Uebel KE, Nash J, Avalos A. Caring for the caregivers: models of HIV/AIDS care and treatment provision for health care workers in Southern Africa. *J Infect Dis*. 2007;196 Suppl 3:S500-4. doi: [10.1086/521113](https://doi.org/10.1086/521113) pmid: [18181701](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18181701/)
 55. Moyimane MB, Matlala SF, Kekana MP. Experiences of nurses on the critical shortage of medical equipment at a rural district hospital in South Africa: a qualitative study. *Pan Afr Med J*. 2017;28:100. doi: [10.11604/pamj.2017.28.100.11641](https://doi.org/10.11604/pamj.2017.28.100.11641) pmid: [29515718](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29515718/)