

هویت حرفه ای خدشه دار: عامل بازدارنده یادگیری مراقبت های پرستاری در دانشجویان – یک مطالعه کیفی در ایران

شهرام براز پردنجانی، ربابه معماریان*، زهره ونکی

گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۳/۱/۲۴ تاریخ پذیرش: ۹۳/۳/۲۵

چکیده:

زمینه و هدف: هویت حرفه ای خدشه دار باعث نارضایتی دانشجویان پرستاری از محیط یادگیری می شود و پیامدهای رفتاری آن عملکرد مراقبتی ضعیف در بالین، کاهش انگیزه، تلاش کمتر برای یادگیری مراقبت پرستاری و شادمانی کم در محیط یادگیری را در پی دارد و بر کیفیت مراقبت از بیمار و اثربخشی نظام آموزشی تأثیرگذار است. این مطالعه با هدف تبیین اثرات هویت حرفه ای بر یادگیری مراقبت های پرستاری در دانشجویان انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع کیفی، ۲۵ دانشجوی پرستاری در مقطع لیسانس به صورت نمونه گیری مبتنی بر هدف از دانشکده های پرستاری مامایی تهران و شهید بهشتی انتخاب شدند. از مصاحبه های نیمه ساختار یافته برای جمع آوری اطلاعات استفاده شد. روش آنالیز محتوی قراردادی، برای تجزیه و تحلیل داده ها و تعیین الگوهای مرتبط مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها: از تحلیل مصاحبه ها یک الگو با عنوان هویت حرفه ای خدشه دار به دست آمد. این الگو شامل دو طبقه پایمال شدن شأن و منزلت فردی-اجتماعی و بی صدایی پرستاران بود. نتیجه گیری: استفاده از الگوی هویت حرفه ای خدشه دار طراحی شده در این مطالعه در فرآیند یادگیری می تواند به مربیان و مدیران آموزشی کمک کند تا استراتژی هایی را برای تقویت هویت حرفه ای مثبت در دانشجویان پرستاری و به دنبال آن ارتقاء یادگیری آن ها به کار گیرند.

واژه های کلیدی: هویت اجتماعی، عملکرد مراقبتی، دانشجویان پرستاری، یادگیری، منزلت فردی اجتماعی.

مقدمه:

نگرش ها، عقاید، احساسات، ارزش ها، انگیزه ها و تجارب" تعریف شده است (۴). همچنین هویت حرفه ای در برگزیده ارزش ها و عقاید یک پرستار بوده که راهنمای تفکر، عمل و تعامل با بیماران می باشد. از این رو ارزش ها برای تثبیت هویت حرفه ای، ذاتی و ضروری هستند (۵). به عبارت دیگر هویت حرفه ای فرآیندی است که به وسیله آن هر پرستار هویت حرفه ای خودش را به عنوان یک پرستار تثبیت می کند. بنابراین هویت حرفه ای پرستاران با هویت فردی آن ها آمیخته شده است (۱). در همین

هویت حرفه ای بخشی از ساختار مراقبتی بوده و پیامد اصلی آموزش و اجتماعی شدن پرستاران می باشد. در واقع هویت حرفه ای مثبت و انعطاف پذیر برای انجام نقش های متعدد پرستاران در مراقبت با کیفیت از بیماران و کاهش استرس محل کار با اهمیت می باشد (۲،۱). در این رابطه آموزش پرستاری موفقیت آمیز برای شکل گیری هویت حرفه ای پرستاری که تمامی جنبه های نقش پرستاری را پوشش دهد حیاتی می باشد (۳). هویت حرفه ای به عنوان "درک از خود حرفه ای (one's professional self-concept) مبتنی بر

راستا مطالعه ای با هدف آنالیز مفهوم هویت حرفه ای پرستاری، ابعاد فردی، بین فردی و جنبه های تاریخی اجتماعی این مفهوم شناسایی شده است (۵). در دیگر مطالعه نیز بیان شده است که هویت حرفه ای در پرستاری تحت تأثیر ابعاد مختلفی از جمله: وضعیت و تصویر حرفه پرستاری در جامعه، فرهنگ پرستاری در بخش های بالینی، عملکرد افراد ارائه دهنده نقش در بالین، تعاملات دانشجویان پرستاری با پرستاران بالینی و اساتید پرستاری و پارادوکس های موجود در میان واقعیت رشته پرستاری با نگرش ها و ایده ال هایی که دانشجویان در ارتباط با پرستاری داشته اند، قرار می گیرد که همه این ابعاد بر انگیزه دانشجویان و انتخاب حرفه پرستاری و ماندگار شدن آن ها در حرفه پرستاری تأثیر دارد (۶). در یک مطالعه کیفی نیز عواملی مانند وجود فاصله و ناسازگاری بین آموزش دوره های تئوری و بالینی، میزان حمایت دریافتی دانشجویان از سیستم آموزشی و عدم ارائه تصویر شفاف و قابل قبول از حرفه پرستاری در اجتماع، بر توسعه هویت حرفه ای پرستاران تأثیرگذار شمرده شده است (۷). همچنین Cook و همکاران به نقل از du Toit بیان کرده اند که داشتن استقلال در فعالیت های بالینی، قدرت رهبری و مدیریت در سیستم بهداشتی درمانی، مهارت های تفکر انتقادی و تعهد به حرفه برای شکل گیری هویت حرفه ای در پرستاری با اهمیت می باشند (۸).

در طی فرآیند آموزش و یادگیری دانشجویان پرستاری، هویت حرفه ای آن ها هم به طور رسمی در کلاس درس و بخش های بالینی و هم از طریق تجارب غیر رسمی و از طریق برنامه پنهان درسی شکل می گیرد (۹). شکل گیری هویت حرفه ای به قدری مهم می باشد که انجمن ملی پرستاران (۲۰۱۰) اظهار کرده است که هویت حرفه ای بایستی به عنوان پیامد جهانی تمامی برنامه های درسی پرستاری از مقطع لیسانس تا دکتری در نظر گرفته شود (۱۰).

نگرش دانشجویان نسبت به حرفه پرستاری یک عامل مهم در فرآیند یادگیری و شکل گیری هویت حرفه ای آن ها می باشد (۱۱). بیشتر دانشجویان با دید و نگرش مثبت نسبت به ارزش های مراقبتی وارد رشته پرستاری می شوند و انتظار دارند که پرستاری را به عنوان یک حرفه مراقبتی یاد بگیرند که این انتظارات به طور قوی با اجتماعی شدن دانشجویان رابطه دارد (۱۲). در طول فرآیند اجتماعی شدن که زیربنای هویت حرفه ای را شکل می دهد؛ دانشجویان عقاید و ارزش های ویژه ای را در خود درونی سازی کرده، که این موارد بر تفکرات، نگرش ها، رفتارهای مراقبتی و در نهایت توانمند شدن آن ها تأثیرگذار می باشند (۱۳)؛ به طوری که تصویر مثبت از خود، بر تفکر، اعتماد به نفس دانشجوی، برقراری ارتباط درمانی قوی با بیمار، یادگیری و ارائه مراقبت های پرستاری با کیفیت تأثیرات مثبتی دارد (۵).

از سوی دیگر محیط کار و ارزش های اخلاقی درک شده در محل کار نیز به عنوان فاکتورهای مؤثر بر هویت حرفه ای پرستاران ذکر شده است. در واقع دانشجویان پرستاری از تجارب کاری و تعاملات حرفه ای با اساتید، پرستاران بالینی و پزشکان یادگیری دارند که بر رشد فردی، مفهوم از خود و شکل گیری هویت فردی آن ها تأثیر گذار می باشد (۱). علاوه بر این، فاکتورهایی دیگر از قبیل مشارکت بین حرفه ای، احساس تعلق پذیری به حرفه، یادگیری های کسب شده، تصویر درک شده از حرفه فرد در جامعه و فرهنگ جامعه می توانند بر شکل گیری نگرش نسبت به حرفه، مفهوم از خود و کسب هویت حرفه ای تأثیرگذار باشند (۱۴، ۱۵).

دانشجویان پرستاری غالباً در فرآیند یادگیری خودشان با مشکلاتی در زمینه هویت حرفه ای روبرو می شوند. دانشجویانی که هویت حرفه ای مثبتی را تجربه نمی کنند، اعتماد به نفس پایین تری را تجربه خواهند کرد، مهارت های استدلال بالینی در آن ها تضعیف می شود، در برقراری ارتباطات بین فردی مشکلات زیادی را تجربه خواهند کرد، احساس تعلق پذیری به حرفه پرستاری در آن ها تضعیف

گلوله برفی سایر مشارکت کنندگان نیز انتخاب شدند. نمونه گیری با رویکرد حداکثر واریانس و به منظور به دست آوردن طیف وسیعی از تجارب و دیدگاه ها از هر دو جنس و از سال های دوم، سوم و چهارم انتخاب شدند (۲۰).

از مصاحبه های نیمه ساختار یافته برای جمع آوری اطلاعات استفاده شد. این رویکرد نسبت به روش های کمی منجر به فهم و درک عمیق تری از پدیده مورد مطالعه می شود (۲۱). در این مطالعه چند نمونه از سؤالات باز شروع کننده مصاحبه با دانشجویان لیسانس پرستاری عبارت بود از: وضعیت و تصویر پرستاری در بیمارستان و اجتماع بر یادگیری شما چگونه تأثیر داشته است؟ عوامل تأثیرگذار بر شأن و منزلت حرفه پرستاری چگونه می تواند بر یادگیری شما تأثیرگذار باشد؟ روابط بین فردی و عملکرد اساتید و پرستاران بالینی بر یادگیری شما چگونه تأثیر داشته است؟ همچنین از سه پرستار طرحی این سؤال پرسیده شد: وضعیت و تصویر پرستاری در بیمارستان و اجتماع بر یادگیری شما در دوران دانشجویی و همچنین دانشجویانی که وارد محیط های بالینی می شوند، چگونه تأثیرگذار بوده است؟ لازم به ذکر است که از سؤالات پیگیری برای تبیین بیشتر جزئیات مورد نظر و افزایش عمق مصاحبه ها استفاده شد و در پایان هر مصاحبه از مشارکت کنندگان خواسته شد که اگر مورد دیگری به ذهن آن ها می رسد بیان کنند که این سؤال تجربیات فردی دانشجو یا هر نکته اضافی دیگر را نیز شامل می شد.

در مطالعه حاضر جمع آوری داده ها و آنالیز به صورت همزمان توسط پژوهشگر (نویسنده اول مقاله) انجام شد و زمانی که اشباع اطلاعات به دست آمد و داده های به دست آمده تکرار داده های قبلی بودند و طبقه جدیدی حاصل نشد، مصاحبه ها متوقف شدند (۲۲). پژوهشگر در این مصاحبه با ۲۳ مصاحبه به اشباع رسید ولی برای اطمینان، ۲ مصاحبه دیگر هم انجام داد که داده های به دست آمده تکرار داده های قبلی بودند. بیشتر

می شود، انگیزه یادگیری در آن ها کاهش پیدا می کند و در هنگام روبرو شدن با چالش های مراقبتی انعطاف پذیری و کارایی کمتری خواهند داشت و آگاهی از چنین چالش ها و مشکلات برای توانایی دانشجویان در یادگیری و اجرای کارهای مراقبتی با اهمیت خواهد بود (۱۶، ۱۷)؛ لذا تحقیقات در مورد چگونگی شکل گیری و تقویت هویت حرفه ای و تأثیرات آن بر یادگیری دانشجویان برای توسعه پرستاری به عنوان یک حرفه ضروری می باشد. در همین راستا در مطالعات گذشته به چگونگی شکل گیری و اندازه گیری هویت حرفه ای در پرستاری اشاره شده است؛ برای مثال به وسیله معیار هویت حرفه ای (۱۸) و نیز با معیار ارزش های حرفه ای پرستاران به بررسی هویت حرفه ای در پرستاران پرداخته شده است (۱۹). همچنین فرآیند شکل گیری هویت حرفه ای پرستاران ژاپنی تبیین شده است (۱). اما مطالعات محدودی به صورت کیفی هویت حرفه ای را به عنوان چالشی در فرآیند یادگیری دانشجویان مورد بررسی قرار داده اند؛ لذا این مطالعه با هدف تبیین چالشی هویت حرفه ای در فرآیند یادگیری دانشجویان پرستاری در تهران انجام شده است.

روش بررسی:

در این مطالعه کیفی با استفاده از رویکرد آنالیز محتوی قراردادی، ۲۵ دانشجوی پرستاری در مقطع لیسانس از دانشکده های پرستاری مامایی شهید بهشتی و تهران و سه پرستار طرحی از بیمارستان امام خمینی به صورت هدفمند انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دانشجویانی بودند که سابقه حداقل یک نیمسال تحصیلی کار بالینی را داشته و همچنین تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند. محقق برای انتخاب نمونه های اول از دانشجویان ترم ۷ و ۸ که تجارب غنی در ارتباط با موضوع داشتند نمونه گیری به عمل آورد و در ادامه با نمونه گیری

مصاحبه‌های انجام شده با دانشجویان پرستاری در اتاق مخصوص مصاحبه که در دانشکده پرستاری مامایی وجود داشت انجام شد. باقیمانده مصاحبه‌های انجام شده با دانشجویان و پرستاران طرحی در مکان‌های مناسب موجود در بخش مانند اتاق سرپرستاران یا کلاس‌های آموزشی موجود در بخش انجام گرفت. تمام مصاحبه‌ها توسط دستگاه دیجیتالی ضبط و بلافاصله دست‌نویس شدند. طول مدت هر مصاحبه بین ۳۰ دقیقه تا ۹۰ دقیقه متغیر بود.

داده‌ها با روش آنالیز محتوی کیفی قراردادی مورد تحلیل قرار گرفتند (۲۳). فرآیند تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری داده‌ها شروع شد. بلافاصله بعد از انجام هر مصاحبه، مصاحبه‌کلمه به کلمه دست‌نویس شد. سپس جهت غرق شدن در داده‌ها و بدست آوردن یک حس کلی نسبت به داده‌ها، متن مصاحبه چندین بار بازخوانی شد و قبل از انجام مصاحبه بعدی مورد تحلیل قرار گرفت. از بیانیه‌های شرکت‌کنندگان که شامل تجربیات زنده آن‌ها بود، واحدهای معنایی استخراج گردید. خط به خط متن مصاحبه‌ها خوانده و به آن‌ها کد داده شد. سپس کدهایی که دارای معانی مشابه بودند در زیر طبقات قرار گرفته و زیر طبقات بر اساس تشابه، تطابق و تناسب و مرتبط بودن درون طبقات محدودتری قرار گرفتند و در نهایت با تعیین و مشخص شدن الگوها فرآیند آنالیز تمام شد.

برای بررسی صحت یافته‌ها، اعتبار (Credibility)، همسانی (Dependability)، تأییدپذیری (Confirm ability) و انتقال‌پذیری (Transferability) انجام گردید. برای اعتبار بخشی داده‌ها از روش چک کردن توسط افراد متخصص (Peer checking) استفاده شد. برای این منظور متن مصاحبه‌ها به طور مستقل توسط پژوهشگر و اساتید راهنما و مشاور به طور جداگانه کدگذاری و طبقه‌بندی شدند و سپس الگوهای به دست آمده با همدیگر مقایسه شدند. در مواردی که در ارتباط با الگوهای توافقی وجود نداشت، نویسندگان با همدیگر بحث و تبادل نظر می‌کردند تا زمانی که به یک توافق اصولی برسند. از

روش چک کردن توسط مشارکت‌کنندگان هم استفاده شد؛ برای این منظور، بعد از تحلیل هر مصاحبه، خلاصه‌ای از کدها و الگوهای به دست آمده به فرد مشارکت‌کننده داده می‌شد و از مشارکت‌کننده خواسته می‌شد که تعیین کنند آیا کدهای استخراج شده با تجربیات بیان شده مطابقت دارند؟ و مواردی که ابهام داشت یا نظر مشارکت‌کننده چیز دیگری بود در همان لحظه ابهامات برطرف و اصلاحات لازم انجام می‌شد. محقق همچنین از روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم داده‌ها برای بررسی اعتبار داده‌ها استفاده کرد. همچنین محقق سعی نمود که در طول دوره جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها حساسیت نظری و تفکر انتقادی بالایی داشته باشد و سعی نمود که داده‌های معتبر و پایایی را به دست آورد. برای این منظور محقق تلاش نمود که عمداً یا سهواً داده‌های مرتبط را خارج نکرده و یا داده‌های بی‌ربط را وارد فرآیند تحلیل نکند. علاوه بر این درگیری مداوم با موضوع و داده‌های پژوهش به همراه نمونه‌گیری با حداکثر تنوع از دانشجویان در ترم‌های مختلف تحصیلی باعث افزایش اعتبار داده‌ها شد (۲۰). انتقال‌پذیری نیز از طریق تأیید اطلاعات کسب شده توسط دو فرد خارج از پژوهش که موقعیت‌های مشابه مشارکت‌کنندگان در پژوهش را داشتند، مورد بررسی قرار گرفت. برای تأیید‌پذیری، پژوهشگر روند پژوهش و مسیر تصمیمات را به دقت ثبت و گزارش نمود و امکان پیگیری تحقیق را برای دیگران فراهم کرد. برای بررسی همسانی از روش ناظرین خارجی (دو نفر از اساتید پرستاری دانشکده پرستاری مامایی تهران و اهواز که دارای مدرک استادیاری بودند) برای بررسی مشابهت درک آن‌ها با پژوهشگر و جستجو برای موارد مغایر استفاده شد (۲۴).

لازم به ذکر است که این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس به تصویب رسیده است. برای همه مشارکت‌کنندگان، هدف از انجام مطالعه توضیح داده شده و به آن‌ها گفته شده است که شرکت در این مطالعه اختیاری بوده و در هر زمان که بخواهند

می توانند از مطالعه خارج شوند. همچنین به آن ها اطمینان داده شد که تمام متن مصاحبه ها بدون نام و محرمانه باقی خواهند ماند. در ضمن قبل از شرکت در مطالعه از مشارکت کنندگان رضایت آگاهانه کتبی مبنی بر شرکت در تحقیق و ضبط مصاحبه ها و انتشار بیانات آن ها گرفته شده است.

یافته ها:

از ۲۵ دانشجوی مشارکت کننده در این مطالعه، ۱۶ دانشجوی دختر و ۹ دانشجوی پسر بودند. محدوده سنی

مشارکت کنندگان بین ۱۸ تا ۲۴ سال بود. ۱۳ دانشجو از سال چهارم، ۸ دانشجو از سال سوم و ۴ دانشجو از سال دوم انتخاب شدند. ۳ پرستار شرکت کننده در مطالعه ما نیروهای طرحی بودند که کمتر از یکسال از دوران فارغ التحصیلی آن ها گذشته بود. میانگین سنی پرستاران طرحی 24 ± 1 سال بود.

در مطالعه حاضر از تحلیل مصاحبه ها یک الگو با عنوان هویت حرفه ای خدشه دار به دست آمد که این الگو شامل طبقات الف: پایمال شدن شأن و منزلت و ب: بی صدایی پرستاران بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: نحوه شکل گیری الگوی هویت حرفه ای خدشه دار

الگوی به دست آمده	طبقات اصلی	طبقات فرعی	زیر طبقات
هویت حرفه ای خدشه دار	پایمال شدن شأن و منزلت فردی و حرفه ای	بی حرمتی	بی احترامی و تحقیر پرخاشگری
		تبعیض	تبعیض در استفاده از امکانات آموزشی تبعیض در استفاده از امکانات رفاهی تبعیض در برقراری ارتباطات بین فردی
		فقدان تقدیر و تشکر	فقدان تقدیر و تشکر
		وضعیت اجتماعی ضعیف	نمایش تصویر غیرواقعی از پرستاری در جامعه نگرش منفی نسبت به پرستاران بالینی ناشناخته بودن حرفه پرستاری جایگاه اجتماعی ضعیف
	بی صدایی پرستاری	بی قدرتی	پزشک سالاری
		عدم دریافت حمایت	عدم دخالت در تصمیم گیری عدم حمایت از جانب مربی عدم حمایت از جانب مترون و سوپروایزر

الف: پایمال شدن شأن و منزلت شامل ابعاد گسترده ای از قبیل بی حرمتی نسبت به فرد و حرفه، فقدان تقدیر و تشکر، تبعیض و وضعیت اجتماعی ضعیف بود که در زیر به تفصیل بیان شده اند. بی حرمتی: در این مطالعه بی حرمتی به دو شکل "پرخاشگری" و "بی احترامی و تحقیر" تظاهر پیدا کرده بود. تجارب دانشجویان حاکی از تحقیر شدن حرفه پرستاری توسط برخی از اساتید، پرستاران بالینی و پزشکان می باشد. دانشجویان این

رفتارهای غیر اخلاقی را از موارد کاهش دهنده انگیزه آن ها برای یادگیری بیان داشتند. یکی از دانشجویان دختر در این زمینه گفت: "یکی از اساتید فن همون ترم اول، پرستاری را کوبید و بی ارزش کرد که کل کلاس افسرده شدند. مثلاً یکی از بچه ها با رتبه ۵۰۰ قبول شده بود بعد گفت تو با رتبه ۵۰۰ اومدی پرستاری؟ من اگر بودم دوباره برمی گشتم و پرستاری را اصلاً انتخاب نمی کردم. من هرگز بچه خودمو نمیذارم بره پرستاری، همین

صحبت ها باعث شد که تلاش و انگیزمون برای یادگیری کم بشه".

دانشجویان همچنین از رفتارهای تحقیر آمیز برخی از پزشکان به عنوان یکی از موارد کاهش دهنده انگیزه برای یادگیری شاکی بودند. دانشجویی پسر در این زمینه گفت: "من خودم می بینم پزشکان فقط به عنوان یه زیر دست به پرستار نگاه می کنن به عنوان یک نوکر ازت استفاده می کنن".

دانشجویی در مورد بی احترامی پرستاران بالینی با دانشجویان گفت: "توی یکسری بخش ها، وقتی وارد می شدیم به پرسنلش سلام می کردیم جواب سلاممون هم به زور می دادن... کاری می کردن که احترام بین ما و آن ها از بین بره.. کلاً به شخصیت دانشجو توهین می کردن و همین باعث شد که من و بچه ها از اون بخش زده بشیم. ما هم دیگه کار بخشو انجام نمی دادیم".

دانشجویان همچنین پرخاشگری مریمان و پرستاران بالینی با دانشجویان را به عنوان یکی از ابعاد بی حرمتی بیان داشتند. یکی از دانشجویان در مورد پرخاشگری مریمی با دانشجویان این گونه گفته است: "ما اساتیدی داشتیم که هم توی کلاس و هم بالین با توهین و با داد و بیداد با آدم برخورد می کردند؛ شخصیت آدم را زیر سوال می بردند؛ جلوی دیگران اگر کاری را اشتباه انجام می دادی با داد و فریاد ضایعت می کرد؛ وقتی این رفتارها را می دیدم توی اون بخش ها اصلاً تمایلی به انجام دادن هیچ کاری نداشتم".

یکی از پرستاران در زمینه بی احترامی سوپروایزر با پرستاران بالینی گفت: "مترون یا سوپروایزر با پزشک برخورد خوبی داره با پرستار که همکار خودشه برخورد خوبی نداره و یه جور دیگه رفتار می کنه؛ خوب همین رفتارها را دانشجویها می بینن و دیدشون نسبت به پرستاری تغییر می کنه.. ارزش پرستاری پایین میاد همه این ها باعث بی انگیزگی دانشجو میشه دیگه تمایلی

برای انجام دادن هیچ کاری نداره؛ مسلماً یادگیریش کمتر می شه".

فقدان تقدیر و تشکر: دانشجویان پرستاری نادیده گرفته شدن نقش پرستار و اهمیت مراقبت پرستاری و عدم دریافت بازخورد مناسب از سوی سیستم درمانی را از دیگر ابعاد بی انگیزگی برای یادگیری مراقبت پرستاری بیان داشتند. با وجود نقش عمده ای که پرستار در پاسخ به رنج و نیازهای دیگران ایفا می کند این نقش تصدیق و تأیید نمی شود و دستاوردهای مراقبتی به پزشکان نسبت داده می شود. یکی از پرستاران بالینی در این زمینه گفت: "بازدید میشه از آقای دکتر فلانی، خانم دکتر فلانی تقدیر و تشکر می شه ولی هیچ وقت نمیگن آقا یا خانم پرستار هم در این جمع حضور داره و یا در این سیستم داره کار می کنه؛ تشکرشون از پزشک هست ولی از پرستار نه؛ خوب همه اینا منجر به پایین اومدن ارزش پرستاری در این سیستم شده؛ خوب دانشجوی پرستاری هم اینا رو می بینه؛ خواه ناخواه علاقه و انگیزش کمتر می شه".

تبعیض: در هنگام مقایسه پرستاری با سایر رشته های مرتبط به خصوص پزشکی شاخص های عمده ای از تبعیض قابل مشاهده می باشد. تفاوت در کیفیت سرویس و خدمات رفاهی و آموزشی و احترام در تعاملات؛ رایج ترین شکل تبعیض بین پرستاری و پزشکی می باشد. دانشجویان با مشاهده این تبعیضات احساس حقارت کرده و انگیزه آن ها برای یادگیری مراقبت پرستاری کاهش می یابد. دانشجویی پسر در این زمینه گفته است: "از کلاس توی بخش، فقط دانشجویان پزشکی حق استفاده کردن داشتن؛ جایی برای کنفرانس های کلاسی نداشتم؛ یکبار توی انبار تجهیزات کلاسمون تشکیل شد؛ خوب اینا باعث می شه که به دانشجوی پرستاری بر بخوره چرا ما اینجا باید باشیم؟ وقتی برای ما احترامی قائل نیستن تبعیض قائل میشن بین رشته ما و پزشکی؛ مسلماً اینا باعث می شه رضایت

همه اینا ارزش پرستاری را کم می کنه ... وقتی آدم اینا رو می بینه دل سرد می شه ... تلاشی برای یادگیری نمی کنه".

دانشجویان همچنین از نگرش منفی نسبت به پرستاران بالینی شاکی بودند و تجارب دانشجویان حاکی از نگاه خدماتی داشتن به حرفه، بی سواد بودن پرستاران، بد اخلاق بودن پرستاران، برده ی پزشک بودن و روابط نامشروع داشتن پرستاران بود که همه این تجارب منفی باعث کاهش انگیزه دانشجویان برای یادگیری مراقبت های پرستاری می شود.

دانشجویی پسر در این زمینه گفت: "دیدگاهی که پرستار برده پزشکه و پزشک بهش دستور می ده زور میگیره؛ پزشکا پرستاران رو آدم فرض نمی کنن؛ ممکنه زیاد دیدگاه درستی نباشه ولی خوب این جور دیدگاهی هست".

دانشجویی دختر در ارتباط با سوء استفاده های جنسی از پرستاران مونث گفت: "توی فامیل ما خانواده ها دوست ندارن که دخترشون پرستاری بخونه، میگن پرستارا مجبورن شیفت شب بمونن، شب ها توی بخش تنها با پرسنل مرد، بیمارا و همراه بیمار سروکار دارن، کارهای ناجوری و اتفاقای ناجوری توی این شیفت ها افتاده؛ خوب همه اینا تأثیر میذاره؛ آدم دل سرد میشه؛ علاقتش به رشته کمتر می شه؛ یادگیری هم خوب صورت نمی گیره".

دانشجویان پرستاری عدم آگاهی افراد جامعه از وجود تحصیلات آکادمیک برای رشته، مشهود نبودن خدمات تخصصی پرستاری در جامعه و مرزهای نامشخص پرستاری با بهیاری را از ابعاد ناشناخته بودن حرفه پرستاری ذکر کرده اند. دانشجویی دختر در این زمینه گفت: "الان نصف افرادی که ما باهاشون حرف می زنیم می گیم ما کارشناس پرستاری هستیم می گن مگه پرستاری هم کارشناسی داره؟".

شغلی بیاد پایین؛ خودبخود آدم علاقه اش کمتر می شه؛ دنبال علمش هم نمی ره؛ یادگیری هم کمتر صورت می گیره".

دانشجویان همچنین از تبعیض در برقراری ارتباطات بین فردی پرسنل پرستاری با دانشجویان پرستاری و پزشکی شاکی بودند. دانشجویی دختر در این زمینه گفت: "پرستارا به دانشجو احترام نمی ذارن؛ در حالی که وقتی به اینترنتی میاد همه جلو پاش بلند می شن. این باعث می شه که عزت نفسمون بیاد پایین؛ عزت نفسم که بیاد پایین یعنی چی؟ یعنی این که من دیگه دنبال درس نمیروم چون می بینم توی این حرفه جایگاهی ندارم".

وضعیت اجتماعی ضعیف: دانشجویان، نمایش تصویر غیر واقعی از پرستاری در جامعه، نگرش منفی نسبت به پرستاران بالینی، ناشناخته بودن حرفه پرستاری و جایگاه اجتماعی پایین را از ابعاد وضعیت اجتماعی ضعیف بیان داشتند. همچنین عملکرد صدا و سیما را در به تصویر کشیدن چهره غلط از پرستاری و تبلیغات نادرست از خدمات پرستاری در جامعه، عامل به وجود آمدن تصویر غیر واقعی از پرستاری در جامعه بیان داشتند.

یکی از دانشجویان پسر در این زمینه گفت: "مثلا توی یکی از برنامه های تلویزیون پرستار را به مردی گذاشته بودن گول پیکر و سیبل کلفت به حالت مسخره که فقط می اومد آمپول می زد و می رفت؛ اونم چه آمپول زدنی مثلاً کاملاً خنده دار دیگه واقعاً این یعنی چی؟".

دانشجویی دختر در زمینه تبلیغات نادرست از پرستاری در جامعه می گفت: "شما فرض کنید یک نفر ثروتمنده می خواد از پدر سالمندش مراقبت کنه شما دیدید آگهی هایی که توی خیابون می زنن می نویسن به یک پرستار جهت نگهداری سالمند نیازمندیم؛ در حالی که اونمی که استخدام می کنه جهت این کار پرستار نیست دیپلم هم نداره به آدم بی سواده که فقط دنبال پول و کار می گرده. خوب

دانشجویی پسر در زمینه مشهود نبودن خدمات تخصصی پرستاری این چنین گفت: "توی سی سی یو و ای سی یو زندگی مریض دست پرستاره ولی کسی از این خبر نداره؛ مردم نمی دونن؛ مردم پرستاری را در حد یک سرم دادن می شناسن؛ همین باعث شده که ارزش رشته توی جامعه پایین بیاد".

دانشجویی پسر در مورد پایین بودن شان و منزلت رشته پرستاری گفت: "پرستاری توی ایران اون پرستیژ اجتماعی خودشو نداره؛ خیلی شأن و منزلت نداره؛ همین باعث شده که ارزش اجتماعی پرستاری کم بشه".

پیامد همه این موارد کاهش یافتن انگیزه دانشجویان برای یادگیری می باشد.

ب: بی صدایی پرستاری: تجارب دانشجویان مشخص کرد که پرستاران بالینی از قدرت لازم برای شخصیت بخشیدن به رشته پرستاری برخوردار نبوده و از جانب مسئولین بیمارستان و مسئولین وزارت بهداشت حمایت نمی شوند و از سوی دیگر این تجارب مشخص کرد که در شرایط کنونی پزشک سالاری در بیمارستان حکفرما می باشد و همه این موارد باعث بی انگیزگی دانشجویان پرستاری برای یادگیری مراقبت های پرستاری می گردد. یکی از پرستاران طرحی در این زمینه گفت: "یک مورد مهم اینه که ما توی بیمارستان قدرت نداریم؛ چون اجازه تصمیم گیری در بیشتر امور را نداریم؛ خوب وقتی دانشجو اینا را می شنوه یا حتی می بینه که پرستار از خودش اختیار چندانی نداره خواه ناخواه بی انگیزه و تلاشش کمتر می شه".

تجارب یکی از دانشجویان در زمینه پزشک سالاری بدین گونه بود: "بعد دیگه اینه که در بیمارستان پزشک خیلی بالاتر از پرستار می باشه؛ بیمار فقط از پزشک تشکر می کنه ولی داد و بیداد شو با پرستار؛ وقتی پزشک میاد ساکت می شه؛ هیچی نمی گه؛ در صورتی که منتظر ویزیت پزشکه

اگه پزشک نیاد؛ داد و فریاد می کنه سر پرستار؛ ولی به محض دیدن پزشک هیچی دیگه نمی گه و آخرش هم از دکتر تشکر می کنه؛ این دانشجویان را بی انگیزه می کنه؛ می بینه که پرستار کار می کنه ولی بیمار از پزشک تشکر می کنه".

دانشجویی در زمینه عدم حمایت پرستاران از سوی مدیریت پرستاری این گونه بیان کرده است: "یعنی توی بخش ها این حالت وجود داره که یک پرستار اگر یه حرفی یا انتقادی از پزشک داشته باشه، سریع محاکمش می کنند؛ ولی پزشک اگر به پرستار چیزی بگه سریع از کنارشون رد می شن و کسی از پرستار طرفداری نمی کنه و حمایت نمی کنه؛ به خاطر همین پرستاری همیشه توی بیمارستان مظلوم مونده؛ خوب منی که الان دانشجوییم با دیدن این صحنه بی انگیزه می شم؛ چون می بینم که آینده من هم همینطوره".

بحث:

این مطالعه نشان داد که ابعاد هویت حرفه ای مخدوش می تواند در فرآیند یادگیری دانشجویان پرستاری تأثیرگذار باشد. داشتن هویت حرفه ای مثبت می تواند اعتماد به نفس پرستاران را در ارائه مراقبت پرستاری با کیفیت افزایش دهد؛ در عوض هویت حرفه ای خدشه دار می تواند اعتماد به نفس و انگیزه دانشجویان پرستاری را برای مراقبت کاهش بدهد. کسب هویت حرفه ای در طی فرآیند اجتماعی شدن نیازمند افراد ارائه دهنده نقش مثبت (Role models) می باشد به طوری که دانشجویان بتوانند هویت مناسب را در طول فرآیند یادگیری خود کسب کنند. دانشجویان پرستاری در کلاس های نظری، پرستاری را به عنوان حرفه ای که مبتنی بر تئوری های پرستاری و فرآیند پرستاری بوده و مراقبت اختصاصی از بیماران به عمل می آورند یاد می گیرند. این تصویر در تضاد با

چیزی است که پرستاری را در عمل می بینند. علیرغم این که پرستاری در دیدگاه حرفه ای مزایای زیادی دارد، تصویر پرستاری در عمل باعث گنجی دانشجویان می گردد (۱۷). در همین راستا Hassandra و همکاران در مطالعه خودشان نشان دادند که شأن و منزلت اجتماعی پرستاری به عنوان یکی از عوامل موثر بر انگیزه دانشجویان می باشد (۲۵). Cho و همکاران نیز نشان دادند که دانشجویانی که هویت حرفه ای مثبتی دارند سطوح بالایی از رضایت شغلی را خواهند داشت. آن ها همچنین بیان داشتند که هویت حرفه ای مخدوش می تواند باعث فرسودگی شغلی، نارضایتی شغلی و انصراف از شغل گردد (۲۶).

نتایج مطالعه ما حاکی از بی حرمتی، پرخاشگری و رفتارهای تحقیرآمیز پرستاران بالینی، پزشکان و اساتید پرستاری با دانشجویان می باشد. بر اساس نظر Yalden & McCormack، احترام یک جزء مهم از شأن و منزلت می باشد. در عین حال بی احترامی می تواند پیامدهای فیزیولوژی، روان شناسی و رفتاری به همراه داشته باشد؛ به طوری که برخی سازمان ها دستورالعمل هایی را برای پیشگیری و محافظت از عوارض بی احترامی طراحی کرده اند (۲۷). ارتباطات بین فردی مریبان و پرستاران بالینی با دانشجویان، نقش مهمی در شکل گیری هویت فردی و حرفه ای دانشجویان دارد؛ لذا مدیریت کردن این روابط خیلی با اهمیت است (۲۸). ارتباطات منفی و خشونت های رفتاری و کلامی مریبان و پرستاران بالینی با دانشجویان به همراه محیط های بالینی پویا از عوامل اصلی ایجاد استرس در دانشجویان بوده که باعث ایجاد احساس ناکارآمدی و بی صلاحیتی در دانشجویان می گردد و پیامد آن تأثیرات منفی بر شکل گیری و توسعه هویت حرفه ای دانشجویان و به تأخیر افتادن یادگیری در دانشجویان (۳۰، ۲۹، ۹)، افزایش

خطاهای پرستاری، اختلال در برقراری ارتباط، نارضایتی پرسنل و بیماران می باشد (۳۱، ۳۲). Roxburgh و همکاران گزارش نموده اند که دانشجویان پرستاری برای یادگیری در کلاس درس و محیط بالینی بایستی احساس توانمندی در خود را داشته باشند و این احساس در محیطی شکل گیرد که دانشجو در آن احساس تعلق داشته و شاهد بروز رفتارهای مراقبتی مثبت توسط پرستاران، مریبان و دیگر کارکنان مراقبتی بهداشتی باشد (۳۳). همچنین Prato و همکاران بیان داشتند که یادگیری دانشجو محور و محیط های حمایتی می توانند استرس های محیط کار را کم کرده و اجتماعی شدن حرفه ای مثبت را تسریع ببخشند (۳۰). نتایج مطالعه Levett-Jones و همکاران نیز نشان داد که پذیرش و ارتباط مبتنی بر احترام پرستاران بالینی و اعضای هیات علمی با دانشجویان، باعث شکل گیری احساس تعلق پذیری در دانشجویان و به وجود آمدن محیطی شاداب شده که به نوبه خود باعث کسب تجارب یادگیری بیشتر، اعتماد به نفس، خودکارآمدی، انگیزش و حرفه ای شدن آن ها می گردد (۳۴).

مشارکت کنندگان در این مطالعه از این که برخی از اعضای هیات علمی و پرستاران بالین، مدل های خوبی نیستند که بتوانند احترام برای شأن و منزلت انسانی فراهم بیاورند، دچار یأس و ناامیدی شده بودند که مطابق با نتایج مطالعه Prato می باشد (۹). این رفتارهای غیراخلاقی مریبان و پرستاران بالینی و حتی پزشکان این سوال را می تواند مطرح کند که در چنین شرایطی در محیط های بالینی از دانشجویان آیا انتظار می رود که رفتارها و ارزش های حرفه ای مثبت را از برنامه های درسی پنهان یاد بگیرند؟ لذا یک اصلاح اساسی در رفتارهای افراد ارائه دهنده ایفای نقش لازم است که در محیط های بالینی به عمل آید.

منجر به احساس پستی حرفه ای (Professional inferiority) می شود (۴۰).

وضعیت اجتماعی ضعیف پرستاران یکی دیگر از ابعاد هویت حرفه ای خدشه دار بود. از آنجایی که مردم ایران تصویر ضعیف و غلطی از پرستاری دارند، دانشجویان پرستاری سطوح پایینی از اعتماد به نفس را تجربه می کنند (۴۱). آن ها همچنین احساس ناامیدی، ناکامی و گنجی در مورد تصویر از خود و هویت اجتماعی پیدا می کنند (۴۲)؛ که به تبع آن همه این موارد در یادگیری مراقبت پرستاری تأثیرات منفی خواهد داشت. مطالعات دیگر نشان دادند که تصویر پرستاران در رسانه ها، حاکی از تصویر درک شده حرفه پرستاری در جامعه می باشد که در اکثر اوقات این تصویر انعکاس دهنده تصویر واقعی حرفه پرستاری در جامعه نبوده است؛ به طوری که افراد جامعه از دانش محور بودن حرفه پرستاری و مستقل بودن حرفه پرستاری آگاهی نداشته اند. همچنین در این مطالعات بیشتر مردم فکر می کردند پرستاران زیردست پزشکان می باشند (۴۳، ۴۴). بیشتر پزشکان در ایران این نگرش را دارند که پرستاران فقط اجرا کننده دستورات و کمک کننده هستند و به آن ها به عنوان متخصصین در علم مراقبت نگاه نمی کنند (۴۲)؛ لذا نگرش منفی افراد جامعه نسبت به رشته پرستاری و تصویرسازی نادرست از این رشته در جامعه از عوامل مهم کاهش انگیزه دانشجویان پرستاری و سرخوردگی آن ها می باشد و به دنبال آن کاهش انگیزه بر کیفیت تحصیلی و یادگیری دانشجویان تأثیرات نامطلوبی بر جای می گذارد (۴۵).

همچنین Ten Hoeve و همکاران بیان داشتند که ماهیت پرستاری همیشه واضح و شفاف نبوده و پرستاران همچنان از گفتارهای کلیشه ای درباره پرستاری در رنج و عذاب هستند. این گفتارهای کلیشه ای (Public stereotypes) می تواند در سیستم های مراقبت بهداشتی یک محیط طاقت فرسا و مضطرب را به وجود آورد (۱۴)؛ لذا در چنین محیط هایی یادگیری به خوبی رخ نخواهد داد. بنابراین پرستاران و دانشجویان پرستاری

در این مطالعه پرستاران بالینی از فقدان تقدیر و تشکر از آن ها شاکی بودند. در حالی که اولین قدم برای مشارکت خوب، تشخیص و احترام گذاشتن به نقش های دیگران می باشد (۳۵). مطالعات نشان دادند که پرستارانی که مورد پذیرش واقع نشده اند و از آن ها تقدیر و تشکر به عمل نیامده است افسردگی و اعتماد به نفس پایین تری را تجربه می کنند؛ استرس، اضطراب و نارضایتی آن ها افزایش می یابد و احساس شادمانی و خوب بودن در آن ها کاهش پیدا می کند (۳۶، ۳۷). همچنین یک مطالعه کیفی در تانزانیا با عنوان تجارب پرستاران از استرس های محل کار و مشکلات اخلاقی در بخش های مختلف مراقبتی نشان داد که پرستاران از کمبود احترام و فقدان تقدیر و تشکر از آن ها در محل کار، در رنج و عذاب هستند (۳۸). قدردانی و تشکر از ارزش نقش یک نفر در کارهای تیمی و مراقبتی جزء نیازهای پایه یک انسان بوده و برای توسعه و پیشرفت فردی و حرفه ای لازم می باشد. تشخیص و احترام به ارزش نقش پرستاران یکی از فاکتورهای حمایتی و استاندارد در محیط های کاری بهداشتی درمانی می باشد. تجربه فراموش کردن ارزش نقش پرستاران، از یک طرف نشان دهنده ارزش دهی به درمان پزشکی و فراموش کردن ارزش مراقبت پرستاری بوده و از سوی دیگر نشان دهنده این می باشد که پرستاران یک تصویر با ارزشی از خودشان در چشم دیگران پیدا نکرده اند. همین امر باعث می شود که پرستاران خودشان را برابر با شغل شان در نظر بگیرند که به دنبال آن، آن ها ارزش مراقبت های پرستاری را فراموش می نمایند (۳۹).

تبعیض از دیگر ابعاد پایمال شدن منزلت فردی و حرفه ای در مطالعه حاضر بود. اعتقاد بر این است که ارزش های پرستاری در حیطه مراقبت، به ندرت تشخیص داده می شوند؛ زیرا ارزش های پزشکی و مدل های پزشکی به عنوان وضعیت مناسب و برتر شناسایی شده اند. به همین خاطر هویت حرفه ای پرستاری تحت الشعاع پزشکی قرار گرفته است. به علاوه پرستاری همیشه با پزشکی مقایسه شده که همین امر

این گروه از دانشجویان هم شرکت داده شوند. همچنین این مطالعه تنها بر دیدگاه های دانشجویان پرستاری در زمینه و فرهنگ ایران تمرکز داشت؛ بنابراین لازم است که مطالعات بیشتری در زمینه ها و فرهنگ های مختلف به منظور مستند کردن و پیگیری نتایج مطالعه اخیر، همچنین افزایش دانش ما در ارتباط با جنبه های مختلف هویت حرفه ای دانشجویان پرستاری انجام گیرد.

نتیجه گیری:

در مطالعه حاضر از تحلیل مصاحبه ها یک الگو با عنوان هویت حرفه ای خدشه دار به دست آمد که این الگو شامل دو طبقه پایمال شدن شأن و منزلت فردی- اجتماعی و بی صدایی پرستاران بود؛ لذا بر اساس نتایج مطالعه حاضر به منظور کسب و توسعه هویت حرفه ای توسط دانشجویان پرستاری، لازم است که آن ها مورد احترام واقع شده، جایگاه اجتماعی آن ها در بیمارستان و جامعه بهبود پیدا کند و استقلال حرفه ای پرستاری حفظ گردد که در این شرایط انگیزه آن ها برای یادگیری افزایش پیدا می کند.

کاربرد یافته های پژوهش در بالین:

آگاهی از تأثیرات هویت حرفه ای بر فرآیند یادگیری می تواند به مربیان و مدیران آموزشی کمک کند تا استراتژی هایی را برای تقویت و توسعه هویت حرفه ای مثبت در دانشجویان پرستاری و به دنبال آن ارتقاء یادگیری آن ها به کار بگیرند. همچنین با توجه به کمبود نیروی پرستاری اخیر، شکل گیری هویت حرفه ای مثبت در دانشجویان پرستاری می تواند به ماندگار شدن دانشجویان در این رشته و جلوگیری از خروج آن ها از کشور کمک کند و باعث ورود بیشتر دانشجویان به این رشته گردد.

بایستی برای بهبود تصویر منفی نسبت به حرفه، کارهای مراقبتی را با کیفیت بالا انجام دهند و آگاهی جامعه را درباره نقش های متعدد خود و موقعیت های پیشرفته پرستاری افزایش دهند و برای این که بهتر دیده شوند می توانند از طریق رسانه ها قدرت خودشان را در معرض نمایش قرار دهند (۴۶). همچنین نگه داشتن تصویر پرستاری مثبت باعث افزایش انگیزه دانشجویان برای یادگیری، افزایش رضایت شغلی، ماندگار شدن آن ها در این حرفه و به وجود آمدن محیط مراقبتی مثبت از بیماران می شود. این نگرش می تواند از طریق تجارب مستقیم و یادگیری شناختی شکل بگیرد (۴۷، ۴۸).

بی صدایی پرستاری از دیگر ابعاد هویت حرفه ای خدشه دار بود که در این مطالعه مشخص گردید. مطالعات نشان داده اند که اکثریت دانشجویان پرستاری، به علت بی قدرتی پرستاری در بیمارستان، مشارکت نکردن در امور مدیریتی بیمارستان، وابسته بودن پرستاران به پزشکان، بی سواد بودن پرستاران و حقوق کم پرستاران، پرستاری را به عنوان یک حرفه در نظر نگرفته اند (۴۹، ۵۰). در سیستم بهداشتی درمانی در ایران، توزیع قدرت نامتناسب بوده و در اختیار پزشکان قرار دارد که این انحصار قدرت، در دست گروهی خاص، باعث گردیده که عده کثیری از پرسنل به ویژه پرستاران احساس ناتوانی کرده و کیفیت عملکرد آن ها کاهش پیدا کند. در همین راستا مطالعه Aiken و همکارش Sloane نشان داد که چگونه پزشک سالاری و ایده زیر دست پزشکان بودن، بر استقلال، درک از خود، رضایت شغلی و هویت حرفه ای پرستاران تأثیر گذاشته و باعث کاهش کیفیت مراقبت از بیماران گشته است (۵۱).

از محدودیت های این مطالعه این بود که فقط دانشجویان لیسانس پرستاری شرکت داشتند و از دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی مصاحبه صورت نگرفته بود؛ لذا پیشنهاد می شود که در تحقیقات بعدی

تشکر و قدردانی:

رسیده است و توسط دانشگاه مورد حمایت مالی قرار گرفته است که بدین وسیله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه و نیز مشارکت دانشجویان در به ثمر رسیدن این مطالعه تشکر و قدردانی می شود.

این مطالعه بخشی از پایان نامه دکتری تخصصی با عنوان تبیین تجارب فرآیند یادگیری دانشجویان پرستاری و طراحی مدل تجویزی می باشد که با کد ۵۲/۱۱۲۲۳۴ در دانشگاه تربیت مدرس به تصویب

منابع:

1. Gregg MF, Magilvy JK. Professional identity of Japanese nurses: bonding into nursing. *Nursing & Health Sciences*. 2001; 3(1): 47-55.
2. Hensel D, Middleton MJ, Engs RC. A cross-sectional study of drinking patterns, prelicensure nursing education, and professional identity formation. *Nurse Education Today*. 2014; 34(5): 719-23.
3. Pearcey P, Draper P. Exploring clinical nursing experiences: listening to student nurses. *Nurse Education Today*. 2008; 28(5): 595-601.
4. Slay HS, Smith DA. Professional identity construction :using narrative to understand the negotiation of professional and stigmatized cultural identities. *Human Relation*. 2011; 64(1): 85-107.
5. Ohlen J, Segesten K. The professional identity of the nurse: concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing*. 1998; 28(4): 720-7.
6. Price SL. Becoming a nurse: a meta-study of early professional socialization and career choice in nursing. *Journal of advanced nursing*. 2009; 65(1): 11-9.
7. Vaismoradi M, Salsali M, Ahmadi F. Perspectives of Iranian male nursing students regarding the role of nursing education in developing a professional identity: a content analysis study. *Japan Journal of Nursing Science*. 2011; 8(2): 174-83.
8. Cook TH, Gilmer MJ, Bess CJ. Beginning students' definitions of nursing: an inductive framework of professional identity. *The Journal of Nursing Education*. 2003; 42(7): 311-7.
9. Del Prato D. Students' voices: the lived experience of faculty incivility as a barrier to professional formation in associate degree nursing education. *Nurse Education Today*. 2013; 33(3): 286-90.
10. Nursing NLF. Outcomes for graduates of practical/vocational, diploma, associate degree, baccalaureate, master's, practice doctorate, and research doctorate programs in nursing. New York; 2010.
11. Jordan ET, Van Zandt SE, Wright E. Doula care: nursing students gain additional skills to define their professional practice. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*. 2008; 24(2): 118-21.
12. Day RA, Field PA, Campbell IE, Reutter L. Students' evolving beliefs about nursing: from entry to graduation in a four-year baccalaureate programme. 1995. *Nurse Education Today*. 2005; 25(8): 636-43.
13. Ravari A, Bazargan-Hejazi S, Ebadi A, Mirzaei T, Oshvandi K. Work values and job satisfaction: a qualitative study of Iranian nurses. *Nursing Ethics*. 2013; 20(4): 448-58.
14. Hoeve YT, Jansen G, Roodbol P. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*. 2013.
15. Thupayagale-Tshweneagae G, Dithole K. Unity among nurses: an evasive concept. *Nursing Forum*. 2007; 42(3): 143-6.
16. Solum EM, Maluwa VM, Severinsson E. Ethical problems in practice as experienced by Malawian student nurses. *Nursing Ethics*. 2012; 19(1): 128-38.
17. Yazdannik A, Yekta ZP, Soltani A. Nursing professional identity: an infant or one with Alzheimer. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2012; 17(2 Suppl 1): S178-86.

18. Adams K, Hean S, Sturgis P, Macleod Clark J. Investigating the factors influencing professional identity of first-year health and social care students. *Learning in Health and Social Care*. 2006; 5(2): 55-68.
19. Weis D, Schank MJ. Development and psychometric evaluation of the Nurses Professional Values Scale--Revised. *Journal of Nursing Measurement*. 2009; 17(3): 221-31.
20. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 3th, Ed. Philadelphia: Lippincott; 2003.
21. Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury, Park CA: Sage Pub; 1998.
22. Green J, Thorogood N. *Qualitative methods for health research*. 1st Ed. London: SAGE Pub; 2004.
23. Morse JM, Field PA. *Nursing Research: The application of qualitative approaches*. Cheltenham, UK: Nelson Thornes Pub; 1995.
24. Gbrich C. *Qualitative Data Analysis: An Introduction*. 1st Ed. London: SAGE Pub; 2007.
25. Hassandra M, Goudas M, Chroni S. Examining factors associated with intrinsic motivation in physical education: a qualitative approach. *Psychology of Sport and Exercise*. 2003; 4(3): 211-23.
26. Cho SH, Jung SY, Jang S. Who enters nursing schools and why do they choose nursing? A comparison with female non-nursing students using longitudinal data. *Nurse Education Today*. 2010; 30(2): 180-6.
27. Yalden JB, McCormack B. Construction of dignity: apre-requisite for flourishing in the workplace? *International Journal of Older People Nursing*. 2010; 5(2): 137-47.
28. Suikkala A, Leino-Kilpi H, Katajisto J. Factors related to the nursing student-patient relationship: the patients' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009; 23(4): 625-34.
29. Levett-Jones T, Lathlean J, Higgins I, McMillan M. Staff-student relationships and their impact on nursing students' belongingness and learning. *Journal of Advanced Nursing*. 2009; 65(2): 316-24.
30. Del Prato D, Bankert E, Grust P, Joseph J. Transforming nursing education: a review of stressors and strategies that support students' professional socialization. *Advances in Medical Education and Practice*. 2011; 2: 109-16.
31. Anthony M, Yastik J. Nursing students' experiences with incivility in clinical education. *The Journal of Nursing Education*. 2011; 50(3): 140-4.
32. Stanley KM, Martin MM, Nemeth LS, Michel Y, Welton JM. Examining lateral violence in the nursing workforce. *Issues in Mental Health Nursing*. 2007; 28(11): 1247-65.
33. Roxburgh M, Conlon M, Banks D. Evaluating Hub and Spoke models of practice learning in Scotland, UK: a multiple case study approach. *Nurse Education Today*. 2012; 32(7): 782-9.
34. Levett-Jones T, Lathlean J, Higgins I, McMillan M. The duration of clinical placements: a key influence on nursing students' experience of belongingness. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2009; 26(2): 8-16.
35. Yildirimi A, Ates M, Akinci F. Physician-nurse attitude toward collaboration in Istanbul public hospitals. *International Journal of Nursing Studies*. 2005; 42(4): 429-37.
36. Levett-Jones T, Lathlean J. Belongingness: a prerequisite for nursing students' clinical learning. *Nurse Education in Practice*. 2008; 8(2): 103-11.
37. Sargent J, Williams R, Hagerty B, Lynch-Sauer J, Hoyle K. Sense of belonging as a buffer against depressive symptoms. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2002; 8(4): 120-9.
38. Haggstrom E, Mbusa E, Wadensten B. Nurses' workplace distress and ethical dilemmas in Tanzanian health care. *Nursing Ethics*. 2008; 15(4): 478-91.
39. Khademi M, Mohammadi E, Vanaki Z. Nurses' experiences of violation of their dignity. *Nursing Ethics*. 2012; 19(3): 328-40.
40. Roberts SJ. Development of a positive professional identity: liberating oneself from the oppressor within. *ANS Advances in Nursing Science*. 2000; 22(4): 71-82.
41. Adib Hajbaghery M, Salsali M. A model for empowerment of nursing in Iran. *BMC Health Services Research*. 2005; 5(1): 24.

42. Nikbakht Nasrabadi A, Emami A, Yekta ZP. Nursing experience in Iran. *International Journal of Nursing Practice*. 2003; 9(2):78-85.
43. Dominiak MC. The concept of branding: is it relevant to nursing? *Nursing science quarterly*. 2004; 17(4): 295-300
44. Fletcher K. Image: changing how women nurses think about themselves. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 58(3): 207-15.
45. Saberian M. [Survey the comparison of attitude of nursing students and their parents residents in city about nursing. *Quarterly of Iran journal of nursing*. 1998; 5(18): 17-21.
46. LFK, MJPS. Nurses' visibility according to the perceptions of the communication professionals. *Rev latinoam Enfermagem* 2007; 15(2): 191-8.
47. Heung YY, Wong KY, Kwong WY, To SS, Wong HC. Severe acute respiratory syndrome outbreak promotes a strong sense of professional identity among nursing students. *Nurse Education Today*. 2005; 25(2): 112-8.
48. Rodgers V, Gilmour J. Shaping student nurses' attitudes towards older people through learning and experience. *Nursing Praxis in New Zealand*. 2011; 27(3): 13-20.
49. Takase M, Kershaw E, Burt L. Nurse-environment misfit and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 35(6): 819-26.
50. Tang KC, Duffield C, Chen XC, Choucair S, Creegan R, Mak C, et al. Nursing as a career choice: perceptions of school students speaking Arabic, Serbo-Croatian, Spanish, Turkish or Vietnamese at home. *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association*. 1999; 22(1): 107-21.
51. Aiken LH, Sloane DM. Effects of specialization and client differentiation on the status of nurses: the case of AIDS. *Journal of Health and Social Behavior*. 1997; 38(3): 203-22.

Damaged professional identity as a barrier to Iranian nursing students' clinical learning: a qualitative study

Baraz-Pordanjani SH, Memarian R*, Vanaki Z

Nursing Dept., Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, I.R. Iran.

Received: 13/April/2014 Accepted: 15/June/2014

Background and aims: Damaged nurses' professional identity is caused dissatisfaction for nursing students in learning environment. Then, their behavioral disorders will be weak clinic care function, motivation decrease, a little attempting for learning in nursing care and a low pleasure in learning environment. The aim of this study was to explore the effects of professional identity on nursing students' clinical learning.

Methods: In this analytic-descriptive study, a purposive sample of 25 nursing students was selected from the Faculty of Nursing and Midwifery of Tehran and Shahid Beheshti Universities. Data were collected using the semi-structured interview method. Study data were analyzed by employing the conventional qualitative content analysis approach.

Results: The current findings fell into one main theme entitled damaged professional identity. This theme consisted of two categories: 'trampled individual and social status' and 'nurses' inability to make their voices heard'.

Conclusion: Nursing educators and managers can use the study findings to develop strategies for promoting students professional identity and clinical learning using damaged professional identity model.

Keywords: Social Identity, Care function, Nursing students, Learning, Individual and social status.

Cite this article as: Baraz-Pordanjani SH, Memarian R, Vanaki Z. Damaged professional identity as a barrier to Iranian nursing students' clinical learning: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2014; 3(3): 1-15.

***Corresponding author:**

Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, I.R. Iran. Tel: 00989166066849, E-mail: memari_r@modares.ac.ir