

## تحلیل سیاست‌گذاری نظام مراقبت سلامت ایران در رابطه با حرفه پرستاری

شهرام یزدانی<sup>۱</sup>، ملاحت نیک‌روان مفرد<sup>۲</sup>، سلیمان احمدی<sup>۱</sup>، منصوره زاغری تفرشی<sup>۳</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** مطالعه حاضر بخشی از یافته‌های یک تحلیل محتوای کیفی تماتیک در تلاش جهت تبیین نقش و جایگاه پرستاری از دیدگاه مدیران نظام مراقبت سلامت ایران بود که در آن یکی از درون‌مایه‌های استخراج شده با عنوان «سیاست‌گذاری نامناسب نظام مراقبت سلامت» بررسی شد. نتایج پژوهش بخشی از تلاش برای توسعه مدل آموزش پرستاری بر اساس تبیین نقش و جایگاه پرستاری در نظام مراقبت سلامت ایران می‌باشد.

**روش:** در این پژوهش از روش تحلیل محتوای کیفی تماتیک استفاده گردید. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۶ نفر از مدیران و خبرگان نظام مراقبت سلامت به عنوان مشارکت‌کننده انتخاب شدند و جهت جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه ساختار یافته مورد استفاده قرار گرفت.

**یافته‌ها:** در رابطه با درون‌مایه «سیاست‌گذاری نامناسب نظام مراقبت سلامت در رابطه با حرفه پرستاری»، در مجموع ۵ طبقه و ۱۴ زیرطبقه استخراج گردید.

**نتیجه‌گیری:** سیستم مراقبت سلامت ایران شاهد تغییرات عمیقی در دهه اخیر بوده است. با وجود این پیشرفت، سیستم در حال حاضر با چالش‌های زیادی در یکی از زیرسیستم‌های مهم آن، یعنی پرستاری مواجه می‌باشد. سیاست‌گذاری نظام مراقبت سلامت ایران در رابطه با حرفه پرستاری نامناسب است و به نظر می‌رسد عواملی مانند نبود گفت‌وگو متقابل بین پرستاری با سایر نهادهای نظام مراقبت سلامت، عدم تمایل این نهادها به شناخت پرستاری و عدم دخالت پرستار در سیاست‌گذاری‌های مرتبط با رشته به دلیل تعارض منافع نیز در آن دخیل باشد. نامشخص بودن گستره مراقبت‌های پرستاری در عرصه خدمات، تربیت رشته‌های موازی با پرستاری، عدم تمایز در ارائه خدمات در درون رشته پرستاری، عدم تطابق ارائه خدمات با پرداخت دستمزد پرستار، کم‌توجهی نظام مراقبت سلامت به اهمیت خدمات پرستاری و در اولویت دوم قرار گرفتن مسؤلیت‌های حرفه‌ای پرستاری در مقابل مسؤلیت‌های غیر مرتبط مانند اعتباربخشی، از نتایج تحلیل حاضر بود.

**کلیدواژه‌ها:** سیاست‌گذاری مراقبت سلامت، نظام مراقبت سلامت، حرفه پرستاری

**ارجاع:** یزدانی شهرام، نیک‌روان مفرد ملاحت، احمدی سلیمان، زاغری تفرشی منصوره. تحلیل سیاست‌گذاری نظام مراقبت سلامت ایران در رابطه با حرفه پرستاری. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۵؛ ۵ (۲): ۲۲۰-۲۱۱.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۲

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۱۰

۱- دانشیار، گروه آموزش پزشکی، دانشکده آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
 ۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
 ۳- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
**نویسنده مسؤول:** ملاحت نیک‌روان مفرد

Email: [m.nikravan@sbmu.ac.ir](mailto:m.nikravan@sbmu.ac.ir)

## مقدمه

عواملی همچون چالش‌های مرتبط با کمبود پرستار، مشکلات محیط کار، هزینه‌ها و نحوه دسترسی به مراقبت، فاصله بین آموزش و عملکرد و تغییر در وضعیت دموگرافیک جامعه، باعث ایجاد نقطه‌ای بحرانی در حرفه پرستاری به ویژه در راستای تغییر در پیامدهای مراقبت‌های بهداشتی شده است. هر یک از چالش‌های مذکور، نیاز به درجاتی از تغییر در عملکرد پرستاری را ایجاد می‌کند و در کنار هم، نیاز به دگرسازی عمده در پرستاری را توجیه می‌نماید. در ظاهر هرچه به سمت آینده پیش برویم، ارایه خدمات پرستاری نیز از بیمارستان به سایر زمینه‌های مراقبتی منتقل خواهد شد و شاید نقش پرستاران در آینده با نقش‌های سنتی فعلی متفاوت خواهد بود (۱).

وقتی زمینه مراقبت بهداشتی در نتیجه پیشرفت تکنولوژی، انفجار دانش، کاهش مدت اقامت در بیمارستان و تأکید روی عملکرد مبتنی بر شواهد دستخوش تغییر شود، فاصله بین آموزش و عملکرد بالینی نیز به نظر بزرگ‌تر جلوه می‌کند و یکی از دلایل آن می‌تواند ناتوانی در افتراق بین سطوح عملکرد پرستاری باشد. مسأله استفاده از کارکنان غیر پرستار برای مراقبت از بیمار نیز با توجه به افزایش جمعیت و کمبود پرستار کارشناس، مشکلی نیست که در آینده محو شود (۲).

بحث پیرامون آینده عملکرد پرستاری باید در زمینه تغییرات وسیعی که در مراقبت‌های بهداشتی ایجاد شده است، در نظر گرفته شود. در دهه گذشته مراقبت بهداشتی تغییرات قابل توجهی را در رابطه با تکنولوژی، ارایه خدمات، افزایش سن جمعیت، نیاز به اداره بیماری‌های مزمن، افزایش تقاضای مراقبت و افزایش آگاهی افراد در رابطه با مراقبت‌های با کیفیت بالا و مراقبت مقرون به صرفه تجربه کرده است. این موارد باعث شده است که سیستم‌های بهداشتی دنیا به فکر ایجاد فرصت‌هایی برای ایجاد اصلاحات در خود و ارایه خدمات بیفتند. ایجاد یک تغییر موفق، نیازمند تغییر در سیستم‌های سازمانی ارایه دهنده خدمات بهداشتی و به ویژه حرفه پرستاری است؛ چرا که پرستاران بزرگ‌ترین گروه ارایه دهنده خدمات بهداشتی را تشکیل می‌دهند (۱).

قانون جامع مراقبت‌های بهداشتی در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۱۰ تصویب گردید که تغییرات چشمگیری در برنامه‌های بهداشتی داشت. قابل توجه است که در میان این تغییرات وسیع، حرفه پرستاری با چالش‌های بزرگی روبه‌رو بود که روی پاسخ آن‌ها به این دگرسازی تأثیر می‌گذاشت. مهم‌ترین این چالش‌ها شامل کمبود پرستار، مسایل مربوط به محیط کار، فاصله بین آموزش و عملکرد، روشن نبودن نقش عملکردی پرستار و تغییر در وضعیت دموگرافیک جمعیت بود. هرچند این مسایل چالش جدیدی در پرستاری نیست، اما توجه به این مسأله حیاتی است که اثرات جمعی آن‌ها با هم می‌تواند چه تأثیری بر آینده عملکرد حرفه پرستاری بگذارد (۳).

سیاست‌های مراقبت بهداشتی در هر کشوری، تابع ایدئولوژی حاکم بر آن است. مواردی مانند کمک به افراد برای حفظ مؤثر سلامتی خود و حمایت از آن‌ها برای اداره خود در بیماری‌های مزمن، یکسان‌سازی ساختار مراقبتی در کلیه مراکز درمانی استان‌های کشور، توجه به کیفیت مراقبت بهداشتی و ایمنی بیمار، نوشتن نظام‌نامه متخصصان به ویژه پرستاران در رابطه با ارایه مراقبت بهداشتی، تعیین اولویت‌ها (به عنوان مثال توسعه ایمنی و کیفیت مراقبت، جلوگیری از افت و انحطاط ارایه خدمات مراقبتی و توجه به مسؤولیت‌های مشترک پرستار و سایر اعضای تیم مراقبت)، حفظ تعادل بین عرضه و تقاضای مراقبت بهداشتی همچون توجه به زمان انتظار (برای مراقبت‌های اولیه و ثانویه هر دو)، الگوهای آینده برای مراقبان تخصصی و عمومی، بررسی نیاز به افزایش تخصص‌های پرستاری، بررسی مسایل اخلاقی جدید، طراحی سیستم‌های مؤثر تشویقی و تداوم تلاش‌ها برای پیشرفت تصمیمات مبتنی بر شواهد در دورنمای آینده خدمات، می‌تواند بخشی از سیاست‌های بهداشتی باشد (۳-۵، ۱).

در رابطه با جایگاه پرستار، بیمارستان‌ها رایج‌ترین محل در زمینه کاری پرستاران می‌باشند. اغلب بیمارستان‌ها هنوز دارای ساخت سازمانی هرمی هستند که باعث می‌شود محیط کار پرستاری تحت کنترل افراد غیر پرستار باشد. این وضعیت باعث ایجاد موانع سیستماتیک می‌شود که از عملکرد بهینه پرستار جلوگیری می‌نماید. بررسی‌ها این موانع سیستماتیک را

به عنوان موانع روتین و شایعی عنوان می‌کنند (۶). طی ۲۰ سال گذشته، محیط کاری در پاسخ به فشارهای اقتصادی و خدماتی تغییر پیدا کرده است. در عین حال، بعضی از این تغییرات اثرات غیر قابل انکاری روی کار پرستاران در بیمارستان و استفاده از وقت و مهارت‌های آنان گذاشته است. از یک طرف، پرستاران اغلب به کارهایی گمارده می‌شوند که کارکنان با صلاحیت پایین‌تر نیز قادر به انجام آن هستند و از طرف دیگر، از مهارت و تجارب سطح بالای آن‌ها استفاده نمی‌شود. این ناکارآمدی در استفاده از وقت و مهارت‌های پرستاران نیز می‌تواند تأثیر منفی روی پیامدهای مراقبت از بیمار بگذارد (۷).

### روش

مطالعه حاضر بخشی از یافته‌های یک تحلیل محتوای کیفی تماتیک در تلاش برای تبیین نقش و جایگاه پرستاری از دیدگاه مدیران نظام مراقبت سلامت ایران بود که در آن طی ۱۰ مرحله نسبت به جمع‌آوری اطلاعات از مشارکت کنندگان در پژوهش اقدام گردید. حاصل این تحلیل، ۸ درون‌مایه و یکی از آن‌ها «سیاست‌گذاری نامناسب نظام مراقبت سلامت» بود که در این مطالعه به آن پرداخته شد. یافته‌های پژوهش حاضر بخشی از تلاش برای توسعه مدل آموزش پرستاری بر اساس تبیین نقش و جایگاه پرستاری در نظام مراقبت سلامت ایران بود.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۶ نفر از مدیران و خبرگان نظام مراقبت سلامت به عنوان مشارکت کننده انتخاب شدند که به لحاظ ضرورت محرمانه ماندن اسامی آن‌ها، پژوهشگر از ذکر مسئولیت‌های اجرایی این افراد معذور است. مصاحبه‌ها همگی با گرفتن وقت قبلی از مشارکت کنندگان و در محیط کار این افراد صورت گرفت. جهت جمع‌آوری اطلاعات از مشارکت کنندگان، از مصاحبه ساختار یافته استفاده گردید. پیش از شروع مصاحبه، ابتدا مرور کوتاهی بر نتایج مربوط به مطالعه تطبیقی نقش و جایگاه پرستاری در نظام‌های سلامت منتخب جهان و ایران (که پیش‌تر توسط پژوهشگر صورت

گرفته بود) در اختیار مشارکت کنندگان قرار داده شد و پس از کسب اجازه برای ضبط مصاحبه، سوالات به ترتیب مطرح گردید. مدت زمان مصاحبه‌ها به طور متوسط ۶۵/۸۳ دقیقه با انحراف معیار ۱۶/۳۵ دقیقه بود. لازم به ذکر است که درون‌مایه «سیاست‌گذاری نامناسب نظام سلامت در رابطه با حرفه پرستاری» برگرفته از پاسخ مشارکت کنندگان به دو سؤال زیر بود:

- ۱- چه مشکلی برای ارایه نقش‌ها و تصدی جایگاه‌های مطرح پرستاری در ایران وجود دارد؟
- ۲- چرا از پرستاران در این نقش‌ها و جایگاه‌ها در ایران استفاده نمی‌شود؟

به منظور تعیین صحت و استحکام یافته‌ها و جهت افزایش اعتبار، درگیری مداوم با موضوع و داده‌های پژوهش وجود داشت. از نظرات اصلاحی استادان در ارتباط با روند انجام مصاحبه‌ها، تحلیل آن‌ها و داده‌های استخراج شده استفاده گردید. متن مصاحبه‌ها و کدهای استخراج شده و همچنین، زیرطبقات با مشارکت کنندگان در میان گذاشته شد و از نظرات آنان استفاده گردید. همچنین، از تلفیق در روش جمع‌آوری داده‌ها (مصاحبه ساختار یافته، پرسش‌نامه و یادداشت عرصه) و تلفیق مکانی (دفتر کار مصاحبه شونده‌گان) استفاده شد. در انتخاب نمونه تنوع لازم در نظر گرفته شد؛ به طوری که مدیران و سیاست‌گذاران نظام مراقبت سلامت از پزشک و پرستار، دارای سوابق کاری و مسؤولیت‌های مختلف انتخاب شدند (۸-۱۰). به منظور افزایش قابلیت اعتماد در پژوهش حاضر نیز از تلفیق در روش جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید. همچنین، از یک ناظر خارجی نیز جهت بررسی داده‌ها استفاده شد که در مورد فرایند کار و یافته‌ها توافق وجود داشت (۹، ۸). تأییدپذیری زمانی تحقق می‌یابد که سایر پژوهشگران بتوانند به روشنی مسیر پژوهش و اقدامات صورت گرفته توسط پژوهشگر را دنبال کنند (۱۱). بنابراین، در پژوهش حاضر کلیه فعالیت‌های صورت گرفته شامل فرایند انجام کار و چگونگی یافته‌های به دست آمده به دقت ثبت شد و گزارش مبسوطی از فرایند پژوهش ارایه گردید. همچنین، یافته‌های کسب شده در پژوهش حاضر با ۲ عضو

هیأت علمی خارج از پژوهش در میان گذاشته شد که مورد تأیید آنان قرار گرفت (۸).

### یافته‌ها

درون‌مایه «سیاست‌گذاری نامناسب نظام مراقبت سلامت در رابطه با حرفه پرستاری» در برگزیده ۵ طبقه و ۱۴ زیرطبقه بود.

### اختلال در کارکردهای اساسی نظام مراقبت

**سلامت:** یکی از مشکلات موجود در نظام مراقبت سلامت، عدم توجه به نیازسنجی ارایه خدمات بهداشتی و تربیت دانشجوی در رابطه با آن است. به عبارت دیگر، باید پیش از تصمیم به تربیت دانشجو، ابتدا نیازسنجی صورت گیرد. در همین رابطه باید بررسی گردد که تا چه میزان نیاز به تربیت پرستار در رده‌ها و تخصص‌های مختلف وجود دارد. «به نظر من می‌رسد که باید اول از همه نیازسنجی واقعی بشه، در واقع تربیت دانشجو باید بر اساس نیاز نظام سلامت باشه» (مشارکت کننده ۴).

نگاه غالب وزارت بهداشت و درمان به پرستاری و عدم دخالت پرستاران در سیاست‌گذاری‌های مرتبط با رشته تحصیلی خود، از جمله مشکلاتی است که باعث نادیده گرفته شدن نقش و جایگاه پرستار در نظام مراقبت سلامت می‌شود. همچنین، عقیده بر این بوده است که در نگاه سیاست‌گذاران نظام سلامت و پزشکان، حرفه پرستاری جدی گرفته نشده است و ارزش‌گذاری نظام مراقبت سلامت ایران روی خدمات پرستاری نامناسب می‌باشد. «خوب خیلی روشن می‌شه. وقتی که در واقع محوریت نگاه در وزارت بهداشت و درمان یک نگاه درمان محور بوده و درمان هم چون حاکمیتش با پزشک بوده، بنابراین همه چی رو پزشکی دیدیم. همه چی رو پزشک دیدیم» (مشارکت کننده ۶).

نبود گفت‌وگو متقابل بین پرستاری با سایر نهادهای نظام سلامت و عدم شناخت نهادهای نظام مراقبت سلامت از پرستاری، مسأله مهمی است که به نظر می‌رسد عدم تمایل این نهادها به شناخت پرستاری نیز در آن دخیل باشد. به طور کلی، پرستاری چنان دست‌کم گرفته می‌شود که به عنوان یک حرفه ارزشمند با آن برخورد نمی‌شود. «یکی از اشکالات

دیگری که در داخل سیستمون وجود داره و اتفاقاً اون نقش‌ها و جایگاه‌هارو پیدا نکردیم، اینه که پرستاری گفت‌وگو متقابل با سایر نهادهای نظام سلامت رو از دست داده... یعنی اصلاً با اداره بیماری مزمن مثلاً با مدیریت بیمارستانی، چون اصلاً نشست‌های متقابل نداریم. نه ما اونارو می‌شناسیم و نه اونارو می‌شناسن. نه ما سعی می‌کنیم اونارو بشناسیم، نه اونارو سعی دارن مارو بشناسن» (مشارکت کننده ۶).

یکی دیگر از مشارکت کنندگان عقیده داشت: «الان به نظر می‌رسد که با توجه به شرایط اجتماعی و اون جوی که در نظام سلامت ما هست، آن گونه که شایسته حرفه پرستاریه به پرستاران ارج گذاشته نمی‌شه. جایگاه پرستاران رو اون گونه که شایسته‌شونه نمی‌بینن. بعد وقتی شما به من احترام بگذارید، ناخودآگاه احساس غرور می‌کنم. همین باعث می‌شه جایگاه خودمو خوب ببینم. همین باعث می‌شه احساس خوبی داشته باشم» (مشارکت کننده ۲).

عدم دخالت پرستار در سیاست‌گذاری‌های مرتبط با رشته به دلیل تعارض منافع، از مواردی بود که مطرح گردید. «نظام سلامت هم ترجیح‌شده که پرستار باشه، ولی کی تصمیم می‌گیره؟ هم تو بیمه پزشک تصمیم می‌گیره، هم تو نظام سلامت پزشک تصمیم می‌گیره. سیاست‌گذار چون پزشکه و تضاد منافع هم داره، خوب طبیعتاً بازی نمی‌دن...» (مشارکت کننده ۱).

آشفته‌گی و بی‌نظمی نظام مراقبت سلامت باعث شده است که افراد نقش‌های واقعی خود را احراز نکنند. بدین ترتیب جایگاه پرستار نیز در نظام مراقبت سلامت نامشخص است. «مشکل ما در کشور در جایگاه پرستار به تنهایی نیست. مشکل ما در نظام سلامتونه... نظامی که باید وجود داشته باشه، وجود نداره؛ یعنی بی‌نظمی سلامت نه نظام سلامت... هر مقوله‌ای رو که در نظام سلامت بخواید فکر بکنید، همین آشفته‌گی‌هارو داره... به همین دلیل خوب هیچ کسی جایگاه درست خودشو نداره و از جمله پرستار...» (مشارکت کننده ۳). علاوه بر این، به نظر می‌رسد که نقش‌ها و جایگاه‌ها به صورت سلیقه‌ای تعیین می‌شود. «جایگاه‌ها و افراد برای خودشون درست می‌کنن. با توجه به شرایط خاصی که وجود

دیده‌ای تأسیس کردن» (مشارکت کننده ۱). یکی از مشارکت کنندگان اشاره کرد: «نقش‌ها در واقع اول بیاد و آنالیز بشه. اگر همپوشانی وجود داره، رشته ایجاد نشه؛ یعنی اگر فرض کنید پرستار می‌تونه خیلی از این کارهارو انجام بده، لزومی نداره رشته موازی با اون تشکیل بشه» (مشارکت کننده ۴).

در درون رشته پرستاری نیز عدم تمایز در ارایه خدمت، یکی از بزرگ‌ترین مشکلات محسوب می‌شود. به عبارت دیگر، در داخل رشته پرستاری تمایزی بین سطوح مختلف پرستاران از نظر رده تحصیلی مشاهده نمی‌شود. «من PhD ام، شما فوق لیسانسی، این همکارمون لیسانسه فرض کن با ۱۰ سال سابقه و اون خانم فلان هم هست که دانشجوی ترم ششم دانشگاه آزاده؛ یعنی هممون توی شیفیت داریم یه کارو انجام می‌دیم» (مشارکت کننده ۱).

به نظر می‌رسد که خود پرستاران نیز در محو شدن نقش‌هایشان مؤثر هستند. مشارکت کنندگان در رابطه با عدم تمایل پرستار به احراز نقش‌هایش، دلایلی را به صورت کاهش انگیزه پرستاران برای ارایه خدمت، فراموش شدن نقش‌های پرستار در سه دهه گذشته، بی‌علاقگی دانشجویان امروزی به پرستاری، بی‌ارزش انگاشتن رشته پرستاری در نظام سلامت ایران و ایجاد حس بی‌ارزش بودن به دلیل عدم احترام نظام سلامت ایران به حرفه پرستاری مطرح می‌کنند. «مجموعه نظام سلامت ما تو عرصه پرستاری بین دوغ و دوشابرو در واقع تفاوت قابل نیست، این می‌شه که منجر به ساپرس شدن می‌شه» (مشارکت کننده ۱).

در رابطه با بی‌توجهی نظام سلامت به نقش‌های مرتبط با پرستاری نیز به مواردی همچون عدم پذیرش حضور پرستار در نقش‌ها و جایگاه‌های خود، نبود نگاه پذیرنده برای پرستاری، فقدان آگاهی از قابلیت‌های پرستاری، بی‌اهمیت بودن جایگاه پرستاری در نظام مراقبت سلامت و در نتیجه، مغفول ماندن یک سری از وظایف پرستاری در این نظام اشاره شده است. «این موضوع یه مقدار باعث شد که به جای این که ما در جامعه جایگاهمونو بتونیم محکم نگهداریم و جایگاهمان‌رو پیشرفت بدیم، پسرفت کنیم؛ چون نارضایتی از حرفه که در پرستاران ایجاد شد، باعث شد خودشان را مقایسه

داره... بعضی از رشته‌ها توانمندی بیشتری دارن، رابطه بهتری دارن، قدرت بیشتری دارن، برای خودشون سانترهارو در واقع تحت کنترل در می‌یارن» (مشارکت کننده ۴).

### نامشخص بودن گستره مراقبت‌های پرستاری

**در عرصه خدمات:** به نظر می‌رسد که یکی از مسائلی مرتبط با ارایه خدمات پرستاری، مشکل‌دار بودن عرصه کار است. «اون چیزی که مشکله، بیشتر از اون که توی دانشکده‌ها باشه، توی عرصه هست» (مشارکت کننده ۱). در واقع، جایگاه‌های ارایه خدمات پرستاری به درستی تعیین نشده‌اند و حتی در بیمارستان نیز که جایگاه اصلی آن‌ها محسوب می‌شود، نقش‌های مناسبی بر عهده آنان گذاشته نشده است. همچنین، در ایران سطوح پرستاری تعریف نشده است و بنابراین، مرز بین سطوح مختلف ارایه خدمات پرستاری مبهم می‌باشد. «به نظر من تنوع سطوحی که برای پرستاری تو مملکت تعریف شده، از کل طیفش استفاده نکردیم؛ یعنی تموم سطوح تو مملکت ما تعریف نشده...» (مشارکت کننده ۵).

تربیت رشته‌های موازی با پرستاری، یکی از مشکلات موجود است. به عبارت دیگر، وقتی پرستار قابلیت‌های لازم را برای انجام خدماتش دارد، لزومی به تشکیل رشته‌های موازی با آن وجود ندارد. «یعنی اگر فرض کنید پرستار می‌تونه خیلی از این کارهارو انجام بده، لزومی نداره رشته موازی با اون تشکیل بشه» (مشارکت کننده ۴). «اشتباهات زیادی انجام دادیم. کارشناس اتاق عمل تربیت می‌کنیم. خوب این کارشناس اتاق عمل به درد ما تو بیمارستان نمی‌خوره که... چقدر مگه ما اتاق عمل داریم که کارشناس بخوایم. اصلاً وجود پرستار کافیه» (مشارکت کننده ۶).

یکی از نکات مطرح شده در مورد رشته‌های موازی با پرستاری این است که بین ارایه خدمات آن‌ها با پرستاری همپوشانی وجود دارد و مرزهای بین آن‌ها مبهم است. «در واقع مرزها مشخص نیست، بین دیسیپلین‌ها هم در واقع مشخص نیست؛ یعنی یه کارشناس پرستار می‌تونه همون نقشی‌رو ایفا کنه که یه تکنسین یا کارشناس اتاق عمل می‌تونه انجام بده. منتهی این نقش‌رو از ما گرفتن و یه رشته

مردم ارایه می‌دهند. «اونور فهمیدن که خدماتی که پرستار می‌تونه بده، ارزون تره، با زبان مردم راحت‌تر می‌تونه صحبت کنه و به قول معروف هم آموزشش ارزون‌تره، هم خدماتی که ارایه می‌ده ارزون‌تره... هر جا ما تضاد منافع داشته باشیم، پرستارو بازی نمی‌دن؛ به دلیل این که اگه خدمت ارزون‌تری بده، مریض حق انتخاب داشته باشه بین یه پزشک عمومی، پرستار و یک متخصص و تو پرداختش متفاوت باشه، بیمه میاد وسط، خوب ترجیحش اینه که پرستار بیاد» (مشارکت کننده ۱).

### کم‌توجهی نظام مراقبت سلامت به اهمیت

**خدمات پرستاری:** پرستاران متناسب با انرژی صرف شده، از طرف سیستم بازخوردی دریافت نمی‌کنند. سیستم از پرستاران توقع انجام کارهای کم‌ارزش را دارد و همین امر باعث پایین بودن همیشگی انگیزش پرستاران و عدم استفاده از قابلیت آن‌ها در اداره بیمار، مشکل‌یابی سلامت و پیشگیری از بروز مشکلات بهداشتی می‌شود. «الان به نظر می‌رسه که با توجه به شرایط اجتماعی و اون جوری که در نظام سلامت ما هست، چنان که شایسته حرفه پرستاریه به پرستاران ارج گذاشته نمی‌شه و جایگاه پرستاران رو اون گونه که شایسته‌ستونه نمی‌بینن» (مشارکت کننده ۲). «آره... خوب این فرد دچار تعارض می‌شه، تئوری انگیزش رو که بلدین دیگه. یه تئوری انتظار داریم که می‌گه انگیزش تابعی از ارزش ضرب در انتظاره که این کاری که من دارم می‌کنم چقدر می‌ارزه؟ با هویت و ماهیت من. اصلاً ارزش این کارو داره؟ از اون‌ور هم مطابق با انرژی که می‌گذارم آیا بازخورد دارم یا نداره؟ خوب ما هم کارای کم‌ارزشو بهمون می‌دن، مطابق با آموزش و تربیتمون نیست. این‌ور معادله که دو تا متغیر داره ضرب در هم بشه، هر دو تاش اومده پایین. در نتیجه، اون‌ور معادله که انگیزش پرستاره، همیشه پایینه...» (مشارکت کننده ۱).

در این رابطه به درون‌داد و برون‌داد نیروی انسانی پرستاری نیز اشاره شده است. در قبال خروج نیروی انسانی پرستاری، به میزان کافی استخدام صورت نمی‌گیرد و همین مسأله باعث کاهش تدریجی تعداد پرستاران شاغل می‌شود. همچنین، عقیده بر این است که سیاست‌های نادرست نظام مراقبت سلامت، باعث ناتوانی نظام در جذب پرستاران،

کنن... علتش هم همین موضوعاس که اینجا از اون جایگاهی که باید برخوردار نیست... فکر می‌کنه که حالا یک آدمیه که بالآخره در نظام سلامت یه جایگاهی داره (منظور بی‌اهمیت بودن است)؛ در حالی که این‌جور نیست» (مشارکت کننده ۲).

### جبران خدمت نامناسب

عدم تطابق ارایه خدمت با پرداخت دستمزد پرستار، از جمله مشکلات مطرح شده بود. در رابطه با پرداخت دستمزد پرستاران به سه مورد کارمزدی نبودن نظام پرداخت، تعرفه‌گذاری نامناسب خدمات و پرداخت حق‌الزحمه خدمات پرستار به سایر مراقبت‌کنندگان اشاره شد. در این رابطه، تفاوت قابل توجهی بین حقوق پزشک و پرستار نیز مطرح گردید. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان نمود: «بنابراین اگر ما بعضی از این نقشارو انجام می‌دیم، در واقع وظیفه‌رو ما انجام می‌دیم، شارژ جای دیگه انجام می‌شه. یعنی شما اگر بخواید توی ICU فیزیوتراپی تنفسی به مریض بدی که به هر حال جزء تکالیف ماست، فیزیوتراپ هم میاد به شکل محدود یه ویراتوررو سینه مریض می‌گذاره و کمتر از ۵ دقیقه مریضو ترک می‌کنه و می‌ره. اون شارژ می‌شه یا پرستار بیهوشی یا فلوی ICU شارژ می‌شه؟ در نظام سلامت، نظام تعرفه‌ایمون برای یک گروهه...» (مشارکت کننده ۱).

پرستاران به دلیل حاکمیت تفکر حسابگرانه در نظام سلامت، در دریافت از تولید ثروت ذی‌نفع نیستند. به نظر می‌رسد به آن‌ها فقط به عنوان نیروی کار نگاه می‌شود و حق مناسبی برایشان در نظر گرفته نمی‌شود. «مارو طوری تربیت کردن که به همه چیز حسابگرانه فکر کنیم... پرستارا در تولید پول ذی‌نفع نیستن؛ چون پول که میاد وسط، دیگه افراد سهم‌خواهی می‌کنن» (مشارکت کننده ۱).

از طرف دیگر، خدمات ارایه شده توسط پرستاران نسبت به خدمات پزشکی، ارزان‌تر است و به همین علت اگر بنا به انتخاب باشد، مردم هزینه‌های درمانی پایین‌تر را انتخاب می‌کنند. به همین دلیل است که در دنیا گرایش به سمت بهره‌گیری هرچه بیشتر از خدمات پرستاری است؛ چرا که ارزان‌تر تربیت می‌شوند، زودتر به ثمر می‌رسند، بیشتر در دسترس هستند و خدمات مشابه و مقرون به صرفه‌تری را به

حاضر چنین عمل نمی‌شود و به ویژه مسؤلیت مراقبت به پرستار تفویض نمی‌گردد. «همه این مسایل رو من با خودم که فکر می‌کنم و جمع‌بندی می‌کنم به یک واژه می‌رسم: مسؤلیت‌سپاری و مسؤلیت‌پذیری. این دوتا اگر در نظام سلامت، اولیش در نظام سلامت ایجاد بشه و دومیش در پرستاری که هست، بیشتر بشه، بسیاری از این موارد در درون مجموعه حل می‌شه؛ یعنی نیاز به یک برنامه بیرونی نیست» (مشارکت کننده ۳).

برای نظام مراقبت سلامت بهتر است به جای این که با تنوعی از رشته‌های موازی با پرستاری سر و کار داشته باشد، مسؤلیت‌های پرستاری را به خود آنان واگذار نماید و با مجموعه خدماتی مواجه باشد. ایجاد رشته‌های موازی با پرستاری، نادرست است. «اگر مسؤلیت مراقبت از مریض‌هارو برید در مجموعه خدمات مورد نیاز مردم تقسیم‌بندی بکنید؛ بگید یک سری خدمات پزشکی می‌خوان، یک سری خدمات مراقبتی می‌خوان، یک سری خدمات فرض بفرمایید اولیه مثلاً اداری می‌خوان، حسابداری می‌خوان، چی می‌خوان و... اینارو حساب بکنیم، می‌بینیم یک مددجو چند نوع خدمت سلامت می‌خواد. فکر نمی‌کنم مغرض‌ترین آدم‌ها هم تأکید می‌کنن، تأیید می‌کنن که بخش مراقبتش مربوط به پرستاره... بخش مراقبت‌رو به پرستاری ندادین، الان در کنار پرستاری اومدین یه چیزایی و رشته‌هایی ایجاد کردین که معلوم نیست اینا چی کارن. خودشون هم گرفتارن...» (مشارکت کننده ۳).

### بحث

پژوهش حاضر با هدف تبیین نقش و جایگاه پرستاری در نظام سلامت ایران صورت گرفت و نتایج حاصل از این بخش از مطالعه نمایانگر وجود اختلال در کارکردهای اساسی نظام مراقبت سلامت ایران و نامشخص بودن گستره مراقبت‌های پرستاری در عرصه خدمات است. فارسی و همکاران در بررسی حرفه پرستاری در ایران، عنوان کردند که سیستم مراقبت بهداشتی ایران شاهد تغییرات عمیقی در دهه اخیر بوده است. با وجود چنین پیشرفتی، سیستم در حال حاضر با چالش‌های زیادی

افزایش زمینه مهاجرت پرستاران و هدر رفتن هزینه تربیت پرستار شده است. «از سوی دیگه در نظام سلامت یه مشکل دیگری ایجاد شد. تا برنامه پنجم یعنی به مدت چندین سال، شاید حدود بیست سال، ما در ازای هر دو خروجی، یک ورودی داشتیم؛ یعنی دو پرستار که مثلاً بازنشسته می‌شدند یا از کار کنار می‌رفتند، ما یک ورودی به جاش داشتیم. همین عامل باعث شد که تعداد پرستاران کم بشه و گرنه ما در یک مقطع زمانی اصلاً کمبود نداشتیم، اما الان کمبود به شدت محسوسه... ببینید این چقدر به ضرر کشور ما تموم شده؛ یعنی یه دانشجوی پرستاری با ۴ سال تحصیل، حداقل دیگه ۵۰ میلیون برآش هزینه شده. این آدم یک فرد اکسپرت، می‌ره آمریکا، می‌ره کانادا، می‌ره در یک کشور دیگه... خودشم راضیه، اما هزینه برآش از جیب من و شما و در کشور ما شده. همین که کشورای دیگه هم با آغوش باز پرستارو می‌گیرن. علتش هم همین موضوعاس که اینجا از اون جایگاهی که باید برخوردار نیست» (مشارکت کننده ۲).

### عدم واگذاری بخش مراقبت به پرستار در نظام

**مراقبت سلامت:** یکی از مشکلات موجود، عدم قبول مسؤلیت از طرف پرستار به دلایل متعدد و تمایل آنان به واگذار کردن مسؤلیت‌هایشان به دیگران است. در عین حال، پرستاران مسؤلیت‌های غیر مرتبط با مراقبت (به طور مثال در مورد اعتباربخشی) را بر عهده گرفته‌اند که آن‌ها را به شدت از مسؤلیت حرفه‌ای مراقبت از بیمار دور کرده است. به عبارت دیگر، مسؤلیت‌های حرفه‌ای پرستاری در مقابل مسؤلیت‌های غیر مرتبط در اولویت دوم قرار گرفته است. در طبقه‌بندی مسؤلیت‌ها در مجموعه خدمات بهداشتی مورد نیاز مردم و سطح نیازهای جامعه به این خدمات، لزوم افزایش مسؤلیت‌پذیری پرستار در نظام مراقبت سلامت احساس می‌شود. در این رابطه لازم است که بخش مراقبت‌های بهداشتی در نظام سلامت به پرستار واگذار گردد. در واقع، سپردن این خدمات به رشته‌های موازی پرستاری بدون انجام کارشناسی، بی‌منطق به نظر می‌رسد. بنابراین، باید مسؤلیت‌های هر حوزه را به خودش واگذار کرد تا بهترین و مقرون به صرفه‌ترین کیفیت خدمات حاصل گردد، اما در حال

نیازمند کسب استقلال در فعالیت‌هایشان می‌باشد و دستیابی به استقلال در پرستاری با مشکلات و چالش‌هایی مواجه است. همچنین، مهم‌ترین چالش‌های به دست آمده شامل تعریف مبهم استقلال، استفاده از ابزارهای نامتناسب برای اندازه‌گیری، عدم وجود یک تئوری مرتبط با استقلال پرستاری، آموزش نامناسب دانشجویان و تأکید بر آموزش سنتی توسط مدرسان، عدم موفقیت در همکاری و فعالیت تیمی، عدم حمایت مدیران و ساختار نامناسب مدیریتی، اندازه بیمارستان و تأثیر آن در ساختار سازمان و میزان توانمندی و قدرت پرستاران بود. نتایج تحقیق آنان نیز بیانگر مبهم بودن مرزهای عملیاتی پرستاری است (۱۴).

### نتیجه‌گیری

سیستم مراقبت سلامت ایران شاهد تغییرات عمیقی در دهه اخیر بوده است. با وجود چنین پیشرفتی، این سیستم در حال حاضر با چالش‌های زیادی در یکی از زیرسیستم‌های مهم یعنی پرستاری روبه‌رو می‌باشد. سیاست‌گذاری نظام مراقبت سلامت ایران در رابطه با حرفه پرستاری نامناسب بوده است و به نظر می‌رسد که نبود گفت‌وگو متقابل بین پرستاری با سایر نهادهای نظام مراقبت سلامت، عدم تمایل این نهادها به شناخت پرستاری و عدم دخالت پرستار در سیاست‌گذاری‌های مرتبط با رشته به دلیل تعارض منافع، نیز در آن دخیل باشد. نامشخص بودن گستره مراقبت‌های پرستاری در عرصه خدمات، تربیت رشته‌های موازی با پرستاری، عدم تمایز در ارائه خدمات در درون رشته پرستاری، عدم تطابق ارائه خدمات با پرداخت دستمزد پرستار، کم‌توجهی نظام مراقبت سلامت به اهمیت خدمات پرستاری و در اولویت دوم قرار گرفتن مسؤلیت‌های حرفه‌ای پرستاری در مقابل مسؤلیت‌های غیر مرتبط مانند اعتباربخشی، از جمله یافته‌های تحلیل حاضر بود.

### محدودیت‌ها

مشغله کاری مدیران و سیاست‌گذاران شرکت‌کننده در پژوهش، از جمله محدودیت‌هایی بود که باعث شد ۳ نفر از آن‌ها از مصاحبه خارج شوند و جمع‌آوری داده‌ها با ۶ شرکت‌کننده ادامه یافت.

در یکی از زیرسیستم‌های مهم یعنی پرستاری روبه‌رو می‌باشد. یافته‌های پژوهش آن‌ها گزارش نمود که در نظام سلامت، سطوح مختلف پرستاری و جایگاه هر یک - با توجه به تغییرات عصر حاضر - نادیده گرفته شده است (۱۲).

یافته دیگر در زمینه سیاست‌گذاری نامناسب نظام سلامت در رابطه با حرفه پرستاری، جبران خدمت نامناسب و بی‌توجهی نظام مراقبت سلامت به اهمیت خدمات پرستاری بود. ادیب‌حق‌باقری و همکاران در یک مطالعه کیفی با هدف بررسی درک و تجربه پرستاران ایران از توان حرفه‌ای، اظهار کردند که از پرستاران انتظار می‌رود به توانمندسازی مددجویان خود بپردازند، اما آن‌ها قادر به چنین کاری نیستند؛ چرا که خود نیز احساس توانمندی نمی‌کنند. آن‌ها باید قبل از این که به کسی توان بدهند، خودشان توانمند شوند. نتایج نشان دهنده آن است که قدرت پرستاران بستگی به کسب و استفاده از دانش و مهارت حرفه‌ای دارد. تفویض اختیار و بالا بردن اعتماد به نفس پرستاران نیز به آن‌ها در استفاده از دانش خود در عمل کمک می‌کند (۱۳). همچنین، یافته‌های تحقیق ادیب‌حق‌باقری و همکاران بیانگر مبهم بودن مرزهای عملیاتی پرستاری است که با آنالیز مفهوم پرستاری و جایگاه آن در نظام سلامت، می‌توان به این مهم دست یافت (۱۳). فارسی و همکاران بر این باور هستند که حمایت‌های رسانه‌ای، سیاسی و عمومی نقش محوری در بهبود تصویر پرستاری در جامعه، افزایش انگیزه در پرستاران ایران و رشد جو فرهنگی - اجتماعی و رفاه پرستاران ایفا می‌کند و منجر به دستیابی به کیفیت مراقبت در سطوح بالاتر و رضایتمندی بیشتر بیمار خواهد شد (۱۲).

از یافته‌های دیگر تحقیق حاضر، عدم واگذاری بخش مراقبت به پرستار در نظام مراقبت سلامت است و بیانگر لزوم مسؤلیت‌سپاری به پرستار، افزایش مسؤلیت‌پذیری پرستار و ترجیح نادرست نظام مراقبت سلامت به ایجاد رشته‌های مجزا به جای یکپارچه نمودن خدمات پرستاری است.

ولی‌زاده و همکاران مطالعه مروری خود را بر روی چالش‌های استقلال در پرستاری انجام دادند. نتایج تحقیق آنان نشان داد که افزایش مسؤلیت‌های پرستاران حرفه‌ای،



## ملاحظات اخلاقی

مشارکت کنندگان قرار گرفت.

پژوهش حاضر با کسب مجوز از دانشکده آموزش علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی صورت گرفت. پس از ارایه اطلاعات لازم، رضایت آگاهانه شفاهی از همه شرکت کنندگان اخذ گردید و به آنان اطمینان داده شد که مشخصاتشان محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین، اطلاعات به دست آمده به صورت نتایج کلی در اختیار

## تشکر و قدردانی

از کلیه مشارکت کنندگانی که با توجه به مشغله کاری فراوان، زمان خود را در اختیار مطالعه قرار دادند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

## References

1. Masters K. Role development in professional nursing practice. 3<sup>rd</sup> ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2013.
2. Institute of Medicine of the National Academies. The future of nursing leading change, advancing health [Online]. [cited October 2010]; Available from: URL: <http://nacns.org/wp-content/uploads/2016/11/5-IOM-Report.pdf>
3. The Robert Wood Johnson Foundation. Health care workforce: Future supply vs. demand [Online]. [cited 2011 Apr]; Available from: URL: [http://www.allhealth.org/wp-content/uploads/2017/03/Health\\_Care\\_Workforce\\_104.pdf](http://www.allhealth.org/wp-content/uploads/2017/03/Health_Care_Workforce_104.pdf)
4. Crum R. What factors affect health care expenditures and health? RWJF 2011; 1362(23): 2181-3.
5. Drouin JP, Hediger V, Henke N. Health care costs: A market-based view [Online]. [cited 2008 Sep]; Available from: URL: [http://www.mckinsey.com/client\\_service/healthcare\\_systems\\_and\\_services/people/~media/mckinsey/dotcom/client\\_service/healthcare%20systems%20and%20services/pdfs/healthcare-costs-a-market-based-view.ashx](http://www.mckinsey.com/client_service/healthcare_systems_and_services/people/~media/mckinsey/dotcom/client_service/healthcare%20systems%20and%20services/pdfs/healthcare-costs-a-market-based-view.ashx)
6. Ulrich BT, Buerhaus PI, Donelan K, Norman L, Dittus R. How RNs view the work environment: results of a national survey of registered nurses. J Nurs Adm 2005; 35(9): 389-96.
7. Duffield C, Gardner G, Catling-Paull C. Nursing work and the use of nursing time. J Clin Nurs 2008; 17(24): 3269-74.
8. Speziale HS, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
9. Boswell C, Cannon C. Introduction to nursing research, incorporating evidence-based practice. Burlington, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2015.
10. Adib-Hagbageri M, Parvizi S, Salsali M. Qualitative research methods. 1<sup>st</sup> ed. Tehran, Iran: Boshra; 2007. [In Persian].
11. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
12. Farsi Z, Dehghan-Nayeri N, Negarandeh R, Broomand S. Nursing profession in Iran: an overview of opportunities and challenges. Jpn J Nurs Sci 2010; 7(1): 9-18.
13. Adib-Hagbageri M, Salsali M, Ahmadi F. A qualitative study of Iranian nurses' understanding and experiences of professional power [Online]. [cited 2004]; Available from: URL: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-2-9>
14. Valizadeh L, Zamanzadeh V, Shohani M. Challenges of autonomy in nursing: an integrative review. Q J Nurs Manag 2013; 2(1): 9-17. [In Persian].

## An Analysis of Policies of the Iranian Health Care System in Relation to the Nursing Profession

Shahram Yazdani<sup>1</sup>, Malahat Nikravan-Mofrad<sup>2</sup>, Soleiman Ahmadi<sup>1</sup>,  
Mansoureh Zagheri-Tafreshi<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** The present study was a part of the findings of a qualitative thematic content analysis aimed at elucidating the role and position of nursing from the viewpoint of the managers of the Iranian health care system. The theme of inappropriate policies of the health care system, which was extracted in the analysis, was evaluated in this research. The results of this study are part of an effort to develop the nursing education model based on the determination of the role and position of nursing in the health care system.

**Method:** In this study, qualitative thematic content analysis was used. Through purposive sampling, 6 managers and experts in the health care system were selected as participants. The structured interview was used for data collection.

**Results:** In relation to the theme of inappropriate health care policy in relation to the nursing profession, a total of 5 categories and 14 subcategories were extracted.

**Conclusion:** The Iranian health care system has witnessed profound changes in the last decade. However, it is faced with many challenges in the subsystem of nursing. Iran's health care policy in relation to the nursing profession is inadequate. It seems that the lack of dialogue between nursing and other health care institutions, unwillingness of these institutions to recognize nursing, and lack of involvement of nurses in policies because of conflicts of interest are effective factors in this regard. Uncertainty about the scope of services in the field of nursing care, training of disciplines parallel with nursing, non-discrimination in the provision of services within nursing, incompatibility of nursing services and payment, lack of attention of the health care system to the importance of nursing services, and placing professional nursing responsibilities as second priority in comparison with nonprofessional and unrelated responsibilities such as accreditation were the findings of this analysis.

**Keywords:** Health care policy, Health care system, Nursing profession

**Citation:** Yazdani S, Nikravan-Mofrad M, Ahmadi S, Zagheri-Tafreshi M. **An Analysis of Policies of the Iranian Health Care System in Relation to the Nursing Profession.** J Qual Res Health Sci 2016; 5(2): 211-20.

Received date: 01.11.2015

Accept date: 21.02.2016

1- Associate Professor, Department of Medical Education, School of Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Corresponding Author:** Malahat Nikravan-Mofrad, Email: m.nikravan@sbmu.ac.ir