

درک پرستاران از موانع قدرت پرستاران - یک مطالعه کیفی

سوسن ولیزاده^۱، مسعود فلاحی خشکتاب^۲، عیسی محمدی^۳، حسین ابراهیمی^۴، محمد ارشادی بستان آباد^{۵*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۰۸/۱۲ تاریخ پذیرش ۱۳۹۳/۱۰/۱۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: رشد و بالندگی پرستاران یکی از زمینه‌های موفقیت حرفه‌ای در سازمان‌های بهداشتی است و فقدان آن دارای پیامدهایی برای سیاست‌های بهداشتی، ساختار سازمانی و عملکرد پرستاری است چرا که قدرت سازمانی، عاملی اثرگذار در بهره‌وری سازمانی، عملکرد صحیح حرفه‌ای و افزایش رضایت شغلی پرستاران است. این مطالعه با هدف تبیین تجارب پرستاران از موانع قدرت سازمانی انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوی قراردادی است که به کنکاش در خصوص نقطه نظرات پرستاران می‌پردازد. شرکت کنندگان در این مطالعه ۱۸ نفر از پرستاران و مدیران پرستاری شمالغرب کشور در رده‌های مختلف بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه فردی عمیق نیمه ساختارمند استفاده شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها ۲ طبقه اصلی "عوامل فردی" و "ساختار سازمانی" را به عنوان موانع مهم قدرت پرستاران نشان داد که شامل ۶ زیر طبقه "احترام و ارزش"، "وظایف غیرمتمرکز بر بیمار"، "خودباوری ناکافی"، "بستر حمایت‌های سازمانی"، "دانش به روز نشده"، "انگیزش حرفه‌ای" بودند. **بحث و نتیجه‌گیری:** این مطالعه موانع مؤثر بر قدرت پرستاران که اغلب از دید مطالعات کمی پنهان می‌ماند را آشکار ساخت. به نظر می‌رسد با رفع آن‌ها می‌توان در جهت بهبود کیفی توانمندی‌های پرستاران گام‌های مؤثر برداشت.

کلیدواژه‌ها: پرستار، قدرت، موانع

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره دوازدهم، پی‌درپی ۶۵، اسفند ۱۳۹۳، ص ۱۱۲۸-۱۱۳۸

آدرس مکاتبه: تبریز، خیابان شریعتی جنوبی، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن ۰۴۱-۳۴۷۹۶۷۷۰

Email: arshadi@tbzmed.ac.ir

مقدمه

را نشان می‌دهد (۲).
حرفه‌ها تا زمانی که از مزایای قدرت بهره‌مند هستند آنرا به سادگی تحویل نمی‌دهند چرا که توانمندی ابزاری است برای تقویت جایگاه حرفه‌ای و تمامی حرفه‌ها تلاش می‌کنند با ارتقاء خویش بر سایر زیرمجموعه‌ها مسلط شوند و با تغییرات بالقوه در نقش توانمندی خویش را ارتقا بخشند (۴).
بر اساس برخی دیدگاه‌ها قدرت از جایگاه سازمانی افراد منشأ می‌گیرد و معمولاً به شیوه‌های نامتقارن و در چالش و مبارزه بین افراد سازمان توزیع می‌شود (۵).

به عقیده وبر و فاکالت قدرت یک نیروی استراتژیکی است که در همه جا حاضر است و فارغ از مکان و زمان می‌تواند در همه جا اعمال شود. گرچه قدرت در هر جایی وجود دارد اما از هر چیزی سرچشمه نمی‌گیرد (۱). قدرت یک پدیده واکنشی است (۲) و از "اثر آینه‌ای" برخوردار است و سبک مدیریتی می‌تواند اثر مثبت یا منفی بر آن داشته باشد (۳) اما فاکالت اعتقاد دارد قدرت در عملکرد خویش مستقل است ولی وبر بر خلاف وی اشاره می‌کند که قدرت در رقابت با نیروهای دیگر خود

^۱ دانشیار پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

^۲ دانشیار پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

^۳ دانشیار پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران

^۴ دانشیار پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

^۵ دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

کاهش قدرت پرستاران می‌گردد که در نهایت می‌تواند بر توان مقابله با معضلات اخلاقی نیز تأثیر منفی به جا بگذارد (۱۲).

در خصوص کسب و نگهداری قدرت اجتماعی پرستاران تلاش‌های اندکی شده است و گروه‌های پرستاری در طول دهه‌های گذشته تحت سلطه پزشکان و سازمان‌های بهداشتی قرار گرفته‌اند و در مواجهه با گروه‌های سلطه‌گر نتوانسته‌اند توان و دانش خویش را بروز دهند (۸). هرگاه صحبت از پرستاری می‌شود یک شغل زنانه به ذهن متبادر می‌شود در حالیکه پزشکی را همواره یک شغل مردانه می‌دانند و عملاً این امر باعث شده است یک سلسله مراتب مبتنی بر قدرت در طول زمان شکل گیرد که این امر باعث افزایش بار کاری پرستاران شده است (۱۰) و اثرات ناخوشایندی بر کیفیت مراقبت‌های ارائه شده (۱۳)، کاهش رضایت شغلی (۸،۷) و محروم شدن پرستاران از حمایت‌ها و مشارکت‌ها داشته است (۲). مطالعه معماریان نیز نشان داد که نظریه‌های نوین مدیریت و امکانات فنی جدید نیز نتوانسته است نقش ارزشمند پرستاران در سیستم‌های بهداشتی ایران را به شکل بارزی جلوه دهد (۱۴) و گاهی حتی اقدامات مدیریتی که به منظور بهبود توانمندی پرستاران انجام می‌شود اثرات نامطلوب به جا می‌گذارد (۳).

گرچه یکی از اهداف آموزش پرستاری بهبود صلاحیت‌های حرفه‌ای است و صلاحیت‌های حرفه‌ای موجب می‌شود پرستاران احساس قدرت کرده و وظایفشان را به خوبی انجام دهند (۱۲) اما گزارش اسکات^۱ در ایرلند (۴) و مطالعه السفن^۲ در آمریکا و نروژ نشان داد که با تمامی تلاش‌های انجام گرفته قدرت پرستاران در حد متوسط بوده است و مطالعه کیفی کوربالی^۳ نیز نشان داد که توانمندی یک مفهوم پیچیده مبتنی بر بافت زمینه‌ای است و مدیران پرستاری نقشی کلیدی در شکل‌گیری آن ایفا می‌کنند و عوامل سازمانی، روانشناختی و دیدگاه‌های اجتماعی در این امر دخیل هستند (۳).

با توجه به اینکه حداقل ۵۰ درصد خدمات سلامت به عهده پرستاران است و حتی در برخی کشورها ۸۰ درصد امور بهداشتی توسط پرستاران انجام می‌شود بنابراین کیفیت مراقبت‌های بهداشتی به میزان زیادی بستگی به نحوه ارائه خدمات پرستاران خواهد داشت. همچنین پرستاران نقش مهمی در تغییر نظام مراقبت‌های بهداشتی و سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرای خدمات بهداشتی دارند اما متأسفانه جایگاه پرستاری در کشور ایران به خوبی واضح نیست (۱۵) و همچنین با توجه به اهمیت موضوع قدرت و توانمندی پرستاران که در بستر سازمانی شکل

گرچه از مفهوم قدرت یا دستیابی به پیامد در پرستاری برداشت‌های تاریخی منفی وجود دارد (۶) و آنرا به معنای تحمیل کردن چیزی بر کسی یا کنترل بر چیزی برداشت نموده‌اند (۷) اما اثرات قدرت عملاً پیامدهای عمیقی روی بیمار و ایمنی آنان دارد چرا که بخش عظیمی از کارکنان سیستم سلامت را پرستاران تشکیل می‌دهند (۶) و توانایی گروه‌های پرستاری برای دستیابی به اهداف یا استفاده از توان بالقوه آنان برای اثرگذاری بر تغییرات، عوامل اساسی در موفقیت سازمان‌های بهداشتی هستند (۸).

گرچه سیلوف^۱ اعتقاد دارد که تمامی گروه‌های پرستاری در تمامی سطوح دارای قدرت هستند و پتانسیل دستیابی مؤثر به اهداف و موفقیت کلی یک سازمان را دارا هستند (۹) اما آنچه رخ داده این است که بیمارستان‌ها اغلب با توجه به نقش اجتماعی پزشکان به عنوان افراد صاحب‌نظر سازماندهی می‌شوند (۱۰) و پرستاران همانند همکاران پزشک خود از موقعیت خویش لذت نمی‌برند و نتیجه این تفاوت موقعیت، نارضایتی، فقدان انگیزه، کیفیت پایین ارائه خدمات در امر مراقبت از بیماران (۶) و استرس بالا (۱۰) است. هرزبرگ^۲ نیز اعتقاد دارد که رشد و بالندگی یکی از زمینه‌های موفقیت حرفه‌ای در سازمان است و گرچه پرستاران ماهر و دارای دانش در فرایند دستیابی به اهداف سازمان و مؤثر بودن کار کمک می‌کنند اما توسعه حرفه‌ای یکی از چالش‌های پرستاری است (۶) و توانمندی نقشی کلیدی در این امر ایفا می‌کند (۳).

قدرت در پرستاری یک مفهوم پیچیده و چندوجهی است و دارای پیامدهایی برای سیاست‌های بهداشتی، ساختار سازمانی و عملکرد پرستاری است و هنگامی که قدرت وجود ندارد و یا از آن استفاده نشده است دیگران تصمیم می‌گیرند که پرستاری چه باشد و پرستاران چه بکنند (۱۱). درک قدرت و چگونگی استفاده از آن یکی از روش‌های توفیق در عرصه کار پرستاران است و با وجودی که قدرت یک مفهوم انتزاعی است اما برخی عوامل مانند جایگاه پرستاری در سازمان (۹)، مقاومت در مقابل نیروهای خارجی، اهمیت نقش پرستاران در سازمان و منابع در دسترس برای رسیدن به اهداف (۱۱) بر توانمندی پرستاران تأثیرگذار هستند.

اهمیت جایگاه سازمان‌های حرفه‌ای برای سهیم کردن پرستاران در چرخه‌های قدرت سیاسی و سازماندهی کشمکش‌های درون سازمانی، بهبود ارتباط و تبادل اطلاعات، داشتن فرصت یادگیری و رشد و دانش تخصصی می‌توانند به توسعه توانمندی‌های پرستاران منجر گردند (۱۱) و گرفتن فرصت رشد و یادگیری و عدم حمایت همکاران در محیط‌های بالینی باعث

¹ Scott

² Ellesfen

³ Corbally

Sieloff
Herzberg

همان معنی اولیه را به ذهن متبادر خواهد نمود (۱۸). در ابتدا هر مطالعه روی کاغذ پیاده شده و به دقت خوانده شده و واحدهای معنایی (کدهای اولیه) مشخص گردیدند و سپس کدهای مشابه در هم ادغام گردیدند. بعد از این مرحله کدهای اولیه مشابه در طبقات جامع تر قرار داده شده و درون مایه‌های اصلی طبقات در سطح تفسیری انتزاعی تعیین گردیدند. تلاش گردید درون طبقات بیشترین همگنی و بین طبقات بیشترین ناهمگونی وجود داشته باشد (۱۹).

برای لحاظ دقت و صحت مطالعه از معیارهای گوبا^۵ و لینکلن^۶ استفاده گردید (۲۰). محققان داده‌ها به صورت مستقل و در مقایسه مداوم با مقوله‌های استخراج شده مورد آنالیز قرار دادند و در مواقع بروز عدم توافق با بحث به یافته مشترکی جهت شفاف سازی دست یافتند. برای تأیید پذیری یافته‌ها خلاصه ای از مصاحبه‌ها برای تأیید مجدد به مشارکت کنندگان بازگردانده می‌شد و این امر مشخص کرد که محققان عین نظرات مشارکت کنندگان را منعکس کرده‌اند. باورپذیری یافته از طریق ممیزی نشان داد که تحلیل انجام یافته توسط محققان قابل توجیه است. تخصیص زمان کافی برای جمع آوری داده‌ها، استفاده از نظرات صاحب‌نظران در تحلیل و توافق با مشارکت کنندگان در زمینه مضامین حاصل شده از دیگر اقدامات برای اطمینان از صحت داده‌ها بودند. استفاده از تکنیک نمونه گیری با حداکثر تنوع که به تناسب یا انتقال پذیری یافته‌ها کمک می‌کند نیز در مطالعه مورد توجه قرار گرفت و مشارکت کنندگان با حداکثر تنوع و با سمتهای مختلف از بیمارستان‌های متنوع همراه با تجارب کاری گوناگون، تفاوت در سن و تنوع فرهنگی در مطالعه شرکت کردند. همچنین درگیری طولانی مدت محقق و تماس و ارتباط او با مشارکت کنندگان به دلیل تماس طولانی مدت کاری وی با پرستاران به عنوان مربی بالینی به جلب مشارکت و اعتماد آنان توسط پژوهشگر کمک می‌کرد.

طرح پژوهشی این مطالعه توسط کمیته اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۹ مورد تصویب قرار گرفت و کلیه ملاحظات اخلاقی شامل کسب رضایت آگاهانه، حق کناره گیری از مطالعه، حفظ گمنامی و محرمانه ماندن اطلاعات در طول مطالعه مراعات گردید.

یافته‌ها

از ۱۸ شرکت کننده در این پژوهش، ۶ نفر پرستار بالینی شیفت‌های صبح و عصر و شب، ۶ نفر سرپرستار، ۳ نفر سوپروایزر

می‌گیرد و نقش عوامل فرهنگی و سازمانی و شرایط کاری بر توسعه این مفهوم، این مطالعه تجارب پرستاران از موانع کسب قدرت و توانمندی را مورد بررسی قرار داده است.

مواد و روش‌ها

برای پی بردن به موانع قدرت پرستاران و مدیران پرستاری و یافتن چگونگی توانمند شدن آنان از روش تحقیق کیفی با رویکرد تحلیل محتوی قراردادی استفاده شد. ۱۸ پرستار و مدیر پرستاری از بیمارستان‌های دانشگاهی و غیردانشگاهی شهر تبریز و شهرهای اطراف آن به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و با هدف کشف تجارب آنان در خصوص دستیابی به توانمندی با آن‌ها مصاحبه نیمه ساختاریافته و عمیق انجام شد. شرط شرکت در پژوهش داشتن حداقل دو سال سابقه کار بود. مصاحبه‌ها در یک زمان مناسب به انتخاب مشارکت کنندگان انجام شد و تا زمان اشباع داده‌ها و دستیابی به توصیف کاملی از آنچه در خصوص پدیده رخ می‌دهد ادامه یافت. انتخاب نمونه‌های پژوهش به صورت هدفمند و بر مبنای داشتن تجربه و تمایل به شرکت در مطالعه صورت گرفت و در ادامه پژوهش از نمونه گیری نظری نیز برای شفاف سازی یافته‌ها استفاده گردید. در ابتدای مصاحبه‌ها، سؤالاتی برای آشنایی بیشتر محقق با مشارکت کنندگان و همچنین ایجاد جو صمیمانه پرسیده شد و سپس سؤالات به سمت سؤالات اختصاصی تر که در راستای پژوهش و به منظور دستیابی به اطلاعات عمیق در خصوص توانمندی پرستاران بود هدایت گردید و از مشارکت کنندگان سؤال گردید که در راستای ارتقای توانمندی و کسب قدرت حرفه ای و سازمانی چه موانعی را تجربه نموده‌اند و توانمندی پرستاران را چگونه تحلیل می‌کنند؟ تمامی مصاحبه با اجازه مشارکت کنندگان ضبط گردید و سپس خط به خط روی کاغذ پیاده گردید و قبل از شروع مصاحبه بعدی تحلیل گردید. زمان مصاحبه‌ها بین ۴۰ تا ۷۰ دقیقه بود.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوی قراردادی^۱ بهره گرفته شد چرا که این روش معمولاً برای مطالعاتی که هدف آن خلاصه سازی، توصیف و تفسیر پدیده ای است که نوشته‌های محدودی در مورد آن وجود دارد استفاده می‌شود (۱۶) و الگوهای آشکار و پنهان را مورد شناسایی قرار می‌دهد (۱۷). تحلیل محتوی بر بررسی متن مصاحبه‌ها استوار بود و بر اساس روش تحلیل محتوی استقرایی قراردادی انجام گردید. این فرایند شامل کدگذاری باز، ایجاد طبقات و انتزاعی ساختن است (۱۷) و بایستی در نظر داشت که در این شیوه، طبقه بندی واژه‌ها در طبقات،

⁵ Guba

⁶ Lincoln

⁴ Conventional

بالینی، یک نفر سوپروایزر آموزشی، یک نفر مدیر خدمات پرستاری، یک نفر پرستار شاغل در رده‌های مدیریت اداری بودند. این افراد در محدوده سنی ۲۶ تا ۵۱ سال بودند و سابقه کار بین ۵ تا ۲۷ سال داشتند. از نظر جنسیت نیز ۱۰ نفر زن و ۸ نفر مرد بودند. از تجزیه و تحلیل داده‌ها، ۲ طبقه اصلی و ۶ زیر طبقه استخراج شد که در جدول شماره ۱ خلاصه شده‌اند:

جدول (۱): طبقات و زیرطبقات

کدهای باز	زیر طبقه	طبقه اصلی
عدم وجود استقلال حرفه ای نبود نگاه رشد حرفه ای اعتماد به نفس پایین	خودباوری ناکافی	عوامل فردی
آگاهی اندک از تحولات حرفه ای کمبود دوره‌های آموزشی مفید آمورشهای غیرموثر کمبود وقت برای بازآموزی	دانش به روز نشده	
تحمیل کارهای غیربالینی بر پرستاران الزام به انجام کارهای خارج از شرح وظیفه کاغذبازی اداری غیرمفید جلسات غیرهدفمند و وقت گیر	وظایف غیرمتمرکز بر بیمار	
فضای احترام آمیز توأم با قدردانی نادیده انگاری پرستاران در تیم سلامت عدم مشارکت در تصمیمات سازمانی کلان ناهماهنگی و عدم همکاری بین اعضای نیم سلامت ارتباط نامناسب بین پرستاران و مدیران پرستاری	دوگانگی احترام و ارزش: احترام درون گروهی احترام بین گروهی	ساختار سازمانی
کمبود انگیزه نگاه اجتماعی نامناسب به حرفه دوگانگی احساس حرفه ای تفاوت طبقاتی فاحش فرسودگی شغلی	انگیزش حرفه ای	
نبود سازمان‌های حرفه ای قدرتمند دفاع غیرموثر تشکلهای حرفه ای حمایت اندک متقابل پرستاران از سازمان‌های حرفه ای	بستر حمایت سازمانی: فقدان سازمان حرفه ای قوی عدم حمایت از سازمان‌های حرفه ای	

قابلیت‌های فردی و خلاقیت‌های آنان توانسته است برخی خلأها را پر کند اما آنچه نیمه خالی لیوان است اعتماد سازمانی و اتکا به نیروی اداری و سازمانی ناکافی است که باعث گردیده است پرستاران احساس خودباوری و اعتماد به نفس کافی نمایند. "جسارت نمی‌کنم برای بیمارم چیزی را آموزش بدم. همش می‌ترسم فردا یه مشکلی برام پیش بیاد یا چیزی را اشتباه گفته باشم چون مریض‌ها خیلی چیزها را با پزشکشون در میان می‌زارن." (مرد ۳۶ ساله)

الف) عوامل فردی: در تحلیل داده‌ها، نقش عوامل فردی در دستیابی به توانمندی و حفظ آن نقشی بارز داشت و این طبقه شامل دو زیرطبقه خودباوری ناکافی و دانش به روز نشده بود. خودباوری ناکافی:

بسیاری از مدیران پرستاری اعتقاد دارند که پرستاران به دلیل شرایط پزشک محور حاکم بر نظام سلامت و فقدان فرصت‌های کافی برای رشد نتوانسته‌اند توانایی‌های خود را بروز دهند و اغلب فکر می‌کنند در مقابل پزشکان چیزی کم دارند و باور کافی در مورد قابلیت‌های خویش را از دست داده‌اند. گرچه

چیزهای جدید تو بخش می‌دیدم که تا حالا به ما نگفته بودند و من با آنها آشنا نبودم". (مرد ۳۷ ساله)

کمبود دوره‌های آموزشی مفید و مؤثر که بتواند نیازهای روزمره آن‌ها را پاسخگو باشد از مشکلات و موانع توانمندی پرستاران بود و آموزش‌های ضمن خدمت و بازآموزی‌های برگزار شده برای افزایش توانایی‌های علمی آنان فاقد کفایت و اثربخشی لازم بوده است.

" هر سال چند تا کلاس برای ما می‌زارند اما این دوره‌ها اونی نیست که ما نیاز داریم. خیلی از این دوره‌ها هم فقط به صورت جزوه خواندن و امتحان دادن است و عملاً مهارت یا علم جدیدی نمی‌توانیم یاد بگیریم". (مرد ۳۴ ساله)

" این همه کنفرانس‌هایی که همه روزه تو دانشگاه است خیلی هاشون اون چیزی نیست که من تو مراقبت از مریض بهش نیاز دارم. این همه بازآموزی برگزار می‌شه اما فقط بعضی هاشون می‌تونند به درد بخورند". (زن ۳۳ ساله)

ب) ساختار سازمانی: الگوی مدیریتی سازمان‌های بهداشتی و فرهنگ حاکم بر آن تحت عنوان ساختار سازمانی به عنوان طبقه اصلی شناسایی شد که شامل چهار زیر طبقه دوگانگی احترام و ارزش، وظایف غیرمتمرکز بر بیمار، انگیزش حرفه‌ای و بستر حمایت سازمانی بود.

دوگانگی احترام و ارزش:

وجود یک فضای احترام آمیز و توأم با قدردانی می‌تواند به شکوفایی و دستیابی به شایستگی پرستاران کمک کند و پرستاران به کمبود احترام متقابل بین حرفه‌ای به عنوان یک عامل مؤثر بر توانمندی تاکید داشتند و معتقد بودند در سیستم‌های بهداشتی و درمانی به پرستاران نگاه مناسبی وجود ندارد و بسیاری از پزشکان به پرستاران با دیده حاکی از احترام نمی‌نگرند.

" ما این همه کار می‌کنیم اما روابط بین من و پزشک مثل نظام برده داری است و او همش دستور میده و من همش باید چشم بگم". (مرد ۳۲ ساله)

ارتباط نامناسب و غیرکارآمد بین پرستاران و مدیران پرستاری و سایر کارکنان، عدم همکاری و ناهماهنگی میان اعضای تیم سلامت به عنوان یکی از موانع مهم بروز تضاد و چالش‌ها بین کارکنان پرستاری است.

" یادم میاد یه بار برای مریضی خیلی کار کردم و شب تا صبح بیدار بودم اما وقتی صبح سرپرستار اومد زد تو ذوقم و گیر داد به چیزهای الکی و حالم را گرفت". (مرد ۴۲ ساله)

" سوپروایزر ما برای مچ گیری میاد تو بخش. اونروز که تو کارم یک خطایی داشتم چنانچه بابشویی به پا کرد که نگو. من انتظار

سلطه حاکم بر سیستم‌های درمانی همچنین باعث بروز برخی تضادها و چالش‌ها در بین پرستاران شده است و دیوارهای استقلال حرفه‌ای را دچار خدشه کرده است و پرستاران در بسیاری از سازمان‌ها در یک فضای تحت سلطه کار می‌کنند و این امر توان بروز قابلیت‌ها را به دلیل واهمه ناشی از شرایط شغلی کاهش داده است.

" پزشک که حرفی می‌زنه همه سکوت می‌کنند. کی جسارت داره بهش بگه که حرفش اشتباهه. خیلی وقت‌ها خواسته هاشون هم زیاده از حد". (زن ۴۲ ساله)

" گاهی احساس می‌کنم به من زور گرفته می‌شود و من به خاطر شرایط خاص خودم قدرت مقاومت در مقابل آن را ندارم". (زن ۴۰ ساله)

دانش به روز نشده:

یکی از مهم‌ترین موانعی که مشارکت کنندگان با آن مواجه هستند آگاهی اندک از تحولات علمی و دانش روز است که به دلیل شرایط حاکم بر سیستم‌های اداری و برخی عوامل فردی از آن غافل شده‌اند. دانش قدیمی و عدم تلاش برای به روز رسانی باعث شده است در موقعیت‌های تصمیم‌گیری و ابراز وجود بسیاری از پرستاران نتوانند همگام شوند.

" اون چیزهایی که ما تو دانشگاه یاد گرفتیم خیلی با نیازهای امروز ما همخوانی نداره. من الان خیلی از داروهای جدید را نمی‌شناسم. برای بیمار دارو تجویز می‌شه اما من نمی‌دونم چه جوری باید اون رو استفاده کنم و به چه چیزهایی باید توجه کنم". (زن ۴۲ ساله)

" چقدر باید خودخوری کنم همش نگرانم چون که سوادم قدیمی است برام مشکل درست شه. دکتر میاد یک دارو برای بیمار می‌نویسه جرات نمی‌کنم از دکتر بپرسم این دارو برای چیه؟ می‌ترسم به خاطر سواد کمم سرکوفت بزنه". (زن ۴۰ ساله)

تحولات علمی در حیطه‌های تخصصی و گستردگی دانش علمی حوزه پزشکی باعث گردیده است پرستاران در صورت ثبات شرایط کاری در یک بخش، با چالش نهفته تک تخصصی بودن در محیط‌های بالینی مواجه باشند و چون به دلایل شرایط محیط کار امکان تغییر محل خدمت فرد وجود دارد عملاً آشنایی و آگاهی از علوم سایر حیطه‌های تخصصی می‌تواند برای پرستاران چالش برانگیز باشد.

" من خیلی اطلاعاتم Up to date نیست. یک سال مرخصی بدون حقوق بودم ولی وقتی برگشتم مجبور شدم بخشم را عوض کنم اما تو بخش جدید خیلی چیزها برام تازه‌گی داره و دو سه ماه اول مجبور شدم سختی بکشم. شب‌ها مطالعه می‌کردم اما خیلی

دارم مدیرم از من حمایت کنه و دوستانه مسائل و تجربیاتش را به ما منتقل کنه." (زن ۳۴ ساله)

پرستاران معتقد بودند که آنان نیاز به حمایت، احترام و دیده شدن دارند تا بتوانند قابلیت‌های خود را نشان بدهند و نادیده انگاشتن آنان در تصمیم‌گیری‌های کلان سازمانی باعث به انزوا رانده شدن آنان شده است.

"وقتی می‌خوان برای بیمارستان مدیر تعیین کنند ما نیستیم، وقتی می‌خوان مترو را عوض کنن از ما نظرخواهی نمی‌کنند، من هم به عنوان یک کارمند دوست دارم همیشه سرپرستارم و مدیرم از من هم نظر بخواد و نشان بده که ماها هم برای سازمان مهم هستیم." (مرد ۳۷ ساله)

وظایف غیرمتمرکز بر بیمار:

اعتماد و احترامی که به پرستاران می‌شود اغلب ناشی از مراقبت‌های پرستاری ارائه شده آنان می‌باشد و زمانی که پرستاری کارش را به شکل مناسبی انجام می‌دهد و بیماران نیز رضایت بیشتری از وی دارند همکاران و سرپرستار نیز اعتماد بیشتری به پرستار خواهند داشت و اختیارات بیشتری به وی خواهند داد. گرچه اعتماد و احترام بیماران و سرپرستاران نمی‌تواند باعث کاهش بارکاری پرستار گردد اما باعث اثربخش تر و رضایت بخش تر شدن کار می‌گردد. پرستاران احساس می‌کردند که در هنگام پاسخگویی به نیازهای بیماران احساس قدرت می‌کنند.

"من آرزو دارم ای کاش زمان بیشتری را می‌توانستم برای بیماران اختصاص دهم. من فکر می‌کنم اساساً کار پرستاری بالینی را دوست دارم اما خیلی وقت‌ها به اجبار گرفتار کارهای غیربالینی میشم." (زن ۳۹ ساله)

"ما زیاد و زیاد کار می‌کنیم و بسیاری از وقت‌هایمان را با بیماران سپری می‌کنیم. ما خیلی سرمان شلوغ است اما من احساس می‌کنم خیلی از زمانهای بارزشم را در سر شیفت تلف می‌کنم." (مرد ۴۲ ساله)

کمبود نیروی انسانی، عدم تناسب نسبت بین پرستار با بیمار و کارهای غیرپرستاری که پرستاران به انجام آنها مشغول هستند باعث شده است فشار کاری پرستاران افزایش یابد:

"اونقدر کارهای مختلف رو سرمان می‌ریزند که ما خیلی از روزها نمی‌دانیم برای چی اومدیم محل کارمان. من بعضی روزها سرم خیلی شلوغه و اصلاً فرصت نمی‌کنم اسم مریضهام رو هم یاد بگیرم." (زن ۳۵ ساله)

محول شدن بسیاری از وظایف و مکاتبات غیرضرور و مستند سازی بسیاری از امور و انجام اقدامات مرتبط با اعتبار بخشی که اغلب انجام آن‌ها به عهده پرستاران گذاشته شده است موجب شده است بسیاری از کارهای اصلی پرستاران مانند آموزش به بیمار،

مراقبت‌های جامع، ارتقا سلامتی و ارتباط با خانواده فراموش شده یا محدود گردد.

"من همش می‌بینم هرچی کار بی‌فایده تو سیستم هست می‌دن به ما پرستارا. شما تا حالا دیدید یک پزشک هم وقتشو بزاره برای کارهایی که اصلاً به دردش نمی‌خوره. آخه من اسمم پرستاره و مریض از من یک انتظاراتی داره. مگه کاغذبازی می‌زاره من وقت کنم بهش برسم. آخرسر خودم هم نمی‌دونم که چیکار دارم می‌کنم." (زن ۳۵ ساله)

تکالیف محوله و جلسات مکرر و فاقد خروجی مؤثر نیز باعث اتلاف وقت و غافل شدن پرستاران از وظایف اصلی‌شان شده و زمان لازم برای کار مؤثر برای بیماران را کاهش می‌دهد.

"من سرپرستار بخش هستم اما همش تو جلسه هستم. جلسه‌هایی که هیچی از توش در نیامد و هیچ خیریه‌ای برای بیمار نداره و ما همش درباره یکسری چیزهای کلی صحبت می‌کنیم و تصمیم می‌گیریم اما برای اجرای تصمیماتمون باید از ده نفر اجازه بگیریم. آخه اینم شد کار پرستاری؟" (زن ۴۴ ساله)

انگیزش حرفه‌ای:

نگاه نامناسب اجتماعی به حرفه پرستاری باعث شده است که پرستاران بعد از مدتی کار در این حرفه و چشیدن مشکلات آن و تعامل با افراد جامعه به یک دوگانگی احساس در خصوص حرفه خویش برسند که گاهی به صورت تعصب بیش از حد در دفاع از منافع حرفه‌ای و در اغلب مواقع به صورت نگاه منفی و بی‌انگیزگی حرفه‌ای بروز می‌کند.

"من معتقدم ما اول باید اتحاد صنفی لازم را داشته باشیم تا بتونیم از حرفه مان دفاع کنیم. یا باید به حرفه‌ها تعصب داشته باشی یا اینکه این کار رو رها کنی و بری یه شغل دیگه." (مرد ۳۹ ساله)

تفاوت طبقاتی فاحش در درون سیستم‌های بهداشتی از نظر جایگاه و درآمد از مهم‌ترین موارد ایجاد کننده بی‌انگیزگی پرستاران در کارکنان پرستاری است.

"ما همه مون کارمند هستیم و کلی مشکلات داریم چرا باید همکار من که چند سال بیشتر از من درس خونده حقوق چند ده میلیونی بگیره و من یک دهم او. مگه کار من به اندازه او ارزش نداره؟" (زن ۳۷ ساله)

سختی کار، برآورده نشدن نیازهای روانی، فشار کاری فراوان نیز در بروز و تشدید بی‌انگیزگی مؤثر بوده است:

"الان چندین ماهه که من پول اضافه کارم رو نگرفته‌ام. شب و روز از زندگی ام زدم و اومدم کار کردم حالا پول من را هم به موقع نمی‌دن. حالا اگر به جای من حقوق یک پزشک عقب می‌افتاد آیا برای سیستم کار می‌کرد؟" (زن ۴۰ ساله)

باشنه آشیل سازمان‌های حرفه‌ای پرستاری در سالهای گذشته بوده است.

”نظام پرستاری به جاهایی داره مماشات می‌کنه. اون آگه قاطعانه از حق ما دفاع کنه و برای ما استاندارد تدوین کنه ماها هم راحت می‌تونیم کار کنیم. درسته یکسری کارهایی شده اما ما هنوز نتونستیم تو سیستم خودی نشان بدیم.“ (مرد ۳۹ ساله)

حمایت اندک متقابل پرستاران از سازمان‌های حرفه‌ای نیز از دیگر عوامل عدم رشد حرفه‌ای سازمانی است.

”بعضی وقت‌ها این که میگن از ماست که بر ماست تو پرستاری صدق می‌کنه. خیلی از پرستارهای ما از نظام پرستاری حمایت نمی‌کنند و عضو هم نیستند تازه انتظار دارند اونوقت نظام براشون معجزه کنه. منی که از تشکل خودم حمایت نکنم اون چه کاری برا من می‌تونه انجام بده.“ (زن ۳۰ ساله)

بحث و نتیجه‌گیری

پرستاران نقش تعیین‌کننده‌ای در امر مراقبت بر عهده دارند اما در فرایند مراقبتی در محیط کار با مسائل و مشکلاتی مواجه هستند. بررسی موانع توانمندی پرستاران حکایت از آن دارد که دو دسته عوامل فردی و سازمانی به طور کلی در شکل‌گیری و بروز موانع توانمندی پرستاران نقش ایفا می‌کنند که در نهایت باعث گردیده بودند پرستاران درک متفاوتی از مشارکت در سازمان و ایفای قدرت در آن داشته باشند.

فقدان جایگاه سازمانی مشخص و نبود شرایط شفاف برای ارتقا، برآورده نشدن انتظارات از طرف سیستم اداری، ساختار سازمانی پزشکی محور از عوامل مؤثر در عدم رشد سازمانی پرستاران در این مطالعه بوده است. ساختار سازمانی خاص پرستاران استرس بسیار زیادی را بر پرستاران تحمیل می‌کند و بخشی از انرژی روزانه پرستاران صرف چالش و بحث با مدیران و پزشکان می‌شود. همچنین پزشکان جایگاه‌های سازمانی خاص و به تبع آن درآمدهای مالی خاصی در بیمارستان دارند که پرستاران از آن‌ها بی‌بهره‌اند و عملاً این امر قدرت کنترل و مشارکت در تصمیم‌گیری آنان را افزایش می‌دهد (۱۰).

برای دستیابی به قدرت تسلط بر سه حیطه محتوا، زمینه و شایستگی‌های مدیریتی شرط لازم بوده اما کافی نیست و به هر سه این عوامل برای شکل‌گیری قدرت و توانمندی در پرستاران نیاز است. در خصوص بحث قدرت در پرستاری معمولاً محققان از سه زاویه به قضیه نگاه کرده‌اند: برخی مانند لاشینگر^۱ معتقد بودند که توانمندی از محیط نشأت می‌گیرد و برخی دیگر مانند اسپرتزر^۲

عدم برآورده شدن انتظارات از طرف سیستم اداری، پاسخگو نبودن سیستم و عدم اعتماد به وعده‌های تکراری از دیگر عوامل تاثیرگذار بر بی‌انگیزگی پرستاران و کاهش علائق حرفه‌ای است.

”من تا کی می‌تونم به پرسنل خودم وعده بدم که وضعیت بهتر خواهد شد. اونا از من و امثال من که وکلای اونا تو نظام پرستاری هستیم انتظار دارند یک کاری انجام بدیم تا وضعیت از این بهتر بشه اما دست ماها هم خیلی وقت‌ها بسته است و ما مجبوریم بعضی وقت‌ها وعده‌هایی بدیم که می‌دونیم عملی نیست.“ (مرد ۴۷ ساله)

”من سوپروایزر هستم و زحمت همکارانم را می‌بینم. پرستارا خیلی جلوی چشم نیستند و کارشان کمتر به چشم میاد. هر موقع هم روز پرستار میشه فقط با وعده و وعید و حرفهای قشنگی مثل شما فرشته‌اید و ... از اونا اسم می‌برند و فرداش همه چی فراموش میشه.“ (مرد ۳۹ ساله)

وجود فرصت‌های اندک برای رشد سازمانی و محول شدن پستهای ستاره دار به اعضای هیات علمی غیرپرستاری نیز باعث شده است فضای رشد در درون سازمان برای پرستاران کمتر مهیا باشد.

”این همه پرستاران ما استعداد دارند و هرجا بودند خودشان را نشان داده‌اند اما در سیستم‌های مدیریتی کمتر به این‌ها بها می‌دهند. شما چند مدیر در مجموعه دانشگاه دارید که پرستار باشند؟ و اونایی هم که هستند چقدر اختیار تصمیم‌گیری دارند.“ (مرد ۴۶ ساله)

بستر حمایت سازمانی:

برخی پرستاران عضویت در یک سازمان قوی بالادستی و دارای بدنه مستحکم حرفه‌ای را یکی از روش‌های بروز توانمندی می‌دانند چرا که می‌تواند با تاثیرگذاری بر کار تیمی آنان و جهت دهی رفتارهای حرفه‌ای آنان به رشد و تعالی حرفه‌ای منجر گردد.

”ما تا چند سال پیش هیچ جایی را نداشتیم که از حقوقمون دفاع کنه و از حرفه ما حمایت کنه اما الان چند ساله که چند تا تشکل صنفی و علمی تو پرستاری درست شده. تشکل‌های علمی اثرش رو یواش یواش گذاشته و توانمندی پرستارها تو کارهای علمی و پژوهشی را بیشتر کرده اما پرستاران بخشهای ما این‌ها را تو بالین لمس نمی‌کنند. اونا چشمشون به نظام پرستاریه که کاری براشون بکنه“ (مرد ۴۲ ساله)

اما برخی دیگر معتقدند که تشکل‌های حرفه‌ای نوپا و دارای کارآمدی اندک هنوز نتوانسته‌اند دفاع مؤثر از حقوق پرستاران نمایند و موفقیت اندک آنان در افزایش درآمد و کاهش ساعات کار

¹ Laschinger

² Spritzer

گذشت یک دهه از شکل‌گیری و تأسیس سازمان نظام پرستاری به عنوان فراگیرترین تشکل پرستاری، نقش این سازمان در توسعه نقش‌های حرفه‌ای پرستاران هر چند عیان بوده است اما در حد مطلوب نبوده است و این امر با تحقیق حاج باقری (۲۵) که بر نقش عوامل فردی، سازمانی و حمایتی در تأثیرگذاری بر توانمندی پرستاران اشاره نمود و از مهارت و دانش حرفه‌ای، بهبود شرایط کار، اتحاد سازمانی، فرهنگ سازمانی پزشک‌سالار به عنوان عوامل مؤثر بر شکل‌گیری توانمندی نام برد و افزایش فشار کاری، کمبود نیرو و شرح وظایف غیرشفاف را موانع توسعه حرفه‌ای برشمرد تا حدودی همخوانی دارد. هرچند در زمان انجام پژوهش حاج باقری به دلیل نوپا بودن تشکل‌های پرستاری بر نقش آنان در توانمندسازی پرستاران چندان امکان تأکید وجود نداشت.

یکی از موانع دیگر که در مقوله توانمندی پرستاران نقش داشت دانش به روز نشده و کمبود یا کاربردی نبودن اطلاعات پرستاران بود. بر اساس نظریه فاکالت، قدرت و دانش ارتباط پیچیده‌ای با هم دارند و به طور تنگاتنگی در هم تنیده هستند و هر جایی قدرت هست دانش هم هست. نتایج پژوهش کاترینا نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین میزان تحصیلات پرستاران با قدرت گروهی و صلاحیت‌های ارتباطی وجود دارد. قدرت در پرستاری، از قدرت پرستار در استفاده از دانش خود و ارائه دیدگاه جامع در امر مراقبت تخصصی از بیمار سرچشمه می‌گیرد (۲۸) - (۲۶) که به نظر می‌رسد پرستاران در این عرصه با مشکلاتی روبرو هستند و لزوم تغییر در سیاستگذاری‌های برنامه‌های آموزشی احساس می‌شود.

پرستاران برای بروز توانایی‌های خویش و کار مؤثر با بیماران، پزشکان و سایر کارکنان به قدرت نیاز دارند و پرستاران فاقد قدرت غیرکارآمد بوده و انگیزه و رضایت شغلی اندکی دارند. بر خلاف اهمیت دادن پرستاران به مراقبت از بیماران و ارائه خدمات بهداشتی لازم، به نظر می‌رسد پرستاران قادر نیستند در خصوص شناخت، عمل و مالکیت قدرت اقدام نمایند و گرچه پرستاران در خصوص مراقبت از بیمار صاحب‌نظر هستند اما اغلب به سایر کارکنان بهداشتی - پزشک، مدیر و ... - اجازه می‌دهند بر آنچه آنان انجام می‌دهند و چگونگی انجام کارهایشان کنترل نمایند (۲۶).

پرستاران اغلب احساس می‌کنند که مسئولیت‌هایی بیش از توانشان به آن‌ها واگذار شده است و قدرت مورد نیاز برای عمل به این مسئولیت‌ها با آنان واگذار نشده است و مدیران پرستاری در تصمیم‌گیری‌های سازمانی کمتر دخالت داده می‌شوند که این امر با مطالعه فراد (۲۹) همخوان نیست و او بر نقش مهم و کلیدی سوپروایزرها و مدیران پرستاری در تصمیم‌گیری‌های سازمانی در

ریشه آن را در خصوصیات روانشناختی افراد می‌دانستند و گروه سومی هم هستند (فلچر^۱ و سایرین) که طرفدار نظریه مبتنی بر جنسیت هستند و بر نقش زنان در چگونگی شکل‌دهی ارتباطات و ایجاد همدلی تأکید می‌کنند (۲۱). در این مطالعه بروز نشانه‌هایی از عدم اعتماد به نفس کافی، مشارکت اندک در تصمیم‌گیری سازمانی، فشار کاری زیاد، کاهش عزت و احترام همگی از عواملی بودند که به شرایط کاری ارتباط داشتند و در فرایند توانمندسازی پرستاران خلل ایجاد می‌کردند. بر اساس نظریه توانمندی سازمانی کاترینا^۲، رفتار محیط کار از موقعیت و شرایط محیط کار نشأت می‌گیرد (۲۲) و ویژگی‌های فردی در این میان نقشی ندارند و تنها فرصت و قدرت، ابزارهای اساسی برای دستیابی به توانمندی و موفقیت اثربخش هستند و رفتارهای افراد یک پاسخ به شرایط ساختاری محیط کار است.

طرفداران نظریه توانمندی روانشناختی بر این عقیده‌اند که محیط‌هایی که به کارکنان اجازه دهند آنچه را که احساس می‌کنند ضروری است انجام دهند به پرورش و رشد افراد توانمند منجر گردند چرا که چنین محیطی منابع قدرت را برای فرد فراهم می‌کند و مطالعات متعدد بر نقش مؤثر چنین محیط‌هایی بر کاهش فرسودگی شغلی پرستاران و بهبود رضایت شغلی و خودکارآمدی اشاره نموده‌اند (۲۳ و ۲۴) و در این مطالعه نیز پرستاران بر نقش تصمیم‌گیری پرستاران در سیاست‌های بیمارستان و اقدامات مراقبتی خویش و تأثیر آن بر توانمندی تأکید داشتند و فقدان استقلال کاری به عنوان مانعی برای دستیابی به توانمندی آنان بود.

یکی از دلایل دیگر فقدان قدرت در پرستاری شاید عدم درک درست آنان از چگونگی رشد و توسعه قدرت از طریق ارتباطات باشد. در این مطالعه مشارکت‌کنندگان به نقش عوامل فراسازمانی در کسب قدرت و فقدان شفافیت در روند ارتقا تأکید داشتند و قوانین و مقررات دست و پاگیر را به عنوان مانعی برای توانمندی خویش تلقی می‌کردند که با نتایج مطالعه حاج باقری (۲۵) همخوانی دارد اما کاترینا^۳ (۷) تأکید دارد که قوانین و مقررات سازمانی می‌تواند در دستیابی پرستاران به قدرت نقش تسهیل‌کننده داشته باشد که با نتایج اخیر همخوان نیست و احتمالاً ناشی از تفاوت‌های فرهنگی حاکم بر ساختارهای سازمانی دو محیط است.

جایگاه و نقش ناکارآمد سازمان‌ها و تشکل‌های حرفه‌ای از موانع مهم در نهادینه شدن قدرت پرستاران است و با وجود

^۱ Fletcher

^۲ Kante

^۳ Katrinia

اطلاعات و داشتن ارتباط مؤثر بین حرفه ای با سایر همکاران تیم مراقبتی می‌تواند باعث بهبود کیفیت مراقبت گردیده و در نهایت به نمایش قدرت حرفه ای بینجامد (۲۹-۳۱،۱۱).

تقدیر و تشکر

این مطالعه بخشی از پایاننامه دوره phd پرستاری است که توسط معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامائی تبریز تصویب و تأمین بودجه شده است. محققین از حمایت‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز و همکاری مشارکت کنندگان در پژوهش کمال تقدیر را دارند.

حیطه پرستاری تاکید دارد. نتایج پژوهش کانتر نیز حکایت از آن داشت که پرستاران در خصوص رعایت استانداردهای مراقبتی مسئول و پاسخگو هستند در حالیکه اختیار تغییر در آن را ندارند. یکی دیگر از مسائلی که مانعی برای اعمال قدرت پرستاران بود وظایف غیرمتمرکز بر بیمار بود و پرستاران اعتقاد داشتند که بخش زیادی از وقت خویش را برای اموری سپری می‌کنند که ارتباط مستقیمی با بیمار و خانواده آنان ندارد و عملاً فرصت اندکی برای پاسخگویی به مشکلات بیماران و برآوردن نیازهای مراقبتی آنان اختصاص می‌دهند. اهمیت ارتباط بین پرستاران با بیماران و خانواده‌های آنان و تأثیر آن بر قدرت حرفه ای پرستاران نیز در برخی مطالعات مورد تاکید بوده است و به مشارکت گذاشتن

Refereces:

1. Jiménez-Anca JJ. Beyond Power: Unbridging Foucault and Weber. *EJST* 2012; 16(1): 36-50.
2. Felton A, Stickly T. Pedagogy, power and service user involvement. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004; 11(1):89-98.
3. Corbally MA, Scott A, Matthews A, Gabhann LM, Murphy C. Irish nurses' and midwives' understanding and experiences of empowerment. *J Nurs Manag* 2007; 15(2):169-79.
4. Scott PA, Mathews A, Corbally M. Nurses 'and Midwives' Understanding and Experiences of Empowerment in Ireland. A report for the Empowerment of Nurses and Midwives Steering Group. Department of Health & Children. 2003
5. Benoit-Barné C, Cooren F. The Accomplishment of Authority Through Presentification: How Authority Is Distributed Among and Negotiated by Organizational Members. *MCQ* 2009; 23(1): 5-31.
6. Rahimghaee F, Dehghan nayeri N, Mohammadi E. Iranian Nurses' Perceptions of Their Professional Growth and Development. *OJIN* 2010;16(1).
7. Katrina P, Sari V, Anja R, Sieloff C, Paula A, Tarja S. Nursing Power as viewed by Nursing Professional. *Scand J Caring Sci* 2012:1-9.
8. Sieloff CL. Nursing theory and management. *J Nurs Manag* 2011;19:979-80
9. Bularzik AM, Mcquinness ST, Sieloff CL. Nurse's perceptions of their group goal attainment capability and professional autonomy: a pilot study. *J Nurs Manag* 2013; 21:581-90.
10. MCGibbon E, Peter E, Gallop R. An Institutional Ethnography of Nurses' Stress. *Qual Health Res* 2010;20:1353-78.
11. Reid Ponte P, Glazer G, Dann E, McCollum K, Gross A, Tyrrell R, et al. The power of professional nursing practice--an essential element of patient and family centered care. *Online J Issues Nurs* 2007;12(1):4.
12. Borhani F, Alhani F, Mohammadi E, Abbaszadeh A. Strides in Development of Medical Education. 2011; 8 (1):67-80. (Persian)
13. Glouberman S. Canadian Nursing Advisory Committee. 2002 [cited 2015 Mar 16]; Available from: https://secure.patientscanada.ca/sites/secure.patientscanada.ca/files/Nursing_Paper.pdf 2
14. Memarian R, Ahmadi F, Vaismoradi M, The leadership concept in Iranian nursing. *Int Nurs Rev* 2008,55, 48-54.
15. Heidari A, Mazloom SR, Ildarabadi E. Nursing's position in health care delivery system in Iran. *Iran J Nurs Res* 2012;7(25):37-44. (Persian)

16. Grove SK, Burns N, Mohnkern S. *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*, 6th ed. New York: Saunders pub; 2008.
17. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15:1277-88.
18. Elo S1, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1):107-15.
19. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2):105-12.
20. Morse JM, Field PA. *Qualitative Research Methods for Health Professionals*. 2nd Ed. London: SAGE Publications; 1995.
21. Manojlovich M. Power and empowerment in nursing: looking backward to inform the future. *Online J Issues Nurs* 2007;12(1):2.
22. Larkin M, Cierpial C, Stack J, Morrison V, Griffith C. Empowerment theory in action: The wisdom of collaborative governance. *Online J Issues Nurs* 2008;13(2):2-2.
23. Sieloff CL. Measuring nursing power within organizations. *J Nurs Scholarsh* 2003;35(2):183-7.
24. Laschinger HS, Fingan J, Shamian J, Casier S. Organizational trust and empowerment in registered healthcare setting: effects on staff nurse commitment. *J Nurs Adm* 2000, 30:413-25.
25. Hajbaghery MA, Salsali M. A model for Empowerment of nursing in Iran. *BMC health service Res* 2005; 5 (24):1-11.
26. D'Antonio P, Connolly C, Mann B, Whelan J, Fairman J. Histories of nursing: The power and the possibilities. *Nurs Outlook* 2010;58:207-13.
27. Manthey M. The invisible power of Nursing. *Creat Nurs* 2008;14(1): 3-5.
28. Schira M. Reflections on about power in nursing. *Nephrol Nurs J* 2004; 31:583-4.
29. Fradd L. Political leadership in action. *J Nurs Manag* 2004; 12: 242-5.
30. Thuente LF, Fredrich BV. Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. *Nurs Adm Q* 2008; 32(1):40-8.
31. Sieloff CL. Leadership behaviour that foster nursing group power. *J Nurs Manag* 2004;12:246-51

NURSE'S PERCEPTION FROM BARRIERS TO EMPOWERMENT: A QUALITATIVE RESEARCH

Valizadeh S¹, Fallahi Khoshknab M², Mohammadi E³, Ebrahimi H⁴, Arshadi Bostanabad M^{5*}

Received: 4 Nov , 2014; Accepted: 8 Jun , 2015

Abstract

Background & Aim: Development of a successful career in the field of organization is an important factor. Lack of it has implications for health policy, organizational structure and its performance. This study aimed to describe nurses' experiences of barriers to organizational empowerment.

Materials & Method: A qualitative design using a conventional content analysis approach was applied for data gathering and analysis. In this study, 18 nurses, and nurse directors in North-west of Iran were recruited through purposive sampling. Semi-structured interviews were conducted to collect the data.

Results: The data analysis results are categorized in 2 main categories (personal factors and organizational structure) and six subcategories: Dignity and value, non-client focused tasks, insufficient self-confidence, inadequate organizational support, lack of up-to-date knowledge, and professional motivation.

Conclusion: The study showed barriers affecting the ability of nurses who are often hidden in the quantitative studies. It seems that by dispelling these barriers, the quality of nursing abilities can be improved.

Keywords: Power, Nurses, Barriers

Address: Nursing & Midwifery Faculty, South Sharyati Ave, Tabriz, IRAN

Tel: (+98)41-34796770

Email: arshadi@tbzmed.ac.ir

¹PhD in Nursing, Associate professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²PhD in Nursing, Associate professor, Department of Nursing, University of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran

³PhD in Nursing, Associate professor, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

⁴PhD in Nursing, Associate professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁵PhD Student, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran- (Corresponding Author)