

مراقبت، یک تجزیه و تحلیل مفهومی

زهرا پارسا یکتا^{۱*}، علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۲

۱- استادیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- استادیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

هدف: در طول تاریخ همواره نگاههای متفاوتی به حرفه پرستاری و مفهوم مرکزی و اصلی آن یعنی «مراقبت» شده است. گاهی مراقبت به عنوان یک عمل انسانی، گاهی به مثابه مجموعه فعالیتهای عملی، گاهی به عنوان علم، گاهی به مثابه یک عشق، هنر، عبادت، خدمت، کار یا بیگاری و نظایر آن در میان عموم مردم و حتی خود پرستاران مطرح بوده است؛ لذا کاربرد- مفاهیم پرستاری و مراقبت در موقعیتهای گوناگون ادراک یکسانی ایجاد نکرده، و همواره با چالش همراه بوده است.

در این تحقیق به منظور تبیین مفهوم مراقبت بالینی پرستاری در بافت فرهنگی کشور ما و با توجه به همه مولفه های تاثیر گذار بر آن طی یک تحقیق کیفی «تجزیه و تحلیل مفهومی» مفهوم مراقبت پرستاری بررسی و تجزیه و تحلیل شده است.

مواد و روشها: روش جمع آوری داده ها شامل مشاهده، مصاحبه نیمه سازمان یافته، ثبت حکایات و نوشتارهای مراقبتی، بررسی تصاویر و همچنین بررسی متون ادبی و فرهنگهای لغت معتبر بود. تجزیه و تحلیل داده ها به صورت تجزیه و تحلیل مفهومی- که به وسیله واکر و اوان توصیه شده و همچنین تجزیه و تحلیل محتوایی انجام گرفت.

نتایج و بحث: در مجموع درونمایه های «آلتروویسم»، «نوع دوستی»، «روتین محوری» استحصال شد. همچنین در این مطالعه مشخص شد که مفاهیم پرستاری و مراقبت برای شرکت کنندگان در این تحقیق دارای معانی یکسان بوده و هر دو آنها در انجام مجموعه اعمال روتین بخش خلاصه می شود.

کلید واژگان: مراقبت بالینی، پرستاری، تجزیه و تحلیل مفهومی، تحقیق کیفی، آلتروویسم، روتین محوری.

۱- مقدمه

سایم و کوروران پری (۱۹۹۱) به عنوان یک حرفه سلامت مدار، و لنینگر (۱۹۹۶) و واتسون (۱۹۹۷) آن را به عنوان علم مراقبت مطرح کرده‌اند [۳].

بنابراین سؤال اصلی این تحقیق این بود که مفهوم مراقبت پرستاری در فرهنگ ایرانی به چه معناست؟ و پرستاران ایرانی چه نگرشی نسبت به مفهوم مرکزی حرفه خود دارند.

۲- مواد و روشها

در این مطالعه یکی از رویکردهای تحقیق کیفی^۱ برای رسیدن به سوال اصلی پژوهش انتخاب و استفاده شد. تحقیق کیفی رویکردی نظام‌دار و ذهنی برای توصیف تجارب زنده^۲ افراد فراهم کرده و در واقع به این تجارب معنا و مفهوم می‌بخشد [۴].

تمرکز تحقیقات کیفی به کلیت پدیده‌ها معطوف بوده و به عمق، غنا و پیچیدگی ذاتی پدیده‌های انسانی توجه دارد و بنابراین مناسب‌ترین روش برای مطالعه تجارب انسانی همچون درد، سازگاری، مراقبت و ... تحقیقات کیفی می‌باشند [۶، ۵].

در این مطالعه، ابتدا به منظور روشن شدن مفهوم مراقبت پرستاری به صورت مجرد از روش تجزیه و تحلیل مفهومی واکر و اوان^۳ (۱۹۹۵) استفاده شد. این روش خود از چندین گام و به شرح زیر تشکیل می‌شود [۷].

مرحله اول: تعیین اهداف تجزیه و تحلیل

مرحله دوم: تبیین معانی متفاوت از مفهوم مراقبت

منابع استفاده شده در این مرحله متنوع بوده و به صورت موردی به کار برده شدند این منابع عبارتند از:

- کتب مرجع ادبی، دیوان اشعار، داستانهای عامیانه مربوط به

مراقبت

- دایره المعارفها و لغت نامه‌های فارسی و انگلیسی

- فیلمها و تصاویر مراقبتی

یکی از مباحث مهم حرفه پرستاری فرایند حرفه‌ای شدن آن است. اصولاً ترسیم مرزهای حرفه‌ای پیش درآمد بحث گسترش مرزهای دانش بوده و صاحبان هر حرفه می‌بایست قبلاً اصول حرفه‌ای خود را به روشنی ترسیم کرده باشند، یعنی بتوانند اختصاصاً آن را به نحوی تعریف کنند که اولاً بازنمایی آن از سایر حرف با سهولت امکان پذیر بوده و ثانیاً مرزهای آن غیر شکننده و البته محصور به حرفه و محاط به فرایند حرفه‌ای آن گردد، در این صورت است که می‌توان حرفه را آموزش و توسعه داد، در آن مقوله تحقیق، و مولفه‌های تاثیرگذار بر آن را کنترل کرد. در طول تاریخ نگاههای متفاوتی به حرفه پرستاری و مفهوم مرکزی و اصلی آن یعنی «مراقبت» شده است [۱]، گاهی از آن به عنوان یک عمل انسانی، گاهی به مثابه مجموعه فعالیت‌های عملی، گاهی به عنوان علم، گاهی به مثابه یک عشق، هنر، عبادت، خدمت، کار یا بیگاری و نظایر آن در میان عموم مردم و حتی خود پرستاران مطرح بوده است [۲]. به نظر می‌رسد مفاهیم پرستاری و مراقبت بعد از گذشت سالها هنوز هم ذهن بسیاری از شهروندان تحصیل کرده ایرانی را به خود مشغول کرده و کاربرد این واژه در موقعیتهای گوناگون ادراک یکسانی ایجاد نکرده، و با چالش همراه بوده است.

به راستی مراقبت پرستاری به چه معنا است؟ کار اصلی یک پرستار چگونه کاری است؟ مراقبت یک پرستار با یک پزشک، با مراقبت مادر یا افراد روحانی و دیگران چه تفاوتی دارد؟ قلمرو حرفه‌ای پرستاری چگونه و تا چه حد است؟ فلسفه مراقبت او چگونه فلسفه‌ای است؟

اصولاً تکامل مبانی نظری حرفه در پاسخ به این سوالات آغاز شده است و تفاوت‌تئوریهای مختلف که به وسیله صاحب نظران بنام پرستاری مطرح شده، تفاوت در نوع نگاه آنها به حرفه و مفهوم مرکزی آن یعنی مراقبت بوده است، چنانچه نایتینگل (۱۸۵۲) پرستاری را به عنوان یک حرفه وظیفه مدار، راجرز (۱۹۸۹)، به عنوان یکی از حرف وابسته به علوم انسانی، نیومن،

1. Qualitative Research
2. Lived Experience
3. Walker & Avant (1995)
4. Popular Literature

دومین روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها استفاده از روش ثبت حکایات، نوشتارها و داستانهای پرستاری بود. این روش که در واقع توصیفات نوشته شده و ثبت شده به وسیله خود شرکت کنندگان می باشد، به منظور دستیابی به منابع غنی اطلاعاتی به کار گرفته شد. این نوشتارها مشتمل بر شرح گذشته حکایات و روایات حرفه‌ای ثبت شده شرکت کنندگان در مورد پدیده مورد نظر بود (به شرط قبولی همه مفاد آن در زمان حاضر به وسیله خود آنان) این نوشتارها که در واقع شرح تجارب حال و آینده از زبان شرکت کنندگان بود با درخواست محقق به وسیله شرکت کنندگان به صورت مکتوب تحویل گشت.

در این مطالعه علاوه بر مشاهده تصادفی محیط رخداد پدیده مورد مطالعه و مشاهده نوع و کیفیت تعاملات پرستاران و بیماران در محیط بالینی همچنین چندین تصویر مراقبتی، دیوان اشعار و فرهنگهای لغت نیز مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان برای شرکت در پژوهش و ضبط مصاحبه آنان، عدم درج نام مصاحبه شوندگان در روی نوارها و متون پیاده شده، رعایت اصل رازداری و محرمانه بودن اطلاعات، محفوظ بودن حق کناره گیری در هر مرحله از پژوهش برای شرکت کنندگان می‌گردید. در صورت عدم تمایل شرکت کنندگان برای ادامه همکاری، کلیه نوارهای نامبرده در حضور او پاک و یا به او تحویل می‌گردید.

۲-۲- یافته ها

در مجموع از بین ۸۶ حکایت ثبت شده در زمینه پرستاری، ۸۶ حکایت ثبت شده در زمینه مراقبت و ۲۴ مصاحبه انجام گرفته در خصوص مراقبت و مشروح مشاهدات شخصی محققین از محیط رخداد تجربه موردنظرکه به وسیله پژوهشگران در بخشهای مختلف مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، بیمارستان ولیعصر(عج) و بیمارستان سینا انجام گرفت و همچنین بررسی ۷ تصویر مراقبتی (فتوگراف) و از مجموع دستنوشته‌های اولیه در مراحل متعدد و در طی مراحل پیچیده مدیریت اطلاعات، درونمایه (تم)های اصلی به شرح زیر استخراج شد:

- مقالات حرفه‌ای مربوط به مراقبت در مجلات داخل و خارج کشور
- نظرات متخصصین شامل: پزشکان، پرستاران، اساتید گروه پزشکی و ...
- نظرات گیرندگان خدمات پرستاری درباره مفهوم مراقبت مرحله سوم: تعیین مشخصات تعریف کننده مفهوم مرحله چهارم: ترسیم یک مدل نمونه و واقعی از مفهوم مورد نظر و همچنین تعیین مدل‌های جایگزین احتمالی
مرحله پنجم: تعیین پیشینه ها و پیامدهای مفهوم مراقبت مرحله ششم: در نظر گرفتن زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و ارزشهای مربوط به مفهوم مورد نظر
مرحله هفتم: تعیین شاخصه‌های تجربی مراقبت (عملیاتی کردن مفهوم)
برای بررسی پایایی و روایی مدلها (کیسهای) معرفی شده به سه طریق زیر اقدام شد:

۱- ارائه به گروه متخصصان

۲- اخذ مجدد نظرات عاملین مراقبت (گرفتن بازخورد از عاملین مراقبت پس از بررسی کیسها به وسیله آنها)
۳- اخذ مجدد نظرات گیرندگان مراقبت (گرفتن بازخورد از دریافت کنندگان مراقبت پس از بررسی کیسها به وسیله آنها).

در نهایت دیدگاه پرستاران (عاملین مراقبت) به صورت مصاحبه، و ثبت حکایات و تعاملات مراقبتی پرستار- بیمار به صورت مشاهده بررسی گشت.

۲-۱- روشهای جمع آوری داده ها

مصاحبه، مشاهده، ثبت تصاویر، ضبط مطالب گفتاری، ثبت حکایات و نوشتارهای مربوط به مراقبت پرستاری از روشهای اصلی و مکمل جمع آوری داده ها در این تحقیق بود.

مصاحبه وسیع، نیمه سازمان یافته، عمیق و متعامل همراه با گمانه زنی کلامی و غیرکلامی^۱ به اجرا درآمد. مصاحبه با هر شرکت کننده در سه نوبت و هر نوبت بین ۴۵-۶۰ دقیقه انجام می‌گرفت. کلیه مصاحبه‌ها (به جز جلسه اول) روی نوار ضبط شده و بلافاصله بعد از اتمام مصاحبه، متن آن پیاده و کدبندی می‌شد.

کننده در این تحقیق اصولاً تفکیکی بین پدیده های مراقبت و پرستاری قائل نبوده و نیستند.

پرستاران شرکت کننده علی‌رغم اینکه پرستاری و مراقبت را یکی می‌دانستند و این در نگاه اول نکته مثبت و امیدوار کننده‌ای به نظر می‌آمد، اما آنان هر دو مورد را در انجام یکسری از وظایف مشخص محدود می‌کردند. نگاه آنان به پدیده مراقبت مثل خود پرستاری نگاهی روتین محور و عملگرا بود و به مبانی فلسفی پرستاری و یا مراقبت تاکید و اصولاً التفاتی نداشت.

یکی از درونمایه های مهم و مستتر دیگر در این مطالعه روتین مداری کار پرستاری بوده است که تقریباً این مسئله برای هر پرستار ایرانی امری بدیهی و پذیرفته شده است. تبعیت از آنچه بخش و سرپرستار انتظار دارد نه نیاز بیمار شالوده اصلی این درونمایه را تشکیل می‌دهد.

یافته‌های به دست آمده در قسمت داستانها و حکایات پرستاران در خصوص تجارب قبلی مراقبتی آنان نیز نشان داد که اکثر پرستاران بررسی شده تفاوتی بین مراقبت و پرستاری قائل نبودند و رویکرد آنها به پرستاری « رویکردی عمل‌گرا» بود. در واقع از دیدگاه آنان پرستاری و نیز مراقبت عبارت بود از «انجام مجموعه اعمال روتین، تکراری و پیروی کردن از روتین بخش نه نیاز واقعی بیمار». از این رو در هر بخش و به محض ورود و شروع کار و به‌منظور موثر بودن در کار پرستاری، در ابتدا به دنبال یافتن روتین بخش می‌باشند تا خود را با آن منطبق کنند، بنابراین تبعیت از آنچه به‌طور کلیشه ای بخش برای او تعیین می‌کند یعنی قسمت اعظم انجام وظایف پرستاری. هر پرستار از قبل می‌داند که صبح را در بخش مربوطه چگونه آغاز کند، کارها چگونه تقسیم می‌شود و چگونه باید بخش را به شیفت بعدی تحویل دهد، و مسؤول بخش از او چه انتظاری دارد. غالباً شرکت کنندگان در توصیف تجربه کاری خود روتین بخش مربوطه را نوشته بودند، و بنابراین درونمایه «روتین- محوری» به عنوان همه آنچه را که آنان کار پرستاری و یا مراقبت

در این تحقیق انجام مداخلات پرستاری بر اساس و با تاکید بر نیاز بیمار برخاسته از نگرش «آلتروویسمی^۱» گروه قلیلی از پرستاران به پرستاری بود. پرستار بودن از دیدگاه این گروه از شرکت کنندگان یعنی تعهد داشتن به بیمار و مرتفع کردن نیاز آنان به هر طریق ممکن.

عده معدودی از پرستاران که تقریباً همه آنان را خانم‌ها تشکیل می‌دادند در هنگام توصیف تجارب خود به احساسات عمیق مذهبی در تجربه خود از پرستاری اشاره داشتند. آنها با این دیدگاه، پرستاری را یک حرفه یا شغل مقدس فرض کرده و احساسات دینی خود را آمیخته با مراقبت می‌دانستند، و اصولاً مراقبت را امری دینی تلقی می‌کردند. آنان به پرستاری به دیده یک عبادت می‌نگریستند، پرستاری را کمک به یکدیگر، به ممنوع انسانی خود می‌دانستند که شرع مقدس آن را توصیه و بر آن تاکید کرده است. دیدگاه انسانی آنها به مراقبت، مبتنی بر یک مبنای نظری مذهبی استوار بود و این نگرش مذهبی عملاً به آنان انرژی می‌داد تا مشکلات پرستاری را تحمل کنند. آنها پرستاری را هدیه الهی می‌دانستند، که به تقرب به خدا می‌انجامد و بنابراین آن را سزاوار پاداش می‌دانستند، نه پاداش مادی بلکه پاداشهای معنوی. آنها می‌گفتند پرستاری ذاتاً امری مقدس است و همین خصوصیت است که آنها را جذب پرستاری کرده است، زیرا آنان می‌خواستند اند به نیازمندان بیمار و یا بیماران نیازمند کمک کنند.

در زیر مجموعه این «درونمایه اصلی» رویکرد دیگری نیز وجود داشت و آن «تجربه نوع دوستی»، «کمک به هم‌نوع» «عشق به دیگر انسانها»، «دوست داشتن آنها» و تلاش در راستای همدرد شدن و شریک شدن در رنج و ناراحتی آنها بود. نگرستن از این منظر نه فقط به علت رویکرد مذهبی آن، بلکه بیشتر به علت «رویکرد انسانی» و عشق به هم نوع بود. درونمایه استخراج شده دیگر بیانگر این پارادایم بود که در سیستم پرستاری ایران اصولاً «مراقبت» و «پرستاری» یک معنا داشته و پرستاران شرکت

می‌پنداشتند به وضوح خودنمایی می‌کرد.

اصولاً به علت حاکم بودن پارادایم بیومدیکال در نظام پرستاری ایران، آنچه در مصاحبه‌ها و مشاهدات محققین و یا شرح مکتوب پرستاران از پدیده مراقبت مشهود بود الگویی ناکامل از انجام یکسری معالجات، پیروی از دستورات پزشکان، انجام روتین بخش بود یعنی ارائه یک مراقبت مطلوب پرستاری که همانا جامع‌نگری، بیمار محوری و کل‌نگری است جای خود را به جزءنگری، نگاه مقطعی و در واقع به مراقبتی با محوریت درمان قطعی^۱ داده است که حتی ممکن است از نظر پزشکان نیز امری مطلوب تشخیص داده شود و بدین ترتیب پرستارانی که اطلاعات پزشکی بیشتری داشته باشند بیشتر هم مورد قدردانی و تجلیل قرار می‌گیرند و حتی به عنوان نمونه و یا الگوی دیگران نیز معرفی می‌شوند اما از دیدگاه مراقبتی و با رویکرد های معطوف به تئوریهای مراقبتی، نه تنها این رخداد امری مقبول نبوده بلکه ایجاد چنین وضعیتی از ضعفهای عمده سیستم پرستاری مربوطه قلمداد می‌شود.

۲-۳- بحث پیرامون یافته‌ها

همانگونه که مشخص شد در این تحقیق از دیدگاه گروه قلیلی از پرستاران انجام مداخلات پرستاری بر اساس و با تاکید بر نیاز بیمار برخاسته از نگرش «آلتروویسمی» بود. پرستار بودن از دیدگاه این گروه از شرکت کنندگان یعنی داشتن تعهد به بیمار و مرتفع ساختن نیاز آنان به هر طریق ممکن.

لغت آلتروویسم از ریشه لاتین آلتری، هیوئیک^۲ به معنای اظهار احترام به دیگران به عنوان اصل عمل، آمده است. از نظر حرفه-ای در این حالت فرد بدون انتظار هیچگونه پاداشی به ارائه مراقبت می‌پردازد تا جمعی از این مراقبت سود برند و یا دیگران را از صدمه‌ای بر حذر دارد [۸].

آلتروویسم ملغمه‌ای از عوامل داخلی و خارجی است که هم اجازه می‌دهد که فرد مسؤلیت مراقبت از دیگری را به عهده بگیرد و هم ترغیب می‌کند عاشقانه و از روی میل درونی به ارائه

مراقبت بپردازند و در واقع حالتی تقدیس وار به مراقبت می‌دهد [۹].

از نظر سنتی حرفه پرستاری و حرف مرتبط با مراقبت با حالاتی از آلتروویسم همراه بوده است و در واقع بیانگر ارائه یک نوع خدمت از طرف فردی بدون هیچگونه چشم داشت برای دیگران بوده است. در واقع آن را به حالتی مثل مراقبت مادر از کودک خود تشبیه کرده‌اند [۱۰].

بحتهای زیادی در این زمینه در بین روانشناسان وجود داشته و دارد که چه چیزی منجر به تحریک حس آلتروویستیستیک در افراد در مواجهه با دیگر افراد و یا پدیده‌های اطراف خود می‌شود. گورملی^۳ (۱۹۹۶) شواهدی از ارتباط بین عواطف انسانی مثل بروز اظهار همدردی، نگرانی نسبت به دیگران، درک دیگران و مسؤلیتهای اجتماعی و رفتارهای آلتروویستیستیک نشان داده است [۸].

غالباً این گونه مطرح بوده است که کار پرستاری ماهیتاً مبنای آلتروویستیستیک دارد و افرادی جذب این رشته می‌شوند که علاقه کمک به افراد بیمار را داشته باشند. دونا هو^۴ (۱۹۹۱) در همین رابطه بیان می‌دارد که ارائه مراقبت در مجموعه خدمات پرستاری چیزی بیش از ترکیب حقایقی علمی با تکنیکهای عملی است. در حقیقت ملغمه‌ای متعادل از علم، مهارت و معنویت است؛ اگرچه می‌توان با مهارت مختصری به ارائه یک مراقبت پرداخت اما قطعاً با معنویت کم نمی‌توان یک مراقبت مطلوب ارائه داد. در هر حال انجام مراقبت از این نظر مراقبت را معنادارتر و انسانی‌تر می‌کند و در واقع یک عنصر انسانی را با یک مهارت عملی ادغام می‌کند.

یکی دیگر از درونمایه‌های مهم و مستتر در این مطالعه «روتین‌مداری» کار پرستاری بوده است که تقریباً این مسأله برای هر پرستار ایرانی امری بدیهی و قابل پذیرش است. تبعیت از آنچه بخش و سرپرستار انتظار دارد نه نیاز بیمار شالوده اصلی این درونمایه را تشکیل می‌دهد.

پیروی از روتینهای بخش یکی از مسائل مهم پرستاری بوده است، هر روتین در واقع یک ارجحیت خاص را در آن سیستم منعکس می‌کند. دانشجویانی که برای کارآموزی وارد هر بخش

«بیمار-محوری» و با تاکید بر حفظ تمامیت وجودی بیمار و نیازهای منحصر به فرد او با ارائه فرایند پرستاری اختصاصی مورد اجماع همه صاحب نظران پرستاری بوده و عملاً رویکرد روتین مداری دیگر جایگاهی در سیستم پرستاری دنیا ندارد [۱۴].

درونمایه دیگر استخراج شده بیانگر این پارادیم است که در سیستم پرستاری ایران اصولاً «مراقبت» و «پرستاری» یک معنا داشته و پرستاران شرکت کننده در این تحقیق اصولاً تفکیکی بین پدیده های مراقبت و پرستاری قائل نبوده و نیستند.

بررسی عمیق تر موضوع مبین آن است که اصولاً پرستاری و مراقبت با یکدیگر آمیخته شده اند [۱۹، ۱۵] و در بیشتر مواقع به جای یکدیگر به کار می روند و از نظر تاریخی نیز ریشه های مشترکی دارند. عموم مردم نیز بین این دو تفاوت خاصی قائل نیستند و حتی بسیاری از تئوریسینهای پرستاری نیز همین عقیده را دارند، چنانچه لنینگر (۱۹۸۴) در هنگام تبیین تئوری منحصر به فرد پرستاری خود، با این پیش فرض آغاز می کند که «مراقبت پرستاری است و پرستاری هم مراقبت» [۲۰]. بسیاری از صاحب نظران پرستاری مراقبت را اساس پرستاری فرض کرده [۲۱، ۲۲] و یا آن را قلب مداخلات پرستاری می دانند [۲۳]. اگرچه بعضی دیگر از آنان، ارائه مراقبت را هدف نهایی ندانسته و بر تأمین «راحتی» بیمار تأکید می ورزند [۲۴]، به نظر گروه اخیر ارائه مراقبت هدف نیست بلکه مراقبتی موثر تلقی شده و توصیه می شود که تأمین کننده راحتی بیمار باشد، اما بهر حال مسلم است که پرستاری و مراقبت غالباً به هم تنیده اند.

در مطالعه ای مشابه که به وسیله مک کنس^۱ (۱۹۹۶) انجام شده وی به روشن سازی واژه مراقبت همت گماشت. مک کنس در این مطالعه از روش تجزیه و تحلیل مفهومی ۹ مرحله ای استفاده کرد. وی در ابتدا به مهم بودن معنای واقعی مفهوم مراقبت اشاره داشته است و بعد از لزوم پرداختن به این تحقیق در مرحله اول از تمام منابع ممکن در خصوص تجزیه و تحلیل مراقبت استفاده کرده است. وی روش واکر و اوان (۱۹۹۵) و روش مودی (۱۹۹۰) را برای تجزیه و تحلیل خود به کار برده

می شوند غالباً در ابتدای امر به دنبال یافتن روتین بخش می باشند تا خود را با آن هماهنگ ساخته و از این طریق مقبولیت بیشتری نزد پرسنل شاغل در آن بخش پیدا کنند. در این سیر ممکنست آنان حتی پروسیجرهای آموخته شده قبلی خود را نیز به اشتباه با روتین بخش تطبیق دهند. حتی روتینها بر سایر خدمات نیز غلبه می کنند.

در بخشهایی که بیماران با پاتولوژیهای مشابه بستری می شوند، حاکمیت روتینها منجر به انجام کارهای مشابه در زمانهای مشخص (مشابه) و با کیفیت مشخص برای همه آنها می شود و بنابراین خدمات پرستاری به صورت طبقه ای انجام می گیرد [۱۰]. از این روست که مشاهده می شود تسلط روتین ارائه خدمات واحد و منحصر برای هر بیمار و در واقع اجرای فرایند پرستاری اختصاصی برای هر بیمار را تحت الشعاع خود قرار می دهد. با روتین خدمات از حالت «بیمار محوری» به «بیماری محوری» تغییر جهت می دهد که از تبعات دیگر آن احساس ایجاد شکاف عمیق بین تئوری و عمل می باشد [۱۱].

یکی دیگر از پی آمد های روتین محوری «عادت انگاری» است. در این حالت از شدت عکس العملهای پرستار در طول زمان به محرکهای مداوم و تکراری کاسته می شود، این محرکها می توانند محرکهای فردی، اجتماعی و حتی محرکهای حرفه ای باشند. عادت انگاری همچنین «منجر شدن به ایجاد حس بی تفاوتی نسبت به پدیده های اطراف» نیز تعریف شده است. بنابراین در این حالت همه آن عواملی که در حالات معمولی می توانند تحریک کننده، آگاه کننده و یا خطر آفرین باشند از طرف آنان نادیده انگاشته می شود [۱۲].

مجموعه همه این حالات سبب «حساسیت زدایی» در برخورد با بیماران و نیازهای آنان می شود. از این نظر هر اتفاقی که برای بیمار بیفتد، مهم نیست! و امری طبیعی تلقی می شود و البته این خود منجر به گذاری ناآگاهانه و به اجبار از همه مسائل اخلاقی حرفه نیز می شود [۱۳].

به این ترتیب امروزه روتین محور بودن کار پرستاری به عنوان نقیصه ای جدی در پرستاری مطرح است و تلاش همگانی به منظور جایگزین کردن آن با روشهای مبتنی بر

تعریف مختلف از مراقبت را که به وسیله ۳۵ نویسنده مختلف در ۳۵ مقاله مورد استفاده قرار گرفته بود، تجزیه و تحلیل کردند، و در نهایت به پنج جنبه مختلف در پایان مطالعات خود دست یافتند که عبارت بودند از مراقبت به عنوان یک: حالت انسانی، عمل اخلاقی، عمل عاطفی، ارتباط بین فردی، و بالاخره مداخله پرستاری [۲۷].

در مطالعه حاضر نیز مشخص شد که پرستاران وظیفه مدار و کار محور بوده و بنابراین تمرکز خاصی بر مدل بیومدیکال و کسب هر چه بیشتر مهارت‌های فنی حرفه پرستاری می‌کند. علاوه بر این، روش تقسیم کار در پرستاری ایران عملاً این ویژگی را تشدید و ترویج می‌کند. این نوع تقسیم کار که در سیستم مراقبت محوری پرستاری دنیاتقریباً منسوخ شده است، روش متداول و جاری مورد استفاده در سیستم پرستاری ایران می‌باشد. اگر چه انتخاب این روش تقسیم کار ناشی از کمبود پرسنل پرستاری در بخشها است و گرچه در آموزش دانشجویان روشی مناسب تلقی می‌شود، اما رویکرد مراقبتی آن قطعاً ضعیف بوده و منجر به «ماشینی شدن» یک کار کاملاً انسانی می‌شود.

ملمستن^۱ (۱۹۹۹) ضمن اشاره به وضعیت فوق، بیان می‌دارد که در این حالت به علت غالب بودن مدل بیومدیکال، پرستاران تمایل پیدا می‌کنند که در بخشهای ویژه و بخشهایی با مهارت‌های تکنیکی بالا کار کنند. بنابراین نتایج حاصل از این فرایند، پدیدارشدن «پرستاران طبی» به جای «پرستاران مراقبتی» می‌شود و این همان وضعیتی است که ارزشهای طبی (مهارت‌های تشخیصی و درمانی) به عنوان هنجارهای حرفه‌ای درونی شده و نهایتاً منجر به حفظ وضعیت «زیر گروه گروه دیگری بودن» می‌شود که این وضعیت عملاً فرایند حرفه‌ای شدن و هویت حرفه‌ای پرستاران را به مخاطره انداخته است [۲۸]. اوبرایان^۲ (۲۰۰۲) اوبرایان^۳ (۲۰۰۲) در همین رابطه به فرق محسوس هویت حرفه‌ای پرستارانی که در بخشهای روتین محور کار می‌کنند، در مقایسه با پرستارانی که در بخشهای مراقبت محور کار می‌کنند اشاره داشته است [۲۹].

است. در مطالعه او مشخصات تعیین کننده مراقبت عبارتند از: توجه ویژه، فراهم کردن راحتی فرد، نگرانی داشتن در مورد فرد و احترام و دوست داشتن که در مورد نمونه و فرضی خود آن را به خوبی مشخص ساخته است. مک کنس در پایان مطالعه خود به این اصل مهم اشاره داشته است که مفهوم مراقبت از فردی به فرد دیگر، از ملیتی به ملیت دیگر و از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت است و در هر منطقه باید در این خصوص تحقیقات مشابهی صورت پذیرد [۲۵].

در تحقیق دیگر که پارکر^۱ و همکاران (۱۹۹۰) در خصوص مفهوم مراقبت انجام دادند آنان متذکر شده‌اند که تحقیقات و مطالعات انجام شده اخیر که در خصوص تفسیر مراقبت به عنوان پایه و اساس پرستاری و به روش کمی انجام شده است بیشتر گمراه کننده بوده است تا روشن کننده. برای مثال تفاوت مراقبت (به‌طور عام)، درمان قطعی^۲ (شفا) و مراقبت اختصاصی پرستاری، هنوز هم به خوبی روشن نیست و خود مفهوم مراقبت پرستاری نیز مشخص نیست که مراقبت و مواظبت کردن از کسی^۳ است یا ارائه مراقبت پیرامون یا در مورد کس^۴ [۲۶].

مورس^۵ و همکاران با استفاده از روش تجزیه و تحلیل محتوی ابتدا به تجزیه و تحلیل ۳۵ تعریف ارائه شده از مراقبت به وسیله متخصصان پرستاری اقدام کرده و آنگاه به تجزیه و تحلیل این مفهوم پرداختند. به این ترتیب ۵ طبقه بندی کلی از مفهوم مراقبت به دست آمد که عبارت بود از مراقبت به عنوان یک:

۱- یک تعامل انسانی ۲- یک مداخله درمانی ۳- یک عمل اخلاقی ۴- یک تأثیر متقابل ۵- یک ویژگی انسانی.

نویسندگان خاطر نشان ساخته‌اند که یک تعریف مفهومی صریح و روشنی از مراقبت وجود ندارد و تا هنگامی که این معنا به طور رضایت بخشی تعریف نشود تحقیق کردن بر آن جایز نیست [۲۷]

مسئله تفاوتها و سردرگمیهای ناشی از ابهام در مورد مفهوم مراقبت همچنین به وسیله صاحب نظرانی همچون مورس، سولبرگ، نیندر، بوتارف و جانسون (۱۹۹۰) نقد شده است. آنها ۳۵

1. Parker
2. Cure
3. Take care of
4. Caring about
5. Morse

۳- نتیجه گیری

در این تحقیق کیفی، مفهوم مراقبت بالینی پرستاری همراه با تجربه مراقبت گروهی از پرستاران بررسی شده است. منابع اطلاعاتی شامل منابع و متون ادبی، مقالات علمی در زمینه مراقبت، تصاویر مراقبتی، مشاهده مراقبت بالینی پرستاران و شرح حکایات ثبت شده آنان در زمینه مراقبت بود که بررسی و مطالعه شد، همچنین مصاحبه انفرادی و گروهی با پرستاران و در واقع ارائه دهندگان مراقبت بالینی نیز از منابع اصلی دیگر در جمع آوری داده ها بود. در این تحقیق در واقع پارادیم حاکم بر مراقبت بالینی حرفه ای از جنبه های گوناگون بررسی شده است. درونمایه های آلتروویسم، نوع دوستی، روتین محوری در ارائه مراقبت از درونمایه های اصلی استحصال شده بود. همچنین غالب بودن مدل بیومدیکال در ارائه مراقبت پرستاری عملاً کلیت این مفهوم را تحت الشعاع خود قرار داده و با کم رنگ کردن بعد انسانی مراقبت در مواردی آن را نیز به مخاطره انداخته است. به طور کلی در ایران پدیده مراقبت برای پرستاران تعریف نشده است و آنان صرف انجام خدمات پرستاری را در واقع مراقبت می پندارند و از این منظر افتراقی بین مراقبت و پرستاری

۵- منابع

قائل نبوده و نیستند. در واقع نگرش راهوارگونه آنان به ارائه خدمات از پیش تعیین شده هدایت کننده کار پرستاری در بخشها می باشد و لذا رضایت سرپرستار موقعی تامین می شود که از مجموعه کارهای روتین مشخص شده بخشی حذف نشده باشد و یا همه آنان به طور مطلوب انجام شده باشد. اگر چه کمبود مشهود پرسنل پرستاری در همه بخشها یکی از عوامل اصلی در تقسیم کار عمل گرا در پرستاری ایران می باشد و در واقع شاید چاره ای جز این هم نباشد، اما به هر تقدیر محور کار پرستاری نه بیمار بلکه انجام «روتین بخش» می باشد. ضرورت تغییر در نظام آموزش پرستاری و توجه بیشتر به مفهوم مراقبت پرستاری و تربیت پرستاران مراقبتی به جای پرستاران طبی از جمله ضرورت هایی است که مدیران پرستاری و سیاستگذاران حرفه ای می بایست توجه جدی به آن مبذول دارند.

۴- تقدیر و تشکر

این مقاله محصول طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران بوده و با حمایت مالی آن معاونت به مرحله اجرا رسیده است و لذا بدینوسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را نسبت به مدیریت و کارکنان زحمتکش آن معاونت اعلام می داریم.

- [1] Arndt MJ. Caring as everydayness. J Holist Nurs 1992; 10(4): 285-93. Reading, MA: Addison-Wesley Co. 1984; pp:140-56.
- [2] Banpton E, Cunningham WC Kyle J. What nurses do? Canad Nurse 1986; 82(7): 33-37.
- [3] Benner P. Interpretive phenomenology: embodiment, caring, and ethics in health and illness. Thousand Oak, CA: Sage Publications;1994. pp:36-72.
- [4] Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. [5] Burnard P, Morrison P. Caring and communicating, 2nd, London: McMillan Co, 1997; pp: 7-12.
- [6] Clark JD. The unique function of the nurse, Int Nurs Rev 1997; 44(5):144-52.
- [7] Lynch S. The discipline of nursing, Australian Catholic University Site, School of Nursing, 2000, Available from: <http://www.acu.edu.au/mcauley/lynh>

- [8] Gormley KJ. Altruism: a framework for caring and providing care. *Int J Nurs Stud* 1996; 33(2): 581-88.
- [9] Donahue MP. Inquiry, insights and history The spirit of nursing. *J Prof Nurse* 1991; 7(3): 149
- [10] Yam BMC Rossiter JC. Caring in Nursing: Perceptions of Hong Kong nurses. *J Clin Nurs*, 2000; 9(4): 293-302.
- [11] Buller S, Butterworth T. Skilled nursing practice: a qualitative study of the elements of nursing, *Int J Nurs Stud* 2001; 38(4): 405-17.
- [12] Foong AL, Rossiter JC, Chan PT. Socio-cultural perspectives on the image of nursing. the Hong-Kong dimension *J Adv Nurs* 1991; 29(3): 542-48.
- [13] Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research for nurses*, New York: Blackwell Science Co 1996; pp: 212-232.
- [14] Papes K, Brinbach N, Sanders E. Mobilizing the public in support of quality nursing care. *Int Nurs Rev* 1997; 44(5): 153-56
- [15] Roger J. Declining altruism in medicine. *BMJ* 2002; 324 (7338): 624-25.
- [16] Chapman R, Orb A. The nursing student lived experiences of clinical practice, *AEJNE*, 2000; 5(2), Available from: <http://www.Scu.au/shools/nhcp/ojne/archive/vol5-2/chapmanvol5-2.html>
- [17] Sadala M. Taking care as a relationship: a phenomenological view, *J Adv Nurs* 1999; 30(4): 808 – 17.
- [18] Salsberry P J. A philosophy of nursing: What is it ? What it is not? In: *Developing a philosophy of nursing*. By Kikuchi JF, Simmons H. Thousand Oak, CA: Sage Publication, 1994; p. 31-75.
- [19] Wainwright P. The art of nursing, *Int J Nurs Stud* 1999; 36(5): 379-85
- [20] Leininger MM. *Care: the essence of nursing and health*, Detroit: Wayne State University Press; 1984; pp: 3-11.
- [21] Barker P. Perfection on caring as a virtue ethic within an evidence-based culture. *Int J Nurs Stud* 2000; 37(3): 329-36.
- [22] Barker PJ, Reynold W, Ward T. The proper focus of nursing: a critique of the caring ideology. *Int J Nurs Stud* 1995; 32(12): 386-97.
- [23] Sourial S. An analysis of caring. *J Adv Nurs* 1997; 26(6): 1189-1192.
- [24] Morse JM, Field PA. *Qualitative research methods for health professionals*. Thousand Oak, CA: Sage Publication, 1995; pp. 45-69.
- [25] Maccance T, Mackenna H, Boone J. Caring : theoretical perspectives of relevance to nursing. *J Adv Nurs* 1999; 30(6): 1388-95.
- [26] Parker J. *The art and science of nursing In Context of nursing: an introduction*. By: Dalys, Speedy, Jackson, Sydney: MacLennan & Petty Co. 2000. pp.12-23.
- [27] Morse JM, Solberg S, Neander W, Bottorff J, Johnson, J. Concepts of caring and caring as a concept. *ANS Adv Nurs Sci* 1990; 13(1): 1-14.
- [28] Malmsten K. *Reflective assent in basic care: a study in nursing ethics*. Uppsala: University Press; 1999; pp: 247-60.
- [29] O'Brien K. *Nursing: what it is and what it is not*. 2002, Available from: <http://redgum.bendigo.latrobe.edu.au/~obrien/defnurs1.htm>