تبیین چالش‌های سیاست‌گذاری حرفه پرستاری؛ یک مطالعه کیفی

علی جدیدی[۱]، رویا امینی[۲]، زهرا مرضیه حسنیان[۳*]، زهرا مقصودی[۴]، محمدرضا رضوی[۴]

۱. دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک. اراک، ایران. دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۲. گروه پرستاری بهداشت جامعه ، دانشکده پرستاری و مامایی. دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۳. گروه پرستاری ، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان ، همدان ، ایران.
۴. دانشجوی دکتری پرستاری ، مرکز پژوهش دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی همدان ، همدان ، ایران.

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره دوازدهم/ شماره ۱/ بهار و تابستان ۱۴۰۰

چکیده

مقدمه: پرستاری بزرگترین حرفه موجود در نظام سلامت می‌باشد که متاثر از فرایند سیاست‌گذاری مدیران بخش سلامت می‌باشد. با این وجود پرستاران نقش کم رنگی در سیاست‌گذاری خدمات پرستاری دارند. این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های سیاست‌گذاری حرفه پرستاری در قالب یک مطالعه کیفی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش کیفی حاضر از نوع تحلیل محتوی بود. جامعه پژوهش شامل مدیران، اساتید و برنامه ریزان پرستاری بودند که به صورت مبتنی بر هدف انتخاب شدند. جهت جمع آوری اطلاعات و استخراج نظر مشارکت کنندگان، مصاحبه های نیمه ساختار یافته با آنان انجام شد. پس از پیاده سازی متن مصاحبه ها تجزیه تحلیل آنها با روش تحلیل محتوی قراردادی صورت گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه ۱۴ مصاحبه با تصمیم گیران ارشد پرستاری (۱۰ نفر زن و ۴ نفر مرد) انجام شد که متوسط سابقه مدیریت افراد ۹/۲ ± ۴/۳ سال بود. ۱۱ نفر از آنها کارشناس و مابقی کارشناس ارشد بودند. پس از تحلیل داده‌ها در نهایت دو طبقه اصلی «چالش‌های برون سازمانی و چالش‌های درون سازمانی » به دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد چالش‌های عمده در سیاست‌گذاری حرفه پرستاری در دو طبقه اصلی فراسازمانی شامل سیاست‌های بالادستی معیوب و عدم درک اقتضائات حرفه توسط قانون‌گذاران و درون سازمانی شامل کمبود صلاحیت سیاست‌گذاران، تأثیر پذیری از سایر حرفه‌ها و ضعف در اجرای سیاست‌ها می‌باشد که جهت رفع این چالش‌ها اقدامات متناسب ضروری است.

کلمات کلیدی: سیاست‌گذاری، حرفه پرستاری، تصمیم سازی

آدرس مکاتبه: همدان. دانشگاه علوم پزشکی همدان. مرکز تحقیقات مراقبت در منزل.

Email: Hassanian@ umsha .ac.ir

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-08-29]

مقدمه

مأموریت اصلی نظام سلامت ارتقای سطح سلامت و پاسخ گفتن به نیازهای تندرستی مردم و جامعه است. نیازهایی که تحت تأثیر شرایط مختلف در حال تغییر است. از سوی دیگر بیماری ها و عوامل مخاطره آمیز هم دائما در حال تغیر می‌باشد ایجاد تحول و ارتقائ مستمر در نظام سلامت یک نیاز ضروری است. این تحولات همواره سیاست‌گذاران و مدیران حوزه سلامت را وادار به مطالعه، اندیشیدن، استدلال، خلاقیت و نوآوری می نماید (۱). امروزه فرآیند سیاست‌گذاری از طیف خرد فردی، سلیقه ای، تجربه نشده، به سمت خرد جمعی، برخوردار از تجارب دیگران و با تأکید بر پیش بینی و ارزیابی مزایا و معایب احتمالی در حال جابجا شدن است. سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد یکی از رویکردها و اصولی برای حرکت از طیف صرفاً شهودی و ناخودآگاه به طیف برخوردار شدن از منطق علمی و با در نظر گرفتن تمامی جنبه های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی جامعه و ظرفیت های سازمانی می‌باشد (۲). سیاست‌گذاری فرآیندی سیاسی، پویا و پیچیده است که در بخش سلامت به دلیل ماهیت خاص این بخش، اغلب موضوعات مرتبط با مرگ و زندگی را در بر می گیرد. در بسیاری مواقع، سلامت تحت تأثیر بسیاری از تصمیماتی است که ممکن است ارتباط مستقیمی با مراقبت‌های سلامتی نداشته باشد. سیاست‌گذاری در بخش سلامت بر نقش تولیتی و مسئولیت گسترده کسانی که سکان هدایت نظام سلامت را در دست می گیرند تأکید دارد (۳).

پرستاری بزرگترین حرفه موجود در نظام سلامت می‌باشد و پرستاران می توانند نقش مهمی در سیاست‌گذاری سلامت ایفا کنند، با اینحال چالش‌های مهمی در این راستا وجود دارد (۴). علی رغم اهمیت حرفه پرستاری و تعداد زیاد شاغلین در این حرفه، به نظر می‌رسد پرستاران نقش چندانی در سیاست‌گذاری خدمات پرستاری ندارند. در سال‌های اخیر، مدیران ارشد نظام سلامت کشور و وزیران مختلف بهداشت درمان و آموزش پزشکی بر اهمیت سیاست‌گذاری‌هایی تأکید کرده‌اند که با توجه به بهترین شواهد و نتایج مطالعات علمی و با توجه به شرایط کشور و دیدگاه صاحب‌نظران و ذی‌نفعان کلیدی شکل گرفته باشند (۳).

بر این اساس پرستاران بهترین افرادی هستند که می توانند در مورد موضوعات مرتبط با حیطه پرستاری سیاست‌گذاری نمایند (۵). بنابراین، حیطه مراقبت بسیار گسترده بوده و فقط شامل اموری که مستقیماً بر بالین بیمار انجام می شود نیست. لذا تمام اموری که مستقیم یا غیر مستقیم موجب بهبود کیفیت مراقبت می شود را می توان جزئی از حیطه مراقبت در نظر گرفت بنابراین موضوع یاد شده نمی تواند به عنوان یک چالش اساسی در سیاست‌گذاری مرتبط با حرفه پرستاری مطرح شود. از دیگر چالش‌هایی که دیگر محققان در سیاست‌گذاری نظام سلامت در ارتباط با حرفه پرستاری بیان می کنند، جبران خدمت نامناسب و بی توجهی نظام سلامت به اهمیت خدمات پرستاری است (۶). در حالی که بر اساس مدل های انگیزشی پرداخت های بالا الزاماً با بهبود کیفیت خدمات مرتبط نیست (۷). از سویی به نظر می‌رسد ضعف گفتمان متقابل بین پرستاری با سایر نهادهای نظام مراقبت سلامت، عدم تمایل این نهاد ها به شناخت پرستاری و عدم دخالت پرستار در سیاست‌گذاری های مرتبط با رشته به دلیل تعارض منافع از چالش‌های مهم موجود در این زمینه باشد که چندان مورد توجه قرار نگرفته است (۵). همینطور تعدد مراکز سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی درحوزه سلامت را می توان یکی دیگر از چالش‌های وزارت بهداشت و درمان در حوزه پرستاری عنوان کرد اما به دلیل کمبود شواهد کافی در این زمینه نمیتوان به طور قطع این موارد را به عنوان چالش‌های موجود در سیاست‌گذاری مرتبط با پرستاری عنوان کرد (۸).

به دلیل اینکه اظهار نظر در مورد موضوعات تخصصی می بایست بر اساس شواهد قوی و مستدل باشد (۳)، لذا با توجه به کمبود شواهد کافی در زمینه سیاست‌گذاری مرتبط با پرستاری هنوز به طور قطع نمی توان گفت کدام چالش‌ها مهمترین موانع بر سر راه پرستاران در جهت سیاست‌گذاری مرتبط با حرفه خود هستند. با توجه به آنچه گذشت سیاست‌گذاری های مرتبط با حرفه پرستاری در نظام سلامت از کیفیت مطلوبی برخوردار نمی‌باشد که عوامل مختلفی در این زمینه دخیل می‌باشند. یکی

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-08-29]

از راه‌های شناخت این عوامل بررسی موضوع می‌باشد. به اعتقاد بیوس[1] و همکاران محققان سیاست‌گذاری می توانند با همکاری اعضای یک ائتلاف به شناخت ابعاد مختلف سیاست‌ها و تأثیری که این سیاست‌ها بر مجموعه های کاری آنها دارد کمک کرده و آنها را در اتخاذ سیاست‌های مناسبتر یاری کنند (۹).

با توجه به اینکه مطالعات اندکی در این زمینه صورت گرفته است، شناخت عوامل موثر در سیاست‌گذاری های نامناسب در حوزه پرستاری می تواند منجر به رفع برخی موانع در زمینه سیاست‌گذاری های مرتبط با حرفه پرستاری گردد. لذا این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های سیاست‌گذاری حرفه پرستاری به صورت یک پژوهش کیفی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش کیفی بود که با استفاده از روش آنالیز محتوای قراردادی انجام شد. جامعه پژوهش مدیران پرستاری، اساتید و برنامه ریزان پرستاری و پرستاران بالینی بودند. مشارکت کنندگان این پژوهش به صورت مبتنی بر هدف انتخاب شدند. شرایط آنان دارا بودن پست مدیریتی در حکم کارگزینی به مدت حداقل ۵ سال و تمایل به همکاری با پژوهشگران بود. روش اصلی جمع آوری داده‌ها در این مطالعه، مصاحبه های نیمه ساختار یافته فردی بود. همچنین از یادداشت در عرصه نیز استفاده شد. مصاحبه ها بنا به نظر مشارکت کنندگان در محیطی که راحتی بیشتری داشته باشند مانند محل کار یا دانشکده صورت گرفت. مصاحبه ها با بیمار با یک سوال کلی و باز مانند"به نظر شما چه مشکلاتی در سیاست‌گذاری حرفه پرستاری وجود دارد؟ توضیح دهید" شروع شد. براساس پاسخ های مشارکت کنندگان از آنها خواسته میشد که به سوالاتی نظیر"لطفا در این باره بیشتر توضیح دهید؟"، "منظورتان چیست" با وضوح بیشتری پاسخ دهند. در پایان هر مصاحبه نیز با طرح سوالی مانند "آیا نکته‌ای هست که نگفته باشید؟"مشارکت کنندگان به ارائه توضیح بیشتر تشویق میشدند. هر مصاحبه با توجه به نوع پاسخ مشارکت کننده و در نظرگرفتن سوالات اصلی پژوهش به طور فردی پیش میرفت. جمع آوری داده‌ها با استفاده از نمونه گیری مبتنی بر هدف تا رسیدن به اشباع، ادامه یافت. در این مطالعه به دنبال ۱۲ مصاحبه اشباع داده‌ها حاصل شد و طبقات اولیه شکل گرفت. مصاحبه های بعدی برای اطمینان بیشتر انجام شد اما اطلاعات حاصل مصاحبه های آخر تکرار مجدد اطلاعات به دست آمده قبلی بود و آنها را اثبات یا تایید می کرد و طبقات جدیدی تشکیل نشد. مصاحبه ها بین ۳۴ تا ۴۵ دقیقه (میانگین۳۹ دقیقه) طول کشید. زمان و مکان مصاحبه ها با توافق شرکت کنندگان انتخاب شد. تمام مصاحبه ها با کسب رضایت کتبی از مشارکت کنندگان، ضبط شد.

آنالیز داده‌ها

به منظور تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل محتوی قراردادی استفاده شد. بدین ترتیب که محتوای ضبط شده مصاحبه‌ها پس از چند بار گوش دادن، سپس کلمه به کلمه تایپ شد. پس از خواندن دقیق مطالب و تطبیق آن‌ها با یادداشت‌های تهیه‌شده، واحدهای معنایی مشخص شدند، سپس کدهای مرتبط استخراج شده و بر اساس مشابهت ها و سطح انتزاع برچسب خورده و در زیرطبقات قرار گرفتند. زیر طبقات نیز به طبقات تبدیل شده و در نهایت تمها شکل گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم افزار MAXQDA نسخه ۲۰۱۰ انجام شد که یک نرم افزار تخصصی برای تحلیل داده‌های کیفی است و موجب تسهیل کدگذاری و چینش آن ها در طبقات می شود.

صحت و استحکام داده‌ها

گوبا و لینکلن چهار معیار را برای صحت و استحکام داده‌های کیفی مطرح کرده‌اند (۱۰). در این مطالعه اعتبار داده‌ها، از طریق درگیر شدن طولانی‌مدت با داده‌ها و صرف زمان کافی برای جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها، تلفیق در منابع اطلاعاتی، به‌کارگیری روش‌های چندگانه جهت جمع‌آوری اطلاعات نظیر مصاحبه و یادداشت‌های در عرصه، بازنگری توسط همکاران و بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان بررسی گردید. انتقال‌پذیری نیز از طریق تأیید اطلاعات کسب شده توسط دو فرد خارج از پژوهش که موقعیت‌های مشابه مشارکت‌کنندگان در پژوهش را

[1] . Buse

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-08-29]

داشتند، مورد بررسی قرار گرفت. برای تاییدپذیری، پژوهشگر روند پژوهش و مسیر تصمیمات را به دقت ثبت و گزارش نمود و امکان پیگیری تحقیق را برای دیگران فراهم کرد. برای بررسی همسانی نیز از روش ناظرین خارجی (دو نفر از اساتید پرستاری دانشکده پرستاری) برای بررسی مشابهت درک آن‌ها با پژوهشگر و جستجو برای موارد مغایر استفاده شد.

یافته‌ها در این مطالعه ۱۴ مصاحبه با تصمیم‌گیران ارشد پرستاری انجام شد که متوسط سابقه مدیریت نمونه ها ۹/۲ ± ۴/۳ سال بود. جدول یک اطلاعات دموگرافیک نمونه های مطالعه را نشان می دهد.

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک نمونه های مطالعه

متغیر		میانگین/فراوانی	انحراف معیار/درصد
سن		۳۷/۶	۵/۶
جنس	مرد	۴	۲۸/۵
	زن	۱۰	۷۱/۵
تحصیلات	کارشناسی	۱۱	۷۸/۵
	کارشناسی ارشد	۳	۲۱/۵
سابقه کار		۱۷/۱	۹/۸
سابقه مدیریتی		۹/۲	۴/۳

در مطالعه حاضر پس از تحلیل داده‌ها در نهایت دو طبقه اصلی «چالش‌های برون سازمانی و چالش‌های درون سازمانی » به دست آمد (جدول شماره ۲).

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-08-29]

جدول ۲. زیر طبقات، طبقات فرعی و اصلی استخراج شده از مصاحبه ها

طبقات اصلی	طبقات فرعی	زیر طبقات
چالش‌های فراسازمانی	سیاست‌های بالادستی معیوب	تخصیص منابع مالی ناکافی
		توجه ناکافی به مقوله سلامت در سیاست‌های کلان
	عدم درک اقتضائات حرفه توسط قانون‌گذاران	توجه به سود آوری به جای سلامت
		نداشتن درک درست از موضوع سلامت/ مراقبت
چالش‌های درون سازمانی	کمبود صلاحیت سیاست‌گذاران	نبود شایسته سالاری
		آشنایی ناکافی مدیران با بالین
		عدم آشنایی با اصول سیاست‌گذاری
		ناآشنایی با قوانین و چارچوب‌ها
	تأثیر پذیری از سایر حرفه‌های	دخالت پزشکان در تصمیم سازی
		نداشتن قلمرو مشخص در حرفه پرستاری
		نقص در تعامل بین حرفه ای
	ضعف در اجرای سیاست‌ها	ذینفع بودن سیاست‌گذاران
		تطابق نداشتن سیاستها با شرایط موجود
		نقص در تعامل درون حرفه ای

۳,۱. چالش‌های فراسازمانی

چالش‌های فراسازمانی نتیجه پاسخ مشارکت‌کنندگان به مشکلاتی از قبیل سیاست‌های بالادستی معیوب و عدم درک اقتضائات حرفه توسط قانون گذاران در حرفه پرستاری بود.

۳,۱,۱. سیاست‌های بالادستی معیوب

بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان، برخی از سیاست‌گذاران بالادستی که خود هیچ تمایل و علاقه‌ای به شرکت پرستاران در تصمیم‌گیری های کلان ندارند با تخصیص منابع مالی ناکافی باعث ایجاد یک چالش مهم در سیاست‌گذاری در حرفه پرستاری می شوند. از سوی دیگر برخی از این مسئولین سیاست را به عنوان یک اولویت در سیاست‌های کلان در نظر نمی گیرند. در این رابطه یک سرپرستار بیان کرد که:

"به نظرم کسانی که اون بالا نشستن و برای پرستاری تصمیم می‌گیرن، کسانی هستن که غیر حرفه‌ای بوده و نسبت به این حرفه تعصب ندارن" (سرپرستار خانم)

"بعضی محدودیت ها از بالاست مثلا کمبود بودجه و امکانات باعث میشه بعضی سیاست‌ها اجرایی نشن" (سرپرستار آقا)

۳,۱,۲. عدم درک اقتضائات حرفه توسط قانون گذاران

نمونه های مطالعه، توجه به سودآوری به جای سلامت و نداشتن درک صحیح و درست از موضوع سلامت/مراقبت را به عنوان یک عامل مهم در سیاست‌گذاری و اجرای آن بیان کردند.

"کسانی که مسئول سیاست‌گذاری هستند و پستهای مدیریتی دارند به طور کامل از سلامت به دور هستند و اصلا درک درستی از نیازهای این رشته ندارند چون اصلا وارد این مقوله نشدند اگر پرستار و یا پزشک باشند همون اول خودشونو از بالین جدا کردند و چسبیدن به مدیریت بعضی وقت ها هم که اصلا از مدیران ارتباطی با سلامت ندارن" (سرپرستار خانم)

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-08-29]

"در سیاست‌گذاری اولویت این است که ما بهترین کار رو انجام بدیم در حالی که کمترین هزینه و بیشترین سود داشته باشیم، اما متاسفانه در جامعه ما چیزی که دیده میشه فقط کم کردن امکانات است؛ مثلا خیلی از کارهای مفید هست که به دلیل کمبود منابع و بودجه و سودآوری بیشتر انجام نمیشه" (سرپرستار خانم)

۳,۲. چالش‌های درون سازمانی

صلاحیت پایین پرستارانی که وظیفه سیاست‌گذاری بر عهده دارند و همچنین تأثیرپذیری حرفه پرستاری از سایر حرفه‌ها و ضعف در اجرای سیاست‌ها از جمله چالش‌های درون سازمانی توسط نمونه های مطالعه بیان شد.

۳,۲,۱. صلاحیت پایین سیاست‌گذاران

نبود شایسته سالاری، عدم آشنایی با اصول سیاست‌گذاری و همچنین ناآشنایی با قوانین و چارچوب ها از موارد مطرح شده بود که به عنوان زیر طبقه صلاحیت پایین سیاست‌گذاران مطرح گردید.

"اریستوکراسی و شایسته سالاری نیست و به عبارتی هیچی سرجای خودش نیست. فردی برای ما تصمیم‌گیری می کند که اصلا نمی دونه در پرستاری چه خبر است. قبلن یکی را داشتیم که کاردان فوریت بود، شاید براتون جالب باشه که بگم ایشون سوپروایزر شد و مدت ها با سواد کم همین پست و ادامه داد و کم مونده بودکه مترون هم بشه که خدا رو شکر بازنشست شد " (سرپرستار خانم)

"اگر بخوام واقیعت را بگویم اینه که هیچی سرجای خودش نیست، افرادی که تصمیم گیر هستند هیچ آشناییتی نداشته و صلاحیت سیاست‌گذاری ندارند" (سوپروایزر آقا)

"تصمیمات در عرصه پرستاری فرد محور است، کارشناسی محور نیست" (سرپرستار خانم)

"کسانی که مسئول سیاست‌گذاری هستند، جدای از بالین هستند، به نظرم باید کسانی که پستهای مدیریتی دارند باید با بالین ارتباطشان قطع نشود. مثل فرماندهی که خبر از وضعیت جبهه ها نداشته باشد" (سرپرستار آقا)

"یکی از بخشنامه ها این بود که سوپروایزرها و سرپرستارها باید دارای تحصیلات ارشد و بالاتر باشن؛ اما چون با منافع برخی افراد تضاد داشت، انو کنار گذاشتن" (سرپرستار آقا)

"بالین به تنهایی هم مفید نیست، بلکه باید با قوانین، چارچوب ها و اصول سیاست‌گذاری هم آشنا بود. هم باید آکادمیک باشد و هم حرفه ای" (سرپرستار خانم)

۳,۲,۲. تأثیرپذیری از سایر حرفه‌ها

بر اساس تجارب نمونه های مطالعه رشته پرستاری ناخواسته و یا اجبارا تحت تأثیر تصمیمات سایر رشته ها بالاخص پزشکی است. در این قسمت سه زیر طبقه دخالت پزشکان در تصمیم سازی، نداشتن قلمرو مشخص در رشته پرستاری و نقص در تعامل بین حرفه ای از موارد مطرح شده در این قسمت بود.

"این درست نیست که دیگران برای ما تصمیم بگیرند، ما باید به سمت حرفه ای گرایی حرکت کنیم هیچ کس جز پرستار نمی تواند درد این حرفه را درک کند" (سرپرستار خانم)

"در برخی مراکز بخصوص مراکز خصوصی پرستاران امنیت شغلی ندارند، به طوری که با کوچکترین نقطه ضعفی آنها را اخراج می کنند. بعضا دیده شده مترون تصمیمی گرفته که بر خلاف نظر رییس بیمارستان بوده این باعث برکناریش شد. خیلی از پرستارا اعتراض و حتی مقاومت کردند در نهایت همگی تهدید به اخراج شدیم و اینجوری شد که همه چیز تموم شد " (سرپرستار خانم)

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-08-29]

"در کشورهای پیشرفته دانشکده نقش مهمی در تصمیم سازی بالینی داره، اما در کشور ما دانشکده هیچ نقشی در تصمیمات بالینی بیمارستان ندارد" (پرستار بالین کارشناس ارشد)

"مدیر باید دستش باز باشه اگر میبینه بخشنامه یا آیین نامه مناسب با شرایط موجود نیست باید این نواقص به بالا منتقل بشه و در این سیاست‌ها تجدید نظر بشه نه اینکه کاملا مطیع و بله گوی بالادستی باشه" (سرپرستار خانم)

۳-۲-۳. ضعف در اجرای سیاست‌ها

بر اساس تجارب نمونه های مطالعه ذینفع بودن سیاست‌گذاران، تطابق نداشتن سیاست‌ها با شرایط موجود و نقص در تعامل بین حرفه ای می تواند سبب چالش در سیاست‌گذاری و در نتیجه سبب ضعف در اجرای سیاست‌ها می شود.

"من به عنوان یک سیاست‌گذار باید به بلوغ حرفه ای رسیده باشم به طوری که اول خودم رو کنار بذارم بعد تصمیم بگیرم، نه اینکه اول منافع خودم یا نزدیکانم رو درنظر بگیرم بعد دیگران را با خودم همراه کنم" (سوپروایزر خانم)

"اگر خدای علم هم باشی زیاد مهم نیست، چیزی که اهمیت داره اینه که بتونی اونا تبدیل به عمل کنی" (پرستار بالین)

"ما بیشتر توی اجرای سیاست‌ها مشکل داریم وگرنه تا دلتون بخواد تدوین سیاست داریم؛ مثلا قانون تعرفه گذاری پرستاری چند ساله که تصویب شده و از اجرا خبری نیست" (سوپروایزر خانم)

"شاید شما هم در بالین بوده باشین و دیده باشید که بعضی وقت ها یک تصمیمی میگیرن که منی که در حد پرستار کارشناس ساده در بخش هستم می دونم که اصلاً قابل اجرا نیست و باید بگم که خنده داره. شما فکرشو بکن یک بار از ما خواستن که بیمار اتاق عملو بدون اینکه پرستار بخش تحویل بده باید پرستار آی سی یو تحویل بگیره چون نیرو و امکانات کمه و نباید وقت پرستار بخش صرف تحویل بیمار بشه. شما فکرشو بکن چقد پشت این موضوع خطا بود بعد کلی درگیری این موردو لغو کردن الان شما توقع داری که اینا یک تصمیماتی بگیرن که قابل اجرا باشه من مطمینم اینا از خیلی از شرایط و ضوابط موجود خیر ندارن"(سرپرستار خانم)

بحث

در این مطالعه مشخص گردید که چالش‌های سیاست‌گذاری حرفه پرستاری در دو حیطه چالش‌های درون سازمانی و چالش‌های برون سازمانی قرار می گیرند. عواملی از قبیل عدم توجه به مقوله سلامت و مراقبت و آگاهی از وضعیت و نیازهای موجود در سلامت از حیطه چالش‌های فراسازمانی و عدم صلاحیت سیاست‌گذاران در پرستاری و ضعف در اجرا و تأثیر پذیری سیاست‌های گرفته شده از رشته های دیگر به عنوان چالش‌های درون سازمانی در نظر گرفته شد. در همین راستا چونگ و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود چالش‌های پرستار مراقبت از جامعه و راهبردهای سازگاری مراقبت‌های در منزل تسکین دهنده کودکان تبیین کردند. از مهمترین چالش‌های مطرح شده در این مطالعه شامل چالش‌های ارتباطی، آموزش و دانش ناکافی، رنج شخصی، چالش‌های سیستم، مهارت‌های مقابله‌ای درونی شخصی، استراتژی‌های مقابله بین فردی و پشتیبانی سیستمیک بود (۱۱). نتایج این مطالعه در راستای یافته‌های مطالعه حاضر بود به طوری که در مطالعه چونگ و همکاران (۲۰۱۷) نقص در سیستم های تصمیم‌گیری و همچنین روابط بین حرفه‌ای به عنوان عوامل چالش در مراقبت پرستاری در جامعه مطرح شده است. بنابراین می توان گفت که توسعه استانداردها جهت سیاست‌گذاری و اجرای آن برای خدمات مراقبت بهینه مهم می‌باشد. در مطالعه دیگری که یزدانی و همکاران (۱۳۹۴) تحت عنوان تحلیل سیاست‌گذاری نظام مراقبت سلامت ایران در رابطه با حرفه پرستاری انجام دادند. در این مطالعه کیفی، ۴ طبقه شامل اختلال در کارکردهای اساسی نظام مراقبت سلامت، نامشخص بودن گستره مراقبت های پرستاری در عرصه خدمات، کم توجهی

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-08-29]

نظام مراقبت سلامت به اهمیت خدمات پرستاری، عدم واگذاری بخش مراقبت به پرستار در نظام مراقبت سلامت بود. بنابر نتایج حاصل از مطالعه، با وجود پیشرفت در سیستم مراقبت سلامت، سیستم در حال حاضر با چالش‌های زیادی در یکی از زیر سیستم های مهم آن، یعنی پرستاری مواجه می‌باشد (۵). در این مطالعه نیز نامشخص بودن قلمرو پرستاری، عدم توجه به رشته پرستاری و عدم دخالت پرستاران در تصمیم‌گیری‌ها از چالش‌های سیاست‌گذاری در رابطه حرفه پرستاری مطرح شده است. مواردی که در مطالعه حاضر نیز به عنوان چالش‌های سیاست‌گذاری مطرح گردیده است. فارسی و همکاران (۲۰۱۰) در یک مطالعه مروری سیتماتیک چالش‌ها و فرصت ها در رشته پرستاری را بررسی کردند. یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که چالش‌های عمده شامل: فقر پرستاری، نارضایتی شغلی، فقر اجتماعی موقعیت پرستاران، فاصله بین تئوری و عمل، فقدان مراقبت پرستاری مبتنی بر جامعه، فقدان سیستم شناسایی مناسب دانشجویان و کمبود در برنامه های آموزشی پرستاری می‌باشد (۱۲). عدم آشنایی سیاست‌گذاران با بالین و مشکلات آن از چالش‌های مطرح شده در مطالعه حاضر بود که فارسی و همکاران در مطالعه خود به آن اشاره کرده اند. در حالی که افرادی می توانند برای یک رشته تصمیم‌گیری کنند که خود درک درستی از حرفه داشته باشند که این مهم تنها از طریق تجربه کار در حرفه پرستاری بدست می‌آید. در مطالعه دیگری که توسط قنبری و همکاران (۱۳۹۶) انجام شد، چالش‌های یکی از مهمترین سیاست‌گذاری به نام طرح تحول نظام سلامت به عنوان نگاهی نو به ارائه خدمات سلامت مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه پس از تحلیل، کدهای اولیه در ۴ طبقه اصلی دسته‌بندی شدند: "نظام سلامت : ضرورت کشوری"،"پیش نیازها"،"پایش های بی وقفه"و"چالش‌ها". که ضرورت کشوری مشتمل بر زیر طبقات ضرورت منطقه ای، اهداف سلامت محور در دولت، و دستیابی به سلامت اولویت مردم؛ طبقه پیش نیاز ها متشکل از برنامه‌ریزی، فرهنگ سازی و زیر ساخت ها؛ طبقه پایش های بی وقفه شامل زیر طبقات نظر خواهی‌ها و نظارت پایدار، و طبقه چالش‌ها مشتمل بر دو زیر طبقه چالش‌های پیشرو و چالش‌های آینده بود (۱۳). نتایج این مطالعه نیز با یافته‌های مطالعه حاضر در یک راستا بود که نیاز به تغییرات در اولویت تصمیم‌گیری ها به طوری که سلامت در صدر اولویت ها قرار گیرد و همچنین و همچنین برنامه‌ریزی و سهولت در اجرای سیاست‌ها از موارد مطرح شده در این مطالعه بود که در مطالعه حاضر نیز به آن اشاره شده است.

در مطالعه حاضر یکی از موانع سیاست‌گذاری که در قالب چالش‌های درون سازمانی مطرح شده است عدم استقلال مدیران پرستاری در تصمیم‌گیری و تأثیر پذیری این حرفه از حرفه‌های دیگر است. در کشور ما تصمیمات در سطح کلان زیر نظر وزارت خانه های بهداشت گرفته می شود و اهداف تصمیم‌گیری ها به صورت دستورالعمل ها و آیین نامه ها به دانشگاه ها ابلاغ می شود. به عبارتی عمده وظایف مدیران پرستاری دستیابی به اهداف خرد و کلان تدوین شده در سطح بالای مدیران است. اما امروزه کشورهای پیشرفته جهان تمرکز خود را بر مستقل سازی هر چه بیشتر بیمارستان‌ها معطوف نموده اند به طوری که کارکنان علاوه بر نقش مستقیمی که در انتخاب رییسان و مدیران دارند، در تعیین نیازهای نیازهای بیمارستانی، برنامه‌ریزی‌های استراتژِیک، بهبود کیفیت درمان و تدوین اهداف کوتاه و میان و بلند مدت نیز مشارکت دارند (۱۴). این رویکرد علاوه بر این که رضایت و انگیزه شغلی را به دنبال دارد می تواند منجر به بهروری بالاتر و بهبود کیفیت درمان و مراقبت شود و نکته مهم تر اینکه از آنجایی که کارکنان نقش مهمی در سازگار شدن و پویایی خدمات متناسب با نیازهای جامعه دارد، لذا شرکت آنان در تصمیم‌گیری می‌تواند موجبات تسهیل اجرای سیاست‌های مورد نیاز را فراهم نماید(۱۵). اما مسئله ای که نباید فراموش شود فراهم نمودن زیر ساختارها و فرهنگ سازمانی لازم جهت مدیریت های تحول گرا است؛ به عبارتی دیگر از آنجایی که در حال حاضر بیمارستان‌های زیرنظر دانشگاه های کشور ما تحت نظارت دولت ها می‌باشند لذا عملا اجرای مدیریت های مشارکتی و تحول گرا به طور کامل امکان پذیر نمی‌باشد. از آنجایی که رویکردهای مدیریت‌های جدید نیاز به مستقل بودن و تصمیم‌گیری در سطح دانشگاهی است لذا باید ابتدا این اجازه به دانشگاه ها داده شود که خود کنترل امور

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-08-29]

را به دست گیرند. هر چند به نظر می‌رسد که برای یک مدیریت کارآمد باید تلفیقی از این مدل‌ها را متناسب با موقعیت‌های مختلف به کار برد و هیچ کدام از این مدل‌ها به تنهایی کارساز نیستند (۱۶). بنابراین می‌توان گفت که بهتر است مسئولان تا جایی که امکان دارد ابتکار عمل را به خود دانشگاه‌ها واگذار نمایند و روسای دانشگاه از طریق مدیریت مشارکتی سعی در جلب توجه همه کارکنان بیمارستان و پرستاران نماید. بنابراین مدیر دانشگاه باید توانایی سبک های متفاوت مدیریت شامل سیستمی، مشارکتی و یا مبتنی بر ارزش را داشته باشد.

نتیجه گیری

چالش‌های سیاست‌گذاری در حرفه پرستاری در دو طبقه اصلی چالش‌های فراسازمانی و درون سازمانی قرار می گیرد که جهت بهبود چالش‌های فراسازمانی اقداماتی شامل تخصیص بودجه کافی و در اولویت قرار دادن مقوله مراقبت یا درمان و همچنین جهت بهبود چالش‌های درون سازمانی اقداماتی شامل بهبود روابط بین حرفه ای، استقلال حرفه پرستاری و سهولت در اجرای سیاست‌ها اتخاذ شود.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه بخشی از نتایج یک طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان است که انجام مطالعه توسط کمیته اخلاق آن دانشگاه مورد تأیید قرار گرفته است (شماره طرح: ۹۷۰۹۰۶۵۲۲۷، کداخلاق: *IR.UMSHA.REC*.۱۳۹۷.۵۲۲).

قبل از شروع کار ابتدا موافقت مسئولین مربوطه کسب شد، در ابتدای مصاحبه اطلاعات اصلی در مورد تحقیق از قبیل هدف مطالعه، روش مصاحبه، اطمینان دادن از محرمانه بودن اطلاعات، حق آنها در شرکت یا خروج از مطالعه و اطمینان از نگهداری فایل صدا در جای مطمئن و پاک کردن آن بعد از تکمیل یادداشت ها و نهایی شدن مطالعه به مشارکت کنندگان داده شد و رضایت آگاهانه از آنها کسب شد.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-08-29]

Reference

1. Nasrollahpour shirvani s, mouodi s. Evidence-based policy-making in the health system and its achievements and challenges in Iran: Babol University of Medical Sciences; 2013. 100-2 p.
2. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy: McGraw-Hill Education (UK); 2012.
3. Rashidian A. Policy Making Challenges, and the Need for Introducing Formal Structures for Evidence Informed Decision Making in the Health System. haki m research journal. 2014;16(3):258-61.
4. Buse K. Addressing the theoretical, practical and ethical challenges inherent in prospective health policy analysis. Health policy and planning. 2008;23(5):351-60.
5. Yazdani S, Nikravan Mm, Ahmadi S, mansoreh ZT. An Analysis of policies of the iranian health care system in relation to nursing profession. J Qual Res Health Sci 2016;5(2):211-20.
6. Hagbaghery MA, Salsali M, Ahmadi F. A qualitative study of Iranian nurses' understanding and experiences of professional power. Human Resources for Health. 2004;2(1):9.
7. Candela L, Gutierrez AP, Keating S. What predicts nurse faculty members' intent to stay in the academic organization? A structural equation model of a national survey of nursing faculty. Nurse education today. 2015;35(4):580-9.
8. http://www.icana.ir/Fa/News/345497
9. Buse K, Martin-Hilber A, Widyantoro N, Hawkes SJ. Management of the politics of evidence-based sexual and reproductive health policy. The Lancet. 2006;368(9552):2101-3.
10. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
11. Chong L, Abdullah A. Community Palliative Care Nurses' Challenges and Coping Strategies on Delivering Home-Based Pediatric Palliative Care: A Qualitative Study. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®. 2017;34(2):125-31.
12. Farsi Z, Dehghan-Nayeri N, Negarandeh R, Broomand S. Nursing profession in Iran: an overview of opportunities and challenges. Japan journal of nursing science. 2010;7(1):9-18.
13. Zandi K, Amani S. The relationship between organizational socialization and organizational indifference in nurses. Quarterly Journal of Nursing Management. 2018 Feb 10;6(3):9-16.
14. Mosadeghrad AM, Esfahani P. Strategic Planning Success Factors in Hospitals: A Qualitative Study. Journal of Payavard Salamat. 2020 Mar 10;14(1):46-53
15. Kash BA, Spaulding A, Johnson CE, Gamm L. Success factors for strategic change initiatives: A qualitative study of healthcare administrators' perspectives. Journal of Healthcare Management. 2014 Jan 1;59(1):65-81
16. Etemadian M, Mosadeghrad AM, Soleimani MJ, Hedayati SP. Succession planning success factors in a hospital: A case study. Payesh (Health Monitor). 2020 Feb 15;19(1):41-61.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-08-29]

Explaining Nursing profession Policy Challenges; A Qualitative Study

Ali Jadidi[1], Roya Amini[2], Zahra Marzieh Hassanian[3*], Zahra Maghsoudi[4]

1.School of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak,Iran. PhD Student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
2.Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery. Hamadan University of Medical Sciences. Hamadan. Iran.
3.Department of Nursing, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
4.PhD Student in Nursing Hamadan University of Medical Sciences, PhD Student in Nursing Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Abstract

***Introduction**: Nursing is the largest profession in the health system, which is influenced by the policy-making process of health managers. Nevertheless, nurses play a diminutive role in nursing profession policy. This study aimed to explain the challenges of nursing profession policy in the form of a qualitative study.*

***Materials and methods:** This qualitative research was content analysis. The research population consisted of managers, faculty members and nursing planners who were selected based on the goal. Semi-structured interviews were conducted with them to gather information and extract opinion from the participants. After the implementation of the interviews, their analysis was profession out using conventional content analysis method.*

***Findings:** In this study, 14 interviews with senior decision-makers (10 women and 4 men) were conducted, with a mean of 4,3 ± 9,2 years. 11 of them were experts and the rest were senior experts. After analyzing the data, ultimately, the two main categories were "meta-Organizational Challenges and In-Organizational Challenges."*

***Conclusion**: This study showed that major challenges in nursing policy-making in the two main meta-organization categories included defective upstream policies and the lack of understanding of profession requirements by legislators, and within the organization, including the lack of policymakers, the impact of other professions And a weakness in the implementation of policies that are necessary to address these challenges of proportional measures.*

***Key words**: policy, nursing profession, decision*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-08-29]