

بالین خاستگاه مراقبت در پرستاری داخلی - جراحی

پرخیده حسنی^۱، زهرا صفوی بیات^۲، ژیلا عابدسعیدی^۱، کاملیا روحانی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: تلفیق اصول عملی و دانش پرستاری سبب خلق چهار مفهوم مرکزی شامل شخص، سلامتی، پرستاری و محیط در قلمرو پرستاری شده است. اکنون بر روی دو مفهوم سلامتی و مراقبت به عنوان محور پرستاری تأکید بیشتری می‌گردد. بنابراین تحقیق حاضر به روش رویکرد کیفی و به منظور تبیین مفهوم ارایه مراقبت بالینی در حوزه پرستاری داخلی - جراحی و تغییرات آن در طول زمان (که در بسیاری موارد از عینیت کافی برخوردار نمی‌باشد) انجام شد.

روش: این مطالعه بخشی از یک پژوهش گسترده نظریه مبنایی بود که در مجموع تجربه ۱۴ نفر از دانشجویان دوره کارشناسی پرستاری، پرستاران بالینی و مربیان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی با مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته انفرادی بررسی گردید. مشارکت کنندگان در ابتدا با روش نمونه‌گیری هدفمند و سپس با نمونه‌گیری نظری انتخاب شدند. داده‌ها پس از جمع‌آوری کدگذاری و با رویکرد تحلیل داده‌های Corbin و Strauss تحلیل گردید.

یافته‌ها: داده‌های به دست آمده در سه طبقه اساسی «بالین خاستگاه مراقبت، پرستاری داخلی - جراحی جوهره مراقبت و افول پرستاری» قرار گرفت که خود شامل زیرطبقات «بالین جوهره پرستاری داخلی - جراحی، بیمار محوری و وجدان آرام پرستار، برآورده کردن نیازهای اساسی بیمار، درک بیمار، تخصصی شدن، بیگانگی با نقش، کناره‌گیری از بالین و وابستگی» بود.

نتیجه‌گیری: مراقبت جوهره پرستاری به خصوص در حیطه داخلی - جراحی و جایگاه ارایه مراقبت‌ها، بالین است. تغییرات و چالش‌های موجود در ارایه مراقبت‌ها ضرورت روی آوردن به رویکردهای اخلاقی از جمله طراحی برنامه‌های آموزشی و درسی هدفمند و یادگیری دانشجو محور با تأکید بر وجدان اخلاقی را ایجاب می‌کند.

کلید واژه‌ها: مراقبت، پرستاری داخلی - جراحی، عملکرد بالینی، نظریه مبنایی، تحقیقات کیفی

ارجاع: حسنی پرخیده، صفوی بیات زهرا، عابدسعیدی ژیلا، روحانی کاملیا. **بالین خاستگاه مراقبت در پرستاری داخلی - جراحی.** مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۳؛ ۳ (۴): ۳۹۲-۴۰۳.

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۱/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۳/۵/۲۴

رشته‌های متعدد بنا شده است (۲). تلفیق اصول عملی و دانش پرستاری سبب خلق چهار مفهوم مرکزی شامل شخص، سلامتی، پرستاری و محیط در قلمرو پرستاری شده است. در حال حاضر بر روی دو مفهوم سلامتی و مراقبت به

مقدمه

هر رشته در بخش خاصی دانشی را فراهم می‌آورد که در حوزه عمل مرتبط با آن مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱). اصول عملی پرستاری مدرن بر مبنای درک دانش برگرفته شده از

۱- استادیار، گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- دانشجوی دوره دکتری، عضو هیأت علمی، گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- استادیار، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: zahasb16@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤول: زهرا صفوی بیات

پرستاری است (۱۱). از طرف دیگر، پرستاری داخلی - جراحی یکی از وسیع‌ترین حیطه‌های عملکرد پرستاری می‌باشد (۱۲) که به عنوان پایه‌ای برای پرستاری و یک کل در نظام سلامت و مراقبت محسوب می‌گردد و در اثربخشی و ارتقای کیفیت ضروری شناخته می‌شود. شاخه پرستاری داخلی - جراحی فقط محدود به یک بیماری یا یک دستگاه بدن نیست، بلکه دارای ماهیتی فراگیر و کل‌گرا است. بنابراین پرستاران این حوزه نیازمند کسب و حفظ دانش و صلاحیت‌های گسترده و متنوعی می‌باشند (۱۳). در واقع پرستاران داخلی - جراحی عملکرد خاصی دارند که محیط کاری آن‌ها محل مطلوبی برای فراهم ساختن شرایط انتقال مراقبت‌ها به سایر محیط‌های بالینی است (۱۴).

با وجود وسعت حیطه پرستاری داخلی - جراحی و چالش‌های پیچیده این بخش در راستای کسب، حفظ و تداوم دانش پایه عمومی ضروری برای برآوردن نیازهای پیش‌رو و در حال تغییر مددجویان، شناخت کمی در مورد مفهوم ارایه مراقبت در این بخش از حوزه بالین وجود دارد. از آنجایی که در حال حاضر پرستاران بخش‌های داخلی - جراحی کارشناسان عمومی هستند و سطح عملکرد آنان باید از مبتدی به سوی کارشناسی تخصصی در عرصه‌های متنوع و متفاوت بالینی ارتقا یابد، پس همواره باید در تداوم تکامل صلاحیت‌های آموزش نظری، بالینی و حرفه‌ای به منظور توانمندسازی پرستاران در حفظ و تداوم مقابله با چالش‌های پیش‌رو و دستاوردهای آن هوشیار و حساس بود. به دلیل این که مطالعات کیفی از نوع نظریه مبنایی منجر به اطلاعات عمیق و ژرفی می‌شوند که می‌توانند ابعاد گوناگون فرایندهای پیچیده انسانی را روشن نمایند، بنابراین محقق به منظور تبیین مفهوم ارایه مراقبت بالینی در حوزه پرستاری داخلی - جراحی که در بسیاری موارد نیز از عینیت کافی برخوردار نمی‌باشد، از این روش استفاده کرد.

روش

مطالعه کیفی حاضر بخشی از یک پژوهش گسترده نظریه مبنایی (Grounded theory) برای تبیین فرایند آموزش

عنوان محور پرستاری تأکید بیشتری می‌شود (۴، ۳). Wilkin و Slevin بیان کردند که هدف تولید دانش، آگاه ساختن رشته پرستاری از مراقبت به عنوان یک نیاز اساسی انسان می‌باشد (۵). سلامتی به عنوان قسمت اصلی دانش پرستاری از زمان نایتینگل (Nightingale) به بعد در مرکز توجه پرستاری قرار گرفته است. مراقبت در واقع اصل و جوهره پرستاری است و نظریه‌پردازان پرستاری به کرات مفهوم سلامت را با مراقبت مرتبط ساخته‌اند (۳).

برخی از نظریه‌پردازان علاوه بر سلامت و مراقبت، تجربه سلامتی بشر را نیز از مفاهیم مرکزی رشته پرستاری می‌دانند که این مفاهیم جهت تعیین قلمرو سؤالات پرستاری به کار می‌رود. بنابراین پرستاری مطالعه مراقبت در تجربه سلامتی بشر است و نظریه‌های پرستاری باید مراقبت را با تجربه سلامتی بشر در هم آمیزند (۲). Patistea و Siamanta بر این باور هستند که بیماران و پرستاران مانند تمام انسان‌های دیگر دارای چشم‌انداز منحصر به فردی می‌باشند که با آن شرایط واقعی زندگی مرتبط با پدیده سلامتی از جمله مراقبت را دریافت، درک و تفسیر می‌کنند (۶)، بنابراین می‌توان به این نتیجه دست یافت که این مفهوم انگیزه‌ای برای آغاز حرکت به سوی تلفیق تئوری پرستاری با عملکرد بالینی می‌باشد (۷). محور مراقبت در تئوری‌های پرستاری تحت عنوان موضوع پرستاری بیان گردیده است و بر تعاملات پرستار و بیمار به طور ویژه متمرکز می‌باشد. پرستاری حرفه‌ای مرتبط با روابط انسانی است. این تعریف نشان می‌دهد که پرستاری با نوعی از روابط مراقبتی بین یک پرستار و بیمار مشخص می‌شود. پرستاران همواره به ایده مراقبت از بیماران ارج نهاده‌اند و در واقع همین ایده بسیاری از پرستاران را به این حرفه جذب کرده است (۸).

Brake مراقبت را از منظر فرهنگی یک نیاز اساسی برای رشد، تکامل و بقای انسان مورد توجه قرار داد (۹). مراقبت به اشکال مختلف صورت می‌گیرد. گاهی می‌تواند بر حسب وضعیت بیمار به صورت مکانیکی و یا بر اساس نیاز بیمار کل‌نگر (Holistic) باشد (۱۰). به هر حال مراقبت پدیده‌ای چندبعدی و یکی از قلمروهای نظری و پیچیده پرستاری می‌باشد که اندازه‌گیری و سنجش آن موضوعی چالشی در

در تئوری مبنایی شیوه‌های مختلف تحلیل داده‌ها وجود دارد. در پژوهش حاضر داده‌ها به روش Strauss و Corbin تحلیل گردید. اعتبار و پایایی داده‌های پژوهش‌های کیفی با واژه‌هایی مانند صحت یا استحکام داده‌ها توصیف می‌شود. در تحقیقات کیفی واژه اعتبار بیشتر از واژه روایی (Validity) مورد استفاده قرار می‌گیرد و این واژه نشان می‌دهد که یافته‌ها قابل اعتماد، باورپذیر و انعکاس دهنده تجارب مشارکت کنندگان از یک پدیده هستند (۱۵). صاحب‌نظران روش‌های مختلفی را جهت صحت داده‌های کیفی ارائه کرده‌اند.

صحت پژوهش‌های کیفی را می‌توان بر اساس چهار معیار مقبولیت (Credibility)، اعتمادپذیری (Dependability)، تأییدپذیری (Confirmability) و انتقال‌پذیری (Transferability) بررسی کرد (۱۶). معیار مقبولیت در پژوهش حاضر توسط روش‌هایی مانند سعی در جلب اعتماد مشارکت کنندگان از طریق گوش دادن دقیق و غوطه‌وری در داده‌ها، ایجاد تنوع در انتخاب مشارکت کنندگان پژوهش از نظر سوابق شغلی و تحصیلی، تنوع بخش‌های محل خدمت بالینی برای پرستاران و ترم‌های مختلف تحصیلی برای دانشجویان، جنس و رده‌های مختلف کاری، مریبان هیأت علمی و غیر هیأت علمی و انجام مصاحبه در مکان‌های انتخاب شده توسط مشارکت کنندگان صورت گرفت. صحت‌سنجی داده‌ها با روش تأکید بر نوشتن یادآورهای متعدد، نمونه‌گیری نظری، دقت در کدگذاری و دسته‌بندی انجام شد. همچنین تأکید بر مقایسه بین و میان داده‌ها سبب تقویت صحت و افزایش سطح دقت و تنوع گردید. برای تأیید اعتبار محتوای دست‌نوشته‌های پیاده شده از نوار و عبارات استخراج شده، کدها توسط پژوهشگر چندین بار خط به خط خوانده و با نوار صوتی اصلی تطبیق داده شد. شایان ذکر است که در هنگام پیاده کردن نوار صوتی هم‌زمان عمل تاپ و تصحیح اشکالات تایپی انجام می‌گرفت که این خود سبب می‌شد مطالب بارها و بارها با دقت بیشتری خوانده و با اصل نوار صوتی مطابقت داده شود. به منظور تأیید یافته‌ها، دست‌نوشته‌های تنظیم شده به منظور بازخوانی (Peer check) در اختیار ۴ نفر از همکاران پژوهش قرار

بالینی پرستاری داخلی- جراحی بود که در آن تجربه پرستاران بالینی، مریبان بالینی و دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت تا با بهره‌مندی از دیدگاه‌های افراد مجرب در این حیطه، درک و شناخت عمیق‌تری از مفهوم ارایه مراقبت پرستاری داخلی- جراحی به بیماران حاصل گردد.

مطالعه با کسب مجوزهای لازم در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد و مشارکت کنندگان در مجموع ۱۴ نفر از دانشجویان دوره کارشناسی پرستاری (۵ نفر)، پرستاران بالینی (۵ نفر) و مریبان پرستاری (۴ نفر) بودند که بر اساس روش مبتنی بر هدف و با کسب رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش از آنان دعوت به عمل آمد. به منظور ایجاد تنوع در داده‌ها سعی شد که مشارکت کنندگان نیز حداکثر تنوع را از نظر محل تحصیل و خدمت، سوابق شغلی و تحصیلی داشته باشند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته انفرادی در مدت زمان ۱۲۰-۴۵ دقیقه برای هر نفر و با تعیین وقت قبلی از سوی آنان استفاده شد. مصاحبه‌ها در یک اتاق خصوصی با رعایت موازین اخلاقی و در ساعاتی خارج از ساعت کاری دانشکده و یا محیط‌هایی بنا به ترجیح مشارکت کننده انجام گرفت.

در ابتدای هر مصاحبه هدف تحقیق، روش مصاحبه و حق مشارکت کنندگان نسبت به شرکت در مطالعه یا امتناع از آن و همچنین حق محرمانه ماندن کلیه اطلاعات شخصی برای شرکت کنندگان توضیح داده می‌شد. شروع هر یک از مصاحبه‌ها با سؤال باز «لطفاً درک خود را از تجربه ارایه مراقبت پرستاری داخلی- جراحی به بیماران و مددجویان شرح دهید» بود. مصاحبه‌ها سؤالات راهنمایی مانند «در صورت امکان یک خاطره از نحوه مراقبت در بخش محل کار خود تعریف کنید» نیز داشتند. بر اساس اظهارات مشارکت کنندگان سؤال‌های کاوشی (مانند چطور؟ چگونه؟ لطفاً بیشتر بشکافید و یا بیشتر توضیح دهید) برای روشن‌تر شدن مفهوم مورد مطالعه مطرح گردید. همچنین محقق از یادداشت‌های مشاهده‌ای (Observational notes)، یادداشت‌های در عرصه (Filed notes) و ثبت یادآورها (Memo writing) استفاده نمود.

گرفت و نظرات هر یک از آنان به صورت مجزا جمع‌آوری و سپس با یکدیگر مقایسه و نظرات مشابه و متفاوت آنان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین از دو محقق خارج از گروه پژوهش و آشنا به تحقیق کیفی به عنوان ناظر استفاده گردید. با توجه به درک مشابه یافته‌ها، همخوانی تأیید شد.

انتقال‌پذیری قابلیت انتقال و تعمیم نتایج حاصل شده به سایر گروه‌ها و محیط‌های مشابه است (۱۷). جهت انتقال‌پذیری و تناسب یا قابلیت تعمیم و انتقال نتایج به دست آمده به سایر گروه‌ها و محیط‌های مشابه، نتایج پژوهش در اختیار تعدادی از کارکنان پرستاری شاغل در بخش‌های داخلی- جراحی، دانشجویان در عرصه و اعضای هیأت علمی که در پژوهش حاضر شرکت نداشتند، قرار گرفت تا انتقال‌پذیری و تناسب آن بررسی گردد. بازنگری ناظرین (شامل استفاده از نظرات تکمیلی همکاران، مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت کنندگان، استادان و همکاران آشنا به تحقیق کیفی) نیز بدین منظور استفاده شد. حاصل این روند ضمن تأیید یافته‌ها، آرایه تجربیات و دیدگاه‌های تکمیلی بود که در فرایند تحلیل داده‌ها به کار گرفته شد.

تحلیل داده‌ها بر اساس رویکرد تحلیل داده‌های Corbin و Strauss شامل تحلیل داده‌ها برای مفاهیم، تحلیل داده‌ها برای زمینه، وارد نمودن فرایند به تحلیل و ترکیب طبقات حول متغیر مرکزی و ظهور نظریه مبنایی صورت گرفت (۱۵). تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری آن‌ها و با روش فرایند تجزیه و تحلیل مقایسه‌ای مداوم انجام شد. هدف جستجو، تعیین تفاوت و شباهت‌ها در داده‌ها بود که با مقایسه داده‌ها مشخص گردید. تحلیل با اولین مصاحبه و مشاهده شروع و نتیجه آن به مشاهده و مصاحبه بعدی منجر گردید. تحلیل بیشتر منجر به مصاحبه‌های بیشتری می‌شد. در تحلیل داده‌ها برای مفاهیم، کدگذاری باز جهت مشخص کردن معانی و کدگذاری محوری برای مرتبط ساختن مفاهیم و طبقات به یکدیگر صورت گرفت.

یافته‌ها

تحلیل داده‌های پژوهش حاضر در سه طبقه اساسی «بالین

بالین خاستگاه مراقبت

مراقبت پرستاری در سیستم سلامت به صورت یک مفهوم پیچیده باقی مانده است که تعریف دقیق و مشخصی ندارد، اما بر اساس باور مشارکت کنندگان پژوهش، بالین خاستگاه مراقبت است و خود شامل سه زیرطبقه «بالین جوهره پرستاری داخلی- جراحی، بیمار محوری و وجدان آرام پرستار» می‌شود. مشارکت کنندگان از بالین به مفهوم انجام رویه‌های پرستاری، پیگیری کارهای مراقبتی بیمار و کارهای انجام شده برای بیمار یاد کردند. همچنین آنان محور حرفه پرستاری را وجود بیمار می‌دانند که در نظام سلامت همه چیز باید حول این محور اساسی بگردد. بسیاری از پرستاران معتقد هستند که حضور در بالین بیمار موجب آرامش خاطر و وجدان آنان می‌گردد و بنابراین رضایتمندی آنان در گرو حضور یافتن بر بالین بیمار است.

«خوب می‌گن قلب پرستاری مراقبت است. من فکر می‌کنم درسته که ما می‌گیم اصل مراقبت مراقبت از سلامت است، ولی در واقع وقتی آدم سلامت خودش رو از دست می‌ده، نیاز به مراقبت پیدا می‌کنه و عموم مردم تو سنی دچار مشکلات مراقبتی می‌شن که مشمول بخش داخلی- جراحی هستن... یعنی در بزرگسالی که نیاز به بستری شدن پیدا می‌کنن» (پرستار شماره ۵).

مشارکت کننده دیگری نیز معتقد است: «در پرستاری داخلی- جراحی باید به خاستگاه اصلی خود رو آورده و همانی باشییم که از ما انتظار می‌رود، یعنی محوریت بخشیدن به بیمار و نگرستن به او به صورت یک کل».

در برخی تعاریف از مراقبت به عنوان یک عمل اخلاقی یاد می‌شود که به صورت محرکی برای ایجاد تعامل پرستار با مددجو و روشی اساسی برای درک نیازها و اهداف مددجو با حضور بر بالین وی تلقی می‌گردد. در این رابطه مشارکت کننده‌ای بیان کرد:

«به نظر من کسی که پرستاری قبول می‌شه در درجه اول بالین بیمار... خیلی از ماها وقتی در بالین بیمار هستیم یا

خوشایند و رضایت‌بخشی را در پرستار ایجاد نماید. در این رابطه با توجه به نیازهای اساسی بیماران، مشارکت‌کننده‌ای بیان کرد:

«روز اولم که سرکار اومدم برام هیچ کار بیمار فرقی نداشت... چه دانشجو بودم، چه سرکار رفتم و چه الآن که خوب سرپرستارم بازم برام فرقی نداره بگن مریض رو هل بده بره اتاق عمل، وقتی اورژانس براش همین کاررو می‌کنم، بگن نه باید با استاد وایستین سر ویزیت من همین کاررو می‌کنم، مریض بگه مثانه ام لازمه خالی بشه همین کاررو براش می‌کنم» (پرستار شماره ۱).

همچنین مشارکت‌کننده دیگر گفت: «مراقبت‌های لازمی که داشته باشه، نوع تغذیه‌اش و این که چه نوع تغذیه‌ای داشته باشه، نوع دارویی که استفاده می‌کنه، زمان بندی داروهاش که باید به موقع داروهاشو مصرف بکنه و اگه مراقبت‌های خاص دیگه‌ای نیاز داشته باشه برای مددجویانی که خیلی ضعیف هستن و نمی‌تونن کارهای شخصیشون رو انجام بدن کمکشون می‌کنیم... از این جور کارا» (دانشجوی شماره ۴).

مشارکت‌کننده دیگری بر این باور است که ضمن آرایه مراقبت‌های اولیه به بیمار، می‌توان به بررسی وی نیز پرداخت که این امر سبب شناخت بیشتر بیمار می‌گردد: «می‌گم تو این فاصله که دارین این کاررو می‌کنین تمام بدن مریضتون رو هم بررسی کنین، تمام قسمت‌های بدن مریضتون اگه زخمه، اگه خیسه، اگه خونریزی داره... فایده این کار شما اینه که بعد دوباره نمی‌بینیم چی بود» (مربی شماره ۳).

بر این اساس با شناخت بیشتر بیمار در حین انجام بررسی می‌توان به درک عمیقی از او و نیازهایش رسید که این خود می‌تواند منجر به درک متقابلی بین بیمار و پرستار گردد. در این رابطه مشارکت‌کننده‌ای اشاره می‌کند: «من فکر می‌کنم کار ما یک جوریه که ما بر بالین بیمار باید مریض رو درک کنیم، اونم باید مارو درک کنه» (پرستار شماره ۱).

«به دانشجویان می‌گم همه اون کارایی‌رو که دارین انجام می‌دین به جای این که اخم کرده باشین با حالت شیرینی انجام بدین؛ چون بچه‌ها این کاررو دوست ندارن. نمی‌دونم دیدین یا نه؟ موقع ملافه عوض کردن یک قیافه عبوسی به

وقتی به مریض می‌رسیم وجدانمون راحته و وقتی داریم می‌ریم خونه احساس رضایت می‌کنیم؛ در صورتی که این مدنظر خیلی‌ها نیست» (پرستار شماره ۲).

«گر من حق انتخاب داشتم که طی ۱۰۰ روز تجربه و علم لازم رو کسب کنم، برای یک پرستاری خوب ۲۰ روزشو می‌رفتم سر کلاس، ۸۰ روزشو می‌رفتم کارورزی. اصلاً تصمیم نداشتم که بیام چیزایی که به دردم نمی‌خوره رو حفظ کنم، کاربردش رو ندونم و از همه مهم‌تر احساس سرشکستگی که چرا من وقتم رو سر این اطلاعات زیاد و حجیم و وقت‌گیر بدون کاربرد گذاشتم... می‌اومدم ۲۰ روز تمام مراقبت‌هارو یاد می‌گرفتم، با یا بدون علتشو بدونم خیلی برام اهمیت نداره... بعد می‌رفتم سر کار خودم که همون مراقبت کردن از بیماره نه تشخیص» (دانشجوی شماره ۵).

پرستاری داخلی - جراحی جوهره مراقبت

با توجه به این که هنوز اتفاق نظری درباره تعریف مفهوم مراقبت از دیدگاه نظریه‌پردازان پرستاری وجود ندارد، اما تاکنون از مراقبت به عنوان اساس و جوهره، هدف یا رسالت و در اصل خود پرستاری مطلوب اخلاقی و هنر پرستاری یاد می‌شود. یکی از طبقات اساسی حاصل از یافته‌های پژوهش حاضر، پرستاری داخلی - جراحی جوهره مراقبت می‌باشد که خود دربرگیرنده زیرطبقات «برآوردن نیازهای اساسی بیمار، درک بیمار، تخصصی شدن مراقبت‌ها، گستردگی پرستاری داخلی - جراحی، تشریک مساعی و تداوم رویه‌های فن پرستاری» بود. یافته‌های حاصل از بیانات مشارکت‌کنندگان حاکی از آن است که پرستاری داخلی - جراحی در واقع اصل و ذات پرستاری محسوب می‌گردد که زیربنای آن را رویه‌های آموزش داده شده در درس اصول و فنون پرستاری تشکیل می‌دهد. به عبارت دیگر ستون اصلی پرستاری داخلی - جراحی از رویه‌های فن پرستاری تشکیل شده است. به این ترتیب که پرستار با حضور یافتن بر بالین بیمار و ضمن برآوردن نیازهای اساسی وی، به بررسی او می‌پردازد و گاهی گرچه برای برآوردن این نیازها و آرایه مراقبت‌های اولیه متحمل سختی‌ها و زحمات زیادی می‌شود، ولی حاصل آن توانایی ادراک بیمار بر بالین می‌باشد که می‌تواند حس

بخش، فقط انجام آن چه به عنوان وظیفه مقرر شده، نزول وظایف در حد ارایه مراقبت‌های سطحی و عدم بیمار محوری و جامع‌نگری در ارایه مراقبت‌های بالینی سبب ظهور زیرطبقه بیگانگی با نقش شده و با تقویت و القای هرچه بیشتر این ایده به دانشجو از سوی برخی مربیان بالینی که «پرستاری یعنی نشستن در ایستگاه پرستاری» خود به عنوان عامل بیگانگی پرستاران جدید با بیمار و مراقبت و در نهایت کناره‌گیری آنان از بالین گردیده است. بنابراین بیگانگی با نقش‌ها و کناره‌گیری پرستاران از بالین، زمینه وابستگی و عدم استقلال کاری آنان را فراهم نموده است؛ به طوری که این ایده که امور مراقبتی بیمار توسط یک کمک بهیار انجام شود و بر همین اساس مدیریت بیمار توسط پرستاران تنها در صورت وجود دستور پزشکی به عمل آید، سبب وابستگی هرچه بیشتر آنان می‌گردد و به این ترتیب زیرطبقه وابستگی نیز در این طبقه جای گرفت. برخی از بیانات مشارکت‌کنندگان که تأیید کننده نظرات فوق می‌باشد، در ادامه آمده است.

«شما الان پرستاری تو بخش‌ها رو می‌بینید خیلی شیک و تر و تمیز هستن و دستکش دستشونه و یا دارن می‌نویسند و یا تو بخش‌ها به جایی می‌رن. واقعاً دیدن کاری انجام بشه؟ سوندازه انترن می‌یاد انجام می‌ده، پانسامو زریذنت می‌یاد انجام می‌ده، ساکشنه باز زنگ می‌زنن... اصلاً ساکشنو می‌دن به همراه کاش زنگ بزنگ، ساکشنو همراه انجام می‌ده» (مربی شماره ۴).

مشارکت‌کننده دیگری اظهار کرد: «الآن واقعاً کار خیلی از پرستارها یا محدود به نوشتن شده که تا حدودی همه پرستارها یک چیزایی رو یادداشت می‌کنن، حالا گزارش نوشتن باشه یا موضوع خاصی شروع می‌کنن به نوشتن» (دانشجوی شماره ۵).

در مورد وظیفه‌مدار شدن و عدم بیمار محوری پرستاران، مشارکت‌کننده‌ای می‌گوید: «در بخشی که تعداد بیماران زیاد و تعداد کارکنان کم باشه، یعنی کارکنان فقط دارن می‌دوند که کارای بخش رو انجام بدن... اصلاً نمی‌فهمن مشکل مریض چی بود که اومد و بستری شد و رفت... فقط می‌خوان که تو همین زمان محدود به همه کارای بخش برسن»

خودشون می‌گیرن می‌گم حرف بزنین باهش و این کارا را انجام بدین، ازش سؤال کنین و این کارو بکنین» (مربی شماره ۴).

کلیه مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر تا حدودی معتقد بودند که پرستاری داخلی - جراحی را می‌توان پایه و اصل کل پرستاری دانست که قسمت اعظم آن را رویه‌های مراقبتی موجود در فن پرستاری تشکیل می‌دهد. از طرف دیگر، برخی امور تخصصی در رابطه با تعدادی از بیماران خاص نیز توسط پرستاران بخش‌های داخلی - جراحی انجام می‌گیرد که در سایر بخش‌ها چنین مراقبت‌هایی انجام نمی‌گیرد. در عین حال پرستاری داخلی - جراحی بسیار گسترده، فراگیر و جامع می‌باشد که برای اجرای آن نیاز به تعاملات همه جانبه در یک تیم تخصصی است. در ادامه به بخشی از بیانات مشارکت‌کنندگان که تأیید کننده موارد فوق است، اشاره گردید.

«یک پورته هست برای تزریق داروهای شیمی‌درمانی استفاده می‌شه، یک بار یادمه می‌خواستن دارو تزریق کنند که استاد با ما اومدن و انجام دادن، ولی اولین بارو خودشون انجام دادن... من فکر می‌کنم این کار تخصصیه که ما تا آن وقت انجام ندادیم، اما با این وجود به ما اجازه دادن که انجام بدیم» (دانشجوی شماره ۱).

«مثلاً در بعضی عمل‌های ارتوپدی شاید نیاز به یک تیم فیزیوتراپ باشه و فیزیوتراپی احتیاج داشته باشه یا یکی از بیمارها نیاز به کاردرمان داشته باشه؛ یعنی علاوه بر تیم پرستاری احتیاج به نیروهای دیگه‌ای هم هست که بیمار حالا بازتوانی بشه» (مربی شماره ۲).

افول پرستاری

یافته‌های پژوهش و بیانات مشارکت‌کنندگان مؤید ارایه خدمات پرستاری در حد به انجام رساندن وظایف تعیین شده بدون در نظر گرفتن بیمار به عنوان یک کل توسط پرستاران در شرایط کنونی بود. طبقه افول پرستاری بر اساس اظهارات مشارکت‌کنندگان در سه زیرطبقه «بیگانگی با نقش، کناره‌گیری از بالین و وابستگی» شکل گرفت. محدود شدن عملکرد پرستاران جدید در حد دارو دادن، گزارش نویسی، نوشتن و ثبت مواردی چند، از جایی به جایی رفتن بی‌هدف در

(دانشجوی شماره ۲).

مشارکت کننده دیگری در رابطه با وظیفه‌مداری بیان نمود: «به آینده دانشجو کار ندارند، فقط در واقع وظیفه‌مدار شده نه این که بخوان جامع‌نگر یا بیمار محوره بشن، بیشتر وظیفه محوره این که شیفتم تمام بشه برم» (مری شماره ۳).

مشارکت کننده‌ای در مورد کناره‌گیری از بالین بیان کرد: «تمام پرستارهای ده سال پیش هم خوب بودن، از ده سال پیش تاکنون من هرچی فارغ‌التحصیل دارم این‌جا فکرشون اینه که ما زودتر بریم تو استیشن بشینیم، زودتر مسؤول شیفت بشیم تو بخش نریم، کار نکنیم اصلاً با مریض بیگانه‌اند. پرستاری داره به یک جایی می‌ره که با مریض بیگانه‌اند، می‌گن یک کمک تو بخش باشه کار مریض انجام بشه» (پرستار شماره ۱).

در مورد افزایش وابستگی پرستاران، مشارکت کننده‌ای بیان کرد: «مریض درد داره... به صرف این که می‌شنوه فقط مریض درد داره دارو اگر دستور داشته باشه بگیره. من پرستاری ندیدم بره بالا سر مریض، ولی خود من به عنوان یک پرستار به هیچ وجه مسکن به مریض نمی‌دم هیچ وقت به دکتر زنگ نمی‌زنم که مریض سردرد داره، کم‌درد داره مگر این که خودم به عنوان یک پرستار بالینی برم بالا سر مریض دست بزیم جایش ورم کرده؟ پاشو نمی‌تونه حرکت بده؟ قرصش این قدر کم شده یا دردش از کجاست؟ یا یک بار به نظر من الآن صلاحه مرفین بهش بزیم یا استامینوفن بهش بدم... چه کاری برایش صلاحه» (پرستار شماره ۱).

این مفهوم در طول زمان دستخوش تغییراتی گردیده است. در تحقیقات و متون پرستاری پیشین همواره مراقبت به عنوان مرکز و جوهره پرستاری و جزء جدایی‌ناپذیری از تعاریف پرستاری مطرح شده بود (۱۸)؛ به طوری که به عنوان محور و هسته پرستاری که با پیامدها و رضایتمندی بیمار مرتبط می‌باشد، تعریف می‌گردید (۱۱). با این وجود تاکنون هیچ تئوری پرستاری معینی به عنوان تنها چارچوب نظری و خاص مراقبت پرستاری در محیط‌های بالینی معرفی نشده است. بر اساس همان تئوری‌های موجود مورد استفاده در بالین، دو الگوی اصلی در ارتباط با مفهوم مراقبت مدنظر قرار می‌گیرد. ۱- مراقبت به عنوان یک ایده اخلاقی و ارتباط‌های درمانی مؤثر بر تفکر پرستاران پیرامون فلسفه‌های تأثیرگذار بر کار آنان و ۲- شخص به عنوان یک کل متشکل از اجزای زیستی - روانی (۱۹).

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نیز مؤید این مطلب بود که با وجود مبهم بودن و پیچیدگی مفهوم مراقبت، خاستگاه مراقبت (شامل بالین بیمار به عنوان جوهره پرستاری، بیمار محوری و وجدان آرام) را می‌توان در بالین جستجو نمود و در بین عرصه‌های بالینی، پرستاری داخلی - جراحی به دلیل گستردگی و وسعت آن در مرکز و نقطه اصلی مراقبت واقع می‌شود. پرستاری داخلی - جراحی یک بخش مجزا و تخصصی و در عین حال اساس پرستاری است و با وجود این که به ارایه مراقبت‌های تخصصی و خاص مربوط به هر بخش پرداخته می‌شود، جزء اصلی آن ارایه مراقبت‌های اساسی و اولیه سلامت است که شامل همان رویه‌های اصول و فنون می‌باشد.

غفاری و محمدی بیان کردند که دیدگاه‌های رایج در مورد مراقبت بر این نکته تأکید کرده است که مراقبت جوهره و مفهوم مرکزی و واحدی است که پرستاری را از سایر حرفه‌های سلامت متمایز می‌کند. از جمله توانایی‌های پرستاران در هنگام ارایه مراقبت، کشف نیازها و محدودیت‌های بیماران در زندگی است. توافق میان انتظارات بیمار و تفسیر پرستار از این انتظارات نکته مرکزی در ارایه مراقبت مناسب و مشارکت بیمار می‌باشد. آنان همچنین به

بحث

پژوهش حاضر با هدف تبیین مفهوم مراقبت در حوزه آموزش بالینی داخلی - جراحی و تغییرات آن در طول زمان انجام شد. طبقه «بالین خاستگاه مراقبت» حاکی از آن است که منشأ و جایگاه اصلی مراقبت را به ویژه در پرستاری داخلی - جراحی باید در بالین جستجو نمود. مشارکت کنندگان اذعان داشتند که پرستاری داخلی - جراحی بنا بر گستردگی آن در محیط‌های مختلف با مراقبت همراه می‌باشد، در عین حال

مراقبتی، تجربه مراقبت اختصاصی و پیچیدگی‌های زمینه‌ای و ارتقای هماهنگی (هارمونی) جسم، روح و معنویت فرد مراقبت شونده و پرستار» تأکید کردند (۲۵).

در پژوهش حاضر «وجدان آرام» به عنوان زیرطبقه‌ای در «خاستگاه مراقبت» جای گرفت که شاید اهمیت آن تأمل بر موضوع را ایجاب می‌نماید. در این رابطه مطهری اظهار نمود که وجدان انسان سلسله تکالیفی بر عهده او می‌گذارد و هر کاری که انسان انجام می‌دهد نه برای هدف و مقصودی بلکه فقط برای این که تکلیفی را انجام داده باشد، فعلی اخلاقی است. حالت انسان در این مرحله درست حالت فردی در مقابل فرد دیگری است که فقط آماده انجام تکالیفی می‌باشد که از ناحیه او گفته می‌شود و کاری به این ندارد که او چه دستور می‌دهد، هرچه باشد انجام می‌دهد. او اعتقاد دارد هر فعلی که از الهام وجدان سرچشمه می‌گیرد، فعلی اخلاقی است. مطهری در جای دیگر بیان کرد در این‌جا نظریه دیگری هست و آن این‌که در کل فعل اخلاقی آن فعلی است که هدف و انگیزه‌اش رضای حق باشد. بنابراین می‌توان گفت وجدان اخلاقی وقوع کارهای اخلاقی به منظور نفع رساندن به غیر است که افراد از کار خود لذت می‌برند و از هدف خود شاد هستند (۲۶). مشارکت کنندگان پژوهش نیز به این نکته اشاره نمودند که در پایان یک روز کاری از این‌که کار مفیدی برای بیمار انجام داده‌اند و نشانه‌های رضایت را در نتایج اعمال خود یا چهره بیمار می‌بینند، اظهار رضایت می‌نمایند و به آرامش و صفا پذیرد دست می‌یابند.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر «پرستاری داخلی - جراحی جوهره مراقبت» بود که بنا به نظر مشارکت کنندگان شامل به کارگیری و تداوم انجام رویه‌های فن پرستاری همراه با آرایه مراقبت‌های تخصصی مرتبط با داخلی - جراحی و تشریح مساعی با گروه درمانی به منظور برآوردن نیازهای اساسی بیماران در حیطه گسترده پرستاری داخلی - جراحی و درک بیمار در بالین می‌باشد. از نظر Watson، پرستاری علم مراقبت است و پرستاران با تلفیق دانش حرفه‌ای و دانش انسانی به درک عمیق شرایط انسانی و مراقبت مؤثر می‌رسند (۲۴). پرستاری از گذشته تاکنون به نیازهای ناشی از

این نتیجه رسیدند که تأکید بر بیمار محوری و ارتقای کیفیت مراقبت‌ها باعث شده است که مراقبین تیم سلامت به بیمار، نیازها و ارزش‌های وی توجه بیشتری داشته باشند. همچنین بیمارانی که احساس می‌کنند توسط تیم مراقبتی مورد مراقبت قرار گرفته‌اند دارای سطح بالاتری از رضایت، سازگاری روانی و پذیرش توصیه‌های درمانی می‌باشند (۲۰).

Whaite و Wagner در تبیین کیفیت روابط مراقبتی به پنج مضمون «حضور یافتن بر بالین بیمار، توجه کردن، تغذیه کردن، برآوردن نیازها و توجه به واقعیت‌ها» اشاره کردند (۲۱). در مطالعه پارسا یکتا و نیکبخت نصرآبادی نیز تعدادی از پرستاران مراقبت را فعالیت معمول و مقدسی دانستند (۲۲). با وجودی که هنوز اتفاق نظری درباره مفهوم مراقبت از دیدگاه نظریه‌پردازان پرستاری وجود ندارد، اما از بررسی تعاریف متعدد می‌توان به این نتیجه رسید که مراقبت در ارتباط مددجو - پرستار به عنوان رسالتی وجدانی - اخلاقی در نظر گرفته شده است و با جامع‌نگری مددجو و دیدن از زاویه دید او مرتبط می‌باشد (۲۳). Watson نیز پرستاری را به عنوان علم مراقبت، فلسفه و علم مراقبت را به صورت روش برقراری تعادل بین تئوری و عمل می‌داند. بر طبق نظر او مراقبت به جای این‌که یک رفتار وظیفه‌شناسانه باشد، یک فضیلت اخلاقی است. مراقبت تلاشی برای پیوستن به فرد دیگری در آن واحد و حمایت از سایرین برای کسب معنا در زندگی‌شان طی دوره رفتاری می‌باشد. به طور کلی مراقبت شامل اعتقاد به هر حس انسانی از جمله ارزش و انسانیت است (۲۴). پارسی که تئوری پرستاری را به صورت «انسان - زندگی - سلامت» بیان می‌کند، پرستاری را به عنوان عمل روبه‌رو شدن با دیگران با عشق به پیشبرد هر دو موضوع سلامت و کیفیت زندگی مورد توجه قرار می‌دهد (۲۴).

O'Reilly و Cara در یک مطالعه پدیدارشناسی با استفاده از فلسفه مراقبت انسانی Watson، در مورد مفهوم تجربه انسان با فرد مراقبت شونده و همچنین ادراک پرستاران از همراهی این تجربه در بازتوانی فرد مراقبت شونده به عواملی همچون «ارتباط انسان با فرد مراقبت شونده، اهمیت ارزش‌های انسانی در ریشه مراقبت، ابعاد برقراری روابط

مشهود است و به این ترتیب پرستاران به سوی کناره‌گیری از بالین پیش رفته‌اند. شاید القا کننده اصلی این ایده برخی از مربیان پرستاری باشند که پرستاری را برای دانشجویان خود به صورت اعطای پست‌های مدیریتی به فارغ‌التحصیلان معنی می‌کنند. در نتیجه پرستاران به خصوص پرستاران جدید با بیمار و مراقبت بیگانه می‌شوند. به این ترتیب منجر به کاهش حساسیت حرفه‌ای به سوی وابستگی بیشتر پرستاران به سایر همکاران در گروه درمان و مراقبت می‌گردد.

نتایج مطالعه نیکبخت و همکاران حاکی از آن بود که امروزه روتین محور بودن کار پرستاری به عنوان نقصی جدی در پرستاری مطرح است و تلاش همگانی به منظور جایگزین نمودن آن با روش‌های مبتنی بر بیمار محوری و تأکید بر حفظ تمامیت وجودی بیمار و نیازهای منحصر به فرد او با ارایه فرایند پرستاری اختصاصی مورد پذیرش همه دانشمندان پرستاری می‌باشد و این رویکرد دیگر جایگاهی در سیستم پرستاری دنیا ندارد (۲۷). غفاری و محمدی نیز به این نتیجه رسیدند که یکی دیگر از پیامدهای روتین محوری در ارایه مراقبت‌های پرستاری، «عادت‌انگاری» است. عادت‌انگاری ممکن است منجر به ایجاد حس بی‌تفاوتی نسبت به پدیده‌های اطراف فرد گردد و در این حالت همه آن عواملی که در حالات معمول می‌توانند تحریک کننده و آگاه کننده یا خطرآفرین باشند، از طرف پرستاران نادیده انگاشته می‌شوند (۲۰).

برای جستجوی هر گونه ضعف و ناکارآمدی دانش‌آموختگان رشته پرستاری باید آن را در آموزش بالینی دانشجویان پرستاری جستجو نمود (۲۸). آموزش بالینی از اجزای مهم آموزش پرستاری است که دانش نظری پرستاری و مهارت‌های متنوعی همچون حل مسأله و مهارت‌های روان- حرکتی را جهت دانشجویان فراهم می‌آورد (۲۹). در واقع مفهوم مراقبت باید در محیط‌های دانشگاهی و از طریق تعاملات مراقبتی تجربی طی برقراری روابط دانشجو- مربی و در محیطی حمایت شده به طور تئوری و عملی آموخته شود و مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد (۳۰) و در عرصه‌های بالینی بی‌کم و کاست به دریافت کنندگان آن ارایه گردد.

تشخیص‌های پزشکی و تجویزات و مداخلات بیماران و مددجویان پاسخ می‌دهد. به طور مثال پرستاران وضعیت فیزیکی و روانی بیماران را بعد از جراحی، روان‌درمانی و یا سایر مداخلات کنترل می‌کنند، داروهایی که به منظور درمان یک اختلال پزشکی، تشخیص‌های پزشکی یا موقعیت‌هایی که از نظر پزشکی تحت عنوان سلامت یا بیماری تشخیص داده می‌شود را به بیمار می‌دهند و به نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیماران و مددجویانی که با آن‌ها در محیط‌های مراقبتی- بهداشتی مواجه می‌شوند، پاسخ می‌دهند (۲). Miyawaki بر این عقیده است که بیماران با فقدان‌های (کمبودهای) بسیاری روبه‌رو هستند و نیازهای گسترده‌ای در ارتباط با جسم و روح خود دارند و پرستاران نیز از نیازهای آنان آگاه هستند؛ چرا که زمان زیادی را با بیماران صرف می‌کنند (۸).

دو تئوری پرستاری (روابط بین فردی موجود در پرستاری و تئوری مراقبت انسانی) درک از برقراری ارتباط بین بیمار- پرستار را به طور با اهمیتی افزایش می‌دهد. تحقیقات مختلفی از مدل نظری پیلاو تأثیر گرفته‌اند (۹). او در تئوری خود پرستاری را به عنوان یک فرایند تعاملی و رابطه‌ای انسانی بین برخی افراد بیمار یا نیازمند به خدمات بهداشتی و پرستاری که می‌تواند این موارد را بشناسد و به طور مناسبی به این نیازها پاسخ دهد، مورد توجه قرار می‌دهد. در تئوری پیلاو نه تنها روی کمک به بیماران برای تعیین نیازهایشان و کاربرد اصول روابط انسانی برای مشکلات بیماران تأکید می‌شود، بلکه درک پرستار از رفتارشان نیز مورد توجه قرار می‌گیرد (۹).

یکی دیگر از طبقات پژوهش «فول پرستاری» بود که دربرگیرنده زیرطبقات «بیگانگی با نقش، کناره‌گیری از بالین و وابستگی» می‌باشد. تجارب مشارکت کنندگان حاکی از آن است که در شرایط کنونی مراقبت‌های پرستاری بیشتر به انجام امور نوشتاری و تحرک فیزیکی پرستاران به صورت جابه‌جایی در بخش بدون آن که هدف مراقبتی خاصی را پیگیری کنند، خلاصه می‌شود؛ چرا که امروزه از پرستاری چیزی به جز انجام مراقبت‌های اولیه انتظار دیگری نمی‌رود. به همین دلیل در ارایه مراقبت‌های بالینی فراموش شدن بیمار و عدم جامع‌نگری

نتیجه‌گیری

بر کسی پوشیده نیست که مراقبت جوهره و اصل پرستاری به خصوص در حیطه پرستاری داخلی- جراحی و بالین، منشأ و عرصه‌ای مسلم برای ارایه مراقبت‌های پرستاری می‌باشد. از سوی دیگر با توجه به تغییرات و چالش‌های نحوه ارایه مراقبت‌ها در شرایط کنونی، ضرورت ژرف‌نگری در حوزه‌های مختلف پرستاری برای روشن‌سازی ماهیت و پیچیدگی‌های این مفهوم ایجاب می‌گردد. در این بین وجدان اخلاقی به عنوان عامل مؤثری بر کنترل درونی نحوه ارایه این مراقبت‌ها شناخته می‌شود. برای پیشگیری از تنزل کیفیت خدمات پرستاری به عنوان یک ارزش محوری، باید بر تقویت وجدان اخلاقی تأکید بیشتری گردد و جهت دستیابی به این امر مهم

باید منشأ ابهامات موجود را در آموزش پرستاری جستجو نمود. بنابراین می‌توان با اتخاذ رویکردهای اخلاقی از جمله طرح و تدوین یک برنامه آموزشی هدفمند و یادگیری دانشجو محوری در برنامه درسی دانشکده‌ها که می‌تواند عمده‌ترین الگو در شکل‌گیری رفتارهای مراقبت و به ویژه مراقبت اخلاقی باشد، از رشد و ترویج معضلات بیشتر در ارایه مراقبت‌ها و امور حرفه‌ای پرستاری پیشگیری نمود.

تشکر و قدردانی

از همه پرستاران، مربیان و دانشجویان گرامی که وقت گران‌قدر خود را صرف انجام مصاحبه‌ها نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Cody W, Kenney JW. Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2002.
2. Biley F. Nursing redefined: emergent insights from studying the art and science of nursing in Germany and Switzerland. *Theoria: the Journal of Nursing Theory* 2005; 14(2): 23-6.
3. Rytterstrom P, Cedersund E, Arman M. Care and caring culture as experienced by nurses working in different care environments: a phenomenological-hermeneutic study. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(5): 689-98.
4. Dehghan Nayyeri N, Jalali Nia F. Theory development and nursing theories. Tehran, Iran: Boshra Publication; 2004. [In Persian].
5. Wilkin K, Slevin E. The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *J Clin Nurs* 2004; 13(1): 50-9.
6. Patistea E, Siamanta H. A literature review of patients' compared with nurses' perceptions of caring: implications for practice and research. *J Prof Nurs* 1999; 15(5): 302-12.
7. Ryan LA. The journey to integrate Watson's caring theory with clinical practice. *International Journal Human Caring* 2005; 9(3): 26-30.
8. Miyawaki M. Reconsidering the value of caring in nursing practice. *Journal of Philosophy and Ethics in Health Care and Medici* 2010; 4: 5-17.
9. Brake J. Bridging the gap between knowledge and practice. *Journal of Diabetes Nursing* 2005; 9(3): 92-6.
10. Finch L. Development of a substantive theory of nurse caring. *International Journal for Human Caring* 2008; 12(1): 25-32.
11. Lee-Hsieh J, Kuo C, Tseng HF, Turton MA. Development of an instrument to measure caring behaviors in nursing students in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies* 2005; 42(5): 579-88.
12. CAMSN National Practice Standards. Canadian Association of Medical and Surgical Nurses National Practice Standards [Online]. [cited 2008 Sep]; Available from: URL: http://www.nurseone.ca/~media/nurseone/files/fr/secure%20page%20content/pdf%20en/2013/10/07/21/08/camsn_standards.pdf
13. Grindel CG. Medical/Surgical Nursing Celebration of the Specialty [Online]. [cited 2004 Sep 15]; Available from: URL: http://news.nurse.com/apps/pbcs.dll/article?AID=2004409150310#VIP_X2dhL1U
14. Mercer K, Hooper K. Analysis of CNA contest questions: CAMSN definition identified. [Online]. [2013 Aug 16]; Available from: URL: <http://medsurgenurse files>.
15. Corbin J, Strauss AL. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 3rd ed. Washington DC: Sage Publications, Inc.; 2008.

16. Streubert Speziale H, Streubert H, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
17. Adib-Hajbagheri M, Parvizi S, Salsali M. Qualitative research methods. Tehran, Iran: Boshra Publication; 2007. [In Persian].
18. Ilic D. Teaching evidence-based practice: perspectives from the undergraduate and post-graduate viewpoint. *Ann Acad Med Singapore* 2009; 38(6): 559-5.
19. Jonsdottir H. Nursing theories and their relation to knowledge development in Iceland. *Nurs Sci Q* 2001; 14(2): 165-8.
20. Ghafari S, Mohammadi F. Concept analysis of nursing care: a Hybrid Model. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 21(1): 153-64. [In Persian].
21. Wagner DJ, Whaite B. An exploration of the nature of caring relationships in the writings of Florence Nightingale. *J Holist Nurs* 2010; 28(4): 225-34.
22. Parsa Yekta Z, Nikbakht Nasrabadi AR. Caring: a concept analysis. *Modares J Med Sci Pathol* 2005; 7(2): 31-9. [In Persian].
23. Nikfarid L, Rasouli M. Caring curriculum: a new paradigm in nursing education. *Iran J Nurs* 2011; 24(70): 61-71. [In Persian].
24. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto - Enferm* 2007; 16(1): 129-35.
25. O'Reilly L, Cara C. ["Being with" the person cared for in a rehabilitation context: a profound, therapeutic and transformative human relationship]. *Rech Soins Infirm* 2010; (103): 46-66.
26. Motahhari M. Education in Islam. Tehran, Iran: Sadra Publication; 2012. [In Persian].
27. Nikbakht AR, Parsa Yekta Z, Imami A. Analytical study of nursing experiences in Iran and Sweden. *Hayat* 2004; 10(3): 23-30. [In Persian].
28. Hadizadeh F, Firoozi M, Shamaeyan Razavi N. Nursing and midwifery students perspective on clinical education in Gonabad University of Medical Sciences. *Iran J Med Educ* 2005; 5(1): 70-8.
29. Gaberson KB, Oermann MH, Shellenbarger T. Clinical teaching strategies in nursing. New York, NY: Springer Publishing Company; 2010.
30. Mabuda BT, Potgieter E, Alberts UU. Student nurses' experiences during clinical practice in the Limpopo Province. *Curationis* 2008; 31(1): 19-27.

The Clinical Nature of Internal-Surgical Nursing Care

Parkhide Hassani¹, Zahra Safavi Bayat², Jhila Abedsaiedi¹, Camelia Rohani³

Original Article

Abstract

Introduction: Integration of theoretical knowledge and nursing practice has led to the creation of four central concepts in nursing including individual, health, nursing, and environment. Currently, greater emphasis is placed on the two concepts of health and care as the core of nursing. Thus, the purpose of the present qualitative study was to explain the concept of clinical care in internal-surgical nursing and its changes through time.

Method: This study was part of an extensive grounded theory research on 14 clinical nurses, clinical educators, and nursing students of the School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. The participants were selected, first, using purposive sampling method, and then, theoretical sampling. Data were collected through individual semi-structured, in-depth interviews. Data were codified using MAXQD 2007 software (VERBI GmbH, Berlin, Germany) and analyzed using grounded theory approach (Strauss & Corbin, 1998).

Results: Data analysis revealed the 3 main themes of "essence of care in internal-surgical nursing", "clinical origin of care", and "the decline in nursing". Moreover, 9 subcategories were extracted; including "clinical essence of internal-surgical nursing", "patient-centered care", "peaceful conscience of nurses", "meeting the basic needs of the patient", "perception of the patient", "specialization", "alienation with role", "detachment from clinical care", and "dependency".

Conclusion: Care is the essence of nursing, in particular internal-surgical nursing, and the clinical environment is the care delivery site. The changes and challenges in providing nursing care necessitate the use of moral approaches, such as designing targeted educational programs and a student-centered curriculum, with emphasis on moral conscience.

Keywords: Care, Internal-surgical nursing, Clinical practice, Grounded theory, Qualitative research

Citation: Hassani P, Safavi Bayat Z, Abedsaiedi J, Rohani C. **The Clinical Nature of Internal-Surgical Nursing Care.** J Qual Res Health Sci 2015; 3(4): 392-403.

Received date: 15.8.2014

Accept date: 30.01.2015

1- Assistant Professor, Internal-Surgical Nursing Care, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

2- PhD Student, Internal-Surgical Nursing Care, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Zahra Safavi Bayat, Email: zahrasb16@yahoo.com