

به نام خدا



انجمن علمی پرستاری ایران

گروه علوم پزشکی

مجمع علمی ممیزی توسعه علوم

دبیرخانه ممیزی توسعه علوم پزشکی

ممیزی رشته پرستاری

«مرحله سوم طرح ممیزی توسعه علوم»

به سفارش:

معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری

پژوهش و تهیه گزارش:

انجمن علمی پرستاری ایران

دکتر عیسی محمدی و همکاران

فروردین - اسفند ۱۳۹۰



جدول مشخصات مجری همکاران اصلی طرح

دکتر عیسی محمدی (مجری)

عضو هیات مدیره انجمن علمی پرستاری ایران
دانشیار دانشگاه تربیت مدرس

آقای شهرام براز پردنجانی (دستیار مجری)

دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه تربیت مدرس
عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی جندی شاپور اهواز

دکتر مسعود فلاحی خشکناز (همکار اصلی)

رئیس و عضو هیات مدیره انجمن علمی پرستاری ایران
دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی (همکار اصلی)

عضو هیات مدیره انجمن علمی پرستاری ایران
دانشیار دانشکده پرستاری مامایی تهران

دکتر فریده یغمایی (همکار اصلی)

عضو هیات مدیره انجمن علمی پرستاری ایران
دانشیار دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی تهران

دکتر فاطمه الحانلی (همکار اصلی)

عضو هیات مدیره انجمن علمی پرستاری ایران
دانشیار دانشگاه تربیت مدرس

دکتر عباس عبادی (همکار اصلی)

عضو هیات مدیره انجمن علمی پرستاری ایران
استادیار دانشکده پرستاری بقیه ا...الاعظم (عج)

دکتر نداد مهرداد (همکار اصلی)

عضو هیات مدیره انجمن علمی پرستاری ایران
استادیار دانشکده پرستاری مامایی تهران

چکیده

پرستاری به لحاظ تمرکز خاص بر "مراقبت" دربرگیرنده حیطه های مختلف سلامت انسانی، خواه بعنوان فرد یا جامعه می باشد. نگاه و جهان بینی مراقبتی به سلامت با جهان بینی و نگاه درمانی به سلامت متفاوت است. بطوریکه درمان محوری در سلامت متمرکز بر نقصان سلامتی است اما مراقبت ناظر به حفظ، تداوم و ارتقای سلامتی است. درمان بر تعیین و تشخیص کاستی در سلامت و به برگرداندن آن به نقطه مطلوب معطوف است. اما مراقبت از سلامت به حفظ، تداوم و ارتقای آن توجه دارد. با این رویکرد پرستاری بعنوان یک حرفه سلامت محور و رشته علمی مرتبط با سلامت، در تامین "سلامت" جامعه دارای نقشی حساس، منحصر بفرد، پیچیده و گسترده می باشد. برخلاف ذهنیات جاری و القاء شده و کارکرد سنتی، پرستاری و نقش پرستاران فقط محدود و منحصر به بیماری و عرصه هایی که بیماران حضور دارند نیست.

براساس این رویکرد تعریف هرگونه چشم انداز و برنامه ریزی برای پرستاری و پرستاران در حیطه های مختلف آموزشی، بالینی و پژوهشی و در سطوح سه گانه پیشگیری باید معطوف و مبتنی بر این پیش فرض و اصل حیاتی و غیرقابل اغماض باشد. در بررسی حاضر سعی شد تا آنجا که امکان دارد وضعیت و چالش های حضور پرستاری و پرستاران در حیطه ها و عرصه های فوق، براساس این رویکرد مورد ارزیابی قرار داده و چشم انداز متناسب با آن را برای آینده پرستاری کشور ترسیم نماید.

برای تهیه گزارش جامع از وضعیت انجمن علمی پرستاری ایران در کشور با توجه به راهنمای روش کار توسط گروه ممیزی علمی کشور، شاخص های کمی و کیفی به تفکیک مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس یافته های حاصل از بانک اطلاعاتی (ISI (Web of Sciences) نسبت مقالات کشور در حیطه پرستاری نسبت به کشورهای ترکیه، ژاپن، ۲۴ کشور منتخب منطقه، کانادا و آمریکا به ترتیب ۰/۲۹، ۰/۳۵، ۰/۱۷، ۰/۰۹ و ۰/۰۱٪ بود. بر اساس یافته های حاصل از بانک اطلاعاتی PubMed نسبت مقالات کشور در حیطه پرستاری نسبت به کشورهای ترکیه، ژاپن، ۲۴ کشور منتخب منطقه، کانادا و آمریکا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۵، ۰/۳۶، ۰/۳۱ و ۰/۰۲٪ بود. در حال حاضر آمریکا در رابطه با تولید و انتشار مقالات پرستاری، بالاترین سهم را به خود اختصاص داده و ایران در میان کشورهای مورد مقایسه مقام آخر را داراست. تولید علم کشور در حیطه پرستاری بین سال های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۰ براساس مقالات نمایه شده در ISI حدود ۷۲ درصد رشد داشته که بعد از ترکیه مقام دوم را داراست. همچنین در این مدت تولید علم کشور در حیطه پرستاری براساس مقالات نمایه شده در PubMed دارای رشد حدود بیش از ۳/۵ برابر است که در مقام دوم بعد از کانادا قرار دارد که این میزان رشد از میانگین رشد تولید علم کشورها مورد مقایسه فوق ۲۰ درصد بیشتر بود.

اگر چه در یک نگاه این نتایج برای کشور ما نشان دهنده وضعیت خیلی مطلوبی نیست و از نظر کمی این فاصله با دنیا قابل توجه است. اما از نگاه دیگر با توجه به جوان بودن دوره تحصیلات تکمیلی رشته پرستاری، ضریب رشد تولید علم و ورود دانشجویان دکتری به چرخه تولید علم، این وضعیت نگران کننده نبوده و امید است در آینده

نزدیک وضعیت مناسب تری پیدا کند. براین اساس راهبردهای مختلفی برای بهبود این وضعیت جهت دست یابی به سند چشم انداز ۲۰ ساله نظام و اسناد پایین دستی آن در عرصه سلامت مثل تشویق و حمایت (مادی و معنوی) از محققان پرستاری که مقالات علمی کاربردی تولید کرده و سعی در انتشار آن در مجامع و منابع معتبر بین المللی را دارند در این گزارش پیشنهاد گردیده است. همچنین در این گزارش علاوه بر تحلیل نقاط قوت، ضعف، فرصت ها و تهدیدها، الزامات مورد نیاز راهبردهای پیشنهادی، اولویت های آموزشی و پژوهشی نیز به تفصیل مورد بررسی و توجه قرار گرفته است.

کلمات کلیدی: مراقبت از سلامتی، پرستاری، ممیزی تولید علم، انجمن علمی پرستاران ایران

فهرست مطالب

بخش اول: ادبیات موضوع..... ۹

مقدمه..... ۱۰

تعاریف واژگان کلیدی..... ۱۰

تاریخچه شکل گیری پرستاری در ایران و جهان..... ۱۱

توضیحاتی در خصوص ماهیت رشته پرستاری و حوزه های کارکردی آن..... ۱۵

بخش دوم: روش شناسی

تحقیق..... ۱۹

روش پژوهش و نحوه تهیه و تدوین گزارش..... ۲۰

معرفی شاخص های ممیزی و تعریف و چگونگی اندازه گیری آنها..... ۲۳

بخش سوم: ارزیابی وضع موجود..... ۳۴

تشریح وضعیت موجود علم، فناوری، نوع آوری در پرستاری براساس شاخص های تعیین شده و تجزیه و تحلیل آنها..... ۳۵

بررسی تطبیقی وضعیت موجود علم در پرستاری در مقایسه با دو کشور پیشرفته منطقه و یک کشور توسعه یافته..... ۳۹

بررسی روند چند ساله اخیر شاخص های مد نظر و مقایسه منطقه ای و بین المللی آنها..... ۴۴

نگاشت نهادهای پرستاری: شناسایی مهمترین مراکز و نهادهای فعال در پرستاری و ترسیم نوع تعامل با آنها..... ۴۶

بخش چهارم: تحلیل

آینده..... ۴۸

بررسی روند تحولات آتی براساس مدل STEEP-V..... ۴۹

فهرست مطالب

۵۵.....	اهمیت رشته در آینده.....
۵۷.....	بخش پنجم: تحلیل راهبردی.....
۵۸.....	شناسایی نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدید (SWOT) و تحلیل آن.....
۶۱.....	ترسیم چشم انداز (وضعیت مطلوب) برای کشور در پرستاری در افق ۱۴۰۴.....
۶۲.....	ارایه ماموریت ها و اهداف کلان.....
۶۳.....	ارایه سیاست ها.....
۶۵.....	ارایه استراتژی ها و راهکارهای اجرایی.....
۶۷.....	منابع.....

بخش اول

ادبیات موضوع

۱-۱. مقدمه

۱-۲. تعاریف واژگان کلیدی

۱-۳. تاریخچه شکل گیری انجمن های علمی پرستاری در ایران و جهان

۱-۴. توضیحاتی در خصوص ماهیت رشته پرستاری و حوزه های کارکردی آن

۱-۱. مقدمه

با الهام از جهت گیری صحیح ممیزی علم در ابعاد کلان کشور، ارزیابی یا ممیزی علم و فن آوری زمانی می تواند نمودهای عملی و کاربردی پیدا کند که این فرآیند به تفکیک حوزه های مختلف علوم یا به عبارت دیگر، رشته های مختلف علمی موجود در آن کشور صورت گیرد.

پژوهش های برنامه ممیزی علوم و رشته های مرتبط با سلامت کشور که از سال ۱۳۸۸ توسط معاونت علمی و فن آوری ریاست محترم جمهور با محوریت انجمن های علمی این حوزه آغاز گردیده است، گامی عملی در راستای اهداف کلان برنامه های چشم انداز ۲۰ ساله کشور و برنامه های توسعه ای میان مدت (۵ ساله) و دیگر اسناد بالادستی نظام می باشد.

با مرور و تأمل در عناوین و جهت گیری انجمن های حوزه علوم پزشکی، آشکار است که این انجمن ها با توجه به تمرکز و ماهیت حرفه و رشته هایشان قلمروها و یا گستره عملیاتی متفاوتی را شامل می شوند. برخی انجمن ها کاملاً منطبق با یک قلمرو خاص و تخصصی از حوزه علوم سلامت می باشند. بعنوان مثال، انجمن علمی چشم کاملاً با گستره علمی، پژوهشی و اجرایی یک رشته تخصصی خاص مانند چشم پزشکی در کشور منطبق است. اما بعضی انجمن ها مثل پوکی استخوان بین رشته ای اند و رشته های مختلف پزشکی و علوم سلامت را در برمی گیرد. همچنین برخی دیگر گستره بسیار وسیعی را شامل می گردند بعنوان مثال، انجمن علمی متخصصین داخلی یا جراحی که دامنه علمی، پژوهشی و اجرایی وسیع و عمومی در طب داخلی و جراحی را در برمی گیرند. در این راستا انجمن علمی پرستاری بدلیل ماهیت و کارکرد مراقبتی که در کنار و عرض تک تک و یا خیلی از این رشته ها حضور دارد، گستره علمی، پژوهشی و اجرایی وسیعی تری را شامل بوده و دربرگیرنده طیف وسیعی از مراقبت از سلامتی تا بیماری و در کنار و همراه سایر علوم بهداشتی و درمانی مثل مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، علوم بالینی و می باشد.

انجمن علمی پرستاری ایران، این افتخار را دارد که در برنامه ارزیابی توسعه علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۰ بعنوان یکی از انجمن های برگزیده، جهت ارزیابی علمی حوزه مرتبط با پرستاری بعنوان مراقب و دیده بان همیشگی سلامت در کنار همه رشته های مرتبط با سلامت انتخاب گردیده است.

۱-۲. تعاریف واژگان کلیدی

پرستاری: حرفه و رشته ای علمی است که بر مراقبت (حفظ، تداوم و ارتقای) سلامتی فرد، خانواده و جامعه تمرکز دارد.

مراقبت از سلامتی: رویکرد و فعالیت ویژه ای است که هدف آن حفظ، تداوم و ارتقای سلامتی فرد و جامعه از طریق نهادهای مسئولیت و تعهد "مراقبت از خود" (یا دیگران) می باشد.

ممیزی تولید علم: فرآیند منظم و منطقی سنجش و ارزشیابی تولید و بکارگیری دانش در رشته های مختلف می باشد.

انجمن علمی پرستاری: یک نهاد و تشکیلات حرفه ای است که برای تحقق، توسعه و بکارگیری علم پرستاری و تعهد در جامعه فعالیت می کند.

۱-۳. تاریخچه شکل گیری انجمن های علمی پرستاری در ایران و جهان

سابقه تاریخی پرستاری در ایران

قدیمی ترین دوره تاریخ پزشکی در سرزمین ایران مربوط به دوره آریایی است که ۳۰ قرن پیش از میلاد مسیح می باشد. اگر چه بنا به گواهی تاریخ، پرستاری از بیماران در ایران باستان معمول بوده ولی به عنوان یک حرفه مشخص و شغل محسوب نمی شده و ارایه مراقبت به صورت تجربی و بدون ارزش علمی بوده است. با توجه به پیشرفت علوم طب و پرستاری و رشد سریع و روزافزون آن در کشورهای مختلف و ضرورت استفاده از آخرین یافته ها و دانسته های علمی برای پیشرفت بیشتر کشور خود در زمینه کیفیت مراقبت بهداشتی و درمانی توجه به تجربیات پیشینیان حرفه پرستاری ضروری می باشد.

حدود ۱۰۰ سال قبل انجمنی از میسیونرهای مذهبی آمریکایی شروع به کار کرد که اهداف ظاهری آن اعزام افراد خیر و نیکوکار به ممالکی بود که از نظر خدمات پرستاری در رده پایینی قرار داشتند. در سال ۱۲۹۴ هجری شمسی نخستین آموزشگاه پرستاری در ارومیه گشایش یافت. در سال ۱۳۱۵ با تلاش دولت وقت اولین مدرسه پرستاری در دانشسرای مقدماتی تاسیس و آموزشهای عملی آن در بیمارستان زنان انجام شد. در سال ۱۳۲۱ شمسی نخستین آموزشگاه پرستاری غیر دولتی ایران به همت شرکت نفت تاسیس شد. اما آموزشگاه عالی پرستاری ایران طبق ماده ۲۱۹ اساسنامه جمعیت شیر و خورشید سرخ وقت در اردیبهشت ماه سال ۱۳۲۶ تاسیس گردید و اولین گروه دانشجویان آن به تعداد ده نفر در محل هنرستان عالی دختران شروع به تحصیل کردند و نخستین دانش آموزان این دانشگاه در سال ۱۳۲۹ روانه مراکز درمانی کشور شدند. سال ۱۳۲۷ مدرسه پرستاری دانشگاه شهید بهشتی، سال ۱۳۲۸ مدرسه پرستاری دانشگاه تهران، تاسیس شد و تحت سرپرستی پرستاران خارجی شروع بکار کردند. در سال ۱۳۳۱ انجمن پرستاری ایران تاسیس شد.

در سال ۱۳۴۴ آموزشگاه عالی پرستاری ایران به عضویت شورای عالی پرستاران انگلستان درآمد و در سال ۱۳۴۷ نظام درسی واحدی در این آموزشگاه به اجراء درآمد. در سال ۱۳۵۰ برای کسب درجه کارشناسی پرستاری، تعداد واحدهای درسی پرستاران از ۱۰۳ واحد به ۱۴۰ واحد افزایش یافت و ۴ سال بعد مقرر شد برنامه تحصیلی دانشجویان پرستاری مشابه سایر برنامه های تحصیلی کارشناسی در سطح کشور به اجرا درآید.

از دهه ۳۰ شمسی با تدوین اساسنامه های آموزشگاه های پرستاری توسط وزارت بهداشتی وقت و به دنبال آن تشکیل انجمن های صنفی در سال ۱۳۳۱ مسیر حرفه ای شدن خود را آغاز نمود. در سال ۱۳۳۶ این گروه صنفی به

شورای بین المللی پرستاری پیوست. این حرکت با گسترش انواع انجمن های صنفی و علمی بعد از انقلاب اسلامی و طرح مطالبات مختلف صنفی با تصویب اساسنامه قانون نظام پرستاری در ۲۱ مرداد ۱۳۸۰ و تاسیس سازمان نظام ایران به اوج شکوفایی خود رسید.

سابقه تشکیل انجمن های علمی

انجمن علمی پرستاری ایران، یکی از انجمن های حوزه علوم پزشکی کشور می باشد که از سال ۱۳۸۲ فعالیت خود را رسماً آغاز نموده است. انجمن متشکل از هیات موسس، هیات مدیره، مجمع عمومی، مدیر عامل و بازرس بوده و دبیرخانه آن در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران مستقر می باشد. انجمن در زمینه های آموزشی، پژوهشی و بالینی مربوط به پرستاری فعالیت می نماید و اهداف و وظایف اصلی آن عبارتند از:

۱- ایجاد ارتباط علمی در زمینه آموزشی، پژوهشی، فناوری و تبادل نظر بین پژوهشگران، فناوران متخصصان و سایر کارشناسانی که به نحوی با شاخه های گوناگون پرستاری سر و کار دارند.

۲- همکاری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه ها، مؤسسات آموزشی و پژوهشی سایر ارگانها مانند سازمان تامین اجتماعی، ارتش و... در برنامه ریزی امور آموزشی، پژوهشی و برگزاری گرد همایی ها و بازآموزی.

۳- ارزیابی و بازنگری برنامه های آموزشی، پژوهشی و ارایه پیشنهادهای مذکور.

۴- ارایه خدمات آموزشی، پژوهشی، فناوری و بالینی.

۱- ترغیب و تشویق دانشمندان، پژوهشگران و دانشجویان در پیشبرد فعالیت های علمی آموزشی، پژوهشی و فناوری.

۶- تهیه و تدوین و انتشار نشریات علمی، آموزشی و برگزاری گرد همایی های بازآموزی آموزشی و پژوهشی در سطوح داخلی و خارجی با رعایت قوانین و مقررات جاری کشور.

در حال حاضر این انجمن دارای ۱۷۴ عضو فعال (پیوسته) از دانشکده ها و مراکز درمانی مختلف دانشگاه های علوم پزشکی و مراکز بهداشتی و درمانی کشور هستند. در حال حاضر دارای دو مجله علمی-پژوهشی مستقل می باشد. اولین مجله تحت عنوان پژوهش پرستاری با ۵ سال سابقه انتشار در بین مجلات علمی و پژوهشی دارای اعتبار از کمیسیون نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در رشته پرستاری در گروه نشریات رتبه یک در رشته های علوم پزشکی و در بین مجلات پرستاری کشور رتبه دوم قرار گرفت. دومین مجله دیگر به نام مدیریت

آدرس: تهران، میدان توحید، دانشکده پرستاری مامایی تهران، دفتر انجمن علمی پرستاری ایران، تلفکس: ۶۶۵۹۲۵۳۵ <http://ina.ir>

ارتقای سلامت می باشد که کمتر از یکسال از انتشار آن می گذرد. همچنین سه مجله علمی و پژوهشی مشترک با دانشکده های مختلف پرستاری کشور تحت عناوین نشریه پرستاری ایران با دانشکده پرستاری و مامایی تهران، مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت با دانشکده پرستاری و مامایی کرمان و مجله علوم مراقبتی¹ به زبان انگلیسی با دانشکده پرستاری و مامایی تبریز به چاپ می رساند. تاکنون سه همایش ملی بنام های تحقیقات کیفی در علوم سلامت در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی سال ۱۳۸۶، دومین همایش سراسری تحقیقات کیفی در علوم سلامت در دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۸۸ و پرستاری حرفه ای و حرفه پرستاری در سال ۱۳۹۰ با مشارکت دانشکده های و نهادهای حرفه ای پرستاری برگزار گردید.

سایر اقدامات انجمن شامل، مشارکت در برگزاری چندین همایش مشترک، کرسی های آزاد اندیشی و کارگاه ها تخصصی و همکاری های بین بخشی با نهادها و تشکل های مرتبط با پرستاری (انجمن اخلاق و فرهنگستان علوم پزشکی و فرهنگستان فرهنگ و ادب و مشارکت در بازنگری برنامه دوره های پرستاری با شورای تخصصی پرستاری، سازمان نظام پرستاری و نهادهای حرفه ای پرستاری، آموزش مداوم جامعه پزشکی) و ایجاد شعبه های انجمن در شهرستان ها (اصفهان و تبریز) بوده است.

سابقه تشکیل نهادهای پرستاری اعم از انجمن های علمی و حرفه ای در جهان خصوصا در غرب که خاستگاه اصلی این رشته بوده است، مربوط به قرن نوزدهم است. البته هرگاه بحثی پیرامون خاستگاه و الگوی پرستاری مطرح می شود، ناخودآگاه اذهان به سوی «فلورانس نایتینگل» پرستار نامدار و تحول آفرین پرستاری غرب در اواخر قرن نوزدهم متوجه می گردد. اما در سال های اخیر در بعضی منابع معتبر جهانی سخن از «رفیده» الگوی پرستاری شرق (ملیس، ۲۰۱۲) و یا معروف به «نایتینگل مسلمان» (الیس، ۲۰۰۴) به میان آمده است. ملیس (۲۰۱۲) در کتاب نظریه پردازی در پرستاری می نویسد: در غرب، ریشه پرستاری به دنبال جنگ کریمه مربوط اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم است. «نایتینگل» جهت ارایه مراقبت به سربازان زخمی، گروهی از زنان را تحت نظارت خود و جراحان بسیج کرد. وی بر بهداشت به عنوان هدف خود و تغییرات محیط به عنوان راه رسیدن به این هدف تمرکز و تاکید داشت. اولین نسخه شرقی پرستاری به «رفیده» دختر «سعد الاسلامیا» (کویا بنت سعد) بر می گردد که در جنگ های صدر اسلام با حضرت محمد(ص) همکاری می کرد. وی نیز گروهی از زنان را بسیج کرده و در مراقبت از افراد زخمی بر بهداشت و محیط تمرکز و تاکید داشت. او تمایل زیادی به توجه و مراقبت از بیمار، زخم و فرد ناتوان داشت. وی کمک های اولیه، مراقبت های اورژانس و مراقبت درمانی طولانی مدت را الگوسازی کرد. او از بیماران مراقبت می کرد و زنان را برای هنر کمک های اولیه و پرستاری تربیت می کرد (فنگری ۱۹۸۰، حسین ۱۹۹۰). وی نیز مانند «نایتینگل» اولین مدرسه پرستاری را در جهان اسلام تاسیس کرد. به علاوه، یک کد

¹ journal of Caring Sciences

آدرس: تهران، میدان توحید، دانشکده پرستاری مامایی تهران، دفتر انجمن علمی پرستاری ایران، تلفکس: ۶۶۵۹۲۵۳۵ <http://ina.ir>

(دستورالعمل) اخلاقی را برای پرستاران مفهوم سازی کرد و زنان و دختران جوان را برای آموزش تشویق و حمایت می کرد. همانند «نایتینگل» نقش او بعد از جنگ پایان پذیرفت و همچنان از مراقبت بهداشتی، پیشگیری و آموزش بهداشت حمایت همه جانبه می کرد. «حسین» (۱۹۸۱) ایثار و از خود گذشتگی «رفیده» را نسبت به پرستاری توضیح داده و موفقیت او را در ایجاد مقررات و رویه های جدید برای بهبود مراقبت پرستاری به عنوان یک فرد پیشرو و پرچمدار پرستاری نوین در خاورمیانه مطرح نموده است. در هر دو نسخه شرقی و غربی، زنان آغازگر تاریخ پرستاری بوده اند. هر دو الگو بر سازماندهی زنان برای مراقبت در جنگ ها تاکید داشته و مراقبت های اورژانسی و طولانی مدت ارایه دادند و بر مراقبت، شفا و بهبودی و بهسازی و سالم سازی محیط و آموزش دیگر پرستاران تمرکز و تاکید داشتند. هر دو نسخه شرقی و غربی از تعهدات اخلاقی نسبت به تسکین آلام و توسعه بهبودی منشاء گرفته اند.

در یک نگاه به مستندات فوق چنین استنباط می شود که پیشینه و الگوی پرستاری مدرن با مختصات جدید و غربی به جنگ های صدر اسلام (قرن ها پیش از نایتینگل) که حضور زنان بعنوان پرستار در جنگ به تایید پیامبر بزرگوار اسلام (ص) رسیده بود بر می گردد. در عین حال در غرب اواخر قرن نوزدهم تغییراتی در جوامع آن ها اتفاق افتاده بود که بیشترین تاثیر را بر نهادها و شکل های پرستاری گذاشته است. پیشتازان پرستاری در غرب گفتند که این تغییرات یک فرصتی برای تحول و دگرگونی در بالین و آموزش پرستاری بوده که منجر به آغاز نهادسازی و شکل گیری تشکل های پرستاری گردید. اولین بار در انگلستان در سال ۱۸۸۸ خانم بنفورد فنویک^۱ از رهبران برجسته پرستاری با اعتقاد به ضرورت استانداردها برای بهبود وضع پرستاری، اولین نهاد پرستاری را در انگلیس به نام انجمن پرستاری انگلستان^۲ را بنیان گذاشت. در آمریکا ۱۸۹۳ نمایشگاه جهانی دانشگاه کلمبیا زمینه اولین نشست پرستاران حرفه ای را فراهم نموده و انجمن پرستاری آمریکا^۳ در این نشست شکل گرفت. اولین بحث این نشست ارتباط بین مدارس آموزشی و بیمارستان ها بوده است. در این جلسه پیامی از فلورانس نایتینگل به گروه ارسال و قرائت شد که بعداً بصورت یک مقاله تنظیم و تحت عنوان پرستاری از بیمار^۴ در سال ۱۸۹۳ چاپ گردید. سپس در سال ۱۸۹۶ جامعه سرپرستان مراکز آموزشی پرستاران آمریکا^۵ و انجمن بین المللی پرستاران^۶ در سال ۱۸۹۹ و

¹ Bedford Fenwick

² British Nursing Association (BNA)

³ American Nursing Association=ANA

⁴ Nursing the Sick

⁵ American Society of Superintendents of Training School for Nurses

⁶ International Council of Nurses= ICN

(۱۹۱۲) اتحادیه ملی آموزش پرستاری^۱ و (۱۹۵۲) اتحادیه ملی پرستاران^۲ و در حال حاضر بیش از ۳۰۰ نهاد که بیش از ۴۰ مورد در آمریکاست شکل گرفته اند. این تشکل ها و نهادها اعضا و منابع را گردهم آوردند و هدفی را انتخاب و در این حیطه کار می کنند. در سایت <http://nursingworld.org/rnindex> فهرستی از نهادها و تشکل های پرستاری با جهت گیری های خاص وجود دارد. اخیراً سازمان ها و نهادهای پرستاری یک تلاش ملموس برای بهبود همکاری در این تشکل ها را آغاز کردند. امروزه پرستاران بهتر از گذشته به آثار مفید تنوع این نهادها آگاه شده و حقوق خود را از این طریق بهتر پی گیری کرده و تحقق می بخشند.

۱-۴. توضیحاتی در خصوص ماهیت رشته پرستاری و حوزه های کارکردی آن

تعریف پرستاری

پرستاری یک حرفه و رشته سلامت محور با رویکرد منحصر بفرد می باشد. این رویکرد اختصاصی همان "مراقبت از سلامتی" است. سلامتی نیز دربرگیرنده حیطه های مختلف در عرصه های فردی و اجتماعی است. نگاه و جهان بینی مراقبتی به سلامت با جهان بینی و نگاه غیرمراقبتی به سلامت متفاوت است. بطور مثال، درمان محوری در سلامت متمرکز بر نقصان سلامتی است اما مراقبت ناظر به حفظ، تداوم و ارتقای سلامتی است. درمان یعنی تعیین و تشخیص کاستی در سلامت و به برگرداندن آن به نقطه مطلوب و خاص متمرکز می باشد. اما مراقبت از سلامت به تثبیت، حفظ و توسعه یا ارتقای آن توجه و تمرکز دارد. با این رویکرد پرستاری بعنوان یک حرفه سلامت محور و رشته علمی مرتبط با سلامت در حفظ سلامت جامعه دارای نقشی حساس، منحصر بفرد، پیچیده و گسترده می باشد. برخلاف ذهنیات جاری و القا شده و کارکرد سنتی، پرستاری و نقش پرستاران فقط محدود و منحصر به بیماری و عرصه هایی که بیماران حضور دارند نیست. اگرچه ممکن است عده ای تصور کنند که سایر حرف و رشته های مرتبط با سلامت نیز به نوعی از سلامتی حفاظت و پاسداری می کنند. اما همه آن ها براساس دیدگاه و تعریف خاص خودشان، قلمرو فعالیتی ویژه ای دارند. اما به صورت بین المللی پذیرفته شده است (انجمن بین المللی پرستاری) که پرستاری یک قلمرو عملکردی اختصاصی و مستقل با رویکرد خاص (کل و همه جانبه نگر) خود یعنی تمرکز بر "مراقبت" دارد.

این نگاه با جدیدترین تعریف انجمن بین المللی پرستاری از پرستاری منطبق است: پرستاری شامل "مراقبت" مستقل و مشارکتی از افراد در همه سنین، خانواده ها، گروه ها و جوامع، اعم از بیمار و سالم و در تمام موقعیت هاست. پرستاری شامل ارتقاء سلامت، پیشگیری از ناراحتی، و مراقبت از افراد بیمار، معلول و در حال مرگ است. دفاع و

¹ National League for Nursing Education

² National League for Nurses

آدرس: تهران، میدان توحید، دانشکده پرستاری مامایی تهران، دفتر انجمن علمی پرستاری ایران، تلفکس: ۶۶۵۹۲۵۳۵ <http://ina.ir>

جانبداری (وکالت)، توسعه و بهبود یک محیط ایمن، پژوهش، مشارکت در تنظیم و تدوین سیاست های بهداشتی در سلامت و نظام مدیریت، آموزش و پرورش نیز از نقش اصلی و کلیدی پرستاری است.

پرستاری کارکرد و نقش مشارکتی و مشترک با پزشکی در حیطه بالینی دارد و پرستاران با تخصص های ویژه، نقش حرفه ای خود را ایفا می کنند. اما پرستاران در بخش ها و نقش های تخصصی خود نمی توانند از نگاه و کارکرد یکپارچه به مددجویان بعنوان یک انسان با تمام ابعاد و نیازها جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی غافل باشند و هویت و پرستار بودن آن ها به همین نگاه یکپارچه، پیوسته و کل نگر بستگی دارد.

در این راستا، انجمن پرستاری آمریکا (۱۹۹۵) چهار نوع خدمات مورد انتظار را برای پرستاری تعریف کرده است:

۱- تدارک و تامین اطلاعات و مدیریت شرایط سلامت و بیماری.

۲- کمک در حل مشکلات و مدیریت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت.

۳- کمک به تعیین اهداف کوتاه و بلند مدت.

۴- جانبداری و حمایت از افراد به منظور به دست یابی به خدمات سلامتی.

اصل مهمی که بصورت یک راهبرد مناسب برای درک پرستاری پذیرفته شده است تصویر و ویژگی "کل نگر" پرستاری است. این دیدگاه ارزشمند و جدید، پرستاری را بعنوان یک واحد خدمت کامل و پیوسته، بدون تقلیل، تجزیه، کاهش خدمات سلامت و نتیجه محور معرفی کرده است. بطوریکه، هر عمل یا اقدام پرستاری باید شامل این کلیت یا تمامیت - در ترکیب های مختلف از سه بعد فنی^۱، ارتباطی^۲ هوشیارانه^۳ باشد. بطوریکه، پرستاری، جوهری نه بیشتر و نه کمتر از این سه بعد ترکیبی و تلفیقی که "مراقبت حرفه ای" نامیده می شود، نیست.

بعد فنی پرستاری یا مراقبت فناورانه بعنوان محتوای مورد توافق حرفه ای، استانداردهای اجتماعی و داده های پژوهشی، تدارک کننده اطلاعات درمانی برای وضعیت و مسایل سلامتی توصیف شده است. مانند رویه های جاری و عملکردی از قبیل دادن دارو، پایش علائم حیاتی و وضعیت فیزیولوژیک، کمک به تحرک و تغذیه را شامل می گردد. این بعد بعنوان وجه محسوس و غالب پرستاری برای تامین نیازهای سلامتی در مرحله بهبودی از بیماری قابل انتظار است که گاهی این را پرستاری "واقعی" می دانند در حالی که این جزئی از کل واحد پرستاری است.

بعد ارتباطی پرستاری (مراقبت مشارکتی) فرآیندهای انسانی سازی پرستاری است که با انسان ها بعنوان بنیان و زیرساخت های خدمات سلامت ارتباط پیدا می کند. فرآیند کمک به افراد برای حل مشکلات و مدیریت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و حمایت از مردم در برخورد و مواجهه با موانع پیش روی آنها در جهت دست یابی به خدمات سلامت می باشد.

فرآیندهای ارتباطی ترجمه و انتقال وظایف مکانیکی و روباتیک به خدمات منحصر بفرد و شخصی برای کمک به فرد در مواجهه با اهداف سلامتی خودشان می باشد. بعد ارتباطی برای پرستاران نیازمند هوشمندی مناسب یعنی

¹ Technical

² Relational

³ Intentional

صلاحیت و توانمندی های خاص برای توسعه و بهبود اعتماد، حفظ و تداوم حضور و بودن آگاهانه (کنار افراد)، تفکر شهودی، مهربان بودن، پذیرش تنوع و تکثر ارزش ها و برقراری ارتباط با شیوه باز، مطمئن و مودبانه می باشد. این صلاحیت ها برای پرستاران جهت کمک کردن به دیگران بعنوان همراهان و شرکای ماهر و برای کمک به بیماران در مواجهه با آسیب پذیری، وابستگی، ترس، رنج، ناامنی و احتمالاً مرگ، اساسی و ضروری هستند. پرستار ارتباط محور به توسعه و بهبود مشارکت بین و میان ذی نفعان چندگانه ارایه خدمات سلامت (بهداشتی و درمانی) برای دست یابی به اثرات مثبت سلامتی کمک کرده و آنرا جهت می دهد.

در محیط و عرصه های سلامت امروزی نمی توان یک جانبه بدون توجه به آنچه دیگران انجام می دهند و بدون درگیر کردن آن هایی که در تصمیم گیری موثرند تصمیمی گرفت. نیاز به یک تناسب عالی بین تصمیمات در هر نقطه از پیوستار تولید خدمات با شرایطی که نیاز به الگوی قویتر ارتباطی و تعاملی بین همه ارایه کنندگانی که در خدمات سرمایه گذاری می کنند وجود دارد. رفتارهای تیمی یک حادثه و اتفاق نیست. امروزه تیم (کار تیمی)، محور طراحی فرآیندهای بالینی آینده قرار گرفته است. در گذشته افراد بعنوان واحد اساسی کار مورد توجه قرار می گرفتند، اما امروزه این وضعیت دقیقاً و کاملاً پایدار نشده و رشد نیافته است. این تعامل یکپارچه و جامع (تیم محوری) بین ارایه کنندگان برای موفقیت در رشد و بقای مستمر و پایدار آنهایی که خدمات سلامت را ارایه می دهند مهم و اساسی است. برتری در هر یک از نقش ها بدون توجه به یک سطح درک درست از نقش دیگر اعضای تیم، مساوی با هیچ و عدم برتری برای همه خواهد بود. عبارت دیگر، برتری جویی یک فرد در تیم و گروه سبب ناکامی همه افراد و حتی خود فرد برتری طلب در دست یابی به هدف می شود. بطوریکه نگاه کار تیمی صحیح (مشارکتی و غیربرتری طلب) فقط می تواند هم افزایی و یکپارچگی ایجاد کرده و در این صورت پایداری واقعی و درست نظام را تضمین می کند. این واقعیت (نگاه تیمی درست) نه فقط شیوه ارایه خدمات را تغییر می دهد، بلکه محتوای خدماتی را که باید ارایه گردد نیز تغییر می دهد. امروزه ارایه کننده خدمات سلامت به تنهایی و جدا از تعامل با دیگر افراد موثر در تصمیم گیری و ارایه خدمات، نمی تواند اقدام نماید. جامعیت و تناسب خوب نیازمند گفتگوی بین آن هایی است که در صدد بدست آوردن یک نتیجه پایدار و عالی برای دریافت کننده خدمات هستند. این نگاه و عملکرد ممکن است به معنای ترکیب فعالیت ها و نقش ها به شیوه ای مطمئن باشد که همه اجزای فرآیند های خدمات سلامت را با یکدیگر هماهنگ نماید، لذا کار تیمی سبب دست یابی به نتایج در راستای اهداف سلامت می شود.

بعد هوشیارانه: اکنون باید توجهات به سمت ارایه خدمات سلامت بصورتی که انتخاب های عاقلانه را تضمین، اهداف پایدار و مناسب را حمایت و به صرفه بودن آنها را ملاحظه کند، متمرکز گردد. بعلاوه، خدمات سلامت باید از بررسی و ارزشیابی نتایج درمان، تناسب و هماهنگی خوب با دریافت کنندگان، کیفیت خدمات و رضایت بیماران عبور کرده و فراتر برود. برای این کار لازم است پرستاران به یک دیدگاهی که لازمه آن انجام بهترین عمل، حمایت از درمان به موقع و تداوم یا تضمین کننده پایداری رفتارهای سلامتی است روی آورند. بطوریکه برای ایجاد

یک زیرساخت ارایه خدمات سلامت پایدار باید به "محور کل گرایی" روی آورد. تصمیم گیری در مورد انتخاب خدمات سلامتی نیازمند آموزش است. نقش ها و عملکردها باید تغییر کند و به سمت بهترین و مناسب ترین تصمیم گیری و انتخاب سوق یابد که اکنون جزء اساسی ارتباطات سلامتی (بهداشتی و درمانی) است. این اصل و واقعیت به این معناست که ارایه کنندگان خدمات سلامت خصوصا پرستاران اکنون نیاز به یک تغییر در شکل یادگیری-آموزش و عملکرد خود دارند. مداخلات درگیرانه و تعاملی با تاخیر (پس از بروز مشکل و مشکل مدار) نمی تواند شاخصه غالب و اصلی کارکرد و نقش پرستاران باشد. حرکت از فعالیت و نقش مشکل یا مساله محور و روی آوردن به یک تمرکز و محوریت مستمر و پایدار، پرستاران را به مشاهده و توجه نقش هایشان در عرصه و زمینه وسیع تر زندگی و تعامل به موقع، زود هنگام و فعال تر پیشگیرانه با بیماران و دیگر ارایه کنندگان خدمات فرا می خواند. اکنون انتظارات و فعالیت های تعاملی فعال پیشگیرانه، پرستاران را به نقش های پویا، پیشرفته و کامل تری با بیماران ارزیابی کرده و نسبت به آن متعهد و ملتزم می سازد. افزایش آگاهی های اولیه، انتخاب ها و مسئولیت پذیری بیماران و جامعه برای زندگی خودشان یک سرمایه، فرصت و ابتکار عمل بزرگی است که نیازمند بکارگیری همه منابع نظام سلامت در راستای اهداف عالی خودش می باشد. لذا پرستاران در بعد سوم عملکرد حرفه ای باید به ایفای نقش هوشیارانه، سنجیده و پیشگیرانه جامع و کل نگر روی آورند.

خلاصه اینکه ترکیب و تلفیق سه بعد فنی، ارتباطی و هوشیارانه لازمه پرستاری حرفه ای و پرستاران حرفه ای است که باید در چشم انداز آتی پرستاری بعنوان یک دیدگاه و جهان بینی یا پارادایم مورد توجه قرار گیرد.

بخش دوم

روش شناسی پژوهش

انجام ممیزی

۱-۲. روش پژوهش و نحوه تهیه و تدوین گزارش

۲-۲. معرفی شاخص های ممیزی و تعریف و چگونگی

اندازه گیری آن ها

۱-۲. روش پژوهش و نحوه تهیه و تدوین گزارش

برای تهیه گزارش جامع از وضعیت انجمن علمی پرستاری در کشور با توجه به راهنمای روش کار توسط گروه ممیزی کشور، شاخص های کمی و کیفی باید جمع آوری می گردید که برای هر یک از موارد درخواستی، راهنمای آن در سایت ممیزی کشور موجود است.

پیش از شروع جمع آوری داده ها، یک کمیته راهبردی با مشارکت اعضای هیات مدیره انجمن جهت هدایت و نظارت بر اجرای طرح و یک گروه نیز جهت جمع آوری داده ها و محاسبه شاخص ها تشکیل گردید. داده های مورد نیاز مشتمل بر دو فصل کیفی و کمی بودند که برای دستیابی به هر یک اقدامات ذیل صورت گرفت:

بخش کیفی:

جهت نگارش بخش کیفی که مشتمل بر تعیین حیطه رشته، تعیین اهمیت رشته در آینده کشور، تحلیل روندهای تاثیرگذار، تبیین دورنمای رشته، تعیین قوت و ضعف، فرصت ها و تهدیدهای موجود بود از منابعی همچون اسناد بالادستی مرتبط و موثر بر حوزه سلامت، سایت ها، مقالات و کتابهای مختلف استفاده گردید که عبارتند از:

- سند چشم انداز ۲۰ ساله
- نقشه جامع علمی کشور
- نقشه جامع علم و فناوری سلامت
- دستاوردها، چالش ها و افق های پیش روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران
- قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور
- سایر منابع، مقالات، کتابها و وب سایت های مرتبط.

ابتداء مدیر اجرایی و دستیار کارشناس طرح، منابع و متون فوق را بدقت مطالعه و سپس کلیه موارد: شامل قوانین، راهبردها، سیاست ها و روندهای مرتبط با حیطه های مختلف پرستاری را فهرست، تدوین و مکتوب نمودند. پس از آن با هماهنگی انجمن علمی پرستاری، جلسه ای متشکل از افراد متخصص و صاحب نظر این حوزه تشکیل گردید. پس از توجیه کلیه شرکت کنندگان در جلسه و افراد صاحب نظر در مورد اهداف جلسه، تبادل افکار و نظرات صورت گرفته و سپس از این نقطه نظرات در تدوین بخش های ۵ گانه گزارش استفاده گردید.

بخش کمی:

محاسبه شاخص:

شاخص های عملکردی:

برای جمع آوری اطلاعات مربوط به تعداد مقالات، تعداد نویسندگان، همکاران نویسندگان، مقالات بین دانشگاهی در سال ۱۳۸۹ به همراه ضریب تاثیر^{۱۳} و نمایه شدن مجلات در نمایه های معتبر بین المللی و یا داخلی بدین صورت بود که دبیرخانه ممیزی اسامی ۴۰ نفر از اعضای انجمن علمی پرستاری کل کشور را به صورت تصادفی انتخاب کرده بود (۳۰ نفر عضو هیات علمی و ۱۰ نفر عضو غیر هیات علمی) و این فهرست را در اختیار نماینده انجمن قرار داده بود. سپس بعد از تماس نماینده انجمن با این ۴۰ نفر، از آنها خواسته شد که اطلاعات مربوط به مقاله خود که شامل نام مقالات، اسامی نویسندگان و همکاری بین دانشگاهی بود را برای مجری از طریق ایمیل ارسال نمایند. سپس دستیار مجری اصلی این اطلاعات را به همراه اطلاعات دیگر در زمینه نمایه شدن مجلات و ضریب تاثیر مجلات وارد سایت ممیزی نمود. استخراج ضریب تاثیر مجلات خارجی بر اساس فهرستی بود که خود دبیرخانه در اختیار انجمن قرار داده بود. در این فهرست، کل مقالات ISI خارجی و داخلی به همراه ضریب تاثیر آن ها در سال ۲۰۰۹ آمده بود. برای نمایه شدن مجلات داخلی و خارجی، دستیار مجری از وب سایت اصلی خود مجله به همراه فهرست اعلامی از طرف دبیرخانه ممیزی کشور استفاده گردید.

جهت استخراج اطلاعات مختلف مقالات خارجی مرتبط (تعداد، نام نویسندگان، تعداد ارجاع^{۱۴} و اچ- ایندکس^{۱۵}) به تفکیک کشور ایران، دو کشور از منطقه که شامل ترکیه و ژاپن بودند و دو کشور از کشورهای چشم اندازی که شامل کانادا و آمریکا و ۲۴ کشور منتخب منطقه بود از بانک های اطلاعاتی مقالات علمی / Scopus / Pubmed / ISI (Web of Sciences) استفاده گردید. راهنمای عملی جستجو در منابع بین المللی به تفصیل در جداول شماره ۱، ۲ و ۳ آمده است. در ارزیابی وضعیت رشته پرستاری در منابع بین المللی فقط به شاخص های کمی تعداد مقالات اکتفا ننموده، بلکه شاخص های دیگری از قبیل نسبت ارجاعات به هر مقاله^{۱۶} و H-Index نیز مبنای تحلیل و مقایسه بین ایران و کشورهای منتخب منطقه و کشورهای چشم اندازی قرار گرفت.

¹³ Impact factor¹⁴ Citation¹⁵ H-Index¹⁶ Citation per paper

اطلاعات مربوط به تعداد کتب تالیفی و ترجمه در سال ۱۳۸۹، توسط دستیار مجری اصلی از سایت اسناد رسمی و کتابخانه ملی ایران به آدرس <http://www.nlai.ir> استخراج گردید. اطلاعات جمع آوری شده در این زمینه شامل نام نویسنده اول کتب تالیفی و یا نام مترجم اول کتب ترجمه ای رشته پرستاری بود.

نام مجلات علمی پژوهشی داخلی رشته پرستاری که به طور تخصصی در زمینه این رشته منتشر می شود از اتصال فهرست مجلات علوم سلامت موجود در سایت اصلی ممیزی کشور (www.msre.ir) استخراج گردید.

اطلاعات مربوط به عناوین و نوع کنگره های و همایش های بین المللی برگزار شده در سال ۱۳۸۹ بر اساس اتصال موجود در پایگاه اصلی وزارت بهداشت استخراج گردید. عناوین کنگره های داخلی بر اساس جستجو در پایگاه Google / Sid جمع آوری گردید.

برای بدست آوردن اطلاعات مربوط به اعضای هیات علمی و یا دانش آموختگان این رشته که در سال ۱۳۸۹ موفق به اخذ رتبه در جشنواره رازی شده بودند از پایگاه جشنواره رازی و تماس با دبیرخانه این جشنواره استفاده گردید.

همچنین تعداد دانشجویان ورودی مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی این رشته در سال ۱۳۸۹ از طریق دفترچه ثبت نام آزمون مربوط به همان مقطع در سال ۱۳۸۹ و تماس با مسئولین بورد پرستاری استخراج شد. لازم به ذکر است، هر چند در دستورالعمل تدوین گزارش ممیزی، دوره زمانی سال ۲۰۱۰ میلادی یا سال ۱۳۸۹ هجری-شمسی جهت تدوین شاخص های کمی در نظر گرفته شده بود. لیکن این انجمن بمنظور ارزیابی روند تغییرات این شاخص های کمی تصمیم گرفت یک دوره زمانی دیگر در گذشته را نیز به انجام جستجو اضافه کند تا تحلیل روشن تری از وضعیت تولید علم و شاخص های مربوطه ارایه نماید. این دوره زمانی، سال ۱۳۸۶ هجری-شمسی معادل سال ۲۰۰۷ میلادی در نظر گرفته شد.

در ارزیابی وضعیت تولید علم پرستاری در منابع بین المللی، فقط به شاخص های کمی تعداد مقالات اکتفا نگردید، بلکه شاخص های دیگری از قبیل نسبت ارجاعات به هر مقاله^{۱۷} شاخص H^{۱۸} نیز مبنای تحلیل و مقایسه بین ایران و کشورهای منتخب منطقه و کشورهای مطلوب قرار گرفت. علاوه بر این، مقایسه وضعیت کشور در این شاخص ها، در سال ۲۰۱۰ نسبت به سال ۲۰۰۷ و همین مقایسه، برای کشورهای منتخب منطقه و کشورهای مطلوب موجب گردید که تحلیل ها به صورت عمیق تر و روشن تری، تفاوت کشور ایران را با سایر کشورها در جهان نشان دهد.

¹⁷ Citation per paper

¹⁸ H-Index

معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری

۲-۲. معرفی شاخص های ممیزی و تعریف و چگونگی اندازه گیری آن ها

جدول ۱-۲: راهبردهای جستجو و تعداد مقالات کشور ایران با کشورهای منطقه و کشورهای مطلوب در پایگاه ISI در سال ۲۰۱۰

تاریخ جستجو: ۱۳۹۰/۱۲/۱۰			
بانک داده مورد جستجو: Web of sciences = ISI			
کشور	راهبرد جستجو	تعداد مقاله حاصل از جستجو	درصد از کل منطقه
ایران	Topic=(Economics Nursing OR Education of Nursing OR History of Nursing OR Legislation of Nursing OR Evidence-Based Nursing OR Nursing Research OR Clinical Nursing Research OR Nursing Administration Research OR Nursing Education Research OR Nursing Evaluation Research OR Nursing Methodology Research OR Nursing Theory OR Specialties, Nursing OR Advanced Practice Nursing OR Community Health Nursing OR Emergency Nursing OR Family Nursing OR Forensic Nursing OR Geriatric Nursing OR Holistic Nursing OR Maternal-Child Nursing & Midwifery OR Military Nursing OR Obstetrical Nursing OR Occupational Health Nursing OR Oncologic Nursing OR Orthopedic Nursing OR Pediatric Nursing OR Preoperative Nursing OR Psychiatric Nursing OR Public Health Nursing OR Rehabilitation Nursing OR School Nursing OR Trans cultural Nursing OR Nursing Private Duty OR Nursing Supervisory OR Office Nursing OR Tele nursing) AND Address=(Iran) Timespan=2010. Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, CPCI-S, CPCI-SSH. Lemmatization=On	۶۲	۶۲ به ۳۵۹ = ۰/۱۷۲
ترکیه	Topic=(Economics Nursing OR Education of Nursing OR History of Nursing OR Legislation of Nursing OR Evidence-Based Nursing OR Nursing Research OR Clinical Nursing Research OR Nursing Administration Research OR Nursing Education Research OR Nursing Evaluation Research OR Nursing Methodology Research OR Nursing Theory OR Specialties, Nursing OR Advanced Practice Nursing OR Community Health Nursing OR Emergency Nursing OR Family Nursing OR Forensic Nursing OR Geriatric Nursing OR Holistic	۲۱۳	۲۱۳ به ۳۵۹ = ۰/۵۹

		Nursing OR Maternal-Child Nursing & Midwifery OR Military Nursing OR Obstetrical Nursing OR Occupational Health Nursing OR Oncologic Nursing OR Orthopedic Nursing OR Pediatric Nursing OR Preoperative Nursing OR Psychiatric Nursing OR Public Health Nursing OR Rehabilitation Nursing OR School Nursing OR Trans cultural Nursing OR Nursing Private Duty OR Nursing Supervisory OR Office Nursing OR Tele nursing) AND Address=(Turkey) Timespan=2010. Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, CPCI-S, CPCI-SSH. Lemmatization=On	
۰/۴۹ = ۳۵۹ به ۱۷۷	۱۷۷	Topic=(Economics Nursing OR Education of Nursing OR History of Nursing OR Legislation of Nursing OR Evidence-Based Nursing OR Nursing Research OR Clinical Nursing Research OR Nursing Administration Research OR Nursing Education Research OR Nursing Evaluation Research OR Nursing Methodology Research OR Nursing Theory OR Specialties, Nursing OR Advanced Practice Nursing OR Community Health Nursing OR Emergency Nursing OR Family Nursing OR Forensic Nursing OR Geriatric Nursing OR Holistic Nursing OR Maternal-Child Nursing & Midwifery OR Military Nursing OR Obstetrical Nursing OR Occupational Health Nursing OR Oncologic Nursing OR Orthopedic Nursing OR Pediatric Nursing OR Preoperative Nursing OR Psychiatric Nursing OR Public Health Nursing OR Rehabilitation Nursing OR School Nursing OR Trans cultural Nursing OR Nursing Private Duty OR Nursing Supervisory OR Office Nursing OR Tele nursing) AND Address=(Japan) Timespan=2010. Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, CPCI-S, CPCI-SSH. Lemmatization=On	ژاپن
	۳۵۹	Topic=(Economics Nursing OR Education of Nursing OR History of Nursing OR Legislation of Nursing OR Evidence-Based Nursing OR Nursing Research OR Clinical Nursing Research OR Nursing Administration Research OR Nursing Education Research OR Nursing Evaluation Research OR Nursing Methodology Research OR Nursing Theory OR Specialties, Nursing OR Advanced Practice Nursing OR	۲۴ کشور منطقه

		<p>Community Health Nursing OR Emergency Nursing OR Family Nursing OR Forensic Nursing OR Geriatric Nursing OR Holistic Nursing OR Maternal-Child Nursing & Midwifery OR Military Nursing OR Obstetrical Nursing OR Occupational Health Nursing OR Oncologic Nursing OR Orthopedic Nursing OR Pediatric Nursing OR Preoperative Nursing OR Psychiatric Nursing OR Public Health Nursing OR Rehabilitation Nursing OR School Nursing OR Trans cultural Nursing OR Nursing Private Duty OR Nursing Supervisory OR Office Nursing OR Tele nursing) AND Address=(Azerbaijan OR Afghanistan OR Jordan OR Armenia OR Uzbekistan OR United Arabic Emirates OR Bahrain OR Pakistan OR Tajikistan OR Turkmenistan OR Turkey OR Syria OR Palestine OR Kyrgyzstan OR Kazakhstan OR Qatar OR Kuwait OR Georgia OR Iraq OR Oman OR Saudi Arabia OR Lebanon OR Egypt OR Yemen)</p> <p>Timespan=2010. Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, CPCI-S, CPCI-SSH. Lemmatization=On</p>	
	۶۷۳	<p>Topic=(Economics Nursing OR Education of Nursing OR History of Nursing OR Legislation of Nursing OR Evidence-Based Nursing OR Nursing Research OR Clinical Nursing Research OR Nursing Administration Research OR Nursing Education Research OR Nursing Evaluation Research OR Nursing Methodology Research OR Nursing Theory OR Specialties, Nursing OR Advanced Practice Nursing OR Community Health Nursing OR Emergency Nursing OR Family Nursing OR Forensic Nursing OR Geriatric Nursing OR Holistic Nursing OR Maternal-Child Nursing & Midwifery OR Military Nursing OR Obstetrical Nursing OR Occupational Health Nursing OR Oncologic Nursing OR Orthopedic Nursing OR Pediatric Nursing OR Preoperative Nursing OR Psychiatric Nursing OR Public Health Nursing OR Rehabilitation Nursing OR School Nursing OR Trans cultural Nursing OR Nursing Private Duty OR Nursing Supervisory OR Office Nursing OR Tele nursing) AND Address=(Canada) Timespan=2010. Databases=SCI-EXPANDED,</p>	کانادا

		SSCI, CPCI-S, CPCI-SSH. Lemmatization=On	
	۴۲۲۰	Topic=(Economics Nursing OR Education of Nursing OR History of Nursing OR Legislation of Nursing OR Evidence-Based Nursing OR Nursing Research OR Clinical Nursing Research OR Nursing Administration Research OR Nursing Education Research OR Nursing Evaluation Research OR Nursing Methodology Research OR Nursing Theory OR Specialties, Nursing OR Advanced Practice Nursing OR Community Health Nursing OR Emergency Nursing OR Family Nursing OR Forensic Nursing OR Geriatric Nursing OR Holistic Nursing OR Maternal-Child Nursing & Midwifery OR Military Nursing OR Obstetrical Nursing OR Occupational Health Nursing OR Oncologic Nursing OR Orthopedic Nursing OR Pediatric Nursing OR Preoperative Nursing OR Psychiatric Nursing OR Public Health Nursing OR Rehabilitation Nursing OR School Nursing OR Trans cultural Nursing OR Nursing Private Duty OR Nursing Supervisory OR Office Nursing OR Tele nursing) AND Address=(USA) Timespan=2010. Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, CPCI-S, CPCI-SSH. Lemmatization=On	ایالت متحده آمریکا

جدول ۲-۲: راهبردهای جستجو و تعداد مقالات کشور ایران، با کشورهای منطقه و کشورهای چشم اندازی در وب سایت PubMed در سال ۲۰۱۰

تاریخ جستجو: ۱۳۹۰/۱۲/۱۰		
بانک داده مورد جستجو: PubMed		
تعداد مقاله حاصل از جستجو	راهبرد جستجو	ردیف
۱۱۲	MESH TERM: Economics Nursing OR Evidence-Based Nursing OR Nursing Research OR Clinical Nursing Research OR Nursing Administration Research OR Nursing Education Research OR Nursing Evaluation Research OR Nursing Methodology Research OR Nursing Theory OR Specialties Nursing OR Advanced Practice Nursing OR Community Health Nursing OR Emergency Nursing OR Family Nursing OR Forensic Nursing OR Geriatric Nursing OR Holistic Nursing OR Maternal-Child Nursing OR Military Nursing OR Obstetrical Nursing OR Occupational Health Nursing OR Oncologic Nursing OR Orthopedic Nursing OR Pediatric Nursing OR Perioperative Nursing OR Psychiatric Nursing OR Public Health Nursing OR Rehabilitation Nursing OR School Nursing OR Transcultural Nursing[MeSH Terms]) AND Iran[Affiliation[ایران
۱۴۱	Economics Nursing OR Evidence-Based Nursing OR Nursing Research OR Clinical Nursing Research OR Nursing Administration Research OR Nursing Education Research OR Nursing Evaluation Research OR Nursing Methodology Research OR Nursing Theory OR Specialties Nursing OR Advanced Practice Nursing OR Community Health Nursing OR Emergency Nursing OR Family Nursing OR Forensic Nursing OR Geriatric Nursing OR Holistic Nursing OR Maternal-Child Nursing OR Military Nursing OR Obstetrical Nursing OR Occupational Health Nursing OR Oncologic Nursing OR Orthopedic Nursing OR Pediatric Nursing OR Perioperative Nursing OR Psychiatric Nursing OR Public Health Nursing OR Rehabilitation Nursing OR School Nursing OR Transcultural Nursing[MeSH Terms]) AND Turkey[Affiliation[ترکیه
۱۴۸	Economics Nursing OR Evidence-Based Nursing OR Nursing) Research OR Clinical Nursing Research OR Nursing Administration Research OR Nursing Education Research OR Nursing Evaluation Research OR Nursing Methodology Research OR Nursing Theory OR Specialties Nursing OR Advanced Practice Nursing OR Community Health Nursing OR Emergency Nursing	ژاپن

	OR Family Nursing OR Forensic Nursing OR Geriatric Nursing OR Holistic Nursing OR Maternal-Child Nursing OR Military Nursing OR Obstetrical Nursing OR Occupational Health Nursing OR Oncologic Nursing OR Orthopedic Nursing OR Pediatric Nursing OR Perioperative Nursing OR Psychiatric Nursing OR Public Health Nursing OR Rehabilitation Nursing OR School Nursing OR [Transcultural Nursing[MeSH Terms]) AND Japan[Affiliation	
۳۱۰	Economics Nursing OR Evidence-Based Nursing OR Nursing) Research OR Clinical Nursing Research OR Nursing Administration Research OR Nursing Education Research OR Nursing Evaluation Research OR Nursing Methodology Research OR Nursing Theory OR Specialties Nursing OR Advanced Practice Nursing OR Community Health Nursing OR Emergency Nursing OR Family Nursing OR Forensic Nursing OR Geriatric Nursing OR Holistic Nursing OR Maternal-Child Nursing OR Military Nursing OR Obstetrical Nursing OR Occupational Health Nursing OR Oncologic Nursing OR Orthopedic Nursing OR Pediatric Nursing OR Perioperative Nursing OR Psychiatric Nursing OR Public Health Nursing OR Rehabilitation Nursing OR School Nursing OR Transcultural Nursing[MeSH Terms]) AND Azarbaijan OR Afghanistan OR Jordan OR Armenia OR Uzbekistan OR United Arab Emirates OR Bahrain OR Pakistan OR Tajikistan OR Turkmenistan OR Turkey OR Syria OR Palestine OR Kyrgyzstan OR Kazakhstan OR Qatar OR Kuwait OR Georgia OR Iraq OR Oman OR Saudi OR Arabia OR Lebanon OR Egypt OR [yemen[Affiliation	۲۴ کشور
۳۵۸	Economics Nursing OR Evidence-Based Nursing OR Nursing) Research OR Clinical Nursing Research OR Nursing Administration Research OR Nursing Education Research OR Nursing Evaluation Research OR Nursing Methodology Research OR Nursing Theory OR Specialties Nursing OR Advanced Practice Nursing OR Community Health Nursing OR Emergency Nursing OR Family Nursing OR Forensic Nursing OR Geriatric Nursing OR Holistic Nursing OR Maternal-Child Nursing OR Military Nursing OR Obstetrical Nursing OR Occupational Health Nursing OR Oncologic Nursing OR Orthopedic Nursing OR Pediatric Nursing OR Perioperative Nursing OR Psychiatric Nursing OR Public Health Nursing OR Rehabilitation Nursing OR School Nursing OR [Transcultural Nursing[MeSH Terms]) AND Canada[Affiliation	کانادا
۵۴۷۲	Economics Nursing OR Evidence-Based Nursing OR Nursing Research OR Clinical Nursing Research OR Nursing Administration Research OR Nursing Education Research OR Nursing Evaluation Research OR Nursing Methodology Research	ایالت متحده

	OR Nursing Theory OR Specialties Nursing OR Advanced Practice Nursing OR Community Health Nursing OR Emergency Nursing OR Family Nursing OR Forensic Nursing OR Geriatric Nursing OR Holistic Nursing OR Maternal-Child Nursing OR Military Nursing OR Obstetrical Nursing OR Occupational Health Nursing OR Oncologic Nursing OR Orthopedic Nursing OR Pediatric Nursing OR Perioperative Nursing OR Psychiatric Nursing OR Public Health Nursing OR Rehabilitation Nursing OR School Nursing OR Transcultural Nursing[MeSH Terms]) AND USA[Affiliation	آمریکا
۱۴۹۷۰		در کل جهان

جدول ۲-۳: راهبردهای جستجو و تعداد مقالات کشور ایران، با کشورهای منطقه و کشورهای چشم اندازی در وب سایت Scopus در سال ۲۰۱۰

تاریخ جستجو: ۱۳۹۰/۱۲/۱۰		
بانک داده مورد جستجو: Scopus		
تعداد مقالات	راهبردهای جستجو	ردیف
۶۸	: Economics Nursing OR Evidence-Based Nursing OR Nursing Research OR Clinical Nursing Research OR Nursing Administration Research OR Nursing Education Research OR Nursing Evaluation Research OR Nursing Methodology Research OR Nursing Theory OR Specialties Nursing OR Advanced Practice Nursing OR Community Health Nursing OR Emergency Nursing OR Family Nursing OR Forensic Nursing OR Geriatric Nursing OR Holistic Nursing OR Maternal-Child Nursing OR Military Nursing OR Obstetrical Nursing OR Occupational Health Nursing OR Oncologic Nursing OR Orthopedic Nursing OR Pediatric Nursing OR Perioperative Nursing OR Psychiatric Nursing OR Public Health Nursing OR Rehabilitation Nursing OR School Nursing OR Transcultural Nursing[MeSH Terms]) AND Iran[Affiliation[ایران
۱۹۶	Economics Nursing OR Evidence-Based Nursing OR Nursing Research OR Clinical Nursing Research OR Nursing Administration Research OR Nursing Education Research OR Nursing Evaluation Research OR Nursing Methodology Research OR Nursing Theory OR Specialties Nursing OR Advanced Practice Nursing OR Community Health Nursing OR Emergency Nursing OR Family Nursing OR Forensic Nursing OR Geriatric Nursing OR Holistic Nursing OR Maternal-Child Nursing OR Military Nursing OR Obstetrical Nursing OR Occupational Health Nursing OR Oncologic Nursing OR Orthopedic Nursing OR Pediatric Nursing OR Perioperative Nursing OR Psychiatric Nursing OR Public Health Nursing OR Rehabilitation Nursing OR School Nursing OR Transcultural Nursing[MeSH Terms]) AND Turkey[Affiliation[ترکیه
۲۶۴	Economics Nursing OR Evidence-Based Nursing OR Nursing) Research OR Clinical Nursing Research OR Nursing Administration Research OR Nursing Education Research OR Nursing Evaluation Research OR Nursing Methodology Research OR Nursing Theory OR Specialties Nursing OR Advanced Practice Nursing OR Community Health Nursing OR Emergency Nursing	ژاپن

	OR Family Nursing OR Forensic Nursing OR Geriatric Nursing OR Holistic Nursing OR Maternal-Child Nursing OR Military Nursing OR Obstetrical Nursing OR Occupational Health Nursing OR Oncologic Nursing OR Orthopedic Nursing OR Pediatric Nursing OR Perioperative Nursing OR Psychiatric Nursing OR Public Health Nursing OR Rehabilitation Nursing OR School Nursing OR [Transcultural Nursing[MeSH Terms]) AND Japan[Affiliation	
	Economics Nursing OR Evidence-Based Nursing OR Nursing) Research OR Clinical Nursing Research OR Nursing Administration Research OR Nursing Education Research OR Nursing Evaluation Research OR Nursing Methodology Research OR Nursing Theory OR Specialties Nursing OR Advanced Practice Nursing OR Community Health Nursing OR Emergency Nursing OR Family Nursing OR Forensic Nursing OR Geriatric Nursing OR Holistic Nursing OR Maternal-Child Nursing OR Military Nursing OR Obstetrical Nursing OR Occupational Health Nursing OR Oncologic Nursing OR Orthopedic Nursing OR Pediatric Nursing OR Perioperative Nursing OR Psychiatric Nursing OR Public Health Nursing OR Rehabilitation Nursing OR School Nursing OR Transcultural Nursing[MeSH Terms]) AND Azarbaijan OR Afghanistan OR Jordan OR Armenia OR Uzbekistan OR United Arab Emirates OR Bahrain OR Pakistan OR Tajikistan OR Turkmenistan OR Turkey OR Syria OR Palestine OR Kyrgyzstan OR Kazakhstan OR Qatar OR Kuwait OR Georgia OR Iraq OR Oman OR Saudi OR Arabia OR Lebanon OR Egypt OR [Yemen[Affiliation	۲۴ کشور
۶۶۱	Economics Nursing OR Evidence-Based Nursing OR Nursing) Research OR Clinical Nursing Research OR Nursing Administration Research OR Nursing Education Research OR Nursing Evaluation Research OR Nursing Methodology Research OR Nursing Theory OR Specialties Nursing OR Advanced Practice Nursing OR Community Health Nursing OR Emergency Nursing OR Family Nursing OR Forensic Nursing OR Geriatric Nursing OR Holistic Nursing OR Maternal-Child Nursing OR Military Nursing OR Obstetrical Nursing OR Occupational Health Nursing OR Oncologic Nursing OR Orthopedic Nursing OR Pediatric Nursing OR Perioperative Nursing OR Psychiatric Nursing OR Public Health Nursing OR Rehabilitation Nursing OR School Nursing OR [Transcultural Nursing[MeSH Terms]) AND Canada[Affiliation	کانادا
۱۰۵۵	Economics Nursing OR Evidence-Based Nursing OR Nursing Research OR Clinical Nursing Research OR Nursing Administration Research OR Nursing Education Research OR Nursing Evaluation Research OR Nursing Methodology Research	ایالت متحده

	OR Nursing Theory OR Specialties Nursing OR Advanced Practice Nursing OR Community Health Nursing OR Emergency Nursing OR Family Nursing OR Forensic Nursing OR Geriatric Nursing OR Holistic Nursing OR Maternal-Child Nursing OR Military Nursing OR Obstetrical Nursing OR Occupational Health Nursing OR Oncologic Nursing OR Orthopedic Nursing OR Pediatric Nursing OR Perioperative Nursing OR Psychiatric Nursing OR Public Health Nursing OR Rehabilitation Nursing OR School Nursing OR Transcultural Nursing[MeSH Terms]) AND USA[Affiliation	آمریکا
--	--	--------

تعداد کتابهای تالیفی و ترجمه از پایگاههای اسناد رسمی و کتابخانه ملی ایران استخراج گردید.

تدوین شاخص های نیروی انسانی مستلزم وجود فهرستی از پژوهشگران یا اعضای هیات علمی رشته مورد ارزیابی می باشد. نظر به گستردگی و پراکندگی زیاد نیروهای متخصص پرستاری در مراکز آموزشی، درمانی و پژوهشی و حتی اجرایی در بخش های دولتی و غیردولتی (که در مقدمه بیان گردید) و فقدان یک بانک اطلاعاتی متمرکز حتی در بخش دولتی با توجه به راهکار در نظر گرفته شده ابتدا فهرست اعضای فعال و اصلی انجمن علمی و اعضای مراکز تحقیقاتی مصوب پرستاری کشور در سال ۱۳۸۹ استخراج و سپس ۴۰ نفر از این فهرست بطور تصادفی انتخاب گردید. این چهل نفر مبنای محاسبه شاخص های نیروی انسانی و اقتصادی در نظر گرفته شد. شاخص های ساختاری:

اطلاعات مربوط به این بخش که شامل موارد ذیل می باشد با استفاده از پایگاه اینترنتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و پایگاه های معرفی شده از سوی ممیزی علوم پزشکی کشور جمع آوری گردید. شاخص های نیروی انسانی:

در مقوله شاخص های نیروی انسانی، از شاخص هایی که نیاز به داده های مربوط به دانش آموختگان و اعضای هیات علمی ۲۲۰ هیات علمی داشت، با توجه به پراکندگی زیاد و غیرقابل احاطه و ثبت و روشن نبودن آن که قبلا توضیح داده شده است صرف نظر گردید. در عین حال براساس اطلاعات غیر رسمی، تاکنون در طی بیش از چهار دهه تقریباً بیش از ۱۵۰ هزار نفر در مقطع کارشناسی پرستاری از مراکز دولتی و غیردولتی دانش آموخته و حدود ۵۰۰۰ نفر در مقاطع کارشناسی ارشد و دکتری پرستاری دانش آموخته وجود دارد. حدود ۲۲۰۰ نفر بعنوان اعضای هیات علمی در مراکز پژوهشی و دانشکده های پرستاری دولتی و غیردولتی مشغول خدمت بوده که سه نفر آنها در مرتبه استادی، ۲۵ نفر در مرتبه دانشیاری و ۶۰ نفر در مرتبه استادیاری قرار دارند.

فهرست مراکز تحقیقاتی مرتبط با پرستاری نیز با توجه به قدمت کم و اندک بودن تعداد آن از طریق ارتباط مستقیم با مراکز مربوطه در سراسر کشور جمع آوری گردید.

این اطلاعات پس از توجیه مسوولین یا کارشناسان مرتبط در مراکز تحقیقات از هدف و فرآیند ممیزی و ارزیابی، به سوالات و ابهامات احتمالی آنها پاسخ داده شد. فرم ها پس از تکمیل توسط مراکز پژوهشی مرتبط بازنگری

گردیده و پس از تایید نهایی، در پایگاه مخصوص ممیزی علوم پزشکی کشور با هماهنگی کارشناسان مربوطه توسط دستیار مجری طرح انجام و سپس داده ها استخراج و محاسبه شاخص ها انجام گردید. شاخص های مالی و اقتصادی:

در این مورد نیز مانند شاخص های نیروی انسانی، که نیاز به داده های مربوط به دانش آموختگان و اعضای هیات علمی در دانشکده های پرستاری و مراکز تحقیقاتی داشت، با توجه به پراکندگی زیاد و غیرقابل احاطه و ثبت نبودن آن که قبلا توضیح داده شده است صرف نظر گردید.

بخش سوم

ارزیابی وضع موجود

۱-۳. تشریح وضعیت موجود علم، فناوری، نوع آوری در پرستاری براساس شاخص های تعیین شده و تجزیه و تحلیل آن ها

۲-۳. بررسی تطبیقی وضعیت موجود علوم در حوزه پرستاری در مقایسه با دو کشور پیشرفته منطقه و یک کشور توسعه یافته

۳-۳. بررسی روند چند ساله اخیر شاخص های مد نظر و مقایسه منطقه ای و بین المللی آنها

۳-۴. نگاشت نهادهای پرستاری: شناسایی مهمترین مراکز و نهادهای فعال در حوزه پرستاری و ترسیم نوع تعامل با آن ها

۳-۱. تشریح وضعیت موجود علم، فناوری، نوع آوری در حوزه پرستاری براساس شاخص های تعیین شده و تجزیه و تحلیل آن ها

بطور کلی پرستاری بعنوان یک رشته علمی و دانشگاهی نسبتاً قدیمی است. آموزش رسمی آن به سال ۱۲۹۴ و دوره آموزشی مصوب علمی دانشگاهی به سال ۱۳۲۸ و دوره های مصوب لیسانس ۱۳۴۲ برمی گردد. دوره های تحصیلات تکمیلی آن از سال ۱۳۵۴ در دانشگاه شهید بهشتی (ملی سابق) شروع بکار کرده است. دایر شدن دوره کارشناسی ارشد از سال ۱۳۵۴ و دوره دکتری به اوایل دهه ۷۰ یعنی سال ۱۳۷۳ برمی گردد. مراکز پژوهشی که عرصه دیگر مرتبط با تولید علم و فناوری هستند بسیار جوان و نوپا می باشد. در حال حاضر ۶۴ دانشکده دولتی و تقریباً به همین تعداد مرکز غیردولتی به آموزش دوره های کارشناسی پرستاری مشغولند و تعداد ۲۵ دانشکده دولتی در مقاطع تحصیلات تکمیلی در سراسر کشور مشغول فعالیت هستند. تعداد اعضای هیات علمی پرستاری دولتی و غیردولتی حدود ۲۲۰۰ نفر بوده که سه نفر استاد و حدود ۲۵ نفر دانشیار، ۶۰ نفر استادیار می باشند. تاکنون در طی بیش از چهار دهه حدود ۵۰۰۰ پایان نامه و رساله پژوهشی در مقاطع کارشناسی ارشد و دکتری توسط پژوهشگران پرستاری انجام شده است. همانطوری که اشاره گردید مراکز پژوهشی مصوب پرستاری بسیار اندک و محدود می باشند که وضعیت آنها به همراه تولیدات علمی منتشر شده پرستاری در جداول ذیل ارایه شده است.

جدول ۳-۱: اطلاعات مربوط به مراکز پژوهشی رشته پرستاری به تفکیک هر مرکز

نام مرکز متغیرها	مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی تهران	مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی ایران	مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی اصفهان	مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی همدان
تعداد اعضا	۱۰	۱۵	۱۷	
تعداد اعضای هیات علمی	۹	۱۳	۱۶	
میانگین فعالیت در هفته بر حسب ساعت	۲۰	۱۲	۲	
کارشناس	۱	۲	۱	
کارشناس ارشد	۵	۲	۸	
دکتری تخصصی	۴	۱۱	۸	
استاد	۰	۰	۰	
دانشیار	۴	۵	۲	
استادیار	۰	۶	۶	
مربی	۵	۲	۱	
رتبه در جشنواره رازی	خیر	خیر	خیر	خیر
همکار سازمان های بین المللی	خیر	خیر	خیر	خیر

جدول ۳-۲: اطلاعات مربوط به مراکز تحقیقاتی رشته پرستاری در کل

ردیف	شاخص	مقدار عددی
۱	نسبت هیات علمی مراکز تحقیقاتی به تعداد مراکز تحقیقاتی	۴۴ به ۴ : ۱۱
۲	نسبت پژوهشگران به اعضای هیات علمی در کل مراکز تحقیقاتی	۲ به ۴۸ : ۰/۰۴۱
۳	تعداد اعضای هیات علمی مراکز تحقیقاتی به تفکیک رتبه علمی	
۴	استاد	۰
۵	دانشیار	۱۲
۶	استادیار	۱۵
۷	مربی	۱۷

جدول ۳-۳: شاخص های ساختاری

مقدار	شاخص	ردیف
۴	تعداد مراکز تحقیقاتی فعال دولتی و غیردولتی در کل کشور	۱
۰	تعداد قطب های تحقیقاتی رشته پرستاری در کشور	۲
۰	تعداد شبکه های تحقیقاتی رشته پرستاری در کل کشور	۳
۰	تعداد مراکز رشد فناوری رشته پرستاری در کل کشور	۴
*	تعداد پتنت ها و اختراعات توسط پژوهشگران این رشته	۵
*	تعداد مراکز همکار با سازمان های بین المللی	۶
۱۶۵	تعداد کتب تالیف شده توسط اعضای هیات علمی رشته پرستاری در سال ۱۳۸۹	۷
۹۳	تعداد کتب ترجمه شده توسط اعضای هیات علمی رشته پرستاری در سال ۱۳۸۹	۸
۸	تعداد مجلات علمی پژوهشی داخلی	۹
۱۸	تعداد کنگره ها و همایش های برگزار شده در سال ۱۳۸۹	۱۰
۲	تعداد رتبه ها و افتخارات پژوهشی از جشنواره های ملی رازی یا خوارزمی در سال ۱۳۸۹	۱۱

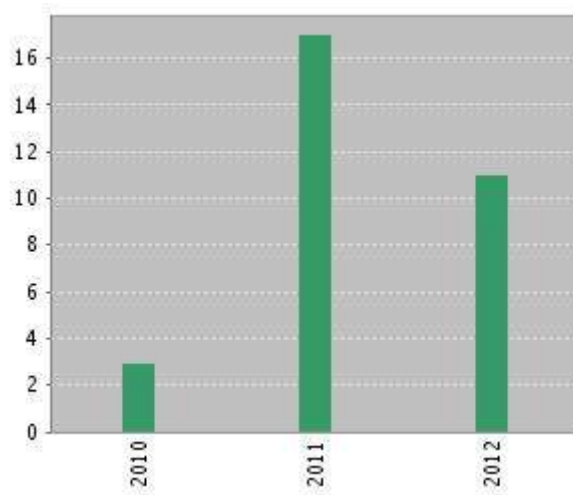
* آمار این مورد در دسترس نیست و یا ثبت نشده است

۳-۲. بررسی تطبیقی وضعیت موجود علم در پرستاری در مقایسه با دو کشور پیشرفته منطقه (ترکیه و ژاپن) و ۲۴ کشور منتخب منطقه بصورت تجمعی دو کشور توسعه یافته (کانادا و آمریکا)

نمودار ۳-۱. مقالات منتشر شده ایران و کشورهای منطقه به همراه دو کشور کانادا و آمریکا

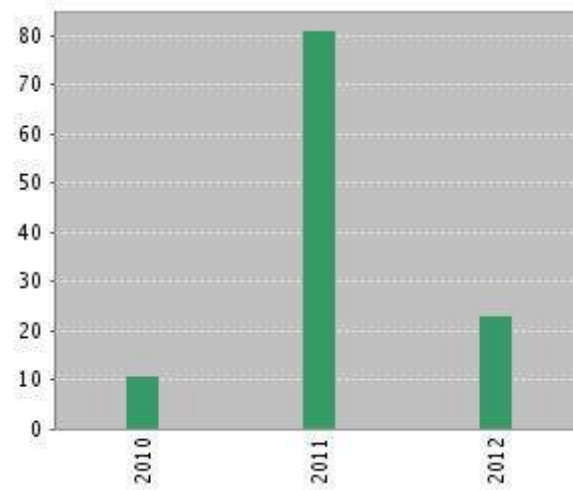
Citations in Each Year

الف- ایران

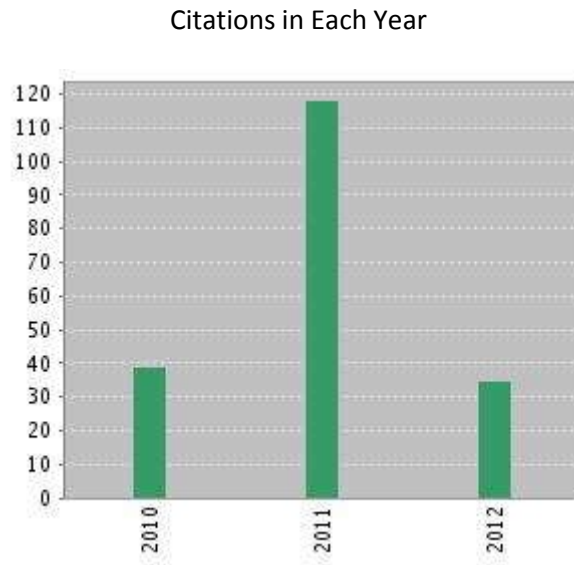


Citations in Each Year

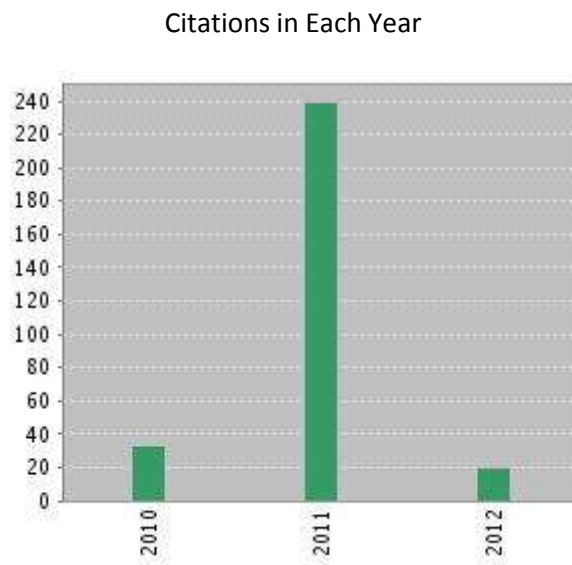
ب- ترکیه



ج- ژاپن

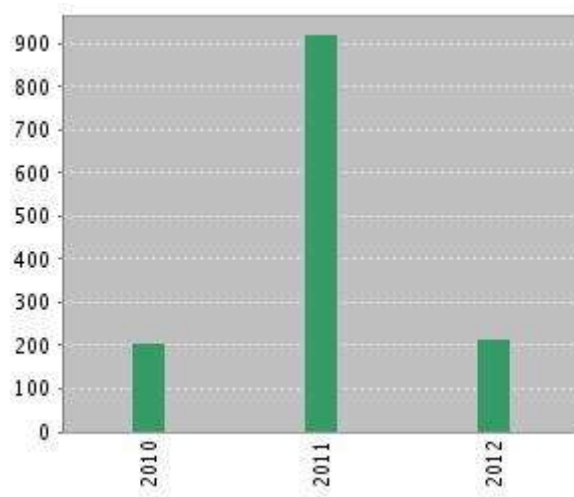


د- ۲۴ کشور



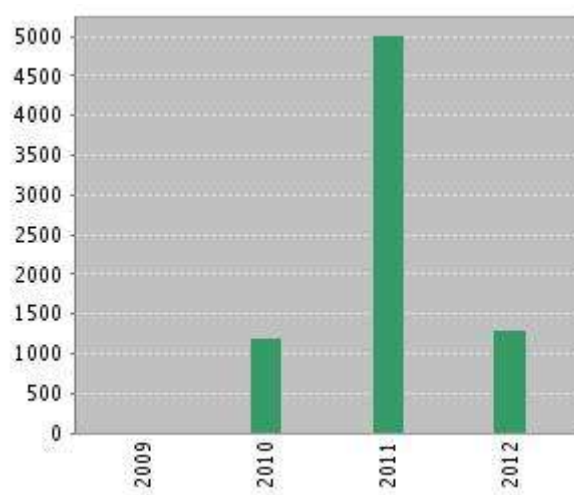
د- کانادا

Citations in Each Year



ه- آمریکا

Citations in Each Year



جدول ۳-۴: اطلاعات مربوط به مقالات منشر شده کشورهای ایران، ترکیه، ژاپن، کشورهای منطقه و کانادا و آمریکا در وب سایت ISI در سال ۲۰۱۰

متغیرها	ایران	ترکیه	ژاپن	۲۴ کشور منطقه	کانادا	آمریکا
تعداد مقالات نمایه شده در ISI	۶۲	۲۱۳	۱۷۷	۳۵۹	۶۷۳	۴۲۲۰
مجموع استنادات	۳۱	۱۱۵	۱۹۲	۲۹۲	۱۳۴۳	۶۳۱۷
تعداد مقالات استناد شده	۳۱	۱۱۵	۱۹۲	۲۸۶	۱۲۷۸	۶۳۱۷
تعداد استنادات به مقالات بدون خود استنادی	۳۰	۱۱۲	۱۸۸	۲۸۵	۱۲۶۱	۶۱۳۰
میانگین استنادات به ازای هر مورد	۰/۶	۰/۵۴	۱/۰۸	۱/۲۲	۲	۱/۷۸
اچ ایندکس	۳	۴	۶	۷	۱۳	۲۲

جدول ۳-۵: اطلاعات مربوط به نوع مقالات منتشر شده کشورهای ایران، ترکیه، ژاپن، کشورهای منطقه، و کشورهای چشم اندازی کانادا و آمریکا در سایت ISI در سال ۲۰۱۰

ایالت متحده امریکا	کانادا	ژاپن	ترکیه	ایران	نوع مقالات
۳۲۱۹	۵۲۲	۱۴۱	۱۶۷	۴۷	ARTICLE
۷۹	۶	۱۸	۱۱	۹	PROCEEDINGS PAPER
۴۰۴	۵۷	۱۱	۲۸	۴	MEETING ABSTRACT
۱۶۴	۶۱	۵	۵	۲	REVIEW
۳۷	۴	۱	۰	۰	BOOK REVIEW
۳۲۲	۱۸	۱	۴	۰	EDITORIAL MATERIAL
۴۳	۸	۱	۲	۰	LETTER
۳	۱	۰	۰	۰	SOFTWARE REVIEW
۷	۱	۰	۰	۰	BIOGRAPHICAL ITEM

جدول ۳-۶: تعداد مقالات ارائه شده در کنفرانس های بین المللی در سال ۲۰۱۰

ایالت متحده امریکا	کانادا	ژاپن	ترکیه	ایران	مقالات
۱۰۲	۱۵	۱۲	۱۷	۷	کنفرانس

۳-۳. بررسی روند چند ساله اخیر شاخص های مد نظر و مقایسه منطقه ای و بین المللی آن ها

جدول ۳-۷: مقایسه وضعیت رشد علمی پرستاری ایران در مقایسه با کشورهای منطقه ای و چشم اندازی در سال ۲۰۰۷ و ۲۰۱۰ در سایت های pubMed و ISI

ISI		pubMed		سال کشور
۲۰۱۰	۲۰۰۷	۲۰۱۰	۲۰۰۷	
۶۲	۳۶	۱۱۲	۲۳	ایران
۲۱۳	۹۷	۱۴۱	۱۱۲	ترکیه
۱۷۷	۱۹۳	۱۴۸	۱۷۳	ژاپن
۶۷۳	۵۵۸	۳۵۸	۶۲	کانادا
۴۲۲۰	۳۳۸۵	۵۴۷۲	۵۰۹۸	ایالات متحده آمریکا
۳۵۹	۱۸۴	۳۱۰	-	۲۴ کشور با همدیگر

داده های جداول فوق نشان می دهد که براساس یافته های حاصل از بانک اطلاعاتی (ISI Web of Sciences) نسبت مقالات کشور ما در حیطه پرستاری نسبت به کشورهای ترکیه، ژاپن، ۲۴ کشور منطقه، کانادا و آمریکا به ترتیب ۲۹٪، ۳۵٪، ۱۷٪، ۰/۰۹٪ و ۰/۰۱٪ بود. بر اساس یافته های حاصل از بانک اطلاعاتی PubMed نسبت مقالات کشور ما در حیطه پرستاری نسبت به کشورهای ترکیه، ژاپن، ۲۴ کشور منطقه، کانادا و آمریکا به ترتیب ۸۰٪، ۷۵٪، ۳۶٪، ۰/۳۱٪ و ۰/۰۲٪ بود. همچنین براساس یافته های حاصل از بانک اطلاعاتی SCOPUS نسبت مقالات کشور ما در حیطه پرستاری نسبت به کشورهای ترکیه، ژاپن، کانادا و آمریکا به ترتیب ۳۴٪، ۲۵٪، ۰/۱٪ و ۰/۰۶٪ بود. در حال حاضر آمریکا بالاترین سهم را در تولید مقالات پرستاری به خود اختصاص داده است و ایران در میان کشورهای مورد مقایسه مقام آخر را دارا می باشد. ضریب رشد تولید علم در حیطه پرستاری بین سال های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۰ براساس مقالات نمایه شده ISI حدود ۷۲ درصد که بعد از ترکیه ۱۱۹ درصد و ۲۴ کشور منطقه ۹۵ درصد مقام سوم و براساس مقالات نمایه شده در PubMed ضریب رشد حدود بیش از ۳/۵ برابر دارد که در مقام دوم بعد از کانادا حدود ۴/۵ برابر قرار دارد. در عین حال میانگین رشد تولید علم پرستاری کشور ما نسبت به میانگین تمامی کشورهای مورد مقایسه ۲۰ درصد بیشتر بود. از نظر میانگین استنادات به ازای هر مقاله و H ایندکس

که شاخص کیفی مقالات چاپ شده می باشند، براساس میانگین استنادات ایران و کشورهای ترکیه، ژاپن، ۲۴ کشور منطقه، کانادا و آمریکا به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۵۴، ۱/۸۰، ۱/۲۲، ۲ و ۱/۷۸ و اچ- ایندکس به ترتیب ۳،۴،۶،۷،۱۳، ۲۲ بود و از این نظر نیز آمریکا کشوری پیشرو و در رتبه اول قرار داشت.

یافته های فوق نشان می دهد که وضعیت تولید علم در کشور ایران نسبت به کشورهای مورد مقایسه از وضعیت خیلی مناسبی برخوردار نیست ولی با توجه به وضعیت مطلوب ترسیم شده در سند چشم انداز ۲۰ ساله از وضعیت رو به رشد مناسبی برخوردار است.

اما از طرف دیگر و با تحلیل عمیق تر و واقع بینانه این وضعیت می تواند مطلوب و در صورت برنامه ریزی و حمایت، مناسب، جدی و امیدوار کننده ارزیابی گردد. زیرا تولید علم در هر رشته به مقدار زیادی وابسته به توسعه تحصیلات تکمیلی مرتبط با آن رشته می باشد. با توجه به جوان بودن تحصیلات تکمیلی پرستاری خصوصا دکتری که تولیدات علمی پژوهشگران این مقطع در ۵ سال اخیر وارد عرصه نشر علمی بین المللی شده است، می توان گفت تولید علم در پرستاری کشور ایران جوان و نوپا بوده و قدمت زیادی ندارد و در مقابل کشورهای منطقه و جهان که دارای قدمت حدود یک صد ساله می باشند، چنین دستاوردی نامطلوب نخواهد بود. براین اساس می توان ادعا کرد که ساختارهای دانش بنیان و دانش محور در پرستاری ایران دوران آغازین در عین حال پرشتاب خود را سپری می کند. بطوریکه علیرغم این واقعیت که تولید دانش در مقایسه با کشورهای منطقه اگرچه فاصله دارد، اما با توجه به جوان بودن و ضعف ساختاری از وضعیت قابل قبولی برخوردار است. این نتایج حاکی از آن است که روند تولید علم پرستاری نیاز جدی به برنامه ریزی و حمایت دارد. از سوی دیگر، داده های جداول فوق در رابطه با بررسی روند چند ساله اخیر شاخص های مد نظر و مقایسه منطقه ای و بین المللی آنها نشان می دهد که به دنبال شکل گیری ساختارها و ظرفیت سازی های مرتبط با تولید علم (افزایش دانشجویان دکتری و تاسیس مراکز تحقیقاتی) در سالهای اخیر (۵ سال گذشته) رشد تولیدات علمی شتاب مناسبی (ضریب رشد بیش از ۳/۵ برابری براساس مقالات نمایه شده در PubMed و ۷۲ درصدی براساس مقالات نمایه شده در ISI) پیدا کرده است.

از سوی دیگر میانگین استنادات به ازای هر مقاله و اچ- ایندکس که شاخص کیفی مقالات چاپ شده می باشند از وضعیت بسیار مطلوب تری نسبت به شاخص کمی برخوردار است و از حد نصاب کشور پیش روی همسایه مثل ترکیه بیشتر می باشد. این ضریب و شیب رشد حاکی از توان قابل توجه و عزم جامعه پرستاری در پیوستن به کاروان پرشتاب تولید علم و دانش در جهان و کشورهای منطقه می باشد.

۳-۴. نگاهت نهادهای پرستاری: شناسایی مهمترین مراکز و نهادهای فعال در پرستاری و ترسیم

نوع تعامل با آن ها

مراکز و نهادهای فعال در حوزه پرستاری را می توان به دو دسته داخلی (دولتی و غیردولتی) و خارجی تقسیم کرد. در حوزه داخلی-دولتی یکی از مراکز مهم هیات ممتحنه و ارزشیابی و اعتبار سنجی رشته پرستاری در وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی می باشد. این نهاد یک تشکل ستادی است و در حال حاضر دارای ۲۲ عضو از مراکز علمی پرستاری کشور یعنی دانشکده های پرستاری بوده و یک نهاد دولتی و تاثیرگذار در سیاست گذاری و برنامه ریزی آموزشی و تحقیقات پرستاری است. این شورا علاوه بر برنامه ریزی و ارزشیابی برنامه ها و دوره های آموزشی و پژوهشی پرستاری، اخیرا مسولیت سیاست گذاری در کل پرستاری کشور را نیز در دستور کار و ساختار خود قرار داده و تعریف کرده است. بدین لحاظ تعامل با این نهاد در راستای تحقق اهداف علم سنجی از حساسیت و اهمیت مضاعفی برخوردار می باشد. همانطوریکه ذکر شد این نهاد دولتی است و اعضای آن انتصابی هستند. با توجه به مسئولیت ها و رسالت های این نهاد و تناسب و قرابت آنها با اهداف علم سنجی لازم است تعامل مثبت، سازنده و پویایی با این نهاد از سوی نهادهای غیردولتی خصوصا انجمن علمی با آن برقرار گردد. در این راستا در مرحله نخست انجمن علمی پرستاری باید تلاش کند که ساختار این نهاد را با مشارکت اعضای از سوی نهادهای غیردولتی مثل انجمن علمی پرستاری و سازمان نظام پرستاری غنا بخشیده و زمینه این تعامل مثبت، سازنده، پویا و مستمر را فراهم نماید. از سوی دیگر، تعامل این نهاد با نهادهای غیردولتی پرستاری اندک است و باید در راستای ترغیب این نهاد به تعامل و بهره گیری از ظرفیت ها و موقعیت های تشکل های غیر دولتی که به مثابه نهادهای هویتی پرستاری هستند، تلاش کرد.

دومین نهاد دولتی مهم و اثرگذار در قلمرو پرستاری، دفتر پرستاری وزارت بهداشت و دفاتر پرستاری دانشگاه های علوم پزشکی که در چارت سازمانی جدید دانشگاهها با قرار گرفتن زیر نظر مستقیم وزیر و روسای دانشگاهها نسبتا مناسبی پیدا کرده است، می باشند. این نهاد برخلاف شورای تخصصی، بیشتر اجرایی و دربرگیرنده بدنه اصلی نیروهای بالینی و عمل کننده می باشد که عرصه و بازوی اجرایی بسیاری از اهداف چشم انداز تعریف شده پرستاری کشور می باشد. لذا تعامل با این نهاد در راستای تحقق اهداف علم سنجی از حساسیت و اهمیت شایسته ای برخوردار می باشد. این عرصه اصلی ترین و مهمترین جایگاه پرچالش پرستاری یعنی نمایشگر فاصله آموزش (دانش) با بالین و عملکرد می باشد. بدین لحاظ تعامل انجمن علمی پرستاری باید در راستای شناسایی و شناساندن دقیق زوایا و زمینه ها و علل این چالش، فراهم نمودن برنامه های مستمر آموزشی و علمی مناسب و کمک به بهسازی و بهینه سازی عرصه بالین/جامعه و توانمندسازی افراد حرفه ای شاغل در آن ها باشد.

نهاد غیردولتی مهم و اثرگذار در پرستاری سازمان نظام پرستاری است که یک نهاد غیردولتی- قانونی و صنفی پرستاری می باشد. این نهاد بدلیل ماهیت قانونی و غیردولتی بخشی از شاخصه هویت حرفه ای می باشد و از سوی

دیگر، بدلیل دارا بودن شبکه ارتباطات وسیع و گسترده غیر رسمی با بدنه پرستاری کشور از اهمیت و تاثیرگذاری ویژه ای در سیاست گذاری ها و اجرای آن و پیگیری حقوق و مطالبات حرفه ای دارد. تعامل با این نهاد بدلیل وجه مشترک با انجمن علمی پرستاری (ماهیت غیر دولتی) علاوه بر دلایل فوق، از اهمیت و حساسیت بیشتری برخوردار است. تعامل این دو نهاد در کنار نهادهای غیر دولتی دیگر که دو بال علمی و صنفی پرستاری را تامین می کنند در تحقق مطالبات پرستاری کشور می تواند سهم بسیار بزرگ و شایسته ای داشته باشند. در حال حاضر این تعامل بصورت مناسب وجود ندارد. لذا نوع تعامل انجمن علمی با این نهاد و نهادهای مشابه در ایجاد همگرایی و اتحاد از طریق ایجاد یک اتحادیه نهادهای غیردولتی پرستاری برای ایجاد یک قدرت و ظرفیت هم افزا می تواند ترسیم گردد.

در کنار این نهادهای مهم و اثرگذار، نهادهای صنفی و اقتصادی متعددی مثل انجمن پرستاری ایران، جمعیت اسلامی پرستاران و صندوق های قرض الحسنه پرستاری وجود دارند. همچنین پرستاران در انجمن های تخصصی خیریه مانند انجمن دیابت، انجمن دیالیز، انجمن الزایمر، انجمن ام اس و... نقش اصلی را بعهده دارند که ضمن خدمات رسانی به جامعه پرستاری در راستای اهداف عالی پرستاری هم تلاش موثر و قابل توجهی دارند. این نهادها بعنوان واحدها هویتی پرستاری دارای ظرفیت های ارزشمندی هستند که می توان از آن ها در راستای تحقق اهداف و مطالبات جامعه پرستاری در کنار نهادهای فوق الذکر استفاده کرد. در حال حاضر ارتباط و تعامل هدفمند و اثربخشی بین آنها و نهادهای فوق الذکر وجود ندارد. لذا تلاش در جهت ایجاد ارتباط و انسجام بین آنها و بقیه نهادهای پرستاری و استفاده از ظرفیت آن ها به منظور افزایش توان و سرمایه اجتماعی حرفه پرستاری برای تحقق اهداف و چشم انداز تعیین و تعریف شده در این سند، می تواند یک راهبرد مناسب و لازم قلمداد گردد.

در بعد خارجی مهمترین نهاد تاثیرگذار انجمن بین المللی پرستاران است که در دو بعد صنفی و علمی فعالیت می کند. این نهاد در سال ۱۸۹۹ تشکیل و یکی از قدیمی ترین و اثرگذارترین نهاد حرفه پرستاری در بعد سیاست گذاری های بین الملل پرستاری در ابعاد علمی و صنفی می باشد. در این نهاد بین المللی، پرستاران بیش از ۱۳۰ کشور شرکت داشته و بیش از ۱۳ میلیون عضو دارد. اهداف این نهاد ایجاد اطمینان جهانی از کیفیت مراقبت پرستاری برای همه، سیاست های سلامت درست و ایمن در سطح جهان، پیشرفت دانش پرستاری، و حضور در سراسر جهان بعنوان یک حرفه محترم و با صلاحیت و شایسته پرستاری می باشد. لذا با توجه به این ویژگی ها، قرابت ها و امکان استفاده از تجارب و ظرفیت های بین المللی برای تحقق اهداف ملی پرستاری، تعامل با این نهاد بین المللی از اهمیت خاصی برخوردار است. در حال حاضر فقط سازمان نظام پرستاری در این نهاد بین المللی حضور دارد. لذا در مرحله اول برای ایجاد تعامل و استفاده اثر بخش، تلاش برای برقراری ارتباط رسمی و حضور جدی تر در نشست های دوره ای این نهاد می تواند سیاست راهبردی مناسب فعلی قلمداد گردد.

بخش چهارم

تحلیل آینده

۱-۴. بررسی روند تحولات آتی براساس الگوی STEEP-V

۲-۴. اهمیت رشته در آینده

۴-۱. بررسی روند تحولات آتی براساس الگوی STEEP-V

با مرور و تامل در کاربرگ های تحلیل روندها که فهرستی از روندهای مهم و تاثیرگذار حوزه سلامت به تفکیک مقولات مختلف در کشور تنظیم شده بود، کلیه موارد مرتبط با حیطه های پرستاری به دو شکل فرصت و تهدید مورد ارزیابی دقیق قرار گرفت. این موارد بصورت زیر طبقه بندی و تحلیل گردیده است:

۱- روند TE1 (توسعه و پیشرفت فناوری های نوین که منجر به ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری خواهد گردید):
براساس تعریف ارائه شده از پرستاری، مأموریت ها و رسالت های آن روشن است که پرستاری یک رشته و حرفه ای انسانی و کل نگر است. فنآوری های نوین در انجام و تامین مأموریت های پرستاری در حیطه های مختلف اثرگذار است. در انجام فعالیت ها و وظایف، پرستاران بعنوان کاربران اصلی این فنآوری ها در پاسداری و تامین سلامت (فرد و جامعه) از این فناوری ها استفاده می کنند. اما این کاربری فناورانه نباید پرستاران را از ماهیت و تمرکز اصلی و ذاتی رشته خود یعنی انسان گرایی و رویکرد کل نگر دور کند. گزارشات نشان از ظهور یک پدیده در عصر حاضر شده که بیانگر پشت سر نهادن یا به حاشیه راندن ابعاد انسانی و بشر دوستانه مراقبت ناشی از تاکید افراطی بر اثبات گرایی و توسعه فناوری است. این تاکید افراطی فناوری، پیشرفت ابعاد علمی و تخصصی، غیر شخصی و بروکراتیک تر شدن حرفه ها و سازمان های تامین کننده سلامت از جمله پرستاری شده است که منجر به بروز پدیده ظلم و بی عدالتی فناوری در عرصه تولید و ارائه خدمات سلامت شده است. افزایش تعداد مدجویان و تغییر الگوی بیماری ها، افزایش تعداد سالمندان، بروز بیماری های نوظهور، پیچیدگی مراقبت همراه با کمبود کارکنان، "انسان گرایی" را به یکی از چالش های مهم مدیران نظام سلامت تبدیل کرده است. این در حالی است که انسان گرایی اساس پرستاری است و ارزش حرفه پرستاری در گرو تحقق عملی آن می باشد. از سوی دیگر، این فنآوری ها معمولاً هزینه های تولید و ارائه خدمات را افزایش می دهند و پرستاران نیز بناچار ممکن است خدمات خود را افزایش داده، بطوریکه دسترسی و مراجعه مددجویان بدلائل گسترش فقر و خصوصی سازی خدمات، کمبود منابع و مشکلات اقتصادی در سلامت، خدمات را به یک کالای اقتصادی و رابطه انسانی پرستار-مددجو را بصورت تولید کننده-مصرف کننده یا مشتری تبدیل نموده است. این روند و رویداد نیز ممکن است موجبات بروز پدیده های نامطلوب سوء عملکرد و خشونت در فرآیندهای تولید و ارائه خدمات و مراقبت از سلامتی را فراهم نماید.

۱- روند TE2 (پیشرفت فنآوری های آموزشی و یادگیری و فنآوری های ارتباطات و اطلاعات):

این توسعه و پیشرفت می تواند بستر لازم برای شیوه های نوین و هزینه اثربخش آموزش جهت آموزش همگانی از طرق آموزش مجازی یا آموزش از راه دور را فراهم نموده و برای این حیطه که شدیداً نیازمند همکاری های آموزشی بین بخشی و آموزش مداوم نیروی انسانی سطوح مختلف پرستاری و نیز مردم بعنوان دریافت کننده

خدمات سلامت اند، بسیار مفید می باشد. یکی از مصادیق بارز این فرصت، استفاده از این فناوری ها برای آموزش مجازی پرستاران و مردم در نقاط شهری و روستایی کشور می تواند باشد. نمود عملی می تواند آموزش های چند رسانه ای با استفاده از ظرفیت های گسترده ارتباطات و اینترنت در جهت تحقق و تامین اهداف آموزشی به منظور توسعه دانش و آموزش های وسیع و گسترده در بدنه نظام سلامت اعم از ارایه و دریافت کنندگان خدمات سلامت باشد.

این فرصت بصورت بالقوه می تواند سبب سرعت بخشیدن به ارایه خدمات و حفظ و ارتقاء کیفیت خدمات مراقبتی و پرستاری شود و با توجه به کمبود نیروی کار و گستردگی و کثرت مددجویان پرستاری، مفید باشد. اما از منظر تهدید، بعثت کاهش ارتباط بین پرستاران و مددجویان، علاوه بر امکان خطاها در یادگیری و انتقال پیام و ضعف این روش ها در ایجاد مهارت های عملی برای مراقبت از سلامت که نیازمند آموزش چهره به چهره و از نزدیک می باشد، ممکن است سطح اعتماد بین پرستاران و مردم یا مددجویان را کاهش دهد. لذا آسیب پذیری سلامت جامعه و مددجویان در صورت استفاده نابجا و افراطی از این روش ها و فرصت ها افزایش می یابد.

۲- روند ۳ TE (افزایش توجه به علوم و کارکرد مبتنی بر شواهد):

این توجهات می توانند منجر به فراگیر شدن استفاده از راهنماهای عمل بالینی (گایدلاین ها) در سطوح مختلف نظام سلامت از جمله پرستاری که یک حرفه کاربردی و عملی است گردد. این جهت گیری ها و مداخلات می توانند موجبات ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری خصوصا در بعد تخصصی که قبلا در تعریف پرستاری به آن پرداخته شده، گردد. اما از منظر تهدید، توجه و تاکید افراطی بر بکارگیری سخت گیرانه و کلیشه ای این دستورالعمل ها زمینه را برای غفلت و به حاشیه راندن ابعاد دیگر خدمات مراقبتی یعنی ابعاد ارتباطی و هوشیارانه پرستاری که تضمین کننده کیفیت خدمات حرفه ای و هویت منحصر بفرد پرستاری است فراهم آورد.

۴- روند SO1 (صنعتی و پیر شدن جمعیت):

این روند به طور مستقیم یکی از تاثیرگذارترین روندهای مورد اشاره در کاربرگ تحلیل روندها بر روی پرستاری با رویکرد مراقبت از سلامتی و تمرکز بر کل نگری می باشد. چرا که براساس مطالعات انجام شده مهمترین شاخص اثرگذار بر سلامت، عامل اجتماعی (میزان تاثیر ۵۰ درصدی براساس مستندات) است. وضعیت سلامت و نحوه ارایه مراقبت ها تابع وضعیت جامعه و عواملی مانند شیوه زندگی، عادات غذایی و میزان تحرک فیزیکی و جمعیت سالمند می باشد. این وضعیت می تواند، نوع و نحوه مراقبت پرستاری و به تبع نقش های پرستاران را تغییر دهد. بطوریکه این تهدیدها می توانند برای بخش های مختلف پرستاری مرتبط با حیطه های آموزشی، خدماتی و پژوهشی، فرصت های متعددی برای ایجاد و تعریف دوره ها و نقش و عملکردهای ویژه (مثل پرستاری سالمندان و ...) را فراهم نمایند.

۵- روند SO2 (افزایش سطح سواد و تحصیلات جامعه):

این توسعه می تواند از چند منظر برای نظام سلامت از جمله پرستاری یک مزیت یا فرصت باشد. مراقبت از سلامت به معنای حفظ، تداوم و ارتقای آن با تمرکز بر کل نگرایی بگونه ای که قبلا بیان شد از رسالت و مأموریت اصلی پرستاری است که تحقق آن به تنهایی به وسیله پرستاری و پرستاران میسر نخواهد بود. در این راستا به مشارکت طلبیدن دیگران از جمله خود افراد و جامعه یک راهبرد مهم، اساسی و حیاتی است. از این جهت کمبود آگاهی آحاد جامعه در مورد ماهیت سلامت (فردی و اجتماعی) با رویکرد کل نگر و عوامل موثر بر آن ها یک مانع بزرگ برای دسترسی به اهداف مذکور خواهد بود.

از آنجایی که افزایش سطح سواد و تحصیلات پس از پیروزی انقلاب اسلامی بدلیل جهت گیری و سرمایه گذاری درست نظام، حد نصاب مطلوب و مناسبی پیدا کرده و با توجه به جوان بودن جامعه فعلی ایران، دسترسی افراد جامعه بخصوص جوانان و میانسالان به فناوری های جدید آموزشی، سبب بهره مندی گسترده آن ها از آموزش های مورد نیاز به صورت اثر بخش و کم هزینه را فراهم کرده است. بعلاوه، این امر سبب ارتباط بین ارائه کنندگان خدمات از جمله پرستاران با جامعه و مددجویان خاص (بیماران) را افزایش داده است. این فرصت های آموزشی می تواند موجب توسعه فرهنگ خود مراقبتی (Self-Care) که یک نظریه مراقبتی و یک راهبرد مهم در توسعه سلامت جامعه و تحقق اهداف عالی نظام سلامت خصوصاً پرستاری است، شود. خود مراقبتی می تواند عامل مهم و تاثیر گذار در پیشبرد روند پیشگیری در سطوح مختلف باشد. نتیجه این روند مهم، افزایش دسترسی به منابع اطلاعاتی و توزیع عادلانه خدمات سلامت و تقویت و نهادینه شدن خود مراقبتی خواهد بود.

از طرفی در نگاه تهدیدی، دسترسی اقشار گسترده جامعه به منابع اطلاعاتی همانند اینترنت که بدلیل جریان آزاد و باز و کنترل نشده اطلاعات، امکان دستیابی به منابع غیرمعتبر و گاه غلط در زمینه سلامت و راهبردهای خود مراقبتی بصورت خود مراقبتی و خود درمانی های نادرست شده و همچنین موجب فریب مردم بواسطه تبلیغات عوام فریبانه شبکه های ماهواره ای و سایت های اینترنتی شود.

۶- روند SO3 (افزایش آسیب های اجتماعی):

افزایش وقوع ناهنجاری هایی مانند تکدی گری، فحشا، دختران فراری، طلاق، اعتیاد، تغییر نقش ها از جمله قدرت و کنترل در هر جامعه ای، تغییرات اساسی در ساختار خانواده ایجاد نموده که یکی از این تغییرات ساختاری مرتبط با این حیطه، افزایش خانوارهای یک نفره در جامعه و افزایش اقشار آسیب پذیر (مانند کودکان رها شده و بارداری های حمایت و مراقبت نشده) می باشد. از آنجایی که خانواده یک واحد اساسی در تولید و دریافت خدمات سلامت بوده و نیز بعنوان یک مددجوی پرستاری (Family as a Client) تعریف و شناخته شده است، این ناهنجاری ها برای پایش و خود مراقبتی از سلامتی جامعه آثاری بس زیانبار و غیرقابل جبران دارد.

۷- روند SO4 (کاهش سرمایه اجتماعی و کاهش اعتماد به نظام سلامت):

همانطوریکه در روندهای قبلی توضیح داده شد لازمه حفظ و ارتقای سلامتی مشارکت آحاد جامعه، در قالب راهبردهای خودمراقبتی و استفاده مناسب و بهینه از توان نظام سلامت در بخش دولتی می باشد. لذا اعتماد و اطمینان مردم به نظام سلامت مهمترین شرط و زیرساخت برای این تعامل محسوب می گردد. کاهش اعتماد به نظام سلامت بهر دلیلی که رخ داده باشد، قطعاً منجر به کاهش تاثیر آموزش ها و توصیه های پیشگیری و مراقبتی ارائه کنندگان خدمات دولتی مثل بخش های دانشگاهی شده و لذا تمایل مردم به بخش خصوصی افزایش خواهد یافت. با توجه به ماهیت وجودی و تفکر سودآوری بخش خصوصی، امکان استفاده غیرضروری و یا صرف هزینه های زیاد برای دریافت همان خدمات با کمیت و کیفیت یکسان و مشابه را به همراه داشته باشد.

۸- روند SO5 (افزایش تقاضا برای تحصیلات تکمیلی):

این روند تاثیر گذار که به دلیل جوان بودن تحصیلات تکمیلی پرستاری در حال حاضر در کشور ایران از میزان تقاضای برخوردار است می تواند زمینه ساز فرصت ها و تهدیدهایی باشد. از بعد فرصت، موجب افزایش کمی و کیفی گرایش ها و یا رشته های تخصصی مرتبط با پرستاری و مراقبت را به همراه داشته باشد. همچنین با افزایش ظرفیت رشته های تحصیلات تکمیلی، امکان ایجاد رشته های جدید مرتبط با این حیطه همانند پرستاری ویژه، بحران- فوریت ها، سالمندان که هم اکنون در کشور و در بازنگری های برنامه های جدید پرستاری و نظام سلامت به آن اقبال نشان داده شده و بهبود کیفیت خدمات را نیز به همراه داشته باشد. از منظر تهدید، عدم توجه لازم و کافی به موضوع کیفیت آموزش به موازات رشد کمی و ظرفیت سازی نیروی انسانی، بدلیل عدم تعریف جایگاه سازمانی متناسب با درجه تحصیلی، امکان بی انگیزگی اقبال تحصیل کرده جامعه پرستاری، تمایل به خروج نخبگان از کشور و هدر رفت سرمایه های مادی و معنوی نیز وجود دارد.

۹- روند SO6 (افزایش مصرف گرایی و تمایل به خدمات مراقبتی لوکس):

این تمایل در مردم جامعه می تواند بصورت بالقوه فرصت و نیز تهدید باشد. فرصت سازی این گرایش می تواند همراه با توجه و حساسیت بیشتر افراد به سلامت خودشان و پیشگیری از رفتارهای مخاطره آمیز مرتبط با سلامت باشد. در مقابل این تمایل با تهدیدهای از قبیل تمایل به امکان استفاده غیرضرور و ضد سلامت و با جنبه های نگاه لوکس به خدمات مراقبتی (مثل استفاده بیش از حد و غیرضرور از مراقبین یا مراقبت در منزل برای اموری از قبیل نگهداری کودکان و نوزادان... شده) ممکن است که آثار زیان آور بالقوه روانی و اجتماعی را برای مادر و کودک به همراه داشته باشد.

۱۰- روند SO7 (افزایش حاشیه نشینی):

این روند می تواند تهدیدهایی از قبیل کاهش دسترسی این مناطق به خدمات پیشگیری اولیه نظام سلامت را به همراه داشته باشد. پایین بودن وضعیت اجتماعی اقتصادی (همانند سواد پایین، اشتغال نامناسب یا بیکاری و درآمد ناکافی) که خود یک عامل خطر مهم در سلامت جامعه و خانواده در همه ابعاد می باشد، در این مناطق وجود دارد. لذا مشارکت کم آن ها و یا بی توجه به اصل خود مراقبتی از سلامت خود و اعضای خانواده به روشنی وجود داشته و تاثیر مداخلات اولیه و آموزشی نیز کاهش می یابد و آثار آن نه فقط این گروه از افراد درگیر می سازد بلکه خود این پدیده تهدیدی بر سلامت کل جامعه و کم اثرسازی همه اقدامات مرتبط با سلامت را بدنبال خواهد داشت. بنابراین شاید توجه به این مناطق باید به یکی از اولویت های اساسی نظام بهداشتی کشور تبدیل گردد. این عامل در فرآیند مراقبت از سلامتی فرصتی را برای نظام سلامت بوجود نمی آورد.

۱۱- روند ENVI (عوارض زیست محیطی و تخریب لایه ازون):

حفظ و ارتقای سلامت افراد و جامعه بدون توجه به حفظ سلامت در بستری که افراد جامعه در آن زیست می کنند، یعنی محیط ممکن نیست. به عبارت دیگر، "خود مراقبتی" فقط شامل شخص نیست بلکه قلمرو "خود" شامل "محیطی" که خود در آن زیست می کند نیز می باشد. لذا خود مراقبتی بدون توجه به محیط غیر ممکن می باشد. لذا بدرستی توسعه پایدار سلامتی با سلامت محیط تعریف شده است. در شرایط ناپایداری محیط مانند تهدید لایه ازون، تهدید جدی سلامت جسمی خصوصا در پوست و چشم، می تواند افزایش بروز سرطان را به دنبال داشته باشد. در این رابطه نقش آموزش ها و توصیه همگانی به منظور آگاهی و حساس سازی و پرهیز از نور آفتاب و استفاده از راهبردهای محافظتی برای کسانی که طولانی مدت در معرض این عامل قرار دارند می تواند مهم باشد. اما از سوی دیگر، معمولا توصیه های پیشگیری کننده ارائه کنندگان خدمات مبنی بر خودداری از تماس با نور خورشید ممکن است موجب ترس مفرط افراد جامعه از هر گونه تماس مستقیم با آفتاب شده و این یعنی عدم استفاده کافی از نور خورشید خود می تواند یک عامل خطر در زمینه سلامت جسمی افراد در ابعاد دیگر مثل سلامت استخوان باشد.

۱۲- روند ECO1 (تحریم اقتصادی و هدفمند کردن یارانه ها):

اگرچه هدفمند کردن یارانه ها در کنار تشدید تحریم های اقتصادی یک ضرورت ملی برای بهبود اقتصاد کشور تشخیص داده و اجرا گردید، اما بدلیل ارتباط و نسبت نزدیک سلامت با وضعیت اقتصادی، تنش ها و نوسانات ناشی از این وضعیت می تواند به کاهش قدرت خرید مردم و تشدید فاصله دهک های درآمدی بالا و پایین از یکدیگر گردد. این کاهش قدرت خرید به کاهش سهم اقلام و خدمات سلامت در سبد زندگی جامعه و خانوارها خواهد شد. در سطح جامعه بدلیل تنش های حاد در بخش های مولد سلامت که در نظام برنامه ریزی و بودجه

حاکمیت دولتی، بخش خدماتی و غیرمولد تلقی می شود، می تواند دچار افت تخصیص منابع در مقابل رشد فزاینده قیمت خدمات گردد. از سوی دیگر، این رشد فزاینده و پرشتاب در قیمت تمام شده خدمات موجب کاهش قدرت خرید خدمات خانوارها، کاهش و نامتوازن شدن وضعیت تغذیه ای (خصوصاً برای اقشار آسیب پذیر مثل کودکان و مادران) و عدم دسترسی برخی به این خدمات و سودجویی بخش خصوصی (بلحاظ ماهیت سودگرایی آن ها) می شود. اما از منظر فرصت های بالقوه این روند اقتصادی می تواند فرصتی برای احیاء و ایفای نقش های جدید ارایه کنندگان خدمات سلامت خصوصاً پرستاران برای کشاندن خدمات مراقبتی از بیمارستان پرهزینه و پرعارضه به عرصه جامعه کم هزینه و کم عارضه (خارج از مراکز فوق تخصصی و درمانی) مثل احیای خدمات مراقبتی در منزل و یا خانه های پرستاری گردد. از سوی دیگر، اگر هدفمندی یارانه ها به رشد اقتصادی، افزایش اشتغال و رونق اقتصادی منجر شود، جهت اثرات منفی پیشگفت تا اندازه زیادی معکوس می گردد و زمینه اشتغال مفید تحصیل کرده های بیکار عرصه سلامت خصوصاً پرستاران را می تواند فراهم سازد.

۱۳- روند ECO2 (نگاه اقتصادی به تولید و به کارگیری علم و فناوری در عرصه سلامت):

این نگاه و بسترسازی لازم برای نهادینه کردن آن می تواند زمینه تولید و ارایه بهینه و ارزاتر خدمات سلامت از جمله خدمات مراقبتی را فراهم نماید. امروزه تولید و ارایه خدمات بدلیل تاثیر مولفه های اقتصادی (کمبود یا تخصیص و توزیع نامناسب منابع و هزینه های بالای خدمات) در تولید دانش، مهارت و فناوری های مرتبط با سلامت بصورت یک صنعت پیچیده در آمده و نظام سلامت که این امر را سازماندهی می کند دائماً در حال تغییر است و به تبع نقش پرستاران هم در این نظام نیز دائماً در حال توسعه و تغییر می باشد. لذا صنعت مولد و ارایه خدمات سلامت بزرگ، متنوع و پیچیده شده است و شناخت آن مهم و ضروری است. امروزه در دنیای توسعه یافته پرستاران با شناخت درست این صنعت پیچیده (موسسات متفاوت و متغیر سلامت)، خدمات آن ها، نقش هایی که آن ها در این موسسات دارند و همکاری را که با آن ها کار می کنند، روابط خود را در نظام سلامت بدرستی تنظیم و بصورت موثرتری عمل می کنند. این وضعیت فرصتی است برای ارایه کنندگان خدمات از جمله پرستاران و نیز دولت تا زمینه های تولید، ارایه و سازماندهی انواع خدمات مراقبتی و سلامتی را به منظور بهینه سازی و ارزان سازی خدمات مراقبتی و بهداشتی و درمانی سامان دهند. انواع خدمات می تواند بصورت خدمات حاد طولانی مدت^{۱۹} در قالب خانه های پرستاری^{۲۰}، مراکز زندگی حمایت شده^{۲۱} (معلولین)، خانه های مراقبت از بزرگسالان^{۲۲}

¹⁹ Long-term Acute Care

²⁰ Nursing Homes

²¹ Assisted Living Centers

²² Adult Care Homes

، خانه های گروهی برای معلولین تکاملی^{۲۳} و نیز خدمات تخصصی پرستاری^{۲۴}، خدمات آسایشگاهی^{۲۵}، مراقبت منزل^{۲۶}، برنامه مدیریت موردی^{۲۷} طراحی و راه اندازی گردد.

این دیدگاه برای دولت و نظام سلامت یک فرصتی است تا برای چنین هدفی بین تولید و ارایه کنندگان خدمات یک رقابت نظارت شده ای را ایجاد کنند تا رشته های مختلف با تولید دانش، مهارت و فناوریهای مطلوب به ارایه کیفی و ارزاتر خدمات پردازند.

۴-۲. اهمیت رشته پرستاری در آینده

ماموریت کلان حرفه و رشته پرستاری در آینده کشور را می توان در "کمک به افراد و گروه های خاص اجتماعی (زنان، کودکان، نوجوانان، سالمندان کارگران...)" و جامعه برای مراقبت (حفظ و ارتقاء) از سلامتی" در تمام ابعاد فردی و اجتماعی بعنوان یک انسان در حال کمال و شایسته جانشینی خداوند و جامعه ای بالنده، در حال توسعه و در طراز الگویی اسلامی-ایرانی تعریف و بیان کرد. با تأمل و توجه به ویژگی ها، رسالت ها و چشم اندازهایی که برای پرستاری در بخش های قبل و بعد تبیین شده است، مراقبت از سلامتی که جوهره پرستاری است دربرگیرنده کلیه فعالیتهای آموزشی، پژوهشی و ارائه خدمات (در سطوح سه گانه) می باشد. با نگاهی به تحلیل روندهای ۱۳ گانه فوق و چالش ها و فرصت های تبیین شده در آن ها، اهمیت پرستاری و حساسیت نقش پرستاران بعنوان مراقب و دیده بان همیشه بیدار، فعال و اثربخش در عرصه سلامت با رویکرد کل نگر مراقبتی روشن و واضح است.

براساس این نوع نگاه و جهان بینی که در تعریف پرستاری ارایه شده پرستاران باید و می توانند در حیطه های وسیع و گسترده تولید و ارایه خدمات سلامت با رویکرد "مراقبتی کل نگر" حضور یابند. مساله ای که در اینجا حائز اهمیت است قلمرو و مرزهای متمایز پرستاری با توجه به لزوم حضور دیگر رشته ها و حرف چگونه می تواند باشد؟ همانطوریکه در بخش های قبل بیان شد الگو و جهان بینی حضور پرستاران با رویکرد خاص حرفه ای (مراقبت کل نگر) و فعالیت های مرتبط و تعریف شده در شرح وظایف آنها می باشد. با توجه به این الگو هیچگونه نگرانی از تداخل نقش ها و وظایف وجود نخواهد داشت.

براین اساس، در حیطه یا سطح اول حفظ و ارتقای سلامت، هر خدمت، مهارت و فعالیتی که به حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی افراد و جامعه می تواند کمک کند و از سوی دیگر، در برنامه های

²³ Group Homes for Developmental Disabilities

²⁴ Skilled Nursing Care

²⁵ Hospice Care

²⁶ Home Care

²⁷ Case Management

آموزشی پرستاران بعنوان شایستگی حرفه ای آن ها تعریف شده و یا براساس دوره های مدون و مصوب کوتاه مدت برای آن ها تعریف شده و آموزش دیده باشند می تواند قلمرو وظیفه ای و فعالیتی پرستاری قلمداد گردد. در بعد جهانی پرستاری بعنوان یک حرفه و رشته علمی در عرصه سلامت برای توسعه پایدار و با تشکیل نهادها و سیاست گذاری های بین المللی در صدد جهانی سازی ارایه خدمات مراقبت از سلامت برای همه دنیا و همه آحاد بشر بوده و سرمایه گذاری دولت ها و جوامع مختلف برای آموزش و توسعه پرستاری و نقش آفرین های جدید و موثرتر هر روز بهتر از گذشته پرستاران در عرصه های تولید و ارایه خدمات گواه روشن و قطعی بر اهمیت این حرفه و رشته سلامت محور می باشد.

قطعا تجلی، ظهور و بروز این نقش مهم در آینده سلامت کشور منوط به تحقق چشم اندازها در حد مطلوب و اجرایی شدن سیاست و راهبردهای تعیین شده در بخش بعدی خواهد بود.

بخش پنجم

تحلیل راهبردی

- ۱-۵. شناسایی نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدید (SWOT) و تحلیل آن
- ۲-۵. ترسیم چشم انداز (وضعیت مطلوب) برای کشور در حوزه پرستاری در افق ۱۴۰۴
- ۳-۵. ارزیابی مأموریت ها و اهداف کلان
- ۴-۵. ارزیابی سیاستها
- ۵-۵. ارزیابی استراتژی و راهکارهای اجرایی در راستای تحقق اهداف

۵-۱. شناسایی نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدید^{۲۸} و تحلیل آن

قطعا تعریف چشم انداز و آینده پرستاری کشور بدون توجه، مقایسه و تحلیل عمیق داده های حاصل از تعریف سیمای ایده آل و مطلوب پرستاری و وضعیت موجود پرستاری کشور و شاخص های محاسبه شده عملکردی پرستاری در ایران میسر و منطقی نخواهد بود. تحلیل عمیق این یافته ها در کمیته راهبردی در انجمن علمی پرستاری ایران منجر به استخراج نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدیدهای پرستاری ایران به شرح ذیل گردید.

تحلیل محیط داخلی:

نقاط ضعف:

۱. کمبود حضور جدی و ایفای نقش جامع پرستاری در تولید و ارائه خدمات مراقبتی برای حفظ و ارتقای سلامت: پرستاری کشور ایران از نظر قلمرو و حیطه اصلی ایفای نقش مراقبتی محدود به ایفای نقش مشارکتی و مشترک با پزشکی بوده و فاقد نقش حرفه ای مستقل و منحصر بفرد و حضور جدی در پیشگیری سطوح اول و سوم می باشد. عدم حضور جدی و ایفای نقش جامع پرستاری در تولید و ارائه خدمات مراقبتی برای حفظ و ارتقای سلامت یک ضعف و تهدید مهمی برای اصالت و بقای علمی و حرفه ای پرستاری است که باید مورد توجه جامعه پرستاری قرار گیرد.
۲. نامتناسب بودن سرانه پرستار به جمعیت و تخت بیمارستانی: علیرغم اینکه تعداد دانش آموختگان پرستاری بیکار و جویای کار یا بی انگیزه برای ادامه کار مثل بقیه اقشار تحصیل کرده جامعه وجود دارند. اما عرصه بالین از کمبود حضور آنها رنج می برد و سرانه پرستاران شاغل در بیمارستانها نسبت به تخت نامناسب و غیر استاندارد است. از سوی دیگر علیرغم این سرانه پرستار نسبت به نیاز واقعی جامعه براساس شاخص های استاندارد جامعه نیز با کمبود قابل توجه مواجه هست.
۳. ضعف حضور پرستاری در نهادهای سیاست گذاری و تصمیم سازی
۴. تصویر اجتماعی نامناسب حرفه: ناشناخته بودن و ماندن جایگاه و نقش اصلی و واقعی پرستاری در نزد جامعه حتی جامعه دانشگاهی و بین خود پرستاران یکی از چالش ها یا تهدیداتی است که مانع ورود افراد مستعد، قابل و هوشمند به حرفه پرستاری و مانع تداوم حضور افراد با صلاحیت و یا موجب حضور کم انگیزه و کم کیفیت آنها در حرفه پرستاری می گردد. لذا این عارضه و پدیده آینده پرستاری را تهدید می نماید.
۵. نامتقارن بودن هرم نیروی انسانی هیات علمی پرستاری (نسبت مربی به استاد): با بررسی شاخص های کمی عملکردی پرستاران و پرستاری کشور در عرصه های آموزشی و پژوهشی وضعیت تولید علم نسبتا مناسب

²⁸ SWOT

ارزیابی می شود. اما با توجه به اهداف و مأموریت های سند چشم انداز و نقشه های جامع علمی و سلامت، این وضعیت نسبت به طراز پیش بینی شده در این اسناد که باید دارای جایگاه اول علمی در منطقه باشد فاصله زیادی دارد و مناسب ارزیابی نمی شود. از سوی دیگر، تعداد اندک مراکز تحقیقاتی پرستاری و سهم بسیار اندک و ناچیز دانشیار و استاد در بین اعضای هیات علمی مرتبط در دانشکده ها و مراکز تحقیقات پرستاری ضمن اینکه جایگاه علمی این رشته را مخدوش می کند موجب نامتوازن شدن هرم هیات علمی پرستاری در کشور (بعنوان نماد علمی حرفه و رشته محسوب می شوند) شده است. این امر یک ضعف در این راستا تلقی می گردد. لذا عقب ماندگی نسبی در تولید علم و فناوری یک ضعف و تهدید محسوب می گردد.

۶. ضعف در ترجمان دانش پرستاری و بکارگیری شواهد تولید شده بومی: اگر چه پرستاری و پرستاران کشور ایران در عرصه های آموزش و پژوهش از وضعیت نسبتاً مطلوبی نسبت به دیگر رشته ها و بیشتر کشورهای منطقه برخوردار است، اما از نظر عملی و بالینی یعنی بکارگیری دانش های آموخته و تولید شده در عرصه آموزشی و پژوهشی جهت بهبود کیفیت مراقبت ها و ارائه خدمات (بلحاظ کمی و کیفی) تخصصی و اخلاق حرفه ای) از وضعیت مطلوبی نسبت به دیگر رشته ها و کشورها برخوردار نیست. لذا این شکاف دانش و عمل یک چالش و تهدید مهمی است که آینده پرستاری و اهمیت آنرا در آینده کشور بطور جدی تهدید می کند.

نقاط قوت:

۱. دایر بودن تمام مقاطع تحصیلی اعم از پایه تا تحصیلات تکمیلی برای پرستاری: دایر بودن این مقاطع تحصیلی و شروع تاسیس و اخذ مجوزهای قانونی در ارتباط با موسسات تحقیقاتی پرستاری که لازمه اثبات و بقای هویت یک حرفه و یک رشته دانشگاهی خصوصاً برای تولید دانش، مهارت و فناوری های لازم برای ایفای نقش حرفه ای است در کنار جوان بودن دوره های تکمیلی و ارزشمندی آن خود یک فرصت دیگری می تواند تلقی گردد.

۲. وجود دانش آموختگان با صلاحیت پرستاری در تمام مقاطع خصوصاً مقطع پایه و آماده ورود به عرصه خدمت بودن: وجود دانش آموختگان با صلاحیت پرستاری در تمام مقاطع خصوصاً مقطع پایه و آماده ورود به عرصه خدمت بودن آن ها محصول سرمایه گذاری های دولت و جامعه در بخش آموزش پرستاری در سال های گذشته می باشد. یک فرصت و قوت دیگری در کنار فرصت های فوق برای تحقق رسالت و مأموریت کلان تعریف شده پرستاری است. امروزه در کشورهای در حال توسعه و یا توسعه یافته با کمبود نیروی کار پرستاری مواجهند و این یک تهدید برای آن هاست اما در کشور ایران بدلیل فوق این یک فرصت است.

۳. وجود سازمان های مردم نهاد جهت پیگیری مطالبات پرستاری از مسیرهای مدنی: شکل گیری و ثبات نهادهای هویتی حرفه ای مثل سازمان نظام پرستاری و انجمن های علمی پرستاری، چاپ و انتشار مجلات علمی و پژوهشی در زمینه ارتباط، انسجام، آموزش و تقویت دانش و مهارت های حرفه ای را فراهم نموده است. این موارد فرصت استثنایی دیگری برای تحقق اهداف حرفه ای است که در گذشته جامعه پرستاری فاقد این نهادها و رسانه های علمی و ارتباطی بوده است.
۴. توسعه رو به رشد تولید و نشر دانش پرستاری که در بخش دوم گزارش آن به تفصیل و تحلیل ارایه گردید از فرصتهای راهبردی برای تعیین چشم انداز آینده پرستاری در کشور می تواند محسوب گردد.

تحلیل محیط خارجی:

فرصت ها:

۱. آگاهی عمومی و سواد سلامتی مردم: افزایش رشد آگاهی های جامعه و سواد سلامتی مردم منجر به مطالبه حقوق خود در زمینه دریافت بهترین و کیفی ترین خدمات سلامت می شود. این شرایط فرصت مناسبی برای پرستاران است که در شرایط نامطلوب ساختاری مشغول ارایه خدمت هستند، با تبیین درست علل افت خدمات ارایه شده ناشی از چنین وضعیتی ضمن اینکه برای بهبود کیفیت خدمات به مردم تلاش می کنند منجر به مطالبه حقوق آن ها و بهبود وضعیت و شرایط کار آن ها خواهد گردید.
۲. گرایش به تعریف و ارایه بسته خدمات سلامت اولیه به خانواده های روستایی و شهری: گرایش به تعریف و ارایه بسته خدمات سلامت اولیه به خانواده های روستایی و شهری در قالب پزشک خانواده در نظام سلامت کشور و نوع خدمات تعریف شده در آن که بیشتر ماهیت مراقبتی داشته و با پرستاری سنخیت دارند، زمینه را برای حضور جدی و تحقق بخش مغفول مانده نقش های معطل مانده پرستاری فراهم نموده است.
۳. افزایش نسبی آگاهی مردم از حرفه پرستاری در سالهای اخیر
۴. افزایش نسبی توجه نهادهای کلیدی به حرفه (رهبران مذهبی، اجرایی و مجلس شورای اسلامی و...)

تهدیدها:

۱. شرایط نامطلوب ساختاری در نظام سلامت جهت ارایه خدمات پرستاری با کیفیت بالا
۲. مقاومت در اجرای قوانین مترقی حرفه ای پرستاری نظیر قانون ارتقای بهره وری و تعرفه گذاری خدمات پرستاری
۳. عدم تناسب مسئولیت/اختیار و امکان: این تهدید یکی از مهمترین تهدیدهای پرستاری است که ناشی از توزیع ناعادلانه امکانات، اختیارات، مسئولیت ها و بهره مندی ها در نظام سلامت است. در یک نگاه کلی و جامع، بدیهی و مسلم است که چالش های مهم فوق ناشی از علت و یا علل خاصی هستند. ناشناخته ماندن و

تبيين نادرست و احيانا معكوس آنها، چالش و تهديد جدی دیگری است که اهميت و خطر آن از بقيه تهديدات بيشتري خواهد بود. به نظر کارگروه کمیته راهبردی این طرح و براساس شواهد منتشر شده، مهمترين و اصلی ترین علت این چالش ها به جایگاه و شرایط نامساعد، غیراستاندارد و نامطلوب کاری پرستاری و پرستاران در نظام سلامت فعلی کشور برمی گردد. بطوریکه این وضعیت یک "نامعادله مسئولیت/اختیار و امکان" (تخصیص ناکافی و نامتناسب منابع انسانی و مادی در مقابل انتظارات و مسئولیت ها) را ایجاد کرده است. لذا یکی از تهديدهای مهم موجود عدم تبیین و درک درست این نامعادله توسط خود پرستاران برای نظام سلامت و جامعه می باشد که شديداً آینده پرستاری را تهديد می کند.

۵-۲. ترسیم چشم انداز (وضعیت مطلوب) برای کشور در حوزه پرستاری در افق ۱۴۰۴

از آنجایی که پرستاران بخشی از جامعه بزرگ در حال توسعه ایران می باشد. بعنوان عضوی از این خانواده بزرگ در حال حرکت، نمی تواند بدون توجه و ارزیابی چشم انداز کلان جامعه توسعه یابد. لذا براساس اسناد بالادستی مثل سند چشم انداز ۲۰ ساله نظام، برنامه های ۵ ساله توسعه فرهنگی و اجتماعی و نقشه های جامع علمی و سلامت و با اشراف و اذعان به ظرفیت ها و توانایی های بالقوه و بالفعل اعضای حرفه و رشته خود موارد ذیل را برای آینده پرستاری کشور تعریف می نماید:

- ۱- حضور فعال و تعریف شده پرستاران در همه سطوح تولید و ارایه خدمات سلامت به منظور حفظ و ارتقای سلامت افراد، گروه ها و جامعه.
- ۲- ارتقاء و قرار گرفتن شاخص های آموزش پرستاری در مقاطع تحصیلی پایه و تکمیلی در طراز اول کشورهای منطقه بطوریکه بتواند بیشترین نصاب جذب متقاضیان به تحصیل در پرستاری را از کشورهای منطقه بدست آورده و رتبه اول در تامین نیازهای داوطلبین به تحصیل در رشته پرستاری این کشورها خصوصاً کشورهای اسلامی را بخود اختصاص دهد.
- ۳- کسب رتبه اول منطقه در تولیدات علمی اعم از مقالات، نظریه های علمی و مهارت های کاربردی حرفه ای و ارایه آنها به جامعه جهانی بطوریکه بتواند تعامل سازنده و موثری با مراکز علمی و حرفه ای پرستاری در جهان داشته باشد.
- ۴- بهبود و کسب نصاب اول شاخص کیفیت مراقبت ها و ارایه خدمات بلحاظ کمی و کیفی/تخصصی و اخلاق حرفه ای با بهره گیری از آخرین شواهد علمی در بین کشورهای منطقه.
- ۵- بهبود و استاندارد سازی شرایط کاری پرستاران و تامین حقوق و جایگاه شایسته پرستاری در جامعه و نظام سلامت بعنوان پیش شرط و اقتضای ضروری حفظ، تامین و ارتقای سلامت افراد، گروه ها و جامعه

۳-۵. ارایه ماموریت ها و اهداف کلان در حوزه پرستاری

ماموریت ها و اهداف کلان رشته باید در راستای چشم انداز (ترسیم وضعیت مطلوب) مبتنی بر جهان بینی و تعریف ماهیت حرفه باشد. براساس بندهای چشم انداز و نوع نگاه و جهان بینی که در تعریف پرستاری ارایه شده پرستاران باید و می توانند ماموریت هایی را در حیطه های وسیع و گسترده تولید و ارایه خدمات سلامت با رویکرد مراقبتی بعهده بگیرند. همانطوریکه در بخش های قبل بیان شد الگو و جهان بینی حضور پرستاران با رویکرد خاص حرفه ای (مراقبت) نوع ماموریت و خاصی و اهداف ویژه ای را تعریف می کند:

ماموریت ها و اهداف کلان ارایه خدمات مراقبتی در سطح جامعه

- ۱- حضور فعال تر و تعریف شده پرستاران در طرح پزشک خانواده روستایی و شهری به منظور حفظ و ارتقای سلامت افراد، گروه ها و جامعه
- ۲- تلاش در جهت تعریف جایگاه و وارد شدن پرستاران در ارایه خدمات سلامت به مدارس برای حفظ و ارتقای سلامت کودکان و نوجوانان.
- ۳- ارتقای کیفیت مراقبت در بالین و مراکز درمانی و کاهش فاصله وضعیت موجود (عملکرد) و وضعیت مطلوب (دانش و شواهد معتبر) و روان سازی انتقال دانش و شواهد جدید به عرصه عمل و بالین.
- ۴- جامعه محور نمودن خدمات مراقبتی (کاهش هزینه ها و عوارض) و تلاش در جهت روان سازی و در دسترس قرار دادن خدمات مراقبت بالین حتی الامکان در جامعه (خانواده و مراکز خارج از بیمارستان)
- ۵- تلاش در جهت معرفی و ارتقای جایگاه علمی و اجتماعی پرستاری در جوامع عمومی و دانشگاهی
- ۶- تلاش در جهت استاندارد و متعادل سازی شرایط کار پرستاران در بالین و احیای حقوق مادی و معنوی متناسب با میزان و سهم مشارکت آن ها در فرآیند درمان و مراقبت.

ماموریت ها و اهداف کلان پژوهشی و تولید دانش

- ۱- ارتقاء کمی تولید علم در پرستاری به طوریکه حداقل سالانه ۱۰ درصد رشد در تعداد مقالات نمایه شده در پایگاه های اطلاعاتی بین المللی معتبر مثل ISI, PUBMED, SCOPUS رخ دهد.
- ۲- ارتقاء کیفی تولید علم در پرستاری به طوریکه حداقل سالانه ۱۵ درصد رشد در شاخص نسبت استنادها به مقالات نمایه شده در پایگاه های اطلاعاتی بین المللی رخ دهد.
- ۳- افزایش تعداد مجلات انگلیسی حداقل یک عدد به از هر دو سال و یک مجله فارسی در زمینه های مختلف پرستاری در کشور تا سال ۱۳۹۵ خورشیدی یا ۲۰۱۶ میلادی.
- ۴- ادامه برگزاری همایش های علمی-پژوهشی کشوری حداقل بصورت دو سالانه و برگزاری یک همایش علمی بین المللی تا سال ۱۳۹۵.
- ۵- شناسایی، تشویق و کمک به انتشار نظریه های علمی و کاربردی تولید داخل در پرستاری به زبان انگلیسی.

۶- افزایش تعداد مراکز پژوهشی مصوب با گرایش و ماموریت های تخصصی در حیطه های مختلف پرستاری و ارتقای کمی و کیفی مراکز.

ماموریت ها و اهداف کلان آموزش پرستاری

- ۱- ارتقاء کیفی برنامه ها و دوره های آموزشی پایه و تکمیلی پرستاری و تنوع بخشی به گرایش ها و رشته تحصیلات تکمیلی متناسب با نیازهای جامعه و توسعه نقش های حرفه ای.
- ۲- تلاش در جهت اصلاح هرم اعضای هیات علمی (توزیع و نسبت مربی تا استاد) دانشکده ها و استاندارد سازی نسبت تعداد دانشجو به تعداد اعضای هیات علمی.
- ۳- تلاش در جهت ارتقای آموزش های بالینی و متناسب سازی آن با نیازهای مددجویان.
- ۴- شناسایی و توجه به نیازهای سلامت مددجویان کشورهای منطقه خصوصا کشورهای همسایه و اسلامی و برنامه ریزی در جهت افزایش جذب متقاضیان به تحصیل در پرستاری را از این کشورها.

۵-۴. ارایه سیاست های راهبردی

سیاست های راهبردی باید در راستای تحقق ماموریت ها و اهداف کلان و متناسب با ضریب اثربخشی آنها در تحقق آن ها تدوین گردد. براین اساس سیاست های راهبردی در ابعاد تعیین شده ماموریت ها و اهداف کلان به صورت ذیل ارایه می گردد:

- سیاست های راهبردی در زمینه ارایه خدمات مراقبتی در سطح جامعه
- ۱- پیگیری و نهادینه کردن نظام ارزشیابی و ارزشگذاری ها (پرداخت ها) براساس کمیت و کیفیت کار (نظام کار سالار یا کار محور) بجای ارزشیابی و ارزشگذاری زمان و حضور فیزیکی (نظام زمان محور)
- ۲- آسیب شناسی و روشن سازی علل افت کیفیت خدمات بالینی، تعیین علل بروز این عارضه، معرفی آن به نظام سلامت و جامعه و نیز پیگیری حل آن بعنوان شرط لازم تامین سلامت جامعه.
- ۳- برنامه ریزی و تعامل با صاحبان رسانه های همگانی به منظور استفاده درست از ظرفیت های آن ها در جهت شناساندن جایگاه واقعی حرفه پرستاری و پیشگیری از تاثیرات منفی برنامه ها و پیام های تولید شده در جامعه.

۴- تلاش در جهت اتحاد و همگرایی بین نهادها و آحاد اعضای خانواده بزرگ پرستاری در کشور به منظور ایجاد صدای واحد و قدرت منسجم برای دفاع از حق آحاد جامعه در دریافت خدمات سلامت با کیفیت مناسب و در خور شان جامعه اسلامی و ایرانی و پیگیری و تحقق مطالبات حرفه ای

● سیاست های راهبردی در زمینه تولید دانش

- ۱- حمایت و تشویق نویسندگان و ناشران مقالات در مجله های معتبر بین المللی.
- ۲- حمایت های تخصصی و مالی و تشویق مجلات پرستاری به منظور نمایه شدن در پایگاه های اطلاعات علمی معتبر داخلی و بین المللی
- ۳- آسیب شناسی روند انجام پژوهش های پرستاری در کشور خصوصا در مقطع دکترای پرستاری و ارائه راهکارهای عملی و مناسب جهت توسعه و بهبود آن.
- ۴- تشویق پژوهشگران پرستاری به یافتن روش های مناسب پژوهشی برای تولید دانش و نظریه ها یا الگو های کاربردی و بومی
- ۵- تاسیس مراکز تحقیقاتی جدید تخصصی در سراسر کشور و افزایش تعداد مجلات علمی پژوهشی ورود به حوزه فناوری و تاسیس مراکز رشد فناوری پرستاری

● سیاست های راهبردی در زمینه آموزش پرستاری

- ۱- کمک به استقلال و توانمندی شورای بورد تخصصی پرستاری بعنوان نهاد سیاست گذار و برنامه ریز آموزش پرستاری.
- ۲- تلاش در جهت نظامند، پویا، مستمر و علمی نمودن فرآیند توسعه و بازنگری های دوره های آموزشی بلند مدت و کوتاه مدت پرستاری
- ۳- فعال سازی و مشارکت نهادهای غیردولتی پرستاری مثل انجمن های علمی و نظام پرستاری در فرآیند ارزشیابی و بازنگری های دوره و طراحی، نظارت و اجرای برنامه های آموزشی کوتاه مدت و مستمر به منظور توانمند سازی و به روز رسانی پرستاران عرصه پرستاری.

۵-۵. ارایه استراتژی و راهکارهای اجرایی در راستای تحقق اهداف

- ۱- تلاش مستمر و همه جانبه در جهت بهسازی شرایط کاری پرستاران بالینی از طریق متعادل سازی مسئولیت ها با اختیارات و امکانات (تخصیص کافی منابع انسانی و مادی متناسب با مسئولیت ها و انتظارات) بطوریکه جامعه و مددجویان از بهترین و کیفی ترین خدمات مراقبتی برخوردار شوند.
- ۲- تلاش منظم و برنامه ریزی شده برای جایابی، بسط و احیای نقش های مغفول و معطل مانده پرستاری در جامعه و نظام سلامت (مثل پرستاری بهداشت جامعه، خانواده و مدارس...) از طریق توجیه و تعریف وظایف و خدمات مراقبتی در چارچوب نظام ارایه خدمات سلامت، بطوریکه جامعه و مددجویان بتوانند خدمات مراقبتی مرتبط با سلامت را با کیفیت بالا، به موقع و ارزان بدست آورند.
- ۳- آشناسازی، بکارگیری و توسعه "عملکرد مبتنی بر شواهد" در آموزش و بالین از طریق فراهم سازی زمینه های مرتبط (آموزشی، ساختارهای قانونی و تجهیزاتی ...) و تعریف مناسب آن در شرح وظایف پرستاری
- ۴- ترویج و بکارگیری دانش، نظریه و الگوهای تولید شده در پژوهش های پرستاری خصوصا یافته های مطالعات بومی با رویکردهای کیفی و ترکیبی از طریق زمینه سازی مناسب (معرفی به ذی نفعان، ترجمه و انتقال مطلوب دانش) برای بهبود آموزش پرستاری و خدمات مراقبتی.
- ۵- تلاش در جهت نزدیک سازی زبان گفتمانی بین مریبان و پژوهشگران شاغل در مراکز علمی پرستاری و عاملین اصلی یا تولید و ارایه کنندگان خدمات مراقبتی، از طریق بهبود نتایج یافته های علمی در قالب تولید دانش های کاربردی مثل ابزارهای بررسی وضعیت سلامت، دستورالعمل ها و پروتکل های عملکردی و الگوهای تجویزی.
- ۶- ترویج تدوین و بکارگیری راهنماهای بالینی و استاندارد های حرفه ای و مراقبتی یا منشور اخلاق پرستاری و زمینه سازی لازم برای اجرای آن از طریق رفع کمبود، شرایط نامساعد کاری و لحاظ کردن آن در نظام ارزشیابی و ارتقای شغلی شاغلین پرستاری به شکل نظام یافته و عینی.
- ۷- تشویق و حمایت از پژوهشگران پرستاری که یافته هایی تولید می کنند و به آسانی با بالین سازگار بوده سعی در انتشار آن در مجامع و منابع معتبر علمی بین المللی و ترغیب و قانع سازی دیگران برای ارزش و بکارگیری این یافته ها را دارند.
- ۸- تشویق و حمایت از پژوهشگران پرستاری که بر روی عامل های اجتماعی سلامت و مشکلات بالینی با رویکرد "مراقبتی" پژوهش کرده و سعی در ارایه الگوهایی برای گسترش و نهادینه کردن فرهنگ "خود مراقبتی" را دارند.

- ۹- تشویق و حمایت از پرستارانی که کیفیت خدمات مراقبتی را با استفاده از دانش های تولید شده و معتبر و یا با استفاده از دانش غنی حاصل از تجربه طولانی خود بکار می گیرند.
- ۱۰- بهسازی قوانین، مقررات و توانمند سازی مدیران پرستاری برای ایجاد شرایط و فرصت هایی که پرستاران بتوانند دانش، مهارت ها و خلاقیت ها خود را برای ایفای نقش های بالقوه و بالفعل حرفه ای بکار بگیرند.
- ۱۱- ایجاد و ترویج مراکز و موسسات حرفه ای غیردولتی در تولید و ارائه خدمات مراقبتی مرتبط با سلامت جامعه مثل مراقبت در منزل^{۲۹} و خانه های سلامت پرستاری^{۳۰} و مراقبت از بیماران در مرحله انتهایی زندگی^{۳۱} و... بطوریکه جامعه و مددجویان بتوانند خدمات مراقبتی مرتبط با سلامت (مثل آموزش های همگانی حفظ و پایش سلامت خود و خانواده و خدمات قبل و بعد از بستری) را با کیفیت، به موقع و ارزان بدست آورند.
- ۱۲- تاسیس و گسترش مراکز تحقیقات تخصصی پرستاری، افزایش تعداد مجلات و تالیف کتب تخصصی و مرجع با رویکرد مبتنی بر نیازها و دانش های تولید شده بومی در زمینه پرستاری و تاسیس و گسترش مراکز رشد و فناوری پرستاری برای تولید مهارت های مراقبتی نو

²⁹ Home Care

³⁰ Nursing Home

³¹ Hospice Care

منابع و ماخذ

۱. بانک اطلاعات علمی SCOPUS به آدرس <http://www.scopus.com/home.url>
۲. بانک اطلاعات علمی Pub Med به آدرس <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
۳. اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی، به آدرس <http://cehp.behdasht.gov.ir>
۴. وب سایت دانشگاه های علوم پزشکی کشور به نشانی http://edd.behdasht.gov.ir/uploads/178_281_iran-med-university.htm
۵. بانک اطلاعاتی مقالات علوم پزشکی ایران مدکس به آدرس <http://www.iranmedex.com>
۶. بانک اطلاعاتی مجلات ایران به آدرس <http://www.magiran.com>
۷. بانک اطلاعاتی مقالات ایران به آدرس <http://www.sid.ir>
۸. وب سایت معاونت تحقیقات و فن آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به آدرس <http://www.hbi.ir>
۹. کتاب دستاوردها، چالش ها و افق های پیش روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران. شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. جلد ۱ و ۲، ۱۳۸۹.
۱۰. کتاب نقشه جامع علمی سلامت. کمیته تخصصی سلامت و علوم زیستی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹.
۱۱. گزارش سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، کارگروه تخصصی شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ویرایش هشتم. ۱۳۸۸.
۱۲. محمدی ع، الگوی پرستاری در غرب و شرق: قرائتی از خود باوری، یادداشت سردبیری. مجله پژوهش پرستاری، دوره ۲، شماره ۴ و ۵، صفحه ۶. سال ۱۳۸۶.
۱۳. صابریان م، تاریخ تحولات پرستاری از دیروز تا امروز، تهران: تحفه، ۱۳۸۱.

1. Adib Hajbaghery M. Salsali M. A model for empowerment of nursing in Iran. BMC Health Services Research, online publication. 2005.
2. Cowen P S. Moorhead, S. Current Issues in Nursing. 7th edition. New York. Mosby Co. 2006.
3. Ellis J R. Hartley, C L. Nursing in Today's World. 8th edition. Philadelphia. Lippincott Co, 2007.
4. Ellis, J. R. Hartley, C L. Nursing in Today's World: Challenges, Issues and Trends 8th edition. Philadelphia. Lippincott Co. 2004.
5. Farsi Z. Deghan-Nayeari N. Negharandeh R. and Broomand S. Nursing profession in Iran: An overview of opportunities and challenges. Japan Journal of Nursing Science. 2010. 7, 9–18.
6. Huston Carol J. Professional Issues in Nursing: Challenges & Opportunities. Philadelphia. Lippincott Co. 2006.
7. Malloch, K. Tim Porter-O'Grady. Partnership economics: Nursing's challenge in a quantum age. Nursing Economics. 1999; 17(6): 299-307.
8. Kittrell, K. Professional Nursing: Concepts and Challenges. 2nd edition. Philadelphia. W.B. Saunders Co. 1997.
9. Masters, K. Role Development in Professional Nursing Practice. Sudbury Massachusetts. Jones and Bartlett Co 2005.
10. Meleis A.I. Theoretical Nursing: Development & Progress. 3rd edition, Philadelphia. Lippincott Co. 2012.
11. Mohammadi E, Abedi HA, Ghofranipour F. Partnership caring: A theory of high blood pressure control in Iranian hypertensive. International Journal of Nursing Practice 2002; 8: 324–329.
12. Rodgers B L. Developing Nursing Knowledge. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins Co. 2005.
13. Zerwekh, J. Claborn J C. Nursing Today: Transition and Trends. 5th edition. St. Louis. Saunders Co. 2006.
14. Salsali M. Nursing and nursing education in Iran. Image: The Journal of Nursing Scholarship 1999, 31(2):190-193.
15. Salsali M. The development of nursing education in Iran. International History of Nursing Journal 2000, 5(3):58-63.
16. <http://www.icn.ch/publications/the-global-nursing-review-initiative>.
17. <http://pezeshkanoomigilan.ir/>

Abstract

According to "health care" approach, nursing includes various areas of human beings health as an individual or community. The caring worldview on health is different from treatment worldview. So, treatment is focused on shortcoming of health but, care is focused on maintaining, sustaining and promoting health. Treatment means determining and diagnosing the shortcoming in health and returning it to the desired point. But care considers stabilizing, maintaining and promoting health.

Based on this point of view, Nursing, as a health-oriented profession and discipline has a critical, unique, complex and widespread role in community health. Despite of current induced mentalities and traditional functions, nursing and nurse's role is not only confined to the realm of disease and places where patients are present. According this approach, any definition of vision and planning for nursing and nurses in various fields of education, clinic and research in three levels of prevention should be focused on this vital and undeniable principle.

In the present study, the status and challenges of nursing and nurses in the above fields, based on this approach, is examined and the appropriate vision for the future of nursing in the country is demonstrated as far as possible.

For providing a comprehensive report on the status of Iranian Scientific Nursing Association, in accordance with the instruction of scientific auditing group, the quantitative and qualitative indicators were examined separately. Based on searched findings of ISI (Web of Sciences), proportion of articles about nursing in our country to other countries like Turkey, Japan, 24 chosen countries in the region, Canada and America is 29%, 35%, 17%, 0/09% and 0/01%, respectively. Based on searched findings of PUBMED, proportion of articles about nursing in our country to other countries like Turkey, Japan, 24 chosen countries in the region, Canada and America is 80%, 75%, 36%, 0/31% and 0/02%, respectively. Now America has the highest portion of producing and publishing nursing articles and Iran is the lowest among these countries. According to indexed articles in ISI database, growth score of science production in nursing in our country from 2007 to 2010 is about 72% that is the second after Turkey. Also according to PUBMED, growth score in our country is more than 3.5 times that is again the second after Canada and is 20% more than the average growth score among other countries. Although in the first look these results are not very satisfying and this difference with other countries in the world is quantitatively considerable, but from another point of view, considering that nursing post-graduate curricula in our country is new and young and considering the scientific growth score and many PhD students in this major, this is not a worrying state and there is hope to improve in near future. Based on this, various strategies have been purposed in this report for improving this state and achieving the 20 years vision document of the country and other significant documents related to health. Such as encouraging and supporting (corporeally and spiritually) nursing researchers who

produce practical scientific articles and try to publish them in international validated databases and societies.

In this report, in addition to analysis of weak and strong point, opportunities and threats, necessary requirements for the purposed strategies and educational and investigative priorities are also considered in detail.

Key words: care, healthcare, nursing, auditing science growth, nursing scientific association of Iran