

## فرایند پذیرش نقش در میان پرستاران زن بیمارستان: مورد پژوهش بیمارستان امام خمینی (ره) خلخال

کوروش غلامی کوتایی (گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه گلستان، گرگان، ایران، نویسنده مسئول)

k.gholami@gu.ac.ir

مریم نباتی (کارشناس ارشد علوم اجتماعی، واحد خلخال، دانشگاه آزاد اسلامی، خلخال، ایران)

m.nabati6556@gmail.com

### چکیده

دانشجویان پرستاری بعد از دانش‌آموختگی و در حین پذیرش نقش حرفه‌ای خود، به محیطی وارد می‌شوند که از شرایط و ارزش‌های به نسبت متفاوتی نسبت به محیط دانشجویی برخوردار است و احساس می‌کنند فاصله زیادی در این خصوص وجود دارد. این مسائل سبب می‌شود که پرستار تازه‌کار، در نتیجه تعارضات موجود بین انتظارات و واقعیت‌های محیط کار، نتواند به شکل مناسبی خود را با شرایط مذکور سازگار نماید. این پژوهش به منظور تبیین فرایند پذیرش نقش پرستاری و عوامل تسهیل‌گر و ممانعت‌کننده از پذیرش آن از دیدگاه پرستاران انجام شده است. این پژوهش با روش کیفی و با استفاده از روش گراندد تئوری با رویکرد تجارب زیسته و دیدگاه‌های ۱۵ پرستار به‌وسیله مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته مورد بررسی قرار داده است. داده‌ها به‌طور همزمان از طریق مقایسه مداوم با روش اشتراوس و کوربین مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند. در این پژوهش، برای کسب اعتبار، از روش‌های مرور و کنترل و بازبینی مشارکت‌کنندگان (داده‌های به‌دست‌آمده از مشارکت‌کنندگان به آنان بازگردانده و صحت کدهای استخراجی، مورد بازنگری قرار گرفت) و برای قابلیت اعتماد داده‌ها از حسابرسی پژوهش (از نظرات تکمیلی همکاران برای تطبیق و اطمینان از هم‌خوانی مراحل مختلف کدگذاری، مفهوم‌سازی، استخراج مقولات و طبقات با اظهارات شرکت‌کنندگان) استفاده شد.

تحلیل یافته‌ها نشان داد پذیرش نقش پرستاری فرایندی پیچیده است که با ۴ ویژگی و مرحله انگیزش، انسداد، بازاندیشی و اصلاح نقش و سازگاری مشخص می‌شود. همچنین تحلیل یافته‌ها، پنج درون‌مایه؛ عوامل فردی، عوامل خانوادگی، عوامل شغلی و سازمانی را به‌عنوان عوامل بازدارنده و هفت درون‌مایه؛ عوامل فردی، عوامل خانوادگی، عوامل شغلی، عوامل اجتماعی، عوامل اقتصادی، عوامل معنوی و سازمانی را به‌عنوان عوامل تسهیل‌گر پذیرش نقش پرستاری روشن ساخت.

**کلیدواژه‌ها:** پذیرش نقش پرستاری، پژوهش کیفی، عوامل تسهیل‌گر، عوامل بازدارنده،

نظریه زمینه‌ای

#### ۱. مقدمه

دانشجویان پرستاری که حدود چهار سال در یک محیط آموزشی آشنا و مطلوب، به افزایش اندوخته‌های علمی خود پرداخته‌اند، بعد از دانش آموختگی و در حین پذیرش نقش حرفه‌ای خود، به محیطی وارد می‌شوند که از شرایط و ارزش‌های به نسبت متفاوتی نسبت به محیط دانشجویی برخوردار است. در طی دوران تحصیل، همواره به دانشجویان پرستاری آموزش داده می‌شود که مبنای تدوین و اجرای مراقبت‌های خود را، یک دیدگاه کل‌نگر قرار داده و به مددجو، به‌عنوان یک انسان دارای ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی بنگرند. اما دانشجویان پرستاری بعد از دانش آموختگی و ورود به محیط کار، با دیدگاه به نسبت متفاوتی نسبت به بیمار در محیط کار روبرو می‌گردند و احساس می‌کنند فاصله زیادی در این خصوص وجود دارد. علاوه بر این، در مواردی، از پرستار تازه‌کار انتظار می‌رود که پرستاری شایسته بوده و کارهایش را خیلی دقیق و صحیح انجام دهد و چه بسا از وی انتظار می‌رود همانند پرستاری که چندین سال سابقه کار دارد، عمل نماید. این مسائل سبب خواهد شد که پرستار تازه‌کار، در نتیجه تعارضات موجود بین انتظارات و واقعیت‌های محیط کار، نتواند به شکل مناسبی خود را با شرایط مذکور سازگار نماید (عابدی و دیگران، ۱۳۸۳، ص. ۶۹-۷۰)

پرستاران در طی فرایند پذیرش نقش، ارزش‌ها، نگرش‌ها و دانش کسب شده در محیط آموزشی را با شرایط سازمانی تلفیق نموده و با آن سازگار می‌شوند. طی شدن مناسب این فرایند می‌تواند به کسب هویت حرفه‌ای، سازگاری با نقش‌های حرفه‌ای، تعهد حرفه‌ای و سازمانی و در نتیجه بهبود کیفیت مراقبت از مددجویان منجر شده، از طرف دیگر اجرای نامناسب و ناکافی این فرآیند، می‌تواند پیامد منفی چون ریزش و فرسودگی شغلی، برهم‌زدن امنیت حرفه‌ای و در سایه آن عدم تعادل جسمی و روانی و سپس با ایجاد اثرات تخریبی موجبات کاهش انگیزه، کاهش اعتماد به نفس، عدم رضایت شغلی و در نهایت کناره‌گیری از حرفه پرستاری را به دنبال داشته باشد (طهماسبی و همکارانش، ۱۳۹۲، ص. ۴۰).

مطالعات متعددی در خارج از کشور موضوع پذیرش نقش و گذر به نقش حرفه‌ای را در مقاطع زمانی مختلف مورد توجه قرار داده‌اند. براساس نتایج این مطالعات، عدم آمادگی کافی در نقش بالینی، ضعف در مهارت‌های مدیریتی، مشکلات مربوط به مراقبت از بیماران در حال مرگ و ضعف در مهارت‌های عملی به‌عنوان مشکلات عمده پرستاران تازه‌کار در شروع کار گزارش شده است (عابدی و دیگران، ۱۳۸۳، ص. ۷۰). در پژوهشی (گودینز<sup>۱</sup> و دیگران، ۱۹۹۹، ص. ۹۷)، ضمن معرفی سه ماه اول ورود به محیط کار، به‌عنوان یکی از استرس‌زاترین مراحل در طول دوره شغلی پرستاری، دریافتند که در جریان اولین سال بعد از دانش‌آموختگی و ورود به محیط کار بالینی، بین ۳۵ تا ۶۵ درصد پرستاران، محل کار خود را تغییر می‌دهند. این میزان قابل توجه در تغییر محل کار در بین پرستاران تازه‌کار، نه فقط اثرات نامطلوبی بر خود پرستاران از نظر شخصیتی و حرفه‌ای خواهد داشت، بلکه هزینه هنگفتی را بر سازمان‌های استخدام‌کننده آن‌ها تحمیل خواهد کرد. در مجموع می‌توان گفت هدف این پژوهش تبیین تجارب پرستاران از فرایند پذیرش نقش پرستاری و عوامل تسهیل‌گر و ممانعت‌کننده از آن و ورود به محیط کار است.

## ۱.۱. دانستی‌های موجود

تناسب شغل با انتظارات هر فردی در شغلش یکی از مواردیست که در افزایش بهره‌وری و بازدهی شغلی تأثیرگذار است. در نتیجه تعارض یا تضاد شغلی یکی از متغیرهای سازمانی است که تأثیر منفی در بازدهی شغلی فرد خواهد داشت. «علل مختلفی منجر به بروز تعارض می‌شوند: مشکلات فردی و شخصیتی، نارسایی سیستم، ارتباطات سازمانی، مشکلات مربوط به ساختار سازمانی، کمبود منابع و امکانات و مدیریت ضعیف. از همین روی اشاره‌ای گذرا به نظریه نقش‌ها می‌شود» (امانی و دیگران، ۱۳۹۱، ص. ۱).

## نظریه نقش

دو رهیافت اصلی در نظریه نقش وجود دارد. «رهیافت نخست، توصیفی ساختاری از نقش‌های واقع در نظام اجتماعی به دست می‌دهد و آن‌ها را خوشه‌های نهادی شده حقوق و تکالیف هنجاری میداند. رالف لیتون و تالکوت پارسنز را می‌توان دو صاحب نظر اصلی در این رهیافت به‌شمار آورد. رهیافت دوم، محتوای اجتماعی روان‌شناختی بیشتری دارد و بر جریان‌های فعال مربوط به ایجاد، بر عهده‌گرفتن و ایفای نقش‌ها تأکید دارد. این رهیافت برگرفته از سنت‌های کنش متقابل نمادین و نظریه نمایشی گافمن است.» (ایمانی، ۱۳۸۶، ص. ۳۰)

از آنجا که تحقیق حاضر پژوهشی کیفی است و بر مبنای نظریه برخاسته از داده‌ها یا گراند تئوری انجام گرفته لازم است این نظریه اجمالاً مورد بررسی قرار گیرد. این نظریه در سال ۱۹۶۷ توسط بارنی جی. گلیزر و آنسلم ال. استراوس<sup>۱</sup> هنگام مطالعه بر روی داده‌های بیماران در حال مرگ شکل گرفت و با انتشار کتاب آن‌ها با عنوان کشف گراند تئوری معرفی شد.

در باب این نظریه که همزمان می‌توان به‌عنوان یک روش از آن یاد کرد تعابیر و تعاریف مختلفی یاد شده است. گلیزر و استراوس که واضعان این تئوری به‌شمار می‌آیند بر این

1. Glaser, B G & ,Strauss

باورند که این روش یک روش تحلیل تطبیقی مداوم، مبتنی بر اندیشه امکان شکل‌گیری نظریه علوم اجتماعی بر پایه اطلاعات نظام‌مند برگرفته از زمینه اجتماعی؛ روش منظم و منطقی برای گردآوری و تحلیل داده‌ها و به‌دست آوردن یک چارچوب نظری از طریق آنهاست.

استراوس (۱۹۶۷) در تعریف دیگری که به‌همراه کرین ارائه می‌کنند می‌گویند: این روش نوعی پژوهش کیفی است که مجموعه منظمی از تکنیک‌های کیفی را برای دستیابی به نظریه‌ای در مورد یک پدیده به شیوه استقرایی مورد استفاده قرار می‌دهد. گراند تئوری، یک روش تحقیق کیفی برای تولید نظریه است. این نظریه برگرفته از داده‌هایی است که در طی فرایند پژوهش به‌صورت روشمند (نظام‌مند) گردآوری و تحلیل شده‌اند.

در همین راستا تعریفی که ازل بی‌ارائه می‌کند به روشن‌شدن تعاریف فوق کمک می‌کند. به نظر او برخلاف رهیافت قیاسی که با نظریه‌ای کلی شروع می‌شود و از فرضیه‌هایی برای آزمون تجربی سرچشمه می‌گیرد، گراند تئوری کار خود را با مشاهده شروع می‌کند و سپس الگوها، مضامین یا مقوله‌های عام را پیش می‌نهد. سخن فوق‌بدان معنی نیست که محقق اندیشه یا انتظارات پیش‌پنداشته ندارد؛ بلکه به این معناست که دانش پیشین کاوش جدید را برای رسیدن به کلیت‌ها شکل می‌دهد. اما تحلیل برای رد یا قبول فرضیه‌های خاص صورت نمی‌گیرد.

در نهایت کراسول هدف گراند تئوری را کشف نظریه می‌داند به عقیده او این روش بر این موضوع تمرکز دارد که چگونه تعامل افراد تحت مطالعه قرار گیرد. در گراند تئوری، روابط قابل قبولی بین یک مفهوم و مجموعه‌ای از مفاهیم برقرار می‌شود. تحلیل داده‌ها نظام‌مند است و از اولین جایی که داده‌ها در دسترس قرار دارند شروع می‌شود.

### روند تحلیل داده‌ها در پژوهش گراند تئوری

افزایش بصیرت و درک پدیده بر اثر کارکردن با داده‌ها. این امر بر اثر گردآوری اطلاعات، سوال کردن درباره آن‌ها، انجام مقایسه‌ها، فکر کردن درباره دیده‌ها و شنیده‌ها، ساختن فرضیه، ایجاد چارچوب‌های نظری کوچک (چارچوب خرد) صورت می‌گیرد. محقق از اطلاعات به دست آمده در فرایند تحلیل استفاده می‌کند و نگاهی دوباره به داده‌ها می‌افکند. اغلب ایده یا بصیرتی به ایجاد ایده یا بصیرتی دیگر می‌انجامد و ما را به سوی نگاهی دقیق‌تر به داده‌ها، دادن معنی به کلماتی که به نظر می‌رسید معنایی ندارند و جستجو در شرایطی که بتواند این اتفاقات را توضیح دهد، رهبری می‌کند. به این طریق حساسیت نسبت به مفاهیم، معانی آن‌ها و روابط آن‌ها افزایش می‌یابد. همزمانی مراحل گردآوری و تجزیه و تحلیل داده همدیگر را تقویت و شناخت را نسبت به ویژگی‌ها و ابعاد نظریه در حال ظهور، افزایش می‌دهد.

### ۲. روش تحقیق

این پژوهش یک مطالعه کیفی از نوع روش گراند تئوری یا نظریه بنیادی است که با هدف تبیین تجارب پرستاران تازه کار در خصوص فرایند پذیرش نقش پرستاری انجام شده است. سوال اصلی پژوهش این است که پرستاران چگونه فرایند پذیرش نقش پرستاری را بیان می‌کنند؟

اصولاً تحقیقات کیفی هنگامی صورت می‌گیرد که محقق بخواهد نگاهی عمیق‌تر به موضوع بیندازد. اصطلاح تحقیق کیفی به چندین روش جمع‌آوری داده‌ها اشاره دارد. «تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای بین راهبردهای تحقیق کیفی وجود دارد اما همه آن‌ها بر نزدیک شدن به داده‌ها تأکید دارند و بر این مفهوم استوارند که تجربه بهترین راه برای درک رفتار اجتماعی است. روش‌شناسی کیفی به محقق اجازه می‌دهد تا به داده‌ها نزدیک شود و

از آن طریق جنبه‌های تحلیلی و مفهومی خود را از داده‌ها به دست آورد» (دلاور، ۱۳۸۹، ص. ۳۰۸).

با توجه به ماهیت سوال پژوهش و اینکه هر یک از پرستاران تازه دانش‌آموخته، با توجه به خصوصیات و زمینه‌های منحصر به فرد خویش، دارای درک متفاوتی از تجربه مذکور می‌باشند، به نظر می‌رسد روش گراند تئوری، بهترین روش برای درک این تجارب و توصیف معنای آن از زبان شرکت‌کنندگان در مطالعه باشد.

جامعه پژوهش شامل ۱۲۲ نفر (۱۱۳ نفر رسمی و پیمانی و ۹ نفر طرحی) از پرستاران شاغل در بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان خلخال که دارای حداقل یک سال سابقه کار بوده و به عنوان پرستار در بیمارستان مشغول به کار هستند، می‌باشد. تعداد شرکت‌کنندگان در مطالعات کیفی از ابتدا قابل پیش‌بینی نیست. حجم نمونه توسط داده‌های جمع‌آوری شده و تحلیل آن‌ها مشخص می‌شود. نمونه‌گیری ادامه می‌یابد تا داده‌ها به اشباع برسد. بدین ترتیب از ۱۵ نفر از پرستاران بیمارستان، براساس معیار رسیدن به اشباع اطلاعاتی، مصاحبه به عمل آمد. در این پژوهش، مشارکت‌کنندگان ابتدا به صورت هدفمند و در ادامه با توجه به تحلیل مقایسه‌ای مداوم داده‌ها، پدیدارشدن طبقات مفهومی در طی تحلیل داده‌ها و مبتنی بر نیاز به مطالعه به صورت نظری انتخاب شدند. فرایند انتخاب مشارکت‌کنندگان تا زمان اشباع مفهومی و نظری ادامه یافت. بدین صورت که محقق بعد از انجام هر مصاحبه، داده‌ها را یادداشت می‌نمود و با داده‌های مصاحبه قبلی مقایسه می‌کرد. سپس داده‌های مشابه را با یکدیگر ادغام و آن‌ها را در یک گروه جای می‌داد و برای هر طبقه نامی که معرف کدهای قرار گرفته شده در آن طبقه قرار داشت انتخاب می‌نمود. این روند در مصاحبه‌های بعدی نیز تکرار شد و کدهای ظاهر شده در هر مصاحبه با کدهای همان مصاحبه و مصاحبه قبلی مقایسه و در صورت تشابه، در طبقات از قبل شکل گرفته شده و در صورت عدم تشابه در طبقه جدیدی قرار داده می‌شد. محقق همچنین در این حین با ظهور طبقات مفهومی، جهت تأیید دقیق‌تر یافته‌ها، آن را با چارچوب مفهومی پژوهش و نظریه زمینه‌ای در حال ظهور

مقایسه می‌کرد. به این ترتیب ۱۵ پرستار بیمارستان امام خمینی (ره) از بخش‌های مختلف این بیمارستان، مورد مصاحبه قرار گرفتند. برای این کار مصاحبه از نفر اول شروع شد سپس ادامه داده شد تا جایی که محقق متوجه شد که نفر شانزدهم و هفدهم همان جواب‌هایی را ارائه می‌دهند که مشارکت‌کنندگان قبلی به آن‌ها اشاره کرده بودند و نکته جدیدی در اظهارات آن‌ها وجود ندارد، در اینجا بود که مصاحبه‌ها متوقف شد چرا که به حد اشباع رسیده بودند.

در این مطالعه از روش‌های مشاهده مستقیم، بررسی اسناد و مدارک (بررسی پیشینه پژوهش، نظریه‌های جامعه‌شناسی به‌ویژه تفسیرگرایی اجتماعی و کنش متقابل نمادین) و مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته (به‌عنوان روش اصلی جمع‌آوری اطلاعات) نیز جهت گردآوری اطلاعات استفاده شده است. فرایند انجام مصاحبه بدین ترتیب بود که پس از شناسایی پرستاران واجد شرایط شرکت در پژوهش، ابتدا توضیحاتی پیرامون طرح پژوهش و اهداف آن به‌هریک از نمونه‌ها به‌طور جداگانه ارائه شد و از آن‌ها برای شرکت در پژوهش دعوت به‌عمل آمد. پس از موافقت شرکت‌کنندگان برای همکاری، در خصوص زمان و محل انجام مصاحبه، توافق به‌عمل می‌آمد. در این مورد، نظر شرکت‌کنندگان در پژوهش از اهمیت بیشتری برخوردار بود. در این پژوهش، برای محافظت از حقوق شرکت‌کننده‌ها، کسب رضایت آگاهانه، حفظ بی‌نامی، محرمانه‌بودن اطلاعات و برخورداری از حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان از جمله ملاحظات اخلاقی لحاظ شده در پژوهش بود.

همه مصاحبه‌ها به‌جز چند مورد در محل کار پرستاران انجام گرفت. برای شروع مصاحبه و به منظور رسیدن به درکی جامع از دیدگاه شرکت‌کنندگان در مورد فرایند پذیرش نقش پرستاری، از هر یک از آنان خواسته می‌شد تا تجارب خود را از فرایند پذیرش نقش پرستاری توصیف نمایند سوال‌های بعدی با توجه به توصیف‌های ارائه شده توسط پرستار و به منظور عمق‌بخشیدن به آن‌ها پرسیده می‌شد.

در مجموع انجام مصاحبه از شرکت کنندگان ۳۲ روز به طول انجامید. مصاحبه با هر شرکت کننده در طی یکی دو جلسه و در محیطی آرام صورت گرفت. طول مدت جلسات مصاحبه بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه متغیر بود. در دو مصاحبه آخر هیچ کد جدیدی استخراج نگردید و نمونه گیری متوقف شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از سه نوع کدگذاری باز، محوری و انتخابی، مطابق با روش اشتراوس و کوربین شده است. جهت کدگذاری باز بعد از بازنویسی هر مصاحبه، متن مصاحبه یکی دو بار مرور شد. در این مرحله محقق در صدد بود دریابد شرکت کننده در کل چه چیزی را بیان داشته است و وجه تفاوت و یا شباهت این مصاحبه با مصاحبه قبلی چه بوده است. برای نام‌گذاری کدها ترجیح داده شد از عین کلمات شرکت کننده‌ها استفاده شود. پس از استخراج کدهای اولیه محقق ضمن مقایسه هر کد با کد قبلی، کدهای مشابه را با یکدیگر ادغام و آن‌ها را در یک گروه جای داد و برای هر طبقه نامی که معرف کدهای قرار گرفته شده در آن طبقه بود انتخاب نمود. این روند در مصاحبه‌های بعدی نیز تکرار شد و کدهای ظاهر شده در هر مصاحبه با کدهای همان مصاحبه و مصاحبه قبلی مقایسه و در صورت تشابه، در طبقات از قبل شکل گرفته شده و در صورت عدم تشابه در طبقه جدیدی قرار داده شد. با شناسایی اولین طبقات در طی تحلیل چند مصاحبه اول، محقق کدگذاری محوری را به شکل همزمان با کدگذاری باز انجام داد. در کدگذاری محوری، محقق درصدد یافتن رابطه موجود میان طبقات و ربطدادن طبقات فرعی با طبقات اصلی و کسب ویژگی‌های هر طبقه بود. آنگاه کدگذاری انتخابی انجام و متغیر اصلی مشخص گردید. در این مرحله، محقق ضمن تمرکز بر فرآیندی که در داده‌ها نهفته بود، توجه خود را به این امر معطوف نمود که کدام مقوله یا متغیر است که بیش از همه در داده‌ها تکرار شده و قادر است سایر متغیرها را به یکدیگر ارتباط دهد. جهت صحت داده‌ها از روش‌های مرسوم مطالعات کیفی استفاده شد. در این پژوهش، برای کسب اعتبار، از روش‌های؛ مرور و کنترل و بازبینی مشارکت کنندگان (داده‌های به دست آمده از مشارکت کنندگان به آنان بازگردانده و صحت کدهای استخراجی، مورد بازنگری قرار گرفت).

برای قابلیت اعتماد داده‌ها از حسابرسی پژوهش (از نظرات تکمیلی همکاران برای تطبیق و اطمینان از هم‌خوانی مراحل مختلف کدگذاری، مفهوم‌سازی، استخراج مقولات و طبقات با اظهارات شرکت‌کنندگان) استفاده شد. برای قابلیت انتقال پژوهش تلاش بر آن بود که با توصیف‌های مبسوط زمینه برای قضاوت و ارزیابی دیگران در مورد قابلیت انتقال یافته‌ها فراهم شود. همچنین توصیف کامل تجربیات پرستاران از فرایند پذیرش نقش پرستاری به انتقال‌پذیری داده‌ها کمک می‌کند. در ضمن، انتخاب نمونه‌ها از بخش‌های مختلف بیمارستان صورت گرفت تا به قابلیت انتقال داده‌ها کمک کند. در این پژوهش، برای محافظت از حقوق شرکت‌کننده‌ها، کسب رضایت آگاهانه، حفظ بی‌نامی، محرمانه‌بودن اطلاعات و برخورداری از حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان از جمله ملاحظه‌های اخلاقی لحاظ شده در پژوهش بود.

در این پژوهش، برای کسب اعتبار، از مرور و کنترل و بازبینی مشارکت‌کنندگان (داده‌های به‌دست‌آمده از مشارکت‌کنندگان به آنان بازگردانده و صحت کدهای استخراجی، مورد بازنگری قرار گرفت). اعتبار پژوهشگر، بررسی طولانی و مشاهده مداوم، مقایسه‌های تحلیلی (رجوع به داده‌های خام و مقایسه و ارزیابی آن‌ها با ساخت‌بندی نظریه) استفاده شده است. برای قابلیت اعتماد داده‌ها از حسابرسی پژوهش (از نظرات تکمیلی همکاران برای تطبیق و اطمینان از هم‌خوانی مراحل مختلف کدگذاری، مفهوم‌سازی، استخراج مقولات و طبقات با اظهارات شرکت‌کنندگان) استفاده شد. برای قابلیت انتقال پژوهش تلاش بر آن بود که با توصیف‌های مبسوط زمینه برای قضاوت و ارزیابی دیگران در مورد قابلیت انتقال یافته‌ها فراهم شود. همچنین توصیف کامل تجربیات پرستاران از فرایند پذیرش نقش پرستاری به انتقال‌پذیری داده‌ها کمک می‌کند. در ضمن، انتخاب نمونه‌ها از بخش‌های مختلف بیمارستان صورت گرفت تا به قابلیت انتقال داده‌ها کمک کند.

## ارکان بنیادی گراند تئوری

### مفاهیم

مفاهیم واحدهای بنیادی تحلیل هستند؛ برچسب‌های ذهنی جداگانه‌ای که ما به وقایع، حوادث و دیگر موارد و پدیده‌ها نسبت می‌دهیم. کربین و استراوس: تئوری نمی‌تواند براساس رویدادها یا فعالیت‌های واقعی آن‌طور که مشاهده یا گزارش می‌شوند ساخته شوند. بلکه از طریق مفهوم‌سازی داده‌های تجربی مربوط به این رویدادها شکل می‌گیرد. در ساخت نظریه، رویدادها و حوادث به‌عنوان شاخص‌های بالقوه پدیده‌ها در نظر گرفته می‌شوند که می‌توان براساس آن‌ها به پدیده‌ها عناوین مفهومی داد.

### مقولات

مقولات از دسته‌بندی مفاهیم ساخته می‌شوند و نسبت به آن چه مفاهیم نشان می‌دهند انتزاعی تراند. ترکیب یا کنارهم قرار دادن چند مفهوم، تشکیل یک مقوله می‌دهند و برای شکل‌گیری، همان فرایند تحلیلی و مقایسه‌ای ساخت مفاهیم را طی می‌کنند. مقولات، شالوده تدوین تئوری هستند. البته همه مقوله‌ها از اهمیت یکسانی برخوردار نیستند و عمق بررسی همه آن‌ها نیز نباید مشابه باشد. مقولات اصلی، یعنی مقولاتی که بیشترین قدرت تبیین را دارند، باید تا حد ممکن اشباع نظری لازم را کسب کنند. زمانی یک مقوله اشباع نظری لازم را کسب می‌کند که در مواجهه با داده‌های جدید چیزی به آن افزوده نشود.

### قضایا

قضایا بیانگر روابط مفهومی تعمیم‌یافته بین یک مقوله و مفاهیم آن و بین مقوله‌های معین است. گلنزر و استراوس در ابتدا عنصر سوم را فرضیه نامیدند. واژه قضیه مناسب‌تر است زیرا قضیه متضمن روابط مفهومی است در حالی که فرضیه مستلزم روابط سنجش‌پذیر است. در گراند تئوری، محقق به‌جای آزمون روابط بین متغیرها، بر آن است که مقولات و روابط بین آن‌ها را کشف کند و آن‌ها را به شکلی جدید (نه به شکل معمول شناخته شده) به هم ربط دهد.

### مراحل گراند تئوری

برای تدوین گراند تئوری ۵ مرحله تحلیلی (و نه الزاماً متوالی) وجود دارد:

۱. تدوین طرح تحقیق ۲. گردآوری داده‌ها ۳. تنظیم داده‌ها ۴. تحلیل داده‌ها ۵. مقایسه با متون.

درون این مراحل، ۹ گام دنبال می‌شود.

#### ۱. تدوین طرح تحقیق

طرح تحقیق: طراحی پیکربندی کلی یک تحقیق است. تعیین اینکه چه اطلاعاتی از کجا و به چه میزان باید برای ارائه پاسخ‌های مناسب به سؤال اصلی پژوهش گردآوری و تفسیر شود.

#### گام اول: مرور متون تخصصی و طراحی سؤال تحقیق

تعیین سؤال تحقیق تلاش‌ها را متمرکز، پراکندگی را محدود و روایی بیرونی را تقویت می‌کند.

#### گام دوم: انتخاب ویژگی‌های کلی موردها

این گام تلاش‌ها را بر موردهایی که از لحاظ نظری مفید هستند متمرکز می‌کند (نظیر موردهایی که به شکل‌گیری، آزمون و بسط تئوری کمک می‌کنند).

#### ۲. گردآوری داده‌ها

#### گام سوم: تدوین دستورالعمل (طرح) گردآوری داده‌ها

استفاده از شیوه‌های چندگانه جمع‌آوری داده‌ها، زمینه‌ساز تکثر مدارک و شواهد و در نتیجه تقویت‌کننده غنای نظری گراند تئوری و افزایش دهنده روایی درونی و بیرونی آن می‌شود.

### گام چهارم: ورود به میدان تحقیق (گردآوری داده‌های کمی و کیفی)

گردآوری و تحلیل داده‌ها به صورت همزمان صورت می‌گیرد. بهره‌گیری از شیوه‌های منعطف و فرصت‌طلبانه گردآوری داده‌ها، دیدگاه هم‌افزا از مدارک و شواهد را ایجاد می‌کند، تحلیل را سرعت می‌بخشد و قضاوت‌های مفید را نسبت به گردآوری داده‌ها را آشکار می‌سازد. آیزنهارت این نوع انعطاف‌پذیری را «فرصت‌طلبی کنترل‌شده» می‌نامد هم‌زمانی گردآوری و تحلیل داده‌ها اجازه می‌دهد فرایند گردآوری در پرتو یافته‌های در حال ظهور اصلاح و بازنگری شود.

### ۳. تنظیم داده‌ها

#### گام پنجم: پیاده‌سازی داده‌ها و ضمیمه کردن یادداشت‌های میدانی به آن

در این مرحله، محقق اطلاعات گردآوری شده از مورد نخست را به صورت کامل پیاده و یادداشت‌های حاصل از مشاهدات میدانی، را ضمیمه آن‌ها می‌کند.

### ۴. تحلیل داده‌ها

#### گام ششم: آغاز فرایند تحلیل، با تحلیل داده‌های مربوط به مورد نخست

(استفاده از کدگذاری باز، محوری و گزینشی) تدوین مفاهیم، مقولات و قضایا، ایجاد پیوند بین یک مقوله و مقوله‌های فرعی آن، تلفیق مقولات برای تدوین چارچوب نظری. در گرداندن تئوری، گردآوری و تحلیل اطلاعات، دو فرایند پیوسته و در هم تنیده‌اند و چون تحلیل اطلاعات روند نمونه‌گیری را تعیین می‌کند، باید این دو به طور متناوب صورت گیرند.

#### گام هفتم: نمونه‌گیری نظری

به فرایند گردآوری داده‌ها برای نظریه‌پردازی، نمونه‌گیری نظری اطلاق می‌شود. از طریق نمونه‌گیری نظری تحلیل‌گر به طور هم‌زمان داده‌هایش را گردآوری و کدگذاری و تحلیل

می‌کند و تصمیم می‌گیرد که در مرحله بعدی چه داده‌هایی را و از کجا گردآوری کند، تا بدین وسیله نظریه شکل گیرد. (اگر اشباع نظری صورت نگرفت به مرحله ۲ برمی‌گردیم)

#### گام هشتم: پایان فرایند (اشباع نظری)

فرایند دست‌یابی به گراند تئوری هم نظامند و دقیق و هم خلاقانه است و با گردآوری، کدگذاری و تجزیه و تحلیل همزمان داده‌ها از هنگام اولین مصاحبه و یا اولین مشاهده آغاز می‌شود. این فرایند «تحلیل تطبیقی مستمر» نام دارد. بدین معنا که هر مصاحبه یا یادداشت میدانی، قبل از انجام مشاهده یا مصاحبه بعدی، کدگذاری و تحلیل می‌شود. لازمه تجزیه و تحلیل، غوطه‌ور شدن محقق در اطلاعات است که به موازات غوطه‌ور شدن محقق در داده‌ها، به جملات و مفاهیم اصلی آن دست می‌یابد. تناوب در روش‌های کدگذاری و تغییر و تبدیل یافته‌ها، حتی تا زمان نگارش متن نهایی گزارش ادامه می‌یابد.

#### ۵. مقایسه متون

##### گام نهم: مقایسه تئوری در حال ظهور با متون موجود

به نظر ایزنهارت مقایسه تئوری حاصل با پیشینه موجود، روایی و غنای نظری گراند تئوری را افزایش می‌دهد، چون یافته‌ها اغلب بر داده‌های به‌دست‌آمده از تعداد بسیار محدودی از موردها متکی است مقایسه با چارچوب‌های متضاد، مقایسه با چارچوب‌های مشابه، همچنین تعیین قلمرویی که یافته‌های پژوهش می‌تواند در آن تعمیم داده شود، روایی را افزایش می‌دهد.

#### ۳. یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان ابتدا به صورت هدفمند و در ادامه با توجه به تحلیل مقایسه‌ای مداوم داده‌ها، پدیدارشدن طبقات مفهومی در طی تحلیل داده‌ها و مبتنی بر نیاز به پژوهش به صورت نظری انتخاب شدند. فرایند انتخاب مشارکت‌کنندگان تا زمان اشباع مفهومی و نظری ادامه یافت. از ۱۵ پرستار شرکت‌کننده در این پژوهش، ۴ نفر از بخش نوزادان بیمارستان، ۲ نفر از

بخش داخلی، ۴ نفر از بخش مراقبت‌های سیستم تنفسی بیمار، ۴ نفر از بخش مراقبت‌های ویژه قلب و یک نفر هم از بخش دیالیز بودند. میانگین سنی و سابقه کار آنان به ترتیب ۲۷/۷ و ۴ سال بود. شیفت کاری همه شرکت‌کنندگان به جز یک نفر به صورت گردشگری بود. همه شرکت‌کنندگان زن و مدرک تحصیلی آنان کارشناسی پرستاری بود.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیتی اجتماعی مشارکت‌کنندگان

مشارکت‌کننده	بخش	سن	سابقه	طرحی	پیمانی
۱	نوزادان	۳۲	۹	*	
۲	نوزادان	۲۷	۳	*	
۳	نوزادان	۲۵	۰	*	
۴	نوزادان	۲۸	۵	*	
۵	داخلی	۲۷	۳	*	
۶	داخلی	۲۶	۳	*	
۷	تنفسی	۲۵	۰	*	
۸	تنفسی	۲۹	۶	*	
۹	تنفسی	۲۷	۳	*	
۱۰	تنفسی	۲۶	۲	*	
۱۱	قلب	۲۸	۴	*	
۱۲	قلب	۲۷	۳	*	
۱۳	قلب	۳۰	۷	*	
۱۴	قلب	۳۱	۸	*	
۱۵	دیالیز	۲۷	۲	*	

تحلیل مصاحبه‌های شرکت‌کنندگان پیرامون تجارب پرستاران در مورد فرایند پذیرش نقش پرستاری، منجر به استخراج چهار مقوله در قالب چهار مرحله، شامل انگیزش، انسداد، بازاندیشی و اصلاح نقش و سازگاری شد. در زیر به هر یک از این مراحل پرداخته می‌شود:

**الف. انگیزش:** یکی از مفاهیم محوری که از داده‌ها استخراج شد و اکثر شرکت‌کنندگان آن را به‌عنوان اولین مرحله فرایند پذیرش نقش پرستاری عنوان کرده بودند، مقوله انگیزش می‌باشد. انگیزه و علاقه‌مندی به حرفه، نه در پذیرش نقش (پرستاری) با اهمیت است.

مشارکت‌کننده ۳: «کارم را با اشتیاق و علاقه به این حرفه شروع کردم»

**ب. انسداد:** یکی دیگر از مفاهیم محوری که از داده‌ها استخراج شد و همه شرکت‌کنندگان آن را تجربه کرده بودند، مقوله انسداد به‌عنوان دومین مرحله از فرایند پذیرش نقش پرستاری بود. از دید مید، انسداد شرطی است که توسط آن تکمیل یک انگیزش به تعویق افتاده یا از آن جلوگیری می‌شود. مشارکت‌کننده شماره ۵: «روز اول کاری که در بخش نوزادان شروع به کار کردم، آنقدر ترس داشتم که شب آن روز فقط گریه می‌کردم که چه‌طور می‌توانم از یک نوزاد رگ بگیرم و به یک موجود ضعیف و در عین حال دوست‌داشتنی و فرشته خدا روی زمین سرم وصل کنم».

**ج. بازاندیشی و اصلاح نقش:** این مرحله را پرستاران سومین مرحله از فرایند پذیرش نقش پرستاری عنوان کرده بودند. در این مرحله است که کنشگران پس از بروز انسداد در عملکردهایشان، آن را از لحاظ ذهنی دست‌کاری کرده و از میان بدیل‌های گوناگون یک کنش، یک خط‌آشکار کنش را بروز می‌دهند. نمونه زیر به این درون‌مایه اشاره دارد:

مشارکت‌کننده ۳: «کمی استرس داشتم که با تعامل بیشتر با همکاران بخش رفع شد».

**د. سازگاری:** این مرحله از عمل به سادگی بر تکمیل یک عمل (پذیرش نقش حرفه‌ای) از طریق رفع بی‌تعادلی بین یک ارگانیسم و محیط‌اش، دلالت می‌کند. پرستاران جوان در طی این فرایند با نقش‌ها و مسؤولیت‌های جدید سازگاری پیدا می‌کنند و به تفاوت بین آشناسازی‌های نظری محیط‌های آموزشی و انتظارات و واقعیات محیط‌های کاری آگاه می‌شوند. نمونه‌ای زیر این درون‌مایه را توصیف می‌نماید:

مشارکت‌کننده ۶: «نگرش و نگاه مردم و پزشکان نسبت به پرستاری عوض شده تا جایی که خیلی از پرستاران در حدود نحوه درمان بیمار با پزشک معالج مشورت کرده و از نظرات آن‌ها استفاده می‌نمایند تا جایی که پرستار به‌عنوان عضوی از پروسه درمانی قرار می‌گیرد». در جدول یک درون‌مایه‌های اصلی فرایند پذیرش نقش پرستاری و درون‌مایه‌های فرعی توصیف‌کننده هریک از این مفاهیم آمده است:

جدول ۲. فرایند پذیرش نقش پرستاری

تعداد کدها	کدگذاری باز	کدگذاری محوری	کدگذاری انتخابی
۷	علاقه مندی به حرفه پرستاری، انگیزه یافتن شغل آبرومند متناسب با نیازهای جامعه، ارتقای سطح سلامت جامعه، آگاهی کامل از نیازهای خود، آگاهی نیازهای بهداشتی خانواده، درآمد، کمک به هموعان.	انگیزش	
۱۹	بی‌خوابی در شیفت شب، تجربه استرس، استرس در مواجهه با بیماران بد حال، مشکلات عاطفی در برخورد با بیماران در حال مرگ و فوت شده، نداشتن اطلاعات علمی کافی، تمسخر پرستاران باتجربه، ترس از محیط کار، پرخاشگری همراهان بیماران بد حال و فوت شده، تردید در تصمیم‌گیری و عدم اعتماد به نفس، شیفت در گردش کاری، دستمزد پایین نسبت به مراقبت‌های طاقت‌فرسا، نداشتن امنیت شغلی، عدم حمایت تدارکاتی سازمان، دوری از خانواده به خصوص در ایام خاص، تجربه اضطراب، تجربه ناکافی، انتظارات و توقعات بیش از توان همکاران از پرستاران تازه دانش‌آموخته، عدم همخوانی هنجارهای بیمارستان با انتظارات پرستاران، نداشتن مهارت‌های عملی کافی، عدم همخوانی آموخته‌های محیط آموزشی با محیط بالینی.	انسداد	فرایند پذیرش نقش پرستاری
۱۲	تعامل با گروه‌های راهنمایی (همکاران، سرپرستان، پرستاران با سابقه)، مشورت با پزشکان، حمایت خانواده و همسر، مطالعه در زمینه حرفه‌ای و بیماری‌های مربوط به آن بخش، ارتباط موثرتر با بیماران و همراهان او، افزایش صبر و حوصله در انجام کار پرستاری، تفکر و تأمل در عملکرد حرفه‌ای و مهارت‌ها، یادگیری هنجارها و مقررات بیمارستان، تفکر در موقعیت شغلی، یادآوری مجدد زیبایی‌های معنوی کار پرستاری، مطالعه در زمینه حرفه شریف پرستاری و فداکاری‌ها و رشادت‌های حضرت زینب(س)، همکاری و مشارکت با پرستاران دیگر.	بازاندیشی و اصلاح نقش	

## ادامه جدول ۲

کدها	عداد	کدگذاری محوری	کدگذاری انتخابی
۱۰		سازگاری	
		سازگاری با نقش‌ها و مسئولیت‌های جدید، درونی شدن هنجارهای بیمارستان، اجرای نقش بالینی، انطباق با انتظارات همکاران، مشارکت و همکاری با تیم پزشکی، حرفه‌ای عمل کردن، عضوی از پروسه درمان شدن، احساسات مثبت به حرفه، عادت کردن به محیط کار، ارتباط موثر با بیماران.	

## ۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مقاله، تبیین فرایند پذیرش نقش پرستاری از دیدگاه پرستاران بود. تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های شرکت‌کنندگان پیرامون تجارب پرستاران در مورد فرایند پذیرش نقش پرستاری، منجر به استخراج چهار درون‌مایه در قالب چهار مرحله پذیرش نقش پرستاری، شامل: انگیزش، انسداد، بازاندیشی و اصلاح نقش و سازگاری گردید.

بررسی و مقایسه کلی یافته‌های فوق پیرامون فرایند پذیرش نقش پرستاری با نتایج سایر مطالعات کمتر مشابه، وجود تشابهات و تفاوت‌هایی را بین تجارب شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر و سایر مطالعات نشان می‌دهد. دین‌محمدی و همکاران (۱۳۸۹) در تحلیل مفهوم اجتماعی شدن حرفه‌ای در پرستاران با استفاده از رویکرد تکاملی راجرز، ویژگی‌های مهم مفهوم اجتماعی شدن را یادگیری، تعامل، تکامل و سازگاری معرفی می‌نمایند. از دید آنان اجتماعی شدن حرفه‌ای فرایند اساسی یادگیری مهارت‌ها، نگرش‌ها، و رفتارهای ضروری برای ایفای نقش‌های حرفه‌ای می‌باشد نتایج تحلیل آنان نشان داد که بر خلاف دیدگاه موجود، اجتماعی شدن حرفه‌ای در آنان، نه تنها فرآیندی غیرفعال و انفعالی نیست، بلکه پویا و در حال تغییر است. پرستاران در هر نقطه از مسیر حرفه‌ای خود به طریقی که شرایط و نقش آن‌ها اقتضا می‌کند، تغییر می‌کنند و این تغییر بستگی به تجارب گذشته، نوع و شکل

تمهیدات آموزشی، فرصت‌های بازاندیشی بر عملکرد، باورها و ارزش‌های حاصل از مسیر حرفه‌ای آن‌ها دارد. رفیعی و سجادی هزاوه (۱۳۹۱) در تحلیل مفهوم گذر، این فرایند را دارای پنج خصوصیت اساسی و جهانی، شامل: فرآیند، انفصال، درک فردی، آگاهی و الگوهای پاسخ انسانی معرفی کرده‌اند.

این درحالی است که در این مطالعات، پژوهشگران به مرحله انگیزش و انسداد- که چالش برانگیزترین مرحله فرایند پذیرش نقش پرستاری بوده و پرستاران در این مرحله احتمال بیشتری دارد که این حرفه را ترک کنند- توجه چندانی نشان نداده‌اند. براساس مفهوم‌ها و مقوله‌های به‌دست‌آمده و از برقراری رابطه بین آن‌ها با محوریت مقوله مرکزی می‌توان نظریه زمینه محور به‌دست‌آمده از دل داده‌ها را ارائه کرد. این نظریه به‌صورت داستان ارائه می‌شود و نشان‌دهنده روابط مقولات با یکدیگر است. روایت ارائه‌دهنده این نظریه به شرح زیر است:

پذیرش نقش پرستاری، فرآیندی است که حرکت از یک حالت متعادل و عبور از حالت بی‌ثبات و کسب حالت متعادل جدید را در برمی‌گیرد و حداقل دو بعد (پرستار و محیط) در رابطه با پرستاران تازه‌کار را در نظر می‌گیرد. یعنی شخص و محیط در این فرایند دخیل‌اند که هر دو (شخص و محیط) مفاهیم مرکزی در پرستاری هستند. این مراحل به‌طور کامل از هم جدا نیستند، زیرا اغلب با یکدیگر می‌آمیزند ولی مراحل متمایزی را که مستلزم توانایی رفتاری متفاوت می‌باشند، تشکیل می‌دهند. پذیرش نقش، یک پدیده فرایند محور است که افراد را در پاسخ به تغییر درگیر می‌کند. همچنین این فرایند به‌عنوان تجربه استرس‌آور، دوره‌ای از استرس، تردید و ترس، پر از کشمکش، فرایندی در پاسخ به تغییر، شامل مجموعه پیچیده‌ای از پاسخ‌ها به نقش جدید که دارای ماهیتی نامرئی، پنهان، مشکل، چالش‌زا، سخت، فشارآور، پیچیده، دوره‌ای از عدم ثبات، آسیب‌پذیری و غیرقابل اجتناب است. این فرایند خصوصیات مثل تغییر و تفاوت و درگیر شدن را در بر می‌گیرد. از طرفی این فرآیند، شخصی است و از فردی به فرد دیگر متفاوت است. بعضی، این دوره را سریع و

برخی به کندی و با تحمل مشکلات و ناملایمات سپری می کنند. این دوره، پرستاران را درگیر بازسازی نقش های خود و ایجاد تغییراتی در ساختارهای شخصیتی می نماید. این تحلیل علاوه بر شناسایی خصوصیات فرایند پذیرش نقش؛ انگیزش، انسداد، بازاندیشی و اصلاح نقش و سازگاری، عوامل تسهیل کننده و موانع گذر موفق را آشکار نمود. پرستاران در فرایند پذیرش نقش پرستاری با توجه به عدم مهارت های عملی کافی، عدم هم خوانی محیط بیمارستان با انتظارات پرستاران، انتظارات و توقعات بیش از توان همکاران از پرستاران تازه دانش آموخته، عدم هم خوانی آموخته های محیط آموزشی با محیط بالینی، نیازهای جدیدی که پیامد شرایط کنونی است، به بسیاری از احساسات ناخوش آیند خصوصاً احساس ناامنی و عدم تعادل و انسداد دچار می شدند و از طریق تعامل با همکاران بخش، مشورت با پزشکان، جبران کمبود اطلاعات با مطالعه، تعامل با گروه های راهنمایی، تفکر و تأمل در زمینه حرفه ای و... به اصلاح نقش می پردازند و از طریق اصلاح و بازاندیشی در عملکردها و نقش هایشان، بی تعادلی را رفع و با محیط شان سازگار می شدند. عضوی از پروسه درمان می شوند، به اجرای نقش های بالینی می پردازند، هنجارهای بیمارستان و محیط کار را می پذیرند، با تیم پزشکی مشارکت و همکاری می کنند. بنابراین آگاهی از ویژگی های این فرایند، بیش از پیش منجر به ارتقای جایگاه، اهمیت و کاربرد این مفهوم در حرفه پرستاری و به خصوص برای پرستاران تازه کار می گردد و می تواند به عنوان ابزاری برای بررسی و تحقیق بیشتر و گسترش بدنه دانش موجود در این حرفه محسوب شود.

از دیگر یافته های قابل تأمل این پژوهش، تغییر نگاه به پدیده پذیرش نقش پرستاری و بررسی آن از منظری جدید می باشد. برخلاف دیدگاه مرسوم در ادبیات گذشته، پذیرش نقش پرستاری، دیگر یک فرایند خطی و غیرفعال تلقی نمی گردد، بلکه فرآیندی پویا و در حال تغییر است که پرستاران نیز به عنوان بازیگران اصلی آن، نقشی انفعالی ندارند و در هر نقطه از مسیر تکامل حرفه ای به اقتضای نقش حرفه ای شان قادر به تغییر می باشند. بنابراین، توجه جدی عوامل اجتماعی کننده (برنامه ریزان آموزشی، معلمان آموزشی و مربیان بالینی، کارکنان

پرستاری و همتایان) به این ویژگی فرایند پذیرش نقش پرستاری در تسهیل گذر دانش‌آموختگان جوان پرستاری، سازگاری آنان با نقش‌های حرفه‌ای و در نتیجه پذیرش نقش پرستاری موفقیت‌آمیز آنان نقش به‌سزایی خواهد داشت. همچنین، برای اینکه افراد در حرفه خود به‌طور مؤثر و موفقیت‌آمیز اجتماعی شوند، ارائه تمهیداتی نظیر برنامه‌های جامع آموزشی، بهره‌مندی از الگوهای نقشی شایسته، ساختارهای آموزشی و بالینی حمایت‌کننده، فراهم‌نمودن فرصت‌های کار در عرصه جهت کسب تجربه و ارائه بازخوردهای سازنده تعیین‌کننده می‌باشد.

در پرستاری نیز لازمه دستیابی به توسعه حرفه‌ای، ارائه مراقبت پرستاری کل‌نگر، کسب مهارت در حیطه‌های یادگیری شناختی، روانی حرکتی و به‌ویژه حیطه عاطفی می‌باشد. برای اینکه یادگیری آغاز شده از محیط‌های آموزشی رسمی به تکامل حرفه و اجتماعی شدن مؤثر بینجامد، لازم است از طرف نهادهای حرفه‌ای و خدماتی مورد حمایت و همراهی قرار گیرد (ویس و شانک، ۲۰۰۲، ص. ۲۷۴). بنابراین، با تبیین این فرایند، راه برای مداخلات جهت ارتقای وضع موجود هموار می‌شود. همچنین اطلاعات به‌دست‌آمده می‌تواند در ایجاد و توسعه ابزارهای بررسی این پدیده و ابعاد آن کمک‌کننده باشد.

نظر به اینکه این پژوهش اولین مطالعه انجام شده به روش کیفی در مورد فرایند پذیرش نقش پرستاری در بین پرستاران بوده و ماهیتی تفسیری دارد، پیشنهاد می‌گردد؛

۱. مطالعات مشابه دیگری توسط سایر محققین در این مورد انجام گیرد.
۲. بررسی تأثیر برنامه‌های توجیهی و حمایتی در شروع کار بر پذیرش نقش پرستاری پرستاری.
۳. بررسی تجارب سرپرستاران و پرسنل بخش‌های مراقبتی از میزان آمادگی دانش‌آموختگان پرستاری برای ورود به محیط کار.

۴. نظر به اینکه این پژوهش در بین پرستاران صورت گرفته و به تجارب پذیرش نقش حرفه‌ای آنان پرداخته، پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری از جمله: بررسی تجارب مربیان پرستاری از اجتماعی نمودن دانشجویان پرستاری صورت پذیرد.

#### کتابنامه

۱. ادیب حاج باقری، م.، و دیگران. (۱۳۸۲). تصمیم‌گیری بالینی: راهی برای توانمندسازی حرفه‌ای در پرستاری. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۳(۲)، ۳-۱۳.
۲. امانی، ا.، و دیگران. (۱۳۹۱). نقش رگه‌های شخصیت در تکوین تضاد شغلی کارمندان اداری آموزش و پرورش کردستان. *فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی* ۴(۱۳)، ۹-۲۶.
۳. ایمان، م. (۱۳۸۸). *مبانی پارادایمی روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم انسانی*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۴. ایمانی جاجرمی، ح. (۱۳۸۶). مروری بر نظریه نقش در جامعه‌شناسی. *رشد آموزش علوم اجتماعی*، ۴(۳)، ۲۸-۳۱.
۵. بلیکی، ن. (۱۳۸۹). *طراحی پژوهش‌های اجتماعی*. ترجمه حسن چاوشیان. تهران: نی.
۶. ترنر، ج. و بیگلی، آ. (۱۳۸۴). *پیداایش نظریه جامعه‌شناختی*. ترجمه عبدالعلی لهستانی‌زاده. شیراز: نوید شیراز.
۷. خضرلو، س.، و دیگران. (۱۳۹۱). بررسی میزان ایفای نقش‌های حرفه‌ای پرستاران در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۵(۴)، ۳۵۱-۳۴۶.
۸. دانایی‌فرد، ح.، و امامی، م. (۱۳۸۶). استراتژی‌های پژوهش کیفی: تأملی بر نظریه‌پردازی داده‌بنیاد. *اندیشه مدیریت*، ۱(۲)، ۶۹-۹۷.
۹. دلاور، ع. (۱۳۸۹). *روش‌شناسی کیفی*. فصلنامه راهبرد، ۱۹(۵۴)، ۳۰۷-۳۲۹.
۱۰. دین‌محمدی، م.، و دیگران. (۱۳۸۹). تحلیل مفهوم اجتماعی شدن حرفه‌ای در پرستاری: رویکرد تکاملی راجرز. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، ۱۶(۲)، ۲۸-۱۵.

۱۱. ذکایی یزدی، س. و دیگران. (۱۳۸۱). دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های علوم پزشکی دانشگاه تهران در زمینه نقش‌ها و فعالیت‌های پرستاری. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۸(۳)، ۲۲-۳۲.
۱۲. رفیعی، ف.، و سجادی هزاوه، م. (۱۳۹۱). تحلیل مفهوم گذر از دوره دانشجویی به پرستاری بالینی: رویکرد تکاملی راجرز. *دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۰(۳)، ۳۷۶-۳۸۸.
۱۳. طهماسبی، س.، و دیگران. (۱۳۹۲). اجتماعی شدن حرفه‌ای در پرستاران بالینی: یک مطالعه پدیدارشناسی، *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۲(۳)، ۳۹-۵۲.
۱۴. عابدی، ح.، و دیگران. (۱۳۸۳). تجارب دانش‌آموختگان پرستاری از آمادگی حرفه‌ای در جریان گذر به نقش بالینی خود. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۴(۱۲)، ۶۹-۷۸.
۱۵. فلیک ا. (۱۳۸۷). *درآمدی بر تحقیق کیفی*. ترجمه هادی جلیلی. تهران: نی.
۱۶. لیندلف، ت.، و تیلور، ب. (۱۳۸۸). *روش‌های تحقیق کیفی در علوم ارتباطات*. ترجمه عبدالله گیویان. تهران: همشهری.

17. Bisholt, B. K. (2012). The professional socialization of recently graduated nurses: Experiences of an introduction program. *Nurse Education Today*, 32(3), 278-282.
18. Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley: CA: Sociology Press
19. Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative theory*. New Jersey, NJ: Aldine Transaction.
20. Godinez, G., Schweiger, J., Gruver, J., & Ryan, P. (1999). Role transition from graduate to staff nurse: A qualitative analysis. *Journal for Nurses in Professional Development*, 15(3), 97-110.
21. Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. New York, NY: Sage.
22. Weis, D., & Schank, M. J. (2002). Professional values: key to professional development. *Journal of Professional Nursing*, 18(5), 271-275.