

مروری بر سیر تکاملی و چالش‌های توسعه‌ی نقش در پرستاری

شمسا احمدیان^۱، جمیله مختاری نوری^{۲*}

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۲/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۶/۵/۷

تاریخ انتشار: ۹۶/۵/۲۵

مقاله‌ی مروری

چکیده

توسعه‌ی نقش پرستار در پاسخ به چالش سیستم سلامت در برقراری تعادل بین منابع و تقاضای بهداشتی جامعه ایجاد شده است. هدف این مطالعه‌ی مروری، بررسی سیر تکاملی توسعه‌ی نقش پرستار و چالش‌های تجربه شده‌ی متعاقب آن در عرصه‌ی جهانی است.

در این مطالعه جست‌وجو در منابع الکترونیک با کلید واژه‌های انگلیسی "نقش پرستار" و "توسعه‌ی نقش" به صورت ترکیبی و مجزا، تا سال ۲۰۱۵ انجام شد. اطلاعات لازم از مقالاتی که با موضوع ارتباط بیش‌تری داشتند استخراج شد. بر اساس نتایج، دو رویکرد مطرح در توسعه‌ی نقش پرستار توصیف شد. Extension که مربوط به پیشروی در قلمرو و وظایف سنتی پزشکان بوده است و Expansion که دلالت بر انبساط نقش پرستار در درون مرزهای آموزش پرستاری، تئوری و عمل دارد. در بسیاری از کشورها متعاقب اجرای این رویکردها علیرغم کمبودی که وجود داشته و به دلیل افزایش حجم کار پرستاران، ضرورت استفاده از کارکنان با مهارت پایین‌تر مطرح شده و به تبع آن چالش‌های متعدد و قابل توجهی نیز تجربه شده است.

توسعه‌ی نقش پرستار در ایران پیشرفت قابل توجهی نداشته است؛ با این حال، به دلیل کمبود نیروی پرستاری، واگذاری کار پرستاران به رده‌های پایین‌تر مطرح و مورد بحث واقع شده است. در کشور ما زیر ساخت‌هایی هم‌چون صدور مجوز صلاحیت حرفه‌ای و تصمیم‌گیری بر مبنای داده‌های فراگیر از پایش تأثیر تغییرات انجام شده بر کیفیت مراقبت‌ها فراهم نیست. بنابراین، از نظر اخلاقی، تصمیم‌گیری در مورد اجرای هر نوع تغییر در حرفه‌ی پرستاری مطابق با الگوی سایر کشورها که زمینه‌ی کاری و فرهنگ سازمانی متفاوتی نیز دارند باید با در نظر گرفتن همه‌ی ابعاد حرفه‌ای و بسیار دوراندیشانه انجام پذیرد.

واژگان کلیدی: نقش پرستار، توسعه‌ی نقش، رده بندی مهارتی، تصمیم‌گیری اخلاقی، پرستاری حرفه‌ای

^۱ دانشجوی دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.

^۲ دانشیار، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.

* نویسنده‌ی مسؤول: تهران، خیابان شیخ بهایی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، کدپستی: ۱۷۴-۱۹۵۷۵، تلفن: ۰۲۱۲۶۱۲۷۲۳۲۷،

Email: jamilmokhtari@yahoo.com

مقدمه

در سال‌های اخیر، تغییرات اجتماعی از جمله سبک زندگی، سطح اطلاعات افراد، نوع بیماری‌ها و پیشرفت در علم پزشکی، همه موجب تغییر در انتظارات افراد از نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات بهداشتی-درمانی شده است (۱). از پرستاران نیز به‌عنوان اعضای مهم نظام بهداشت و درمان، انتظار می‌رود تا در مقابل نیازهای در حال تغییر و رو به افزایش جامعه پاسخگو باشند (۲). بدیهی است که این پاسخگویی، مستلزم ایفای نقش‌های پرستاری بر اساس استانداردهای حرفه‌ای و توسعه‌ی آن همگام با تغییرات و نیازهای جامعه است.

در کشور ما شاخص‌های استانداردهای حرفه‌ای پرستاری، با تکیه بر نقش‌های پرستار تدوین شده‌اند. به‌عنوان پیش‌فرض، چهار نقش عمده در حرفه‌ی پرستاری شناسایی و تعیین شده است که شامل: متخصص بالینی، آموزش‌دهنده، مدیر و پژوهشگر است. متخصص بالینی، نقشی اساسی برای پرستاری است و نقش‌های دیگر در این حرفه، برای حفظ و حمایت این نقش هستند. در استانداردهای حرفه‌ای پرستاری بر اساس موقعیت و سطح مهارت، یک یا چند نقش برای هر پرستار بالینی متصور شده است (۳)؛ اما مطالعات انجام شده در ایران نشان داده‌اند که پرستاران در ایفای نقش‌های حرفه‌ای خود موفق نبوده‌اند (۴، ۵) در یک مطالعه عواملی هم‌چون کمبود کارکنان پرستاری، بار کاری زیاد، کمبود زمان، فقدان مدیریت، تعارض و ارتباطات ضعیف، شفاف نبودن مرزها و نقش‌های ارائه‌دهندگان خدمات و فقدان منابع آموزشی به‌عنوان عوامل مؤثر بر ایفای نقش‌های حرفه‌ای پرستاران شناسایی شده‌اند (۲). از میان این عوامل، کمبود پرستار در سال‌های اخیر در عرصه‌ی حرفه‌ای بسیار مورد بحث بوده است.

تامین نیروی انسانی کافی در بالین بیماران، به اصلی‌ترین دغدغه‌ی مدیران سلامت تبدیل شده است (۶). در شرایط

فعلی، بیمارستان‌های ایران با کمبود پرستار و بحران منابع انسانی مواجهند (۷)؛ اما با وجود این مشکل، نمی‌توان نسبت به پاسخگویی به نیاز جامعه بی‌تفاوت بود. بنابراین، سیستم‌های ارائه‌ی خدمات بهداشتی باید برای پاسخگویی به انتظارات جامعه و آماده‌سازی نیروی انسانی خود، ضمن اطمینان از ایفای نقش‌های حرفه‌ای، نقش‌ها و وظایف جدیدی را نیز متناسب با نیاز جامعه تعریف کنند (۱). علاوه بر این، تقاضا در محیط‌های مراقبتی و بهداشتی در سراسر دنیا افزایش یافته است و با وجودی که سیستم‌های سلامت در برقراری تعادل بین منابع و تقاضای بهداشتی جامعه با چالش مواجه شده‌اند؛ توسعه‌ی نقش در پاسخ به همین تقاضا در حرفه‌ی پرستاری ایجاد شده است (۸). از طرفی، تغییرات متعدد در فرایندهای نظام بهداشت و درمان موجب افزایش مسؤلیت‌ها و مسائل مالی شده است و توسعه‌ی پرستاری و ایفای نقش به‌عنوان یک تخصص حرفه‌ای می‌تواند موجب موفقیت پرستاران در امور برنامه‌ریزی، مدیریت و پیشگیری از افزایش هزینه‌ها شود. هم‌چنین، افزایش کیفیت مراقبت و امنیت بیمار ایجاب می‌کند که پرستاران برای کسب و تداوم شایستگی‌های خود در عرصه‌ی خدمات بالینی وارد عمل شوند (۲).

در همین راستا، نظریه پردازان پرستاری در اواخر سال ۱۹۷۰ تا اوایل سال ۱۹۸۰، حرکتی را برای تعیین نقش پرستاران از آنچه انجام می‌دهند به آنچه پرستاری باید باشد؛ آغاز کردند و آن را مرحله‌ی دانش عملی یا رویه‌ای^۱ نامیده‌اند. این حرکت، پرستاری را از یک زمینه‌ی وابسته و موقعیت واکنشی، به یک زمینه‌ی مستقل و عملکردی تبدیل کرد و تغییراتی در حوزه‌ی اجزای اولیه و رایج پرستاری هم‌چون نقش‌ها، عملکردها و مددجو ایجاد کرد (۹). در سال‌های اخیر

^۱ Procedural Knowledge

شده است. هم‌چنین، در این مطالعات واکنش‌های حرفه‌ای به این موضوع که پرستاران فعالیت‌ها و مهارت‌های پایه و تخصصی‌شان را باید در پاسخ به دستور پزشکان و در یک مدل مراقبت پزشکی انجام دهند؛ مطرح شده است (۱۰-۱۲). به‌عبارت دیگر، افزایش استقلال حرفه‌ای نیز یکی از اهداف برنامه‌های توسعه‌ی نقش در پرستاری بوده است.

در بسیاری از کشورهای جهان، با هدف ارتقای ارائه‌ی خدمات سلامت، در نقش‌های حرفه‌های سلامت - از جمله پرستاران - بازنگری شده است (۱۳). نقش‌های پرستار حرفه‌ای از ارائه‌ی مراقبت به بیماران به سمت برنامه‌های پیشگیری، ارتقای بهداشت و درمان، تداوم مراقبت و ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی جایگزین تغییر کرده است. این تغییرات متمرکز بر نیاز مددجویان و ارتقای مداوم کیفیت ارائه‌ی خدمات به آن‌هاست. علاوه بر این، الگوهای مراقبتی از بیماران نیز از الگوهای زیست‌پزشکی به سمت مراقبت کل‌نگر تغییر کرده است (۱۴). در مطالعات برای توصیف این تغییرات، از عناوینی هم‌چون تغییر نقش، پرستاری جدید، مراقبت بیمارمحور و مراقبت متمرکز بر نیازهای روانی و اجتماعی بیماران استفاده کرده‌اند (۱۱، ۱۵).

رویکردها در توسعه‌ی نقش پرستار

با توجه به نتایج این مرور، دو رویکرد Extension و Expansion در توسعه‌ی نقش پرستاران مطرح بوده است. (از آنجایی‌که واژه‌گزینی مناسب، کاری تخصصی و در حوزه‌ی اختیارات فرهنگستان زبان و نیازمند تحلیل معنایی واژه در دو زبان فارسی و انگلیسی است، در این مقاله از ترجمه‌ی این واژه‌ها خودداری شده است). این دو اصطلاح مکرراً به‌جای هم و متناقض با هم استفاده شده‌اند (۱۶). با این‌که در سال‌های اخیر این دو موضوع به‌صورت ویژه موشکافی شده‌اند، ارائه‌ی تعاریف روشن برای آن‌ها کمی دشوار است (۱۷). در این مقاله به تعاریف متداول‌تر و توضیحات اجمالی این دو رویکرد اشاره می‌شود.

نیز در مقالات پرستاری و رسانه‌ها بحث‌های مستمری در مورد جنبه‌های مختلف توسعه‌ی نقش پرستاران در موقعیت‌های جاری مراقبت‌های بهداشتی و درمانی جهان وجود داشته است. در کشورهایی هم‌چون انگلستان، اسپانیا، لهستان و کانادا، با توجه به افزایش مداوم توسعه‌ی نقش پرستار بالینی و به تبع آن واگذاری کار پرستاری به دستیاران^۱، این مباحث از طریق نتایج تجربی و گفت‌وگوها ارتقا یافته است (۸). در کشور ما نیز اخیراً با طرح موضوع کمبود پرستار، این بحث‌ها در مجامع علمی و حرفه‌ای جاری شده است. بسیاری از کشورهای جهان که در زمینه‌ی توسعه‌ی نقش پرستار پیشرو بوده‌اند؛ در مقالات منتشر شده به نقد و تحلیل تجربیات خود پرداخته‌اند. لذا در این مقاله سعی شد برای بهره‌برداری از این تجربیات، با استفاده از مرور مطالعات به بررسی جوانب مختلف توسعه‌ی نقش پرستار و چالش‌های احتمالی پیش رو در عرصه‌ی حرفه‌ای پرداخته شود.

روش کار

در این مطالعه‌ی مروری، جست‌وجو در منابع الکترونیک PubMed, Science Direct, Scopus, Ovid, Google Scholar با کلید واژه‌های انگلیسی نقش پرستاری^۲ و توسعه‌ی نقش^۳ به‌صورت ترکیبی و مجزا، بدون محدودیت زمانی تا سال ۲۰۱۵ انجام و منجر به شناسایی ۳۰ مقاله شد. تعداد ۱۲ مقاله که با موضوع ارتباط بیش‌تری داشتند انتخاب و اطلاعات لازم از آن‌ها استخراج شد.

نتایج

نتایج حاصل از مرور مطالعات در سه بخش موضوعی ذیل دسته‌بندی شدند:

اهداف و زمینه‌های توسعه‌ی نقش پرستار

در مطالعات گذشته در مورد نقش سنتی پرستار، عنوان متصدی وظیفه بودن و وابسته بودن در انجام وظایف اطلاق

¹ Assistants

² Nursing Role

³ Role Development

حساس تامین می‌کند (۱۷).

مطرح شدن رده‌بندی و ترکیب مهارتی کارکنان در پرستاری

توسعه‌ی نقش پرستار در بستر کمبود نیروی انسانی مسیر خود را طی کرده است. امروزه، اکثر کشورهای توسعه‌یافته و درحال توسعه، کمبود منابع انسانی را در حوزه‌ی مراقبت تجربه می‌کنند. در آمریکا پیش‌بینی شده که کمبود پرستار تا سال ۲۰۲۵ به ۵۰۰ هزار نفر و کمبود پزشک تا سال ۲۰۲۰ به ۲۰۰ هزار نفر برسد. این کمبودها تحت تأثیر عواملی هم‌چون گرایش‌های اجتماعی نسبت به کاهش ساعات کاری، سالخوردگی نیروی کار و بازنشستگی‌های پیش از موعد است (۲۲). از طرفی، گسترش دامنه‌ی عملکرد پرستاری نیز به نوبه‌ی خود موجب تشدید کمبود پرستار شده و در نتیجه، جایگزینی پرستار ماهر و موقعیت پرستار متخصص بالینی با کارکنانی که کم‌تر واجد شرایط هستند؛ اتفاق افتاده است (۲۳). این جایگزینی در قالب تنظیمات ترکیب مهارت^۲ انجام شده است. تنظیمات ترکیب مهارت که به آن ترکیب کارکنان^۳ نیز گفته می‌شود؛ مؤلفه‌ای از برنامه‌ریزی منابع انسانی در حوزه‌ی سلامت برای دستیابی به قابل انعطاف‌ترین و مقرون به صرفه‌ترین روش استفاده از کارکنان است (۲۴). رایج‌ترین دلیل کاربرد ترکیب مهارت، مسائل مالی است. از آنجایی که بیش‌ترین نیروی کار در بیمارستان‌ها پرستاران دارای پروانه‌ی کار^۴ هستند؛ پر هزینه بودن به‌کارگیری آن‌ها باعث شکل‌گیری ترکیب کارکنان شده است (۲۵).

نحوه‌ی اجرای ترکیب مهارت در کشورهای مختلف یکسان نیست. مدل ترکیبی می‌تواند شامل کلیه‌ی پرستاران دارای پروانه‌ی کار از جمله پرستاران متخصص بالینی^۵ باشد. مدل‌های دیگری نیز وجود دارند. به‌عنوان مثال، ترکیبی از

Role Extension مربوط به حرکت در قلمرو پزشکی و

وظایف سنتی پزشکان است. این وظایف اضافه شده به نقش پرستاری، منحصر به دامنه‌ی فعالیت پزشکان بوده و در آموزش پایه‌ی پرستاری در نظر گرفته نشده بودند. در کشورهای توسعه‌یافته به‌دنبال تقاضای کاهش ساعات کاری پزشکان تازه کار، فرصتی برای تغییر و پیشرفت عملکرد پرستاران ایجاد شد. مراجع حرفه‌ای در این کشورها در صدد برآمدند تا با هدف بهبود مراقبت از بیماران و تقویت استقلال و افزایش مسئولیت تصمیم‌گیری فردی پرستاران در بالین اقدام کنند. در واقع، کاهش ساعات کاری پزشکان و جست‌وجوی پتانسیل به اشتراک‌گذاری وظایف پرستاری و پزشکی، امکان توسعه‌ی نقش با این رویکرد را برای پرستاران فراهم کرد (۱۷).

Role Expansion بر انبساط^۱ نقش پرستار در درون

مرزهای آموزش پرستاری، تئوری و عمل دلالت دارد (۱۸). مطالعات گزارش کرده‌اند که پس از این‌که نقش‌های توسعه‌یافته با رویکرد Extension به‌دلیل محدودیت‌های آشکارشان در بالین، به رسمیت شناخته نشدند؛ برخی از محققان به منسوخ شدن آن اذعان کردند. آن‌ها به اصول جایگزینی اشاره کردند که در بالین منجر به افزایش استقلال و عدم وابستگی پرستاران می‌شود (۱۹، ۲۰). Wright معتقد است که توسعه‌ی نقش مبتنی بر ارزش‌های متبادل است و نباید استفاده از وظایف پزشکی به‌عنوان وضعیت ارتقای پرستاری در نظر گرفته شود. Role Expansion به‌معنای بسط دادن به فعالیت‌های پرستاری است؛ آن‌گونه که مراقبت را منحصر به هرفرد، مؤثر و کل‌نگر می‌کند و از این طریق استقلال پرستار را افزایش می‌دهد (۲۱). در این رویکرد اجرای وظایف توسعه داده شده به‌صورت تلویحی به نقش پرستاری اضافه شده‌اند و در واقع فرصتی را برای تصمیم‌گیری مسئولانه‌ی پرستاران و پاسخگویی در قبال عملکردی پویا و

¹ Enlargement

² Skill Mix

³ Staff Mix

⁴ Registered nurse

⁵ Clinical Nurse Specialist (CNS)

مهارتی کارکنان به‌کار برده شده است. جدول یک انواع نقش‌ها و رده‌بندی کارکنان پرستاری را در کشور آمریکا نشان می‌دهد. در این کشور توسعه‌ی نقش پرستار از سال ۱۹۶۰ آغاز شده است (۲۶).

پرستاران دارای پروانه‌ی کار یا رده‌های دیگری از کارکنان بدون مجوز (مثل دستیاران بخش، کمک پرستاران و دستیاران مراقبت شخصی) (۲۳) که مربوط به کشور استرالیا است. در کشورهای دیگر نیز عناوین مختلف و متنوعی برای رده‌های

جدول ۱) نقش‌های توسعه‌یافته و رده‌بندی پرستاری در آمریکا

ردیف	عنوان	شرح وظایف	محل بکارگیری	آمادگی مقدماتی
۱	Certified Nursing Assistant (CNA)	تامین مراقبت‌هایی مثل کمک به وعده‌های غذایی، حمام کردن، تمرینات، گرفتن و ثبت علائم حیاتی، وزن و مشاهدات دیگر، آماده کردن بیماران برای ویزیت، کسب اطمینان از اجرای درمان و مراقبت‌های مورد نیاز بیماران توسط پزشکان، پرستاران بالینی، دستیار پزشک. تحت هدایت RN یا پزشک کار می‌کنند	بیمارستان، مراقبت‌های طولانی‌مدت، مراقبت در منزل، موقعیت‌های سرپایی	اتمام دوره CNA که توسط برخی از دبیرستان‌ها، مراکز VOC-Ed و کالج-های محلی ارائه می‌شود؛ قبول شدن در امتحان کتبی، مجوز آنها توسط دولت صادر می‌شود
۲	Licensed Practical Nurse (LPN)	ارائه مراقبت مستقیم به بیماران، جمع آوری داده‌ها برای ارزیابی. شرکت در برنامه ریزی، ارائه و ارزیابی مراقبت، اداره دارو، اجرای درمان. تحت هدایت RN یا پزشک کار می‌کنند	بیمارستان، مراقبت‌های طولانی‌مدت، مراقبت در منزل، موقعیت‌های سرپایی	اتمام دوره approved Licensed Practical Nurse (۱۲-۱۸ ماه)؛ قبول شدن در امتحان LPN-NCLEX
۳	Registered Nurse (RN)	ارتقای بهداشت و سلامت. ارائه‌ی مراقبت مستقیم به بیماران، مدیریت مراقبت پیچیده‌ی بیمار، رسیدگی و نظارت بر دیگر مراقبان، ارائه آموزش به بیماران و خانواده، همکاری با حرفه‌های دیگر در برنامه‌ریزی، ارائه و ارزیابی مراقبت. رهبری تیم حرفه‌ای مراقبت	بیمارستان، مراقبت طولانی‌مدت، مراقبت در منزل، مراقبت سرپایی، بهداشت جامعه، مدارس، مدیریت کیس، تدریس، تحقیق، و بسیاری از سیستم‌ها و مراکز مراقبتی دیگر	اتمام دوره کاردانی یا لیسانس پرستاری؛ قبولی در امتحان RN-NCLEX
۴	Public Health Nurse	تمرکز بر جامعه و پرستاری بهداشت جامعه، تامین مراقبت برای جمعیت‌های آسیب‌پذیر و گروه‌های در معرض خطر، ارزیابی روند سلامت و عوامل خطر جمعیت و کمک به تعیین اولویت برای جوامع هدف، مدیریت نظارت بر بیماری‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها	در ایالت واشنگتن، یک گروه بهداشت عمومی محلی برای هر شهرستان وجود دارد	معمولا لیسانس پرستاری، اگر چه با توجه به نیاز هر موقعیت متفاوت است
۵	Advanced Registered Nurse Practitioner (ARNP)	ارائه خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت بالا مشابه پزشک، تشخیص و درمان طیف گسترده‌ای از مشکلات سلامتی. ARNPs علاوه بر مراقبت‌های بالینی بر ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، آموزش بهداشت و مشاوره تمرکز دارند. ARNPs ممکن است ارائه‌دهندگان مراقبت اولیه، پرستار متخصص بالینی، پرستار متخصص بیهوشی، یا پرستارمایی دارای مجوز باشند	مراقبت سرپایی و درمانگاه مراقبت اورژانس، گروه مستقل یا با پزشک، بیمارستان‌ها، بخش اورژانس، مراقبت بلندمدت	RN با مدرک کارشناسی ارشد و دکترا. معمولا مجوز آنها در بخش تخصصی سازمان‌های ملی و توسط دولت صادر می‌شود
۶	Clinical Nurse Leader (CNL)	همانگ کردن مراقبت برای گروه‌های متمایز بیماران، کار با کارکنانی که از این بیماران مراقبت می‌کنند، تامین مراقبت مستقیم و ارزیابی نتایج مراقبت	در بیمارستان	معمولا RN با مدرک کارشناسی ارشد
۷	Clinical Nurse Specialist (CNS)	ارائه آموزش به کارکنان و بیماران / خانواده، ممکن است مشاوره داده و یا بر مراقبت گروه‌های با نیازهای بالینی خاص نظارت کند	بیمارستان، مراقبت‌های سرپایی، خانه بهداشت و دیگر مراکز	RN با مدرک کارشناسی ارشد در یک حوزه‌ی خاص بالینی؛ اخذ گواهینامه‌ی تخصصی
۸	Nurse Anesthetist (Certified Registered Nurse Anesthetist, CRNA)	مدیریت نیازهای بیماران بی‌هوش قبل، حین و بعد از عمل جراحی و یا زایمان	بیمارستان، مراقبت‌های سرپایی و مراکز جراحی سرپایی، کلینیک درد، مطب پزشک	RN با مدرک کارشناسی ارشد در پرستاری بی‌هوشی؛ اخذ گواهینامه‌ی تخصصی

RN با مدرک کارشناسی ارشد در مامایی یا DNP؛ اخذ گواهینامه از American Midwifery Certification Board	بیمارستان‌ها، زایشگاه، مراقبت سرپایی، منزل مددجویان	تامین مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای زنان، از جمله مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان، پس از تولد، تست-های تخصصی بیماری‌های زنان، مراقبت از نوزاد، کمک به تصمیم در مورد تنظیم خانواده، مراقبت قبل و حین حاملگی، مدیریت یائسگی و مشاوره در حفظ سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها	۹ Nurse Midwife (Certified Nurse Midwife, CNM)
RN با حداقل مدرک کارشناسی ارشد، با تاکید بر رهبری در بهداشت و درمان (آمادگی و آموزش مورد نیاز با توجه به نقش و موسسه متفاوت است)	همه سازمان‌های بهداشت و درمان	شرکت در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی استراتژیک، اجرای طرح، ارزشیابی مراقبت و عملیات کلی به عنوان یک عضو از تیم رهبری ارشد سازمان. پاسخگو بودن در قبال کیفیت مراقبت ارائه شده به بیماران، استخدام و ابقای کارکنان، عملکرد مالی، توسعه حرفه‌ای، و اغلب به‌عنوان رابط با جامعه به نمایندگی از سازمان	۱۰ Chief Nurse Executive or Chief Nursing Officer (CNE/CNO)
RN با کارشناسی ارشد و دکترا (آموزش مورد نیاز با سطح برنامه‌های آموزشی و هر مرکز متفاوت است)	انجمن‌ها و کالج‌ها، دانشگاه‌ها، آژانس-های بالینی	در دانشکده‌های پرستاری: ارائه‌ی کلاس درس و آموزش بالینی، طراحی برنامه درسی، آموزش و مشاوره و ارزشیابی دانشجویان، ارزشیابی اثربخشی برنامه‌ی پرستاری در مراکز بالینی: ارائه‌ی آموزش به کارکنان، توسعه منابع و سیاست‌های بالینی	۱۱ Nurse Educator
RN با تجربه‌ی بالینی و معمولاً با آموزش پیشرفته (آمادگی و آموزش مورد نیاز با توجه به نقش و موسسات مختلف متفاوت است).	همه مراکزی که در آن پرستاران با بیماران و خانواده‌ی آنها کار می‌کنند	رهبری کارکنان در مراقبت از بیماران در یک بخش، خدمات بالینی، یا مرکز. مسئول کیفیت مراقبت، خدمات، عملکرد مالی و توسعه و ابقای کارکنان	۱۲ Nurse Manager

توضیح: ترجمه‌ی عناوین رده‌ها به دلیل پیشگیری از هر گونه شبهه و اختلاف نظر در مشابهت و مطابقت رده‌های پیشنهادی در عرصه حرفه‌ای کشور انجام نشده است.

بحث

غفلت از ضرورت اجرای پرستاری اولیه^۱ توسط

پرستاران:

از بین رفتن مرزهای بین دو حرفه با رویکردی از توسعه‌ی نقش پرستاری که باعث ورود به حوزه‌ی نقش‌های سنتی پزشکی شده است، این بیم را ایجاد کرده که ارزش واقعی پرستاری اولیه که از آن به‌عنوان پرستاری اساسی نیز نام برده شده، درک نشود (۱۸). نتایج مطالعه‌ی نشان داد که توسعه‌ی نقش پرستاران در واقع مستلزم کناره‌گیری از جنبه‌های معینی از نقش پرستاری است و شرکت‌کنندگان در این مطالعه دو موضوع قابل توجه را مطرح کردند: از دست دادن مراقبت و تماس با بیمار به‌دلیل دور شدن از بالین بیمار و همچنین توسعه‌ی نقش به ازای جذب وظایف پزشکان که بسیاری از پرستاران دیگر مایل به انجام آن نبودند، چرا که این

محققان در کشورهایی که توسعه‌ی نقش و به تبع آن رده‌بندی و ترکیب مهارتی در پرستاری را از سال‌ها پیش تجربه کرده‌اند؛ نظرات و دیدگاه‌های متنوعی را در مطالعات منتشر شده بیان کرده‌اند. در مطالعه‌ی گزارش شده است که توسعه‌ی نقش‌های جدید و پیشرفته برای پرستاران در شرایطی که کمبود پزشک وجود دارد، در گستره‌ی دسترسی بیماران به مراقبت، کاهش زمان انتظار و در نتیجه رضایت بالاتر به‌دلیل صرف زمان بیش‌تر پرستار با آن‌ها مؤثر بوده و البته هزینه‌های بیمار نیز به‌دلیل واگذاری وظایف پزشکان با قیمت پایین‌تر به پرستاران، کاهش یافته است (۱۳). اما با این وجود، مطالعات متعددی چالش‌های توسعه‌ی نقش را از ابعاد مختلف مورد بحث قرار داده‌اند که به موارد آن به استناد مطالعات اشاره می‌شود:

^۱ Primary Nursing

نقش‌شان، منجر به تولید نظریه‌ی «آشفته‌گی ارزش» در خدمات بهداشتی شد. سه ارزش شخصی، حرفه‌ای و سازمانی در این مطالعه مفهوم‌سازی شد. نتایج نشان داد که پرستاران تعارض بالقوه‌ای بین ارزش‌های حرفه‌ای ناشی از توسعه‌ی نقش تجربه کرده‌اند. هم‌چنین، تعارض از نظر ارزش‌های شخصی به دلیل از دست دادن تعامل با بیمار و تعارض از نظر ارزش‌های سازمانی با توجه به مشکلات مربوط به مبتنی بر هزینه-اثر بخش بودن کار هر روزی پرستار و ترکیب نیروی کار را اظهار کرده‌اند. در این مطالعه تأکید شده است که این تعارض نقش می‌تواند منجر به ابهام نقش پرستاری شود (۸).

چالش‌های مرتبط با رده‌بندی کارکنان و ترکیب مهارت:

ضرورت استفاده از کارکنان با مهارت پایین‌تر به دلایل متعددی مطرح شده است؛ هم‌چون توسعه‌ی نقش پرستاران علی‌رغم کمبودی که وجود داشته، افزایش حجم کار پرستار به دنبال کاهش طول اقامت بیماران حاد و نیاز به انجام مداخلات پیچیده و رژیم‌های درمانی در دوره‌ی زمانی کوتاه‌تر. اما مطالعه‌ای در استرالیا گزارش کرد که داده‌ای برای حمایت از این ادعا وجود ندارد (۲۳). اجرای ترکیب مهارت در مطالعات مرتبط مورد نقد و بررسی قرار گرفته است. طرفداران چندمهارته شدن پرستاری استدلال می‌کنند که اگر کارکنان با مهارت پایین‌تر نه تنها مراقبت‌های اولیه‌ی پرستاری (مثل نظافت، تعویض لباس، راه بردن بیمار و ...)، بلکه در صورت داشتن دستور، فعالیت‌ها و وظایف پیچیده‌تر را هم تحت هدایت یک پرستار دارای پروانه‌ی کار انجام دهند؛ از این طریق پرستاران دارای پروانه‌ی کار وقت بیشتری برای صرف در مراقبت مستقیم بیماران خواهند داشت (۲۸). ضمن این‌که گزارش شده است که در حال حاضر دامنه‌ی کار این کارکنان ممکن است شامل وظایفی شده باشد که زمانی در انحصار کارکنان واجد شرایط پرستاری بوده است (مثل

تغییر نقش برای آنان به معنای کناره‌گیری از چیزهایی بوده که برای آن‌ها معنای پرستاری و احساس رضایت از انجام آن را به دنبال داشته است (۸).

دغدغه‌های قانونی مربوط به نقش‌های جدید:

در سیستم‌هایی که توسعه‌ی نقش به اجرا گذاشته شده، مسائل قانونی، آموزشی و پاسخگویی مرتبط با تغییر نقش نامشخص بوده است. چنین عدم قطعیتی می‌تواند منجر به تنش و تشدید تعارضات بین حرفه‌ای شود (۱۷). نتایج مطالعه‌ای در زمینه‌ی نگرش پرستاران در مورد توسعه‌ی نقش نشان داد که علی‌رغم نظر مثبت پرستاران نسبت به آن، نگرانی از عدم شفافیت در مورد پاسخگویی قانونی بین پرستار و پزشک وجود دارد. در این مطالعه نگرانی پرستاران از دعاوی قضایی، امکان استثمار توسط پزشکان و احساس به‌اندازه‌ی کافی آماده نبودن برای توسعه‌ی نقش گزارش شده است (۱۸). با توجه به این گزارش‌ها این جنبه از توسعه‌ی نقش نیازمند پیش بینی تمهیدات ویژه در حوزه‌ی مسئولیت‌های قانونی است.

ابهام در درک و پذیرش نقش‌های جدید:

تعدد نقش‌های جدید پرستاری منجر به سردرگمی‌های زیادی در ذهن ذی‌نفعان مراقبت‌های بهداشتی، کارفرمایان، پرستاران بالینی و آموزشی شده است. این ابهامات در مورد معنا، دامنه‌ی عمل، کسب آمادگی و انتظارات از این نقش‌هاست. طبق مطالعه‌ای در انگلستان، متعاقب توسعه‌ی دامنه‌ی فعالیت‌های حرفه‌ای از سال ۱۹۹۲، عملکرد پرستاری متنوع‌تر از قبل شده و مرزهای درون حرفه‌ای و بین‌رشته‌ای، به‌طور فزاینده‌ای مبهم شده‌اند، به این دلیل که این نقش‌ها در انواع موقعیت‌های بالینی، با درک کم و عدم اجماع درباره‌ی ماهیت و یا تفاوت بین آن‌ها اجرا شده‌اند (۲۷). یک مطالعه نیز با رویکرد تئوری زمینه‌ای در مورد درک پرستاران از تغییر

از سال ۱۹۹۰ که سامان‌دهی مجدد نیروی کار و چیدمان مجدد آن‌ها در آمریکا رایج شد؛ انجمن پرستاری آمریکا ضمن ارزشیابی کارکنان پرستاری، ارتباط بین چیدمان و تعداد کادر پرستاری و برآو بیمار را به‌عنوان یکی از شاخص‌های حساس پرستاری معرفی کرد. این شاخص‌ها ابزار ارزشمندی برای تعیین کیفیت مراقبت‌های پرستاری و راهنمای شروع فعالیت‌های بهبود کیفیت در مؤسسات ارائه‌دهنده‌ی مراقبت‌های حاد بوده‌اند و توسط پایگاه داده‌ی ملی شاخص‌های کیفیت پرستاری^۱ جمع‌آوری می‌شوند.

این موسسه اطلاعات را از بیش از ۹۰۰ موسسه در سطح بین‌المللی دریافت کرده و هر چهار ماه یک‌بار گزارش‌های دریافتی در زمینه‌ی وضعیت کیفیت نیروی انسانی پرستاری و برآیند بیمار در بیمارستان‌ها را منتشر می‌کند (۲۹).

توسعه‌ی نقش و رده بندی پرستاری در ایران:

توسعه‌ی نقش پرستار در ایران پیشرفت قابل توجهی نداشته است. نقش پرستار محدود به ارائه‌ی خدمات مراقبتی در مراکز درمانی است؛ در حالی‌که پرستاران می‌توانند از پس ایفای نقش در زمینه‌های مختلف بهداشتی و درمانی بر بیایند. در آموزش عالی اگرچه دانشجویان پرستاری می‌توانند در سطوح کارشناسی تا دکترا تحصیل کنند اما در عمل و در ارائه‌ی خدمات مراقبتی تفاوتی در پروانه‌ی کار پرستاری بین این سطوح وجود ندارد. مدرک تحصیلی کارشناسی به‌طور اتوماتیک به‌عنوان پروانه‌ی کار محسوب می‌شود و فارغ-التحصیلان این مقطع که آموزش‌های عمومی پرستاری را دریافت کرده‌اند واجد شرایط کار در هر بخش بیمارستانی هستند. هدف برنامه‌های آموزشی مقطع کارشناسی‌ارشد نیز اگرچه آماده کردن پرستاران برای ایفای نقش به‌عنوان مربی

پانسمان زخم، فیزیوتراپی و اداره‌ی دارو). منتقدین به این وضعیت معتقدند که اگر کارکنان با مهارت کم‌تر وظایف روتین پیچیده‌تر را نیز به عهده بگیرند، آزاد شدن وقت پرستاران دارای پروانه‌ی کار و صرف زمان بیش‌تر برای مراقبت مستقیم از بیماران، در حد تئوری باقی خواهد ماند و درعمل، آن‌ها زمان زیادی را صرف ارتباطات، مدیریت تعارض و نظارت بر کارکنان با مهارت پایین‌تر می‌کنند (۲۴). مطالعه‌ای در انگلیس نیز تأکید کرده است که دیدگاه‌های پرستاران بالینی تعیین می‌کند که آیا این شعارها با واقعیت منطبق هستند یا خیر؛ چراکه آن‌ها بیش‌ترین تأثیر این تصمیمات را در بالین تجربه می‌کنند. واقعیت تنها توسط کسانی که درگیر آن هستند، تجربه می‌شود. به همین دلیل مرزبندی نقش پرستاری باید نشأت‌گرفته از نظرات و پیشنهادات پرستاران بالینی باشد و آن‌ها از این طریق صاحبان سرنوشت خود باشند (۸).

ضرورت پایش تاثیر تغییرات بر کیفیت مراقبت‌های

ارائه شده به بیماران:

شایسته است که هر تخصیص کار و چیدمان نیروهای واجد شرایط و بدون شرایط، مبتنی بر شواهد باشد و صرفاً چگونگی در دسترس بودن کارکنان، هزینه‌ها یا میزان تقاضا برای خدمات در نظر گرفته نشود. در مرور سیستماتیکی از شواهد در مورد مزایا و مشکلات استفاده از ترکیب مهارت در پرستاری، سهم نتایج آن برای بیمار، کارکنان و سازمان متفاوت گزارش شده است. به‌عبارت دیگر، ممکن است در برخی موقعیت‌ها بیش‌ترین مزیت آن متوجه سازمان باشد. این شواهد نشان داده‌اند که ترکیب و رده‌بندی کارکنان را نمی‌توان به‌طور جدا از بافت و زمینه‌ای که کارکنان در آن مشغول به‌کارند، پیشنهاد کرد (۲۲). در همین رابطه لازم به ذکر است،

¹ NDNQI (National Database of Nursing Quality Indicators)

پرستاری، هدایت تحقیقات بالینی و مدیریت ارائه‌ی مراقبت‌های درمانی است اما با تکمیل ظرفیت دانشگاه‌ها بسیاری از پرستاران با مدرک کارشناسی‌ارشد نیز به ایفای نقش مراقبتی در بالین مشغولند (۳۰). برای این گروه و حتی برای فارغ‌التحصیلان مقطع دکترا نقش جدیدی در محیط بالینی تعریف نشده است. با این‌حال، تنوع گرایش‌های تحصیلی در مقطع کارشناسی‌ارشد با رویکرد تخصصی‌سازی در حال افزایش است.

در ایران کمبود نیروی پرستاری در مجامع حرفه‌ای بسیار مورد بحث بوده است و هم‌چون سایر کشورها موجب مطرح شدن واگذاری کارهای اولیه‌ی پرستاری به رده‌های پایین‌تر شده است؛ با این تفاوت که در کشورهای پیشرو این رویکرد با توسعه‌ی نقش پرستار و در پاسخ به کمبود نیروی ناشی از آن رخ داده است. رده‌های شغلی دایر در سیستم مراقبتی بیمارستان‌های ایران شامل پرستار، بهیار و کمک بهیار است (۳۰). از آنجایی که در گذشته بین پرستار کارشناس و بهیار تفکیک نقشی در بیمارستان‌ها وجود نداشته است، تربیت نیروهای کمک پرستاری در آموزشگاه‌های غیرانتفاعی مورد بحث و نگرانی واقع شده است. منتقدان معتقدند که در صورت سپردن وظایف پرستاری به این رده با توجه کمبود نیروی پرستار، صدمات جبران‌ناپذیری بر کیفیت مراقبت ارائه شده به بیماران و هویت حرفه‌ای پرستاری وارد خواهد شد. از طرفی، برآورد نیروی موردنیاز بر اساس آمار جامع و مبتنی بر شواهد دقیق نیست و پایش کیفیت مراقبت‌ها نیز به‌صورت فراگیر و سازمان‌یافته انجام نمی‌شود. بنابراین، تأثیر هر اقدام و تغییر در سیستم پرستاری بر کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران قابل تشخیص نیست.

بحث‌ها، نگرانی‌ها و مشکلاتی که به استناد مطالعات منتشرشده، متعاقب توسعه‌ی نقش و رده‌بندی کارکنان در

حوزه‌ی پرستاری کشورهای جهان رخ داده است، نشان می‌دهد که ارائه‌ی راه‌حل‌های مقطعی بدون در نظر گرفتن تبعات آن، خارج از مختصات عملکرد حرفه‌ای است. چرا که عوارض بالقوه‌ی هر یک از تغییرات، بر کلیت هویت حرفه‌ای مؤثرند و همه‌ی ابعاد آن باید باهم در نظر گرفته شوند (از قبیل کیفیت خدمات پرستاری ارائه‌شده به بیماران و رضایت امنیت ایشان، انگیزه و رضایت شغلی پرستاران، تصویر عمومی پرستار در بین رشته‌های حوزه‌ی سلامت و در جامعه، رعایت استانداردهای آموزشی و حرفه‌ای، فراهم‌آوری زیرساخت‌های توسعه‌ی حرفه و بسیاری دیگر).

نتیجه‌گیری

اطلاعات ارائه‌شده در این مطالعه‌ی مروری نشان می‌دهد که کشورهای توسعه‌یافته نیز در زمینه‌ی توسعه‌ی نقش در پرستاری و به تبع آن رده‌بندی مهارت، چالش‌های متعددی را تجربه کرده‌اند. لذا توجه به این نکته بسیار ضروری است که بر خلاف آن‌ها در کشور ما زیرساخت‌هایی هم‌چون صدور مجوز صلاحیت حرفه‌ای برای حفظ جایگاه پرستاران واجد تحصیلات آکادمیک در بالین وجود ندارد. هم‌چنین، تصمیم‌گیری بر مبنای داده‌های فراگیر از پایش تأثیر تغییرات انجام‌شده بر کیفیت مراقبت‌ها فراهم نیست. بنابراین از نظر اخلاقی، اتخاذ تصمیم در مورد اجرای هر نوع تغییری در حرفه‌ی پرستاری مطابق با الگوی سایر کشورها (با زمینه‌ی کاری و فرهنگ سازمانی بسیار متفاوت)، باید بسیار دوراندیشانه و با اتخاذ تمهیدات لازم، طی برنامه‌ای جامع و با در نظر گرفتن همه‌ی ابعاد حرفه‌ای انجام پذیرد. گزارش نتایج تجربیات کشورهای دیگر در این مرور نشان داد که ترکیب مهارتی کارکنان اگرچه در بهبود اثربخشی سازمانی (به‌معنای عام) نقش دارد، اما نوسدادارو برای تمام مشکلات سازمانی حوزه‌ی سلامت نیست. نکته‌ای بسیار بااهمیت که نباید از آن

اثر بخش و خدمات بیمارمحور، بستگی به وجود تعداد کافی پرسنل بانگیزه و به‌اندازه‌ی کافی ماهر دارد که همواره درصد بهینه‌سازی دانش و عملکرد خود باشند.

غافل شد این است که کمیت و کیفیت کارکنان حوزه‌ی سلامت باید باهم در نظر گرفته شوند؛ چراکه توانایی سیستم‌های مراقبتی برای ارائه‌ی مراقبت ایمن، باکیفیت بالا،

منابع

- 1- Alizadeh M, Yamani N, Taleghani F, Changiz T. Determining the Professional Tasks of Family Nurses through the Viewpoints of Nurses, Families, Physicians, and Managers. *Iranian Journal of Medical Education* 2011; 10(5): 707-18. [In Persian]
- 2- Nikpeyma N, Ashktorab T. Nurses' views about factors affecting the professional roles. *Journal of Health Promotion Management* 2012; 1(3): 73-84. [In Persian]
- 3- Reference standards of nursing care. Tehran: Council of Nursing, Islamic Republic of Iran. [In Persian]
- 4- Zokaie Yazdi S, Mosayyeb Moradi J, Mehran A. Perspective of the nursing staff at hospitals affiliated to the Tehran University of Medical Sciences on the roles and activities of the nurses. *Hayat* 2002; 8(3): 22-32. [In Persian]
- 5- Khezerloo S, Salehmoghaddam A, Mazloom SR. Assessment of Nurses Professional Roles in Hospitals Affiliated to Mashhad University of Medical Sciences. *Hakim Research Journal* 2012; 15(4): 346-51. [In Persian]
- 6- Ebadi A, Khalili R. Nursing Staff Shortage in Iran: A Serious Challenge. *Hayat* 2014; 20(1): 1-5. [In Persian]
- 7- Rangriz H, Moosavi SZ. General health policies and the effect of the shortage of nurses in Iranian hospitals. A system dynamics approach. *Journal of the macro and strategic policies* 2014; 2 (7): 43 - 64.
- 8- Pearcey P. Shifting roles in nursing - does role extension require role abdication? *J Clin Nurs* 2008; 17(10): 1320-6.
- 9- Salsali M TF, Barimzadeh M., editor. Salsali M, Taleghani Z. *Philosophy, Science & nursing Theory*. Tehran: Boshra; 2004. [In Persian]
- 10- Paniagua H. The scope of advanced practice: action potential for practice nurses. *Br J Nurs* 1995; 4(5): 269-74.
- 11- Thomas E. Decimation by delegation: *Nursing Standard*. 1993; 7(50): 48-9.
- 12- Dodds F. First class nurses--or second class doctors? *Br J Theatre Nurs* 1991; 1(9): 6-8.
- 13- Delamaire M, Lafortune G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Health Working Papers, No. 54. OECD Publishing. [http://dx. doi. org/10; 2010](http://dx.doi.org/10.2010) (accessed on: 2015)
- 14- Masters K. *Role development in professional nursing practice*. Burlington: Jones & Bartlett Publisher; 2015.
- 15- Salvage J. The new nursing: empowering patients or empowering nurses. Policy issues in nursing. Milton Keynes: Open University Press; 1992, p. 9-23.
- 16- Mitchinson S. Changes in the roles and responsibilities of nurses. *Prof Nurse* 1996; 11(11): 734-6.
- 17- Bowler S, Mallik M. Role extension or expansion: a qualitative investigation of the perceptions of senior medical and nursing staff in an adult intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 1998; 14(1): 11-20.
- 18- Magennis C, Slevin E, Cunningham J. Nurses' attitudes to the extension and expansion of their clinical roles. *Nurs Stand* 1999; 13(51): 32-6.
- 19- Castledine G. Nurses should welcome a wider scope of practice. *Br J Nurs* 1993; 2(13): 686-7.
- 20- Rieu S. Error and trial: the extended role dilemma. *Br J Nurs* 1993; 3(4): 168-9.
- 21- Wright SG. The role of the nurse: extended or expanded? *Nurs Stand* 1995; 9(33): 25-9.
- 22- Dubois CA, Singh D. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Hum Resour Health* 2009; 7(1): 87.
- 23- Roche M, Merrick ET, Wise W, Duffield C, Forbes J, Fallon A. Nursing skill mix and nursing time: the roles of registered nurses and clinical nurse specialists. *Aust J Adv Nurs*. 2005; 23(2): 14-21.
- 24- Lookinland S, Tiedeman ME .Crosson AET. Nontraditional models of care delivery: have they solved the problems? *J Nurs Adm* 2005; 35(2):

74-80.

25- O'Brien-Pallas L, Irvine D, Peereboom E, Murray M. Measuring nursing workload: understanding the variability. *Nurs Econ* 1997;15(4):171-82.

26- Roles in Nursing. Washington Center for Nursing. <http://www.wcnursing.org/nursing-practice/roles-in-nursing/> (accessed on: 2015)

27- Daly WM, Carnwell R. Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *J Clin Nurs* 2003; 12(2): 158-67.

28- Roche M, Merrick ET, Wise W, Duffield C, Forbes J, Fallon A. Nursing skill mix and nursing time: the roles of registered nurses and clinical nurse specialists. *Aust J Adv Nurs* 2005; 23(2): 14-21.

29- Isis M. The national database of nursing quality indicators (NDNQI). *Online J Issues Nurs* 2007; 12(3): 7.

30- Khomeiran RT, Deans C. Nursing education in Iran: Past, present, and future. *Nurse Educ Today* 2007; 27(7):708-14.

A review of the evolution and challenges in nursing role development

Shamsa Ahmadian¹, Jamileh Mokhtari Noori^{*2}

¹PhD Candidate in Nursing, Baghiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

²Associate Professor, School of Nursing, Baghiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Nursing role development was created to response to the challenge of balancing supply and demand in healthcare system. The aim of this study is to examine the evolution in nursing role development and subsequent experience in dealing with the challenges in the world. In this study, electronic resources were searched till to 2015 by English keywords contain 'Role development' and 'Nursing role' in combination and individually. Data were extracted from articles that were more relevant. This study found two approaches regarding nursing role development. First, the role extension that relates to progressing in the field of medicine and the traditional functions of physicians, and the role expansion that implies any enlargement of the nurse's role within the boundaries of nursing education, theory and practice. In many countries that seek to expansion/extension of the nurses' role. However, despite the shortage that exist in nursing and also because of the increased workload of nurses, caused employment of workers with lower skills and in result multiple significantly challenges have been experienced . In our country, nursing role development has not considerable progress. The current situation does not provide enough infrastructures such as the licensing professional qualification and data-based decision-making from monitoring the effect of changes on the quality of care. Therefore, decision-making about the implementation of any changes in the nursing profession and its role development, must be accomplished very prudential with regard to all aspects of the professional Ethics.

Keywords: Nursing roles, role development, ethical decision-making, professional ethics

* Corresponding Author: Email: jamilmokhtari@yahoo.com