

The Role of Advocacy in Nursing Diplomacy: A Qualitative Study

Simin Sharafi ¹, Ahmad Nasiri ², Mohammad Ali Cheraghi ³, Gholamhosein Mahmoudirad ^{4*}

¹ Ph.D. Candidate in Nursing, Student Research Committee, Nursing and Midwifery school, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

² Associate professor in Nursing, Nursing and Midwifery school, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

³ Professor in Nursing, Nursing and Midwifery school, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Associate professor in Nursing, Nursing and Midwifery school, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Received: 26 March 2020 Accepted: 31 July 2020

Abstract

Background and Aim: In the past, the war was mainly a "hard war" using military means, but now its form has changed to a more "soft war" type, which is basically diplomacy-based. Health professions have also recently entered this field, and nurses are using diplomacy because of their occupational nature, their various roles including advocacy. Given the proximity of the concept of advocacy to the nature of diplomacy and negotiation, we aimed to investigate the role of advocacy of nursing managers in nursing diplomacy.

Methods: This is a qualitative study with a conventional content analysis approach. Data were collected using in-depth unstructured interviews with 14 nurse managers at different levels through purposeful sampling.

Results: After analyzing the data, three main categories of system advocacy (including subcategories: systematic thinking and holistic view, organizational affiliation), advocate for people (including subcategories: demonstrating the role of the nurse in service to people, the use of people-centered literature) and the use of advocacy in negotiation (including 3 subcategories: unifying positions with an emphasis on interests, finding common ground, focusing on the other side's concerns).

Conclusion: The findings of this study indicates that nursing managers are involved in diplomacy and relying on the advocacy role that is less paid attention in the clinic. They use it to achieve their organizational goals.

Keywords: Diplomacy, Advocacy, Content Analysis.

نقش مدافعه (وکیل مدافعی) در دیپلماسی پرستاری: یک مطالعه کیفی

سیمین شرفی^۱، احمد نصیری^۲، محمدعلی چراغی^۳، غلامحسین محمودی راد^{۴*}

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

^۲ دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

^۳ استاد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۴ دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

چکیده

زمینه و هدف: در گذشته جنگ عمدتاً به صورت "جنگ سخت" و با استفاده از ابزارهای نظامی بوده ولی در حال حاضر شکل آن تغییر کرده و بیشتر از "جنگ نرم" استفاده می شود که این نوع جنگ اساساً مبتنی بر دیپلماسی است. حرف سلامت نیز اخیراً وارد این حوزه شده اند و پرستاران به دلیل ماهیت شغلی شان با استفاده از نقش های مختلف خود از جمله مدافعه از دیپلماسی استفاده می نمایند. با توجه به نزدیکی مفهوم مدافعه به ماهیت دیپلماسی و مذاکره در این مطالعه بر آن شدیم تا نقش مدافعه مدیران پرستاری را در انجام دیپلماسی پرستاری بررسی نماییم.

روش ها: این مطالعه یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوی قراردادی است. داده ها با استفاده از مصاحبه های عمیق بدون ساختار با مشارکت ۱۴ نفر از مدیران پرستاری در سطوح مختلف به روش نمونه گیری هدفمند جمع آوری شد.

یافته ها: بعد از تجزیه و تحلیل داده ها، سه طبقه اصلی مدافعه از سیستم (شامل زیرطبقات: تفکر سیستمی و نگاه کل نگر، تعلق سازمانی)، وکیل مدافعی از مردم (شامل زیرطبقات: نشان دادن نقش پرستار در خدمت به مردم، استفاده از ادبیات مردم محوری) و استفاده از مدافعه در مذاکره (شامل ۳ زیرطبقه: یکی کردن مواضع با تاکید بر منافع، یافتن نقطه مشترک، تمرکز بر دغدغه طرف مقابل) پدیدار گشت. **نتیجه گیری:** یافته های این مطالعه حاکی از آن است که مدیران پرستاری با اتکای بر نقش مدافعه که در بالین توجه کمتری به آن می شود وارد دیپلماسی شده و از آن در جهت حصول اهداف سازمانی خود بهره می برند.

کلیدواژه ها: دیپلماسی، مدافعه، تحلیل محتوا.

مقدمه

حرفه پرستاری تا حد زیادی تحت تأثیر جنگ قرار داشته و ماهیت قهرمانانه کار پرستاری در دفاع از بیماران با هر مذهب و ملیتی در طول جنگ شناخته شده است (۱). شجاعت‌های پرستاران در میدان نبرد و شکل‌گیری دیدگاه‌های عمومی مثبت نسبت به پرستاری در رابطه با دفاع بدون شرط آن‌ها از سلامت بیماران بعد از جنگ تأثیر زیادی بر پرستاری گذاشت به نحوی که بعد از بازگشت فلورانس نایتنگل از جنگ داخلی آمریکا (Crimean War) مفهوم پرستاری نوین در غرب شکل گرفت (۲،۳).

در حال حاضر نیز به دلیل پاندمی مرتبط با ویروس کرونا (۴) پرستاران شرایط مشابه زمان جنگ را تجربه می‌کنند. در حقیقت حضور در خط مقدم نظام سلامت، پرستاران را به بهترین مدافع بیمار تبدیل می‌کند (۵).

برای پرستاران نقش‌های مختلفی از جمله: آموزشی، پژوهشی، بالینی، مدیریتی، مشاوره‌ای و مدافعه ذکر شده است. که به نقش مدافعه نسبت به سایر نقش‌ها کمتر پرداخته شده است (۶). در حالیکه Vaartio و همکاران نیز ذکر کرده‌اند که اهمیت این نقش به قدری است که مدافعه‌رامی توانیم یک بخش جدایی‌ناپذیر از فرآیند مدیریت پرستاران در نظر بگیریم (۷). در مطالعات متعدد، مفهوم مدافعه به عنوان نماینده بودن، دفاع از حقوق، کمک به فرد در گرفتن تصمیمات آگاهانه و سپس حمایت از این تصمیمات تعریف شده است (۸). واژه دفاع از کلمه وکیل مدافع در قانون مشتق می‌شود که به معنای شخصی است که دیگران را کمک و حمایت می‌کند و از جانب آنها صحبت می‌کند (۹،۱۰). که در شرایط بحرانی مانند جنگ این نقش پرستاران پررنگ تر بوده است (۱۱). در عصر حاضر اما شکل جنگ نیز عوض شده و استفاده از قدرت نظامی یا "قدرت سخت" در راستای رسیدن به اهداف حال دگرگونی می‌باشد. یکی از شیوه‌های مهم در تحقق اهداف همراه با امنیت و آرامش، استفاده از روش مذاکره و دیپلماسی است (۱۲). از دیپلماسی به عنوان "قدرت نرم" نیز یاد می‌گردد و استفاده از قدرت نرم برای تحت تأثیر قرار دادن علایق طرف‌های سیاسی در راستای رسیدن به اهداف دیپلماتیک در حال افزایش است (۱۳). دیپلماسی در حرف سلامت برای اولین بار در سال ۱۹۷۸ توسط پیتر بورن (معاون مخصوص رئیس جمهور در مسائل مربوط به سلامت در دولت کارتر) معرفی شد. بعدها این مفهوم توسعه یافت به طوری که هم اکنون در عصر جهانی شدن، پیشرفت تکنولوژی و افزایش ارتباطات بین‌المللی سیاستگذاران و محققین واژه "دیپلماسی سلامت جهانی" را به عنوان مفهومی که در بردارنده عملکرد بازیگران دولتی و غیردولتی برای تلاش در جهت ارتقای سلامت جهانی می‌باشد، بیشتر بکار می‌برند (۱۴).

اخیرا توجه زیادی در سراسر جهان به استفاده از دیپلماسی در بحث سلامت شده است. دیپلماسی سلامت در حقیقت هنر دیپلماسی را با علم سلامت در راستای رسیدن به اهداف تلفیق نموده است

(۱۵). برای اولین بار نیز در سال ۲۰۱۰ موسسه سلامت ملی آمریکا دیپلماسی را به عنوان یکی از ۵ اولویت خود قرار داده است (۱۶). پرستاران به دلیل ماهیت حرفه‌شان به لحاظ اشراف بر اکثر بخش‌های سلامت و ارتباطات با سایر رشته‌ها گزینه‌های مطلوبی جهت دیپلمات شدن می‌باشند. علم و تخصص پرستاران یک پوزیشن ویژه جهت تأثیرگذاری بر سیاستگذاری است (۱۷). مدیران پرستاری که به ایفای نقش‌های دیپلماتیک خود می‌پردازند در حین انجام این کار از نقش وکیل مدافعی خود که کمتر راجع به آن در رابطه با پرستاران صحبت شده اما یکی از نقش‌های اصلی آنها می‌باشد، بسیار بهره‌م می‌برند. در حقیقت آنها با استفاده از نقش مدافعه که در بالین آموخته‌اند در انجام دیپلماسی در حرفه خودشان در جهت رسیدن به اهداف سازمانی تلاش می‌کنند.

با توجه به نزدیکی مفهوم مدافعه به ماهیت دیپلماسی و مذاکره در این مطالعه بر آن شدیم تا نقش مدافعه مدیران پرستاری را در انجام دیپلماسی پرستاری بررسی نماییم.

روش‌ها

با توجه به اینکه نقش وکیل مدافعی و استفاده از آن در دیپلماسی دارای جنبه‌های مبهمی بود و مطالعات بسیار کمی در این رابطه به دست آمد از روش تحلیل محتوا در این مطالعه استفاده شد. مشارکت‌کنندگان این مطالعه عبارت بودند از ۱۴ نفر از مدیران و رهبران پرستاری که به روش هدفمند انتخاب شدند. ۷ نفر از آنها مدیران پرستاری دارای جایگاه کلیدی در سیاستگذاری برای پرستاری بودند، ۴ نفر مدیران بالینی ارشد و ۳ نفر مدیران دانشگاهی. به منظور دستیابی به حداکثر تنوع ما مطلعین کلیدی را از هر دو جنس، سنین مختلف، سطوح مختلف مدیریت و محیط بالین و دانشگاه انتخاب کردیم. معیارهای ورود عبارت بود از مدیران دارای تجارب غنی که تمایل به انجام مصاحبه داشتند.

مصاحبه‌ها به روش بدون ساختار، چهره‌به‌چهره و به صورت عمیق انجام شد. به انتخاب مشارکت‌کنندگان مصاحبه‌ها در یک زمان مناسب انجام شده و تا اشیاع داده‌ها و دستیابی به توصیف کاملی از آنچه در خصوص پدیده رخ می‌دهد ادامه یافت. در ابتدای مصاحبه، یک سوال کلی پرسیده می‌شد و سپس سؤالات به سمت سؤالات اختصاصی‌تر در راستای پژوهش و به منظور دستیابی به اطلاعات عمیق در خصوص تجارب آنها هدایت می‌گردید. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۹۰ و میانگین ۶۰ دقیقه بود. جمع‌آوری داده‌ها از فروردین تا دی سال ۱۳۹۸ طول کشید. سؤالات اصلی این بود که "لطفاً تجارب خود را از نقش وکیل مدافعی پرستار در راستای رسیدن به اهداف سازمانی بیان کنید" برای دستیابی به درک عمیق‌تر، مصاحبه‌شونده عبارات سؤالاتی مانند "چرا؟"، "منظور شما چیست؟" و "بیشتر توضیح بدهید" استفاده کرد. همه مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط شده و بلافاصله به متن تبدیل

کننده است. مشارکت کنندگان اظهار نمودند در سطوح کلان مدیریتی اعضای مختلف سیستم در کنار هم کار می کنند و مرزبندی ها کم رنگ تر می شود و برای دریافت پاسخ مناسب در یک جز بایستی هماهنگی با کل سیستم و منافع سیستم بزرگتر را در نظر گرفت.

جدول-۱. طبقات اصلی و زیرطبقات

طبقات	زیرطبقات
مدافعه از سیستم	تفکر سیستمی و نگاه کل نگر
وکیل مدافعی از مردم	تعلق سازمانی
استفاده از مدافعه	نشان دادن نقش پرستار در خدمت به مردم
در مذاکره	استفاده از ادبیات مردم محوری
	یکی کردن مواضع با تاکید بر منافع
	یافتن نقطه مشترک
	تمرکز بر دغدغه اصلی طرف مقابل

وقتی من برنامه ریزی می کردم برای رسیدن به یک هدف در سیستم خودم اگر قرار بود جزئی و فردی به این قضیه نگاه کنم اصلا موفق نمی شدم. می دونید در مدیریت سطوح بالاتر شما باید خودتون رو در کنار سیستم ببینید و جزئی از اون و تحت هر شرایطی منافع سیستم بزرگتر رو در نظر بگیرید. چون منافع سیستم شما به سیستم بزرگتر کاملا مرتبطه (مشارکت کننده شماره ۳).

مدیران پرستاری علاوه بر تفکر سیستمی و نگاه کل نگر که در رابطه با نظام سلامت کسب کرده بودند و از منافع آن دفاع می کردند یک تعلق خاطر روانشناختی نیز نسبت به سیستم داشتند که به آن ها انگیزه کافی برای دفاع از سیستم بزرگتر در جهت اهداف سازمانی را می بخشید. در واقع مشارکت کنندگان اذعان نمودند برای نیل به اهداف سازمانی از هیچ کوششی دریغ نکرده و در جهت تامین نیازهای بیماران می کوشیدند تا سازمان یک مزیت رقابتی پیدا کند. آنها معتقد به عملکرد سازمانی اثربخش بودند و تجارب آن ها حاکی ازین بود که بدون احساس تعلق سازمانی، مدافعه آن ها از سیستم تنها ظاهری بوده و اثربخشی کافی را نخواهد داشت.

زمانی که من از سیستم خودم دفاع می کردم ولی قلبا به اون سیستم اعتقادی نداشتم یا وفاداری کافی رو نداشتم معمولا شکست می خوردم. برای موفقیت در دیپلماسی در نظام سلامت یا تو هر سیستمی شما باید اول یک تعلق خاطر داشته باشید و عملکرد سیستم خودتونو باور داشته باشید تا بتونید ارزش دفاع کنید و افراد دیگه مجاب بشن تا به صحبت شما گوش بدن یا عمل کنن (مشارکت کننده شماره ۶).

دومین طبقه اصلی به دست آمده در این مطالعه وکیل مدافعی از مردم بود که مشتمل بر دو زیر طبقه نشان دادن نقش پرستار در

شدند. داده ها با استفاده از تجزیه و تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند که در آن از یک روش منظم و عینی برای توصیف یک پدیده خاص استفاده می شود (۱۸-۲۱). در ابتدا هر مصاحبه ضبط شده بلافاصله به صورت فایل ورد تایپ شد برای درک معنای کلی متن و شناخت و درک داده ها، بارها و بارها تمام متن خوانده شد. سپس واحدهای معنایی (کدهای اولیه) در متون، مشخص و کدهای مشابه یک یا چند بار درهم ادغام گردید و زیرطبقات تشکیل شد. به این صورت که بیشترین شباهت بین کدها در هر طبقه و بیشترین تفاوت بین کدها در بین طبقات وجود داشته باشد. پس از بحث مکرر بین همه محققان، طبقات یکپارچه شدند و طبقات اصلی تشکیل شدند. از نرم افزار MAX Q DA software (VERBI GmbH, Berlin, Germany version 10) برای کدگذاری و طبقه بندی استفاده شد.

با توجه به اینکه یافته های تحقیق کیفی باید دارای اعتبار باشد، برای لحاظ دقت و صحت مطالعه از معیارهای گوبا و لینکن استفاده شد (۲۲). برای تاییدپذیری یافته ها از ممونینگ در طی فرآیند تحقیق و نوشتن استوری های منظم و تایید مضامین توسط مشارکت کنندگان استفاده شد. جهت حفظ مقبولیت داده ها نیز تخصیص زمان کافی و درگیری طولانی مدت و هم چنین نظارت توسط محقق صاحب تجربه صورت گرفت. برای کسب معیار قابلیت اعتماد از expert check و peer check استفاده شد و برای قابلیت انتقال پذیری نیز تکنیک نمونه گیری با حداکثر تنوع که به انتقال پذیری یافته ها کمک می کند مورد توجه قرار گرفت.

نتایج

در مجموع با ۱۴ شرکت کننده (۹ مرد و ۵ زن) مصاحبه شد. سطح تحصیلات برای ۶ نفر کارشناسی ارشد و سایرین دکتری بود. تجزیه و تحلیل داده ها منجر به پدید آمدن ۳۸۱ کد اولیه شد که در ۳ طبقه و ۸ زیرطبقه قرار گرفتند.

پس از تجزیه و تحلیل داده ها، ۳ طبقه اصلی پدیدار شد که عبارتند از: مدافعه از سیستم، وکیل مدافعی از مردم، استفاده از مدافعه در مذاکره (جدول-۱).

اولین طبقه اصلی ظاهر شده در مطالعه حاضر مدافعه از سیستم می باشد که خود شامل دو زیر طبقه تفکر سیستمی و نگاه کل نگر و تعلق سازمانی بود. پرستاران در حین انجام دیپلماسی جهت دستیابی به اهداف حرفه ای خود به نقش خود به عنوان جزئی از سیستم بزرگتر توجه دارند و اهداف و مقاصد خود را در راستای تقویت سیستم کلی (نظام سلامت) به کار می گیرند. تجارب مشارکت کنندگان حاکی از آن بود در طی برقراری روابط دیپلماتیک، داشتن تفکر سیستمی و نگاه کل نگر یک ضرورت می باشد و استفاده از این مهارت جهت قرار گرفتن در کنار سیستم و شکل دادن منافع مشترک در راستای ارتقا سیستم بسیار کمک

از سوی دیگر مشارکت کنندگان بر دغدغه اصلی طرف مقابل مذاکره تمرکز کرده و با دفاع از وجهت آن دغدغه و نشان دادن نگرانی خود نیز درباره آن موضوع، موفق به کسب پیروزی های متعددی در حین مذاکره شده بودند. آن ها با جدیت تمام دغدغه طرف مقابل را دغدغه خود دانسته و با دفاع ازین موضوع فضای مذاکره را از حالت تقابل و رقابت خارج نموده و به سمت توافق هدایت می نمودند.

من با توجه به شناختی که از طرف مقابلم دارم دغدغه سازمانی شو پیش بینی می کنم. به هر حال دغدغه هر فردی بسته به پوزیشن اش تا حدودی زیادی قابل حدسه. بعد صحبتیم رو با تاکید به اون موضوع و دفاع از مهم بودنش شروع می کنم. معمولا این کار خیلی در همسو شدن طرف مقابل تاثیر داره.

بحث

نقش مدافعه در دیپلماسی پرستاری در قالب ۳ طبقه اصلی ذکر شد. در واقع پرستاران موفق شده اند از نقش وکیل مدافعی خود در سطوح مدیریتی جهت انجام دیپلماسی، مجاب کردن طرف مقابل در راستای اهداف سازمانی و پیشبرد موثر امور استفاده نمایند.

در مطالعه Josse-Eklund در سال ۲۰۱۳ با عنوان نگرش پرستاران و مدیران پرستاری سوئدی در رابطه با دفاع از بیماران مسن در مراقبت های جامعه محور، نگرش ۲۰۷ پرستار و ۲۳ مدیر پرستاری در مقابل دفاع از بیمار جمع آوری گردید. نتایج حاکی از آن بود که نگرش هردو گروه پرستاران و مدیران پرستاری نسبت به دفاع از بیماران مثبت بود. نتایج مطالعه همچنین نشان داد نگرش پرستاران و مدیران پرستاری متأثر از میزان همکاری آنها با یکدیگر می باشد (۲۳). در مطالعه حاضر نیز اهمیت داشتن تفکر سیستمی در زمان مدافعه از سیستم و همکاری حاصل ازین گونه تفکر بین اعضای سیستم محرز بوده که حاصل این همکاری منتج از تفکر سیستمی، دیپلماسی قویتر با استفاده از مدافعه از بیماران و استحصال اهداف سازمانی می باشد. از سوی دیگر در رابطه با انجام دیپلماسی سلامت و نقش پرستار در انجام آن Hunter و همکاران در یک مرور سیستماتیک به بررسی دیپلماسی بهداشت جهانی و ادبیات و مفاهیم آن برای پرستاری پرداخته اند. این مطالعه به ضرورت نقش پرستاران در انجام دیپلماسی سلامت اشاره دارد که در مطالعه حاضر این موضوع به صورت نشان دادن نقش پرستار در خدمت به مردم توسط مشارکت کنندگان مطرح گردید (۱۴). در حقیقت می توان چنین بیان نمود که یک ارتباط چند جانبه میان دیپلماسی پرستاری و خدمت به مردم و از طرفی ارتقای سیستم با بهبود کیفیت مراقبت و هماهنگی بین اجزای سیستم وجود دارد.

یزدانی و همکاران که به تحلیل سیاستگذاری نظام مراقبت سلامت ایران در رابطه با حرفه پرستاری پرداخته اند در این مطالعه

خدمت به مردم و استفاده از ادبیات مردم محوری می باشد. مدیران پرستاری ذکر نمودند که یک اصل مهم جهت پیشبرد اهداف سازمان دفاع از مردم و سلامتی آن ها است. زیرا که رسالت تمامی اعضای تیم درمان حفظ و ارتقای سلامت مردم است در نتیجه بایستی تمام اهداف سیستم سلامت و در راستای آن سیستم پرستاری در جهت همین هدف باشد. نشان دادن نقش و سهم پرستار در پیشگیری و درمان بیماران که جزئی از مردم هستند یک کارکرد مهم مدیران پرستاری در دیپلماسی می باشد. همچنین مشارکت کنندگان ذکر نمودند که استفاده از ادبیات و گفتمان مبتنی بر دفاع از مردم در مذاکرات بسیار کمک کننده بوده و موجب پیشروی امور می شود. به طور مثال یکی از مشارکت کنندگان گفت: نقش اصلی ما محافظت از سلامت مردم و بازگرداندن سلامتی به اونهاست. من همیشه در جلسات اول صحبتیم اینو میگم که دلیل وجود من و همکارانم در سیستم دفاع از سلامت مردمه مخصوصا که پرستاران در خط مقدم این جبهه هستن (مشارکت کننده شماره ۹).

من طبق تجربه سعی می کنم در مذاکراتم حتما به نقش پرستاران در دفاع از سلامت مردم اشاره کنم. این نکته خیلی مهم و کلیدی و می تونم یگم یک شاه کلیده! چون تاثیر زیادی روی فضای ایجاد شده در حین گفتگو داره (مشارکت کننده شماره ۷).

سومین طبقه اصلی در این مطالعه استفاده از مدافعه در مذاکره است که شامل ۳ زیر طبقه می باشد: یکی کردن مواضع با تاکید بر منافع، یافتن نقطه مشترک و تمرکز بر دغدغه اصلی طرف مقابل.

مدیران پرستاری که مشارکت کنندگان در این مطالعه بودند تجربه انجام مذاکرات متعددی را نیز داشتند. آن ها ذکر نمودند که ایجاد فضای غیررقابتی در حین مذاکره بسیار مهم است که با استفاده از نقش وکیل مدافعی در حین مذاکره می توان از ایجاد این فضا جلوگیری نمود. در واقع آن ها از این نقش پرستاری در حین انجام مذاکره نیز استفاده نموده و طرف مقابل را در راستای اهداف سازمانی شان مجاب می کردند به این صورت که به دفاع از منافع مشترک بین خود و طرف مقابل در مذاکره می پرداختند و یا یک نقطه اشتراک (کاری، خانوادگی یا محیطی) پیدا کرده و با تاکید بر آن و دفاع از آن نقطه مشترک فضای صلح آمیزی را در حین مذاکره برقرار می کردند.

من زمانی که قراره برم برای مذاکره با فردی، قبلش درموردش یه بررسی انجام میدم. نقاط مشترک خودمو با اون پیدا می کنم و در حین مذاکره روی اون نقطه مشترک مانور میدم و ارزش دفاع می کنم. از طرف دیگه منافع حاصل از توافقمونو هم مدام بهش گوش زد می کنم که این توافق می تونه چه نتایج مثبتی برای هردوی ما داشته باشه و معمولا نتیجه مدنظرمو میگیرم (مشارکت کننده شماره ۱۲).

صورت پیچیده و بعضاً انجام دیپلماسی جهت پیشبرد امور حرفه‌ای‌شان می‌باشند.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه بیانگر دوماً موضوع در رابطه با پرستاران می‌باشد. اول اینکه پرستاران به دلیل اینکه بخش بزرگی از نظام سلامت را تشکیل می‌دهند و ارتقای این نظام به طور مستقیم متأثر از عملکرد آنان می‌باشد وارد دیپلماسی شده و از آن در جهت کسب اهداف سازمانی استفاده می‌نمایند. در انجام دیپلماسی مهارت‌های بسیار متنوعی مورد نیاز است که پرستاران ایرانی از نقش مدافعه که در مراقبت مستقیم از بیمار کمتر به آن پرداخته شده به صورت ویژه‌ای در دیپلماسی بهره می‌برند. آن‌ها با استفاده از این توانمندی مسیر انجام دیپلماسی را هموارتر نموده و سعی در استفاده موثر از آن در موقعیت‌های دیپلماتیک دارند که نتیجه آن انجام دیپلماسی موثرتر و دستیابی سریعتر به اهداف نظام سلامت است که مهمترین آن بهبود سلامتی مردم می‌باشد و هم راستا با رسالت اصلی پرستاران است. با توجه به اینکه دیپلماسی در پرستاری یک موضوع جدید بوده و مطالعات اندکی در این زمینه انجام شده است لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی به بررسی سایر توانمندی‌های پرستاران در دیپلماسی نظام سلامت پرداخته شود.

نکات کاربردی برای جوامع نظامی

با توجه به تغییر شکل جنگ در عصر حاضر و تبدیل آن به جنگ نرم لزوم استفاده از دیپلماسی به ویژه در جوامع نظامی بیش از پیش احساس می‌شود. دیپلماسی سلامت نیز حوزه جدیدی است که به انجام این مهارت در جوامع سلامت می‌پردازد و کاربرد آن در سیستم‌های بهداشتی نظامی فواید مضاعفی خواهد داشت.

مدافعه نقش مشترک سربازان و پرستاران به عنوان سربازان سلامتی می‌باشد. در صورتیکه پرستاران این نقش را در دفاع از سلامت بیماران به درستی ایفا نمایند اهمیت آن کمتر از نقش سربازان در دفاع از کشور نخواهد بود و حاصل تلاش موازی این دو گروه کشوری سالم و مستقل خواهد بود.

با توجه به شیوع اخیر پاندمی ویروس کرونا، اهمیت مدافعه پرستاران از سلامت بیماران به عنوان سربازان مدافع سلامت بیماران و در کنار آن استفاده از دیپلماسی سلامت با سایر کشورها به وضوح احساس می‌شود. استفاده از مهارت مدیران پرستاری به ویژه در بیمارستان‌های نظامی در این زمینه در راستای انجام دیپلماسی قویتر در نظام سلامت و در راستای سیاستگذاری کشور حایز اهمیت و توجه می‌باشد.

تشکر و قدردانی: طرح پژوهشی این مطالعه توسط کمیته اخلاق با کد IR.BUMS.REC.1397.340 مورد تصویب قرار گرفت و کلیه ملاحظات اخلاقی شامل کسب رضایت آگاهانه، حق

نیز به خوبی اهمیت ورود پرستاران به حوزه‌های سیاستگذاری تبیین شده و به اهمیت گفتمان پرستاران با سایر سیستم‌ها در بحث سلامت پرداخته است (۲۴). این مطالعه موانع موجود بر سر راه پرستاران در ورود به سیاستگذاری در نظام سلامت را بررسی نموده است که در مطالعه حاضر از منظر دیگری به این موضوع پرداخته شده و بر ارتقا توانمندی پرستاران با استفاده از مهارت مدافعه در دیپلماسی جهت کاهش موانع ورود به سیاستگذاری تأکید شده است. Donaldson در سال ۲۰۰۸ مطالعه‌ای تحت عنوان توسعه یک برنامه مدافعه پیشرونده در یک آژانس خدمات انسانی منتشر کرد. نتایج این مطالعه توصیفی - تحلیلی نشان داد: توسعه یک برنامه مدافعه در سیستم جهت دستیابی به اهداف سازمانی نیاز به رهبری قوی، منابع مالی متنوع و کارکنان تمام وقت مسئول انجام مسئولیت مدافعه دارد. همچنین دستیابی به یک برنامه پیشرو در مدافعه برای پیشبرد اهداف نیاز به کمیته‌های مسئول و هوشیار در حوزه مسئولیتی خودشان و تقویت این کمیته‌ها از طریق توسعه رهبری و تشکیل ائتلاف‌ها دارد (۲۵). از سوی دیگر در مطالعه McDougall که تحت عنوان قدرت و سیاست در چشم انداز سلامت جهانی: باورها، رقابت‌ها و مذاکرات میان ائتلاف‌های جهانی در فرآیند سیاست‌گذاری انجام شده بود به بررسی اینکه چگونه ائتلاف‌ها بین خودشان مذاکره می‌کنند و اشکال پنهانی قدرت را برای تولید سیاست بر اساس باورها و منافع استراتژیک خود دارند. در این مقاله از یک چارچوب ائتلاف دفاعی به عنوان یک تئوری غیررسمی استفاده شده است. این مطالعه نتیجه می‌گیرد که یک روند مشارکتی در میان اعضای ائتلاف‌های مختلف برای پیشرفت حیاتی است هرچند که این مشارکت به معنی توافق کامل و همه جانبه نمی‌باشد. ائتلاف‌های رقابتی با اعتقادات، هنجارها و استراتژی‌های مختلف می‌توانند با یکدیگر همکاری کنند در صورتیکه انگیزه‌های آنها برای نفوذ در سیاستگذاری، با یکدیگر همسو باشد و همین انگیزه مشترک برای تسهیل این همکاری کافی است (۲۶). این مطالعات به نوعی در راستای تایید یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشند به این صورت که یافته‌های این مطالعه نیز بیانگر لزوم استفاده از تکنیک مدافعه در مذاکره با تمرکز بر دغدغه اصلی طرف مقابل و یکی کردن مواضع و همچنین ایجاد نقطه مشترک می‌باشد. کشمیری در مطالعه‌ای به بررسی همکاری بین حرفه‌ای اعضای تیم درمان پرداخت که نتایج مطالعه وی حاکی از نمره همکاری بین حرفه‌ای کمتر از حد انتظار تیم درمان بود (۲۷). در حالیکه مطالعه حاضر مبتنی بر انجام دیپلماسی و انجام مذاکره حرفه‌ای توسط مدیران پرستاری می‌باشد. یک اختلاف واضح بین مطالعه حاضر و مطالعه کشمیری به دلیل تفاوت در شرکت کنندگان می‌باشد که مطالعه حاضر مبتنی بر تجارب مدیران پرستاری و نه صرفاً پرستاران بالینی بوده است که مدیران به دلیل ماهیت شغلی‌شان ناچار به تقویت مهارت‌های ارتباطی به

مقاله یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می پذیرند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می کنند که هیچ گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع:

1. Firouzkouhi M, Zargham-Boroujeni A, Nouraei M, Rahnama M, Babaiepur M. The effects of imposed war on Iran's nursing: A historical research. *Journal of Military Medicine*. 2015;17(3):127-36.
2. Darbyshire P. Nursing heroism in the 21 st Century'. *BMC nursing*. 2011;10(1):4. doi:10.1186/1472-6955-10-4
3. MacDonald K, De Zylva J, McAllister M, Brien DL. Heroism and nursing: A thematic review of the literature. *Nurse education today*. 2018;68:134-40. doi:10.1016/j.nedt.2018.06.004
4. Farnoosh G, Ghanei M, Khorramdelazad H, Alishiri G, Farahani AJ, Shahriary A, et al. Are Iranian sulfur mustard-exposed survivors more vulnerable to SARS-CoV-2: some similarity in their pathogenesis. *Disaster medicine and public health preparedness*. 2020 May 18:1-2. doi:10.1017/dmp.2020.156
5. Huang L, rong Liu H. Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak. *medRxiv*. 2020. doi:10.1101/2020.03.05.20031898
6. Hanks RG. Social advocacy: A call for nursing action. *Pastoral Psychology*. 2013;62(2):163-73. doi:10.1007/s11089-011-0404-1
7. Vaartio H, Leino-Kilpi H, Suominen T, Puukka P. The content of advocacy in procedural pain care-patients' and nurses' perspectives. *Journal of advanced nursing*. 2008;64(5):504-13. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04817.x
8. Kalaitzidis E, Jewell P. The concept of advocacy in nursing: a critical analysis. *The health care manager*. 2015;34(4):308-15. doi:10.1097/HCM.000000000000079
9. Hollingsworth HL, Knight-McKenna M, Bryan R. Policy and advocacy concepts and processes: innovative content in early childhood teacher education. *Early Child Development and Care*. 2016; 186(10):1664-74. doi:10.1080/03004430.2015.1121252
10. Paradiz V, Kelso S, Nelson A, Earl A. Essential self-advocacy and transition. *Pediatrics*. 2018;141:S373-S7. doi:10.1542/peds.2016-4300P
11. Jafareimanesh H, Alibazi A, Zaghari Tafreshi M, Ranjbaran M. Nursing advocacy models: A review of nurses' protective role. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014;7(4):41-54.
12. Kevany S. Global health diplomacy, 'smart power', and the new world order. *Global public health*. 2014;9(7):787-807. doi:10.1080/17441692.2014.921219
13. Kickbusch I. Global health diplomacy: how foreign policy can influence health. *BMJ*. 2011;342:d3154. doi:10.1136/bmj.d3154
14. Hunter A, Wilson L, Stanhope M, Hatcher B, Hattar M, Messias DKH, et al. Global health diplomacy: An integrative review of the literature and implications for

کناره گیری از مطالعه، حفظ گمنامی و محرمانه ماندن اطلاعات در طول مطالعه رعایت گردید.

نقش نویسندگان: ایده و طرح اولیه توسط نویسنده اول و جمع آوری داده ها و تجزیه و تحلیل و تفسیر یافته ها توسط تمامی نویسندگان انجام شد. همچنین همه نویسندگان در نگارش اولیه

- nursing. *Nursing Outlook*. 2013;61(2):85-92. doi:10.1016/j.outlook.2012.07.013
15. Thaiprayoon S, Smith R. Capacity building for global health diplomacy: Thailand's experience of trade and health. *Health Policy and Planning*. 2014;30(9):1118-28. doi:10.1093/heapol/czu117
16. Kathy Fitzpatrick J, Fullerton J, Kendrick A. Public relations and public diplomacy: Conceptual and practical connections. *Public Relations Journal*. 2013; 7(4).
17. Schober M. Politics: The Art of Diplomacy and Negotiation. *Strategic Planning for Advanced Nursing Practice*: Springer; 2017. p. 57-63. doi:10.1007/978-3-319-48526-3_5
18. Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H. Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *SAGE open*. 2014;4(1): 2158244014522633. doi:10.1177/2158244014522633
19. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-88. doi:10.1177/1049732305276687
20. Krippendorff K. *Content analysis: An introduction to its methodology*: Sage publications; 2018.
21. Mayring P. *Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution*. 2014. doi:10.1007/978-94-017-9181-6_13
22. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*. 1994;2(163-194):105.
23. Josse-Eklund A, Jossebo M, Sandin-Bojö A-K, Wilde-Larsson B, Petzäll K. Swedish nurses' perceptions of influencers on patient advocacy: A phenomenographic study. *Nursing Ethics*. 2014;21(6):673-83. doi:10.1177/0969733013515488
24. Yazdani S, Nikravan Mofrad M, Ahmadi S, Zaghari Tafreshi M. An Analysis of Policies of the Iranian Health Care System in Relation to the Nursing Profession. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2016;5(2):211-20.
25. Donaldson LP. Developing a progressive advocacy program within a human services agency. *Administration in Social Work*. 2008;32(2):25-48. doi:10.1300/J147v32n02_03
26. McDougall L. Power and politics in the global health landscape: beliefs, competition and negotiation among global advocacy coalitions in the policy-making process. *International journal of health policy and management*. 2016;5(5):309. doi:10.15171/ijhpm.2016.03
27. Keshmiri F. Assessment of the interprofessional collaboration of healthcare team members: validation of Interprofessional Collaborator Assessment Rubric (ICAR) and pilot study. *Journal of Military Medicine*. 2019;21(6):647