

مقایسه دیدگاه پزشکان، پرستاران و بیماران در مورد نقش مدافعه پرستاری

هادی جعفری منش^۱، دکتر منصوره زاغری تفرشی^۲، دکتر طاهره اشک تراب^۳، دکتر حمید علوی مجد^۴

۱. مربی، کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۲. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: موضوع مدافعه از بیمار از بحث برانگیزترین موضوعات حرفه پرستاری در دو دهه اخیر می باشد، به طوری که امروزه مدافعه قدرتمند ترین زیر بنا برای انسان دوستی و کاهش آلام بشر محسوب می گردد. هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه دیدگاه پزشکان، پرستاران و بیماران در مورد نقش "مدافعه پرستار" از بیمار در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی است.

مواد و روش ها: این پژوهش مطالعه ای توصیفی - مقایسه ای است که در آن ۳۲۹ پزشک، ۳۴۵ پرستار و ۲۲۵ بیمار به روش نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شدند. داده ها به کمک پرسشنامه ای حاوی اطلاعات جمعیت شناختی به تفکیک سه گروه مورد مطالعه و مقیاس مدافعه پرستاری در پنج بعد ضرورت، ماهیت، عوامل تسهیل کننده، عوامل ممانعت کننده و نتایج مدافعه پرستاری، جمع آوری گردید. روایی ابزار به روش روایی صوری، محتوی و سازه و پایایی آن به صورت همسانی درونی و آزمون مجدد بدست آمد. اطلاعات به دست آمده توسط نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۱۶ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج حاصل از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که بین دیدگاه پزشکان، پرستاران و بیماران در مورد ابعاد و کل مقیاس مدافعه پرستاری اختلاف معنا دار آماری وجود دارد ($p < 0/05$). به طوری که میانگین درصد نمرات دیدگاه گروه بیماران به طور معنا داری بیشتر از پرستاران و پزشکان ($p < 0/05$) و میانگین درصد نمرات دیدگاه گروه پرستاران نیز به طور معنا داری بالاتر از پزشکان می باشد ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: مدیران پرستاری باید تلاش نمایند تا با ارتقاء عوامل تسهیل کننده و حذف عوامل ممانعت کننده نقش مدافعه پرستاری، فرصت کافی را برای ایفای این نقش در بیمارستان فراهم نمایند. در این راستا توجه به دیدگاه های گروه های ذینفع کمک کننده است.

کلید واژه ها: دیدگاه، مدافعه پرستاری، پزشکان، پرستاران، بیماران

مقدمه

چالش های اخلاقی زیادی را به دنبال داشته است (پارساپور و همکاران، ۱۳۸۸). از سوی دیگر، نهضت های جهانی دفاع از

در دهه های اخیر، متناسب با پیدایش روش های روزآمد درمانی و پیشرفت فن آوری های علوم پزشکی، حوزه های تعامل و مداخلات پزشکی وسعت زیادی پیدا کرده و این خود

حقوق بشر توجه مجامع علمی جهانی را به حقوق گروه های اجتماعی خاص از جمله بیماران جلب نموده اند، چرا که بیماران به عنوان یکی از آسیب پذیرترین گروه های اجتماعی چه از لحاظ جسمی و چه از لحاظ روانی، اجتماعی و اقتصادی می باشند (جولایی، ۱۳۸۶). با این وجود مطالعات نشان می دهند ۹۴/۲ درصد بیماران در پاسخ به این سوال که آیا تا

نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر منصوره زاغری تفرشی
آدرس پست الکترونیک: تهران - تقاطع خیابان ولیعصر و بزرگراه
نیایش - دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی
Tafreshi45@hotmail.com

شناخت آن مستلزم کسب دیدگاههای همه ذی نفعان است. از نظر Rushton (۱۹۹۵) حمایت دقیق مستلزم تعامل و ارتباط متقابل بین همه کسانی است که در مراقبت از بیمار نقش دارند.

Davis و همکاران (۲۰۰۳) می نویسند که از دیدگاه پرستاران ژاپنی، پزشکان از قدرت بیش تری نسبت به پرستاران برخوردارند و این مساله موقعیت آنها را در موسسات مراقبت بهداشتی آسیب پذیرتر می سازد. آنها معتقدند که بدون حمایت مدیران پرستاری، پرستاران تنها در صورت آسیب نرسیدن به خود، از بیمار حمایت و حفاظت می نمایند (نگارنده ۱۳۸۴ ب). از طرفی پزشکان نزدیکترین همکاران پرستاران هستند و شاید هیچ کسی به اندازه آنان قدر و ارزش کار پرستاران و اهمیت مراقبت پرستاران را در درمان و بهبود بیماران نداند. در مطالعه Hellwing و همکاران (۲۰۰۳) مشخص شد پشتیبانی پزشک به عنوان یکی از عوامل تسهیل کننده حمایت پرستاران از بیماران، شناسایی شده است. بنابراین به نظر می رسد بررسی دیدگاه پزشکان به عنوان یک گروه تاثیر گذار در عملکرد پرستاران که وظایفی وابسته و مکمل هم دارند، می تواند در پیشبرد نقش مدافع از بیمار توسط پرستار کمک کننده باشد. لذا هرگونه تلاشی برای ارتقای سلامت بیماران و اقتدار حرفه ای پرستاران بدون توجه به نظرات و دیدگاه های این دو گروه و همچنین پزشکان که از قدرت بیشتری در مراکز بهداشتی درمانی برخوردارند، ناکام خواهد ماند. به عبارت دیگر، بررسی نظرات و دیدگاه های پزشکان، پرستاران و بیماران و مقایسه آن ها با یکدیگر می تواند موارد اختلاف نظر را آشکار سازد و از این طریق پرستاران با درک دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان و پزشکان به عنوان همکاران همیشگی، قادر به ارائه خدمات جامع تر و با کیفیت تر خواهند بود (کریمی و همکاران، ۱۳۸۸). همچنین به پرستاران کمک می کند تا ببانندیشند که چگونه می توانند مدافع گران موثری برای بیمار باشند (رضایی کارگر، ۱۳۸۴). بنابراین هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه دیدگاه پزشکان، پرستاران و بیماران در مورد نقش "مدافع پرستار" از بیمار در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی است.

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی-مقایسه ای، برای انتخاب واحد های مورد پژوهش از روش نمونه گیری چند مرحله ای استفاده شد. بدین صورت که ابتدا بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه

به حال حقوق شما در مراکز درمانی رعایت شده است، پاسخ منفی داده اند (Marakou و همکاران، ۲۰۰۱). مطالعاتی که نیز در ایران انجام شده نشان می دهند حقوق بیماران در مراکز درمانی چندان رعایت نمی شود. در مطالعه ای که توسط وسکویی اشکوری و همکاران (۱۳۸۸) انجام شد نتایج نشان داد در ۵۲/۷ درصد از موارد، اطلاعات مناسب از بیماری و روش های مراقبتی-درمانی به بیماران داده نمی شود، خلوت (۴۵ درصد) و استقلال بیماران (۶۴ درصد) در مراقبت ها رعایت نمی گردد و تنها در ۱۷ درصد موارد، حق تغییر پزشک یا پرستار به بیمار داده شده است. اصولاً پرستاری اخلاق محور بوده و پایه های آن بر مبنای اخلاق استوار است (Fry و همکاران ۲۰۰۲)، بنابراین لازم است پرستاران در برابر عملکرد یا غفلت تیم ارائه خدمات بهداشتی درمانی که سلامت بیماران را در معرض خطرات و تهدیدات جدی قرار می دهد، به عنوان یک مانع و مقابله جدی و حیاتی وارد عمل شوند (رضایی کارگر ۱۳۸۴).

از نظر Snowball (۱۹۹۶) واژه "مدافع"، واژه کلیدی مناسبی است که با مفاهیم اخلاقیات، علم اخلاق، استقلال و توانمندی بیماران مرتبط است. مدافع از بیمار در واقع مستلزم اخلاق در مراقبت است. فعالیت منظم پرستاران در جهت حفظ استقلال و ارتقاء سلامت بیماران و نیز کنترل سایر عوامل در محیط، شواهدی بر این ادعا است (رضایی کارگر، ۱۳۸۴). مدافع در پرستاری به معنی آگاه کردن و پشتیبانی فرد است تا بیمار بتواند بهترین تصمیم ممکن را برای خود بگیرد. لذا مدافع از بیمار متضمن رعایت و حفاظت از حقوق و ارزش های بیمار و احترام به افراد است (نگارنده و همکاران، ۱۳۸۴ الف). به عنوان حامی قانونی، پرستار حافظ حقوق مددجو در پذیرش یا رد درمان است و او را از نارسائی های درمان یا اعمال غیر قانونی محافظت می کند. پرستار حق اساسی تصمیم گیری و استقلال بیمار را با احترام به خواسته های بیمار حفظ می کند (Kubsch و همکاران، ۲۰۰۴). اهمیت این نقش به قدری است که Vaartio و همکاران (۲۰۰۸) مدافع را یک بخش جدایی ناپذیر از فرآیند مراقبت پرستاری دانسته اند. در واقع مدافع، فهمیدن و به کاربردن وظایف پرستاری حرفه ای است (Blondeau و همکاران، ۲۰۰۰).

مدافع ماهیت پیچیده ای داشته و از عوامل متعددی چون ارزشهای فردی، سازمانی و اجتماعی، نوع مدیریت و روابط انسانی محیط کار، فرهنگ سازمانی و نظایر آن متاثر می شود (Sellin، ۱۹۹۵ و Kubsch و همکاران ۲۰۰۴ و نگارنده ۱۳۸۴)

علوم پزشکی شهید بهشتی در سطح تهران بر حسب منطقه جغرافیایی به پنج قسمت شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب تقسیم شدند، سپس در هر منطقه یک بیمارستان آموزشی-درمانی، دارای بخش داخلی و جراحی و بیش از ۲۰۰ تخت، به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس پژوهشگر در هر بیمارستان به طور تصادفی به پنج بخش های داخلی و جراحی مراجعه نمود و نمونه ها را از سه گروه پزشکان، پرستاران به روش سرشماری و بیماران به صورت تصادفی ساده انتخاب نمود.

معیار ورود به مطالعه برای پزشکان شامل دارا بودن حداقل مدرک پزشکی عمومی، اشتغال در بخش داخلی یا جراحی بیمارستان به عنوان پزشک در زمان انجام پژوهش، رضایت و تمایل کامل به شرکت در مطالعه، و برای پرستاران شامل داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، اشتغال در بخش داخلی یا جراحی بیمارستان به عنوان پرستار در زمان انجام پژوهش، رضایت و تمایل کامل به شرکت در مطالعه و برای بیماران شامل داشتن حداقل ۱۸ سال سن، بستری بودن حداقل به مدت ۲۴ ساعت در بخش های داخلی یا جراحی بیمارستان، هوشیاری کامل و عدم وجود درد یا مشکلات حادی که مانع از تمرکز بیمار جهت پاسخگویی به سوالات گردد، رضایت و تمایل کامل به شرکت در مطالعه، توانایی صحبت کردن به زبان فارسی و برقراری ارتباط کلامی بود. بدین منظور ۳۲۹ پرسشنامه در بین پزشکان و ۳۴۵ پرسشنامه در بین پرستاران و ۲۲۵ پرسشنامه در بین بیماران توزیع شد که از این تعداد ۷۹/۲۰ درصد پزشکان، ۸۶/۳۷ درصد پرستاران و ۹۱/۵۵ درصد بیماران پرسشنامه را بطور کامل تکمیل کرده و تحویل پژوهشگر دادند. اطلاعات به دست آمده توسط نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۱۶ و به کمک آزمون های توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای نشان دادن نزدیک بودن یک عبارت به دیدگاه های گروه مورد مطالعه از میانگین وزنی که عددی بین ۱ تا ۵ است، استفاده شد. هر چه نمره یک عبارتی بیشتر باشد نشان دهنده آن است که آن عبارت به دیدگاه گروه های مورد مطالعه نزدیک تر بوده و با آن بیشتر موافق هستند. بنابراین میانگین وزنی هر عبارت عددی بین ۱ تا ۵ می باشد که هر چه نمره عبارت بیشتر باشد نشان دهنده آن است که آن عبارت به دیدگاه گروه های مورد مطالعه نزدیک تر بوده و با آن بیشتر موافق هستند. برای محاسبه میانگین نمرات ابعاد و کل مقیاس مدافعه پرستاری، نمرات عبارات هر بعد و کل مقیاس با هم جمع گردید. برای ساده تر کردن تفسیر نمرات هر بعد و کل مقیاس، میانگین نمرات به

"میانگین درصد" که عددی بین صفر تا ۱۰۰ است، تبدیل شد. هر چه نمره یک بعد بیشتر باشد نشان دهنده آن است که آن بعد از دیدگاه گروه های مورد مطالعه با اهمیت تر است.

ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه شامل یک پرسشنامه ای حاوی اطلاعات جمعیت شناختی به تفکیک سه گروه پزشکان، پرستاران و بیماران و "مقیاس مدافعه پرستاری" پژوهشگر ساخته بود که بر پایه چندین ابزار معتبر و پایا، ابتدا با ۷۱ عبارت توسط پژوهشگران طراحی شد. سپس برای تعیین روایی محتوی از نظرات ۱۶ نفر از اساتید هیئت علمی دانشکده های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران و ایران (سابق)، و دو پزشک متخصص بالینی استفاده شد. از آنها خواست تا بر اساس شاخص روایی محتوی (CVI) (یغمایی، ۱۳۸۸) میزان مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن هر عبارت را بر اساس معیار نمره چهار قسمتی تعیین نمایند. در کل شاخص روایی محتوی برای کل ابزار مقیاس دیدگاه پرستاری در بعد مربوط بودن ۹۳/۷۲ درصد و در بعد واضح بودن ۹۱/۲۵ درصد و در بعد ساده بودن ۹۱/۴۳ درصد بود.

پس از اصلاحات حاصل از روایی صوری و محتوا، به منظور تعیین روایی سازه مقیاس مدافعه پرستاری، ابزار طراحی شده با ۶۱ عبارت، در بین ۷۰ نفر از پزشکان، ۷۰ نفر از پرستاران و ۷۰ نفر از بیماران که بصورت نمونه گیری چند مرحله ای از جامعه پژوهش انتخاب شده بودند، توزیع شد. در مجموع ابزار مطالعه توسط ۱۸۶ نمونه از پزشکان، پرستاران و بیماران پاسخ داده شد. با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی، برای سازمان دهی عبارات و حذف احتمالی آنها در زیر مقیاس ها (کاظم نژاد و همکاران، ۱۳۸۹؛ Munro، ۲۰۰۵)، با کمک روش مولفه های اصلی و دوران متعامد واریمکس، سازه عاملی ابزار مقیاس مدافعه پرستاری با نقطه برش حداکثر ۰/۵۵، در پنج بعد مشخص گردید. برای تعیین پایایی ابزار مطالعه از شیوه همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ برای پزشکان ۰/۹۱۹، برای پرستاران ۰/۹۲۰ و برای بیماران ۰/۹۴۶) و آزمون مجدد (ضرایب همبستگی برای پزشکان ۰/۹۵۶، برای پرستاران ۰/۹۱۶ و برای بیماران ۰/۹۴۱) استفاده شد. ابزار نهایی، مقیاس مدافعه پرستار با ۵۷ عبارت و در پنج بعد شامل الف) ضرورت مدافعه پرستاری با ۱۲ عبارت، ب) ماهیت مدافعه پرستاری با ۱۶ عبارت، ج) عوامل تسهیل کننده مدافعه پرستاری با ده عبارت، د) عوامل ممانعت کننده مدافعه پرستاری با ۱۳ عبارت و ه) نتایج مدافعه پرستاری با شش عبارت مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها

مشخصات جمعیت شناختی گروه پزشکان نشان داد اکثر آنها در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال (۶۳/۵ درصد) با میانگین سنی ۳۴/۸۴ سال قرار دارند. همچنین اکثر مرد (۵۶/۲ درصد)، متأهل (۶۰ درصد)، دانشجوی دوره تخصص (۷۱/۶ درصد)، دارای قومیت فارس (۷۳/۲ درصد) هستند. تنها ۴۹/۲ درصد پزشکان در دوران تحصیل و ۴۰ درصد در طی دوران کاری خود در مورد حقوق بیمار آموزش دیده اند. مشخصات جمعیت شناختی گروه پرستاران نشان داد اکثر آنها در محدوده سنی بین ۲۰ تا ۲۹ سال (۴۳ درصد) با میانگین سنی ۳۲/۸۱ سال قرار دارند. همچنین اکثر زن (۸۱/۲ درصد)، متأهل (۶۲/۴ درصد)، کارشناس (۹۰/۶ درصد)، دارای قومیت فارس (۶۲/۴ درصد) می باشند. ۵۵/۷ درصد پرستاران در دوران تحصیل و ۵۱/۷ درصد در طی دوران کاری خود در مورد حقوق بیمار آموزش دیده اند. مشخصات جمعیت شناختی گروه بیماران نشان داد اکثر بیماران مورد مطالعه محدوده سنی بالای ۵۰ سال (۳۵ درصد) با میانگین سنی ۴۴/۳۷ سال قرار دارند. همچنین اکثر نمونه ها در گروه بیماران زن (۶۲/۱ درصد)، متأهل (۷۱/۸ درصد)، دارای تحصیلات ابتدایی یا راهنمایی (۳۲/۵ درصد)، دارای قومیت فارس (۴۸/۱ درصد) می باشند. ۳۲ درصد از افراد مورد مطالعه در گروه بیماران به طور کامل و ۴۲/۷ درصد تاحدودی از حقوق خود اطلاع داشتند و ۲۵/۳ درصد هم هیچ اطلاعی از حقوق خود در زمان بستری شدن نداشتند.

جدول شماره یک نتایج حاصل از تعیین دیدگاه پزشکان، پرستاران و بیماران را در مورد نقش مدافعه پرستاری نشان می دهد. در این جدول دو عبارتی که بیشتر به دیدگاه گروه های مورد مطالعه نزدیک بود، مشخص شده است. بنابراین میانگین وزنی هر عبارت عددی بین ۱ تا ۵ می باشد که هر چه نمره عبارت بیشتر باشد نشان دهنده آن است که آن عبارت به دیدگاه گروه های مورد مطالعه نزدیک تر بوده و با آن بیشتر موافق هستند.

نتایج حاصل از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان می دهد که بین دیدگاه پزشکان، پرستاران و بیماران در مورد ابعاد و کل مقیاس مدافعه پرستاری اختلاف معنا دار آماری وجود دارد ($p < 0.05$) به طوری که در مورد کل مقیاس، میانگین درصد

دیدگاه گروه بیماران در مورد مدافعه پرستاری، به طور معنا داری بیشتر از پرستاران و پزشکان ($p < 0.05$) و میانگین درصد دیدگاه گروه پرستاران نیز به طور معنا داری بالاتر از پزشکان می باشد ($p < 0.05$). نتایج حاصل از مقایسه دو به دو گروه ها به کمک آزمون توکی در ابعاد پنج گانه مدافعه پرستاری، نشان داد:

الف) در بعد ضرورت مدافعه پرستار، میانگین درصد گروه دیدگاه بیماران به طور معنا داری بیشتر از پرستاران و پزشکان ($p < 0.05$) و میانگین درصد دیدگاه گروه پرستاران نیز به طور معنا داری بالاتر از پزشکان می باشد.

ب) در بعد ماهیت مدافعه پرستاری نیز، میانگین درصد دیدگاه گروه بیماران به طور معنا داری بیشتر از پرستاران و پزشکان است ($p < 0.05$)، ولی بین میانگین درصد دیدگاه گروه پرستاران و پزشکان تفاوت معنا دار آماری مشاهده نشد ($p > 0.05$).

ج) همچنین در بعد عوامل تسهیل کننده مدافعه پرستاری، میانگین درصد دیدگاه گروه بیماران به طور معنا داری بیشتر از پرستاران و پزشکان ($p < 0.05$) و میانگین درصد دیدگاه گروه پرستاران نیز به طور معنا داری بالاتر از پزشکان می باشد ($p < 0.05$).

د) از سوی دیگر، در بعد عوامل ممانعت کننده مدافعه پرستاری، میانگین درصد دیدگاه گروه پرستاران به طور معنا داری بیشتر از پزشکان و بیماران است ($p < 0.05$) و میانگین درصد دیدگاه گروه بیماران نیز به طور معنا داری بالاتر از پزشکان می باشد ($p < 0.05$).

ه) و نهایتاً در بعد نتایج مدافعه پرستاری در سه گروه پزشکان، پرستاران و بیماران نیز تفاوت معنا دار آماری وجود دارد ($p < 0.05$). به طوری که میانگین درصد دیدگاه گروه بیماران به طور معنا داری بیشتر از پرستاران و پزشکان است ($p < 0.05$). و میانگین درصد دیدگاه گروه پرستاران نیز به طور معنا داری بالاتر از پزشکان می باشد ($p < 0.05$).

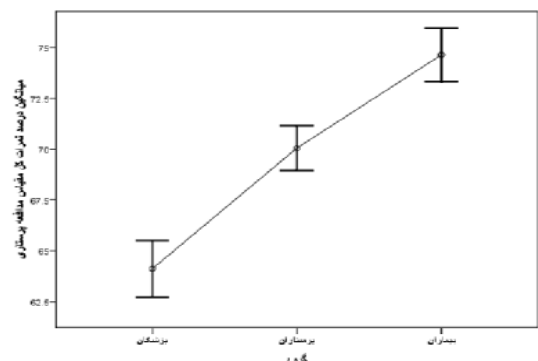
به طور کلی، به جزء در بعد ماهیت مدافعه پرستاری که بین دیدگاه پزشکان و پرستاران تفاوت معنا دار آماری مشاهده نشد ($p > 0.05$)، در تمامی ابعاد و کل مقیاس مدافعه پرستاری بین سه گروه تفاوت معنا دار آماری مشاهده می شود ($p < 0.05$). این نتایج در نمودار شماره ۱ مشخص شده است.

جدول شماره ۱: میانگین وزنی دو عبارت ابعاد مقیاس مدافعه پرستاری با بالاترین اهمیت از دیدگاه پزشکان و پرستاران شاغل و بیماران بستری در بخش های داخلی و جراحی بیمارستان های وابسته دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

بیماران	پرستاران	پزشکان	گروه / ابعاد
X = ۴/۳۷ X = ۴/۳۱	آسیب پذیری مراقبت اخلاقی	X = ۳/۹۸ X = ۳/۹۸	مراقبت اخلاقی آسیب پذیری
X = ۴/۳۳ X = ۴/۲۹	احترام تیم درمان به بیمار حفظ شأن و حرمت	X = ۳/۹۸ X = ۳/۹۵	دسترسی به سلامت حفظ شأن و حرمت
X = ۴/۴۴ X = ۴/۴۲	دانش کافی برقراری ارتباط بهتر	X = ۴/۲۲ X = ۴/۲۱	محیط کار مناسب قانونی بودن نقش مدافعه
X = ۴/۰۷ X = ۴/۰۶	دوست نداشتن کار پرستاری انگیزه کم	X = ۴/۲۱ X = ۴/۱۵	عدم حمایت مدیر قدرت کم پرستاران
X = ۴/۴۵ X = ۴/۴۵	افزایش رضایت بیماران تسريع بهبودی بیماران	X = ۴/۱۰ X = ۴/۰۷	افزایش رضایت بیماران افزایش رضایت پرستاران
		X = ۳/۹۹ X = ۳/۸۶	افزایش رضایت بیماران افزایش رضایت پرستاران

دانش کافی و محیط مناسب توسط پزشکان به عنوان عوامل تسهیل کننده مدافعه پرستاری شناخته شد. دانش و تجربیات پرستاری به عنوان یکی از مفاهیم اصلی در اجرای نقش مدافعه توسط پژوهشگران مختلفی شناخته شده است (Hellwing و همکاران، ۲۰۰۳، Mallik ۱۹۹۷، O'Connor & Kelly ۲۰۰۵). همچنین دوست نداشتن شغل پرستاری و انگیزش کم به عنوان مهمترین عوامل ممانعت کننده مدافعه پرستاری شناخته شد. Nahigian (۲۰۰۳) در مطالعه خود بیان می کند که انگیزش نقش مهمی در اجرای نقش مدافعه بازی می کند. در مطالعه حاضر از دیدگاه پزشکان رضایتمندی بیماران و رضایت درونی پرستاران به عنوان مهمترین نتایج مدافعه پرستاری بشمار می آید. نتایج مدافعه می تواند شامل نتایج مثبت و منفی برای بیمار یا پرستار باشد. به نظر می رسد نتایج منفی بیشتر متوجه پرستاران است به طوری که ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۵) ذکر می کنند در صورتی که پرستار موفق به اجرای صحیح نقش مدافعه از بیمار نشود و یا با شکست روبرو شود، ممکن است احساس تنش، اضطراب، ترس، گناه و پشیمانی نماید.

در مطالعه حاضر پرستاران نیز مانند پزشکان، مراقبت اخلاقی و آسیب پذیری بیماران را به عنوان عواملی می دانستند که باعث می شود اجرای نقش مدافعه پرستاری ضرورت پیدا کند. O'Connor & Kelly (۲۰۰۵) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که آسیب پذیری بیمار و تعهد اخلاقی پرستاران از جمله عواملی است که باعث ضرورت در انجام مدافعه پرستاری می شود. مطالعات گوناگونی آسیب پذیری بیماران را به عنوان



نمودار شماره ۱: مقایسه میانگین درصد نمرات کل مقیاس مدافعه پرستاری بر حسب دیدگاه پزشکان، پرستاران و بیماران بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر پزشکان مراقبت اخلاقی و آسیب پذیری بیماران در بیمارستان را به عنوان مهمترین عواملی می دانستند که باعث می شود اجرای نقش مدافعه پرستاری ضرورت پیدا کند. Wheeler (۲۰۰۰) معتقد است آسیب پذیری بیماران در سیستم مراقبت سلامتی به علت بیماری و کاهش رعایت حقوق انسانی، نشان دهنده ضرورت انجام مدافعه است. از دیدگاه پزشکان برقراری ارتباط و احترام به بیماران به عنوان ماهیت مدافعه پرستاری شناسایی شده است، به طوری که اعتقاد دارند پرستاران باید بیشتر به این مسائل توجه نمایند. Karro و همکاران (۲۰۰۵) بیان می کنند که احترام به شأن افراد، به عنوان اساس و بنیاد دانش پزشکی در نظر گرفته شده و اهمیت روز افزونی یافته است.

بیماران حقوق و نقش خود در مراقبت را به عنوان مهم ترین عوامل در شروع مدافعه ذکر کردند که باعث می شود مدافعه پرستاری ضرورت پیدا کند. از دیدگاه بیماران، تلاش پرستاران برای احترام تیم درمانی به بیماران و حفاظت از شأن و حرمت انسانی آنان به عنوان مهمترین فعالیت های موجود در مدافعه پرستاری شناخته شدند. Walsh & Kowanko (۲۰۰۲) با بررسی دیدگاه بیماران و پرستاران از شأن، نتیجه گرفتند که احترام به حریم بیمار و مدافعه، از مهم ترین جنبه های حفاظت از شأن افراد است. اهمیت احترام به بیماران به قدری است که شاکری نیا (۱۳۸۸) در پژوهش خود بیان می کند در صورت عدم احترام کارکنان بهداشتی درمانی به بیماران حتی با وجود امکانات و تجهیزات کافی، آنها از دریافت خدمات درمانی ابراز نارضایتی می کنند.

از دیدگاه بیماران دانش کافی و ارتباط بهتر به عنوان مهم ترین عوامل تسهیل کننده مدافعه پرستاری شناخته شد. از دیدگاه Birrell (۲۰۰۶) پرستارانی که قادر به برقراری یک ارتباط بین فردی اثربخش باشند، بهتر می توانند در جهت ارتقاء سلامتی بیماران اقدام نمایند. همچنین دوست نداشتن کار پرستاری، انگیزه کم و خستگی پرستاران به عنوان مهمترین عوامل ممانعت کننده در نقش مدافعه پرستاری به شمار می آید. ذکابی یزدی و همکاران (۱۳۸۱) در مطالعه خود موانع ایفای نقش های پرستاران از جمله نقش مدافعه را به ترتیب شامل پایین بودن سطح حقوق و مزایا، کمبود نیروی انسانی، کمبود امکانات و تجهیزات، ساعات کار زیاد، نداشتن آموزش حین خدمت عنوان کردند که می تواند بر اجرای نقش های پرستاران تأثیر گذار باشد. از دیدگاه بیماران افزایش رضایت آنها و سرعت بخشیدن به بهبودی شان مهمترین نتایج مدافعه می باشد. ونکی (۱۳۸۱) نیز در مطالعه خود مشاهده کرد بیمارانی که از مراقبت پرسنلی با رفتارهای همدلانه برخوردار بوده اند پیشرفت بهتر و سریع تری از خود در بهبودی بیماری نشان داده اند.

در مطالعه حاضر بین میانگین درصد نمرات کل مقیاس مدافعه پرستاری در سه گروه پزشکان، پرستاران و بیماران تفاوت معنا دار آماری وجود دارد. به طوری به ترتیب بیماران و سپس پرستاران نقش مدافعه پرستاری را برای پرستاران مهم تر می دانستند. در مطالعه Vaartio و همکاران (۲۰۰۸) که با هدف بررسی دیدگاه پرستاران و بیماران درباره محتوای مدافعه در فرآیند مراقبت از درد در کشور فنلاند انجام دادند، نتایج نشان داد که به طور کلی در اکثر ابعاد "مقیاس مدافعه در

عاملی در جهت ضرورت یافتن نقش مدافعه پرستاری ذکر کرده اند (McGrath & Walker، ۱۹۹۹، Sundin-Huard & Fahy، ۱۹۹۹). در مطالعه حاضر از دیدگاه پرستاران تلاش برای دسترسی بیماران به خدمات بهداشتی درمانی و محافظت از شأن و حرمت آنها به عنوان ماهیت مدافعه پرستاری شناسایی شده است که اعتقاد دارند باید در انجام این نقش بیشتر به این مسائل توجه نمایند.

در یک مطالعه تطبیقی که توسط Dobrowolska و همکاران (۲۰۰۷) به منظور بررسی و مقایسه کدهای اخلاق حرفه ای انجمن بین المللی پرستاران و انجمن پرستاران و ماماها ی انگلستان، ایرلند، هلند و لهستان، یافته ها حاکی از آن بود که در تمامی آن ها احترام به بیمار/مددجو در بالاترین اولویت عملکرد حرفه ای برای پرستاران قرار دارد. از دیدگاه پرستاران در مطالعه حاضر، محیط کاری مناسب و قانونی بودن نقش مدافعه از مهمترین عوامل تسهیل کننده مدافعه پرستاری است. مطالعات مختلف محیط کاری را یک عامل مؤثر در اجرای نقش مدافعه از بیمار ذکر می کند (Hanks، ۲۰۰۸، Kubsch و همکاران ۲۰۰۵).

همچنین در مطالعه حاضر فقدان حمایت مدیران و قدرت کم پرستاران در بیمارستان به عنوان مهمترین عوامل ممانعت کننده مدافعه پرستاری شناخته شدند. Hanks (۲۰۱۰) بیان می کند که کمبود حمایت های محیطی، رفتار پزشکان، کمبود دانش، تجربیات و اعتماد بنفس پرستاران عواملی است که مانع از مدافعه از بیمار می شود. توانمند سازی بیماران به عنوان یکی از رایج ترین نتایج مدافعه پرستاری در مطالعات متعددی مشخص شده است (Chafey و همکاران ۱۹۹۸، Mallik، ۱۹۹۷). از دیدگاه پرستاران افزایش رضایت بیماران و پرستاران از مهمترین نتایج مدافعه پرستاری است. به نظر می رسد نتایج مطالعه حاضر بیشتر بر روی نتایج مثبت مدافعه برای بیماران تأکید می کند، این درحالی است که اکثر مطالعات موجود نشان می دهند که از دیدگاه پرستاران، مدافعه نتایج رضای کننده ای ندارد. مدافعه ممکن است باعث کاهش جایگاه، از دست دادن شغل یا نقش حرفه ای گردد و یا ممکن است پرستاران را در تضاد مستقیم و غیر مستقیم با سازمان قرار دهد (Mallik، ۱۹۹۷، Sellin، ۱۹۹۵).

در این مطالعه بیماران آسیب پذیری و مراقبت اخلاقی را به عنوان عواملی می دانستند که باعث می شود اجرای نقش مدافعه پرستاری ضرورت پیدا کند. در مطالعه Vaartio و همکاران (۲۰۰۸) نیز نتایج مشابهی بدست آمد به طوری که

مدافعه از بیمار باز می دارد یا تلاش های وی را محدود می سازد. همچنین مشخص شد بیماران بیش از دو گروه دیگر با نقش مدافعه پرستاری موافق بودند در نتیجه باید پرستاران در اجرای این نقش دیدگاه بیماران را در نظر داشته باشند.

مدیران پرستاری باید تلاش نمایند تا با استاندارد نمودن نسبت بیمار به پرستار، برگزاری برنامه های آموزشی برای پرستاران، سازماندهی مراقبت ها و بخش ها در راستای تسهیل اجرای نقش مدافعه پرستاری و رفع موانع، فرصت کافی را برای ایفای نقش پرستار در بیمارستان را فراهم نمایند. همچنین با برگزاری دوره های آموزش مداوم، کارگاه های آموزشی و کلاس های آموزش ضمن خدمت تلاش نمایند دیدگاه و نگرش ذی نفعان را در این زمینه به سمت مثبت شدن سوق دهند. علاوه بر این پیشنهاد می شود با همکاری مدرسان و مدیران، دستورالعمل های استاندارد برای اجرای این نقش فراهم گردد. وضع قوانین می تواند قدرت پرستاران را در این زمینه افزایش دهد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد هادی جعفری منش و به راهنمایی خانم دکتر منصوره زاغری تفرشی و خانم دکتر طاهره اشک تراب و آقای دکتر حمید علوی مجد می باشد. بدین وسیله از کلیه کسانی که ما را در اجرای مطالعه همراهی کرده اند، تشکر و قدردانی می گردد.

فرایند مراقبت از درد "میانگین دیدگاه پرستاران بیشتر از بیماران بود. نتایج حاصل از این مطالعه با مطالعه حاضر متفاوت است که این می تواند به علت تفاوت در فرهنگ، مشخصات فردی جامعه پژوهش، زمینه مورد مطالعه، درک و اهمیت پرستاران از فواید اجرای این نقش در دو مطالعه باشد. البته به نظر می رسد آسیب پذیری بیشتر بیماران در کشور ایران و کمبود سازمان های مدافعه گر باعث می شود آنها نیاز بیشتری را به نقش مدافعه احساس کنند. بنابراین در مطالعه حاضر بیماران بیش از پرستاران با ابعاد نقش مدافعه از بیمار موافق بودند. در مطالعه پارساپور و همکاران (۱۳۸۸) بین نگرش بیماران، پزشکان اختلاف معنی داری وجود داشت، بدین صورت که سطح مطالبات بیماران بیش از انتظار پزشکان بود.

یافته های حاصل مطالعه فوق با مطالعه حاضر مشابه است. به طوری که در مطالعه حاضر نیز بیماران بیش از پزشکان به ابعاد مقیاس مدافعه پرستاری امتیاز داده بودند. می توان اینگونه استنباط کرد که بر خلاف دیدگاه پزشکان، بیماران در بیمارستان آسیب پذیری بیشتری را احساس می نمایند و نیاز بیشتری به نقش مدافعه دارند. یافته های این پژوهش حاکی از آن است که پزشکان، پرستاران و بیماران "مدافعه از بیمار" را می پذیرند و معتقدند پرستاران باید در شرایطی که بیمار آسیب پذیر می شود، در حد امکان تلاش کرده و از او دفاع کنند. لیکن وجود موانع و مخاطرات متعدد پرستاران را از

REFERENCES

- Birrell J Thomas D Jones CA (2006). Promoting privacy and dignity for older patients in hospital. *Nursing Standard*. 20 (18) 41-46.
- Blondeau D Lavoie M Valois P et al (2000). The attitude of Canadian nurse towards advanced directives. *Nursing Ethics*. 7 (5) 399-411.
- Chafey K Rhea M Shannon AM et al (1998). Characterization of advocacy by practicing nurses. *Journal of Professional Nursing*. 14 (1) 43-52.
- Davis A Davis AJ Konishi E Tashiro M (2003). A pilot study of selected Japanese nurses idea on patient advocacy. *Nursing Ethics*. 10 (4) 404- 413.
- Dobrowolska B Wrońska I Fidecki W et al (2007). Moral obligations of nurses based on the ICN, UK, Irish and Polish codes of ethics for nurses. *Nursing Ethics*. 14 (2) 171-180.
- Ebrahimi H et al (2006). Prevent harm to the patient or damage to the nurse: Nurses' ethical conflicts in the area of ethical decision-making. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 4 (57) 45-56. (Persian)
- Fry ST Megan-Jane J (2002). *Ethics in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision Making*. Oxford: Blackwell Science.
- Hanks RG (2008). The lived experience of nursing advocacy: a descriptive pilot study. *Nursing Ethics*. 15 (4) 468-477.
- Hanks RG (2010). Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nursing Ethics*. 17 (2) 255-267.
- Hellwig SD Yam M DiGiulio M (2003). Nurse case managers' perception of advocacy: a phenomenological inquiry. *Case Management*. 8 (2) 53-63.

- Joulaei S (2007). Explain the emergence of patient rights. PhD Dissertation of Nursing Education. Nursing and Midwifery School. Tehran University of Medical Sciences. Tehran, Iran. (Persian)
- Karimi R Dehghan nairi N Daneshvari ameri Z et al (2008). Comparing Attitudes of Nurses and inpatient Adolescents about Patient's Dignity. *Journal of Medical Ethics and History*. 1 (4) 53-62. (Persian)
- Karro J Dent AW Farish S (2005). Patient perception of privacy infringement in an emergency department. *Emergency Medicine Australasia*. 17 (2) 117-123.
- Kazem Nejad A Heidari MR Norouz zadeh R et al (2010). Statistical Methods in Health Care Research and Using SPSS in Data Analysis. First Edition. Tehran. Salemi-Jame Negar Publisher. (Persian)
- Kubsch SM Sternard MJ Hovarter R et al (2004). A holistic model of advocacy: factor that influence its use. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*. 10 (1) 37-45.
- Mallik M (1997). Advocacy in nursing- perception nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 6 (4) 303- 313.
- Marakou K Dalla-Vorgia P Garanis-Papadatos T et al. (2001). Satisfying patients rights: a hospital patient survey. *Nurse Ethics*. 8 (6) 499-509.
- McGrath A Walker A (1999). Nurse's perception and experience of advocacy. *Contemporary Nurses*. 8 (3) 72-78.
- Munro BH (2005) Statistical Methods for Health Care Research. 5th Edition. Philadelphia. Lippincott. Williams and welkins.
- Nahigian E (2003). Factor associated with the advocacy decisions of registered professional nurses employed as staff nurses in inpatient adult care hospitals. Dissertation for Degree of Doctor of Nursing Science. Faculty of the School of Nursing: University at Buffalo: The State University of New York. USA. [Online].
< <http://www.proquest.com> >. [24 March 2010]
- Negarandeh R (2005). Nursing and Patient advocacy: A Grounded Theory. PhD Dissertation in Nursing. Nursing and Midwifery School. Iran University of Medical Sciences. Tehran, Iran. (Persian)
- Negarandeh R Oskoi F Ahmadi F et al (2005a). Patient advocacy properties. *Journal of Zanzan University of Medical Sciences*. 13 (53) 29-38. (Persian)
- Negarandeh R Oskoi F Ahmadi F et al (2005b). Nurses Experiences of Facilitators and Inhibitors in Patient advocacy. *Journal of Iran University of Medical Sciences*. 12 (47) 175-186. (Persian)
- O'Connor T and Kelly B (2005). Bridging the gap: a study of general nurses perceptions' of patient advocacy in Ireland. *Nursing Ethics*. 12 (5) 453-467.
- Parsapoor A et al (2010). Survey of patients, nurses and doctors attitude to regarding of cods of patients' right in Tehran University of Medical Sciences Hospitals. *Journal of Medical Ethics and History* 3(1) 53-64. (Persian)
- Rezaei Kargar F (2005). Advocacy: an important role for a nurse. *Journal of Faculty of Nursing & Midwifery of Shaheed Beheshti*. 15 (48) 11-19. (Persian)
- Rushton CH (1995). Creating an ethical practice environment. *Critical Care Nurse Clinics of North America*. 7 (2) 384-397.
- Sellin SC (1995). Out of a limb: a qualitative study of patient advocacy in institutional nursing. *Nursing Ethics*. 2 (1) 19-29.
- Shakeri-nia A (2009). Relationship Between doctor-patient and its role in satisfaction the patients' treatment. *Journal of Medical Ethics and History*. 2 (3) 9-16. (Persian)
- Snowball J (1996) Asking nurse about advocacy for patients "reactive" and "proactive" accounts. *Journal of Advanced Nursing*. 24 (2) 67-75.
- Sundin-Huard D and Fahy k (1999). Moral distress, Advocacy and burnout: theorizing the relationships. *International Journal of Nursing Practice*. 5 (1) 8-13.
- Vaartio H Leino-Kilpi H Suominen T et al. (2008). The content of advocacy in procedure pain care- patient and nurses perspective. *Journal of Advanced Nursing*. 64 (5) 504-513.
- Vanaki Z (2002). Nursing support and its effect on satisfaction in cancer patients undergoing chemotherapy. PhD Dissertation of Nursing. Faculty of Nursing and Midwifery: Tarbiat Modares University. Tehran, Iran. (Persian)
- Voskoi-ashkori kh (2008). [Evaluation of respected to patients' rights in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences]. *Journal of Medical Ethics and History*. 2 (4) 47-53. (Persian)

-
- Walsh K Kowanko I (2002). Nurse and patient perception of dignity. *International Journal Practice*. 8 (3)143-145.
- Wheeler P (2000). Is advocacy at the heart of professional practice?. *Nurse Standard*.14 (36) 39-41.
- Yaghmaei F (2009). *Measuring Behavior in Research by Valid and Reliable Instruments*. 2nd Edition. Tehran. Publications of Shaheed Behshti Medical Sciences. (Persian)
- Zokaie Yazdi S Mosaib Moradi J Mehran A et al (2002). Perspective of the nursing staff at hospitals affiliated to the Tehran University of Medical Sciences about the roles and activities of the nurses. *Journal of Nursing and Midwifery*. Tehran University of Medical Sciences (Hayat).16 (8)22-32. (Persian)

The Comparison between perspective of doctors, nurses and patients towards Nursing Advocacy Role

Jafari manesh H (MS), Zagheri Tafreshi M (PhD), Ashktorab T (PhD). Alavi Majd H (PhD)

1. Faculty of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
2. Assistant Professor, Faculty of Nursing & Midwifery: Shahid Beheshti University of Medical Sciences (corresponding author)
3. Associate Professor, Faculty of Nursing & Midwifery: Shahid Beheshti University of Medical Sciences
4. Associate Professor, Faculty of Paramedical Sciences: Shahid Beheshti University of Medical Sciences

ABSTRACT

Background and aim: Patient advocacy is one of the most controversial issues in nursing during recent two decades. The purpose of this study was to determine perspective of doctors, nurses and patients towards the advocacy role of nurses about patients in hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

Materials and Methods: This descriptive- comparative study was conducted on a sample of 329 doctors and 345 nurses and 225 patients, selected by a multi-stage sampling method. Data were collected using a demographic questionnaire and a Nursing-Advocacy-Perspective-Scale. The content and construct validity as well as internal consistency and test-retest reliability method were assessed and confirmed beforehand. The data was analyzed using SPSS 16 and statistical tests at the significant level of $P < 0.05$.

Results: There was a significant difference between the three groups in average scores perspective ($p < 0/05$). Average scores of patients were higher than nurses and doctors, and nurses average scores was significantly higher than physician ($p < 0/05$).

Conclusion: The nurse managers should promote the role of the facilitator and prevent loss of nursing advocacy and creating opportunities to provide this role in hospitals. In this regard the views of interest groups may help.

Key Words: perspective, nursing advocacy, doctors, nurses, patients