مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ی چهارم، شماره‌ی ۱، بهمن ۸۹

معنای رضایت بیماران از پرستاران: یک تحقیق کیفی

علی اصغر قدس[۱]، عیسی محمدی*[۲]، زهره ونکی[۲]، انوشیروان کاظم‌نژاد [۳]

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

اگر چه رغبت زیادی برای اندازه‌گیری رضایت بیمار به‌عنوان شاخص مهم کیفیت خدمات بهداشتی مشاهده می‌شود، آن‌چه به نظر فراموش شده است ضرورت توجه به معنی و توسعه‌ی چارچوب تئوریک است. هدف از این مطالعه تبیین مفهوم رضایت و ارائه‌ی تعریفی از آن با رویکرد کیفی است. این پژوهش یک مطالعه با رویکرد کیفی و روش آنالیز محتوی است. در طی این پژوهش ۱۵ بیمار بستری در بیمارستان‌های سمنان (سال ۱۳۸۸) به‌صورت مبتنی بر هدف و با حداکثر تنوع انتخاب و وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختار یافته جمع‌آوری و با روش تحلیل محتوای قراردادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های این پژوهش مشتمل بر چهار طبقه و دو تم اصلی شامل احساس خشنودی و پذیرش پرستار بودند. بر اساس معنای این تم‌ها و طبقات، رضایت یک احساس خشنودی و آرامشی است که بیمار به‌دنبال پذیرش عاطفی و عقلانی پرستار درک می‌کند. این احساس از طریق قضاوت هوشیارانه وگاه احساسی بیمار نسبت به پرستار و محیط مراقبتی او در ابعاد مختلف شکل می‌گیرد. نتایج این تحقیق منجر به کشف معنی واقعی و زمینه‌ای رضایت بیمار از پرستار فراتر و متفاوت از معنایی که کارشناسان یا مدیران تصور می‌کنند شده است. این یافته‌ها می‌تواند در طراحی ابزار معتبر اندازه‌گیری رضایت بیماران از پرستار متناسب با درک واقعی آن‌ها در بیمارستان به‌کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: رضایت بیمار، تحقیق کیفی، رضایت از پرستار

[۱] دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه تربیت مدرس

[۲] دانشیار گروه پرستاری، دانشکده‌ی علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

[۳] استاد گروه آمار زیستی، دانشکده‌ی علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

* **نشانی**: تهران تقاطع بزرگراه چمران و جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری. تلفن: ۸۲۸۸۳۵۵۰-۰۲۱،
Email: mohamade@modares.ac.ir

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

مقدمه

امروزه در سیستم‌های مراقبت بهداشتی، احترام به نیازها و خواسته‌های بیماران امری اساسی است و توجه فزاینده‌ای به بررسی رضایت بیماران از مراقبت می‌شود و از ارزیابی تجارب بیماران در بیمارستان برای بهبود کیفیت مراقبت استفاده می‌شود (۱). رضایت بیمار مهم‌ترین شاخص کیفیت بالای مراقبت‌های بهداشتی است (۲). ارزیابی از مراقبت مفهوم جدیدی نیست اما استفاده از شاخص رضایت بیماران یا دریافت‌کنندگان مراقبت بیش از دو دهه است که به‌دنبال غلبه‌ی مجدد و توجه بیش‌تر به مشتری‌مداری در ارائه‌ی خدمات سلامت، وارد عرصه‌ی ارزیابی مراقبت شده است. اولین مطالعات در مورد رضایت بیمار به دهه‌ی ۱۹۵۰ در آمریکا (۳) و دهه‌ی ۱۹۶۰ در انگلستان (۵ ، ۴) برمی‌گردد. اما امروزه تأکید مجددی بر ارزیابی بیمار از مراقبت‌های بهداشتی شده است. به‌طوری که در سال‌های اخیر اصطلاح کیفیت در خدمات بهداشتی و رضایت بیمار در دستور کار همه‌ی مؤسسات بهداشتی قرار دارد (۶). اگر بیماران ناراضی باشند در واقع سیستم‌های مراقبت بهداشتی به اهداف خود نرسیده‌اند (۷). در شرایطی که رقابت فزاینده‌ای در مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد با افزایش هزینه‌ها و افزایش نیازهای بیماران، مدیران آگاه و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی توجه بیش‌تری به رضایت بیمار دارند (۸). رضایت بیش‌تر می‌تواند در ارتباط با مطلوبیت بالاتر، بهبود رسیدگی و نتایج بهتر باشد (۹). اگر بیمار از مراقبت‌های پرستاری دریافت‌شده رضایت داشته باشد نه تنها برای بیمار مطلوب است، بلکه برای پرستاران و مجموعه‌ی سازمانی آن‌ها نیز مطلوب است. اگرچه این یک حقیقت مسلم است که مراقبت پرستار در رضایت بیمار مهم است نکته‌ی قابل توجه آن است که پرستار چگونه می‌تواند آن را ارتقا بخشد؟ بر این اساس، تمرکز مراقبت‌های پرستاری باید بر فاکتورهایی باشد که بر رضایت بیمار مؤثرند. با توجه به این موضوع پرستار می‌تواند کیفیت مراقبت‌های خود را افزایش دهد (۱۰). از این جهت مطالعه و تبیین مفهوم رضایت امری ضروری به‌نظر می‌رسد.

بیش از دو دهه است که تمایل زیادی برای درک این‌که بیماران چگونه مراقبت‌های بهداشتی را تجربه می‌کنند پیدا شده است (۱۱). این مطلب بیش‌ترین اهمیت را در توانایی ما برای تعریف، اندازه‌گیری و ارزشیابی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به منظور حفظ و افزایش رضایت بیماران دارد. این حوزه، توجه همه‌ی جهان را در سال‌های اخیر جلب کرده است (۱۰).

متخصصان توسعه‌ی کیفی خدمات بهداشتی معتقدند که لازم است نیازهای بیمار تعیین، تعریف و ارضاء شود (۸). در حالی که تلاش‌های زیادی برای ارتباط بین انتظارات و رضایت می‌شود هنوز فقدان مکانیسمی که اظهار رضایت را ایجاد می‌کند مشهود است. به‌ندرت معنی رضایت به‌وضوح تعریف شده است (۱۲).

تعریف رضایت در بررسی‌های رضایت بیمار بسیار مهم است، به‌طوری که Linder-Pelz تأکید دارد ما نیاز داریم مفهوم رضایت را درک کنیم قبل از آن‌که بتوانیم به‌درستی توضیح دهیم چرا برخی عوامل موجب آن می‌شوند و عوامل دیگری تحت تأثیر آن قرار می‌گیرند (۱۳). Merkouris و همکاران معتقدند اگر چه رغبت زیادی برای اندازه‌گیری رضایت بیمار مشاهده می‌شود، اما آن‌چه به‌نظر فراموش شده است ضرورت توجه به معنی و توسعه‌ی چارچوب تئوریک است (۸).

محققان بر اساس پژوهش‌های خود تعاریف متعددی از رضایت ارائه داده‌اند. در مقالات هیچ توافقی نمی‌توان در مورد عوامل تشکیل دهنده‌ی رضایت بیمار یافت (۱۴ ، ۱۱). چرا که رضایت بیمار یک صفت چندبعدی و متأثر از عوامل زمینه‌ای مانند وضعیت فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و مذهبی افراد است (۱۶ ، ۱۵). Hsieh و همکاران معتقدند رضایت بیمار حاصل سنتز تجارب پیچیده‌ای است که در ارتباط با

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

انتظارات بیمار، وضعیت سلامتی، ویژگی‌های فردی و ویژگی‌های سیستم بهداشتی است (۱۷). Lee و همکاران معتقدند رضایت بیماران یک ساختار پیچیده‌ی چند بعدی است که حاصل مقایسه‌ی تجربه‌ی مراقبت‌های بهداشتی یک فرد و استانداردهای ذهنی اوست (۱۵). Eriksen و Risser می‌نویسند: رضایت بیمار عبارت است از ارزیابی ذهنی بیمار از واکنش‌های شناختی و عاطفی که در نتیجه‌ی تداخل بین انتظارات از مراقبت ایده‌آل و درک بیمار از مراقبت ارائه شده حاصل می‌شود (۱۹ ، ۱۸).

با مرور گذرا بر تعاریف فوق پیداست که این تعریف‌ها کلی، انتزاعی و محقق‌محور است، اما در عین حال موکول و وابسته به یک پارامتر مهم یعنی درک و انتظارات مددجویان از خدمات ارائه شده است. در واقع، این درک ذهنی بیمار است که در رضایت او مهم است. هیچ فرد دیگری به‌جز بیمار نمی‌تواند به مراقبان حرفه‌ای بگوید که چه چیزی اهمیت دارد (۲۰). Mahon معتقد است فاکتورهای تأثیرگذار بر رضایت بیمار که از نقطه نظر بیمار باشند بسیار اهمیت دارند اما اگر از نقطه نظر دیگران مثل مراقبان حرفه‌ای باشد اهمیت کم‌تری دارند (۲۱). بنابراین، مطالعه‌ی مفهوم رضایت از نقطه‌نظر بیماران امری ضروری به نظر می‌رسد.

در کشور ما مطالعات کیفی محدودی در مورد تعریف و تبیین رضایت بیمار از مراقبت‌های پرستاری انجام شده است. فیضی مطالعه‌ای جهت کشف فرآیندها و عوامل رضایت‌مندی بیماران از مراقبت‌های پرستاری ارائه شده در بیمارستان و ارائه‌ی یک مدل نظری برای آن انجام داده است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که خصوصیات حرفه‌ای پرستار، منش انسانی، متغیرهای سازمانی و پیش‌زمینه‌های ذهنی در ایجاد رضایت‌مندی بیمار از مراقبت‌های پرستاری نقش دارند. محقق در این مطالعه فقط عوامل مؤثر را تبیین کرده ولی به معنی رضایت نپرداخته است (۲۲).

در ایران تعداد زیادی مطالعه‌ی کمی، اقدام به اندازه‌گیری رضایت کرده‌اند که در مواردی از ابزارهای ترجمه‌شده استفاده شده است (۲۳) که این‌ها مبتنی بر تعاریف خارج از زمینه و غیربومی است و در موارد دیگر با ابزارهای پژوهشگر ساخته بوده که این ابزارها هم براساس مطالعات متون و نظر صاحب‌نظران بوده و مبتنی بر درک زمینه‌ای و واقعی خود بیماران تدوین نشده است (۲۶-۲۴). بنابراین، با توجه به خلأ موجود در بررسی کیفی مفهوم رضایت بیمار از مراقبت‌های پرستاری و ارائه‌ی تعریف زمینه‌ای مفهوم رضایت، این مطالعه با رویکرد تحقیقات کیفی و با هدف تبیین مفهوم رضایت بیمار از مراقبت پرستاری انجام شده است.

روش کار

از آن‌جایی که این مطالعه در صدد کشف معنی رضایت در نزد بیماران و ابعاد درونی آن است، از رویکرد کیفی با روش آنالیز محتوا استفاده شده است. تحلیل محتوای کیفی[1] یک روش تحقیق است که به منظور تفسیر ذهنی[2] محتوای داده‌های مکتوب به‌کار می‌رود. در این روش طی فرایند طبقه‌بندی سیستماتیک، کدها و تم‌ها مورد شناسایی قرار می‌گیرند. تحلیل محتوا چیزی فراتر از استخراج محتوای عینی برگرفته از داده‌های متنی می‌باشد، بلکه از این طریق می‌توان تم‌ها و الگوهای پنهان را از درون محتوای داده‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه آشکار کرد (۲۸ ، ۲۷).

مشارکت‌کنندگان این تحقیق را بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان‌های سمنان تشکیل می‌دادند. شرکت‌کنندگان بیمارانی بودند که حداقل ۲۴ ساعت از بستری بودن آن‌ها در بیمارستان گذشته باشد و دارای بیماریهای روانی نبوده دارای وضعیت ذهنی آرامی باشند. آن‌ها قادر بوده و تمایل داشتند که احساس و درک خودشان را از مراقبت‌های پرستاری دریافت شده در اختیار محقق قرار دهند. روش نمونه‌گیری در این مطالعه مبتنی بر هدف بوده و تا رسیدن داده‌ها به اشباع ادامه یافت. به‌طوری که تا مشارکت‌کننده‌ی ۱۳ به اشباع نایل گردید و برای اطمینان با دو

[1] Qualitative content analysis
[2] Subjective interpretation

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

نفر دیگر هم مصاحبه گردید. سن بیماران بین ۸۰-۲۰ سال با میانگین ۴۳ سال بود. مدت زمان بستری آن‌ها بین ۱۲-۲ روز با میانگین ۵ روز بود. وضعیت شغلی متنوعی داشتند؛ به‌طوری که در بین آن‌ها کارگر، راننده، کارمند، معلم، خانه دار، پزشک، بازنشسته و ... وجود داشت. تلاش شد مشارکت‌کنندگان با بیماری‌های متنوع و از بخش‌های مختلف انتخاب شوند. از جمله موارد بیماری آن‌ها شامل آنمی، عفونت ادراری، آنژیوپلاستی، سزارین، شکستگی دست و پا، آنژین صدری، خارج کردن کیسه‌ی صفرا، زخم معده، تهوع زیاد حاملگی، سیروز کبد و جراحی دیسک کمر بود که از بخش‌های داخلی، جراحی زنان، ویژه، عفونی، ارتوپدی و ... انتخاب شدند. این خصوصیات مشارکت‌کنندگان، نمونه‌گیری با حداکثر واریانس را در مطالعه تأمین کرده که می‌تواند به انتقال‌پذیری بیش‌تر یافته‌ها کمک کند. در ابتدای مصاحبه‌ها هدف از تحقیق و حق آن‌ها برای شرکت یا عدم شرکت در تحقیق توضیح داده می‌شد و به آن‌ها اطمینان داده می‌شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند. در صورت تمایل بیماران، برای شرکت در تحقیق از آن‌ها رضایت آگاهانه اخذ می‌شد و تفهیم می‌شد که در هر زمان می‌توانند از تحقیق خارج شوند. هم‌چنین مشارکت یا عدم مشارکت آن‌ها هیچ تأثیری در روند درمان و مراقبت نخواهد داشت. تلاش می‌شد مصاحبه بعد از زمان ترخیص و در محلی که برای آن‌ها راحت باشد صورت گیرد. از بیمار برای ضبط مصاحبه اجازه گرفته می‌شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختاردار استفاده شد. این نوع مصاحبه به‌دلیل انعطاف‌پذیر و عمیق بودن، مناسب پژوهش‌های کیفی است (۲۹). تعدادی از سؤالات کلی به عنوان راهنمای مصاحبه طراحی شدند که نیاز به پاسخ باز و تفسیری داشت. با توجه به پاسخ‌های بیماران سؤالات بعدی از آن‌ها پرسیده می‌شد. سؤالات اصلی مطرح شده عبارت بودند از: از زمانی که بستری شدید پرستاران چه کارهایی برای شما انجام دادند؟ نسبت به هر یک از مراقبت‌ها یا پرستاران چه احساسی داشتید؟ چرا این مراقبت یا پرستار این احساس خاص را در شما ایجاد کرده و آن‌ها چه ویژگی داشته‌اند؟ آیا این اقدامات آن‌ها انتظارات و رضایت شما را تأمین کرده است؟ هنگامی که از اقدامات پرستاران رضایت حاصل می‌کردید چه حسی داشتید؟ هنگامی که ناراضی بودید چه احساسی داشتید؟

تحقیقات کیفی مستلزم آن هستند که محقق در داده‌ها غوطه‌ور شود (۲۹). بنابراین، پژوهشگر نوار صدای ضبط شده را در چند نوبت به دقت گوش داده و کلمه به کلمه آن را تایپ نمود. متن دست‌نویس شده نیز چندین بار مرور شد. برای تجزیه - تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی استفاده شد. بر اساس توصیفات مشارکت‌کنندگان، مفاهیم آشکار و پنهان مشخص شده، کدگذاری و خلاصه سازی شده سپس زیر طبقات، طبقات و تم‌ها شکل گرفتند. تحلیل محتوای کیفی فرایندی است که طی آن داده‌های خام بر اساس تفسیر و استنباط دقیق محقق به طبقاتی تبدیل می‌گردند. این فرایند با استفاده از منطق استقراء صورت می‌گیرد که با بررسی دقیق محقق و مقایسه‌ی مداوم داده‌ها، طبقات و تم‌ها از داده‌های خام استخراج می‌گردند (۳۰).

برای اطمینان از قابلیت اعتماد داده‌ها[1] محققان درگیری طولانی‌مدت با داده‌ها را حفظ کردند. درگیری مستمر ذهنی با داده‌ها، افزایش وسعت اطلاعات و عمق اطلاعات را امکان پذیر نمود. هم‌چنین از روش بازنگری مشارکت‌کنندگان[2] استفاده شد، به‌طوری که کدهای اولیه‌ی مصاحبه برای تأیید یا اصلاح به خود بیماران ارائه می‌شد.

برای مثال، مشارکت‌کننده‌ای در بخشی از صحبت‌هایش می‌گوید: [*نوع مریضی را خیلی گسترش ندن*]. این جمله خیلی مفهوم نبود دوباره به بیمار مراجعه شد و با توضیحات او کد زیر داده شد. پرهیز از بزرگ جلوه دادن بیماری. مصاحبه‌ها و کدگذاری‌های اولیه و درونمایه‌ها توسط همکاران تحقیق نیز مورد بررسی مجدد قرار گرفت. هم‌چنین

[1] Trustworthiness
[2] Member check

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

از روش بازنگری ناظرین[1] نیز استفاده گردید. برای این منظور بخش‌هایی از متن مصاحبه به همراه کدهای مربوط و طبقات پدیدار شده برای چند ناظر فرستاده شد تا جریان تجزیه و تحلیل را بررسی و در مورد صحت آن‌ها اعلام نظر نمایند. استفاده از تکنیک نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، که به تناسب یا انتقال‌پذیری یافته‌ها کمک می‌کند، نیز در این مطالعه مورد توجه قرار گرفت.

نتایج

تجزیه تحلیل دست‌نوشته‌ها در مورد نظر مشارکت‌کنندگان درباره‌ی رضایت از پرستار منجر به شکل‌گیری۶۶ کد اولیه، چهار طبقه و دو تم یا درونمایه‌ی پذیرش پرستار و احساس خشنودی شد. در جداول شماره‌ی ۱ و ۲ روند شکل‌گیری طبقات و تم‌ها به همراه زیر طبقات و نمونه‌ای از بعضی کدهای اولیه (با توجه به این‌که امکان ارائه همه کدهای اولیه در مقاله میسر نیست) مرتبط با زیر طبقات به نمایش گذاشته شده است.

۱- پذیرش پرستار

این تم دارای دو طبقه‌ی پذیرش عاطفی و پذیرش عقلانی بود.

۱-۱- *پذیرش عاطفی*

مشارکت‌کنندگان در تحقیق از برقراری ارتباط عاطفی و نزدیک پرستار با بیمار و احساس همدلی ابراز خرسندی می‌کردند. در این صورت است که آن‌ها احساس می‌کنند پرستار مثل یکی از اعضای خانواده‌ی آن‌هاست و دوست دارد تا آن‌جا که می‌تواند به آن‌ها کمک کند. آن‌ها معتقد بودند که برقراری یک ارتباط عاطفی و نزدیک با بیمار لازمه‌ی رضایت و خشنودی از کار پرستاران است. برای مثال، یک مشارکت‌کننده می‌گوید: *[خیلی نزدیک می‌شدن به بیمار از نظر عاطفی مثلاً یکی را صدا می‌کنی میگه جانم چشم همین الان میام. این برای بیمار به نظر من نیاز است چون بیمار یک احساس خلائی می‌کنه]*. بیمار دیگری در این مورد می‌گوید: *[بیمار با توجه به این‌که خودش دستش به کار نمی‌ره و ناتوانه، نیازمند شدید توجه عاطفی اطرافیان هست]*.

بیماران هنگامی که با ابراز احساسات و عواطف پرستاران مواجه می‌شوند احساس خوبی در آن‌ها ایجاد می‌شود.

[کارشون این بود که باهات حرف بزنن، احساس خوبی آرزوی خوبی بکنن، موقع رفتن می‌گفتن انشاءالله خوب بشی مثلاً این جوری بشه آرزوهای خیلی خوب می‌کردن و خیلی خوب بیرون می‌اومدی].

بیماران در مواجهه با چنین احساساتی پرستار را از خود می‌دانند احساس تعلق بیش‌تری به او کرده و او را از نظر عاطفی می‌پذیرند. برای مثال از بیماری پرسیده می‌شود وقتی از پرستاری راضی می‌شدی چه احساسی پیدا می‌کردی؟ جواب می‌دهد: *[خوشحال می‌شی حسی که آدم حس می‌کنه احساس مسؤولیتی دارن نسبت به مریض. انگار آدم احساس می‌کنه یکی از اعضای خانوادش مثلاً داره یه کاری براش انجام میده]*. بیمار دیگری می‌گوید: *[نسبت به اون خیلی احساس خوبی پیدا می‌کنم]*.

با پذیرش پرستار توسط بیمار یک اعتماد درونی در او ایجاد می‌شود، به‌طوری که احساس می‌کند پرستار تمام سعی خود را برای مراقبت از او به‌عمل خواهد آورد و حتی اگر او کاری برای بیمار انجام ندهد از نظر بیمار غیر عمد تلقی شده او را مقصر نمی‌داند. *[آدم اولش حالا از اون پرستار این احساسو داره که نه این‌که نخوان کارشونو انجام بدن، مثلاً سرشون شلوغه نمیتونن کارو انجام بدن. یا هر وقت مثلاً اگه یک کاری را انجام نداد دیر شد اینا به‌خاطر کارش بوده]*. بیمار دیگری می‌گوید: *[یعنی دفعه بعد اگه حتی یه کار برات انجام نداد مثلاً نمی‌گی اون نخواسته بهش مهلت می‌دی]*.

یکی از نکاتی که بیماران به کرات به آن توجه داشتند و ابراز می‌کردند درک شدن توسط پرستار بود. اگر پرستار بتواند خود را به‌جای بیمار بگذارد و از چشم او به مسائل نگاه کند به زعم بیماران بسیاری از مشکلات حل خواهد شد. به‌عبارتی، بیماران خواهان همدلی پرستاران بودند. آن‌ها

[1] External check

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

همدلی پرستار را نزدیکی و صمیمیت بیش‌تر با پرستار تلقی می‌کردند و احساس خوشایندی در آن‌ها ایجاد می‌شد.

[وقتی در یه مورد خاص آدم احساس مطلوبیت می‌کنه یا احساس رضایت می‌کنه این احساس را داره که طرف مقابل انگاری خودش گرفتاره می‌خواد گرفتاری خودشو برطرف بکنه. یعنی منو از خودش می‌دونه. وجود منو عین وجود خودش می‌دونه. درد منو درد خودش می‌دونه خوشحالی منو خوشحالی خودش می‌دونه خب طبیعیه وقتی می‌بینی فردی با تمام وجود سعی در برطرف کردن مشکل شما را داره خب احساس خوبی در شما ایجاد می‌شه].

بیماران هم‌چنین تحت تأثیر دلسوزی پرستار قرار می‌گیرند. بیماری در مورد تجربه خود از دلسوزی پرستار می‌گوید:

[حالا من قبلاً هم می‌دونستم پرستارها خیلی خوبن ولی این‌که حالا مثلاً رگم خراب شد سریع میومدن. دید رگم خراب شد گفت آه این خراب شده خیلی با احساس ناراحتی].

مشارکت‌کننده دیگری در این مورد می‌گوید:

[انگار آدم احساس می‌کنه مثل یکی از اعضای خانوادش مثلاً دلسوزانه یه کاری براش انجام میده].

۲-۱- پذیرش عقلانی:

این طبقه نشان می‌دهد بیماران مشکلات و محدودیت‌های پرستاران را درک می‌کنند و بر اساس آن رفتار و مراقبت‌های پرستار را ارزیابی می‌کنند. این‌گونه نیست که بیمار صرف‌نظر از شرایط کاری پرستاران و فقط نیازها و مشکلات خود مبادرت به قضاوت نماید بلکه همیشه نگاهی هر چند اجمالی به وضعیت پرستاران و محیط اطراف هم دارد. مثلاً کمبود تعداد پرستار در بخش را یک عامل مهم در رفتارها و مشکلات به‌وجود آمده برای خود می‌داند اما معتقد است که پرستار در این‌گونه موارد مقصر نیست. بیماری که از مشکلات و کم‌توجهی پرستاری صحبت می‌کرد وقتی از احساسش نسبت به این وضعیت پرسیده می‌شود می‌گوید راضی‌ام، *[ولی وقتی از دلیل و چرایی این رضایت علیرغم* مشکل می‌پرسم می‌گوید: *ولی خب نمیومدن به‌خاطر شلوغی بیمارستان، خیلی اثر داره رو کارکرد پرستارا. خب پرستار برای ۵ تا مریض خیلی فرق می‌کنه تا ۱۰ تا ۲۰ تا رسیدگیش اینا. اونا همش در فعالیت و جنب و جوش بودن که به مریضا برسن کارا را انجام بدن].* مشارکت‌کننده‌ی دیگری این‌گونه اظهار می‌کند: *[بعضی مواقع برای تعویض سرم دیر می‌کرد کسی نبود سرممو درستش کنه کاری انجام باده. کمبود پرستار اون‌جا خیلی زیاد بود. نسبت به اتاق‌هاش پرستار واقعا کم بود. فکر کنم یه دلیلش هم همین باشه کمبود پرستار که نتونستن بیان برسن].*

بیماران به مشکلات دیگر موجود نیز واقف بوده، آن‌ها را مورد توجه قرار می‌دهند. *[از اون بیمارستان زیاد نمی‌شه توقع داشت. چون تصادفی زیاد میاوردن نمی‌شد گفت که خوب بود یا بد بود اینا].* از بیمار دیگری پرسیده می‌شود: پرستارها چقدر میومدن پیشت؟ می‌گوید: *[هیچی اصلاً. این دوره‌ای که من بیمارستان بودم تصادفی‌ها زیاد بود سرشون خیلی شلوغ بود].* یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید: *[برای مریض هر کاری انجام بدن دهنش بازه. بازم طلب داره. مریض میاد بیمارستان اکثریت دوست دارن درد نکشن مشکل نداشته باشن کارشون به‌نحو احسن انجام بشه این با وضعیت ما جور در نمیاد. چون پرستار کمه خدمه کمه خود مریض توقع اضافه داره].*

مشارکت‌کنندگان برخی مشکلات را طبیعی می‌دانند و انتظار ندارند پرستار آن‌ها را برطرف کند. آن‌ها معتقدند که بیمار باید این‌گونه مشکلات را تحمل کند. آن‌ها اعتراض برخی بیماران به وجود این‌گونه مشکلات را نابه‌جا می‌دانند.

[همون شب می‌گم تصادفی چهار نفر بودیم مریض طاقت نداره سرشو سر (بیحس) بکنن بخیه بزنن. این به‌نظر من مشکل مال مریضه. مشکل مال پرستار نیست این‌جا مریض باید درد و تحمل کنه. خب یه جا حق با مریضه یه جا حق با پرستاره این‌جا حق با پرستاره. مریض‌ها همه یک جور

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

نیستند بعضی‌ها خیلی شلوغن شاید دردی نداشته باشن اما به‌هر دلیل شلوغ می‌کنن].

بیماران انتظارات متفاوتی در مراجعه به بیمارستان‌های مختلف دارند. آن‌ها سطح انتظارات خود را با سطح امکانات موجود تطابق می‌دهند. آن‌گاه خدمات ارائه‌شده را با توجه به شرایط مورد قضاوت قرار می‌دهند. از بیماری پرسیده می‌شود از اقدامات پرستارها راضی هستی می‌گوید: *[آره دیگه با این امکانات بله. تهران بیمارستان کسری بودیم این جوری نبود. خیلی بیش‌تر از این بود. اونجا رو نمی‌شه با این‌جا مقایسه کرد. فرق می‌کنه وضعیت فرق می‌کنه. من نمی‌تونم با اینا مقایسه کنم. خداگیر میشم. خوب اون خصوصی بود. ولی این‌جا چی دولتیه، بماند امکانات این‌جا خیلی کم‌تر از اونجاست. از لحاظ حقوقی از لحاظ کار. اونا حتما یک چیزایی یک امکاناتی دارن. باید بیش‌تر از این مایه بذارن].* یکی دیگر از شرکت‌کنندگان می‌گوید: *[احساس می‌کنم بیمارستان مثل یه بیمارستان درجه ۲ یا درجه ۳ بود من که برای اولین بار وارد بیمارستان می‌شدم. انتظاراتمو بر طبق همون یه بیمارستان درجه ۲ و ۳ گذاشته بودم. رو این حساب مثلاً توقع بیش‌تری نداشتم که بیش‌تر به من رسیدگی بشه].*

۲- *احساس خشنودی*

این تم دارای دو طبقه احساس خوشایند و احساس آرامش است.

۱-۲- احساس خوشایند:

بیماران رضایت را یک احساس خوشایند تعریف می‌کنند. زمانی اقدامات پرستار را راضی‌کننده تلقی می‌کنند که احساسی دلپذیر در آن‌ها ایجاد شود. بیماری در مورد احساسش در زمان رضایت می‌گوید: *[احساس خیلی خوشایندیه برای من خیلی خوشاینده].* بیمار دیگری در پاسخ به این سؤال این‌گونه عنوان می‌کند: *[این‌که فرمودید چه حالتی چه وضعیتی واسه شما پیش اومد مطلوبیت بالایی که آدم می‌بینه از یک مجموعه‌ای، احساس رضایت‌مندی و احساس خشنودی خاصی بهش دست میده و همون یه خرده در سیر بهبودی و روند بهبودیش میتونه اثرگذار باشه].*

مشارکت‌کنندگان احساس رضایت را حالات شادی و خوشحالی می‌دانند. آن‌ها با ارائه‌ی مطلوب مراقبت خوشحال می‌شوند. چند نمونه از توصیفات مشارکت‌کنندگان به شرح زیر است:

- *یک حالت شادمانی است.*
- *همچین کارهای کوچیکی را بیان برات انجام بدن خیلی خوشحال می‌شی.*
- *احساس شادی به‌وجود میاد خوشحال می‌شی این خیلی مهمه.*

۲-۲- احساس آرامش:

بیماران به اهمیت احساس آرامش در خود واقف بوده دوست دارند به چنین حسی برسند. مشارکت‌کننده‌ای می‌گوید: *[مریض اصلاً نیاز به آرامش داره].* مشارکت‌کننده‌ی دیگری چنین اظهار می‌کند: *[مریضی که خوابیده رو تخت خیلی دوست داره آرامش داشته باشه].*

آرامش احساس مطلوبی است که وقتی فرد از نظر جسمی و روحی شرایط خوبی داشته و به آن‌چه انتظار داشته رسیده باشد درک می‌کند. *[احساس رضایت اینه که آدم تمام مسائل بر وفق مرادش باشه و یک حالت شادمانی و حالت آرامشی بهش دست بده. این حالت آرامش باعث میشه که آدم رضایت کامل داشته باشه].*

بیماران می‌خواهند محیط مراقبتی به‌گونه‌ای باشد که موجب آرامش بیمار شود. آن‌ها حتی طراحی ساختمان و فضای سبز را در ایجاد این حس مؤثر می‌دانند. *[محیط بیمارستان باید محیط تمیز، سالم و آرامش‌بخشی باشه].* مشارکت‌کننده‌ی دیگری می‌گوید: *[فضای عمومی بیمارستان میتونه بسیار مؤثر باشه تو روحیه‌ی بیماران. یه فضای بانشاطی باشه دارای فضای سبز کافی باشه حتی داری وارد می‌شی فکر کنی یه جایی وارد شدی که احساس آرامش می‌کنی احساس خوشایندی بهت دست میده].*

بیماران در مواجهه با پرستارانی که مراقبت‌های مطلوب

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

ارائه می‌دهند در خود احساس دلگرمی می‌کنند که می‌تواند پیش زمینه‌ی رضایت آن‌ها باشد. یک بیمار در مورد پرستاری که موجبات رضایت او را فراهم کرده می‌گوید: *[احساس آرامش داشتم خیلی آرام می‌شدم]*. یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان می‌گوید: *[شاید باور نکنی مثلاً می‌دیدم الان شیفت کاریشه خوشحال می‌شدم امروز اگه دردی پیش بیاد امروز یه نفر هست به دادمون برسه تا این حد بود]*.

بیماران هنگامی که نگران باشند و احساس آرامش نکنند از اوضاع موجود راضی نخواهند بود. آن‌ها می‌خواهند نگرانی‌های آن‌ها با حضور یک پرستار خوب یا صحبت‌های آرامش‌بخش او رفع شود. مشارکت‌کننده‌ای در مورد پرستاری که از او ناراضی است می‌گوید:

[به‌هر حال اونجا نگران هستی که هر اتفاقی بیفته این زیاد گوش نمی‌کنه فقط دوست داری این فرد عوض بشه یه پرستار خوب بیاد و هیچ مشکلی هم پیش نیاد چون این هیچ کمکی نمی‌کنه].

بیماری که نگران عمل خود است می‌گوید: *[چون کمرم بود از دیگران هم می‌شنیدم شاید عمل سختی باشه یه وقت آدم فلج میشه، نگران بودم برای بعد از عمل بیش‌تر نگران بودم که ببینم میتونم راه برم میتونم سلامتیمو دوباره به‌دست بیارم یا نه. پرستارها گفتن این فکرو نکن فلج بشی، عمل سختی هست اما اون جوری نباید اضطراب داشته باشی. چون خیلی علم پیشرفت کرده از لحاظ‌های بیهوشی خیلی سخت نیست دیگه من هم کمی راحت شدم]*.

جدول شماره‌ی ۱ - روند شکل گیری طبقات مربوط به درونمایه‌ی پذیرش پرستار

واحدهای معنایی	کدهای اولیه	زیر طبقه	طبقه	درونمایه
یعنی منو از خودش می‌دونه. وجود منو عین وجود خودش می‌دونه. درد منو درد خودش می‌دونه خوشحالی منو خوشحالی خودش می‌دونه. خیلی نزدیک می‌شدن به بیمار از نظر عاطفی شاید در حالت عادی افراطی باشه به این شکل برخورد کردن با افراد عادی. مثلاً یکی را صدا می‌کنی میگه جانم چشم همین الان می‌یام	برقراری ارتباط عاطفی	احساس همدلی	پذیرش عاطفی	پذیرش پرستار
همچین کارهای کوچیکی را بیان برات انجام بدن هم خیلی خوشحال می‌شی هم نسبت به اون پرستار خیلی احساس خوبی پیدا می‌کنی کارشون این بود که باهات حرف بزنن احساس خوبی آرزوی خوبی بکنن	احساس خوب نسبت به پرستار			
ضمن این‌که حالا تجربه دارن تسلط دارن دلسوز هم باشن. مثلاً دلسوزانه یه کاری براش انجام بدند.	دلسوزی پرستار	احساس دلسوزی		

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

انگار خودشون (پرستاران)به جای اون بودن. بغلیم هم می‌خواست سزارین بشه پرستار اومد گفت اصلاً نترس من خودم دو بار سزارین شدم مشکلی نداشتم خیلی خوب بوده اونو داشت آروم می‌کرد.	ابراز همدردی پرستار			
انگار آدم احساس می‌کنه یکی از اعضای خانوادش مثلاً داره یه کاری براش انجام می‌ده. مثل یه خواهر مثل یه کسی که می‌شناسن خیلی آرزوهای خوب می‌کردن. عین والدین یا پدر و مادر عین یک برادر باهات برخورد می‌کرد.	احساس نزدیک بودن	احساس تعلق		
تعداد پرستارانی که تو اورژانس شب بودن به‌نظرم کفایت نمی‌کنن. بخش جراحی یه مقدار بلبشوتر از داخلی بود چون مریض‌هاش بیش‌تر بود پرسنل کم‌تر بودن کادر پرستاریش کم‌تر بود. شلوغی بیمارستان خیلی اثر داره رو کارکرد پرستارا.	توجه و آگاهی بیمار نسبت به کمبود پرستار درک مشکلات موجود	درک مشکلات توسط بیمار	پذیرش عقلانی	
از اون بیمارستان زیاد نمی‌شه توقع داشت. احساس می‌کنم بیمارستان مثل یه بیمارستان درجه ۲ یا درجه ۳ بود من که برای اولین بار وارد بیمارستان می‌شدم. انتظاراتمو بر طبق همون یه بیمارستان درجه ۲ و ۳ گذاشته بودم. رو این حساب مثلاً توقع بیش‌تری نداشتم که بیش‌تر به من رسیدگی بشه. دیگه انتظار خاصی نیست ببینید مکانی نیست که آدم انتظاری داشته باشه.	تطبیق انتظارات با موقعیت	تعدیل انتظارات		

جدول شماره‌ی ۲ - روند شکل گیری طبقات مربوط به درونمایه احساس خشنودی

واحدهای معنا	کدهای اولیه	زیر طبقه	طبقه	درونمایه
این‌که فرمویدید چه حالتی چه وضعیتی واسه شما پیش اومد مطلوبیت بالایی که آدم می‌بینه از یک مجموعه‌ای احساس رضایت‌مندی و احساس خشنودی خاصی بهش دست می‌ده.	مطلوب بودن	دلپذیر بودن	احساس خوشایند	احساس خشنودی

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

احساس خیلی خوشایندیه برای من خیلی خوشاینده.	خوشایند بودن			
یک حالت شادمانی داشتم. احساس شادی به‌وجود میاد خوشحال می‌شه.	احساس شادمانی	خوشحالی		
احساس سبکبالی، احساس خوب داشتم.	احساس خوب			
به‌هر حال اونجا نگران هستی که هر اتفاقی بیفته این زیاد گوش نمی‌کنه فقط دوست داری این فرد عوض بشه یه پرستار خوب بیاد و هیچ مشکلی هم پیش نیاد.	رفع نگرانی با حضور پرستار خوب	کاهش نگرانی	احساس آرامش	
چون کمرم بود از دیگران هم می‌شنیدم شاید عمل سختی باشه یه وقت آدم فلج میشه پاش اینجوری، نگران بودم برای بعد از عمل بیش‌تر نگران بودم که ببینم میتونم راه برم می‌تونم سلامتیمو دوباره به‌دست بیارم یا نه. پرستارها گفتن این فکرو نکن فلج بشی، عمل سختی هست اما اون جوری نباید اضطراب داشته باشی. چون خیلی علم پیشرفت کرده از لحاظ‌های بیهوشی خیلی سخت نیست دیگه من هم کمی راحت شدم.	راحتی و رفع نگرانی بیمار با آگاه سازی پرستار			
شاید باور نکنی مثلاً می‌دیدم الان شیفت کاریشه خوشحال می‌شدم امروز اگه دردی پیش بیاد امروز یه نفر هست به دادمون برسه تا این حد بود.	احساس دلگرمی	آرامش خیال		
مریض اصلاً نیاز به آرامش داره. به‌هر حال مریض جوریه که واقعا شرایطش ایده‌آل نیست احتیاج داره که به قول معروف یه تسکین اعصابی بهش بده.	نیاز به آرامش			
محیط بیمارستان باید محیط تمیز، سالم و آرامش بخشی باشه. دارای فضای سبز کافی باشه حتی داری وارد می‌شی فکر کنی یه جایی وارد شدی که احساس آرامش می‌کنی.	محیط آرامش بخش			

بحث

بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان چنین نتیجه گرفت که رضایت احساس خشنودی و آرامشی است که بیمار در نتیجه‌ی پذیرش عاطفی و عقلانی پرستار درک می‌کند. این احساس از طریق قضاوت هوشیارانه و گاه احساسی بیمار نسبت به پرستار و محیط مراقبتی در ابعاد مختلف شکل می‌گیرد. در واقع، هنگامی بیماران ابراز رضایت می‌کنند که در برخورد با پرستار و محیط مراقبتی او حس خوشایندی پیدا کرده و به آرامش برسند. این امر محقق نخواهد شد مگر هنگامی که از نظر عاطفی و عقلانی پرستار را بپذیرند.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

هنگامی که بیمار پرستار خود را از لحاظ عاطفی و عقلانی بپذیرد احساس خوشایندی به او دست می‌دهد که همراه با آرامش خواهد بود که در واقع همان رضایت خاطر بیمار است و بیماران احساس خود را تحت این عنوان ابراز می‌کنند. البته این ویژگی خشنودی و آرامش در تعریف و درک عمومی هم وجود دارد چون رضایت قبل از این‌که متعلق به یک پدیده‌ی عینی و بیرونی خاص مثل مراقبت باشد یک احساس و درک ذهنی و انتزاعی است. لذا در فرهنگ لغت معین رضایت به معنی قبول، رضامندی، خوشحالی و خشنودی آمده است. آرامش نیز به آرام بودن، آسودن، راحت بودن، آسایش و آسودگی معنی شده است (۳۱).

پذیرش عاطفی پرستار به این معناست که یک ارتباط عاطفی و نزدیک بین پرستار و بیمار ایجاد شده بیمار احساس نزدیک بودن به پرستار را داشته باشد. او را از خود بداند مانند یکی از بستگان نزدیک خود تلقی کند و این اطمینان در او به‌وجود آید که پرستار با تمام وجود هر کاری که لازم باشد برایش خواهد کرد. طبیعی است برای این‌که چنین ارتباطی بین پرستار و بیمار شکل بگیرد پرستار باید ویژگی‌هایی چون مهربانی، همدلی، صداقت و ... را داشته باشد و بیمار را در جریان مراقبت با این ویژگی تحت تأثیر خود قرار دهد. این معنا در مطالعه‌ی Megivern و همکاران هم گزارش شده است: بیمارانی که رضایت بالایی را گزارش کرده‌اند تحت تأثیر توجه زیاد پرستار و همدلی او بوده‌اند (۳۲). هم‌چنین Cleary و همکاران نیز معتقدند در سازمان‌هایی که پرستاران اجازه دارند مراقبت‌های پرستاری را به‌صورت خصوصی‌تری ارائه‌دهند بیماران رضایت بالاتری دارند. به‌عبارت دیگر، مراقبت‌های خصوصی‌تر باعث همدلی بیش‌تر و ارتقاء ارتباط می‌شود (۳۳). Miller و Thomas و همکاران هم در مطالعات خودشان اظهار داشتند که توجه بیش‌تر پرستار به بیمار باعث درک رضایت بیش‌تری از طرف بیمار می‌شود، به‌علاوه رضایت بیمار تحت تأثیر رفتارهای پرستار و کیفیت پرستاری است. این امر باعث می‌شود یک ارتباط مثبت و خوشایند بین پرستار و بیمار ایجاد شود و البته نیازمند این است که پرستار مسؤول، مهربان، بادقت، آرام و مشوق باشد (۳۴، ۳۵).

Merkouris و همکاران در مطالعه‌ی خود که به شکل ترکیبی از کیفی و کمی انجام داده‌اند می‌گویند: مشارکت‌کنندگان، نزدیکی خود به پرستاران و رضایت از مراقبت‌های آن‌ها را با تشبیه کردن آن‌ها به اعضای خانواده‌ی خود بیان می‌کنند. از نظر آن‌ها این تم جالبی است، چرا که نشان می‌دهد بیماران تمایل دارند ارتباط بین فردی نزدیکی با پرستاران خود داشته باشند (۳۶). Johansson و همکاران می‌گویند: بیماران گزارش کرده‌اند که ارتباط پرستاران وقتی بر اساس عواطف باشد مهم‌تر از رضایت بیمار از مداخلات تکنیکی آن‌هاست. نویسنده اضافه می‌کند که پرستاران نباید ارزش تماس فیزیکی خود را با بیمار دست کم بگیرند. ظرفیت پرستار برای ایجاد حس نزدیکی و فامیلی با بیمار از ویژگی‌های بهترین پرستاران است (۱۰).

نکته و یافته‌ی مهم این مطالعه این است که درک و احساس بیماران به پرستاران فقط مبتنی بر احساس و نیاز شخصی خودشان نیست، بلکه نگاهی عقلانی به پرستار و محیط مراقبتی خود دارند. قضاوت و انتظاراتشان را بر اساس داشته‌های پرستار و امکانات بیمارستان تنظیم می‌کنند و همیشه و در همه‌ی محیط‌های بهداشتی و درمانی یک نوع و یک اندازه توقع و انتظار ندارند، بلکه با توجه به محیط، سطح انتظارات خود را شکل می‌دهند.

عبارت بیمار که *[از اون بیمارستان زیاد نمی‌شه توقع داشت]*. یا *[احساس می‌کنم بیمارستان مثل یه بیمارستان درجه‌ی ۲ یا درجه‌ی ۳ بود من که برای اولین بار وارد بیمارستان می‌شدم، انتظاراتمو بر طبق همون یه بیمارستان درجه‌ی ۲ و ۳ گذاشته بودم. رو این حساب مثلاً توقع بیش‌تری نداشتم که بیش‌تر به من رسیدگی بشه*] حاکی از چنین نگاهی است که ناشی از درک شرایط نامساعد کار پرستاری و وارد کردن آن در معادله‌ی قضاوت و ارزیابی است

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

که مختص شرایط خاص زمینه یا محیط و عرصه‌ی مطالعه است.

گاه مشارکت‌کنندگان اگر چه کم کاری و قصور پرستاران را بیان می‌کنند اما از آن‌ها ابراز رضایت دارند. بیماران در واقع پرستاران را به‌عنوان کسانی که قصد خدمت به آن‌ها دارند پذیرفته‌اند اما شرایط و امکانات و دیگر مسائل را عامل قصور پرستاران دانسته، آن‌ها را بی تقصیر می‌دانند و به همین علت از آن‌ها راضی هستند.

McKinley و همکاران می‌گویند: بیمارانی که دارای انتظارات بالا و غیر مقتضی هستند، ممکن است از مراقبت کامل و مطلوب نیز ناراضی باشند و بیماران با انتظارات پایین حتی با مراقبت ناقص، احساس رضایت می‌کنند (۳۷). بسیاری از مطالعات انجام شده در مورد سنجش رضایت بیماران، سطوح بالایی از رضایت را گزارش می‌کنند و این در حالی است که اغلب، نیازهای برآورده نشده‌ی بسیاری مشاهده می‌گردد (۳۸). احتمالاً یکی از علت‌های مهم در حصول این نتایج می‌تواند پذیرش عقلانی پرستار از طرف بیمار باشد.

فیضی در مطالعه‌ی خود به این نتیجه می‌رسد که بیمار با درک کمبود یا کافی بودن کادر پرستاری، وجود یا عدم وجود امکانات رفاهی و بهداشتی، و کافی بودن یا کافی نبودن فضای فیزیکی و دیگر پارامترها و توجه به تأثیر آن‌ها بر مراقبت‌های ارائه شده توسط پرستار به قضاوت در مورد مراقبت‌های ارائه شده می‌پردازد. در این‌صورت این امکان وجود دارد که علیرغم نامناسب بودن مراقبت‌های ارائه شده، بیمار از پرستار اظهار رضایت نماید چرا که وی بیش از آن‌که کاستی‌ها را به پرستار نسبت دهد آن را به سازمان نسبت می‌دهد (۲۲).

Merkouris و همکاران مطالعه‌ای در مورد ارزیابی رضایت بیمار از مراقبت پرستاری به شکل تلفیق[1] انجام دادند، در بخش کیفی مطالعه، نویسنده، درونمایه‌ی مرکزی به‌دست آمده را درک محدودیت‌ها و موانع دریافت مراقبت کافی عنوان می‌کند. بیماران مهم‌ترین مانع برای دریافت مراقبت را کمبود پرستار می‌دانستند (۳۶).

محققان تعاریف متعددی از رضایت ارائه داده‌اند. برخی بسیار کلی و محقق محور هستند. برای مثال Ozsoy و همکاران به نقل از Merkouris می‌گویند: رضایت ترکیبی از تجارب، انتظارات و نیازهای درک شده است (۲). Lee و همکاران معتقدند که رضایت بیماران یک ساختار پیچیده‌ی چندبعدی است که حاصل مقایسه‌ی تجربه مراقبت‌های بهداشتی یک فرد و استانداردهای ذهنی او است (۱۵). Cheung و همکاران می‌گویند: رضایت یک تجربه‌ی ذهنی است که وقتی انتظارات، نیازها و خواسته‌های بیمار تأمین شود افزایش می‌یابد و بر عکس، زمانی که بیمار حس کند برخی از انتظاراتش محقق نشده است کاهش می‌یابد (۳۹).

این تعاریف بیمارمحور نبوده و صرفاً برآمده از دیدگاه و ذهنیت محققان است. این‌گونه تعریف‌ها نمی‌تواند چگونگی شکل‌گیری رضایت را در بیمار تبیین کند و احساس او را توضیح دهد. به همین علت این تعاریف نمی‌توانند مبنای دقیقی برای ساخت ابزار ارزیابی رضایت باشند. ایجاد احساس رضایت فرآیند پیچیده‌ای است که باید در زمینه آن را جست‌وجو کرد. به‌نظر می‌رسد تعریف ارائه شده که حاصل این مطالعه است به‌خوبی فرآیند رضایت را در بیمار تعریف کرده است. چرا که معنای واقعی و زمینه‌ای رضایت بیمار از مراقبت‌های پرستاری را ارائه کرده است. این تعریف، احساس بیمار را توضیح می‌دهد و چگونگی قضاوت و ارزیابی بیمار را تبیین می‌کند.

نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق منجر به کشف معنی واقعی و زمینه‌ای رضایت بیمار از مراقبت‌های پرستاری شده است. تعریفی فراتر و متفاوت از معنایی که کارشناسان یا مدیران براساس ذهنیت‌ها و ایده‌آل‌های خود ارائه می‌کنند و سپس به طراحی ابزار اندازه‌گیری آن می‌پردازند. این‌گونه تعاریف محقق‌محور و کلی بوده نمی‌تواند مبنای درستی برای ارزیابی‌های رضایت باشد. با توجه به این‌که مطالعه‌ی حاضر حاصل تحقیق گروه

[1] Triangulation

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

پژوهشگران در زمینه‌ی واقعی بوده است، این نتیجه‌گیری می‌تواند تعریفی کامل‌تر از رضایت بیمار از مراقبت‌های پرستاری را ارائه داده، در طراحی ابزار اندازه‌گیری رضایت بیماران از خدمات پرستاری متناسب با درک واقعی بیماران در بیمارستان و زمینه واقعی به‌کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی

از مشارکت‌کنندگان در این مطالعه و هم‌چنین بیماران، مسؤولین بیمارستان‌ها و بخش‌های مختلف و هم‌چنین معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس که در انجام این پژوهش همکاری کرده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1- Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, et al. Patients evaluate their hospital care: a national survey. Health Aff 1991; 10 (4): 254–67.
2- Ozsoy SA, Ozgur G, Durmaz Akyol A. Patient expectation and satisfaction with nursing care in Turkey: a literature review. Int Nurs Rev 2007; 54 (3): 249–55.
3- Abdellah FG, Levine E. Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. Nurs Res 1957; 5 (3): 100-8.
4- McGhee A. The Patient's Attitude to Nursing Care. London: E. & S. Livingstone; 1961, p. 73-90.
5- Cartwright A. Human Relations and Hospital Care. London: Routledge and Kegan Paul; 1964, p. 131-5.
6- Bostan S, Acuner T, Yilmaz G. Patient (customer) expectations in hospitals. Health Policy 2007; 82 (1): 62-70.
7- Vuori H. Patient satisfaction-- does it matter? Qual Assur Health Care 1991; 3 (3): 183–9.
8- Merkouris A, Ifantopoulos J, Lanara V, Lemonidou C. Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. J Nurs Manag 1999; 7 (1): 19–28.
9- Cleary PD, Keroy L, Karapanos G, McMullen W. Patient assessments of hospital care. QRB Qual Rev Bull 1989; 15 (6): 172–9.
10- Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. Scand J Caring Sci 2002; 16 (4): 337–44.
11- Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med 1997; 45 (12): 1829–43.
12- Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. Soc Sci Med 1998; 47 (9): 1351–9.
13- Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. Soc Sci Med 1982; 16 (5): 577–82.
14- Ehnfors M, Soderstrom A. Patient satisfaction with hospital care. Nurs Sci

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

Res Nord Ctries 1995; 15: 19–29.
15- Lee DS, Tu JV, Chong A, Alter DA. Patient satisfaction and its relationship with quality and outcomes of care after acute myocardial infarction. Circulation 2008; 118 (19): 1938-45.
16- Koltz T, Zumbe J, Velmans R, Engelmann U. The determination of patient satisfaction as a part of quality management in the hospital. Dtsch Med Wochenschr 1996; 121 (28-29): 889-95.
17- Hsieh MO, Kagle JD. Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care. Health Soc Work 1991; 16 (4): 281–90.
18- Eriksen LR. Patient satisfaction with nursing care: concept clarification. J Nurs Meas 1995; 3 (1): 59–76.
19- Risser NL. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. Nurs Res 1975; 24 (1): 45–52.
20- Leino-Kilpi H, Vuorenheimo J. Patient satisfaction as an indicator of the quality of nursing care. Verd Nord Utveckl Forsk 1992; 12 (2-3): 22–8, 62.
21- Mahon PY. An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care. J Adv Nurs 1996; 24 (6): 1241–8.

۲۲- فیضی آ. رضایت بیمار از مراقبت پرستاری: ارائه مدل. پایان نامه دکتری پرستاری دانشکده پرستاری. تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ سال ۱۳۸۵.

23- Hajifatahi A, Ainy E, Jafari H, Markazi Moghadam N, Kohyar E, Hajikaram S. In-patient satisfaction and its related factors in Taleghani University Hospital, Tehran, Iran. Pakistan J Med Sci 2008; 24 (2): 273-4.

٢٤- جولایی س، گیوری ا، تعاونی س، بحرانی ن، رضاپور ر. میزان رضایت‌مندی بیماران از خدمات پرستاری در بیمارستان‌های آموزشی شهرهای منتخب کشور. پژوهش پرستاری ۱۳۸۶؛ دوره ۲ (شماره‌های۶ و۷): ۴۴-۳۷.

۲۵- پروین ن، علوی ا، حسن پور دهکردی ع، علیدوست ع. میزان رضایت بیماران بستری از خدمات پرستاری در بیمارستان‌های آموزشی شهر کرد سال ۱۳۸۴. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان ۱۳۸۶؛ دوره ۴ (شماره ۱): ۶-۲۱.

٢٦- رخشانی ح. رضایت بیماران سالمند مبتلا به بیماری عروق کرونر از مراقبت‌های ارائه شده در یکی از مراکز آموزشی-درمانی شهرستان رشت. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان ۱۳۸۵؛ دوره ۳ (شماره ۲): ۸-۲۵.

27- Spannagel C, Michaela GZ, Schroeder U. Application of qualitative content analysis in user-program interaction research. Forum Qual Soc Res 2005; 6 (2): 1-15.
28- Mayring P. Qualitative content analysis. Qual Soc Res 2000; 1 (2): 1-10.
29- Pollit DF, Beck C, Hungler B. Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization, 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2001, p. 447.
30- Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res2005 ; 15 (9): 1277-88.

۳۱- معین م. فرهنگ فارسی. تهران: امیرکبیر؛۱۳۷۹، جلد دوم، ص ۱۶۵۹.

32- Megivern K, Halm MA, Jones G. Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. J Nurs Care Qual 1992; 6 (4): 9–24.
33- Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry 1988; 25 (1): 25–36.
34- Thomas LH, MacMillan J, McColl E, Priest J, Hale C, Bond S. Obtaining patients' views of nursing care to inform the development of a patient satisfaction scale. Int J Qual Health Care 1995; 7 (2): 153–63.
35- Miller Bader MM. Nursing care behaviors that predict patient satisfaction. J Nurs Qual Assur 1988; 2 (3): 11–7.
36- Merkouris A, Papathanassoglou ED, Lemonidou C. Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? Int J Nurs Stud 2004, 41 (4): 355–67

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

37- McKinley RK, Stevenson K, Adams S, Manku-Scott TK. Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care? Fam Pract 2002; 19 (4): 333-8.
38- Bredart A, Mignot V, Rousseau A, et al. Validation of the EORTC QLQ-SAT32 cancer inpatient satisfaction questionnaire by self-versus interview–assessment comparison. Patient Educ Couns 2004; 54 (2): 207-12.
39- Cheung CS, Bower WF, Kwok SC, van Hasselt CA. Contributors to surgical in-patient satisfaction--development and reliability of a targeted instrument. Asian J Surg 2009; 32 (3): 143-50.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]