

ارزیابی باورها و اقدامات حمایتی - حفاظتی پرستاران از بیماران مراجعه کننده

به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال ۱۳۹۳

نسرین ایمانی‌فر^۱، سید ابوالفضل وقار سیدین^{۲*}

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

حمایت از بیمار یکی از عناصر ذاتی اخلاق حرفه‌ای در پرستاری است که به حفظ حقوق بیمار کمک می‌کند. در این راستا، تعداد زیادی از کدهای اخلاقی حرفه‌ی پرستاری به این نقش پرستاران اختصاص دارد. مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی میزان باورها و اقدامات حمایتی - حفاظتی پرستاران از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال ۱۳۹۳ انجام شد. داده‌های این مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی توسط پرسشنامه‌ی مشخصات فردسنجی و پرسشنامه‌ی حمایتی - حفاظتی Hanks از ۲۴۸ پرستار شاغل در شش بیمارستان واقع در استان خراسان جنوبی که به روش طبقه‌ای تصادفی شده انتخاب شده بودند، جمع - آوری شد. پایایی پرسشنامه با محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه شد. داده‌های به دست آمده در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ با استفاده از آزمون‌های توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

اکثر پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه (۸۰/۶ درصد) دارای سطح حمایت متوسط با میانگین نمره‌ی کلی $137/39 \pm 13/65$ بودند. هم‌چنین، بعضی از مؤلفه‌های حمایت با متغیرهای سابقه‌ی شرکت در برنامه‌های آموزش اخلاق به‌عنوان فراگیر، سن، سابقه‌ی - کاری، بخش محل خدمت و وضعیت استخدامی ارتباط آماری معنی‌داری داشتند ($P < 0/05$). به‌عبارتی، میانگین نمره‌ی کلی حمایت پرستار از بیمار و برخی از مؤلفه‌های آن در پرستاران دارای سابقه‌ی شرکت در برنامه‌های آموزش اخلاق به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از پرستارانی بود که این سری از برنامه‌ها را نگذرانده بودند. هم‌چنین، حمایت از بیماران در پرستاران دارای سن و سابقه‌ی کاری بالا، شاغل در بخش اورژانس و دارای استخدام رسمی بیش‌تر بود. بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که حمایت پرستاران از بیماران نسبتاً مناسب است. با این حال، برای ارتقاء آن نیاز به اتخاذ راهکارهای مناسب است. در این راستا، شرکت پرستاران در دوره‌های آموزش اخلاق می‌تواند منجر به افزایش حمایت از بیمار شود. از سویی، تلاش مدیران جهت تبدیل وضعیت استخدامی پرستاران به استخدام رسمی و ایجاد امنیت شغلی احتمالاً خواهد توانست باورها و اقدامات حمایتی - حفاظتی آنان از بیماران را ارتقا دهد.

واژگان کلیدی: پرستاران، حقوق بیمار، حمایت حفاظتی

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی شرق کشور، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند

^۲ استادیار، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی شرق کشور، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند

* نشانی: بیرجند، خیابان غفاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۹۱۵۳۶۲۴۶۰۵

مقدمه

ارائه‌ی خدمات پرستاری شایسته در سایه‌ی ایفای نقش‌های پرستار به‌صورتی مؤثر امکان‌پذیر است (۱). از سال ۱۹۷۶ میلادی، حمایت از بیمار^۱ به یکی از اجزاء لاینفک نقش حرفه‌ای پرستاران تبدیل شده است (۲). حمایت از بیمار بخشی جدایی‌ناپذیر از تلاش‌های پرستاران جهت حفاظت منافع بیماران و ارتقاء رفاه آنان است. در جریان حمایت از بیمار، پرستار مطمئن می‌شود که بیماران به حقوق خود آگاه می‌شوند و به اطلاعات لازم جهت تصمیم‌گیری آگاهانه در امر درمان و مراقبت دست می‌یابند (۳).

حمایت از بیمار هم‌چنین، به‌عنوان محافظت و گوش دادن به صدای بیمار و نوعی تصمیم‌گیری اخلاقی در نظر گرفته شده است (۴). نگارنده و همکاران با استفاده از مطالعه‌ی کیفی به بررسی ماهیت حمایت از بیمار از دیدگاه پرستاران ایرانی پرداختند. در این مطالعه حمایت پرستاران از بیمار شامل اعمالی نظیر آگاه‌کردن و آموختن، ارج‌نهادن و محترم شمردن، پشتیبانی، حفاظت و تأمین استمرار مراقبت می‌شد (۵).

براساس کدهای اخلاقی انجمن پرستاران آمریکا (ANA)^۲، حمایت از بیمار در پرستاری به‌عنوان یک ضرورت اخلاقی به رسمیت شناخته شده است (۶). نقش حمایتی هم‌چنین، از اجزای اصلی کدهای اخلاقی پرستاران در شورای بین‌المللی پرستاری (ICN)^۳ به‌شمار می‌آید (۲). بنابراین، حمایت از بیمار به‌عنوان هسته‌ی ارزش‌های پرستاری (۷) عموماً به‌عنوان یک تعهد اخلاقی به‌حساب می‌آید (۶).

به‌طور کلی، دو دیدگاه اصلی در ارتباط با نقش حمایتی پرستاران وجود دارد. در دیدگاه حمایت حفاظتی^۴ بر حمایت

از بیمار به‌عنوان ابزاری جهت محافظت بیمار تأکید می‌شود. در این دیدگاه فاکتورهایی چون حفاظت از حقوق بیمار، حفظ استقلال بیمار و اقدام کردن از جانب بیمار مدنظر هستند. در حمایت حفاظتی، پرستار به‌عنوان یک محافظ بین محیط خارج و بیمار که در شرایط خطرناکی به‌سر می‌برد و ممکن است نتواند شخصاً به‌طور مناسب از خویش دفاع کند، قرار می‌گیرد. مشارکت و تعامل دائمی پرستار و بیمار در ارائه حمایت حفاظتی مفهومی کلیدی است. شایان ذکر است که این دیدگاه در نقطه‌ی مقابل دیدگاه قیم‌مأبانه^۵ قرار دارد (۸) که در آن سلامت بیمار بهای بیش‌تری از استقلال وی دارد و این پزشک یا پرستار هستند که تشخیص می‌دهند منفعت بیمار در چیست و چه چیزی برای بیمار بهتر است (۹).

بحث حمایت از بیمار ریشه در شناخت و ارزش نهادن به حقوق بیمار دارد و نقش پرستار به‌عنوان حامی منافع و حقوق افراد است (۶). بیمارانی که درد را تجربه می‌کنند قشر آسیب‌پذیری هستند و در جایگاهی نیستند که بتوانند از خود دفاع کنند. به‌علاوه، ممکن است ندانند که چه امکاناتی در اختیار آنهاست و حقوق آنها چیست (۴). ناخوشی و اطلاعات محدود درباره‌ی پزشکی نیز ممکن است سبب شود حق انتخاب و اختیار بیماران نادیده گرفته شود (۲).

پرستاران نسبت به سایر کارکنان سیستم مراقبت بهداشتی بیش‌تر درگیر هستند؛ بنابراین، باید در امر مراقبت از بیمار نقش حمایت از بیماران و عمل کردن از طرف آنان را بر عهده بگیرند (۱۰).

با وجود این‌که حمایت به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیری از حرفه‌ی پرستاری از دیرباز جای خود را در متون پرستاری باز کرده است (۷، ۳)، عملاً هم‌چنان به‌عنوان یک نقش نسبتاً جدید برای پرستاران به‌حساب می‌آید (۱۱). در سیستم بهداشت و درمان کنونی اهمیت حمایت از بیمار به‌طور

¹ Patient advocacy

² American Nurses Association

³ International Council of Nurses

⁴ Protective advocacy

⁵ Paternalistic advocacy

پزشکی بیرجند، واقع در سطح استان خراسان جنوبی به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی شده، به‌عنوان نمونه‌ی آماری انتخاب شدند. بدین صورت که در بیمارستان‌های مختلف استان متناسب با حجم نمونه‌ی کل و تعداد پرستاران واجد شرایط (داشتن حداقل یک‌سال سابقه‌ی کار بالینی در بیمارستان، داشتن مدرک کارشناسی یا بالاتر و نداشتن پست مدیریتی در بیمارستان) سهم هر بیمارستان مشخص شد. سپس در درون هر بیمارستان نیز بر اساس لیست پرستاران واجد شرایط در بخش‌های مختلف متناسب با تعداد پرستاران به‌صورت تصادفی نمونه انتخاب شد.

داده‌ها پس از اخذ مجوزهای قانونی و رضایت افراد شرکت‌کننده در مطالعه از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شد. به پرستاران اطمینان داده شد که این اطلاعات محرمانه خواهند بود و پر کردن پرسشنامه‌ها اختیاری است. هم‌چنین، تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌صورت کلی صورت می‌گیرد.

جهت جمع‌آوری داده از یک پرسشنامه‌ی دوبخشی استفاده شد. بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات فردسنجی افراد یعنی سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، بخش محل خدمت، سابقه‌ی کاری و سابقه‌ی شرکت در برنامه‌های آموزش اخلاق (به‌عنوان فراگیر) بود. در بخش دوم جهت سنجش حمایت پرستار از بیمار از پرسشنامه‌ی حمایت حفاظتی پرستاران (PNAS)^۱ که توسط Hanks در سال ۲۰۰۸ ابداع شده است، استفاده شد (۱۱). این پرسشنامه که به هدف ارزیابی باورها و اقدامات حمایتی - حفاظتی پرستاران از بیماران تهیه شده است دارای ۴ خرده مقیاس عمل کردن به‌عنوان یک وکیل مدافع، شرایط کاری و اقدامات حمایتی، تأثیر آموزش و محیط، پشتیبانی و موانع حمایت است. عبارات هر حیطه به‌طورکلی ارزیابی‌کننده‌ی باور و نیز عملکرد پرستار در رابطه با همان حیطه از حمایت از بیمار

فزاینده‌ای مورد توجه قرار گرفته است (۲). در این راستا، پرستاران باید بیش از پیش به نقش رهبری خود در امر حمایت از بیماران ادامه دهند (۷).

با وجود آن‌که پژوهش‌ها نشان می‌دهند حمایت از بیمار پیامدهای مثبتی مانند رضایت شغلی، اعتماد به نفس، عزت نفس، تجربه‌ی احساسات مثبت، شادی و آرامش برای پرستاران را به‌دنبال دارد (۱۲، ۱۰)، گاهی عمل کردن به‌عنوان مدافع بیمار ممکن است عواقبی از جمله تضاد با همکاران و مافوق، دریافت تذکر شفاهی یا کتبی، تغییر بخش محل خدمت یا نوبت‌کاری، تضاد مستقیم یا غیرمستقیم با سازمان، از دست دادن سمت یا حتی شغل را برای پرستاران در پی داشته باشد (۱۳، ۱۰).

در متون پرستاری هنوز در ارتباط با ماهیت دیدگاه و عملکرد پرستاران نسبت به نقش حمایت از بیماران کاستی‌هایی وجود دارد (۲). بنابراین، رسیدن به یک شناخت از وضعیت حمایتی پرستاران از بیماران و عوامل مؤثر بر این نقش ضروری است. در این راستا نگارنده و همکاران بر این باورند که اولین گام در ترویج نقش حمایتی پرستار، شناخت عوامل مؤثر در به‌کارگیری آن است (۱۴). با عنایت به مطالب فوق و این‌که پژوهشگران به مطالعه‌ای که ارزیابی دیدگاه و عملکرد پرستاران نسبت به نقش حمایت آنان در سطح استان خراسان جنوبی پرداخته باشد دست نیافتند، مطالعه‌ی حاضر با هدف ارزیابی باورها و اقدامات حمایتی - حفاظتی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند از بیماران در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی - مقطعی از نوع همبستگی بوده که با هدف ارزیابی باورها و اقدامات حمایتی - حفاظتی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال ۱۳۹۳ انجام شد. در این مطالعه ۲۴۸ پرستار شاغل در شش بیمارستان دانشگاه علوم

¹ Protective Nursing Advocacy Scale

نتایج

اکثر افراد شرکت‌کننده در مطالعه زن (۷۵/۴ درصد) و متأهل (۷۷ درصد) بودند. بیش‌ترین فراوانی مربوط به پرستاران رده‌ی سنی ۳۰-۲۶ سال و کم‌ترین فراوانی مربوط به پرستاران رده‌ی سنی بیش‌تر از ۴۰ سال بود. حداقل سن پرستاران ۲۲ سال و حداکثر سن ۵۱ سال و میانگین سنی پرستاران $31/56 \pm 6/90$ سال بود. حداقل سابقه‌ی کاری پرستاران مورد مطالعه یک سال و حداکثر ۲۶ سال و میانگین سابقه‌ی کاری $7/47 \pm 6/48$ سال بود. هم‌چنین، نیمی از افراد شرکت‌کننده در مطالعه سابقه‌ی شرکت در برنامه‌های آموزش اخلاق به‌عنوان فراگیر را داشتند. همه‌ی شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات کارشناسی پرستاری بودند (جدول شماره‌ی ۱). اکثر شرکت‌کنندگان در این مطالعه (۸۰/۶ درصد) دارای نمره‌ی حمایت متوسط با میانگین نمره‌ی کلی $13/65 \pm 137/39$ بودند.

نتایج این مطالعه نشان داد که بر حسب متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، تفاوت معنی‌داری در میانگین نمره‌ی کلی حمایت پرستار از بیمار و مؤلفه‌های آن در شرکت‌کنندگان وجود ندارد ($P > 0/05$).

بر اساس یافته‌ها در مؤلفه‌ی حمایت از بیمار با عنوان «عمل کردن به‌عنوان وکیل مدافع» بر حسب سن و سابقه‌ی کاری تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد. بدین صورت که آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه و نتیجه‌ی آزمون تعقیبی رنج توکی نشان داد که میانگین نمره‌ی حمایت پرستار از بیمار در مؤلفه‌ی مذکور در پرستاران رده‌ی سنی بیش‌تر از ۴۰ سال نسبت به سایر پرستاران به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بود ($F=3/17, P=0/02$). هم‌چنین، میانگین نمره‌ی مؤلفه‌ی مذکور در پرستاران با سابقه‌ی کاری بیش‌تر از ۱۰ سال نسبت به پرستاران با سابقه‌ی کاری ۲ سال و کم‌تر به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بود ($F=3/46, P=0/02$).

است. پرسشنامه‌ی حمایت حفاظتی پرستاران دارای ۴۳ عبارت با مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم = ۵ تا کاملاً مخالفم = ۱ است. کم‌ترین نمره ۴۳ و بیش‌ترین نمره ۲۱۵ است. در صورتی‌که نمره‌ی کلی بین $100/3 - 43$ قرار گیرد پرستار از نظر باورها و اقدامات مثبت پیرامون حمایت حفاظتی در طبقه‌ی ضعیف قرار می‌گیرد. کسب نمره‌ی $157/6 - 100/4$ به‌عنوان حمایت متوسط و نمرات بین $157/7 - 215$ به‌عنوان حمایت خوب در نظر گرفته می‌شود (۱۱).

روایی و پایایی پرسشنامه‌ی حمایت حفاظتی پرستاران در مطالعه‌ی Hanks در سال ۲۰۱۰، در ۴۱۹ پرستار در ایالت تگزاس، تأیید شده است. در این مطالعه، شاخص روایی محتوا $0/79$ و پایایی کل آیت‌ها با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، $0/80$ گزارش شده است (۸). در مطالعه‌ی حاضر جهت استفاده از این پرسشنامه پس از کسب اجازه از ابداع‌کننده‌ی اصلی پرسشنامه، ابتدا پرسشنامه از انگلیسی به فارسی روان ترجمه شد. سپس پرسشنامه‌ی ترجمه‌شده توسط مترجمی مسلط به زبان اصلی برگردانده شد و با متن اصلی مطابقت داده شد و اصلاحات لازم انجام شد. جهت تعیین روایی محتوا، پرسشنامه در اختیار ده نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند قرار گرفت. بر اساس نظرات کارشناسان اصلاحات لازم انجام شد. جهت تعیین پایایی پرسشنامه توسط ۱۷ نفر از پرستاران تکمیل شد و ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه $0/74$ محاسبه شد.

با توجه به هدف‌های مطالعه از آمار توصیفی و تحلیلی با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ داده‌ها تجزیه و تحلیل شدند. برای تعیین نمره‌ی حمایت، سطح حمایت و بررسی مشخصات فردسنجی از میانگین، فراوانی، درصد فراوانی و انحراف معیار استفاده شد. ارتباط بین مشخصات فردسنجی با نمره‌ی کلی حمایت و ابعاد آن از آزمون‌های One-way ANOVA، Kruskal-Wallis و Mann- Tukey HSD، و Whitney U استفاده شد.

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی مشخصات فردسنجی و نمرات حمایت

| متغیر | فراوانی | درصد |
|--|------------------|------|
| جنسیت | مؤنث | ۱۸۷ |
| | مذکر | ۶۱ |
| وضعیت تأهل | مجرد | ۵۷ |
| | متاهل | ۱۹۱ |
| سابقه‌ی شرکت در برنامه-های آموزش اخلاق | بله | ۱۲۶ |
| | خیر | ۱۲۲ |
| سن | ۲۵ سال و کم‌تر | ۵۷ |
| | ۲۶-۳۰ سال | ۶۸ |
| | ۳۱-۳۵ سال | ۵۵ |
| | ۳۶-۴۰ سال | ۳۵ |
| | بیش‌تر از ۴۰ سال | ۳۳ |
| سابقه‌ی کاری | ۲ سال و کم‌تر | ۶۱ |
| | ۳-۵ سال | ۷۱ |
| | ۶-۱۰ سال | ۵۲ |
| | بیش‌تر از ۱۰ سال | ۶۴ |
| وضعیت استخدام | رسمی | ۷۵ |
| | پیمانی | ۶۱ |
| | قراردادی | ۵۲ |
| | سایر | ۶۰ |
| بخش محل خدمت | داخلی | ۴۵ |
| | اورژانس | ۷۷ |
| | ویژه | ۵۷ |
| | جراحی | ۴۳ |
| | سایر | ۲۶ |
| نمره حمایت | ضعیف | ۱۹ |
| | متوسط | ۲۰۰ |
| | خوب | ۲۹ |

هم‌چنین، تحلیل نتایج حاکی از وجود اختلاف آماری معنی‌دار بر حسب بخش محل خدمت بود. بدین صورت که میانگین نمره‌ی کلی حمایت پرستار از بیمار در پرستاران بخش اورژانس نسبت به پرستاران بخش جراحی به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بود ($F=2/72, P=0/03$).

نتیجه‌ی آزمون Kruskal - Wallis نشان داد که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری در میانگین نمره‌ی حمایت پرستار از بیمار در مؤلفه‌ی «پشتیبانی و موانع حمایت» در دو گروه از پرستاران مورد مطالعه بر حسب نوع استخدام وجود دارد. بدین ترتیب که میانگین نمره‌ی مؤلفه‌ی مذکور در پرستاران استخدام رسمی نسبت به پرستاران پیمانی و سایر به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بود ($X^2=15/33, P=0/002$).

هم‌چنان که در جدول شماره ۲ آمده است، میانگین «نمره‌ی کلی حمایت پرستار از بیمار» و دو مؤلفه‌ی «وکیل مدافع» و «تأثیر آموزش و محیط» در پرستارانی که سابقه‌ی شرکت در برنامه‌های آموزش اخلاق را داشتند نسبت به پرستارانی که سابقه‌ی شرکت در چنین برنامه‌هایی را نداشتند به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بود ($P<0/05$).

نتایج جدول ماتریس همبستگی نشان داد که بین حمایت پرستار از بیمار در کل با کلیه‌ی مؤلفه‌های خود، سابقه‌ی کاری و سن رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P<0/05$) (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمره‌ی کلی حمایت پرستار از بیمار و

مؤلفه‌های آن بر حسب سابقه‌ی شرکت در برنامه‌های آموزش اخلاق

| مؤلفه | متغیر | میانگین | انحراف استاندارد | نتیجه‌ی آزمون آماری |
|-----------------------------|-------|---------|------------------|-------------------------------------|
| وکیل مدافع | خیبر | ۶۳/۰۱ | ۹/۰۵ | $t=2.83, df=246$ $P=0.005$ |
| | بله | ۶۶/۰۳ | ۷/۷۴ | |
| شرایط کاری و اقدامات حمایتی | خیبر | ۱۶/۶۸ | ۴/۶۵ | Mann-Whitney U= 7212.50 $P=0.40$ |
| | بله | ۱۷/۲۳ | ۳/۸۱ | |
| تأثیر آموزش و محیط | خیبر | ۲۹/۷۲ | ۴/۹۸ | Mann-Whitney U = 6180 $P=0.007$ |
| | بله | ۳۱/۱۷ | ۵/۷۱ | |
| پشتیبانی و موانع حمایت | خیبر | ۲۵/۴۱ | ۴/۲۹ | Mann-Whitney U = 7461 $P=0.94$ |
| | بله | ۲۵/۴۴ | ۵/۸۳ | |
| حمایت پرستار از بیمار در کل | خیبر | ۱۳۴/۸۲ | ۱۴ | $t=246, df=2.97$ $P=0.003$ |
| | بله | ۱۳۹/۸۸ | ۱۲/۸۷ | |

جدول شماره ۳ - ضریب همبستگی بین سن و سابقه‌ی کاری و میزان حمایت پرستار از بیمار در کل و مؤلفه‌های آن

| متغیر | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| ۱- سن | - | | | | | | |
| ۲- سابقه‌ی کاری | ۰/۹۲xx | - | | | | | |
| ۳- وکیل مدافع | ۰/۲۰xx | ۰/۲۳xx | - | | | | |
| ۴- شرایط کاری و اقدامات حمایتی | ۰/۰۸ | ۰/۱۱ | ۰/۱۳x | - | | | |
| ۵- تأثیر آموزش و محیط | ۰/۰۳ | ۰/۰۴ | ۰/۲۶xx | ۰/۰۲ | - | | |
| ۶- پشتیبانی و موانع حمایت | -۰/۰۴ | -۰/۰۷ | -۰/۰۲ | ۰/۰۸ | ۰/۰۷ | - | |
| ۷- حمایت پرستار از بیمار در کل | ۰/۱۶x | ۰/۱۸xx | ۰/۷۶xx | ۰/۴۳xx | ۰/۶۶xx | ۰/۳۸xx | - |
| xx: $P<0.001$ x: $P<0.05$ | | | | | | | |

بحث و نتیجه‌گیری

اکثر پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه (۸۰/۶ درصد) دارای حمایت متوسط بودند. این نتایج با مطالعه‌ی Ware و همکاران که در آن اکثر پرستاران در امر حمایت از بیمار فعال بودند (۴) و نیز نتایج مطالعه‌ی Davis و همکاران که در آن ۷۹ درصد از پرستاران خود را حامی بیمار می‌دیدند هم‌خوانی دارد (۱۳). در مطالعه‌ی نگارنده و دهقان نیری در سال ۲۰۱۲ نیز اکثر پرستاران (۶۷ درصد) دارای حمایت متوسط بودند

(۱۰). اما Kubsch و همکاران به این نتیجه رسیدند که مشارکت پرستاران در امر حمایت از بیمار محدود است (۱۵). با توجه به این‌که در مطالعه‌ی حاضر اکثر شرکت‌کنندگان در مطالعه سابقه‌ی کار کم‌تر از ۵ سال داشته‌اند، کسب نمره‌ی حمایتی- حفاظتی متوسط چندان دور از انتظار نیست. پژوهشگران معتقدند حمایت از بیمار از طریق کسب تجربه‌ی کاری آموخته می‌شود (۴). نمره‌ی حمایت کسب‌شده توسط پرستاران در مطالعه‌ی حاضر نشان‌دهنده‌ی حمایت نسبتاً

در پرستاران با سابقه‌ی کاری بیش‌تر از ۱۰ سال نسبت به پرستاران با سابقه‌ی کاری ۲ سال و کم‌تر و در پرستاران رده‌ی سنی بیش‌تر از ۴۰ سال نسبت به سایر پرستاران به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بود. در این راستا Ware و همکاران معتقدند حمایت از بیمار در درجه‌ی اول با کار آموخته می‌شود. به‌عبارتی، از طریق کسب تجربه‌ی کاری اعتماد به نفس لازم برای ایفای این نقش به‌دست می‌آید (۴). در مطالعه‌ی عباس‌زاده و همکاران نیز سابقه‌ی کاری و سن پرستاران با نگرش آنان به حمایت از بیمار همبستگی مستقیم و معنی‌داری نشان داد (۱۷). نگارنده و دهقان نیری نیز ضمن تأیید این یافته‌ها متذکر می‌شوند اکثر پرستارانی که در بیمارستان‌های دولتی مشغول به خدمت هستند تازه‌کار و با سابقه‌ی کاری کم‌تر از ۲ سال هستند. لذا آن‌ها نمی‌توانند با اطمینان با بیمار ارتباط برقرار کرده یا این‌که مدافع بیمارانشان باشند (۱۰). نتایج مطالعات دیگر نیز تجربه‌ی کار بالینی کم را از موانع حمایت می‌داند (۲۰، ۴). Hughes و Snelgrove ضمن تأکید بر تأثیر تجربه در حمایت از بیمار یکی دیگر از موانع حمایت از بیمار را عدم توجه پزشکان به‌نظر پرستاران کم تجربه معرفی می‌کنند (۲۰). به‌نظر می‌رسد با افزایش سن و سابقه‌ی کاری، پرستاران تجربیات زیادی در رابطه با حمایت از بیمارانشان به‌دست می‌آورند. از سویی پرستاران بتدریج در سیستم درمان شناخته‌تر می‌شوند و با کسب تجربه و سابقه‌ی کاری، مشکل عدم توجه به‌نظرات پرستاران کم‌تجربه را ندارند. بنابراین، مدافعان بهتری برای بیماران خود هستند. گذشته از این، با افزایش سن و به موازات آن افزایش تجربه، توجه به جنبه‌های اخلاقی و وجدانی کار افزایش یافته و افراد بیش‌تر به فکر کمک به بیماران هستند (۱۷).

در مطالعه‌ی حاضر هم‌چنین، میانگین نمره‌ی کلی حمایت پرستار از بیمار در پرستاران بخش اورژانس نسبت به پرستاران بخش جراحی به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بود. در این راستا Hanks نیز به نقل از چندین مطالعه شرایط و محیط

مناسب آنان از بیماران نیست. با این وجود، این نتیجه یادآور ضرورت اتخاذ راهکارهایی از جمله شناخت و توجه به نیاز بیمار، افزایش مسؤلیت‌پذیری پرستار، ارتباط مناسب بین پرستار- بیمار، پزشک به‌عنوان همکار و افزایش دانش و مهارت پرستار به‌منظور ارتقاء باور و عملکرد پرستاران در زمینه‌ی نقش حمایتی از بیمار است (۱۴).

از آن‌جایی که حمایت در پرستاری به‌عنوان یک فعالیت شایسته، و به‌عنوان یک ضرورت اخلاقی در پرستاری به حساب می‌آید، لازم است که پرستاران در اجرای این نقش خود مشارکت مناسبی داشته باشند (۶).

نتایج این مطالعه هم‌چنین، نشان داد که میانگین نمره‌ی کلی حمایت از بیمار و نیز میانگین نمرات دو مؤلفه‌ی «عمل کردن به‌عنوان وکیل مدافع» و «تأثیر آموزش و محیط» در پرستاران دارای سابقه‌ی شرکت در برنامه‌های آموزش اخلاق نسبت به دیگر پرستاران به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بود. در این راستا Mallik بر این باور است که پرستاران عموماً آمادگی لازم برای ایفای نقش حمایتی از بیماران را ندارند و برای اجرای مناسب این نقش ضروری است آموزش‌های لازم را دریافت کنند (۱۶). نتایج دیگر مطالعات نیز تأثیر شرکت در دوره‌های آموزش اخلاق بر ارتقاء نقش حمایتی پرستاران از بیماران را تأیید می‌کنند (۱۸، ۱۷). از آن‌جا که حمایت از بیمار از مفاهیم کلیدی و ذاتی اخلاق در پرستاری به‌شمار می‌آید (۱۹، ۳)، تأثیر کلاس‌های آموزش اخلاق بر افزایش حمایت پرستاران از بیماران چندان دور از انتظار نیست. با وجود این در کشور ما توجه چندان به امر آموزش اخلاق در برنامه درسی دانشجویان پرستاری نشده است، شرکت در دوره‌های آموزش اخلاق به‌صورت ضمن خدمت به‌عنوان نقطه‌ی عطفی برای آگاهی پرستاران از نقش خود به‌عنوان حامی بیمار به‌حساب می‌آید.

دیگر نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد میانگین نمره‌ی حمایت از بیمار در مؤلفه‌ی «عمل کردن به‌عنوان وکیل مدافع»

مطالعات مشابه دیگری در حجم نمونه‌ی بیش‌تر و در محیط‌های بیمارستانی متنوع‌تر انجام شود.

با عنایت به نتایج این مطالعه، توجه مدیران پرستاری به ارتقاء نقش حمایتی پرستاران از بیماران ضروری به‌نظر می‌رسد. در این راستا طراحی پژوهش‌هایی با هدف بررسی موانع به‌کارگیری نقش حمایتی پرستاران و ایجاد تغییر مثبت در باورهای آنان نسبت به این نقش پیشنهاد می‌شود. از سویی، با عنایت به ارتباط مثبت شرکت در برنامه‌های آموزش و حمایت پرستار در مطالعه‌ی حاضر، آموزش دوره‌ای پرستاران با تمرکز بر آموزش مفاهیم اخلاق احتمالاً خواهد توانست در آماده‌سازی آنان جهت ایفای نقش خود به‌عنوان حامی بیمار کمک‌کننده باشد. با توجه به نتایج مطالعه، این آموزش‌ها به‌ویژه باید بر پرستارانی با سن و سابقه‌ی کاری کم‌تر یا آن‌هایی که وضعیت استخدامی غیررسمی دارند متمرکز شود. در نهایت، با تغییر در وضعیت استخدامی پرستاران دارای وضعیت استخدام موقت و تبدیل آن به استخدام رسمی و در نتیجه ایجاد امنیت شغلی برای آنان انتظار می‌رود باورها و عملکرد پرستاران نسبت به نقش حمایتی آنان بهبود یابد. مطالعات آینده می‌توانند جهت بررسی ارتباط عوامل دیگری مانند خصوصیات شخصیتی و مهارت‌های تعاملی پرستاران با میزان حمایت آنان از بیماران انجام شوند.

تشکر و قدردانی

مطالعه‌ی حاضر بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب شورای پژوهشی و کمیته‌ی اخلاق در مورخ ۹۳/۴/۱۶ ردیف ۱۸ به شماره ۴۵/۹۳ دانشگاه علوم پزشکی بیرجند است. بدین‌وسیله از کلیه‌ی پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه کمال تشکر و سپاسگزاری را داریم.

محل کار را بر حمایت از بیمار مؤثر می‌داند (۸). گاهی اوقات حمایت از بیمار باعث اختلال در ارتباط پرستاران با سایر همکاران هم‌چون، پزشکان می‌شود (۱۰). از سویی، همکاری و ارتباط بهتر پزشک و پرستار با یکدیگر منجر به حمایت بهتر از بیمار می‌شود. علاوه بر این، موفقیت در امر حمایت از بیمار، پشتیبانی و همکاری سازمان، پزشک و سایر کارکنان سیستم مراقبت بهداشتی را می‌طلبد (۴). در توجیه این یافته می‌توان گفت یکی از علل تفاوت در نمره‌ی حمایت از بیمار در بین بخش‌های اورژانس (به‌عنوان یک بخش ویژه) و بخش جراحی (به‌عنوان یک بخش عمومی) می‌تواند وجود ارتباط مناسب پزشک - پرستار و نیز آزادی عمل بیش‌تر پرستاران در بخش‌های ویژه باشد. به‌طور کلی، برخی مطالعات نشان می‌دهند در بخش‌های ویژه توافق بیش‌تری در مورد اهداف و روند درمان بین پزشکان و پرستاران وجود دارد و در نتیجه تعارض کم‌تر و ارتباط بهتری نیز بین آن‌ها برقرار است (۲۰).

در نهایت، نتایج مطالعه‌ی حاضر بیانگر آن بود که میانگین نمره‌ی کلی حمایت پرستار از بیمار در پرستاران دارای استخدام رسمی نسبت به پرستاران پیمانی و سایر شرایط استخدامی به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بود. Davis و همکاران در گزارش نتایج مطالعه‌ی خود یکی از پیامدهای منفی حمایت از بیمار را از دست دادن شغل می‌داند (۱۳). از طرفی با افزایش سابقه‌ی کاری معمولاً ثبات شغلی پرستاران نیز افزایش یافته و راحت‌تر می‌توانند بدون نگرانی و ترس برای از دست دادن شغل از بیمارانشان دفاع کنند (۱۷). این دیدگاه‌ها می‌توانند توجیه‌کننده‌ی یافته‌ی اخیر در مطالعه‌ی حاضر باشند. استخدام رسمی پرستاران به‌نوعی امنیت شغلی برای پرستاران ایجاد می‌کند، بنابراین، پرستاران خود را در جایگاه مقتدری برای ایفای نقش حمایت از بیمار می‌بینند.

از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر عدم قابلیت تعمیم نتایج آن به جوامع دیگر است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود برای افزایش قابلیت تعمیم و نیز تبیین و توصیف بهتر موضوع،

- 11- Hanks RG. The lived experience of nursing advocacy. *Nurs Ethics* 2008; 15(4): 468-77.
- 12- O'Connor T, Kelly B. Bridging the gap: a study of general nurses' perceptions of patient advocacy in Ireland. *Nurs Ethics* 2005; 12(5): 453-67.
- 13- Davis AJ, Konishi E, Tashiro M. A pilot study of selected Japanese nurses' ideas on patient advocacy. *Nurs Ethics* 2003; 10(4): 404-13.
- 14- Negarandeh R, Oskouie S, Ahmadi F, Nikravesh M. Patient advocacy barriers and facilitators in nurses' experiences. *Razi J Med Sci* 2005; 12(47): 175-86. [in Persian]
- 15- Kubsch SM, Sternard MJ, Hovarter R, Matzke V. A holistic model of advocacy: factors that influence its use. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2004; 10(1): 37-45.
- 16- Mallik M. Advocacy in nursing—a review of the literature. *J Adv Nurs* 1997; 25(1): 130-8.
- 17- Abbaszadeh A, Borhani F, Motamedjahromi M, Zaher H. Nursing advocacy in teaching hospitals of Kerman University of Medical Sciences: nurses' attitude. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 5(7): 55-65. [in Persian]
- 18- Altun I, Ersoy N. Undertaking the role of patient advocate: a longitudinal study of nursing students. *Nurs Ethics* 2003; 10(5): 462-71.
- 19- Vaartio H, Leino-Kilpi H. Nursing advocacy—a review of the empirical research 1990–2003. *Int J Nurs Stud* 2005; 42(6): 705-14.
- 20- Snelgrove S, Hughes D. Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *J Adv Nurs* 2000; 31(3): 661-7.

منابع

- 1- Zokaie Yazdi S, Mosayyeb Moradi J, Mehran A. Perspective of the nursing staff at hospitals affiliated to the Tehran University of Medical Sciences on the roles and activities of the nurses. *Hayat* 2002; 8(3): 22-32. [in Persian]
- 2- Bu X, Jezewski MA. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *J Adv Nurs* 2007; 57(1): 101-10.
- 3- Vaartio H, Leino-Kilpi H, Salanterä S, Suominen T. Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? *Scand J Caring Sci* 2006; 20(3): 282-92.
- 4- Ware LJ, Bruckenthal P, Davis GC, O'Conner-Von SK. Factors that influence patient advocacy by pain management nurses: results of the American society for pain management nursing survey. *Pain Manag Nurs* 2011; 12(1): 25-32.
- 5- Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F, Nikravesh M. The meaning of patient advocacy for Iranian nurses. *Nurs ethics* 2008; 15(4): 457-67.
- 6- MacDonald H. Relational ethics and advocacy in nursing: literature review. *J Adv Nurs* 2007; 57(2): 119-26.
- 7- Morse KJ. Patient advocacy: new skill or core competency? *Nurs Crit Care* 2008; 3(3): 4.
- 8- Hanks RG. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nurs ethics* 2010; 17(2): 255-67.
- 9- Lubkin IM, Larsen PD. *Chronic Illness: Impact and Interventions*. Jones & Bartlett Learning; 2006.
- 10- Negarandeh R, Dehghan Nayeri N. Patient advocacy practice among Iranian nurses. *Indian J Med Ethics* 2012; 9(3): 190-5.

Protective nursing advocacy: an evaluation of the beliefs and actions of nurses in educational hospitals affiliated to Birjand University of Medical Sciences during 2014

Nasrin Imanifar¹, Seyyed Abolfazl Vagharseyyedin^{*2}

¹MSc in Nursing, East Nursing and Midwifery Research Center, Nursing and midwifery College, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran;

²Assistant Professor, East Nursing and Midwifery Research Center, Nursing and midwifery College, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

Abstract

Patient advocacy is an inherent element of professional nursing ethics that helps to protect the patient's rights. Many codes of ethics in nursing are concerned with this particular role of nurses. The present study aimed to evaluate the protective advocacy beliefs and actions of the nurses employed in educational hospitals affiliated to Birjand University of Medical Sciences during 2014. Data in this cross-sectional study were collected using a demographic characteristics questionnaire and the protective nursing advocacy scale. Participants included 248 nurses working in six hospitals located in Southern Khorasan province selected by randomized stratified sampling. The Cronbach's alpha for Protective Nursing Advocacy Scale was 0.74. Data were analyzed in SPSS version 16 using descriptive and inferential statistical tests.

Moderate levels of protective advocacy were observed in the majority of participants (80.6%), with a total mean score of 137.39 ± 13.65 . Some of the protective advocacy components had significant correlations with age, work experience, type of ward, employment status, and history of participation in ethics education programs ($P < 0.05$). In other words, the total mean score of advocacy and some of its components were significantly higher among nurses who had attended ethics education programs than those who had not ($P < 0.05$). Moreover, nurses who were older had more work experience, had worked in the emergency ward, and had a permanent employment status had higher scores of advocacy than others. The total mean score of advocacy among the nurses in this study was relatively appropriate, although strategies are needed to improve the score. It can also be assumed that nurses' involvement in ethics education programs can increase the level of nursing advocacy. On the other hand, changing nurses' temporary employment status to permanent status and providing job security for them may reinforce protective advocacy beliefs and actions in nurses.

Keywords: nurses, patient's rights, protective advocacy

*Email: waghars@bums.ac.ir