

# ارتباط بین درک و نگرش پرستاران نسبت به نقش حامی بیماران در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

محدثه معتمد جهرمی<sup>۱</sup>

خدیجه طباطار

عباس عباسزاده

سیده لیلا دهقانی

الهام شریف پور قهسانی

## چکیده

حمایت از بیمار، عصاره اخلاق پرستاری است. پرستاران با حفاظت از حق استقلال بیمار به او کمک کنند در شرایط مناسب و کاملاً آگاهانه برای ادامه درمان تصمیم گیری کند. به نظر می‌رسد درک پرستاران با نگرش آنها رابطه مستقیم دارد و در رفتار آنها بروز پیدا می‌کند هدف مطالعه حاضر بررسی ارتباط بین درک و نگرش پرستاران گران در مورد نقش حمایت از بیماران است. داده‌های این پژوهش توصیفی - تحلیلی از طریق سه پرسشنامه دموگرافیک و نگرش سنج و درک سنج جمع‌آوری شد، از بین ۳۸۵ پرستار، ۳ بیمارستان آموزشی شهر گران به صورت سهمیه‌ای، ۳۶۰ نفر انتخاب گردید و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل گردید. یافته‌ها نشان می‌دهند که میانگین نمره کلی درک و نگرش پرستاران نسبت به این نقش نسبتاً مثبت و ارتباط درک و نگرش مستقیم و مثبت است. یعنی با افزایش درک پرستاران، نگرش آنها نیز افزایش می‌یابد. با توجه به اهمیت موضوع حقوق بیمار، نیاز به یافتن راه‌هایی برای بهبود دانش و آگاهی پرستاران در این زمینه ضروری است.

## واژگان کلیدی

حامی، درک، نگرش، گران، پرستار

۱. کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کرمان،

Email: Mohadesehmotamed@yahoo.com

کرمان، ایران. (نویسنده مسؤول)

## مقدمه

حمایت از بیمار<sup>۱</sup> عملی است اخلاقی که پرستار برای تسکین درد و رنج بیمار (گیلورد و گریس، ۱۹۹۵ م.) و حفاظت از سلامت و منافع او (ویلارد، ۱۹۹۶ م.) انجام می‌دهد و به نمایندگی از طرف بیمار از حقوق او حتی پس از مرگش حمایت می‌کند (وات، ۱۹۹۷ م.). حمایت از بیمار مجموعه‌ای از اعمال و رفتارهایی به شمار می‌آید که متضمن درک موقعیت و منزلت بیمار به عنوان انسان و پاسخ به نیازهای او در جنبه‌های جسمانی، روحی و اجتماعی است (نگارنده و همکاران، ۱۳۸۴ ش.). در واقع هدف حمایت از بیمار، آگاه کردن بیمارست تا اطلاعات لازم را برای حفظ استقلالش را داشته باشد (وب، ۱۹۸۷ م.) و بتواند بر اساس آن اطلاعات برای ادامه درمان خود تصمیم بگیرد (کونک، ۱۹۸۲ م.). گادو در سال ۱۹۹۰ و کارتین در سال ۱۹۷۹ بیان کردند که حمایت از بیمار به عنوان پایه اصلی پرستاری است و به عنوان عصاره عملکرد پرستاری به شمار می‌آید. آن‌ها حمایت از بیمار را به عنوان پایه و آرمان فلسفه پرستاری نیز معرفی کردند (کورتین، ۱۹۷۹ م؛ گادو، ۱۹۹۰ م.). شاید واضح‌ترین تعریف از این مفهوم در مطالعه نگارنده و همکاران در سال ۱۳۸۴ پیدا شود که حمایت از بیمار را به صورت فرایندها یا اعمالی نظیر آگاه کردن و آموختن، ارج نهادن و محترم شمردن، پشتیبانی کردن جسمی، عاطفی و مالی، حفاظت کردن و پیگیری کردن و هماهنگ کردن می‌داند (نگارنده و همکاران، ۱۳۸۴ ش.). گادو نیز در سال ۱۹۹۰ حمایت از بیمار را به صورت حفاظت از بیمار و کمک به او می‌داند تا بیمار بتواند بر اساس خواسته‌ها و ارزش‌هایش در موقعیت‌های مختلف برای خود تصمیم‌گیری کند و گزینه‌های در دسترس درمانی را با توجه به آن ارزش‌ها انتخاب نماید (گادو، ۱۹۹۹ م.).

فلسفه علم پرستاری بر وظیفه پرستاران برای حمایت از بیماران تأکید می‌کند و این اصل اخلاقی محور ارتباط پرستار - بیمار است و نگرشی همراه با احترام نسبت به بیماران به عنوان یک انسان (هم و هِگِن، ۲۰۰۴ م.) و هم نسبت به حقوق ایشان مخصوصاً حق تصمیم‌گیری توسط بیماران را منعکس می‌نماید. حمایت از بیمار به عنوان یکی از وظایف پرستاران حرفه‌ای مطرح شده (چافی و همکاران، ۱۹۹۸ م؛ اسپوارتز، ۲۰۰۲ م.) و جنبه مهمی از یک مراقبت خوب را شامل می‌شود (گیلورد و گریس، ۱۹۹۵ م.). برای حمایت مؤثر از بیمار لازم است که این وظیفه فقط مخصوص حرفه پرستاری باشد و مهم است که پرستاران بتوانند تمرکز عملکردشان را روی این موضوع نشان دهند و بدینوسیله استقلال حرفه‌ای‌شان را در تیم مراقبت سلامت و سازمان و اجتماع مشخص نمایند و اگر شاغلین حرفه پرستاری بخواهند به بیمارانشان قدرت دهند، ابتدا باید خودشان قدرت داشته باشند (کوکاین و لینو و کیلی، ۲۰۰۰ م.).

فعال‌ترین نقش یک پرستار به عنوان یک حامی می‌تواند عمل به عنوان رسانه فرهنگی (ژزوسکی، ۱۹۹۴ م.)، یا به عنوان مرجعی باشد که با صدای بلند اخبار مربوط به سوء رفتار در محیط کاری، نقض قوانین یا به خطراتادن رفاه بیماران و دیگران را افشا می‌نماید (وارتیو، ۲۰۰۸ م.). بیماران اغلب اوقات در محیط‌های مراقبت بهداشتی احساس بی‌قدرتی می‌کنند، لذا اغلب خود را به شدت آسیب‌پذیر و ضعیف می‌پندارند (نگارنده و همکاران، ۱۳۸۴ ش.). بر اساس فلسفه اسلامی که یاری ضعیفان اساس مسلمانی است و طبق فرمایشات پیامبر عظیم‌الشان اسلام (ص) که یاری ضعیفان را بهترین و با فضیلت‌ترین صدقه‌ها می‌دانند، اهمیت نقش پرستاران به عنوان حامی بیماران آسیب‌پذیر بیشتر مشخص می‌شود (حر عاملی، ۱۴۱۴ ق.). نقص حقوق بیماران، پرسنل ناکافی برای ارائه خدمات، سو استفاده از اموال

عمومی نیز از مواردی است که پرستار می‌تواند در مطرح کردن آن نقش ایفا کند (مکدونالد و اهرن، ۲۰۰۰ م.). به هر ترتیب بعضی صاحب نظران مطرح می‌کنند که صرفاً بیان کردن حقایق به عنوان حمایت از بیمار به شمار نمی‌آید (گیت، ۱۹۹۵ م.). بر این اساس کونک در سال ۱۹۸۲ بیان کرد که حمایت از بیمار در واقع مراقبت از بیمار و غم‌خواری با اوست و مهارت یادگرفته شده‌ای می‌باشد که پرستاران به واسطه تجارب مختلف بالینی کسب می‌کنند و در صورتی که به این موضوع علاقه‌مند باشند، به طور ویژه‌ای این مهارت را یاد می‌گیرند (کونک، ۱۹۸۲ م.). بنابراین نگرش و درک پرستاران برای پرداختن به این نقش، مهم و ضروری به نظر می‌رسد.

ادراک، دانش و بکارگیری مفروضاتی درباره چیدمان جهان برای انسجام‌دادن به اطلاعات حسی است (اسمیت و نولن‌هوکسما، ۲۰۰۴ م.) و نگرش‌ها، ارزشیابی‌ها و واکنش‌های مثبت یا منفی ما درباره اشیاء، افراد، موقعیت‌ها یا هر جنبه دیگر محیط از جمله اندیشه‌ای انتزاعی می‌باشند که به واسطه درونی‌شدن ساخت‌های شناختی به وجود می‌آیند (ریتال، ۱۹۷۵ م.). طبق مطالعه‌ای که توسط مالیک در سال ۱۹۹۸ روی دیدگاه نگرش و درک پرستاران نسبت به نقش دفاع از بیماران انجام شد به نظر می‌رسد که درک و نگرش مثبت پرستاران نسبت به نقش‌شان نیروی محرکه‌ای برای بروز رفتار مدافعه از بیمار در ایشان می‌باشد (مالیک، ۱۹۹۵ م.). مطالعه معتمد و همکاران در کرمان ارتباط درک و نگرش را در مورد این نقش را مثبت ارزیابی می‌کند (معتمدجهرمی و همکاران، ۲۰۱۲ م.). در مطالعه نگارنده و همکاران در سال ۱۳۸۴، ماهیت حمایت از بیمار در قالب یک پژوهش کیفی مشخص شده است و پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش بر ارج‌نهادن به مقام انسانی بیماران و خلوت و حسن برخورد با آن‌ها تأکید داشتند (نگارنده و همکاران، ۱۳۸۴ ش.). با

توجه به اهمیت این نقش و برای بررسی یافته‌ها در جامعه پرستاران شمال کشور مطالعه حاضر، درصدد برآمد تا ارتباط درک و نگرش پرستاران نسبت به نقش خود به عنوان حامی بیماران را در پرستاران بیمارستان‌های زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی گلستان مورد بررسی قرار دهد.

### روش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع همبستگی است که به صورت مقطعی<sup>۲</sup> در سال ۱۳۹۱ انجام شده است. جامعه آماری این مطالعه شامل پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف سه بیمارستان آموزشی شماره ۱، شماره ۲، شماره ۳ وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان در شهر گرگان می‌باشد، که از طریق روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای، ۳۸۵ پرستار به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. سهم هر بیمارستان بر اساس تعداد پرستاران شاغل در هر بیمارستان تعیین شد که سهم بیمارستان شماره ۱ (۶۱/۲ درصد)، بیمارستان شماره ۲ (۱۶/۳ درصد)، بیمارستان شماره ۳ (۲۲٪)، از حجم نمونه شد و سهم هر بخش از بیمارستان بسته به تعداد افراد آن بخش تعیین شد و بر اساس فهرست کل پرستاران هر بخش و با استفاده از جدول اعداد تصادفی، پرسشنامه‌ها بین پرستاران شاغل در هر بخش توزیع گردید. معیار ورود برای این مطالعه، پرستاران دارای مدرک کارشناسی و کارشناسی ارشد بودند که حداقل شش ماه سابقه کار داشتند. اطلاعات این پژوهش از طریق پرسشنامه که توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید، جمع‌آوری شده است. اطلاعات این پژوهش از طریق پرسشنامه‌ای بی‌نام متشکل از سه بخش که توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید، جمع‌آوری شده است. بخش

اول شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بود که مشخصات دموگرافیک پرستاران را در دو قسمت:

۱- خصوصیات فردی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل؛

۲- خصوصیات حرفه‌ای شامل سابقه کار پرستاری، سطح تحصیلات و سابقه حضور در کارگاه مربوط به حقوق بیمار را می‌سنجید. بخش دوم نیز یک پرسشنامه نگرش سنج تعدیل شده و گزینش شده‌ای است که نگرش پرستاران نسبت به نقش خود به عنوان مدافع بیماران را بررسی می‌کند. پایه این پرسشنامه، پرسشنامه‌های مورد استفاده در پایان‌نامه بارت‌شریدان در سال ۲۰۰۹ (بارت‌شریدان، ۲۰۰۹ م.) و پایان‌نامه هتکز در سال ۲۰۰۸ (هتکز، ۲۰۰۸ م.) می‌باشند. در ابتدا این پرسشنامه ۲۳ گویه داشت و بعد از تحلیل عامل‌ها و حذف سؤالات ضعیف، پرسشنامه شامل ۱۹ گویه شد که از این ۱۹ گویه ۹ گویه به صورت مثبت و ۱۰ گویه به صورت منفی طراحی شده بودند که تمامی گویه‌ها با استفاده از مقیاس ۵ قسمتی لیکرت از امتیاز ۱ تا ۵ به صورت کاملاً موافقم (۱)، نسبتاً موافقم (۲)، نظری ندارم (۳)، نسبتاً مخالفم (۴) و کاملاً مخالفم (۵) درجه‌بندی گردید و گویه‌های منفی نیز نمره‌گذاری معکوس شدند. در این پژوهش میانگین نمرات نگرش شرکت‌کنندگان به سؤالات پرسشنامه در هر کدام از پرسش‌ها مد نظر بوده و بر این اساس نمره میانگین بین ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شد.

برای انجام تحلیل عاملی، فاکتور ابل بودن داده‌ها توسط تست (KMO)<sup>۳</sup> با مقدار ۰/۸۵ و تست بارتلتز<sup>۴</sup> با پی‌والیو برابر با صفر مشخص شد. سپس تحلیل عاملی توسط (PCA)<sup>۵</sup> با وریمکس روتیشن اسکیم<sup>۶</sup> انجام شد. با بررسی ایجن ولیو<sup>۷</sup> و اسکروپلات<sup>۸</sup> دو عامل مشخص شد. عامل ۱ به عنوان جنبه شناختی اعتقادی نگرش (۹ گویه) و عامل ۲ به عنوان جنبه رفتاری (۱۰ گویه) نگرش برچسب

خورد. قسمت سوم یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته می‌باشد که درک پرستاران نسبت به نقش خود به عنوان حامی بیماران را بررسی می‌کند. این پرسشنامه از مطالعات متنوع به صورت پژوهشگر ساخته تهیه شده که شامل ۱۹ آیتم است و با پاسخ‌های بلی، خیر و نمی‌دانم مشخص می‌گردد که امتیاز به بلی ۱، خیر صفر و نمی‌دانم ۱- می‌باشد.

برای تعیین اعتبار علمی<sup>۹</sup> این ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده شد و بدین منظور، پرسشنامه‌ها توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی و متخصص در زمینه اخلاق و حقوق توزیع گردید و با بهره‌گیری از نظرات و راهنمایی‌های آنان، سؤالات پرسشنامه‌ها مورد بررسی محتوایی قرار گرفته و پس از اصلاحات، میزان اعتبار در پرسشنامه نگرش با ۸۹٪ و در پرسشنامه درک با ۸۶٪ درصد مورد تأیید قرار گرفت. جهت تعیین قابلیت اعتماد و پایایی<sup>۱۰</sup> پرسشنامه‌ها بر حسب همسانی درونی از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید و بدین منظور پرسشنامه‌ها بین ۳۰ نفر از پرستاران توزیع گردید و پس از جمع‌آوری، داده‌های پرسشنامه‌ها با استفاده از آزمون تعیین میزان پایایی در نرم‌افزار SPSS مورد ارزیابی و سنجش قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه نگرش ۲۳ سؤالی (۰/۷۵) بود که بعد از تحلیل عاملی به مقدار ۰/۷۷ درصد بهبود یافت و آلفای کرونباخ پرسش‌های جز زیر گروه عامل ۱ یعنی شناختی (۰/۸۸ درصد) و عامل ۲ رفتاری (۰/۷۷ درصد) مشخص گردید. مقدار آلفای کرونباخ برای پرسشنامه درک نیز (۰/۸۷ درصد) محاسبه گردید. این میزان نشان‌دهنده قابلیت اعتماد مناسب پرسشنامه‌ها است. این دو پرسشنامه باید به ۲ هدف فرعی پژوهش که عبارتند از: ۱- تعیین ارتباط درک و نگرش پرستاران مورد بررسی نسبت به نقش خود به عنوان حامی بیماران؛

۲- تعیین ارتباط بین درک و نگرش پرستاران مورد بررسی نسبت به نقش خود به عنوان حامی بیماران با متغیرهای دموگرافیک پاسخ دهند. نمره میانگین هر سؤال در پرسشنامه نگرش با شاخص ترتیبی (۱-۲) نگرش منفی، (۲-۳) نگرش نسبتا منفی، (۳) نگرش خنثی، (۳-۴) نگرش نسبتا مثبت، (۴-۵) نگرش مثبت مقایسه گردید. نمره میانگین هر سؤال پرسشنامه درک نیز با شاخص ترتیبی (۰-۰/۲۵) درک منفی، (۰/۵ - ۰/۲۵) درک نسبتا منفی، (۰/۵-۰/۷۵) درک نسبتا مثبت، (۰/۷۵-۱) درک مثبت مقایسه گردید.

به منظور انجام این تحقیق کد اخلاق این طرح تحقیقاتی توسط معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کرمان صادر و مجوزهای لازم از مراجع مربوطه و رؤسای بیمارستان‌های مورد مطالعه در شهر گرگان اخذ گردید. سپس دفتر پرستاری و سوپروایزر آموزشی در جریان امر قرار گرفتند و موافقت خود را برای انجام پژوهش به صورت کتبی اعلام نمودند و این پرسشنامه‌ها با کسب اجازه مسئول بخش و با دریافت اجازه شفاهی از پرستاران مورد بررسی به آنان داده شد به پرستاران توزیع شد. در ضمن سعی شد تا حتی الامکان زمان تکمیل پرسشنامه‌ها با ساعت کاری پرستاران تداخل نداشته باشد و در زمانی که پرستاران کار کمتری داشته و وقت آزاد دارند، به پاسخگویی اقدام نمایند و پرستاران می‌توانستند در صورت عدم تمایل از مطالعه خارج شوند.

برای تجزیه و تحلیل پرسشنامه‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS 18 استفاده شده است که آمارهای استخراج شده به دو دسته آمار توصیفی و آمار استنباطی تقسیم شدند. با استفاده از آمار توصیفی درصد فراوانی و آمار استنباطی برای بررسی و مقایسه وضعیت میانگین‌های به دست آمده و درباره میزان نگرش پرستاران از نقش خود به عنوان مدافع بیماران بر حسب هر یک از خصوصیت‌های دموگرافیک،



از آزمون برابری میانگین‌های چند گروه مستقل<sup>۱۱</sup> استفاده شده است. برای مشخص کردن ارتباط بین درک و نگرش پرستاران هم از آزمون پیرسون استفاده شده است. سطح معنی داری آزمون‌ها ( $\alpha=0/05$ ) با احتمال ۹۵٪ می‌باشد.

### یافته‌ها

از ۳۸۵ پرسشنامه توزیع شده ۳۶۰ پرسشنامه تکمیل و جمع‌آوری گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که نمونه‌های مورد مطالعه در محدوده سنی بین ۲۲-۵۰ قرار داشتند و میانگین سنی افراد ۳۰ سال بود. اکثر شرکت کنندگان مؤنث (۷۴/۲ درصد) و متأهل (۵۰/۳ درصد) و ۹۳٪ از آن‌ها دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند. از بین ۳۶۰ پرستار مورد مطالعه، اکثر آن‌ها حدود ۲۴۳ نفر (۶۳/۳ درصد) در بخش‌های عمومی مشغول به کار بودند که اکثر آن‌ها با سابقه کار، بین ۶ ماه تا ده سال (۶۰/۷ درصد) و از بیمارستان شماره ۱ (۵۶/۳ درصد) بودند و اکثریت پرستاران مورد مطالعه (۶۷/۲ درصد) در هیچ کارگاه آموزشی در مورد رعایت حقوق بیمار شرکت نکرده بودند. درصد فراوانی مشخصات دموگرافیک پرستاران مقایسه میانگین نمره نگرش و درک پرستاران از نقش خود به عنوان مدافع بیماران بر حسب خصوصیات دموگرافیک نیز در جدول شماره ۱ آورده شده است.

در این مطالعه دامنه تغییرات (میانگین) کلی درک (۰/۵۸ درصد) و نگرش (۳/۴۱ درصد) پرستاران نسبت به نقش خود به عنوان حامی بیماران نسبتاً مثبت می‌باشد و به نظر می‌رسد شرکت کنندگان به عامل شناختی (۳/۷۸ درصد) پرسشنامه نگرش نسبت به عامل رفتاری (۳/۰۵ درصد) آن نگرش مثبت‌تری دارند (جدول ۲).

میانگین درک و نگرش به طور هماهنگ، در شرکت کنندگان زن و متأهلین و افراد با تحصیلات کارشناسی ارشد و پرستارانی که در کارگاه مربوط به حقوق بیمار شرکت کرده بودند و پرستاران شاغل در بخش روانی نسبت به بقیه گروه‌ها بیشتر بود. معنی‌دار بودن همزمان اختلاف درک و هم نگرش در جدول متغیرهای دموگرافیک برحسب بیمارستان و بخش و شرکت در کارگاه مشاهده شد (جدول ۱).

بر اساس نتایج به دست آمده ارتباط کلی درک و نگرش پرستاران نسبت به نقش خود به عنوان حامی بیماران، مستقیم و مثبت ( $r=0/502$ ) است. یعنی با افزایش درک پرستاران، نگرش آن‌ها نیز نسبت به نقش حامی بیماران افزایش می‌یابد. با توجه به جدول ۳ بین درک پرستاران با جنبه شناختی (عامل ۱) و جنبه رفتاری نگرش (عامل ۲) نیز ارتباطی مثبت و مستقیم است و با توجه به اعداد به نظر می‌رسد که ارتباط درک با جنبه شناختی نگرش بیشتر می‌باشد. طبق جدول شماره ۴ ارتباط بین درک زنان و مردان با نگرش آن‌ها نیز مثبت و مستقیم است و این ارتباط در زنان مثبت‌تر می‌باشد. درک مجردها و متأهلین نیز با نگرش آن‌ها ارتباطی مثبت دارد و در متأهلین به نظر این ارتباط مثبت‌تر است. ارتباط بین درک و نگرش افراد بر اساس تحصیلاتشان نیز مثبت است و این ارتباط در پرستاران با مدرک کارشناسی مثبت‌تر می‌باشد. بر اساس تجربه کاری نیز، پرستاران با بالاترین درک‌شان نسبت به نقش حمایت از بیماران، نگرش‌شان نیز افزایش می‌یابد و این ارتباط مثبت در افراد با سابقه کار بین ۲۰-۳۰ سال از بقیه گروه‌های بیشتر است. در پرستاران شاغل در بخش‌های عمومی و بیمارستان شماره ۳ نیز ارتباط درک و نگرش پرستاران مثبت‌تر از بخش‌های دیگر و در بیمارستان‌های دیگر تحت مطالعه می‌باشد. ارتباط درک پرستارانی که در کارگاه

آموزشی شرکت داشتند نیز با میانگین نگرش آنها ارتباط مثبت و مستقیمی داشت و همه این نتایج بیانگر این واقعیت هستند که با افزایش درک شرکت کنندگان در این مطالعه، نگرش آنها نیز افزایش یافته است.

## نتیجه گیری

با توجه به نتایج حاصله مشخص گردید که میزان نگرش و درک پرستاران از نقش خود به عنوان مدافع بیماران نسبتاً مثبت بوده است. نتایج پژوهش بارت-شریدان در سال ۲۰۰۹ با نگرش مثبت پرستاران نسبت به ایفای نقش به عنوان مدافع بیماران هم‌خوانی دارد (بارت-شریدان، ۲۰۰۹ م.) و پژوهش تاکر در سال ۲۰۰۶، نیز مشخص کرده است که اکثریت شرکت‌کننده‌های این مطالعه کاملاً با رفتار درک شده حمایت از بیمار موافق بوده‌اند (تاکر، ۲۰۰۶ م.).

نتایج نشان می‌دهند که ارتباط کلی درک و نگرش پرستاران نسبت به نقش خود به عنوان حامی بیماران، مستقیم و مثبت ( $r=0/351$ ) است و این یعنی با افزایش درک پرستاران، نگرش آن‌ها نیز نسبت به نقش حامی بیماران افزایش می‌یابد. با توجه به این که درک توانایی دیدن، شنیدن و فهمیدن یک موقعیت خاص است که آگاهی و دانش موجب بهبود قدرت درک می‌شود و نگرش اشاره به احساسات، باورها و واکنش فرد نسبت به یک رویداد، پدیده، شی یا شخص است و پاسخ آموخته شده‌ای است (ادوویی و اکیناد، ۲۰۱۰ م.). اگر دانش پرستاران نسبت به نقش حمایت از بیمار کافی نباشد، به درک اشتباه یا منفی منجر شده و این می‌تواند منجر به نگرش منفی و یا خنثی نسبت به حمایت از بیمار منجر شود یا بالعکس، مانند نتایج این مطالعه اگر دانش پرستاران در مورد نقش حمایت از بیمار کافی و قابل فهم باشد، نتیجه‌اش درک مثبتی است که می‌تواند منجر به نگرش مثبت نسبت به نقش حمایت از بیمار شود.

در پرستاران شاغل در بخش‌های روانی بیمارستان روانی گرگان نیز ارتباط درک و نگرش پرستاران مثبت‌تر از بخش‌های دیگر و در بیمارستان‌های دیگر تحت مطالعه می‌باشد. به نظر می‌رسد که دانش این پرستاران و به تبعیت از آن

درک‌شان نسبت به این نقش بیشتر بوده و این نقش را باور داشته و در رفتارشان نیز بروز پیدا کرده است که نشان‌دهنده نگرش بالای آنهاست. در حقیقت پرستاران شاغل در بیمارستان‌های اعصاب و روان، از استقلال کاری بیشتر و ارتباط قوی‌تری با بیماران بهره‌مندند و امر باعث می‌شود که برای دفاع از آنها تلاش بیشتری انجام دهند و بنا به نظر بوتل و بوزت در سال ۱۹۹۰ روان پرستاران بیش از پرستاران دیگر تمایل به ارزیابی نیازهای معنوی بیماران دارند و علت این امر را به این حقیقت است که روان پرستاران زمان بیشتری در اختیار دارند و به مشاوره‌دادن عادت کرده‌اند (بوتل و بوزت، ۱۹۹۰ م.).

یافته‌ها نشان می‌دهند که ارتباط بین درک و نگرش افراد بر اساس تحصیلات‌شان مثبت است و نیز میانگین درک پرستارانی که در کارگاه‌های آموزشی شرکت داشتند با میانگین نگرش آنها ارتباط مثبت و مستقیمی دارد و این بیانگر این واقعیت است که با افزایش دانش افراد به دنبال آموزش آکادمیک و نیز آموزش‌های ضمن خدمت و شرکت در کارگاه‌ها، درک آنها نیز افزایش یافته، زیرا که بین دانش و درک افراد ارتباط تنگاتنگی وجود دارد و به دنبال افزایش درک افراد، نگرش و باورهای مثبت آنها در مورد ایفای نقش حمایت از بیمار به واسطه درونی‌شدن ساخت‌های شناختی در این مورد شکل گرفته و افزایش می‌یابد. در مطالعه کورنر و کیلی در سال ۲۰۰۵ بر روی دانش عمیق پرستاران برای ایفای بهتر این نقش تأکید شده است و شرکت‌کنندگان در این مطالعه اظهار کردند که میزان درک‌شان از نقش حمایت از بیمار با افزایش دانش آنها تقویت می‌شود (کورنر و کیلی، ۲۰۰۵ م.) و پژوهش رولوک در سال ۱۹۹۹ نیز از این یافته حمایت می‌کند که پرستاران با تحصیلات بالاتر دیدگاه مثبت‌تری نسبت به پرستاران با تحصیلات کمتر دارند (رولوک، ۱۹۹۹ م.).

به طور کلی می‌توان از یافته‌های این پژوهش نتیجه‌گیری کرد که ارتباط درک و نگرش پرستاران از نقش خود به عنوان حامی بیماران در بیمارستان‌های منتخب مورد پژوهش که هدف اصلی پژوهش حاضر بود، مستقیم و مثبت است. نکته قابل توجه در این پژوهش این است که پرستاران ایرانی با این که نقش حمایت از بیماران در ایران هنوز به صورت نقشی حرفه‌ای درنیامده و آموزش‌های لازم برای افزایش دانش پرستاران در این زمینه کافی نمی‌باشد و قوانینی برای حمایت از پرستاران وجود ندارد، از دیرباز به ایفای نقش حمایت از بیمار می‌پرداختند و به نظر دانش و آگاهی زمینه‌ای را از فرامین مذهبی به دست آورده‌اند و دین اسلام در باورها و اعتقاداتشان برای حمایت از بیمار تأثیر به‌سزایی داشته است. با این حال برای آگاهی بیشتر آن‌ها از این نقش، آموزش بیشتری نیاز است همچنین پرستاران برای ایفای این نقش نیاز به حمایت بیشتر سازمانی دارند تا بی‌هیچ ترس و احساس خطری به ایفای نقش بپردازند.

امید است که در آینده این نقش به صورت نقش حرفه‌ای برای پرستاران به روشنی تبیین شود و به حقوق پرستاران در حین انجام این وظیفه توجه شده و از حقوق آنان پشتیبانی گردد. این امر می‌تواند به توسعه و انجام نقش کمک کند. در ضمن پیشنهاد می‌شود به منظور تبیین و توصیف بهتر موضوع، مشابه این مطالعه در محیط‌های دیگر صورت گیرد.

#### محدودیت‌ها

این مطالعه در یکی از شهرهای ایران انجام شده است و نیازاست برای افزایش قابلیت تعمیم در حجم نمونه بالاتر و در شهرهای مختلف ایران انجام شود.

## تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

## سپاسگزاری

از تمامی مسئولان گرامی و همکاران محترم پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، که بدون آن‌ها انجام این تحقیق ممکن نمی‌گردید، قدردانی و تشکر می‌نماییم. همچنین نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از حوزه معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان برای تامین مالی این بررسی تشکر نمایند.

جدول ۱: خصوصیات زمینه‌ای و میانگین نمره درک و نگرش  
بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیرهای دموگرافیک	n	درصد	میانگین نمره نگرش	p-value	میانگین نمره درک	p-value
سن	کمتر از ۳۰ سال	۱۶۸	۳/۳۲	۰/۰۵۳	۰/۵۸	۰/۹۱
	بین ۳۰ تا ۴۰ سال	۱۲۰	۳/۴۷		۰/۵۹	
	بیشتر از ۴۰ سال	۷۰	۳/۵۰		۰/۵۷	
بیمارستان	بیمارستان ۱	۲۱۶	۳/۴۰	۰/۰۰۲	۰/۵۸	۰/۰۱
	بیمارستان ۲	۶۳	۳/۶۵		۰/۶۷	
	بیمارستان ۳	۸۱	۳/۲۶		۰/۵۲	
جنس	زن	۲۸۵	۳/۴۳	۰/۳۰۸	۰/۵۹	۰/۶۹
	مرد	۷۵	۳/۳۴		۰/۵۷	
وضعیت تأهل	مجرد	۱۶۷	۳/۷۴	۰/۱۴	۰/۵۷	۰/۳۵
	متأهل	۱۹۳	۳/۸۱		۰/۶۰	
تحصیلات	کارشناسی	۳۵۷	۳/۴۰	۰/۰۰۲	۰/۸۵	۰/۱۲
	کارشناسی ارشد	۳	۴/۲۸		۰/۵۸	
کارگاه آموزشی	شرکت در کارگاه	۱۰۲	۳/۷۳	۰/۰۰۰	۰/۶۹	۰/۰۰
	عدم شرکت در کارگاه	۲۵۸	۳/۲۸		۰/۵۴	
سابقه کار پرستاری	بین ۶ ماه تا ۱۰ سال	۲۳۳	۳/۳۵	۰/۰۰۹	۰/۵۹	۰/۵۶
	بین ۱۰ تا ۲۰ سال	۸۴	۳/۴۵		۰/۵۵	
	بین ۲۰ تا ۳۰ سال	۴۳	۳/۶۷		۰/۵۸	
بخش	بخش‌های ویژه	۱۰۴	۳/۳۶	۰/۰۰۴	۰/۵۱	۰/۰۰
	بخش‌های عمومی	۲۴۳	۳/۴۱		۰/۶۰	
	بخش روانی	۱۳	۳/۸۴		۰/۸۸	

ارتباط بین درک و نگرش پرستاران نسبت به نقش حامی بیماران بیمارستان‌های آموزشی...



جدول ۲: میانگین نگرش و عوامل شناختی و رفتاری نگرش

نسبتا مثبت	۳/۴۱	میانگین کلی نگرش
نسبتا مثبت	۳/۷۸	میانگین عامل شناختی نگرش
نسبتا مثبت	۳/۰۵	میانگین عامل رفتاری نگرش
نسبتا مثبت	۰/۵۸	میانگین کلی درک

جدول ۳: همبستگی پیرسون بین میانگین درک و نگرش (عوامل رفتاری و شناختی)

	میانگین درک	همبستگی پیرسون
$r=۰/۵۵۹$	عامل ۱: جنبه شناختی اعتقادی نگرش	میانگین عامل‌های
$r=۰/۲۸۲$	عامل ۲: جنبه رفتاری نگرش	پرسشنامه نگرش

جدول ۴: ارتباط درک و نگرش بر اساس متغیرهای دموگرافیک

$r=0/577$	زیر ۳۰ سال	سن
$r=0/537$	بین ۳۰-۴۰ سال	
$r=0/283$	بالای ۴۰ سال	
$r=0/470$	مرد	جنس
$r=0/511$	زن	
$r=0/484$	مجرد	وضعیت
$r=0/521$	متاهل	
$r=0/499$	کارشناسی	تحصیلات
$r=0/278$	کارشناسی ارشد	
$r=0/307$	شرکت در کارگاه آموزشی	
$r=0/524$	از ۶ ماه تا ۱۰ سال	سابقه کار پرستاری
$r=0/610$	۱۰ تا ۲۰ سال	
$r=0/623$	۲۰ تا ۳۰ سال	
$r=0/363$	ویژه	بخش
$r=0/554$	عمومی	
$r=0/573$	روانی	
$r=0/510$	بیمارستان ۱	بیمارستان
$r=0/381$	بیمارستان ۲	
$r=0/509$	بیمارستان ۳	

ارتباط بین درک و نگرش پرستاران نسبت به نقش حامی بیماران بیمارستان‌های آموزشی...

## پی‌نوشت‌ها

1. Nursing advocacy
2. Cross sectional
3. Kaiser Meyer Olkin
4. Bartlett's test of sphericity
5. Principal components analysis
6. Varimax rotation scheme
7. Eigenvalues
8. Scree plot
9. Validity
10. Reliability
11. One-way ANOVA

## فهرست منابع

## منابع فارسی:

- حر عاملی، محمدحسن. (۱۴۱۴ ق.). *وسایل الشیعة الی تحصیل مسائل الشریعة*. ج ۱۱، بیروت، دارالاحیاء التراث العربی، الطبعة الثانية، بی‌تا، ص ۱۰۸، باب ۵۹ حدیث: «عونك الضعیف من أفضل الصدقة».
- نگارنده، رضا. اسکویی، سیده‌فاطمه. احمدی، فضل‌الله. نیکروش، منصوره. (۱۳۸۴ ش.). ماهیت حمایت از بیمار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان*. دوره ۱۳، شماره ۵۳.
- نگارنده، رضا. اسکویی، سیده‌فاطمه. احمدی، فضل‌الله. نیکروش، منصوره. (۱۳۸۴ ش.). عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده حمایت از بیمار در تجربیات پرستاران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*. دوره ۱۲، شماره ۴۷.

## منابع انگلیسی:

- Adewuyi, TDO. Akinade, EA. (2010). Perception and attitudes of Nigerian women towards menopause. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 5: 1777-82.
- Barrett-Sheridan, SE. (2009). A quantitative correlational study of political behavior and attitudes of nurses toward macrosocial patient advocacy. ProQuest Dissertations and thesis. United States, Arizona, University of Phoenix.
- Boutell, K A. Bozett, FW. (1990). Nurses' assessment of patients' spirituality: continuing education implications. *Journal of continuing education in nursing*. 21: 172.
- Chafey, K. Rhea, M. Shannon, AM. Spencer, S. (1998). Characterizations of advocacy by practicing nurses. *Journal of Professional Nursing*. 14: 43-52.
- Connor, T. Kelly, B. (2005). Bridging the gap: a study of general nurses perceptions of patient advocacy in Ireland. *Nursing ethics*. 12 (5): 453-67.
- Curtin, LL. (1979). The nurse as advocate: A philosophical foundation for nursing. *Advances in Nursing Science*. 1: 1.
- Gadow, S. (1990). Existential advocacy: philosophical foundations of nursing. *NLN publications*. 41.
- Gadow, S. (1999). Relational narrative: the postmodern turn in nursing ethics. *Research and Theory for Nursing Practice*. 13: 57-70.
- Gates, B. (1995). Whose best interest? *Nursing Times*. 91: 31-2.
- Gaylord, N. Grace, P. (1995). Nursing advocacy: an ethic of practice. *Nursing Ethics*. 2: 11-8.
- Hanks, RG. (2008). Protective Nursing Advocacy Scale.
- Hem, MH. Heggen, K. (2004). Is compassion essential to nursing practice? *Contemporary Nurse*. 17: 19-31.

- Jezewski, MA. (1994). Do-not-resuscitate status: conflict and culture brokering in critical care units. *Heart & lung: the journal of critical care*. 23: 458.
- Kohnke, MF. (1982). *Advocacy: risk and reality*. Mosby.
- Kuokkanen, L. Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of advanced nursing*. 31: 235-41.
- Mallik, M. (1998). Advocacy in nursing: perceptions and attitudes of the nursing elite in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing*. 28: 1001-11.
- Mcdonald, S. Ahern, K. (2000). The professional consequences of whistleblowing by nurses. *Journal of Professional Nursing*. 16: 313-21.
- Motamed-Jahromi, M. Abbaszadeh, A. Borhani, F. Zaher, H. (2012). Iranian Nurses Attitudes and Perception towards Patient Advocacy. *ISRN Nursing*.
- Rital, A. (1975). *Introduction to psychology*. Oxford and IBH Publishing.
- Ruelokke, VDS. (1999). Nurses' Perceptions of Their Empowerment to be Patient Advocates: Memorial University of Newfoundland. *School of Nursing*.
- Schwartz, L. (2002). Is there an advocate in the house? The role of health care professionals in patient advocacy. *Journal of medical ethics*. 28: 37-40.
- Smith, EE. Nolen-Hocksema, S. (2004). Atkinson and hilgards's introduction to psychology. *US: Thomson*.
- Thacker, KS. (2006). The perceptions of advocacy behaviors in end-of-life nursing care among novice, experienced and expert nurses. *Widener University School of Nursing*.
- Vaartio, H. (2008). *Nursing Advocacy: A concept clarification in context of procedural pain care*. ProQuest Dissertations and thesis. Finland, University of Turku.

Watt, E. (1997). An exploration of the way in which the concept of patient advocacy is perceived by registered nurses working in an acute care hospital. *International Journal of Nursing Practice*. 3: 119-27.

Webb, C. (1987). Speaking up for advocacy. *Nursing Times*. 83: 33-5.

Willard, C. (1996). The nurse's role as patient advocate: obligation or imposition? *Journal of Advanced Nursing*. 24: 60-6.

#### یادداشت شناسه مؤلفان

محدثه معتمد جهرمی: کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. (نویسنده مسؤل)

پست الکترونیک: Mohadesehmotamed@yahoo.com

حدیجه طاطار: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، کارمند بیمارستان طالقانی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان و عضو کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

عباس عباس‌زاده: دانشیار، عضو هیأت‌علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

سیده‌لیلا دهقانی: کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

الهام شریف پورفهرسانی: دانشجوی کارشناسی ارشد کتابداری پزشکی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۹/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۶