

عوامل بازدارنده و تسهیل کننده حمایت از بیمار در تجربیات پرستاران

چکیده

زمینه و هدف: موضوع حمایت از بیمار از بحث انگیزترین موضوعات حرفه پرستاری در دو دهه گذشته بوده است. گرچه در این مورد توافق کلی وجود دارد که پرستار نقش حمایت از بیمار را به عهده دارد، ولی شواهد حاکی از آن است که پرستاران در ایفای نقش حمایت از بیمار با دشواری‌های متعددی روبرو می‌شوند. از آن جایی که اولین گام در ترویج نقش حمایتی پرستار، شناخت عوامل موثر در کاربرد آن است، این مقاله به بررسی عوامل بازدارنده و تسهیل کننده‌های حمایت از بیمار بر اساس تجربیات پرستاران پرداخته است.

روش کار: پژوهش حاضر به روش نظریه پایه انجام شد. نمونه‌های پژوهش شامل ۲۴ پرستار (پرستار بالینی، سرپرستار، و سوپروایزر) بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران بودند. از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و سپس کلمه به کلمه دست نویس شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از مقایسه مداوم و مطابق با روش استراوس و کوربین (Strauss & Corbin) صورت گرفت.

یافته‌ها: در جریان تجزیه و تحلیل داده‌ها مضامین متعددی پدیدار شدند که عوامل بازدارنده و تسهیل کننده حمایت از بیمار را شرح می‌دادند. پرستاران شرکت کننده در این تحقیق احساس بی‌قدرتی، نبود مقررات و دستورالعمل‌های حرفه‌ای ملی، عدم پشتیبانی از پرستاران، پزشک سالاری، کمبود وقت، ارتباط محدود، مخاطرات حمایت، وفاداری به همکاران و کمی انگیزه را به عنوان عوامل بازدارنده حمایت از بیمار تعیین کردند. آن‌چه حمایت از بیمار را در بین پرستاران تسهیل می‌کرد ارتباط پرستار - بیمار، شناخت و توجه به نیاز بیمار، مسؤولیت پذیری پرستار، پزشک به عنوان همکار و دانش و تجربه پرستار بود.

نتیجه‌گیری کلی: شرکت کنندگان در این مطالعه معتقد بودند که در شرایط حاضر و با توجه به موانعی که بر شمرده شد، اتخاذ و ایفای نقش حمایت از بیمار در عمل دشوار است. و لذا آنها در هر موقعیت با توجه به نیاز بیمار و برآیند عوامل بازدارنده و تسهیل کننده حمایت، در مورد اعمال نقش حمایتی‌شان تصمیم می‌گیرند و در بسیاری از موارد نه به آن چه مورد نظرشان است بلکه به آن چه از دستشان بر می‌آید بسنده می‌کنند، که در این تحقیق "حمایت محدود" نامیده شد. لذا برای آن که پرستاران بتوانند نقش حمایتی خود را به طور کامل ایفا کنند، ضرورت دارد تلاش‌های جمعی و سازمان یافته برای رفع موانع شناسایی شده و تقویت عوامل تسهیل کننده در نظام مراقبت بهداشتی کشور به عمل آید.

کلیدواژه‌ها: ۱ - حمایت بیمار ۲ - عوامل بازدارنده و تسهیل کننده ۳ - نظریه پایه

تاریخ دریافت: ۸۳/۱۱/۱۹، تاریخ پذیرش: ۸۴/۴/۵

- I) استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، خیابان پروین اعتصامی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی زنجان، زنجان، ایران (*مؤلف مسؤول).
- II) دانشیار گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، خیابان ولیعصر، خیابان رشید یاسمی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.
- III) استادیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، خیابان جلال‌آل‌احمد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
- IV) استادیار گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، خیابان ولیعصر، خیابان رشید یاسمی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.

مقدمه

موضوع حمایت از بیمار(نقش حمایتی پرستار) از بحث انگیزترین موضوعات حرفه پرستاری در دو دهه اخیر می باشد. گر چه واژه حمایت به کرات در متون پرستاری آمده و نقش حمایت از بیمار به عنوان نقش اصلی پرستاران ذکر شده است، مفهوم حمایت هنوز به خوبی تعریف نشده است.

تا اوایل دهه ۱۹۷۰، دستورالعمل‌های حرفه‌ای پرستاری نیز به طور رسمی تبعیت (Subservience) از پزشکان را تصدیق می کردند، اما با رشد پرستاری به عنوان حرفه، همراه با توسعه عملکرد مبتنی بر دانش نظری، نقش حمایت از بیمار بیش تر اهمیت یافت، هم زمان فلسفه پرستاری نیز دچار تغییر شد و در فلسفه پرستاری معاصر، مفاهیمی نظیر استقلال یا خودگردانی، پاسخ گویی و حمایت بیمار جای گرفت. تغییر فلسفه حرفه پرستاری در دستورالعمل‌های اخلاقی نیز منعکس گردید، انجمن بین المللی پرستاران، در دهه ۱۹۷۰ حمایت بیمار را در دستورالعمل‌های (International Council of Nurses) خود گنجانده (۱)

لزوم حمایت بیمار از تاثیر بیماری روی استقلال افراد و توانایی تصمیم گیری آنها ریشه می گیرد که پرستار را در جایگاه مقتدری قرار می دهد. بیماران غالب اوقات در محیط‌های مراقبت بهداشتی احساس بی قدرتی می کنند و لذا اغلب خود را به شدت آسیب پذیر می یابند، از این رو است که بر اهمیت نقش پرستار به عنوان حامی در مراقبت بهداشتی بسیار تاکید شده است. Copp در سال ۱۹۸۶ آسیب پذیری بیمار را در برابر تشکیلات و سازمان نظام مراقبت بهداشتی تصدیق کرده و می نویسد، صاحبان حرف بهداشتی - درمانی غالباً به صورت والدماآبانه اما با نیتی خیر عمل می کنند، که با وجود نیت خیرشان مانع آن هستند که بیماران برای خود تصمیم بگیرند. (۲) بنابراین، روشن است که در چنین شرایطی حمایت برای پرستار مشکل می شود.

نویسندگان پرستار، در توصیف آن چه در کار پرستاری "حمایت" نام می گیرد، نظرات متفاوتی دارند. حمایت در چهارچوب‌های اخلاقی و قانونی، به عنوان فلسفه کار

پرستاری و به صورت واژه‌هایی از اعمال خاص نظیر کمک به بیمار در دست‌یابی به مراقبت بهداشتی مورد نیاز، تضمین کیفیت مراقبت، دفاع از حقوق بیمار و عمل نمودن به صورت رابط بیمار با سیستم مراقبت بهداشتی، توصیف شده است. (۳)

به عقیده Kohnke، "حمایت" در پرستاری به معنی آگاه کردن و پشتیبانی فرد است تا این که او بتواند بهترین تصمیم ممکن را برای خودش بگیرد. لذا حمایت متضمن رعایت و حفاظت از حقوق و ارزش‌های بیمار، و احترام به افراد است. (۴) Snowball، بر این عقیده است که واژه حمایت، واژه کلیدی مناسبی است که با مفاهیم اخلاقیات (Morality)، علم اخلاق (Ethics) و استقلال و توانمندی بیماران مرتبط می باشد. (۵)

Ingram معتقد است در ادبیات پرستاری پیرامون موضوع حمایت بیمار بسیار نوشته شده است، اما، همه آن چه نوشته شده است با شواهد تجربی همراه نیست. فرض محکم و نیرومند در ادبیات این است که حمایت عنصر ذاتی اخلاق پرستاری است و معنی آن، این است که حمایت و نیز رفتار اخلاقی، تکلیف و وظیفه پرستار است. (۶)

Schroeter معتقد است که این وظیفه از نقش پرستار به عنوان مشاهده‌گر مستمر شرایط بیمار ناشی می شود، او می افزاید گر چه دستورالعمل‌های اخلاقی حرفه، حمایت از بیمار را از وظایف پرستار بر می شمارند، این وظیفه از حقوق بیمار که تاکید می کند فعالیت‌ها بایستی با اهمیت دادن بیش تر به خواست بیمار هدایت شوند و بیش از هر چیز دیگر از شناسایی مقام و شأن بیمار به عنوان انسان، نشأت گرفته است. (۷)

در سال ۲۰۰۳، Nahigian می نویسد به رغم تعاریف گسترده و با وجود توافق کلی در این مورد که پرستاران حامی بیمار می باشند، شواهد تجربی برای توضیح نقش حمایتی پرستار بسیار اندک است. این به معنای آن نیست که مطالعه‌ای صورت نگرفته است، برعکس، مطالعات متنوعی در گوشه و کنار دنیا مانند سوئد (Segesten، ۱۹۹۳)، کره (Cho، ۱۹۹۷) و انگلستان (Ingram، ۱۹۹۸؛ Mallik، ۱۹۹۷، ۱۹۸۸؛

تحقیق، روش مصاحبه، و حق آنها در شرکت در مطالعه و یا امتناع از آن، برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه از آنان کسب گردید.

در این مطالعه برای انتخاب شرکت کنندگان از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (Purposeful sampling) استفاده شد. داشتن تجارب غنی در مقوله حمایت از بیمار و همچنین تمایل به بازگویی این تجارب به محقق، ملاک انتخاب افراد بود. شرکت کننده اول از بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و با تجربه کاری حدود ۱۰ سال انتخاب شد و اطلاعات به دست آمده از این مصاحبه به انتخاب شرکت کننده بعدی کمک کرد. انتخاب شرکت کننده بعدی بر این سؤال استوار بود که او چقدر می‌تواند به روشن شدن هر چه بیش‌تر تئوری در حال پدیدار شدن کمک کند. این روال تا اشباع داده‌ها (Data saturation) و خاتمه نمونه‌گیری ادامه یافت.^(۹)

برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختار یافته استفاده شد. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف و عمیق بودن، مناسب پژوهش‌های کیفی است.^(۱۰) سؤالات کلی و معدودی به عنوان راهنمای مصاحبه طراحی شد که پاسخ‌های باز و تفسیری داشته و پاسخ نمونه‌ها، روند آن را هدایت می‌کرد. طول مدت مصاحبه‌ها بین ۴۰ تا ۷۵ دقیقه با میانگین حدود ۱ ساعت بود که به صورت فردی هدایت می‌شد.

کلیه مصاحبه‌ها ضبط و سپس کلمه به کلمه (transcript) نوشته شد تا مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. تحقیق کیفی مستلزم آن است که محقق در اطلاعات غوطه‌ور شود. برای این منظور پژوهشگر مصاحبه‌ها را در چند نوبت به دقت گوش داد و متن پیاده شده آنها را بارها مرور نمود. در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌ها براساس روش Strauss & Corbin صورت گرفت. اساس کار تجزیه و تحلیل داده‌ها، مقایسه مداوم داده‌ها و کدگذاری در ۳ سطح کدگذاری باز، محوری و انتخابی (Open, axial and selective) بود. در ابتدا متن مصاحبه خط به خط مرور شد و داده‌ها به تکه‌های معنادار کوچک‌تری شکسته شدند، در این مرحله بود که جملات اصلی شرکت

Mallik & fafferty, ۲۰۰۰؛ snowball, ۱۹۹۶) و به همان اندازه آمریکا (Chronkhite, ۱۹۹۱؛ Cole-schonlau, ۱۹۹۱؛ Fetsch, ۱۹۹۱؛ Hatfield, ۱۹۹۱؛ Sellin, ۱۹۹۵, ۱۹۹۱) صورت گرفته است. نکته قابل توجه این است که با وجود اختلاف فرهنگ‌ها، شباهت‌های بسیاری در سؤالات و بحث‌های صورت گرفته، دیده می‌شود. با این حال هنوز عوامل تسهیل کننده و بازدارنده حمایت بیمار به طور کامل شناسایی نشده‌اند.^(۸)

شاید شناسایی عوامل تسهیل کننده و بازدارنده حمایت، به عنوان جزء اساسی کار پرستاری، گام اول برای عملی نمودن نقش حمایت بیمار باشد، زیرا اگر چه دستورالعمل‌های اخلاقی پرستاران مسؤولیت حمایت را تصدیق می‌کنند، برخی از پرستاران احساس می‌کنند که آنها قدرت یا اختیار کافی را برای حمایت از بیمار ندارند و اغلب برای ایفای این نقش از جانب کارفرمایانشان پشتیبانی نمی‌شوند.^(۱۱)

با توجه به بحثی که گذشت و نظر به اهمیت و ضرورت حمایت بیمار در سیستم‌های مراقبت بهداشتی و ادعای محوریت این نقش در پرستاری، در این مقاله به بررسی موانع و تسهیل کننده‌های حمایت از بیمار در تجربیات پرستاران که تنها بخشی از یافته‌های یک مطالعه نظریه پایه وسیع است، پرداخته شد، چرا که شناسایی و معرفی موانع و تسهیل کننده‌های موجود بر سر راه ایفای این نقش مهم، می‌تواند مدیران پرستاری را در ترویج نقش حمایت از بیمار یاری دهد.

روش بررسی

پژوهش حاضر به روش نظریه پایه (Grounded Theory) که یکی از انواع تحقیقات کیفی است، انجام شده است. محیط پژوهش، متناسب با پژوهش کیفی، محیط واقعی و طبیعی بوده و کلیه مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اصلی هدایت شد. پس از موافقت مسؤولین مربوطه، شرکت کنندگان در بخش‌هایی که در آن اشتغال داشتند و در زمان مورد نظرشان که معمولاً در طول نوبت کاری یا پس از پایان آن بود مورد مصاحبه قرار گرفتند. در ابتدای مصاحبه هدف

و تحلیل داده‌ها را بررسی و در مورد صحت آن اعلام نظر کنند.

"قابلیت اعتماد"، معیاری است که وقتی تحقق می‌یابد که محقق اعتبار یافته‌ها را تعیین کرده باشد. "قابلیت تأیید"، معیار مربوط به فرآیند است. برای فراهم آوردن این معیار، پژوهشگر، کلیه مراحل تحقیق و تصمیمات اخذ شده در طول آن را به طور دقیق ثبت و گزارش می‌نماید تا امکان پیگیری تحقیق برای دیگران فراهم آید. "قابلیت انتقال"، عبارت است از احتمال معنی‌دار بودن یافته‌های مطالعه برای دیگران در موقعیت‌های مشابه. از اصطلاح "تناسب" نیز برای این مفهوم استفاده شده است. معمولاً تعیین قابلیت انتقال توسط افرادی که می‌خواهند از یافته‌ها استفاده کنند صورت می‌گیرد و این کار توسط محقق انجام نمی‌شود. در این پژوهش کسب رضایت آگاهانه، حفظ بی‌نامی، محرمانه ماندن اطلاعات، برخورداری از حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان، از جمله ملاحظات اخلاقی بود که رعایت گردید.

نتایج

شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر شامل ۲۴ پرستار (پرستار بالینی، سرپرستار، و سوپروایزر) بود، که در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران به صورت تمام وقت مشغول به خدمت بودند. سن شرکت‌کنندگان بین ۲۳ تا ۵۰ سال با میانگین ۳۳/۴۵ سال بود. شرکت‌کنندگان دارای سابقه کار ۱ تا ۲۶ سال بودند و میانگین سابقه خدمت آنان ۱۰/۵۹ سال بود. ۲۳ شرکت‌کننده دارای مدرک تحصیلی کارشناسی بودند و تنها ۱ نفر از آنان درجه کارشناسی ارشد داشت، همچنین ۲۱ نفر از شرکت‌کنندگان زن بودند و تنها ۳ مرد در این مطالعه شرکت داشتند.

بر اساس داده‌ها عوامل متعددی به عنوان عوامل بازدارنده و تسهیل کننده حمایت از بیمار پدیدار گشته و شناسایی شدند که در زیر ارایه می‌گردد.

عوامل بازدارنده حمایت شامل احساس بی‌قدرتی، نبود مقررات و دستورالعمل‌های حرفه‌ای، عدم پشتیبانی از

کنندگان استخراج و به صورت کدهایی از زبان شرکت کنندگان (In vivo codes) و یا کدهایی که بر اساس استنباط محقق ساخته می‌شدند، ثبت گردید. در همین مرحله، دسته‌بندی اولیه‌ای از کدها انجام شد و کدهای مشابه در کنار یکدیگر قرار گرفتند. در کدگذاری محوری، کدها و دسته‌های اولیه‌ای که در جریان مرحله کدگذاری باز، پدیدار شده بودند، با یکدیگر از جهت تشابه‌ها و تفاوت‌ها مقایسه شدند. در نهایت در مرحله کدگذاری انتخابی بود که، متغیر اصلی (پذیرش نقش حمایت از بیمار) شناسایی و تعیین گردید. متغیر اصلی در حقیقت برای نظریه به مثابه مفهوم بنیادی است و انسجام نظریه را موجب می‌شود.^(۱۱)

Guba and Lincoln اعتبار (Credibility)، قابلیت اعتماد (Dependability)، تناسب (Fittingness) و قابلیت تأیید (Confirmability) را به عنوان معیارهای دقت علمی در تحقیقات کیفی مطرح کرده‌اند.^(۱۰) "اعتبار"، عبارت است از فعالیت‌هایی که منجر به افزایش احتمال تولید یافته‌های معتبر می‌شوند. یکی از بهترین روش‌ها برای ایجاد اعتبار، درگیری طولانی مدت با موضوع است. در این پژوهش محقق به مدت ۲/۵ سال با موضوع تحقیق درگیر بود. همچنین محقق برای افزایش اعتبار تحقیق حاضر کوشید تا، ارتباط مناسبی با شرکت کنندگان برقرار کند و گاه برای انجام مصاحبه لازم شد که شرکت کننده در چندین نوبت ملاقات شود، تا آن رابطه و فضایی که لازمه مصاحبه آزاد و عمیق است فراهم گردد.

روش دیگر برای تضمین اعتبار یافته‌ها این است که ببینیم آیا شرکت کنندگان یافته‌ها را منطبق با تجربیاتشان می‌دانند یا خیر، که به این کار "کنترل کردن یافته‌ها با شرکت‌کنندگان" می‌گویند. برای این معیار، محقق برداشت و تفسیر خود را از داده‌ها به شرکت کنندگان ارایه کرد و نظرات آنان را جویا شد. "بازنگری ناظرین"، روش دیگری است که برای تأیید اعتبار پژوهش‌های کیفی به کار می‌رود. از این رو گزیده‌هایی از متن مصاحبه‌ها به همراه کدها و طبقات پدیدار شده به چندین ناظر ارایه شد تا جریان تجزیه

نیست که آدم بخواند و بداند چون هر کدام از آنها یک نظری دارند، نبود مقرارت و دستورالعمل اخلاقی و ناآگاهی پرستاران از آنها از عوامل بازدارنده آنان در حمایت بیمار است.

"پشتیبانی نشدن پرستار" نیز از طبقاتی است که در زمره عوامل بازدارنده حمایت قرار می‌گیرد. نیاز پرستار به حمایت و این که چه کسی از پرستار حمایت می‌کند، حمایت نشدن از پرستار و نبود پشتوانه قانونی و همچنین فاصله گفتار و کردار، کدهایی هستند که در این طبقه قرار داشتند. در ارتباط با لزوم پشتیبانی شدن پرستار از سوی مدیریت، ششمین شرکت کننده می‌گفت: "برای این که ما بتوانیم یک حامی موثری از بیمار باشیم خودمان هم باید حمایت بشویم" و همین طور شانزدهمین شرکت کننده ذکر کرد: "کسی نیست که از من حمایت کند مثل سرپرستار یا مترون"، بیست و دومین شرکت کننده می‌گفت: "ما آن طور که باید ساپورت بشویم، نمی‌شویم بنابراین مریض‌ها هم نمی‌توانند ساپورت شوند".

"پزشک سالاری" پدیده‌ای است که بر چگونگی روابط کاری اعضای تیم مراقبت بهداشتی سایه افکنده است و در این مطالعه، پرستاران شرکت کننده آن را به عنوان یکی از عوامل بازدارنده ذکر کرده بودند. در واکنش به این پدیده پرستاران چاره‌ای جز تمکین نمی‌بینند و معمولاً با آن کنار می‌آیند. در این خصوص چهاردهمین شرکت کننده متذکر شد: "... به نظر من در امر حمایت بیشترین نقش را پرستار دارد ولی این نقش، این جا خیلی کم رنگ است چون گفتم که پزشک سالاری است" یا "اگر که طرف مقابل من پزشک باشد یا رزیدنت یا اتند باشد که راستش را بخواهید من جرات ندارم که مثلاً جدی بهش بگویم ولی بارها اتفاق افتاده و من سعی کردم که خیلی نرم و با شوخی آن را مطرح کنم".

شرکت کنندگان همچنین "کمبود وقت" را به عنوان عامل بازدارنده آنها از حمایت بیمار برشمردند. آنها به دلیل تعداد زیاد بیمار و کمبود پرستار می‌بایست مقدار کار بیش‌تری را در زمان محدود انجام دهند و این مسأله موجب گشته است

پرستاران، پزشک‌سالاری، کمبود وقت، ارتباط محدود، مخاطرات حمایت، وفاداری به همکاران و کمبود انگیزه بود که در این قسمت هر کدام از این عوامل شرح داده خواهند شد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- عوامل بازدارنده و تسهیل کننده حمایت از بیمار

عوامل بازدارنده حمایت	عوامل تسهیل کننده حمایت
احساس بی‌قدرتی	رابطه پرستار - بیمار
فقدان مقررات و دستورالعمل اخلاقی	شناخت و توجه به نیاز و شرایط بیمار
پشتیبانی نشدن پرستاران	مسئولیت پذیری پرستار
پزشک سالاری	پذیرش و پشتیبانی پزشک (پزشک به عنوان همکار)
کمبود وقت	دانش و تجربه پرستار
ارتباطات محدود	
مخاطرات حمایت	
وفاداری به همکاران	
کمبود انگیزه	

"احساس بی‌قدرتی" از جمله طبقاتی است که در جریان تجزیه و تحلیل داده‌ها به عنوان عامل بازدارنده پرستار در عمل به عنوان حامی بیمار، پدیدار گشت. کدهایی نظیر نداشتن قدرت، احساس بی‌قدرتی، کاری از دست ما بر نمی‌آید، بسته بودن دستمان و نیز ناتوانی در ایجاد تغییر، این طبقه را به وجود آوردند. در این خصوص یازدهمین شرکت کننده می‌گوید: "با این که ما یک تیم هستیم و همیشه خود پزشکان می‌گویند که ما یک تیم هستیم و به صورت تیم داریم کار می‌کنیم، اما وقتی قصوری که من پرستار متوجه می‌شوم و علم اجازه می‌دهد که متوجه بشوم که در مورد مریض اشتباه صورت گرفته، اما خوب این موارد را یا نمی‌گوییم یا اگر بخواهی بگویی باید خیلی دست به عصا باشی".

پرستاران شرکت کننده در این تحقیق "نبود مقررات و دستورالعمل اخلاقی" را نیز از عوامل بازدارنده حمایت بیمار محسوب کردند. همان گونه که در گفته‌های شانزدهمین شرکت کننده دیده می‌شود: "اگر مقرراتی هم باشد ما هنوز از آن خبر نداریم جایی نوشته

اینها برای مریض وقت بگذارم باید بنشینم به درد دلش گوش کنم، ببینم این بدبخت بیماریش از کجا شروع شده است و... فقط مثل یک مجسمه اینها را نگاه می‌کنیم و یک سری کارهای روتین برایشان انجام می‌دهیم و بعد هم گزارش می‌نویسیم و می‌رویم خداحافظ" و یازدهمین شرکت کننده بیان کرد: "در بیمارستان دولتی هم موارد بی‌توجهی به بیمار خیلی زیاد پیش می‌آید؛ خیلی زیاد، منتهی به خاطر سنگینی کار و فرصت کم ممکن نیست که با مریض ارتباط برقرار کنی".

"مخاطرات حمایت" که به علت مواردی نظیر تضاد با مدیریت، پزشکان و همکاران می‌باشد، شاید ریشه در عدم پشتیبانی مدیریت پرستاری، نوع رابطه استخدامی پرستار با موسسه، ترس پرستار از موقعیت خود، و نبود امنیت شغلی داشته باشد. هفدهمین شرکت کننده گفت: "از پرستار چه کسی باید حمایت کند، به من پرستار، شما به عنوان مدرس می‌گویید که چون وظایف است برو این کار را بکن اگر ایشان آمد و بیمار را حمایت کرد و فردا رییس بیمارستان گفت اخراجی؛ چه کسی این پرستار را حمایت می‌کند".

از نگاه شرکت کنندگان در تحقیق حاضر "وفاداری به همکاران" از دیگر عوامل بازدارنده حمایت بیمار است. پرستاران معمولاً به همکاران پزشک و موسسه وفادارند و همچنین هوای یکدیگر را دارند، از این رو آنان نمی‌توانند همیشه برای بیمار حامی خوبی باشند. ارزش‌هایی مثل رازداری، گاهی اوقات منجر به سرپوش گذاشتن روی خطاها می‌شود. به طور مثال هفدهمین شرکت کننده افزود: "ببینید راه درست این است که وقتی در یک گروه حرکت می‌کنیم نمی‌توانیم همدیگر را توی سیستم خراب کنیم".

در نهایت می‌توان "کمبود انگیزه" را به عنوان عامل ممانعت کننده از نقش حمایتی پرستاران نام برد. نبود بازخورد، تامین نبودن مالی و روحی پرستار، بار کاری زیاد، عدم آسایش و خستگی پرستار، موجب نارضایتی، کم شدن انگیزه، و کم حوصلگی پرستار شده و این به نوبه خود آنها را از حمایت بیمار بازداشته و نتیجه آن حمایت نشدن بیمار

که آنها از الگوهای تقسیم کار وظیفه مدار بهره جسته و از نیازهای همه جانبه و تمامیت بیماران غافل شوند و تنها به انجام وظایف روتین اکتفا کنند. از طرفی فشار روانی ناشی از انجام کار بیش‌تر در زمان محدود و تلاش مضاعف پرستار در رسیدگی بهتر به بیمار به تدریج او را خسته و فرسوده می‌سازد. پنجمین شرکت کننده گفت: "وقتی آدم یک ترالی پر از دارو دارد ترالی را نگاه می‌کند و این که حالا اتاق اول است، شاید مریض هم بخواهد صحبتی بکند، ساعت را نگاه می‌کند شاید من و شما هم که باشیم و خیلی هم دلمان بخواهد، محدودیت زمان اجازه نمی‌دهد که پای صحبت بیمار بنشینیم". همچنین بیست و سومین شرکت کننده گفت: "البته می‌گویم با این شرایط ICU و مریض‌هایی که داریم ما آن قدر فرصت نمی‌کنیم که پای حرف‌هایشان بنشینیم ولی همان قدر هم که گوش می‌دهیم مریض در مورد سیر بیماریش چه شرایط خانواده‌اش صحبت می‌کند، هم توی روحیه مریض تاثیر دارد هم از استرس‌هایش کم می‌کند، خیلی موثر است".

پرستاران شرکت کننده در این تحقیق "ارتباط محدود با بیمار" را به عنوان یکی از موانع اصلی حمایت از بیمار بر شمردند. مواردی نظیر تعداد زیاد بیمار، حجم زیاد کار، خستگی پرستار، وقت ناکافی، شلوغی بخش و حضور همراهان متعدد، نداشتن مهارت ارتباطی، کمبود انگیزه، کم‌حوصلگی پرستار، جو حاکم بر محیط کار و فشار گروه همکاران به عنوان عواملی یاد شدند که منجر به ارتباط محدود با بیمار می‌شوند. همچنین "ارتباط محدود با پزشک" که حاصل نوع ارتباط پزشک - پرستار و پزشک سالاری است، از عوامل بازدارنده حمایت از بیمار ذکر شد. این ارتباط به گونه‌ای است که گفتگوی پرستار با پزشک را مشکل می‌سازد و امکان انجام کار گروهی را سلب می‌کند. در این مقوله سومین شرکت کننده گفت: "الان پرستاران با مریض‌ها کار ندارند و بیش‌تر کارها نوشتاری است در صورتی که در درجه اول باید با مریض در ارتباط باشند، ببینند نیازهایش چیست کاری که در توانشان است برایش انجام دهند مثلاً کارهایش را پیگیری کنند کارش را انجام بدهند"، یا هفتمین شرکت کننده معتقد بود که: "باید بیش‌تر از

خواهد بود. در این راستا هفتمین شرکت کننده گفت: "به همین خاطر همه پرستاران روی دلسردی و افسردگی دارند کار می‌کنند زورکی درسته اصلا خودبه‌خود مراقبت و شاید حمایت از مدیریت و نحوه تامین نیروی انسانی تاثیر می‌پذیرد".

عوامل تسهیل کننده حمایت شامل ارتباط پرستار - بیمار، شناخت و توجه به نیاز و شرایط بیمار، مسؤلیت‌پذیری پرستار، پزشک به عنوان همکار و دانش و تجربه پرستار بود (جدول شماره ۱).

"ارتباط پرستار - بیمار"، از درونمایه‌هایی بود که بیش‌ترین تکرار را در گفته‌های شرکت کنندگان داشت، و از نگاه شرکت کنندگان در تحقیق، لازمه حمایت از بیمار، توانایی برقراری ارتباط مناسب با بیمار است. راحت بودن بیماران با پرستار، حضور بیش‌تر پرستار در بالین بیمار، در دسترس بودن پرستار برای بیمار و این که پرستار مشاهده‌گر مستمر وضعیت بیماران است، پرستار را در موقعیت برتری برای حمایت از بیمار قرار می‌دهد. در این خصوص سومین شرکت کننده گفت: "سعی می‌کنم برخورد خوب باهاشون داشته باشم به حرفشون گوش می‌دهم یعنی صحبت‌هایشان را دقیقاً گوش می‌دهم چه نیاز دارند برایشان انجام می‌دهم" و چهاردهمین شرکت کننده ذکر کرد: "اکثراً این جا بیمارهای ما همراه دارند و با این که همراه دارند مثلاً یک پیرمرد است که چشمش را عمل کرده پسرش پیشش است دخترش پیشش است باز هم من احساس می‌کنم آن قدر ارتباط من با بیمار مهم است که او احساس امنیت بکند، خانواده‌اش نمی‌تواند آن قدر اهمیت داشته باشد که ارتباط من پرستار" و به نظر می‌رسد که بیان یازدهمین شرکت کننده بتواند این ارتباط یگانه (Unique) را بهتر نشان دهد: "اما رابطه پرستار و بیمار واقعا تنگاتنگ است، آدم خیلی وقت‌ها با بیمار از بچه خودش نزدیک‌تر ارتباط دارد".

ضروری دانستند، آنها معتقد بودند که، بیماران نیازها و شرایط متنوع و متغیری دارند و لذا پرستار بایستی از شرایط و نیاز بیمار آگاه باشد و برای حمایت موثر، داشتن اطلاعات صحیح از بیمار و شناخت نیازهای بیمار ضروری است. در این رابطه دهمین شرکت کننده گفت: "ولی کلا مریض احتیاج به مددکاری دارد، مددکار ممکن است بگوید نه این خانواده دارد و این حرفها، بعد من پرستار مثلاً باید باز با مددکار صحبت کنم نه این خانواده‌ای که می‌گویید از هم پاشیده است و فلانها اینها می‌آیند و اینها را ما می‌بینیم... یعنی این جور مسایل هم توی شغل ما است دقت می‌کنیم که علاوه بر شرایط مریض حتی شرایط خانواده مریض را بسنجیم".

پرستاران شرکت کننده در این تحقیق، "وظیفه شناسی، مسؤلیت‌پذیری و پاسخ‌گویی پرستار" را در قبول و ایفای نقش حمایت از بیمار موثر می‌دانستند. آنها همچنین داشتن وجدان و احترام به حقوق بیمار را از عوامل دخیل در پذیرش یا امتناع از نقش حمایتی برشمردند. کدهایی نظیر همکاری با دیگران، انجام صحیح کارهای محوله و مراقبت مادرانه از بیمار مواردی بودند که با مسؤلیت‌پذیری پرستار ارتباط داشتند. التزام عملی پرستار به تعهدات اخلاق حرفه‌ای نیز از مسؤلیت‌پذیری پرستار تاثیر می‌پذیرد. در این رابطه نهمین شرکت کننده گفت: "آره یک وقتی‌هایی آن قدر به بخش‌های دیگر زنگ می‌زنم مثلاً یک موقعی ما این جا یک مریض افغانی داشتیم و من نسبت به او خیلی حساس بودم خیلی بچه آرام و مظلومی بود، به محض این که آنتی‌بیوتیک او تمام می‌شد من دیگر تمام این بیمارستان را این‌ور و آن‌ور می‌کردم تا بتوانم برایش، داروهایش را تهیه کنم".

"نوع رابطه‌های کاری حاکم بر سازمان" و "چگونگی رابطه پزشک و پرستار" در تسهیل یا دشوار نمودن عمل حمایتی پرستار بسیار اهمیت دارد. به عنوان نمونه سومین شرکت کننده گفت: "ولی بعضی پزشک‌ها هستند که وقتی کاری انجام می‌دهند و ما مثلاً می‌گوییم که این جوری نیست بعضی از آنها ناراحت می‌شوند، یعنی آدم می‌ترسد بهشون بگوید چون بیشترشان ناراحت می‌شوند و بعضی‌ها خیلی

شناخت و توجه به نیاز و شرایط بیمار" از دیگر عوامل تسهیل کننده حمایت از بیمار است که در این مطالعه شناسایی شد. شرکت کنندگان همچنین بررسی و شناخت بیمار را برای شناخت همه جانبه بیمار و کمک به بیمار

مراقبت سازگار است^(۱۴) و با اصول اخلاقی نیز انطباق دارد.^(۱۵)

شرکت کنندگان در این مطالعه همچنین معتقد بودند که در شرایط حاضر و با توجه به موانعی که بر شمرده شد، اتخاذ ایفای نقش حمایت از بیمار در عمل دشوار است. و لذا آنها در هر موقعیت با توجه به نیاز بیمار و برآیند عوامل بازدارنده و تسهیل کننده حمایت، در مورد اعمال نقش حمایتی شان تصمیم می‌گیرند و در بسیاری از موارد نه به آن چه مورد نظرشان است بلکه به آن چه از دستشان بر می‌آید بسنده می‌کنند، که ما آن را "حمایت محدود" نامیدیم.

در مطالعات Witts در سال‌های ۱۹۸۶ و ۱۹۹۲ و Courtney در سال ۱۹۸۵ که درباره تصمیم‌گیری اخلاقی صورت گرفت، آنها دریافتند پرستاران در انگلستان نیز به عنوان حامی عمل می‌کنند، اما حمایت آنان به صورت غیر رسمی اتفاق می‌افتد و دامنه آن تا حدی است که شرایط اجازه می‌دهد.^(۱۲)

همان طور که از نظر گذشت شرکت کنندگان در این تحقیق تعداد عوامل بازدارنده بیشتری را در مقایسه با عوامل تسهیل کننده معرفی نمودند، شاید دلیل این امر غلبه این عوامل در محیط کار آنان باشد. Kohnke معتقد است که موانع عمده حمایت، موسسات مراقبت بهداشتی هستند، چرا که حمایت بیمار اساساً در تضاد با فرهنگ حاکم بر سیستم بیمارستانی است.^(۱۶)

پرستاران در این پژوهش احساس بی‌قدرتی، نبود مقررات و دستورالعمل‌های حرفه‌ای ملی که پرستار را مجاز به حمایت کند، عدم پشتیبانی از پرستاران، پزشک سالاری، کمبود وقت، ارتباط محدود، مخاطرات حمایت، وفاداری به همکاران و کمبود انگیزه را به عنوان موانع عمده حمایت از بیمار بر شمرده‌اند. از طرفی با تعمق بر روی طبقات پدیدار شده تحت عنوان موانع بازدارنده، می‌توان دریافت که پرستاران جایگاه فعلی خود را در سیستم مراقبت بهداشتی برای اعمال نقش حمایت از بیمار مناسب نمی‌بینند و لذا جهت ترویج نقش حمایت از بیمار ضروری است که علاوه بر

راحت هستند" یا ششمین شرکت کننده گفت: "همکاری متقابل پرستار با پزشک و همراه بیمار، همیشه منجر به حمایت از مریض شده است".

"دانش و تجربه پرستار" بر تقبل و ایفای نقش حمایتی او موثر است. پرستاران شرکت کننده در این تحقیق معتقد بودند که اگر پرستاران از دانش نظری و تجربه و مهارت کافی برخوردار باشند، بهتر می‌توانند از بیماران خود حمایت کنند. همچنین آنان بر ضرورت آموزش‌های رسمی و ضمن خدمت در جهت آمادگی برای ایفای نقش حمایتی و تقویت ویژگی‌هایی نظیر قاطعیت، شجاعت، و مهارت برقراری ارتباط با افراد در داخل و خارج سازمان تاکید داشتند. پانزدهمین شرکت کننده در این خصوص گفت: "برای این که بتوانیم بهتر از بیمارمان حمایت کنیم باید علم‌مان را بالا ببریم، شجاعت‌مان را بیشتر کنیم، اعتماد به نفسمان را ...".

بحث

پرستارانی که در این مطالعه شرکت کرده بودند همه بر این باور بودند که "حمایت" از نقش‌های اصلی پرستار است. چنان‌که تعدادی از نویسندگان (Jenny، ۱۹۷۹؛ Miller and et al، ۱۹۸۳؛ Bandman، ۱۹۸۷؛ McFayden، ۱۹۸۹؛ Bramlett and et al، ۱۹۹۰؛ Albarran، ۱۹۹۲)، نقش حمایتی را به صورت ذاتی در بین فعالیت‌های روزانه وی می‌بینند.^(۱۲) شاید بتوان گفت که نقش حمایتی پرستار در دل حرفه‌ای است که او به آن می‌پردازد، در تعریفی که ویرجینیا هندرسون (Virginia Henderson) در سال ۱۹۷۷ از پرستاری ارایه کرده است، پرستاری را بدین شکل توضیح داده است که "وظیفه منحصر به فرد پرستار، کمک به افراد بیمار یا سالم، در انجام آن دسته از فعالیت‌هایی است که در سلامتی، بهبودی و یا مرگ آنان نقش دارد و اگر او توان، اراده، یا دانش لازم را داشت، بدون کمک می‌توانست آنها را انجام دهد".^(۱۳)

از این رو پرستار به عنوان حامی، مراقبت‌های پرستاری را به گونه‌ای مدبرانه و هدفمند برنامه‌ریزی و اجرا می‌کند. این تعریف از "حمایت"، با فلسفه پرستاری درباره

بهداشتی و سازمان و وجود کمیته اخلاق می‌توانند حمایت از بیمار را تسهیل کنند.^(۱۸) او همچنین می‌افزاید که حمایت موفق مستلزم تعامل و ارتباط متقابل بین همه کسانی است که در مراقبت از بیمار نقش دارند. Drew بحث می‌کند که نارضایتی از سیستم مراقبت بهداشتی، پرستاران را برای صحبت کردن از جانب بیمار برمی‌انگیزاند و به طور مثبت روی نقش حمایتی آنها تاثیر می‌گذارد.^(۲۰)

در مطالعه Davis و همکاران (۲۰۰۳) پرستاران ژاپن عوامل تسهیل کننده حمایت از بیمار را فلسفه مراقبت بیمار - محور، پزشک به عنوان همکار، محیط کار دموکراتیک در بخش، و حمایت سرپرستار از پرستاران برشمرده‌اند. آنها همچنین بر ضرورت ارتقای دانش در جهت ایفای نقش حمایت از بیمار تاکید داشتند. در پژوهش‌های دیگری نیز که پیرامون موضوع حمایت از بیمار صورت گرفته است، عوامل متعددی معرفی شده‌اند که ممکن است بر کاربرد حمایت تاثیرگذار باشند. از آن جمله Rushton و Drew ارتباطی را بین مرتبه رشد اخلاقی پرستار و کاربرد حمایت گزارش کردند.^(۱۸ و ۲۰)

در سال ۱۹۹۷، Duckett و همکاران نیز رابطه‌ای بین رشد اخلاقی و درک از حمایت را ذکر کرده‌اند.^(۲۱) Andersson و Mattiasson همبستگی مثبتی بین تحصیلات و حمایت یافتند.^(۲۲) Ingram می‌نویسد پرستارانی که دوره اخلاق می‌گذرانند، در موقعیت‌های حمایت تاثیرگذارتر بوده و تضادهای اخلاقی را موثرتر حل می‌کنند.^(۱) Sellin و Rushton مدعی هستند که ویژگی‌های شخصیتی نظیر اعتماد به نفس، قاطعیت، و رسش (Maturity) بر کاربرد حمایت تاثیر می‌گذارند.^(۱۷ و ۱۸) سایر جنبه‌هایی که ممکن است بر کاربرد حمایت اثرگذار باشند سن، جنس و امنیت شغلی ذکر شده است.^(۲۳)

از دیدگاه شرکت کنندگان در این تحقیق حضور موانع متعدد که غلبه بر آنها برای بیشتر پرستاران دشوار است، باعث می‌شود که پس از مدتی کار در محیط‌های مراقبت بهداشتی و تاثیر از محیط و شرایط حاکم بر کار، پرستاران

توانمندسازی پرستاران، یکایک این موانع به صورت اصولی بررسی و رفع گردند.

Yam, Digiulio و Hellwig، در سال ۲۰۰۳ نیز در یک مطالعه پدیدار شناسانه، "محدودیت وقت" و "کار زیاد در زمان کم" را به عنوان موانع اصلی حمایت بیمار از دیدگاه پرستاران گزارش نموده‌اند.^(۳) Sellin در پژوهش خود، "امنیت شغلی و تضاد با مدیریت" را به عنوان موانع حمایت از بیمار ذکر کرده است.^(۱۷)

Rushton در سال ۱۹۹۵ می‌نویسد در موسساتی که سلسله مراتب تصمیم گیری، عینیت، اثربخشی و ساختارهای قدرت سنتی، ارزش هستند، ممکن است ناسازگاری بین واقعیات محل کار و فلسفه، ارزش‌ها و اهداف سازمانی بیان شده باشد. در چنین محیطی بین رابطه پرستار - پزشک، سیاست‌ها و عملکردهای موسسه (خصوصاً در مدیریت تخصیص منابع و کیفیت مراقبت از بیمار)، رفتارهای حرفه‌ای مدیران و همکاران و امنیت شغلی تضاد روی می‌دهد. همچنین عمل "حمایت بیمار" ممکن است به واسطه محدودیت‌های قانونی، عوامل و ارزش‌های اجتماعی، فرهنگ سازمانی محیط، موقعیت پرستار در نظام مراقبت بهداشتی و محدودیت‌های سیاسی و اقتصادی محدود شود.^(۱۸)

Davis و همکاران در سال ۲۰۰۳ می‌نویسند که از دیدگاه پرستاران ژاپن، پزشکان از قدرت بیشتری نسبت به پرستاران برخوردارند و این مسأله موقعیت آنها را در موسسات مراقبت بهداشتی آسیب‌پذیرتر می‌سازد. آنها معتقدند که بدون حمایت مدیران پرستاری، پرستاران تنها در صورت آسیب نرسیدن به خود، از بیمار حمایت و حفاظت می‌نمایند.^(۱۹)

در مطالعه Yam, Digiulio و Hellwig، در سال ۲۰۰۳، پشتیبانی پزشک، به کارگیری روش تیمی و حسن تفاهم با شرکت‌های بیمه و سایر موسسات به عنوان عوامل تسهیل کننده حمایت شناسایی شدند.^(۳)

Rushton در سال ۱۹۹۵ می‌نویسد رهبری موثر، الگوهای ارتباطی باز، روش‌های حل مسأله مبتنی بر تشریک مساعی، سازگاری میان ارزش‌ها و فلسفه اعضای مختلف تیم مراقبت

منابع

- 1- Mallik M, McHale J. Support for advocacy. *Nursing Times*; 1995 Jan 25-31. 91(4): 28-9.
- 2- Copp LA. The nurse as advocate for vulnerable persons. *Journal of Advanced Nursing*; 1986. 11: 255-263.
- 3- Hellwig SD, Yam M, Digiulio M. Nurse Case Managers' Perceptions of Advocacy: Phenomenological Inquiry. *Lippincott's Case Management*; 2003, Vol 8, No 2. p.53-65.
- 4- Leddy S, Pepper JM. *Conceptual bases of professional nursing*. 3rd ed. Philadelphia: Pennsylvania; Lippincott company; 1993. p. 438-441.
- 5- Snowball J. Asking nurses about advocacy for patients "reactive" and "proactive" accounts. *J Advance Nursing*; 1996. 24: 67-75.
- 6- Ingram R. The nurse as the patient advocate [monograph on the internet]. University of Portsmouth, Department of Humanities: School of Social and Historical Studies; 1998. Available from: <http://www.richard.ingram.nhspeople.net/student/files/advocacy.pdf>. Accessed August 8, 2003.
- 7- Schroeter K. Advocacy in Perioperative Nursing Practice. *AORN Journal* [serial on the internet]. 2000, June 1. Available from: <http://www.findarticles.com/cf0/m0FSL/671/64424149/p1/article.jhtml?term=patient+advocacy>. Accessed June 17, 2003.
- 8- ProQuest Digital Dissertations [database on the internet]. Nahigian E: Factors associated with advocacy decisions of registered professional nurses employed as staff nurses in inpatient adult care hospitals. Doctoral thesis, STATE UNIVERSITY OF NEW YORK AT BUFFALO, 2003. Available from: <http://www.lib.umi.com/dissertations>. Accessed November 4, 2004.
- 9- Glaser B, Strauss AL. *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. 1st ed. Chicago: Aldine; 1967. p. 219-249.
- 10- Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Perspective*. 3rd Ed. Philadelphia: Lippincott; 2003. p. 27-39.
- 11- Strauss AL, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 2nd ed. Thousand Oaks: London Sage Publications; 1990. p.101-161.

دچار حالت بی تفاوتی و انفعالی شوند. منابع موجود همواره بر واژه‌هایی نظیر "کلیدی" (Kalisch, ۱۹۷۵)، "بهترین" (Kosik, ۱۹۷۲)، "ایده‌آل" (Gadow, ۱۹۸۰؛ Albaran, ۱۹۹۲) و تعدادی عبارات دیگر، برای توصیف جایگاه پرستاران در ایفای نقش حمایت بیمار تاکید کرده‌اند.^(۱۲)

نویسندگان همچنین نه فقط به جایگاه کارکردی پرستار در بین تیم مراقبت بهداشتی بلکه همچنین به کیفیت و زمان صرف شده او با بیماران اشاره کرده‌اند. اگر چه در این تحقیق نیز شرکت کنندگان بر جایگاه مناسب پرستار برای حمایت از بیمار تاکید کردند و بیان نمودند که پرستار است که بیشتر در دسترس بیمار است و ارتباط نزدیک‌تری با بیمار دارد، لیکن مشخص نیست که با وجود موانع عمده‌ای که عمدتاً ریشه در ساختار موسسات مراقبت بهداشتی و فرهنگ حاکم بر آنها دارد، پرستاران تا چه اندازه بتوانند حامیان موثری برای بیماران خود باشند. از محدودیت‌های این پژوهش این است که یافته‌های این مطالعه نیز مانند دیگر تحقیقات کیفی ممکن است خاص همان موقعیت مورد مطالعه باشد و نتوان یافته‌ها را به موقعیت‌های دیگر تعمیم داد.

نتیجه‌گیری

برای آن که پرستاران بتوانند نقش حمایتی خود را به طور کامل ایفا کنند، ضرورت دارد تا تلاش‌های جمعی و سازمان یافته برای رفع موانع شناسایی شده و تقویت عوامل تسهیل کننده در نظام مراقبت بهداشتی کشور به عمل آید.

تقدیر و تشکر

این تحقیق با استفاده از حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران در قالب طرح تحقیقاتی (شماره ثبت ۱۰۲/پ) انجام گردیده است، که بدین وسیله نویسندگان این مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسئولین آن مرکز و کلیه پرستاران شرکت کننده در این پژوهش ابراز می‌دارند.

12- Mallik M. Advocacy in nursing: a review of the literature. *J Advance Nursing*; 1997. 25: 130-137.

13- Henderson V. Basic principles of nursing care. 1st ed. Geneva, Switzerland: ICN; 1977. p.1-2.

14- Gaylord N, Grace P. Nursing advocacy: An ethic of practice. *Nursing Ethics*; 1995. 2(1): 11-18.

15- Woodrow P. Nurse advocacy: Is it in the patient's best interests? *British Journal of Nursing*; 1997. 6(4): 225-229.

16- Kohnke MF. The nurse as advocate. *American Journal of Nursing*; November 1980. 80: 2038-2040.

17- Sellin SC. Out on a limb: a qualitative study of patient advocacy in institutional nursing. *Nursing Ethics*; 1995. 2(1): 19-29.

18- Rushton CH. Creating an ethical practice environment. *Critical Care Nurse Clinics of North America*; 1995. 7: 387-397.

19- Davis AJ, Emiko Konishi, Marie Tashiro. A Pilot Study Of Selected Japanese' Nurses Ideas On Patient Advocacy, *Nursing Ethics*; 2003. 10(4): 404-413.

20- Drew N. Expanding self-awareness through exploration of meaningful experience. *J Holistic Nursing*; 1997. 15: 406-423.

21- Duckett L, Rowan M, Ryden M, Krichbaum K, Miller M, Wainwright H, et al. Progress in the moral reasoning of baccalaureate nursing students between program entry and exit. *Nursing Research*; 1997. 46: 222-228.

22- Mattiasson AC, Andersson L. Moral reasoning among professional caregivers in nursing homes. *West J Nursing Research*; 1995. 17: 277-291.

23- Kubsch SM, Sternard MJ, Hovarter R, Matzke V. A holistic model of advocacy: factors that influence its use. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*; 2004. 10: 37-45.

Patient Advocacy Barriers and Facilitators in Nurses' Experiences

I
*R. Negarandeh, PhD F. Oskouie, PhD F. Ahmadi, PhD
II
IV
M. Nikravesh, PhD

Abstract

Background & Objective: During two recent decades, patient advocacy has been an arguable topic in nursing profession. Although there is a common consensus on patient advocacy as a nurse's role, some evidence points to difficulties that nurses encounter to advocate patients. Since recognition of barriers and facilitators is the first step to promote the role of advocacy among nurses, this paper investigates the factors influencing the utilization of advocacy.

Method: The present study was conducted through grounded theory method. Participants were 24 Iranian nurses (including clinical nurse, head nurse and supervisor) who were working in Rasoul-e-Akram Hospital in Tehran. Semi-structured interview was used for data gathering. All recorded interviews were transcribed verbatim and constant comparative analysis was used according to Strauss and Corbin method.

Results: Through data analysis, several main themes emerged to describe the factors that hindered or facilitated patient advocacy. The nurses in this study identified powerlessness, lack of support, lack of law and code of ethics, limited communication, physicians' leadership tendencies, risk of advocacy, loyalty to pers, lack of motivation and insufficient time to interact with patients and families as barriers to advocacy. Regarding factors that facilitated nurses to act as a patient advocate, it was found that the nature of nurse-patient relationship, recognizing and paying attention to patients' needs and conditions, nurses' responsibilities, physician as a colleague and nurses' knowledge and skills could be influential on adopting above mentioned role.

Conclusion: Considering the current condition and mentioned barriers, participants believe taking advocacy role is difficult for nurses. Therefore, they decide and act as a patient's advocate in any situation with regard to patient's needs and the status of barriers and facilitators. However in most cases, they cannot act at optimal level, but rather they accept only what they can do, which is called in this study "limited advocacy". It can be concluded that advocacy is contextually complex, controversial and a risky component of nursing practice. Further research is needed to determine the correlation that might exist between identified barriers and facilitators and the use of advocacy. It also seems to be necessary to organize attempts to eliminate barriers and strengthen facilitators efficiently, so that nurses will perform their supportive roles in the national health care system.

Key Words: 1) Patient Advocacy 2) Barriers and Facilitators 3) Grounded Theory

I) Assistant Professor of Nursing. Faculty of Nursing and Midwifery. Parvin Etesami St., Zanzan University of Medical Sciences and Health Services. Zanzan, Iran. (*Corresponding Author)

II) Associate Professor of Society Health Nursing. Faculty of Nursing and Midwifery. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

III) Assistant Professor of Nursing. Faculty of Medical Sciences. Jalal-Ale-Ahmad St., Tarbiat Modarress University. Tehran, Iran.

IV) Assistant Professor of Society Health Nursing. Faculty of Nursing and Midwifery. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.