

بررسی درک پرستاران از اهمیت رفتارهای مراقبتی و عوامل مرتبط بر نحوه ارائه رفتارهای

مراقبتی

* اسفندیار بالجانی^۱، ندا عظیمی^۲، عبدالله حسینیلو^۳

۱. مربی، عضو هیأت علمی گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران

۲. کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران

۳. کارشناس پرستاری و کارشناس ارشد فیزیولوژی، سوپروایزر آموزشی بیمارستان امام خمینی، ارومیه، ایران

* نویسنده مسئول: ارومیه، جاده فرودگاه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، گروه پرستاری

پست الکترونیک: baljani1@yahoo.com

چکیده

مقدمه: مراقبت، جوهره اقدامات پرستاری است، ولی در جوامع مختلف به طور یکسان درک نشده است. تجزیه و تحلیل درک پرستاران از رفتارهای مراقبتی، به مدرسان و مدیران پرستاری این امکان را می‌دهد برای رفع تمام نیازهای بیماران، با دید باز، برنامه‌ریزی کنند.

هدف: تعیین درک پرستاران از رفتارهای مراقبتی و پیش‌گویی عوامل مؤثر در رفتارهای مراقبتی

روش: در این مطالعه توصیفی-مقطعی، ۱۸۹ پرستار با مدرک کارشناسی، به روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای، از چهار بیمارستان آموزشی شهرستان ارومیه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه سه قسمتی، شامل اطلاعات دموگرافیک، ۲۵ آیتم مربوط به جنبه‌های روانی اجتماعی و تکنیکی حرفه‌ای مراقبت، و در قسمت سوم فاکتورهای مؤثر بر رفتارهای مراقبتی بررسی می‌شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آنالیز رگرسیون خطی چند متغیره، در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بالاترین امتیاز رفتار مراقبتی مربوط به نوشتن گزارش پرستاری و کمترین امتیاز مربوط به کمک به بیمار در فعالیتهای روزانه بود. آنالیز رگرسیون چند متغیره، نشان داد که احساس مسئولیت در قبال بیماران، حس موفقیت شخصی ناشی از حرفه پرستاری، اعتقاد به انجام دادن کار با کیفیت در مراقبت و مشکلات شخصی در تبیین واریانس رفتارهای مراقبتی به طور معنی‌دار دخالت داشت.

نتیجه‌گیری: به منظور توجه به تمام نیازهای بیماران، لازم است در آموزش و برنامه‌ریزی پرستاری، به جنبه‌های عاطفی-اجتماعی مراقبت تأکید بیشتری شود.

کلید واژه‌ها: رفتار مراقبتی، درک پرستاران، فاکتورهای مؤثر بر مراقبت، مراقبت عاطفی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۱/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۷/۱۸

مقدمه

مراقبت، به عنوان بخش مهم پرستاری، مورد قبول بیشتر پرستاران و محققان پرستاری بوده (۱-۳)؛ مترادف اقدامات پرستاری است (۳) همچنین یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین اجزای دستیابی به تکامل و بقای انسان است و از آغاز تولد بشر به عنوان یک عامل حیاتی در تولد نوزادان، برانگیختن رشد فردی و کمک به افراد برای ادامه حیات در مقابل حوادث تنش‌زای گوناگون، مورد توجه بوده است (۴). مراقبت درباره نیاز اساسی انسان و جزء زیر بنایی حرفه پرستاری صحبت می‌کند (۵). این مفهوم، نمونه بارز احساس، فکر و عمل است که با خود راحتی جسمانی و روانی را فراهم می‌کند (۲). تعریف مراقبت سخت است (۶)، با وجود این، هر تعریفی که بخواهد مراقبت را توضیح دهد باید حاوی دو جزء کلیدی باشد. جزء اول به جنبه‌های جسمانی و تکنیکی مراقبت و جزء دوم به موضوعات روانی-اجتماعی و نیازهای عاطفی ارتباط دارد. بعد عاطفی مراقبت به حفظ منزلت، احترام به فرد و اهمیت دادن به آنچه برای بیمار اتفاق می‌افتد، اشاره دارد (۳) و نتایج پژوهشها نشان داده است که توجه به جنبه‌های روانی-اجتماعی و نیازهای عاطفی بیماران، بیش از توجه به جنبه‌های تکنیکی مراقبت، موجب رضایت بیماران می‌شود (۷). پرستاران، رفتارهای مراقبتی را از اولین سال دانشجویی از طریق تعامل با مدرسان پرستاری، کلاس درس و سمینارها و تجربه اقدامات پرستاری در بخشهای بالینی کسب می‌کنند. این رفتارها در بر دارنده آگاهی، مهارتها، نگرشها و ارزشهای ضروری برای اقدامات حرفه ای است (۸).

پرستاری کشورهای غربی از دهه‌های ۱۹۸۰، حرکت تئوریک مهمی خود را انجام داد و در پی آن به مراقبت در پرستاری تأکید و آن را قلب اقدامات پرستاری قلمداد کرد (۳). وایک (Wikes) و همکاران در سال ۱۹۹۸ یک مدل مراقبت پرستاری از دیدگاه دانشجویان را ارائه کردند که در این مدل، دلسوزی، به عنوان هسته مراقبت در نظر گرفته شد و ارتباط با بیمار، تدارک راحتی، حفظ صلاحیت حرفه‌ای، تعهد داشتن، مورد اعتماد بودن، داشتن وجدان و جرأت، مورد توجه قرار گرفت (۹). دانشجویان پرستاری کشور ترکیه در یک مطالعه کیفی، مراقبت را یک شایستگی تکنیکی و ارتباط حرفه‌ای کمک کننده، تصور کردند و احترام، دلسوزی، ارتباط با بیمار، تأمین راحتی، علاقه و توجه، موضوعهای (theme) اصلی بود (۵). فارمر (Farmer) (۲۰۰۱) در مطالعه خود تأکید داشت که پرستاری کل‌گرا (Holistic)، عصاره این حرفه بوده، وجدان، تعهد، دوست داشتن و امید از جمله اجزایی است که در مراقبت جدایی‌ناپذیرند (۱۰). مطالعاتی که درباره مراقبت از دیدگاه پرستاران در کشورهای غربی، انجام شده است، به جنبه‌های روانی-اجتماعی و نیازهای عاطفی، به عنوان روش محکم‌سازی حلقه زنجیر بین پرستار و بیمار، تأکید

دارد (۱۱). با این حال، مطالعه دینگ وال (Dingwal) و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد که در مراقبت‌های پرستاری که به طور همزمان توجه به جنبه‌های تکنیکی و روانی-اجتماعی مد نظر بوده، به احتمال زیاد، پرستاران در تأمین نیازهای عاطفی بیماران ناتوان بوده یا این که این جنبه مراقبتی، رفتار واقعا مورد علاقه آنها نبوده است. البته فرآیند آموزش پرستاران، خود در عدم بروز و رشد نیافتن این حالت، مشارکت می‌کند؛ به این صورت که اولویت به آموزش مهارت‌های تکنیکی داده می‌شود (۱۲).

مطالعات انجام شده در زمینه اهمیت رفتارهای مراقبتی، حاکی از آن است که مراقبت در جوامع مختلف به طور یکسان درک نشده است (۱۳). در حالی که خادمیان و همکاران (۲۰۰۷) و واتسون (Watson) و همکاران (۲۰۰۳) تفاوت درک پرستاران از رفتارهای مراقبتی را ناشی از اختلافات فرهنگی معرفی کرده‌اند (۱۴ و ۱۵). اسکوفای (Schofie) و همکاران (۲۰۰۵) می‌گویند که فاکتورهای سازمانی در درون محیط، پتانسیل لازم را برای تغییر رفتار مراقبتی دارند، در نتیجه، مراقبتی که بیمار دریافت می‌کند، ممکن است تحت تأثیر قرار گیرد (۱۵). عواملی مثل کمبود نیرو، شرایط کاری غیر استاندارد، نبود حمایت سازمانی، نارضایتی پرستاران و افزایش سن پرستاران، به طور منفی، بر نحوه ارائه مراقبت‌های پرستاری تأثیر دارد و می‌تواند ارزش کار پرستاران و موقعیت حرفه‌ای آنان را به چالش بکشاند که بررسی این عوامل کمک می‌کند تا بین وظایف دیکته شده از طرف سازمان و تقاضای بیماران با فعالیتهای مراقبتی پرستاران تعادل منطقی برقرار شود (۱۶).

مراقبت، در مرکز اقدامات پرستاری قرار دارد (۱۴) و پژوهشهای مربوط به مراقبت و به‌کارگیری نتایج مربوط به آن، در بهبود و حفظ کیفیت اجرایی مراقبت‌های پرستاری نقش حیاتی دارد (۱۳) و به درک بهتر پرستاری توسط خود پرستاران نیز کمک می‌کند (۱۷) به‌علاوه، پرستاران را در تأمین نیازها و انتظارات بیماران، توانمند می‌سازد (۱۸). بنابراین با توجه به اهمیت مراقبت، به عنوان مهمترین جزء اقدامات پرستاری و از سویی تفاوت‌های درک رفتارهای مراقبتی، در فرهنگ‌های مختلف و اختلاف نظر محققان در توجیه این موضوع، ضروری به نظر می‌رسد که ضمن مطالعه رفتارهای مراقبتی، عوامل مرتبط بر این رفتارها، در محیط کار پرستاران جامعه ما، بررسی شود تا پرستاران در ارائه مراقبت به بیماران و همچنین مدیران پرستاری در سازماندهی منابع و ارائه راهکارهای حمایتی با دیدی باز عمل کنند. از این‌رو، این مطالعه با هدف تعیین درک پرستاران از اهمیت رفتارهای مراقبتی و پیش‌گویی فاکتورهای مرتبط بر نحوه ارائه رفتارهای مراقبتی انجام گرفت.

روش‌ها

خواسته شد در فرصت مناسب طول شیفت آنها را پرکرده و در آخر شیفت تحویل گرفته شدند. برای وارد کردن و تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و برای توصیف مشخصات دموگرافیک (جنس و سابقه کار) از آمار توصیفی استفاده شد. برای تعیین امتیازات هر یک آیت‌م رفتارهای مراقبتی و عوامل مرتبط بر رفتار پرستاران و میانگین مجموع ۲۵ آیت‌م رفتارهای مراقبتی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای پیش‌گویی عوامل مرتبط در رفتارهای مراقبتی از آنالیز رگرسیون خطی چند متغیره به روش گام با گام استفاده شد. میانگین کل رفتارهای مراقبتی به عنوان متغیر وابسته و حجم کار، تقاضای بیمار و سیستم، رضایت شغلی، احساس شغلی، سطح مسؤولیت، علاقه به پرستاری، رضایت از حقوق، داشتن زمان برای مراقبت، وضعیت ارتباط با مدیران، مسؤولیت در قبال بیماران، آموزش مربیان، الگوگیری از سایر پرستاران، حس موفقیت شغلی، تنش از طرف همراهان، احساس کارمند باارزش بودن، اعتقاد به کار با کیفیت، مشکلات شخصی و خصوصیات شخصی به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شد. نتایج در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تفسیر شد.

یافته‌ها

براساس داده‌های جمع‌آوری شده، ۷۴/۱ درصد شرکت‌کنندگان زن و ۲۵/۹ درصد مرد بودند. میانگین سابقه کار شرکت‌کنندگان ۷/۳۴ با انحراف معیار ۶/۰۴ و حداقل سابقه کار ۱ و حداکثر ۲۸ سال بود. ۲۵/۹ درصد زیر ۲ سال، ۲۴/۴ درصد ۳ تا ۵ سال و ۴۹/۷ درصد بالای ۵ سال سابقه کار داشتند.

در مورد تعیین درک پرستاران از اهمیت رفتارهای مراقبتی، نتایج نشان داد که بالاترین امتیاز رفتار مراقبتی، مربوط به نوشتن گزارش پرستاری بود. ده مورد از بالاترین رفتارهای مراقبتی در جدول ۱ آورده شده است.

همچنین نتایج نشان داد که کمترین امتیاز مربوط به "کمک به بیمار در فعالیتهای روزانه" (ADL) بود. ده مورد از پایین‌ترین رفتارهای مراقبتی در جدول ۲ آورده شده است.

در مورد فاکتورهای مؤثر در رفتارهای مراقبتی، آنالیز رگرسیون چند متغیره نشان داد که "احساس مسؤولیت در قبال بیماران" به تنهایی ۱۲/۷ درصد واریانس رفتارهای مراقبتی را تبیین می‌کند. در مرحله دوم، متغیر "حس موفقیت شخصی" به رگرسیون اضافه شده که با ضریب ۰/۵۲ توانسته است ۲۶/۴ درصد واریانس را تبیین کند. در مرحله سوم، متغیر "استرس از طرف بیماران و خانواده‌های آنان" به رگرسیون اضافه شده و این سه متغیر ۲۹/۹ درصد واریانس رفتارهای مراقبتی را تبیین کرده است. در مرحله چهارم، با اضافه شدن "اعتقاد به انجام دادن کار با کیفیت در مراقبت" ضریب

این یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که ۱۸۹ نفر از پرستاران با مدرک کارشناسی، شاغل در بخشهای عمومی و مایل به مشارکت در مطالعه، از چهار بیمارستان آموزشی شهرستان ارومیه، در تابستان ۱۳۸۹، به صورت سهمیه‌ای، در آن شرکت داده شدند. بدین صورت که ابتدا تعداد نمونه‌های مورد نیاز از هر بیمارستان با توجه به نسبت تعداد پرستاران شاغل در بخش‌های عمومی آن مرکز به تعداد کل نمونه‌ها تعیین شد و سپس سهمیه هر بیمارستان با استفاده از پرسشنامه به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی تکمیل شدند. ابزار مورد استفاده، شامل سه بخش بود که قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک جنس و سابقه کار بود. قسمت دوم نسخه ترجمه شده CDI25 (Caring dimension inventory) بود. این ابزار ۲۵ آیت‌م دارد و پاسخها در مقیاس ۵ نقطه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق متغیر است و روایی و پایایی آن قبلاً توسط واتسون و همکاران (۱۹۹۷)، و لی (Lee) و همکاران (۱۹۹۸) به تأیید رسیده است که عمدتاً جنبه‌های روانی اجتماعی و تکنیکی حرفه‌ای مراقبت را پوشش می‌دهد (۲۰-۱۹). پرسشنامه یادشده بعد از ترجمه به فارسی، دوباره به انگلیسی برگردانده و دیدگاه اصلاحی متخصص زبان در آن اعمال شد. سپس روایی آن از طریق اعتبار صوری و محتوا، بعد از اعمال دیدگاههای اصلاحی استادان گروه پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه و دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به تأیید رسید. در اندازه‌گیری پایایی ابزار، مقدار ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۳ = α) به دست آمد. در قسمت سوم، فاکتورهای مؤثر بر رفتارهای مراقبتی با استفاده از POWCS (Perception of Workplace Change Schedule) (۱۵) و یافته‌های مطالعات انجام شده در مورد عوامل تعیین‌کننده رفتارهای مراقبتی (۲۲-۲۱)، ساخته شد.

در این پرسشنامه از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شد که نظر خود را در مورد عوامل مؤثر بر رفتار پرستاران در محیط کار انتخاب کنند. پاسخها براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ امتیازدهی شده (کاملاً مخالف امتیاز ۱ و کاملاً موافق امتیاز ۵). روایی صوری و محتوایی این ابزار را ۵ نفر از استادان پرستاری، ارزیابی کردند و اصلاحات موردنظر آنان انجام شد. برای اندازه‌گیری پایایی، ابتدا پرسشنامه به ۲۰ نفر از پرستاران داده شد و با روش آزمون-آزمون مجدد و با ضریب همبستگی (۰/۷۵ = r) به تأیید رسید. پایایی داخلی ابزار نیز با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تأیید شد.

پژوهشگران با هماهنگی دفتر پرستاری در ساعات اولیه شیفت در بخشهای عمومی بیمارستانهای مورد نظر حاضر شده و پرسشنامه از قبل آماده شده در اختیار پرستاران شرکت‌کننده قرار داده اند. پاسخ به پرسشنامه به صورت خودگزارش دهی بوده و از شرکت‌کنندگان

جدول ۱: ۱۰ مورد از بالاترین امتیاز مربوط به رفتارهای مراقبتی CDI25

میانگین امتیاز	رفتار مراقبتی	درجه اهمیت
۴/۵۹	نوشتن گزارش پرستاری برای بیماران	۱
۴/۳۸	پوشیدن لباسهای تمیز و مرتب موقع کار در بخش	۲
۴/۳۶	علائم حیاتی بیمار را به دقت کنترل کردن	۳
۴/۳۱	گزارش دادن وضعیت بیمار به پرستار مافوق	۴
۴/۲۹	اسرار بیماران را حفظ کردن و در اختیار بستگان یا دیگران قرار ندادن	۵
۴/۱۱	عدم ترک بالین بیمار در طول زمان انجام پروسیجر تهجمی	۶
۴/۰۷	رو راست و صادق بودن با بیمار و به او دروغ نگفتن	۷
۴/۰۲	مشاهده اثر دارو در مورد بیمار و گزارش عوارض ناخواسته ی آن	۸
۳/۹۳	هماهنگی و سازماندهی سایر پرسنل درمانی جهت انجام اقدامات در مورد بیماران	۹
۳/۹۲	جنبه های خود مراقبتی (Self care) را به بیماران توضیح دادن	۱۰

جدول ۲: ۱۰ مورد از پایین ترین امتیاز مربوط به رفتارهای مراقبتی (CDI 25)

میانگین امتیاز	رفتار مراقبتی	درجه اهمیت
۳/۷۴	توضیح دادن سبک زندگی مناسب بیمار به او	۱
۳/۷۰	خاطر جمع و مطمئن ساختن بیماران در مورد پروسیجرهای بالینی	۲
۳/۶۸	درگیر ساختن بیماران در مراقبت از خود	۳
۳/۶۳	توضیح دادن پروسیجرهای بالینی قبل از اجرا به بیمار	۴
۳/۵۲	با حوصله به حرفهای بیمار گوش دادن	۵
۳/۴۱	فراهم کردن امکاناتی که بیمار به عنوان انسان در مورد بیماریش آگاهی داشته باشد	۶
۳/۳۴	حفظ حریم خصوصی بیمار	۷
۳/۳۲	صلاحیت و شایستگی حرفه ای	۸
۲/۸۹	در مواقع لزوم نشستن در بالین بیمار و با او صحبت کردن	۹
۲/۸۵	کمک به بیماران در فعالیتهای روزانه زندگی (ADL)	۱۰

از احتمال کشف هویت واقعی شان، در دادن پاسخ واقعی مشکل داشتند. این مطالعه، فقط در بخشهای عمومی بوده و ممکن است به بخشهای ویژه قابل تعمیم نباشد. دو مورد فوق از محدودیت‌های مهم این مطالعه بودند. نتایج نشان داد که پرستاران به اقداماتی مثل گزارش نویسی، پوشیدن لباسهای تمیز و مرتب، کنترل علائم حیاتی، گزارش وضعیت بیمار به پرستار مافوق بیشتر اهمیت داده‌اند که این رفتارهای مراقبتی جنبه تکنیکی - حرفه‌ای دارد، در صورتی که رفتارهایی مثل کمک به بیماران در فعالیتهای روزانه، نشستن در بالین بیمار و صحبت کردن با او، حفظ حریم خصوصی بیمار، حفظ صلاحیت و شایستگی حرفه‌ای و گوش دادن به حرفهای بیمار،

همبستگی افزایش یافته و این چهار متغیر توانسته است ۳۶/۶ درصد واریانس را تبیین کند. در مرحله پنجم، "مشکلات شخصی" به رگرسیون اضافه شده و پنج متغیر وارد شده به مدل، با ضریب همبستگی ۰/۶۲ توانسته است ۳۸/۲ درصد واریانس رفتارهای مراقبتی را تبیین کند (جدول ۳).

بحث

در این مطالعه تعداد معدودی از متغیرهای فردی و اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت و از سایر متغیرهای مربوطه صرف نظر شد، به این دلیل که شرکت کنندگان به دلیل نداشتن احساس امنیت کافی ناشی

جدول ۳: آنالیز رگرسیون خطی چند متغیره گام به گام جهت پیشگویی رفتارهای مراقبتی از روی فاکتورهای موثر

متغیر مستقل	B	β	R	F	df	P
	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	ضریب همبستگی	مقدار اعتبار معادله رگرسیون	درجه آزادی	سطح معناداری
۱ مسئولیت در قبال بیماران	۰.۲۳	۰.۳۵	۰.۳۶	۰.۱۲۷	(۱۷۹ و ۱)	۰.۰۰۰
۲ مسئولیت در قبال بیماران	۰.۱۶	۰.۲۶	۰.۵۲	۰.۲۶۴	(۱۷۸ و ۲)	۰.۰۰۰
حس موفقیت شخصی	۰.۲۳	۰.۳۹				۰.۰۰۰
۳ مسئولیت در قبال بیماران	۰.۱۶	۰.۲۵	۰.۵۵	۰.۲۹۹	(۱۷۷ و ۳)	۰.۰۰۰
حس موفقیت شخصی	۰.۲۳	۰.۳۹				۰.۰۰۰
استرس از طرف بیماران و خانواده های آنها	-۰.۱۱	-۰.۱۹				۰.۰۰۳
۴ مسئولیت در قبال بیماران	۰.۱۴	۰.۲۲	۰.۶۱	۰.۳۶۶	(۱۷۶ و ۴)	۰.۰۰۱
حس موفقیت شخصی	۰.۱۵	۰.۲۴				۰.۰۰۱
استرس از طرف بیماران و خانواده های آنها	-۰.۱۰	-۰.۱۸				۰.۰۰۵
اعتقاد به انجام کار با کیفیت در مراقبت	۰.۱۹	۰.۳۱				۰.۰۰۰
۵ مسئولیت در قبال بیماران	۰.۱۳	۰.۲۱	۰.۶۲	۰.۳۸۲	(۱۷۵ و ۵)	۰.۰۰۱
حس موفقیت شخصی	۰.۱۵	۰.۲۴				۰.۰۰۱
استرس از طرف بیماران و خانواده های آنها	-۰.۰۷	-۰.۱۲				۰.۰۰۸
اعتقاد به انجام کار با کیفیت در مراقبت	۰.۲۰	۰.۳۳				۰.۰۰۰
مشکلات شخصی	-۰.۰۸	-۰.۱۴				۰.۰۰۳

*P<0.01

متغیر وابسته = CDI25

خادمیان و همکاران (۲۰۰۷)، علت این اختلافها را در اختلاف فرهنگی جوامع دانسته است (۲)، ولی به نظر می‌رسد که علاوه بر فرهنگ، عوامل دیگری در توجیه این اختلافها نقش داشته باشد که یک مورد مربوط به سیستم ارائه مراقبت در جامعه ما (شهر ارومیه) است. به این خاطر که در بخشهای عمومی بیمارستانهای جامعه ما (شهر ارومیه) روش ارائه مراقبت به صورت وظیفه‌ای (Functional) است و در این روش، بیمار به عنوان یک واحد در نظر گرفته نمی‌شود و احتمال نادیده گرفته شدن برخی از نیازهای بیمار، به خصوص نیازهای روانی، عاطفی و اجتماعی وجود دارد. از ویژگیهای دیگر این سیستم مراقبتی این است که پرستار با کل نیازهای بیمار آشنا نیست و برقراری ارتباط بین بیمار و پرستار به طور مؤثر صورت نمی‌گیرد (۲۸). مورد دوم، فقدان شرح وظایف

از کمترین اهمیت برخوردار است. نتایج این مطالعه در مقایسه با مطالعات مشابه انجام شده در کشورهای غربی بیانگر اختلاف در درک رفتارهای مراقبتی پرستاران در این مطالعه با مطالعات مشابه انجام شده در اسپانیا (۱۴) و انگلستان (۲۳) می‌باشد. اما با نتایج مطالعه خادمیان و همکاران (۲۰۰۷) که در شیراز روی دانشجویان پرستاری انجام شده بود، همخوانی دارد (۲). در مطالعه اسمیت (Smith) و همکاران (۱۹۹۷)، گرین هالچ (Greenhalgh) و همکاران (۱۹۹۸) و براتون (Brunton) و همکاران (۲۰۰۱) گوش دادن به حرفهای بیمار (۲۶-۲۴) و در مطالعه لارسون (Larsson) و همکاران (۱۹۹۸) نشستن در بالین بیمار، صحبت کردن و لمس کردن بیمار جزء ۱۰ مورد از بالاترین (۲۷) و در مطالعه ما برعکس جزء ۱۰ مورد از پایینترین رفتار مراقبتی پرستاران بوده است.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که پرستاران شرکت کننده در این پژوهش به جنبه های روتین تکنیکی مراقبت بیشتر از جنبه های عاطفی-اجتماعی اهمیت می دهند که این رویکرد نمی تواند تمام نیازهای مددجویان را تأمین کند و لازم است مربیان و مدیران پرستاری در آموزش و برنامه ریزی به این مورد توجه داشته باشند. همچنین نتایج نشان داد که احساس مسؤلیت در قبال بیماران، حس موفقیت شخصی ناشی از حرفه پرستاری، اعتقاد به انجام دادن کار با کیفیت در مراقبت و مشکلات شخصی در تبیین واریانس رفتارهای مراقبتی شرکت داشتند. پس می توان نتیجه گرفت که اولاً بسته به شخصیت متفاوت پرستاران، عوامل متعددی در رفتارهای مراقبتی تأثیرگذار است و ثانیاً مدیران پرستاری می توانند با تأکید بر مسائل اخلاقی و ایجاد روحیه، باعث افزایش احساس مسؤلیت، تقویت اخلاق حرفه ای و خودکارآمدی شده، از طرف دیگر با ایجاد و تقویت سرویسهای مشاوره ای، مشکلات شخصی آنان را به حداقل برسانند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان کمال تشکر را از پرستاران شرکت کننده و مدیریت محترم بیمارستانهای امام خمینی، طالقانی، مطهری و امام رضا شهر ارومیه به خاطر همکاریشان ابراز می دارند.

رده های پرستاری است. به این صورت که در مواردی مثل کمک به فعالیتهای روزانه زندگی (لباس پوشیدن و شستن دستها)، نظر پرستاران این است که این جزء وظایف کمک بهیار است و مورد بعدی، عدم آشنایی بیماران به حقوق خود است. بیماران به حقوق خود آشنایی کامل ندارند و بستگان خود را به عنوان مراقب در بیمارستان نگه می دارند تا از آنان مراقبتهای اولیه غیر حرفه ای انجام دهند. در مطالعه اسن (Essen) و همکاران (۲۰۰۳) دلیل بالا بودن رفتارهای مراقبتی با جنبه عاطفی، تأکید محتوای آموزشی دانشگاه بر علوم رفتاری و اجتماعی و عدم تأکید بر علوم بیولوژیکی دانسته شده است (۲۹).

در ارتباط با عوامل مرتبط در رفتارهای مراقبتی، آنالیز رگرسیون چند متغیره نشان داد که احساس مسؤلیت در قبال بیماران، حس موفقیت شخصی ناشی از حرفه پرستاری، اعتقاد به انجام دادن کار با کیفیت در مراقبت و مشکلات شخصی بر رفتارهای مراقبتی پرستاران مؤثر است. ممکن است این مسأله بیانگر این باشد که پرستاران جامعه ما به جنبه های اخلاق حرفه ای پایبندند، ولی از مشکلات شخصی رنج می برند. در حالی که نتایج مطالعه ما نشان داد که فاکتورهای دیگر مثل حقوق، حجم کار زیاد، وضعیت ارتباطی مدیران، احساس شغلی، علاقه به کار پرستاری و غیره در رفتارهای مراقبتی پرستاران جامعه ما (شهر ارومیه) تأثیر معنی دار نداشته است، مطالعه اسکافیلد و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که حجم کار بر رفتار مراقبتی پرستاران تأثیر داشت؛ به این معنی که پرستاران مجبور بودند به تمام افراد پاسخگو باشند و از کار حرفه ای دور می ماندند (۱۵). در مطالعه هرمن (Herdman) و همکاران (۲۰۰۲) احساس شغلی بر رفتارهای مراقبتی دانشجویان پرستاری تأثیر داشت، آنان، پرستاری را به عنوان حرفه ای می شمردند که برای ایشان احترام، حقوق و شهرت می آورد (۳۰)، در حالی که در مطالعه فونگ (Foong) و همکاران (۱۹۹۹) دانشجویان، پرستاری را به عنوان حرفه ای با درآمد پایین و وضعیت شغلی پایین تصور می کردند (۳۱) و البته این نتیجه، وجود اختلاف در فرهنگ دو جامعه را نیز نشان می داد. اسکافیلد و همکاران (۲۰۰۵)، دلایل دیگر مثل بالا بودن سطح استرس، نبود امنیت شغلی و رضایت از حقوق را در کیفیت مراقبت پرستاری مؤثر دانسته است (۱۵). در مطالعه رفیعی و همکاران (۲۰۰۷) خصوصیات شخصی پرستاران مثل احساس تعهد، وجدان، عقاید مذهبی و نوع دوستی در شرایط خستگی، حجم کار زیاد و کمبود نیرو عامل محرک پرستاران بخش سوختگی بوده است (۲۱). در مطالعه سلیمی و همکاران (۲۰۰۵) علاقه به حرفه پرستاری عامل مؤثر بر مهارت های بالینی دانشجویان پرستاری ایران ذکر شده است (۳۲).

References

1. Soltani M, Hejazi SM, Noorian A, Zendedel A, Ashkanifar M. The Effect of Aerobic Training on the Improvement of Expanded Disability Status Scale (EDSS) in Multiple Sclerosis Patients. *JMS*. 2009 ;(1) 5: 15-20.
2. Armstrong LE, Winant DM, Swasey PR, Seidle ME, Carter AL, Gehlsen G. Using isokinetic dynamometry to test ambulatory patients with multiple sclerosis. *Phys Ther*. 1983 Aug; 63(8):1274-9.
3. Soltani M, Hejazi SM, Noorian A, Zendedel A, Ashkanifar M. The Effect of Selected Aerobic Exercise on the Balance Improvement in Multiple Sclerosis Patients. *J Mashhad School Nurs Midw*. 2009; 9(2): 107-13. (Persian)
4. Taraghi Z. Quality of Life among Multiple Sclerosis Patients. *Iran Journal of Nursing*. 2007; 20(5): 49-57. (Persian)
5. Abedini M, Habibi Saravi R, Zarvani A, Farahmand M. Epidemiology of multiple sclerosis in Mazandaran, Iran, 2007. Prevalence and Indicate Epidemiologic aspects, *Journal of mazandaran University of Medical Sciences*. 2008; 18(66):82-6. (Persian)
6. Soltani M, Hejazi SM, Khjei R, Rashidlamir A. Investigating the Effect of Aquatic Aerobic Training on the Speed of Walking in High and Low-Degree Multiple Sclerosis Patients. *Iranian Journal of Health and Physical Activity* .2011; 2 (1): 67-72. (Persian)
7. Mollaoglu M, Ustun E. Fatigue in multiple sclerosis. *J clin NURS* 2009 May; 18(9): 1231-8.
8. Motl RW, Mcauley E, Snook EM. Physical and multiple sclerosis: a meta – analysis. *Mult Sclera*. 2005(Aug); 11(4): 459-63.
9. Danni- M, Splendiani G, Efficacy of Aerobic Training on Fatigue and quality of life in multiple Sclerosis. *ECTRIMS.2004 ECTRIMS 04. VIENNA 20Th congress of the European committee for treatment and Research in Multiple sclerosis 9th Annual meeting on Rehabilitation of MS October 6-9 2004*.
10. Matuska K, Mathiowetz V, Finlayson M. Use and perceived effectiveness of energy conservation strategies for managing multiple sclerosis fatigue. *Am J Occup* 2007 Jan – feb ; 61 (1):62-9 .
11. Jafarian, Najibeh; Sadeghi, Amir. Multiple sclerosis and their care. Tehran: Publication of a healthy, community-minded. 2007. (Persian)
12. Wiles CM, Newcombe RG, Fuller KJ, Shaw S, Furnival-Doran J, Pickers gill TP. Controlled Randomised Crossover trail of the effects of physiotherapy on mobility in chronic multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & psychiatry*. 2001; 70(2): 174-9.
13. Stuifbergen AK, Blozis SA , Harrison TC , Becker HA . Exercise , Functional limitation , and quality of life : a longitudinal study of persons with multiple sclerosis. *Phys Med Rehabil*. 2006; 87:935-43.
14. Dalgas U, Stenager E , Ingemann– Hansen T . Multiple sclerosis and physical exercise: Recommendations for the application of resistance – endurance and combined training. *Mult sclera*. 2008 Jan; 14(1): 35-53.
15. Motle RW, Arnett PA, Smith MM, Barwick FH, Ahlstrom B, and Stover EJ . Worsening of symptoms is associated with lower physical activity level in individuals multiple sclerosis. *Mult Scler* 2008 Jan; 14(1): 140-2.
16. Soltani M, Hejazi SM, Noorian A, Zendedel A, Ashkanifar M. Comparing the Effect of 8 week aquatic aerobic training on the rate of balance on high & low degree M.S patients. 6th International Congress on Physical Education and Sport Sciences 4-6 March 2008.

17. Atashzadeh F, Shiri H, Moshtaqe esheqi Z. Effect of Exercise Training on Activity of Daily Living in Women with Multiple Sclerosis in Iranian Multiple Sclerosis Society. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2003 ;(3)9:164 –71. (Persian)
18. White LJ ,McCoy SC ,Castellano V ,Gutierrez G ,Stevens JE ,Walter Ga et al. Resistance training improves strength and functional capacity in person with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2004 Dec; 10(6): 668-74.
19. Woods DA. Aquatic exercise programs for patient with multiple sclerosis. *Clin kinesiol* 1992; 45:14-20.
20. Miyatake N, Matsumoto S, Nishhikawa H, Numata T. Relationship between body composition changes and the blood pressure response to exercise test in overweight Japans subjects. *Act Med Okayama*. 2007; 61(1):1-7
21. Ring- Dimit riou,S. Nine months aerobic fitness induced changes on blood lipids and lipoproteins in untrained subjects versus controls. *Euro J Apple physiol*.2007; 99(3): 9-291
22. Mximo Maislos. Marked increase in plasma high Ramadan. *Am J Clin*. 1993; 18(5):640-2
Improved diabetes control after prolonged fasting – the Ramadan model
23. Vuorhamaa t, Ahotuupa m, Irjala k, Vasankarl t. Acut prolonged exercise reduces moderately oxidized LDL in healthy men. *Into J Sports Med* 2005, 26: 420-5
24. Higushi M, Hashimoto I. Effect of exercise training on plasma HDL lipoprotein level at content weight's Japan utter. 1983; 1: 1-23

A survey on nurses' perception of the importance of caring behaviors and factors affecting its provision

* Baljani E¹, Azimi N², Hosseinloo A³

1. Faculty of Nursing, Islamic Azad university, Uremia Branch, Uremia, Iran
2. MSc in Nursing, Islamic Azad university, Uremia, Iran
3. RN, MS of Physiology, Supervisor in Imam Khomeini Hospital, Uremia, Iran

* Corresponding author, Email: Baljani1@yahoo.com

Abstract

Background: Caring is the essence of nursing practice, but has been understood in various countries in a different way. Analysis of nurses' perception of caring behaviors provides the possibility to nursing teachers and administrators to be able to plan a program to meet all the patients' needs with an inclusive view.

Aim: to determine nurses' perception about caring behaviors and the factors that may affect those behaviors.

Method: In this cross-sectional study, 189 Registered Nurses who were selected through Quota sampling from four teaching hospitals of Urmia city were included. Data Collection was carried out using a self-structured three-part questionnaire. Data were analyzed using descriptive tests and multivariate linear regression analysis with SPSS version 16.

Results: The highest caring behavior score was related to writing nursing reports and the lowest score to the helping to patients in their physical activity in daily life. Multivariate regression analysis showed that the sense of responsibility towards patients, sense of personal achievement due to nursing profession, belief in delivering high quality care and personal problems of nurses explained the variance in caring behaviors.

Conclusion: In order to consider all the patients' needs, social - emotional aspects of caring is needed to be more emphasized in nursing education and planning. To highlight moral issues, creating moral and enhancing counseling services can lead to increased sense of responsibility, promoted professional ethics and self efficacy which itself resulted in decreased nurses' personal problems.

Keywords: care behaviors, nurses' perception, effective care

Received: 10.04.2011

Accepted: 10.10.2011