

## مقایسه درک اهمیت رفتارهای مراقبتی از نظر پرستار و بیمار

منصوره عزیززاده فروزی<sup>۱</sup>، سکینه محمدعلی زاده<sup>۲</sup>، عصمت نوحی<sup>۳</sup> و پدیا... نیکیان<sup>۴</sup>

### خلاصه

مراقبت زیربنای حرفه پرستاری است، که نه تنها لازمه درمان مؤثر، بلکه پایه‌ای برای خودشکوفایی و بقای انسان می‌باشد. از آنجائیکه تحقیقات مربوط به مراقبت و بکارگیری اطلاعات مربوط به آن در بهبود و حفظ کیفیت اجرای مراقبت‌های پرستاری نقش حیاتی دارد، لذا این پژوهش به منظور مقایسه درک اهمیت رفتارهای مراقبتی در بیماران بستری و پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی و جراحی صورت گرفت. نمونه این پژوهش ۵۰ بیمار و ۵۰ پرستار می‌باشد. جهت گردآوری داده‌ها، از روش طبقه‌بندی کیو (Q Sort)، و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون مان واتینی یو (Man Whitney U) استفاده شد. نتایج نشانگر این مطلب است که بیماران و پرستاران در انتخاب مهمترین و کم اهمیت‌ترین رفتارهای مراقبتی اتفاق نظر داشتند، بدین معنی که رفتار مراقبتی "اجرای بموقع دستورات درمانی" بعنوان مهمترین و رفتار "پرستار از بیمار بی‌رسد دوست دارد او را به چه اسمی صدا بزند" بعنوان کم اهمیت‌ترین رفتار مراقبتی توسط بیماران و پرستاران انتخاب شد. نتایج همچنین نشان می‌دهد که پرستاران و بیماران در ۵ رفتار از ۱۰ رفتار انتخاب شده بعنوان مهمترین و همچنین در ۵ رفتار از ۱۰ رفتار انتخاب شده بعنوان کم اهمیت‌ترین اتفاق نظر داشتند. نتایج در مورد مقایسه درک اهمیت رفتارهای مراقبتی در پرستاران و بیماران نشان می‌دهد که بین دو گروه پرستار و بیمار، تنها در ۱۵ رفتار از ۵۰ رفتار مراقبتی اختلاف معنی دار وجود داشت، یعنی بیماران و پرستاران، در درک اهمیت بیش از  $\frac{2}{3}$  رفتارها اتفاق نظر و در کمتر از  $\frac{1}{3}$  رفتارها اختلاف نظر داشتند.

واژه‌های کلیدی: مراقبت پرستاری، رفتارهای مراقبتی، پرستاران، بیماران

### مقدمه

مراقبت، هسته اصلی پرستاری است و یکی از مهمترین و اساسی‌ترین اجزا جهت دستیابی به تکامل و بقای انسان می‌باشد (۱۲). مراقبت آن دسته از روندهای انسانی است که به افراد یا گروهها براساس توجه و علاقه کمک نموده یا آنها را در

رابطه‌ای است که پرستار برقرار می‌کند و ویژگیهای این رابطه توافق، همدردی و خونگرمی می‌باشد. بعددوم مراقبت با کمک به مددجو سر و کار دارد، این جنبه در طی زمان توسعه می‌یابد، کیفیت زندگی مددجو را بالا می‌برد و دربرگیرنده فعالیت‌هایی است که توسط پرستار برای ایجاد تغییرات مثبت در مددجو صورت می‌گیرد. یکی از فعالیت‌های مهم در مراقبت کسب اطلاعات می‌باشد. پرستار از بیمار اطلاعاتی راجع به نیازها، توانائیا، محدودیتها و چگونگی پاسخگویی به این نیازها را بدست می‌آورد. فعالیت‌های مراقبتی هم چنین شامل اهداف مربوط به نیازهای شناسایی شده، طرح و اجرای مراقبت برای بدست آوردن اهدافی است که منجر به تغییر مثبت در مددجو می‌شود (۴).

مفهوم مراقبت در پرستاری دارای دو جنبه است، بعد عواطف و بعد فعالیتها، که بعد اول مربوط به توجه به مددجو به عنوان یک فرد و اهمیت دادن به آنچه که برای وی اتفاق می‌افتد می‌باشد. به عبارت دیگر بعد عاطفی مراقبت برای شأن، مقام و استقلال فرد دیگر احترام قائل است. بعدفعالیتها به منظور مساعدت، کمک و خدمت به دیگران است که از طریق ارتباط بین پرستار و بیمار بدست می‌آید. در حقیقت این بعد از مراقبت مربوط به تشخیص و برآوردن نیازهای بیمار می‌باشد (۱۴، ۱۵). بطور کلی اجزا مراقبت به چهار حیطه روانی، عملی، فلسفی تقسیم می‌شود (۴).

اکثر بیماران بطور مستقیم و غیرمستقیم نیاز به مراقبت را بیان می‌کنند. پرستاران باید با قبول مددجو همانگونه که هست و احترام به او به عنوان یک فرد از وی مراقبت کنند. وقتی بیمار احساس کند مورد مراقبت قرار گرفته در موقعیتهای تهدیدکننده و اضطراب‌آور احساس امنیت می‌نماید (۱۶). پرستارانی که مایل به ایجاد احساس مراقبت در بیماران خود هستند، برآند تا این تمایل را در رفتارهایشان به بیمار منتقل کنند، اما همیشه بیمار نمی‌تواند این احساس را درک کند. مراقبت مستلزم درک دوجانبه پرستار و بیمار است (۱۳). در حال حاضر آگاهیهای علمی بسیار کمی در زمینه مراقبت وجود دارد. پرستاران نمی‌توانند مطمئن باشند که رفتار آنها بطور مداوم در بیماران، احساس مورد مراقبت قرار گرفتن را ایجاد می‌کند. از اینرو لازم است که پرستاران از خود بپرسند آیا درک بیمار و پرستار از مراقبت یکسان است (۱۲). با مقایسه درک رفتارهای مراقبتی پرستاران و بیماران، پرستاران می‌توانند با شناخت رفتارهایی که تعامل بهتر پرستار مددجو را موجب می‌شود، از بیماران مراقبت کرده و

برآوردن نیازهای باثوقه و آشکار یاری می‌کند (۹). فرایند مراقبت از افراد، خانواده‌ها و گروهها کانون اصلی پرستاری است. در پرستاری، مراقبت تنها یک احساس علاقه یا اشتیاق خیرخواهانه نیست، بلکه مراقبت ایده‌آلی اخلاقی است که به حمایت، ارتقاء و حفظ ارزشهای انسانی منتهی می‌شود (۳).

بطورکلی اعمال، اهداف و رفتارهای مراقبتی در فرهنگهای مختلف متفاوت است زیرا ساختار اجتماعی و ارزشهای فرهنگی مردم در فرهنگهای مختلف متفاوت می‌باشد (۱۷). فاکتورهایی از قبیل تکنولوژی، مذهب، اعتقادات فلسفی، ارزشها، شیوه زندگی و ... همگی بر انگوهای مراقبت اثر می‌گذارند (۲). در عین حال که درک، شناخت و عمل مراقبت در فرهنگهای مختلف متفاوت است اما موارد مشترکی در میان آنها وجود دارد (۷). مفهوم کمک به دیگران از وجوه اشتراک مفهوم مراقبت در فرهنگهای مختلف است.

نظریه پردازان پرستاری هدف پرستاری را کمک به بیمار برای برآوردن نیازهایی که قادر به برآوردن آن نیست توصیف می‌کنند. نظریه پردازان اجتماعی معتقدند اهداف اولیه پرستاری مراقبت و اهداف اولیه پزشکی، درمان است. هدف درمان، تأثیر دائمی بر تغییرات پاتولوژیکی بیماری است، در حالیکه مراقبت به منظور جلوگیری یا تصحیح یک اثر نامطلوب بدون تلاش برای تشخیص بیماری صورت می‌گیرد (۱۹). بسیاری از پرستاران واژه مراقبت و درمان را با یکدیگر اشتباه می‌گیرند. مراقبت به اعمالی مانند کمک، راهنمایی و مشورت اطلاق می‌شود، در حالیکه درمان به اعمالی مربوط به تشخیص و درمان بیماری مربوط می‌شود و زمانی صورت می‌گیرد که مددجو بیمار باشد. اصولاً مراقبت، فرایندی مستدام در سلامت و بیماری می‌باشد (۱۵).

بیماری ممکن است معالجه شود، ولی ناخوشی باقی می‌ماند، زیرا بدون مراقبت سلامتی بدست نمی‌آید. مراقبت اساس پرستاری است و دلالت بر تفاهم بین پرستار و بیمار دارد. مراقبت می‌تواند بفرد کمک کند که کنترلش را بدست آورده، آگاه شود و تغییرات سلامتی‌اش را بهبود بخشد (۷). اصولاً هیچ درمانی بدون مراقبت نمی‌تواند باشد، در حالیکه مراقبت بدون درمان وجود دارد. و لازم است تأکید بیشتر بر امر مراقبت صورت گیرد. بر آورد شده است که بیش از نیمی از خدمات بهداشتی معرف مراقبت و بقیه آن معرف درمان می‌باشند (۹).

بطورکلی مراقبت دارای دو بعد است. بعد اول لازمه روابط پرستار و مددجو است. وضعیت سلامت مددجو تحت تأثیر

رضایت بیماران را نسبت به خدمات پرستاری افزایش دهند.

## روش

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی مقایسه‌ای می‌باشد، که در آن دو گروه بیماران و پرستاران از نظر درک اهمیت رفتارهای مراقبتی مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. جامعه پژوهش این بررسی را بیماران بستری و پرستاران شاغل در بخشهای داخلی و جراحی تشکیل داد. در این پژوهش برای انتخاب بیماران در زمان انجام پژوهش به نسبت تختهای موجود در هر یک از بخشها از بیمارانی که حداقل قادر به خواندن و در شرایط مناسب جسمی و روحی بودند ۵۰ نفر بصورت متوالی انتخاب گردیدند. برای انتخاب جامعه پرستاران، مجموعاً ۵۰ نفر از پرستاران شاغل در بخشهای مورد نظر که در زمان انجام پژوهش مشغول بکار بودند، بعنوان بخشی از نمونه مورد پژوهش بطور تصادفی با استفاده از قرعه کشی انتخاب گردیدند. محیط پژوهش این بررسی بخشهای داخلی و جراحی بوده است.

گردآوری اطلاعات در این پژوهش، با استفاده از ابزار توسعه یافته توسط لارسون (Larson) (۱۹۸) تنظیم گردیده است. در مورد محاسن استفاده از ابزارهای موجود از قبل باید متذکر شد، استفاده از ابزارهای مناسب موجود از قبل موجب جلوگیری از اتلاف وقت و منابع نیروی انسانی می‌شود (۲۲). استفاده از ابزارهای موجود از قبل همچنین از نظر اقتصادی مقرون بصرفه بوده و نتایج پژوهشهای قبل را مقایسه می‌کند و بسیاری از محققین استفاده از ابزارهای موجود از قبل را برای بررسی توصیه می‌کنند (۸). تکنیک گردآوری داده‌ها در این پژوهش مقیاس کیو (Q Sort) بود. مقیاس کیو، یک تکنیک طبقه‌بندی مقایسه‌ای است، در این روش از کارتهایی برای طبقه‌بندی اهمیت عبارات یا واژه‌های یک فهرست، که در ارتباط با یکدیگرند استفاده می‌شود. هر عبارت بر روی یک کارت نوشته می‌شود، و به آزمودنیها گفته می‌شود که کارتها را در چند مجموعه معین، (معمولاً ۱۰-۷ مجموعه) قرار دهند. فرد در تعداد کارتهایی که باید در هر مجموعه قرار دهد محدود است. معمولاً به آزمودنی توصیه می‌شود اول کارتهای مربوط به طبقه انتهایی و سپس کارتهای مربوط به طبقات میانی را که دارای بیشترین کارت هستند انتخاب کنند. افراد در تعیین محل کارتها تا زمانیکه از نتیجه کار راضی شوند آزاد هستند (۱). در این پژوهش ۵۰ کارت که بر روی هر کدام یک رفتار مراقبتی نوشته شده بود در اختیار هر آزمودنی قرار داده شد، تا آنها را به ترتیب اهمیت‌شان به

نحوی که یک کارت مهمترین، ۴ کارت با اهمیت، ۱۰ کارت نسبتاً با اهمیت، ۲۰ کارت نه با اهمیت نه بدون اهمیت، ۱۰ کارت نسبتاً کم اهمیت، ۴ کارت کم اهمیت، ۱ کارت کم اهمیت‌ترین منظم کنند. لازم بذکر است که برای روشن شدن ذهن هر یک از آزمودنیها نحوه طبقه‌بندی کارتها توضیح داده شد. قبل از گردآوری داده‌ها ابزار مذکور در اختیار مریبان دانشکده پرستاری قرار داده شد تا نظرات خود را در مورد مناسبت محتوای آن با اهداف پژوهش ذکر نمایند. تغییرات پیشنهادی بسیار اندک بود که اعمال گردید. جهت برآورد پایایی ابزار از روش آزمون مجدد (test retest) قبل از جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید. از ده پرستار و ده بیمار که ویژگیهای نمونه مورد پژوهش را داشتند در دو نوبت به فاصله دو روز آزمون بعمل آمد. برای تعیین همبستگی داده‌های نوبت اول و دوم از ضریب همبستگی اسپیرمن (Spearman) استفاده شد که بین ۶۰٪ تا ۸۰٪ بود که به ترتیب مربوط به رفتارهای پیش‌بینی نیاز بیمار و عمل کردن بر طبق آن\* و گوش دادن به صحبت بیمار\* بود.

در این پژوهش پس از جمع‌آوری داده‌ها، رتبه‌ای که هر یک از آزمودنیها به تک تک رفتارها داده بودند استخراج شد. هر آزمودنی در انتخاب خود تنها می‌توانست یک رفتار را بعنوان\* با اهمیت‌ترین\* با رتبه ۷، ۴ رفتار را بعنوان\* با اهمیت\* با رتبه ۶، ۱۰ رفتار را بعنوان\* نسبتاً با اهمیت\* با رتبه ۵، ۲۰ رفتار را بعنوان\* نه با اهمیت نه بدون اهمیت\* با رتبه ۴، ۱۰ رفتار را بعنوان\* نسبتاً کم اهمیت\* با رتبه ۳، ۴ رفتار را بعنوان\* کم اهمیت\* با رتبه ۲ و یک رفتار را بعنوان\* کم اهمیت‌ترین\* با رتبه ۱، انتخاب کند. سپس فراوانی رتبه‌های هر رفتار محاسبه گردید. جهت مقایسه رتبه هر یک از رفتارها در دو گروه پرستار و بیمار از آزمون، مان وایتی‌یو استفاده شد.

## نتایج

نتایج بدست آمده از این پژوهش نشان داد که بیماران و پرستاران در انتخاب مهمترین و کم اهمیت‌ترین رفتارهای مراقبتی اتفاق نظر داشتند. رفتار اجرای بموقع دستورات درمانی\* از دید بیماران و پرستاران با بیشترین میانگین رتبه (به ترتیب (۳۹/۸۵، ۴۳/۷۳) بعنوان مهمترین رفتار (جداول شماره ۲ و ۱) و رفتار\* پرستار از بیمار بپرسد دوست دارد او را به چه اسمی صدا بزند\* توسط هر دو گروه با کمترین میانگین رتبه (به ترتیب ۱۰/۱۳ و ۵/۴۸) بعنوان کم اهمیت‌ترین رفتار (جداول شماره ۴ و ۳) انتخاب شد. نتایج همچنین نشان می‌دهد که

جدول ۱: متوسط رتبه مهمترین رفتارهای مراقبتی تعیین شده توسط بیماران بستری در بخشهای داخلی و جراحی بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان\*

میانگین رتبه	رفتار
۳۹/۸۵	اجرای بموقع دستورات درمانی
۳۶/۵۷	خوشرو و خوش برخورد بودن
۳۶/۲۱	پاسخ سریع به زنگ بیمار
۳۵/۰۲	رسیدگی مرتب به وضعیت بیمار
۳۴/۹	مهارت در انجام کار و کار با وسایل
۳۳/۱۸	احترام به بیمار
۳۲/۵	پرستار به همه بیماران به یک چشم نگاه کند
۳۲/۲۸	انجام کار از روی نظم و ترتیب
۲۵/۲۲	صبر و شکیبایی حتی با بیماران بد اخلاق
۲۱/۱۹	گوش دادن به بیمار

جدول ۲: متوسط رتبه مهمترین رفتارهای مراقبتی تعیین شده توسط پرستاران شاغل در بخشهای داخلی و جراحی بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان\*

میانگین رتبه	رفتار
۴۳/۷۳	اجرای بموقع دستورات درمانی
۴۳/۴۱	مهارت در انجام کار و کار با وسایل
۳۸/۴۲	انجام کار از روی نظم و ترتیب
۳۶/۵۷	گوش دادن به بیمار
۳۵/۴۷	پرستار بدانند کی پزشک را خبر کند
۳۲/۹۵	پاسخ سریع به زنگ بیمار
۳۲/۸	فراهم آوردن وسایل اصلی آسایش
۳۲	انجام اعمال مربوط به برقراری سلامت
۳۱/۲۹	حفظ آرامش در انجام کارها
۳۱/۲۶	خوشرو و خوش برخورد بودن

\* موارد مشترک با حروف درشت تر مشخص شده است.

بیماران تعیین شد. این رفتار در تحقیقات لارسون (۱۹۸۴، ۱۹۸۷) از بین ۵۰ رفتار، رتبه سوم را بخود اختصاص داد (۱۲، ۱۳). با توجه به این نکته که جامعه مورد مطالعه در تحقیق حاضر و تحقیق مذکور مبتلا به بیماری جسمی بوده‌اند، طبیعی است که نگرانی اولیه آنها مربوط به برطرف شدن مشکلات جسمی می‌شود و پس از برطرف شدن مشکلات جسمی متوجه سایر جنبه‌های مراقبت می‌شوند. کوموریتا (Komorita) (۱۹۹۱) معتقد است، بیماران به منظور کاهش یا تسکین مشکلات جسمی به سیستم بهداشتی وارد می‌شوند. بنابراین آنها زمانی احساس می‌کنند مورد مراقبت قرار گرفته‌اند که مداخلات ملموس پرستاری برای آنها انجام شود (۱۱).

در بررسی درک بیماران از رفتارهای مراقبتی کمترین میانگین رتبه (۱۰/۱۳) به رفتار پرستار از بیمار بی‌رسد دوست دارد او را به چه اسمی صدا بزنند اختصاص یافت. این (Essen)

پرستاران و بیماران در انتخاب ۵ رفتار از ۱۰ رفتار انتخاب شده بعنوان مهمترین و همچنین در ۵ رفتار از ده رفتار انتخاب شده بعنوان کم اهمیت ترین اتفاق نظر داشتند.

نتایج در مورد مقایسه درک اهمیت رفتارهای مراقبتی در پرستاران و بیماران نشان می‌دهد که بین دو گروه پرستار و بیمار تنها در ۱۵ رفتار از ۵۰ رفتار مراقبتی اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشته است. یعنی بیماران و پرستاران در بیش از  $\frac{2}{3}$  از رفتارها اتفاق نظر و در کمتر از  $\frac{1}{3}$  رفتارها اختلاف نظر داشتند (جدول ۵).

#### بحث

نتایج مربوط به بررسی درک رفتارهای مراقبتی بیماران نشان می‌دهد که رفتار اجرای بموقع دستورات درمانی با بیشترین متوسط رتبه (۳۹/۸۵) بعنوان مهمترین رفتار مراقبتی از دید

جدول ۳: متوسط رتبه کم اهمیت‌ترین رفتارهای مراقبتی تعیین شده توسط بیماران بستری در بخشهای داخلی و جراحی بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان\*

رتبار	میانگین رتبه
با خبر ساختن بیمار از امکانات رفاهی	۲۱/۳۰
مدا زدن بیمار با شماره تخت و نوع بیماری	۲۰/۴۹
نظارت بر کار سایر پرسنل	۲۰/۳۷
پرستار به بیمار بگوید هر سؤالی دارد پرسد	۱۹/۲۴
مطلع ساختن بیمار از برنامه‌های معمول بخش	۱۹/۱
همراهی کردن بیمار در درمانهای خارج از بیمارستان	۱۸/۵۸
توصیه به بیمار برای سؤال از پزشک	۱۶/۰۴
پرستار خود را به بیمار معرفی کند	۱۵/۵۸
نشستن در کنار بیمار	۱۱/۰۵
سؤال از بیمار در مورد اینکه او را به چه اسمی صدا بزند	۱۰/۱۳

جدول ۴: متوسط رتبه کم اهمیت‌ترین رفتارهای مراقبتی تعیین شده توسط پرستاران شاغل در بخشهای داخلی و جراحی بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان\*

رتبار	میانگین رتبه
اجازه استفاده از امکانات بیمارستان به بیمار	۲۰/۳۴
پرستار هنگام مراقبت از بیمار مترجه همان بیمار باشد	۱۸/۸۱
پرستار خود را به بیمار معرفی کند	۱۸/۳۴
صحبت کردن با بیمار	۱۸/۰۲
حضور بر مابین بیمار بدون تقاضای وی	۱۷/۹۱
پرستار به بیمار بگوید هر سؤالی دارد پرسد	۱۷/۴۶
اجازه انجام مراقبت به اطرافیان بیمار	۱۶/۲۱
توصیه به بیمار برای سؤال از پزشک	۱۳/۰۹
نشستن در کنار بیمار	۱۰/۱۶
سؤال از بیمار در مورد اینکه او را به چه اسمی صدا بزند	۵/۴۸

\* موارد مشترک با حروف درشت‌تر مشخص شده است.

(۱۹۹۱) نیز در تحقیق خود که بمنظور بررسی درک بیماران و پرستاران از رفتارهای مراقبتی انجام داده است، این رفتار را بعنوان کم اهمیت‌ترین رفتار مراقبتی از دید بیماران گزارش کرده است (۶). لارسون (۱۹۸۴) نیز به نتیجه مشابهی دست یافته است (۱۲). دستیابی به این نتیجه دور از انتظار نمی‌باشد، زیرا چگونگی نامیدن بیمار نمی‌تواند تأثیر مستقیم بر روند بهبودی وی داشته باشد، از این رو از دید بیماران رفتار مهمی محسوب نشده است.

بطوریکه دوگاس (Duges) (۱۹۸۳) بیان می‌کند، پرسیدن از بیمار در مورد اینکه او را به چه اسمی صدا بزنند، نشانه احترام قائل شدن برای بیمار است، که این نیاز در هرم نیازهای مازلو چهارمین نیاز محسوب گردیده است (۵). بنابراین این خود می‌تواند دلیلی بر انتخاب این رفتار بعنوان کم اهمیت‌ترین رفتار

مراقبتی باشد.

در بررسی درک اهمیت رفتارهای مراقبتی از دید پرستاران رفتار اجرای بموقع دستورات درمانی\* با بیشترین میانگین رتبه (۴۳/۷۳) بعنوان مهمترین رفتار مراقبتی از دید پرستاران انتخاب شد. گزارش تحقیق اسن در سال (۱۹۹۱) نشان می‌دهد که اگر چه این رفتار بعنوان مهمترین رفتار مراقبتی انتخاب نشده، ولی از جمله رفتارهای مراقبتی مهم محسوب شده است. انتخاب این رفتار بعنوان مهمترین رفتار از دید پرستاران می‌تواند به این دلیل باشد که پرستاران جامعه ما برای بعد جسمی مراقبت، اهمیت بیشتری قائل می‌باشند که این خود می‌تواند ریشه در آموزش حرفه پرستاری داشته باشد، تأکید بیش از حد بر مراقبت جسمی در دوران تحصیل می‌تواند تأثیر مستقیمی بر عملکرد دانشجویان از اتمام تحصیلات داشته باشد. چیب من (Chipman) (۱۹۹۱)

جدول 5: مقایسه درک اهمیت رفتارهای مراقبتی در بیماران بستری و پرستاران شاغل در بخشهای داخلی و جراحی بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان

Z	میانگین رتبه		رفتار
	پرستار	بیمار	
۴/۴۸	۶۲/۸۲	۳۸/۱۸	پرستار هنگام مراقبت از بیمار متوجه همان بیمار باشد
۴/۰۹	۶۱/۹۷	۳۹/۰۳	انجام کار از روی نظم و ترتیب
۳/۵۲	۶۰/۳۷	۴۰/۶۳	در نظر گرفتن موقعت بیمار در زمان عکسبرداری و آزمایش
۳/۴۴	۴۱/۱۳	۵۹/۸۷	اجازه انجام مراقبت به اطرافیان بیمار
۳/۴	۴۱	۶۰	اجازه صحبت به بیمار در مورد بیماری و درمان
۳/۲۱	۵۹/۴۲	۴۱/۵۸	ادای توضیحات قبل از انجام هر کاری
۲/۹۱	۵۶/۳۸	۴۴/۷۲	پیش‌بینی نیاز بیمار و عمل کردن بر طبق آن
۲/۸۳	۵۸/۴۳	۴۲/۵۷	صدای زدن بیمار با شماره تخت و نوع بیماری
۲/۷۸	۴۲/۸۱	۵۸/۱۹	همراهی کردن بیمار در درمانهای خارج از بیمارستان
۲/۴۴	۴۴/۱	۵۶/۹	ادامه مراقبت حتی در دران بهبودی
۲/۱۹	۴۳/۳۲	۵۶/۶۸	سؤال از بیمار در مورد اینکه او راه چه اسمی صدا بزند
۲/۲۱	۴۴/۳۷	۵۶/۶۳	خوشرو خوش برخورد بودن
۲/۰۷	۴۵	۵۶	صحبت کردن با بیمار
۲/۰۶	۵۶/۱۶	۴۲/۸۴	اجرای سبوق دستورات درمانی
۱/۹۷	۴۵/۰۷	۵۵/۹۳	رسیدگی مرتب به وضعیت بیمار

رفتارهای مراقبتی در پرستاران و بیماران انجام داده است، رفتار مذکور را بعنوان کم اهمیت‌ترین رفتار مراقبتی از دید پرستاران انتخاب نمود. احتمالاً پرستاران به سلسله مراتب نیازهای اساسی انسان واقفند که این مسئله بر درک رفتارهای مراقبتی آنها مؤثر بوده است. دوگاس (۱۹۸۳) معتقد است احتیاجات فیزیولوژیک اغلب از سایر احتیاجات سبقت می‌گیرند، زیرا برای بقا ضروری

معتقد است پرستار باید یک متخصص بالینی و نوعدوستی شایسته باشد. بنابراین در دوره تحصیلات پرستاری نباید تنها بر علوم فیزیکی و مهارت‌های کلینیکی تأکید داشته باشند (۳). نتایج همچنین نشان داد کمترین میانگین رتبه (۵/۴۸) به رفتار 'سؤال از بیمار در مورد اینکه او را به چه اسمی صدا بزنند' تعلق گرفت. اسن (۱۹۹۱) نیز در تحقیق خود که به منظور مقایسه درک

مورد مطالعه در تحقیق خود از نظر متغیرهای نوع بیماری، وضعیت تأهل و سن، اختلاف معنی داری در ۱۴ رفتار از ۵۰ رفتار مراقبتی گزارش کرده است (۶). پرستاران و بیماران دارای عقاید و نظرات متفاوتی می‌باشند. به نظر می‌رسد که این عوامل می‌تواند تأثیر بسزایی بر درک هر یک از آنها داشته باشد و همچنین انتظارات هر یک می‌تواند بر نحوه درک و برداشت آنها مؤثر باشد. پورمقدس (۱۳۶۷) در مورد تأثیر عوامل مختلف بر ادراک می‌نویسد عوامل متعددی از جمله تمایلات، آرزوها، تلقین دیگران تأثیر درد و ناراحتی و تأثیر مسائل عاطفی می‌تواند بر نحوه ادراک افراد تأثیر بگذارد (۲۱). علاوه بر تفاوت‌های فردی، بیماران و پرستاران موقعیت کاملاً متفاوت بسر می‌برند، و به نظر می‌رسد که این عوامل بر تفاوت درک آنان از رفتارهای مراقبتی تأثیر داشته باشد.

امید است با تکیه بر یافته‌های این پژوهش به الگوی مناسبی جهت ارائه مراقبت‌های پرستاری دست یافت، و با درک متقابل پرستاران و بیماران از مراقبت، مراقبتی را متناسب با نیازهای بیمار ارائه نمود. با استفاده از نتایج این پژوهش پرستاران می‌توانند به میزان اهمیت هر یک از اقدامات پرستاری از نظر بیمار پی برده و در نتیجه مراقبتی که منطبق بر انتظارات بیمار است ارائه دهند. از این طریق نه تنها موجبات رضایت هر چه بیشتر بیماران از مراقبت‌های پرستاری فراهم می‌شود، بلکه بطور غیر مستقیم منجر به ایجاد نگرش مثبت بیماران و جامعه نسبت به حرفه پرستاری و خدمات آن می‌گردد. همچنین مسئولین آموزش حرفه پرستاری با استفاده از این نتایج می‌توانند در کار بالینی، دانشجویان را در جهت برآورده نمودن نیازها و انتظارات بیماران سوق دهند.

می‌باشند. قبل از اینکه شخص بتواند نیازهای مراحل بالاتر را برآورده سازد باید احتیاجات اساسی ترش ارضا گردد (۵).

گرچه در مورد انتخاب مهمترین و کم اهمیت ترین رفتارهای مراقبتی در تحقیق حاضر و تحقیقات سایر پژوهشگران مشابهت‌هایی وجود دارد، اما رفتارهایی نیز وجود دارد که از نظر بیماران و پرستاران مورد مطالعه بعنوان مهمترین رفتارها ولی در گزارشات پژوهشگران دیگر بعنوان کم اهمیت ترین و یا بالعکس انتخاب شده‌اند. مثلاً رفتار "صبر و شکیبایی حتی با بیماران بداخلاق" توسط گروه بیماران تحقیق حاضر از جمله مهمترین رفتارها و در تحقیق لارسون (۱۹۸۴) بعنوان یکی از کم اهمیت ترین رفتارها انتخاب شده است. همچنین رفتار "نشستن در کنار بیمار" توسط گروه پرستاران تحقیق حاضر از جمله کم اهمیت ترین رفتارها و در تحقیق اسن (۱۹۹۱) بعنوان یکی از مهمترین رفتارهای مراقبتی انتخاب شده است. وجود چنین تفاوت‌هایی دور از انتظار نیست، زیرا گرچه مراقبت پدیده‌ای جهانی است ولی ارزشهای فرهنگی و ساختار اجتماعی می‌توانند ماهیت خصوصیت و تظاهرات مراقبت را بوسیله افراد حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای تحت تأثیر قرار دهند (۲۰). علاوه بر این، درک هر فرد تحت تأثیر دانش، نگرش و تجربیات قبلی اش قرار می‌گیرد (۱۹)، که این هر دو نشئت گرفته از فرهنگ حاکم بر جامعه می‌باشد.

نتایج بدست آمده از مقایسه درک بیماران و پرستاران از رفتارهای مراقبتی نشان داد که دو گروه تنها در ۱۵ رفتار از ۵۰ رفتار مراقبتی اختلاف نظر داشتند. یعنی بیماران و پرستاران در بیش از ۳۵ رفتارها اتفاق نظر و در کمتر از ۱۵ رفتارها اختلاف نظر داشتند. اسن (۱۹۹۱) علیرغم همگن بودن پرستاران و بیماران

## Summary

Comparison of the Importance of Caring Behaviours as Perceived by Nurses and Patients

IA. Foruzi, MS<sup>1</sup>; S. Mohammad Alizadeh, MS<sup>2</sup>; E. Nuhi, MS<sup>3</sup>; and Y. Nikian, MS<sup>4</sup>

2,3,4. Academic Members, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

*Caring is the essence of nursing and is a universal phenomenon, not only essential for effective therapy but also for self actualization and for human survival. Since research and information about caring has vital implications for improving maintenance of the quality of caring performance, this study was conducted to compare the importance of caring behaviours in professional nurses and in-patients in medical & surgical wards. Fifty patients and equal number of nurses were interviewed. Q sort methodology was used for data collection. The statistical test used to analyse the data was Man Whiteny U test. The*

results showed that the highest mean rank (39/85 & 43/93) was given to behaviour "nurse provides treatment order on time"; and the lowest mean rank (10/13 & 5/43) to behaviour "nurse asks the patients what name she/he prefers to be called" by patients and nurses respectively. In the least important ten items, five were common to both groups and in the most important ten items, five were common to both groups. Comparison of caring behaviorus showed significant differences between two groups in the rating of 15 of 50 caring behaviours. Agreement was shown between patients and nurses on more than  $\frac{2}{3}$  behaviours and disagreement was shown on less than  $\frac{1}{3}$  behaviours.

*Journal of Kerman University of Medical Sciences 1994;1:181-188*

**Key Words:** Caring Behavior, Nursing Care, Nurses, Patients

## References

1. پورمقدس، علی: احساس و ادراک. مؤسسه انتشاراتی مشعل، تهران، ۱۳۶۷، ص ۱۰۳-۹۲.
2. Burns N, Groves S: Nursing research conduct critique and utilization. Philadelphia, WB Saunders Co, 1989;p321.
3. Chim PI, Kramer M: Theory and nursing: a systematic approach. Philadelphia, The CV Mosby Co, 1991;p189.
4. Chipman Y: Caring: its meaning and place in the practice of nursing. *J Nursing Education* 1991;4:171-175.
5. Christensen PJ, Kany JW: Nursing process application of conceptual models. ST Louis The CV Mosby Co. 1990;p196.
6. Dugas BW: Introduction to patient care: a comprehensive approach to nursing. Philadelphia, WB Saunders Co 1983;pp231-272.
7. Essen LV, Sjoden PO: The importance of nursing caring behaviors as perceived by swedish hospital and nursing staff. *IJNS* 1991;3:263,231.
8. Gorge JB: Nursing theories. California, Prentice - Hall International Inc, 1990; p334.
9. Holm K, Liewellyr JG: Nursing research for nursing practice. Philadelphia, WB Saunders, 1986;p101.
10. Keating SB, kalman B: Home health care nursing concepts and pratice. Philadelphia, JB Lippincott Co, 1988;pp76-77.
11. Kiston AL: A comparative analysis of lay caring and professional (nursing) caring relationship. *IJNS* 1987;2:155-165.
12. Komorita NI: Perception of caring nurse educators. *JNE* 1991;1:23-29.
13. Larson PJ: Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *ONF* 1984;6:46-50.
14. Larson PJ: Comparison of cancer patients' and professional nurses' perception of important nurse caring behavior. *Heart Lung* 1987;16(2):187-193.
15. Malin N, Teasdale K: Caring versus empowerment consideration for nursing practice. *J Adv Nurse* 1991;(16)6:657-662.
16. Marlow DR, Redding BA: Text book of pediatric nursing. WB Philadelphia, Saunders Co, 1987;p17.
17. Potter PA, Perry AG: Fundamentals of nursing concepts and practice. St Louis, Mosby Yearbook. 1993; p506.
18. Taylor C, Lillis C, *et al*: Fundamental at nursing the at and science of nursing care. Philadelphia, *J B Lippincott*, 1989;p104.
19. Tomy AN: Nursing theories and their work. St. Louis, CV Mosby Co, 1990;p152.
20. Wallz CF, Strickand OL, *et al*: Measurement in nursing research. Philadelphia, FA Davis 1984;p212.
21. Watson J: Nursing: the Philosophy and science of caring. Colorado Associated University, 1985;p12.
22. Wobldridge PJ, Schmitt MH, *et al*: Behavioral science of nursing theory. St Louis, the CV Mosby Co, 1933; p9.