

ماهیت حمایت از بیمار

دکتر رضا نگارنده*، دکتر سیده فاطمه اسکویی**، دکتر فضل الله احمدی***، دکتر منصوره نیکروش****

نویسنده مسئول: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران negarandeh@tums.ac.ir

دریافت: 84/3/10 پذیرش: 84/10/20

چکیده

زمینه و هدف: آن چه در پرستاری حمایت از بیمار را ضروری می‌سازد، آسیب پذیری بیمار است. گرچه هر یک از اعضای تیم بهداشتی می‌توانند از بیمار حمایت کنند، پرستاران برای تقبل و ایفای این وظیفه تعهد و تمایل بیشتری نشان می‌دهند. با این که حرفه‌ی پرستاری نقش حمایت از بیمار را برای پرستاران پذیرفته است، هنوز در تعریف آن چه که حمایت از بیمار نام می‌گیرد، اتفاق نظر نیست. از این رو مطالعه‌ی حاضر به تبیین مفهوم حمایت از بیمار در تجربیات پرستاران در سال 1383 در تهران پرداخته است.

روش بررسی: این پژوهش کیفی به روش نظریه‌ی پایه (Grounded Theory) انجام شد. نمونه‌های پژوهش شامل 24 پرستار (پرستار بالینی، سرپرستار و سوپروایزر) از بیمارستان حضرت رسول اکرم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند. برای جمع آوری داده‌ها از مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته استفاده شد. تمامی مصاحبه‌ها ضبط و سپس کلمه به کلمه دست نویس شدند تا مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرند. تجزیه و تحلیل داده‌های این تحقیق با استفاده از روش مقایسه‌ی مداوم مطابق با روش استراوس و کوربین (Strauss & Corbin) صورت گرفت. یافته‌ها: در این پژوهش "ماهیت حمایت از بیمار" یکی از طبقات اصلی بود که پدیدار شد. طبقه‌ی مزبور و طبقات فرعی آن به مفاهیمی می‌پرداخت که از منظر شرکت کنندگان این تحقیق، حمایت نام می‌گرفت و شامل فرایندها و اعمالی نظیر آگاه کردن و آموختن، ارج نهادن و محترم شمردن، پشتیبانی، حفاظت و تامین استمرار مراقبت‌ها، پی‌گیری و هماهنگ کردن بود.

نتیجه‌گیری: پرستاران حمایت از بیمار را وظیفه‌ی اخلاقی و از نقش‌های حرفه‌ای خود می‌دانند و بر این باور هستند که آن‌ها با اعمال و فعالیت‌های متنوعی به حمایت از بیمار می‌پردازند. از این رو ضرورت دارد تلاش‌های هماهنگ شده‌ای در بخش‌های آموزش، پژوهش و مدیریت پرستاری برای حرفه‌ای نمودن این نقش به عمل آید.

واژگان کلیدی: مفهوم حمایت از بیمار، تجربیات پرستاران، گراند تئوری، ایران

مقدمه

آن‌چه در پرستاری، حمایت از بیمار (Patient Advocacy) را ضروری می‌سازد، آسیب پذیری بیمار یا مددجو است. مردم نه تنها به علت بیمار شدن بلکه بیشتر به سبب بستری شدن در بیمارستان که ادعای مراقبت و درمان آن‌ها را دارد،

آسیب پذیر می‌شوند (۲،۱). اکثریت بیماران درجات مختلفی از آسیب پذیری را به واسطه‌ی ماهیت بیماری، فرهنگ، پیشینه‌ی اقتصادی یا آموزشی، شخصیت و تجربه‌ی قبلی با مراقبت بهداشتی نشان می‌دهند. بنابراین در صورت به مخاطره افتادن حقوق اساسی و رفاه بیماران، ضروری است که فردی

* دکترای تخصصی پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

** دکترای تخصصی بهداشت حرفه‌ای، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

*** دکترای تخصصی پرستاری، استادیار دانشگاه تربیت مدرس

**** دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

حمایت از آنان را به عهده گیرد (3). در دو دهه‌ی گذشته، کلمه‌ی حمایت (Advocacy) در متون پرستاری ظاهر شده و به نظر می‌رسد این امر با اعتماد روزافزون به حرفه‌ای شدن پرستاری و مهارت‌های پرستاران مرتبط باشد (4). پرستاری در دهه‌ی 1960 شروع به توسعه‌ی هویت حرفه‌ای خود کرد (5). در اواخر دهه‌ی 1970، پرستاران مدعی نقش حمایت از بیمار به عنوان بخشی از مهارت خود شدند (۷،۶) و نقش پرستار به عنوان حامی به طور اساسی به توسعه‌ی بالینی و نظری پرستاری پیوند خورد (8). هم‌زمان انجمن بین‌المللی پرستاران (International Council for Nurses [ICN]) حمایت پرستار از بیمار را در دستورالعمل‌های اخلاقی خود قرار داد (9).

پرستاران در توصیف حمایت نظرات متفاوتی دارند. حمایت در چهارچوب‌های اخلاقی و قانونی، به عنوان فلسفه‌ی 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 (10). بحث در مورد معنای حمایت اهمیت بسیاری دارد، چرا که اگر حرفه نتواند معنی حمایت را روشن سازد، پرستاران برای انجام حمایت به عنوان یکی از نقش‌های حرفه‌ای خود آمادگی مناسبی نخواهند داشت (4).

نظر به اهمیت و ضرورت مفهوم «حمایت از بیمار» در سیستم‌های مراقبت بهداشتی و ادعای محوریت این نقش در حرفه پرستاری، این مطالعه با هدف تبیین مفهوم ماهیت «حمایت از بیمار» از منظر پرستاران در تهران در سال 1383 انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه‌ی کیفی به روش نظریه‌ی پایه انجام شد. روش نظریه‌ی پایه، آن گونه که استراوس (Strauss) آن را توسعه

داده است، شامل مجموعه‌ای از مراحل است که اجرای دقیق آن موجب تضمین نتیجه‌ی تحقیق، یعنی ظهور یک نظریه‌ی خوب خواهد شد. استراوس معتقد است که کیفیت نظریه می‌تواند به وسیله‌ی فرایندی که از آن طریق نظریه ساخته شده است، مورد ارزیابی قرار گیرد. بنابراین روش نظریه‌ی پایه با به کارگیری مراحل خاص به صورت نظام مند، در نهایت به تئوری نهفته در اطلاعات دست یافته یا به صورت تئوریک توضیحاتی را درباره‌ی یک پدیده‌ی خاص ارائه می‌دهد (11). در پژوهش‌های کیفی محیط پژوهش محیط واقعی و طبیعی است. محیط پژوهش در این مطالعه، مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی حضرت رسول اکرم (ص) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران بود. بیشتر مصاحبه‌ها در طول نوبت کاری یا پایان آن در فضایی از بخش صورت گرفت.

در این مطالعه برای انتخاب شرکت کنندگان از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (Purposeful Sampling) استفاده شد. داشتن تجارب غنی در مقوله‌ی حمایت از بیمار، هم‌چنین تمایل بازگویی این تجارب ملاک انتخاب افراد بود. شرکت کننده‌ی اول از بخش مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان و با تجربه‌ی کاری حدود ده سال انتخاب شد و اطلاعات به دست آمده از این مصاحبه به انتخاب شرکت کننده‌ی بعدی کمک کرد. پس از پدیدار شدن طبقات اولیه، باقی شرکت کنندگان با نمونه‌گیری نظری (Theoretical Sampling) انتخاب شدند تا افرادی انتخاب شوند که بتوانند برای روشن شدن بیشتر تئوری در حال پدیدار شدن، کمک کنند. انتخاب شرکت کننده‌ی بعدی بر این سؤال استوار بود که او چقدر می‌تواند به روشن شدن بیشتر تئوری در حال پدیدار شدن، کمک کند. این روال تا اشباع داده‌ها (Data Saturation) و خاتمه‌ی نمونه‌گیری ادامه یافت (12).

در تحقیقات کیفی حجم نمونه باید بر اساس نیازهای اطلاعاتی تعیین شود، بنابراین حجم نمونه طی کار مشخص

می‌گردد. از این رو اصل هدایت کننده در نمونه‌گیری، اشباع داده‌ها است. اشباع خصوصیتی است که ارتباط نزدیک با حجم نمونه دارد. اشباع به این معنی است که با ادامه‌ی جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات جمع‌آوری شده تکرار داده‌های قبلی باشند و اطلاعات جدیدی حاصل نگردد. بنابراین برخلاف تحقیقات کمی که به تعیین حجم نمونه از طریق محاسبات آماری اهمیت داده می‌شود، در تحقیقات کیفی تکرار اطلاعات قبلی و یا به عقیده‌ی بک (Beck) تکرار درون مایه‌ها (Theme) با نکات برجسته، نشانه‌ی کفایت حجم نمونه است (11). به این ترتیب تا مرحله‌ی اشباع داده‌ها، در مجموع با 24 شرکت کننده شامل (18 پرستار بالینی، 3 سر پرستار، و 3 سوپروایزر) مصاحبه شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق (In-depth Interview) و نیمه ساختاریافته (Semi-structured) استفاده شد و کلیه‌ی مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اصلی هدایت گردید. این نوع مصاحبه به دلیل دارا بودن انعطاف و عمیق بودن، مناسب پژوهش‌های کیفی است (11). سوالات کلی و معدودی به عنوان راهنمای مصاحبه طراحی شد که پاسخ‌های باز و تفسیری داشته و پاسخ شرکت کننده، روند آن را هدایت می‌کرد. طول مدت مصاحبه‌ها بین 40 تا 75 دقیقه با میانگین حدود یک ساعت بود که به صورت فردی هدایت شدند. تمامی مصاحبه‌ها ضبط و سپس کلمه به کلمه 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 شده‌ی آن‌ها را بارها مرور نمود. برای تجزیه و تحلیل داده‌های مطالعه‌ی نظریه‌ی پایه از روش مقایسه‌ی مداوم (Constant Comparison) و کد گذاری باز، محوری و انتخابی (Open/Invivo, Axial & Selective) استفاده می‌شود (13)، اما در این مطالعه با توجه

به هدف پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌ها تا مرحله‌ی کد گذاری محوری پیش رفت. در ابتدا متن مصاحبه خط به خط مرور شد و داده‌ها به تکه‌های معنادار کوچکتری شکسته شدند. در این مرحله بود که جملات اصلی متن پیاده شده استخراج و به صورت کدهایی از زبان شرکت کننده (Invivo Codes) و یا کدهایی که بر اساس استنباط محقق از داده‌ها ساخته می‌شدند، ثبت گردید. سپس دسته‌بندی اولیه از کدها انجام شد و کدهای مشابه در کنار یکدیگر قرار گرفتند. در کد گذاری محوری، کدها و دسته‌های اولیه‌ای که در جریان مرحله‌ی کدگذاری باز پدیدار شده بودند، با یکدیگر از جهت تشابه‌ها و تفاوت‌ها مقایسه شدند. اعتبار (Credibility)، قابلیت اعتماد (Dependability)، تناسب (Fittingness) و قابلیت تأیید (Confirmability) به عنوان معیارهای دقت علمی در تحقیقات کیفی مطرح شده‌اند (11). یکی از بهترین روش‌ها برای ایجاد اعتبار، درگیری طولانی مدت با موضوع است که در این پژوهش محقق به مدت 2/5 سال با موضوع تحقیق درگیر بود. همچنین، روش‌های دیگری نظیر برقراری ارتباط مناسب (Heartfelt Communication) با شرکت کنندگان، چک کردن یافته‌ها با شرکت کنندگان (Member Checks) و بازنگری ناظرین (External Checks) مورد استفاده قرار گرفت. برای مورد اخیر گزیده‌هایی از متن مصاحبه‌ها به همراه کدها و طبقات پدیدار شده به چندین ناظر (همکاران محترم تحقیق و چند تن از اساتید خارجی) ارائه شد تا جریان تجزیه و تحلیل داده‌ها را بررسی و در مورد صحت آن اعلام نظر کنند.

معیار قابلیت اعتماد وقتی تحقق می‌یابد که محقق اعتبار یافته‌ها را تعیین کرده باشد و تناسب یا قابلیت انتقال نیز به معنی دار بودن یافته‌های مطالعه برای دیگران در موقعیت‌های مشابه اطلاق می‌شود. معمولاً تعیین قابلیت انتقال توسط محقق انجام نمی‌شود، بلکه بیشتر توسط افرادی صورت

کردن، حفاظت کردن و تامین استمرار مراقبت‌ها، پی‌گیری و هماهنگ کردن در این طبقه قرار گرفتند:

1- آگاه کردن و آموختن

شرکت کنندگان معتقد بودند که آگاه نمودن بیمار از حقوق خود، تشخیص بیماری، برنامه‌ی درمانی و مراقبتی می‌تواند بیمار را توانمند ساخته و از جمله فعالیت‌های حمایت از بیمار توسط پرستاران شمرده شود. پنجمین شرکت کننده اعتقاد داشت که "دانستن تشخیص، حق بیمار است" و این نکته بسیار مهمی است. چرا که تصور چنین حقی برای بیمار اهتمام پرستار را در آگاه کردن بیمار بیشتر خواهد کرد. شرکت کننده‌ی چهارده در مورد حق دانستن بیمار گفته است "بله به نظر من آگاه کردن حق بیمار است، چیزی که مربوط به من است، حق من است. چیزی که مربوط به سلامتی من است حق من است، و این به نظر من یک نوع حمایت روحی است و خیال مریض را راحت می‌کند".

آموزش بیمار و آگاه کردن او می‌تواند از نگرانی‌ها و استرس او بکاهد و او را قادر سازد که در برنامه‌ریزی مراقبت‌های خود مشارکت کند. در این مورد دهمین شرکت کننده اعتقاد داشت "آگاهی دادن به مریض به خاطر این که استرس او را کم می‌کند، نوعی حمایت روحی است". هم‌چنین بیست و سومین شرکت کننده گفته است "حالا هر پروسیجری که می‌خواهیم شروع کنیم، برای بیماران توضیح می‌دهیم که هدفمان از این کار چیست، چه کارهایی می‌خواهیم بکنیم، علتش چیست و این که نتیجه‌اش چه می‌شود".

شرکت کننده‌ی اول معتقد بود "آموزش خود مراقبتی نوعی حمایت است". ششمین شرکت کننده اعتقاد داشت که آموزش به بیمار و همراه او نوعی حمایت است. او می‌گوید "من آموزش به مریض و همراه مریض را یک جور حمایت می‌دانم. بیماران یا اعضای خانواده آنان در بسیاری از موارد نمی‌دانند که چه کمکی می‌توانند بکنند. این مورد در گفته‌ی شرکت کننده‌ی اول معتقد بود "نمی‌دانست چه کاری برای

می‌گیرد که می‌خواهند از یافته‌ها استفاده کنند. قابلیت تأیید، یک معیار مربوط به فرایند است. برای تامین این معیار، محققین کیفی فعالیتشان را در طول زمان ثبت می‌کنند، تا دیگران بتوانند روند تحقیق را از طریق مطالعه‌ی این نوشته‌ها پی‌گیری کنند. سعی پژوهشگر بر آن بود که مراحل تحقیق و تصمیمات اخذ شده در طول آن را به طور دقیق ثبت و گزارش نماید تا در صورت نیاز امکان پی‌گیری تحقیق برای دیگران فراهم آید. 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.

یافته‌ها

مطالعه بر روی 24 پرستار (پرستار بالینی، سر پرستار، و سوپروایزر) انجام شد. سن شرکت کنندگان بین 23 تا 50 سال با میانگین 33/45 سال بود که 21 نفر آنان زن و 3 نفر مرد بودند. شرکت کنندگان دارای سابقه‌ی کار 1 تا 26 سال بودند و میانگین سابقه‌ی خدمت آنان 10/59 سال بود. 23 شرکت کننده دارای مدرک تحصیلی کارشناسی و یک نفر درجه‌ی کارشناسی ارشد داشت.

بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها، ماهیت حمایت از بیمار یکی از طبقات اصلی بود که پدیدار شد که در ذیل به معرفی این طبقه و طبقات فرعی آن پرداخته شده است.

ماهیت حمایت

بر اساس یافته‌های این تحقیق حمایت از بیمار به مجموعه‌ای از اعمال و رفتارهایی اطلاق می‌شود که متضمن درک موقعیت و منزلت بیمار به عنوان انسان و پاسخ به نیازهای او در جنبه‌های جسمانی، روحی و اجتماعی است. طبقات فرعی آگاه کردن و آموختن، ارج نهادن و محترم شمردن، پشتیبانی

دارد که "اصلاً خواه یا ناخواه خیلی از کارها اسمشان حمایت است". شرکت کننده‌ی دوازدهم می‌گوید "من فکر می‌کنم که حمایت جنبه‌های خیلی مختلفی دارد. بیشترین حمایتی که مخصوصاً در بیمارستان‌هایی مثل بیمارستان‌های ما از بیمار می‌توان کرد، حمایت روحی و روانی است. باید با بیمار صحبت شود، طوری که او بتواند راحت در مورد خودش و بیماریش صحبت کند".

به نظر می‌رسد با توجه به مشکلات اقتصادی مردم، دغدغه‌ی هزینه‌های درمان برای بیماران و همراهان آنان چشمگیر است و پرستاران با درک این مهم مکانیسم‌هایی را برای حمایت مالی بیماران یافته‌اند. یکی از مکانیسم‌هایی که پرستاران شرکت کننده در این تحقیق برای حمایت بیماران به کار می‌گرفتند جستجوی منابع کمک مالی است. هم‌چنین آنان با پی‌گیری کارهای بیمار و هماهنگی سعی می‌کنند تا با کاستن از طول مدت بستری و هزینه‌های دارویی و پاراکلینیکی از هزینه‌های بیمار بکاهند. در این مورد شرکت کننده‌ی پانزدهم می‌گوید "به عنوان مثال سعی می‌کنیم کارهای مریض زودتر انجام شود که کمتر این جا بخواهد، مثلاً مریضی داشتیم که سرویس خون بود و باید شیمی درمانی می‌شد، منتظر بودیم تخت خالی شود و تخت خالی نشد، دیدیم که اگر این جا بماند، برایش هزینه حساب می‌شود، همین جا شیمی درمانی‌اش را شروع کردیم". شرکت کننده‌ی یازدهم در مورد پشتیبانی مالی بیماران می‌گوید "موارد زیادی پیش می‌آید که ما تلاش می‌کنیم تا داروی بیماران را از طریق مددکاری یا از طریق افرادی که گاهی داروهایشان را اهدا می‌کنند تهیه کنیم. مواردی هم پیش می‌آید که همکاران و پزشکان کمک می‌کردند و پولی جمع می‌شد و نیاز داروی بیماران را بر طرف می‌کردیم".

4- حفاظت کردن

طبقه‌ی حفاظت نمودن، کدهایی نظیر حمایت نمودن، پادرمیانی کردن، گزارش دادن، حفاظت کردن، ایجاد امنیت و

نوزاد می‌تواند انجام دهد"، از این رو آموختن و آگاه کردن بیمار و همراهان او می‌تواند به مشارکت آن‌ها در برنامه‌ریزی مراقبت منجر شود و یا حداقل آنان را با برنامه‌ی مراقبت همگام و همراه سازد.

2- ارج نهادن و محترم شمردن

پرستاران شرکت کننده در این پژوهش همه معتقد بودند که بیمار برای آنان ارزشمند است و باید شأن و حقوق بیماران محترم شمرده شود. در این خصوص دومین شرکت کننده اعتقاد داشت "حمایت یعنی با اهمیت بودن بیمار برای ما". شرکت کنندگان در این مطالعه هم‌چنین از ساز و کار "خود را جای بیمار گذاردن" برای درک شرایط و منزلت بیمار بهره می‌جستند. هیجدهمین شرکت کننده گفت "اگر پرستار خودش جای مریض بود، دوست داشت چه جوری از او حمایت شود، همان طوری مریض را حمایت کند" و یا شرکت کننده‌ی بیست و یک ذکر کرده است که "من همیشه این طوری فکر می‌کنم که آن کسی که خوابیده یکی از عزیزانم است، باید طوری با او رفتار کنم که مثلاً با مادرم، با پدرم و با عزیزانم رفتار می‌کنم". شرکت کنندگان هم‌چنین بر احترام در ارتباطات تاکید داشتند و آن را برای برقراری اعتماد و رابطه‌ی کارکردی بین پرستار، بیمار یا همراهان او لازم می‌شمردند. شرکت کننده‌ی 9 در این خصوص گفته است "وقتی احترام باشد، به نظر من اعتماد هم بین پرستار و بیمار و همراه‌های بیمار به وجود می‌آید".

3- پشتیبانی جسمی، عاطفی و مالی

شرکت کنندگان تحقیق برای حمایت از بیمار ابعادی را مطرح کردند، به طور مثال پنجمین شرکت کننده گفت "حمایت می‌تواند مالی، معنوی یا جسمی باشد". شرکت کننده‌ی چهاردهم کمک به بیمار را در راه رفتن، دادن یک لیوان آب به دست او و امثال آن را نوعی پشتیبانی جسمی تلقی می‌کند. به نظر ششمین شرکت کننده "برای پرستار بیشتر حمایت عاطفی و روانی مطرح است". البته همین شرکت کننده اعتقاد

در مورد نمایندگی کردن شرکت کننده‌ی ششم می‌گوید "روش دیگر حمایت، روش صحبت کردن از جانب بیمار است و این که حامی او باشیم. این هم پیش آمده برای همکاران هم دیده‌ام که پیش آمده است، کمتر از حمایت عاطفی است، ولی آن هم حمایت زیادی است ... مسایلی پیش آمده که حتی بیمار به من گفته و من به پزشک اطلاع داده‌ام". همین شرکت کننده در مورد پا در میانی بین بیمار و همراهانش چنین می‌گوید "در مورد وضعیت بیمار برای همراه توضیح می‌دهیم تا شرایط بیمار خود را درک نماید، نظر همراه را نسبت به مریض عوض می‌کنیم، یعنی توضیحی می‌دهیم که شرایط مریض را درک کند".

5- تامین استمرار مراقبت‌ها، پیگیری و هماهنگ کردن شرکت کنندگان در این تحقیق پی‌گیری کار بیمار را نوعی حمایت محسوب کرده و معتقد بودند که پرستاران باید از طریق پی‌گیری و هماهنگی، مراقبت‌های مورد نیاز مددجو را تدارک ببینند. شرکت کننده‌ی سیزدهم می‌گوید "همین که ما کار مریض را پیش می‌بریم و دلمان می‌خواهد که کار مریض زودتر انجام شود و زودتر از بیمارستان ترخیص شود، یک نوع حمایت است. در مجموع پی‌گیری کار بیمار یک نوع حمایت است". پرستار به واسطه‌ی برقراری ارتباط با تمامی بخش‌های داخل و خارج بیمارستان به تدارک خدمات مورد نیاز بیمار اعم از کارهای تشخیصی، درمانی و غیره می‌پردازد.

بحث

در این مطالعه حمایت 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 و هماهنگ کردن مشخص شد. این اعمال به نوعی در تعاریف صاحب نظران پرستاری از حمایت نیز دیده می‌شود. گیتز (Gates) در تعریفی که برای حمایت در زمینه‌ی پرستاری پیشنهاد کرده است، می‌گوید حمایت عبارت است از: "فرایند

خلوت را در خود جای داد. شرکت کنندگان به دفعات به عواملی نظیر اهمال در انجام صحیح کارها، عملکرد نادرست و این که بیماران قدرت دفاع از خودشان را ندارند اشاره می‌نمودند که حفاظت بیمار، تامین محیط امن برای بیمار و پیشگیری از آسیب بیشتر را ضروری می‌نماید. به همین سبب آن‌ها روش‌هایی نظیر دفاع از حقوق مددجو، اصلاح کار دیگران و تلاش برای انجام کار توسط فرد ماهرتر را برای حفاظت مددجو به کار می‌گیرند.

سومین شرکت کننده بیان کرد "به نظر من پرستار باید مدافع بیمار باشد. این کار را باید انجام بدهد ولی در حال حاضر این طور نیست. اما شرکت کننده‌ی سیزدهم می‌گوید "اگر ما تشخیص دهیم که مریض از نظر حفاظت و از نظر امنیت مشکل دارد، چه از نظر جسمی و چه از نظر روحی (مثلاً ممکن است بیافتد)، تا حد امکان از بیمار حمایت می‌کنیم". شرکت کننده‌ی دوازدهم نیز در مورد تامین امنیت برای بیماران می‌گوید "ما این جا جراح کولورکتال داریم که خودشان خانم هستند ولی تمام رزیدنت‌های ایشان آقا هستند. بیشتر بیماران ایشان خانم‌هایی هستند که به خاطر مشکلات زایمانی بستری می‌شوند و با این تصور می‌آیند که همین خانم می‌خواهد عملشان کند ... بعضی از آن‌ها خانم‌های جوانی هستند که برایشان خیلی سخت است، به همین خاطر حضور ما در کنار بیمار خیلی مهم است".

در خصوص تامین خلوت بیمار شرکت کننده‌ی بیست و سوم بیان کرد که "حفظ خلوت مریض خیلی مهم است ... به هر حال همه آدم‌ها دوست دارند در هر جا که هستند امنیت داشته باشند، خصوصاً در بیمارستان که شرایط خاص خودش را دارد". به نظر شرکت کننده‌ی دهم نیز "چون این جا ازدحام زیاد است حتی اگر مریض خیلی بد حال هم باشد، نمی‌شود اتاق را خصوصی کرد ولی با پاراوان بیمار را جدا می‌کنیم".

انجام شود یا نشود، هماهنگی مراقبت‌ها، آموختن و ارتباط با بیمار، خانواده و پزشک است (17). به عنوان حامی قانونی، پرستار حافظ حقوق مددجو در پذیرش یا رد درمان است و او را از درمان نارسا یا اعمال غیر قانونی حفظ می‌کند. پرستار حق اساسی خلوت، خود تعیینی و استقلال در تصمیم‌گیری را با احترام به خواسته‌های بیمار حفظ می‌کند (18).

آبرامز (Abramz) پنج الگو برای حمایت از بیمار ارائه داده و معتقد است که این الگوها با هم نقش حمایت از بیمار را تعیین می‌کنند. این پنج الگو شامل فعالیت‌های مشاوره مددجویان، کم کردن ترس بیماران، دلداری دادن به بیماران، کمک به بیماران برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت بهداشتی خود، تدارک اطلاعات برای بیماران، نمایندگی کردن بیماران هنگامی که آن‌ها خودشان نمی‌توانند خواسته‌هایشان را بیان کنند، پایش کیفیت مراقبت‌ها، آگاه کردن بیماران از حقوقشان، و کسب اطمینان از محترم شمرده شدن حقوق بیماران است. وجه کلیدی نقش نمایندگی، آگاه نمودن بیماران از حقوقشان است، چرا که بیشتر بیماران از حقوق خویش و قوانین مراقبت بهداشتی بی‌خبر می‌باشند (19). شرکت کنندگان در این مطالعه آگاه نمودن بیمار از آن چه برایش انجام می‌شود و استقلال او در تصمیم‌گیری را قبول داشتند، ولی در تجربیات و ادراکات آن‌ها از حمایت، رگه‌هایی از پذیرش والدماپی نیز دیده می‌شد. هم‌چنین هر پرستار نظر به جایگاهی که در تیم درمان برای خود می‌دید از جهت میزان تلاش‌هایش برای آگاه نمودن بیمار و پشتیبانی از استقلال او در تصمیم‌گیری‌ها متفاوت بود. به نظر نلسون (Nelson) برای حمایت، لازم است پرستار مستقل و خود مختار باشد تا بتواند بین مددجو و سایر افراد حاضر در محیط مراقبت بهداشتی واسطه‌گری نموده و از حقوق او دفاع کند. پرستار برای آن که حامی بیمار خود باشد باید به تدارک منابع و اطلاعات مورد نیاز بیمار بپردازد و او را در تعیین الویت‌ها و تصمیم‌گیری کمک کند. هم‌چنین او موظف است تا خدمات مورد نیاز و محیط

همراهی کردن، نمایندگی کردن بیمار در اموری که به کمک پرستار نیاز است، تا این که از حقوق مددجو محافظت کند یا منافع او را ارتقا دهد. در یک مشارکت واقعی، پرستاران مددجویان را به صورت دوست خود می‌بینند و از این رو برایشان مراقبت و محبتی همانند آن چه برای هر یک از دوستان و بستگان خود فراهم می‌آورند، تدارک می‌بینند (14). این تعریف بر ماهیت رابطه‌ی پرستار - بیمار، و همانند دوست بودن یا نسبت داشتن تاکید دارد، هرچند دوست بیمار ممکن است همیشه برای حفظ مصلحت بیمار نکوشد و تصمیمات والدماپانه بگیرد. محقق دیگری حمایت را آگاه کردن بیمار و سپس پشتیبانی از تصمیم او می‌داند که با به رسمیت شناختن حق او در تصمیم‌گیری همراه است. آگاه کردن به معنی مجهز کردن بیمار با اطلاعاتی است که برای انتخاب آگاهانه به آن‌ها نیاز دارد (15). مالیک (Malik) معتقد است که این تعریف از حمایت تلویحاً به توانمندسازی بیمار برای خود - حمایتی اشاره دارد (4).

شروتر (Schroeter) حمایت را عمل دادخواهی برای کسی، پشتیبانی و دفاع فعالانه از او توصیف می‌کند. او می‌گوید برای پرستاران این امکان وجود دارد که ارتباطی با بیمارشان ایجاد کنند که موجب اعتماد به آنان شود. از این رو پرستاران می‌توانند بیماران را با گوش دادن، ترغیب، پشتیبانی و ایجاد فرصت برای توضیح نگرانی‌هایشان در مورد پزشک یا اعضای خانواده‌ی خود، هدایت کنند. این نوع پشتیبانی می‌تواند به عنوان حمایت محسوب گردد (3).

در مطالعه‌ی دیگری پنج مضمون اصلی برای توصیف حمایت از بیمار از دیدگاه شرکت‌کنندگان پدیدار شد که شامل اقدام برای مصالح بیمار، حمایت کردن از حقوق بیمار، صحبت کردن از جانب بیمار، حفاظت بیماران از آسیب و ارائه مشاوره بودند (16). به نظر برخی از محققان حمایت شامل فعالیت‌هایی نظیر حفاظت حقوق بیمار، اقدام به نفع بیمار، گرفتن دستور دارویی برای بیمار از پزشک، تعیین آن‌چه باید

آسوده‌ای را برای بیمار فراهم سازد و از او حمایت روحی و روانی به عمل آورد (20). بر اساس نتایج پژوهش دیگری (1995) فعالیت عمده و اولیه‌ی پرستار در حمایت از بیمار جمع آوری اطلاعات است. سپس بر اساس این اطلاعات پرستار به فعالیت‌هایی ثانویه‌ای نظیر حفاظت بیمار از آسیب به واسطه‌ی گزارش موقعیت دشوار یا مداخله در آن، آموزش بیمار درباره‌ی آن موقعیت و ارائه اطلاعات، توضیح درمان‌ها و روش‌های درمانی و راهنمایی بیمار در نظام مراقبت بهداشتی می‌پردازد (21). در واقع پرستاران جایگاه مناسبی برای آگاهی از نیازهای اطلاعاتی برآورده نشده‌ی بیماران دارند (22).

پرستاران شرکت کننده در این مطالعه هم‌چنین بر ارج نهادن و احترام گذاردن به شأن و مقام انسانی بیماران، خلوت و حسن برخورد با بیماران تاکید داشتند. در یک مطالعه ادراکات پرستاران و بیماران در مورد مقام و شأن (Dignity) مورد مطالعه قرار گرفت. درک پرستاران از احترام به شأن و مقام بیماران شامل عناصر احترام، خلوت، کنترل، انتخاب، و حسن برخورد و خوش خلقی بود (23). یافته‌های پژوهش دیگری (1997) نیز دلالت بر این داشت که از دیدگاه شرکت کنندگان، حمایت بر احترام به اشخاص و به رسمیت شناختن حقوق انسانی آن‌ها استوار است. هم‌چنین مشخص شد که کیفیت رابطه‌ی پرستار - بیمار برای نقش حمایت اساسی است. در این پژوهش سه طبقه‌ی اولیه آگاه کردن، پشتیبانی نمودن و نمایندگی کردن پدیدار شد که عناصر عمده‌ی ادراک شرکت کنندگان را در مورد حمایت از بیمار توصیف می‌کرد (24). تعاملات غیرکلامی و کلامی توسط بیماران به صورت ارزش شخصی تعبیر می‌شود. بدیهی است که تعامل هر فردی با بیمار در طول بستری او می‌تواند در میزان ارزش شخصی درک شده‌ی او موثر باشد (25).

برخی محققان نگرش کارکنان مراقبت بهداشتی در اهمیت دادن به قوت و توانایی‌های بیمار را بسیار مهم دانسته و

معتقدند شناخت و تصدیق توانایی‌های بیمار موجب می‌شود که او در برنامه‌ریزی مراقبت بهداشتی خود مشارکت داده شود، تا به این وسیله بیمار به ارزش خود در نظام مراقبت بهداشتی پی ببرد (26). در مطالعه‌ای در ترکیه (1997)، هشتاد و پنج درصد پاسخ دهندگان معتقد بودند که بیماران حق دارند که در جریان تصمیم‌گیری‌های درمانی خود شرکت داشته باشند. این یافته نشان می‌دهد که پرستاران تمایل دارند که به وظیفه‌ی اخلاقی خود در محترم شمردن و حفاظت از استقلال بیماران عمل کنند. چهل و شش درصد پاسخ دهندگان معتقد بودند که بیماران حق نپذیرفتن درمان را دارند. ارزیابی ارزش‌های حرفه‌ای شرکت کنندگانی که از حق رد درمان پشتیبانی می‌کردند نشان داد که این پرستاران به استقلال شخصی و شأن انسانی الویت می‌دهند (27).

شرکت کنندگان در این مطالعه معتقد بودند که تامین استمرار مراقبت‌ها که با پی‌گیری و هماهنگ کردن کارهای بیمار ممکن می‌شود، باعث کوتاه شدن مدت بستری، دوره‌ی درمان، کاهش هزینه‌های درمانی و افزایش روحیه‌ی بیمار می‌شود. حمایت به کرات با سایر کارها نظیر ارجاع و پی‌گیری، سازماندهی جامعه و تدوین سیاست‌ها و اجرای آن‌ها به کار رفته است. شرکت کنندگان در این تحقیق نقش نهاد‌های اجتماعی نظیر انجمن‌های حمایت از بیمار را مهم و حیاتی می‌دانستند. در واقع حمایت می‌تواند به صورت پی‌گیری اصلاحات اجتماعی و مراقبت بهداشتی نیز باشد (20).

نتیجه‌گیری

پرستاران حمایت از بیمار را وظیفه‌ی اخلاقی و از نقش‌های حرفه‌ای خود می‌دانند و بر این باور هستند که آن‌ها با اعمال و فعالیت‌های متنوعی به حمایت از بیمار می‌پردازند. به نظر می‌رسد که آن‌ها به رغم پذیرش نقش حمایت از بیمار، تعریف مشخصی از مفهوم "حمایت از بیمار" ندارند و از این

رو آنان به صورت فردی و به روش‌های متفاوتی به این وظیفه می‌پردازند. بنابراین ضرورت دارد تلاش‌های هماهنگ شده‌ای در بخش‌های آموزش، پژوهش و مدیریت پرستاری برای حرفه‌ای نمودن این نقش به عمل آید و هم‌زمان، سازمان‌های مسئول ضمن به رسمیت شناختن نقش حمایت از بیمار برای پرستار، آن را با توجه به واقعیت‌ها و شرایط پرستاری کشورمان تعریف نمایند تا پرستاران به طور شفاف به این نقش بپردازند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از تمامی پرستاران و مدیران

پرستاری که در این مطالعه شرکت داشتند سپاس‌گزاری می‌نمایند، چرا که مشارکت آن‌ها انجام این مطالعه را ممکن ساخت. همچنین نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران برای تامین هزینه‌های این تحقیق تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

- 1- Curtin LL. The nurse as advocate: a philosophical foundation for nursing. *Adv Nurs Sci*. 1979; 1 (3): 1-10.
- 2- Copp LA. The nurse as advocate for vulnerable persons. *J Adv Nurs*. 1986; 11: 255-63.
- 3- Schroeter K. Advocacy in perioperative nursing practice. *AORN J*. 2000; 71: 1038-40.
- 4- Mallik M. Advocacy in nursing: a review of the literature. *J Adv Nurs*. 1997; 25: 130-37.
- 5- Snowball J. Asking nurses about advocacy for patients "reactive" and "proactive" accounts. *J Adv Nurs*. 1996; 24: 67-75.
- 6- Gadow S. *Existential Advocacy: Philosophical Foundation of Nursing*. In: Pence T, Cantrall J (editors). *Ethics in Nursing: An Anthology*. New York: National League for Nursing; 1980, 41-51.
- 7- Albarran JW. Advocacy in critical care - an evaluation of the implications for nurses and the future. *Intensive Crit Care Nurs*. 1992; 8 (1): 47-53.
- 8- Hewitt J. A critical review of the arguments debating the role of the nurse advocate. *J Adv Nurs*. 2002; 37 (5): 439-45.
- 9- Mallik M, McHale J. Support for advocacy. *Nursing Times*. 1995; 91 (4): 28-9.
- 10- Hellwig SD, Yam M, Digiulio M. Nurse Case Managers' Perceptions of Advocacy: Phenomenological Inquiry. *Lippincott's Case Management*. 2003; 8 (2): 53-65.
- 11- Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Perspective*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Co; 2003, 25, 107-112.
- 12- Glaser B, Strauss AL. *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine de Gruyter; 1967, 61-2, 111-2, 219-49.
- 13- Strauss AL, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 2nd ed. Sage: Thousand Oaks, CA; 1990, 101-61.
- 14- Gates B. *Advocacy: A Nurse's Guide*. London: Scutari Press; 1994, 2-3.
- 15- Kohnke MF. The nurse as advocate. *Am J Nurs*. 1980; 80: 2038-40.

- 16- Ingram R. The nurse as the patient advocate. 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>.
- 17- Fetsch SH. *Advocacy in Paediatric Nursing: A Qualitative Study*. [(Un published) Dissertation]. Kansas:University of Kansas; 1991.
- 18- Kubsch SM, Sternard MJ, Hovarter R, Matzke V. A holistic model of advocacy: factors that influence its use. *Complement Ther Nursing & Midwifery*. 2004; 10: 37-45.
- 19- Abrams N. A Contrary View of the Nurse as Patient Advocate. In: Pence T, Cantrall J (editors). *Ethics in Nursing: An Anthology*. New York: National League for Nursing; 1990, 102-5.
- 20- Nelson ML. Advocacy in nursing: how it has evolved and what are the implications for practice? *Nurs Outlook*. 1998; 36 (3): 136-41.
- 21- Sellin SC. Out on a limb: a qualitative study of patient advocacy in institutional nursing. *Nurs Ethics*. 1995; 2 (1): 19-29.
- 22- Hyland D. An Exploration Of The Relationship Between Patient Autonomy And Patient Advocacy: Implications For Nursing Practice. *Nurs Ethics*. 2002; 9 (5): 472-82.
- 23- Walsh K, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *Int J Nurs Practice*. 2002; 8: 143-51.
- 24- Watt E. An exploration of the way in which the concept of patient advocacy is perceived by registered nurses working in an acute care hospital. *Int J Nurs Practice*. 1997; 3: 119-27.
- 25- Williams AM, Irurita VF. Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: the patient's perspective. *J Clin Nurs*. 2004; 13: 806-15.
- 26- Ray MC. Seven ways to empower dying patients. *Am J Nurs*. 1996; 96 (5): 56-7.
- 27- Ersoy N, Altun Y, Beser A. Tendency of Nurses to Undertake the Role of Patient Advocate. *Eubios J Asian Int Bioethics*. 1997; 7: 167-70.