

اولویت‌های رفتارهای مراقبتی از دیدگاه پرستاران بخش ویژه

صونا پاشایی^۱، سیما لک دیزجی^۱، آزاد رحمانی^۲، وحید زمانزاده^۳

نویسنده‌ی مسئول: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی sima.lak90@gmail.com

دریافت: ۹۲/۰۵/۱۲ پذیرش: ۹۲/۱۲/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت هسته اصلی پرستاری است. به علت شرایط بحرانی بخش‌های ویژه، رفتارهای مراقبتی پرستاران از اهمیت خاصی برخوردار است. اما با وجود نقش مهم پرستاران در کیفیت مراقبت، هنوز الویت‌های پرستاری رفتارهای مراقبتی نامشخص است. لذا این مطالعه با هدف تعیین اولویت‌های رفتارهای مراقبتی از دیدگاه پرستاران بخش ویژه انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-همبستگی، ۲۰۰ نفر از پرستاران بصورت تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزار مطالعه پرسشنامه توسعه یافته مراقبتی لارسون با مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای با ۵۷ گویه رفتار مراقبتی و شش زیرگروه بود. تجزیه و تحلیل یافته‌ها بوسیله روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی توسط نرم افزار آماری SPSS ۲۱ انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بالاترین رتبه رفتارهای مراقبتی به بعد ارتباط توأم با اعتماد با بیمار اختصاص یافت و کمترین رتبه، مربوط به بعد در دسترس بودن و پیش‌بینی نیازهای بیمار بود. همچنین سن با زیر گروه‌های آسودگی جسمی، ارتباط همراه با اعتماد و پایش بیمار ارتباط معنی‌داری داشت ($p=0/01$). پرستاران زن نیز نسبت به پرستاران مرد که سابقه خدمت در بخش ویژه را داشتند، پایش و پیگیری بیمار را مهم ارزیابی نمودند ($p=0/01$). **نتیجه‌گیری:** پرستاران بیشترین مبنای کار خود را توجه به ارتباط توأم با اعتماد با بیمار قرار دادند. در دسترس بودن و پیش‌بینی نیازهای بیماران در رده آخر اولویت مراقبتی قرار داشت، این می‌تواند سبب کاهش کیفیت ارائه مراقبت شود. لازم است جهت فراهم‌سازی اجرای ابعاد دراز مدت و کوتاه مدت مراقبتی آموزش‌های مناسب و دقیق توسط مسئولین و مدیران برنامه‌ریزی شود.

واژگان کلیدی: مراقبت پرستاری، رفتار، مراقبت ویژه، ایران

مقدمه

(۳). رفتارهای مراقبتی در بخش ویژه شامل کلیه مراقب‌های حساس وابسته به حیات بیمار می‌شوند. بخش مراقبت ویژه از جمله بخش‌هایی است که پرستاران را با مسائل بی‌شماری مواجه می‌کند و با توجه به وضعیت وخیم بیماران، پرستاران در بخش‌های ویژه می‌توانند مهمترین عامل تأثیرگذار بر سلامت بیماران باشند (۴).

پرستاری تخصصی، به ارائه مراقبت‌های ویژه با مهارت کامل در محیط‌های خاص تعریف شده است، به گونه‌ای که پرستاران

یکی از حساس‌ترین بخش‌های حرفه‌ای بیمارستان، بخش‌های مراقبت ویژه است (۱) که در این بخش‌ها به علت شرایط پیچیده و بحرانی بیماران، رفتارهای مراقبتی از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد (۲). پرستاران بیش از سایر اعضای تیم درمانی در دسترس هستند، در کنار بیماران وقت بیشتری را صرف می‌کنند و با پاسخ دادن به سوالات بیماران و انجام رفتارهای صحیح مراقبتی موجب کاهش نگرانی آنان می‌شوند

۱-کارشناسی ارشد پرستاری، آموزش داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲-دکترای پرستاری، استادیار، مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳-دکترای پرستاری، استادیار، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

احساس رضایت بیشتری از خدمات پرستاری دست یابند. همچنین توافق و مجانست بین انتظارات بیماران از یک سو و مراقبت‌های دریافت شده از سوی دیگر باید مد نظر قرار بگیرد و مراقبت‌ها به طور کامل با توجه به نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی بیماران ارائه گردد (۱۰).

از آنجایی که تمام مسائل و مشکلات مربوط به بیماران در بخش‌های ویژه بصورت ظریف‌تر و مهم‌تر مطرح می‌باشد، بنابراین در این محیط‌ها عملکرد مراقبتی پرستاران باید همراه با کفایت حرفه‌ای و به موقع باشد (۱۱). رفیعی و همکاران به نقل از ویلیامز (Wiliamz) می‌نویسند: "برآوردن نیازهای فردی بیمار، محور مراقبت‌های پرستاری را تشکیل می‌دهد و کمک به بیماران جهت انجام فعالیت‌هایی که خود قادر به آنها نیستند هدف نهایی پرسنل پرستاری می‌باشد" (۱۲). باور بر این است که مراقبت زمانی اتفاق می‌افتد که پرستاران، خواسته‌ها و دیدگاه‌های بیماران را شناخته و خود را در موقعیت بیمار بیندارند، بنابراین پرستاران با شناخت بیشتری از ادراک بیماران نسبت به اولویت‌بندی رفتارهای مراقبتی می‌توانند حمایت لازم و مراقبت جامع پرستاری را بر اساس نیاز فردی این بیماران فراهم سازند (۱۳).

علی‌رغم اهمیت امر مراقبت و رفتارهای مراقبتی تفاوت بالایی در اولویت‌های رفتارهای مراقبتی به چشم می‌خورد که می‌تواند بر امر مراقبت تأثیرگذار باشد. لذا با توجه به اهمیت ذکر شده در مورد مفهوم مراقبت و اولویت رفتارهای مراقبتی خصوصاً در بخش‌های ویژه، پژوهش حاضر با هدف تعیین اولویت‌های رفتارهای مراقبتی از دیدگاه پرستاران بخش‌های "آی سی یو" و "سی سی یو" مراکز آموزشی درمانی شهید مدنی، شهدا، امام رضا و سینای تبریز صورت گرفت.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران کارشناس شاغل در بخش‌های "آی سی یو" و "سی سی یو" مراکز آموزشی درمانی شهید مدنی، شهدا، امام رضا و سینای تبریز بودند که حداقل شش ماه

قادر به فعالیت ماهرانه و مستقل در مراکز بالینی خصوصاً بخش مراقبت‌های ویژه باشند. تغییرات سریع در وضعیت جسمانی یا روانی بیماران بستری در بخش‌های ویژه ممکن است آنها را در معرض خطر جدی قرار دهد، بنابراین توجه خاص به نیازهای بیماران و مراقبت به موقع در جهت حمایت از آنان امری ضروری تلقی می‌شود (۵).

تعاریف و نظرات مختلف در مورد "مراقبت" وجود دارد و این واژه مهم‌ترین جزء اقدامات پرستاری به حساب می‌آید بطوری که مراقبت به عنوان محور مرکزی پرستاری شناخته شده است (۶). با توجه به اهمیت این موضوع پرستاران نیز به طرق مختلف تمایل به ایجاد احساس تحت مراقبت قرار گرفتن را در بیماران خود دارند. اگر چه مراقبت مفهوم جهانی شناخته شده‌ای است اما در کاربرد آن یک سری تفاوت‌ها و تشابهاتی به چشم می‌خورد. بر پایه نتایج تحقیقات انجام گرفته، دو بعد از مراقبت وجود دارد که عبارتند از: بعد عاطفی-هیجانی (emotional-affective) و بعد جسمی-ابزاری (physical-instrumental) (۷). مطالعاتی که درباره مراقبت از دیدگاه پرستاران در کشورهای اروپایی انجام شده است تأکید بر جنبه‌های روانی-اجتماعی آن دارد. بالجانی و همکاران در این راستا به یک مدل مراقبت پرستاری اشاره می‌کنند که در سال ۱۹۹۸ توسط وایک و همکارانش (Wike et al) ارائه شده است، در این مدل مرکز اصلی مراقبت بر مبنای دلسوزی بنا شده است و ویژگی‌هایی چون ارتباط با بیمار، اعتماد، صلاحیت حرفه‌ای و تعهد مورد توجه قرار گرفته است (۸).

فارمر (Farmer 2001) در مطالعه خود به پرستاری کل‌گرا اشاره دارد که تعهد، وجدان، امید و دوست داشتن از اجزای ناگسستنی مراقبت به حساب می‌آیند (۹). بالجانی و همکاران به نقل از خادیمان (۲۰۰۷) به تفاوت اولویت‌بندی رفتارهای مراقبتی و دیدگاه پرستاران اشاره می‌کنند که این تفاوت می‌تواند تحت تأثیر اختلافات فرهنگی شکل بگیرد (۸). لارسون (Larson) مجموعه معینی از رفتارهای مراقبتی پرستاران را مشخص کرد که بیماران با دریافت این رفتارها به

سپس به جهت یکسان نبودن تعداد سوالات در هر زیر گروه علاوه بر محاسبه میانگین و انحراف معیار، میانگین وزنی محاسبه گردید و بیشترین اولویت براساس آن تعیین گردید.

در این مطالعه، پرسشنامه از جهت صحت ترجمه انگلیسی به فارسی، در اختیار شانزده نفر از اعضای هیئت علمی علوم پزشکی تبریز قرار گرفت و پس از دریافت پیشنهادات و نظرات، اصلاحات لازمه اعمال گردید و سپس از روش ترجمه برگردان استفاده گردید.

به منظور تعیین اعتبار علمی ابزار از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین پایایی یا اعتماد علمی ابزار مذکور از روش آزمون مجدد استفاده شد. ابتدا پرسشنامه‌ها توسط ده نفر از پرستاران بخش ویژه تکمیل شدند. سپس مجدداً همان پرستاران ده روز بعد، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. در نهایت برای بدست آوردن همبستگی بین دو آزمون، به دلیل عدم توزیع نرمال ده نفر، از آزمون نان پارامتریک ضریب همبستگی اسپیرمن- رو استفاده شد که این ضریب $r=0/87$ محاسبه گردید. در مطالعه انجام شده در ایران توسط زمانزاده و همکاران این ضریب برای پرسشنامه پرستاران $r=0/69$ بدست آمد (۱۵) و همچنین در تحقیق دیگری توسط ویدمارک و همکاران (Widmark et al) این ضریب $r=0/83$ محاسبه شد (۱۶).

داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ۲۱ مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. توزیع نرمال کل داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرونف بررسی گردید. متغیرهای جنس و استخدام از توزیع نرمال برخوردار نبودند. داده‌ها بوسیله روش‌های آماری توصیفی (فراوانی درصد و میانگین±انحراف معیار) و روش‌های استنباطی جهت تعیین ارتباط بین رفتارهای مراقبتی با مشخصات فردی- اجتماعی (سن و سابقه خدمت در بخش ویژه با توزیع نرمال) بوسیله ضریب همبستگی پیرسون و آزمون من ویتنی (متغیر جنس با توزیع غیر نرمال) و کروسکال والیس (متغیر استخدام با توزیع غیر نرمال) توصیف گردید.

سابقه کار بالینی در بخش‌های ویژه را داشتند. تعداد ۲۰۰ نفر پرستار واجد شرایط با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای در بهار سال ۹۲ انتخاب شدند. پس از تصویب این پژوهش توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مجوزهای لازم اخذ گردید و پژوهشگر پس از کسب اجازه از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی تبریز و مسئولین بیمارستان‌ها، به بخش‌های محیط پژوهش مراجعه نمود و پس از دسترسی به نمونه‌ها، ابتدا توضیحات لازم در مورد پرسشنامه و اهداف پژوهش را عنوان کرد. ضمن تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات با عدم درج نام و نام خانوادگی و داشتن اختیار به ترک مطالعه توسط پژوهشگر، شرکت کنندگان با امضای رضایت نامه کتبی وارد مطالعه شدند.

در این مطالعه ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود که از ابزار بررسی مراقبت لارسون (Caring Questions (Care-Q استفاده گردید (۱۴). در این ابزار رفتارهای مراقبتی به ترتیب از مهمترین رفتار به کم اهمیت ترین رفتار، رده‌بندی می‌شوند. قسمت اول پرسشنامه مشخصات فردی- اجتماعی (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، قومیت، وضعیت استخدام، سابقه خدمت پرستاری و سابقه خدمت در بخش ویژه) را شامل می‌شود و قسمت دوم این پرسشنامه دارای ۵۷ گویه و از شش زیر مقیاس تشکیل شده است که عبارتند از: در دسترس بودن پرستار (۶ گویه)، پایش و پیگیری بیمار (۸ گویه)، ارتباط توأم با اعتماد با بیمار (۱۸ گویه)، پیش‌بینی نیازهای بیمار (۵ گویه)، آسودگی جسمی و عاطفی بیمار (۱۱ گویه) و توضیح دادن به بیمار (۹ گویه). مقیاس داده‌ها در این پژوهش، لیکرت پنج درجه‌ای بود. بدین ترتیب که از مشارکت کنندگان درخواست شد تا هر رفتار مراقبتی را به حسب درجه اهمیت، نمره ۱ تا ۵ را نمره دهند، به نحوی که نمره ۵ مهمترین، نمره ۴ نسبتاً با اهمیت، نمره ۳ نه با اهمیت نه بدون اهمیت، نمره ۲ نسبتاً کم اهمیت و در نهایت، نمره ۱ کم اهمیت ترین بود. حداقل نمره پرسشنامه رفتارهای مراقبتی ۵۷ و حداکثر ۲۸۵ می‌باشد. ابتدا جمع نمرات محاسبه شد،

یافته ها

سال بود با دامنه بین ۲/۵ تا ۱۳ سال مشخص شد. میانگین و انحراف از معیار کل رفتارهای مراقبتی در شش بعد مشخص نمود که پرستاران اهمیت مراقبت برای زیر گروه های مراقبتی را با نمره میانگین بین ۲۰/۱۲ و ۶۹/۰۹ ارزیابی کرده اند و نمره کل میانگین پرسشنامه ۲۴۲/۲ بدست آمد. با توجه به اینکه دامنه نمرات پرسشنامه بین ۵۷ تا ۲۸۵ بوده است، چنین نمرات بالایی نشان می دهد که پرستاران برای ارائه مراقبت های پرستاری ارزش زیادی قائل هستند (جدول ۱).

یافته ها نشان داد که اکثریت نمونه های پژوهش (۸۰ درصد) مونث، متأهل (۷۰ درصد) و با میانگین سنی (۳۰/۹۴±۴/۰۰) با دامنه سنی بین ۲۳ تا ۴۲ سال بودند و از نظر سطح تحصیلات تمامی پرستاران دارای مدرک کارشناسی بودند. وضعیت استخدامی بیشتر پرستاران قراردادی (۵۱/۵ درصد) بود. میانگین سابقه خدمت پرستاران (۷/۸۵±۲/۴۵) سال و دامنه آن بین ۴ تا ۱۵ سال مشخص گردید و سابقه خدمت این پرستاران در بخش های ویژه بطور میانگین (۴/۷۷±۱/۷۰)

جدول ۱: توزیع پراکندگی نمرات درک پرستاران بر حسب پاسخ به اهمیت زیر گروه های مراقبتی به ترتیب

اولویت آن ها با توجه به میانگین (n=200)

زیر گروه مراقبتی	میانگین (انحراف معیار)	فاصله اطمینان (۹۵٪)
پایش و پیگیری بیمار	۶۹/۰۹ (۹/۲۲)	۶۷/۸۰ - ۷۰/۳۷
آسودگی جسمی و عاطفی بیمار	۴۵/۵۶ (۳/۹۶)	۴۵/۰۰ - ۴۶/۱۱
توضیح دادن به بیمار	۳۵/۵۳ (۳/۲۱)	۳۵/۰۸ - ۳۵/۹۸
ارتباط توأم با اعتماد با بیمار	۳۵/۵۲ (۳/۸۶)	۳۴/۹۸ - ۳۶/۰۵
در دسترس بودن پرستار	۲۶/۵۲ (۲/۴۹)	۲۶/۱۷ - ۲۶/۸۷
پیش بینی نیازهای بیمار	۲۰/۱۲ (۲/۵۵)	۱۹/۷۶ - ۲۰/۴۷

بر حسب پاسخ پرستاران و میانگین وزنی به ترتیب زیر گروه های ارتباط توأم با اعتماد با بیمار، آسودگی جسمی و عاطفی بیمار اولویت بالاتری به خود اختصاص دادند و بر حسب پاسخ پرستاران و میانگین وزنی به ترتیب زیر گروه های ارتباط توأم با اعتماد با بیمار، آسودگی جسمی و عاطفی بیمار در اولویت های پایین تری در مراقبت قرار گرفتند (جدول ۲).

بر حسب پاسخ پرستاران و میانگین وزنی به ترتیب زیر گروه های ارتباط توأم با اعتماد با بیمار، آسودگی جسمی و عاطفی بیمار اولویت بالاتری به خود اختصاص دادند و بر حسب پاسخ پرستاران و میانگین وزنی به ترتیب زیر گروه های ارتباط توأم با اعتماد با بیمار، آسودگی جسمی و عاطفی بیمار در اولویت های پایین تری در مراقبت قرار گرفتند (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع پراکندگی نمرات دیدگاه پرستاران بر حسب پاسخ به اهمیت زیر گروه های مراقبتی به

ترتیب اولویت آن ها با توجه به میانگین وزنی (n=200)

زیر گروه مراقبتی	انحراف معیار ± میانگین وزن	فاصله اطمینان (۹۵٪)
ارتباط توأم با اعتماد با بیمار	۲۱/۶۹ ± ۲/۹۱	۲۱/۲۷ - ۲۲/۱۰
آسودگی جسمی و عاطفی بیمار	۸/۷۸ ± ۰/۷۶	۸/۶۷ - ۸/۸۹
توضیح دادن به بیمار	۵/۶۹ ± ۰/۷۰	۵/۵۵ - ۵/۸۴
پایش و پیگیری بیمار	۴/۹۷ ± ۰/۵۴	۴/۸۹ - ۵/۰۵
در دسترس بودن پرستار	۲/۷۸ ± ۰/۲۴	۲/۷۵ - ۲/۸۲
پیش بینی نیازهای بیمار	۱/۷۶ ± ۰/۲۲	۱/۷۳ - ۱/۷۹

توأم با اعتماد، و پایش بیمار ارتباط معنی داری داشت (p=۰/۰۱)، پرستاران زن که سابقه خدمت در بخش ویژه را

از نظر ارتباط مشخصات فردی اجتماعی با زیرگروه های مراقبتی، متغیر سن با زیرگروه های آسودگی جسمی، ارتباط

قراردادی، ارتباط توأم با اعتماد با بیمار را مهم تلقی کردند (جدول ۳). ($p=0/01$)

داشتند، پایش و پیگیری بیمار ($p=0/01$)، توضیح دادن به بیمار ($0/03$) و پیش بینی نیازهای بیمار را مهم ($p=0/04$) ارزیابی کردند و پرستاران رسمی نسبت به پرستاران

جدول ۳: ارتباط مشخصات فردی-اجتماعی پرستاران با اهمیت زیرگروه‌های مراقبتی ($n=200$)

پیش‌بینی نیازهای بیمار		ارتباط توأم با اعتماد		پایش و پیگیری بیمار		توضیح دادن به بیمار		در دسترس بودن پرستار		زیرگروه مراقبتی					
P	آزمون آماری	P	آزمون آماری	P	آزمون آماری	P	آزمون آماری	P	آزمون آماری	P	آزمون آماری				
0/01	$F=0/30$	0/01	$F=0/42$	0/10	$F=0/38$	0/01	$F=0/40$	0/32	$F=0/40$	0/06	$F=0/26$				
0/29	$F=0/46$	0/05	$F=0/48$	0/06	$F=0/46$	0/08	$F=0/54$	0/04	$F=0/39$	0/26	$F=0/33$				
0/01	$U=2988/5$	0/70	$U=3076/00$	0/04	$U=2552/00$	0/92	$U=3170/50$	0/03	$U=2245/50$	0/51	$U=1409/00$				
0/21	$\chi^2=1/09$	0/01	$\chi^2=43/44$	0/08	$\chi^2=2/81$	0/08	$\chi^2=2/22$	0/06	$\chi^2=4/89$	0/58	$\chi^2=1/46$				
ضریب همبستگی اسپیرمن- r				آزمون من ویتنی U				آزمون کروسکال والیس χ^2				* سطح معنی‌داری $p < 0/05$			

و تکنیکی و ابعاد یا جنبه‌های روانی-اجتماعی مراقبت. تایلور و همکاران بیان می‌کنند که پرستاران در این کشورها به جنبه‌های روانی-اجتماعی مراقبت و نیازهای عاطفی بیماران به عنوان روش محکم سازی حلقه زنجیر بین پرستار و بیمار تأکید بیشتری دارند (۱۸). با توجه به اینکه نگرانی اولیه بیماران مربوط به بهتر شدن سریع است، بهبودی آنان نیز با آسودگی جسمی و عاطفی رابطه مستقیمی دارد، در پرستاری نوین تنها به وظایف بالینی تأکید نمی‌شود بلکه گفته می‌شود پرستاران باید علاوه بر این دارای مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار، تفکر خلاق و انتقادی باشند تا با ارتقاء چنین توانایی‌هایی موجب آسودگی توأم جسمی و عاطفی بیمار شده و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی را توسعه دهند (۱۹). در مطالعه اسچونبارت و کینزی (Schubart & Kinzie) گویه مربوط به آسودگی جسمی و عاطفی به عنوان بالاترین اولویت رفتار مراقبتی انتخاب شده است (۲۰)، البته وجود چنین تفاوت‌هایی با در نظر گرفتن الگوهای مراقبتی در میان فرهنگ‌های مختلف، دور از انتظار نمی‌باشد و فرایندها و

بحث و نتیجه گیری

نتایج بدست آمده نشان داد که پرستاران رفتارهای مربوط به زیرگروه ارتباط توأم با اعتماد با بیمار و آسودگی جسمی را با اولویت بالایی مشخص نمودند. چنین بنظر می‌رسد که توانایی برقراری ارتباط خوب توأم با اعتماد در جامعه پژوهشی ما مهمتر بوده است. در ارتباط با زیرگروه ارتباط توأم با اعتماد، برمن (Berman) و همکاران در تعاملات پرستار-بیمار چنین بیان می‌کنند که بیمار بایستی به محرمانه ماندن اطلاعاتش نزد پرستار و دادن آن صرفاً به افرادی که به آن نیاز دارند، اعتماد نماید (۱۷). پرستاران بخش ویژه باید رفتارهایی مثل مشارکت نمودن بیمار در برنامه‌ریزی، اجرای مراقبت از خود، محرمانه نگه داشتن اطلاعات بیمار و همچنین منحصر به فرد دانستن بیمار را در رئوس کار خود قرار دهند. در این مطالعه آسودگی جسمی و عاطفی بیماران در اولویت دوم مراقبتی توسط پرستاران مشخص شد. قابل ذکر است، هر تعریفی که بخواهد رفتارهای مراقبتی را توضیح دهد باید حداقل حاوی دو جزء کلیدی باشد: ابعاد یا جنبه‌های جسمانی

این یافته با مطالعه زمان زاده و همکاران (۱۵) و ویدمارک-پتerson (Widmark-Petersson) و همکاران (۱۶) و میرسعیدی و همکاران (۲۳) همخوانی داشت. همچنین خادیمان به نقل از کراون و هیرنل بر این نکته اشاره می‌کند که پیش‌بینی، یکی از نیازهای مراقبتی بیماران است (۲۵).

پرستاران در راستای درک شرایط بیمار و نیازهایش و پیش‌بینی آن، باید تمایل بیشتری به شرکت در برنامه‌ریزی‌ها و تصمیم‌گیری‌های بالینی داشته باشند. علاوه بر این پرستاران با پیش‌بینی نیازهای بیمار باید موانع موجود در رفع این نیازها را تشخیص داده و شرایطی را سازمان‌دهی کنند که باعث تسهیل عمل بیماران در امر مراقبت از خود شوند (۲۶). علیرغم وقت کم و خستگی زیاد، پرستاران باید هوشیارانه در مورد رفتارهای مراقبتی عمل کنند و با آموزش مراقبت از خود در بیماران باعث تسهیل روند کاری خودشان شوند.

نتایج این پژوهش در خصوص دیدگاه پرستاران نسبت به اولویت‌بندی رفتارهای مراقبتی، نشان داد که بیشترین اولویت پرستاران ویژه از رفتارهای مراقبتی مربوط به ارتباط توام با اعتماد و آسودگی جسمی و عاطفی بیماران بوده است و در دسترس بودن و پیش‌بینی نیازهای بیماران در رده آخر اولویت مراقبتی قرار داشت، که این می‌تواند سبب کاهش کیفیت ارائه مراقبت شود. لازم است جهت فراهم‌سازی اجرای ابعاد دراز مدت و کوتاه مدت مراقبتی آموزش‌های مناسب و دقیق توسط مسئولین و مدیران برنامه‌ریزی شود. نتایج این پژوهش می‌تواند راهگشای انجام تحقیقات دیگر در زمینه رفتارهای مراقبتی بوده تا مسئولین دانشکده‌های پرستاری و مراکز درمانی با استفاده از نتایج آن بتوانند گامی در جهت بهینه‌سازی کیفیت رفتارهای مراقبتی بردارند. پیشنهاد می‌شود به منظور بررسی دقیق‌تر رفتارهای مراقبتی مطالعات مشابه در سایر بخش‌ها نیز انجام گیرد و دیدگاه آنها از اولویت‌بندی رفتارهای مراقبتی مورد مقایسه قرار بگیرد.

الگوهای مربوط به رفتار مراقبتی در زمینه فرهنگی متفاوت دریافت می‌شود و در نتیجه می‌تواند بر عملکرد و رفتارهای مراقبتی پرستاران نیز تأثیر داشته باشد (۲۱).

همچنین از یافته‌های این پژوهش مشخص شد که پرستاران بخش ویژه به ترتیب برای زیر گروه‌های دردسترس بودن و پیش‌بینی نیازها اولویت پایین‌تری در نظر گرفتند. البته انتخاب این گویه‌ها در رده‌های پایین شاید به دلیل بارکاری زیاد پرستاران خصوصاً در بخش‌های ویژه، کمبود تعداد پرسنل و کمبود زمان باشد که همگی اینها باعث می‌شوند پرستاران فقط به انجام وظایف اصلی که تکیه بر مراقبت جسمی دارند، روی آورند (۲۲). همچنین در بررسی ارتباط خصوصیات فردی اجتماعی با زیر گروه‌های مراقبتی، متغیر سن با زیر گروه‌های آسودگی جسمی، ارتباط همراه با اعتماد و پایش بیمار ارتباط معنی‌داری داشت. به نظر می‌رسد که در سنین و تجارب بالاتر پرستاری توجه به جنبه‌های جسمی، و روانی و عاطفی بیماران اولویت بیشتری می‌یابد. در این راستا میرسعیدی و همکاران نشان دادند که در سنین بالاتر توانایی مشارکت در تصمیم‌گیری افزایش می‌یابد (۲۳). از طرفی پرستاران رسمی نسبت به پرستاران قراردادی ارتباط توام با اعتماد با بیمار و توضیح دادن به بیمار را مهم تلقی کرده بودند، به نظر می‌رسد هر چه از سمت گروه قراردادی و پیمانی به رسمی نزدیک‌تر می‌شویم به دلیل افزایش تجربه و آشنایی بیشتر با مشکلات مراقبتی مخصوصاً در بخش‌های ویژه توانایی برقراری ارتباط خوب توام با اعتماد با بیماران افزایش می‌یابد (۲۳، ۲۴). از طرفی پرستاران زن که سابقه خدمت در بخش ویژه را داشتند، پایش و پیگیری بیمار، توضیح دادن و پیش‌بینی نیازهای بیمار را مهم تلقی نمودند. زیرا با پایش و پیگیری مداوم در مورد درخواستها و نیازهای آنان با استفاده از دانش و تجربه و تفکر انتقادی، صرف نظر از زمان و مکانی که در آن مشغول فعالیت هستند به ارائه مراقبتی که روند بهبودی بیماران را تسهیل می‌کند، می‌پردازند و به موازات مراقبت از بیمار استقلال وی را حفظ می‌کنند (۱۸) که

تشکر و قدردانی

خصوصاً از مسئولین و پرستاران بخش‌های ویژه مراکز درمانی شهید مدنی، شهدا، امام رضا و سینای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز تحقیقات دانشجویی علوم پزشکی تبریز و همچنین از معاونت محترم پژوهشی علوم پزشکی تبریز جهت حمایت از انجام این پژوهش سپاسگزاری می‌شود.

مقاله حاضر بر گرفته از داده‌های پایان نامه دوره کارشناسی‌ارشد با کد اخلاقی طرح ۹۱۲۱۵ مصوب مورخ ۱۳۹۱/۱۱/۳۰ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد. در خاتمه از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش صمیمانه با پژوهشگران همکاری داشته‌اند

منابع

- 1- Haji Nejad M, Rafii F, Jafarjalal E, Haghani H. Relationship Between Nurses Care Behavior and Patient Satisfaction in Patient Opinion. *Iran Nurses Journal*. 2007; 20 (49): 73-83. [In Persian]
- 2- Chester LR. Many critical care Nurses are unaware of evidence based practice. *Am J Crit Care*. 2007; 16(2): 106-07.
- 3- Borhani F. Nurses and Nurses- manegers opinion about patient education barriers. *Qazvin Uni Med ScJ*. 2002; 5(4): 84-90. [In Persian]
- 4- Suhonen R, Efstathiou G, Tsangari H, et al. Patients' and Nurses' perceptions of individualised care: an international comparative study. *J Clin Nurs*. 2012; 21(7): 1155-67.
- 5- Ääri R-L, Tarja S, Helena L-K. Competence in intensive and critical care Nursing: A literature review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008; 24(2): 78-89.
- 6- Fernandez CV. Our moral obligations in caring for patients with orphan cancers. *CMAJ*. 2007; 176(3): 297-99.
- 7- Hejazi SM, Soltani M, Javan SAA, Aminian F, Mehdi S. The Impact of Selected Aerobic Aquatic Exercises on the Depression and Happiness Levels of Patients with Multiple Sclerosis (MS). *Life Sci J*. 2012; 9(4): 234-40.
- 8- Baljani E, Azimi N, Hosseinloo A. A Survey On Nurses' Perceptions Of The Importance Of Caring Behaviors and Factors Affecting its Provision. *Evidence Based Care*. 2012; 2(2): 13-21. [In Persian]
- 9- Matuska K, Mathiowetz V, Finlayson M. Use and perceived effectiveness of energy conservation strategies for managing multiple sclerosis fatigue. *Am J Occup Ther*. 2007 ;61(1): 62-69.
- 10- Larson P. Comparison of cancer patients' and professional Nurses' perceptions of important Nurse caring behaviors. *Heart Lung*. 1987; 16(2): 187-93.
- 11- Gjengedal E, Storli SL, Holme AN, Eskerud RS. An act of caring-patient diaries in Norwegian intensive care units. *Nurs Crit Care*. 2010; 15(4): 176-84.
- 12- Rafie F, Oskouie F, Nikravesh M. Caring Behaviors of Burn Nurses and the Related Factors. *Burns*. 2007; 33(3): 299-05.
- 13- Negarandeh R, Mohammadi S, Zabolypour S, Ghojegh TA. Relationship between Quality of Senior Nursing Students' Caring Behaviors and Patients' Satisfaction. *Hayat*. 2012; 18(3). [In Persian].

- 14- Beck CT. Quantitative measurement of caring. *J Adv Nurs*. 1999; 30(1): 24-32.
- 15- Zamanzadeh V, Azimzadeh R, Rahmani A, Valizadeh L. Oncology patients' and professional Nurses' perceptions of important Nurse caring behaviors. *BMC Nurs*. 2010; 9(1): 42-50.
- 16- Widmark-Petersson V, von Essen L, Sjöden P-O. Perceptions of caring among patients with cancer and their staff: differences and disagreements. *Cancer Nurs*. 2000; 23(1): 32-39.
- 17- Berman A, Snyder S.J, Kozier B, Erb G. *Kozier and Erb's Fundamental of Nursing*. 8thed. Newjersey Upper Saddle River: Pearson; 2008: 274.
- 18- Taylor C, Lillis C, Le Mone P. *Fundamentals of nursing human health and function*. 7thed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2010.
- 19- Wu L-M, Chin C-C, Chen C-H. Evaluation of a caring education program for Taiwanese Nursing students: A quasi-experiment with before and after comparison. *Nurse Educ Today*. 2009; 29(8): 873-78.
- 20- Schubart JR, Kinzie MB, Farace E. Caring for the brain tumor patient: family caregiver burden and unmet needs. *Neuro oncol*. 2008; 10(1): 61-72.
- 21- Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C. Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-Oncology*. 2010; 19(10): 1013-25.
- 22- Rohleder N, Marin TJ, Ma R, Miller GE. Biologic cost of caring for a cancer patient: dysregulation of pro-and anti-inflammatory signaling pathways. *J Clin Oncol*. 2009; 27(18): 2909-15.
- 23- Mirsaedi G, Lakdizaji S, Ghoojazadeh M. Demographic Factors Involved in Nurses' Clinical Decision Making. *Iran Journal of Nursing*. 2011; 24(72): 29-36. [In Persian]
- 24- Khademolhoseini SM, Alhani F, Anooshe M. Pathology of clinical training in nursing students of intensive care unit: A qualitative study. *IJCCN*. 2009; 2(2): 81-6. [In Persian]
- 25- Khademian Z, Vizeshfar F. Nursing students' perceptions of the importance of caring behaviors. *J Adv Nurs*. 2008; 61(4): 456-62.
- 26- Omari FH, AbuAlRub R, Ayasreh IR. Perceptions of patients and nurses towards nurse caring behaviors in coronary care units in Jordan. *J Clin Nurs*. 2013; 22(21-22): 3183-91.
- 27- Raines DA. A competency-based approach to the nursing research. *Nurse Educ Pract*. 2008; 8(6): 373-81.

Priorities of Caring Behaviors from Critical Care Nurses Viewpoints

Pashaee S¹, Lakdizajee S¹, Rahmani A², Zamanzade V³

¹MSc. Dept. of Medical Surgical Nursing, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²PhD. Dept. of Nursing, Hematology and Oncology Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³PhD. Dept. of Nursing, Dep of medical surgical nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Corresponding Author: Dept. of Medical Surgical Nursing, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Email: sima.lak90@gmail.com

Received: 3 August 2013 **Accepted:** 5 March 2014

Background and Objectives: Caring is central to the nature of nursing. Due to the special conditions of patients in the critical care wards, caring behaviors are important to be considered. Despite the important role of nurses in quality of care, viewpoints of nurses on the caring behaviors are unclear. This study investigated the views of critical care nurses toward caring behaviors priorities.

Materials and Methods: In this descriptive-correlative study, 200 critical care nurses were selected based on the stratified random sampling. Data were collected using the Caring Questionnaire developed by Larson. Caring behaviors were ranked on a 5-point Likert-type scale with 57 caring behavior items ordered in six subscales. The data were analyzed using the statistical methods in the SPSS-21.0.

Results: Results showed that the highest priority was related to the "confident communication with patients" and the lowest priority was related to the "being accessible" and "anticipation". Furthermore, nurses ages had significant relationship with physical relaxation, confident relationship and follow-ups through subgroups ($p=0.01$). Female nurses ranked "monitors and follow-ups through" higher than male nurses ($p=0.01$).

Conclusion: Most nurses based their work according to the confident communication with patients. The availability and anticipated needs of the patients care were identified as the lowest priorities. Providing long-term and short-term programs by policymakers in order to conduct appropriate trainings are recommended.

Key words: *nursing care, behavior, critical care, Iran*

Please cite this article as follows:

Pashaee S, Lakdizajee S, Rahmani A, Zamanzade V. Priorities of Caring Behaviors from Critical Care Nurses Viewpoints. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal (PCNM); 2014; 4(1): 65-73.
