Globethics Repository



[Patients Dignity: a Comparative Study between the Perspective of Nurses and Adolescents]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Karimi, Roghayyeh;Nayyeri, Nahid Dehghen;Sadeghi, Tabandeh;Mehran, Abbass
Publisher	Tehran University of Medical Sciences
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-11-04 01:09:54
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/173734

مقایسه‌ی دیدگاه پرستاران و نوجوانان بیمار بستری از شأن و منزلت بیمار

رقیه کریمی[1]، دکتر ناهید دهقان نیری[*2]، تابنده صادقی[3]، عباس مهران[4]

چکیده

اساس و بنیاد مراقبت پرستاری احترام به شأن افراد است. جزء تفکیک‌ناپذیر پرستاری احترام به زندگی، شأن و حقوق انسان‌ها است که تحت تأثیر ملیت، نژاد، مذهب، رنگ پوست، سن، جنس یا وضعیت‌های سیاسی اجتماعی قرار نمی گیرد. این مسأله در نوجوانی اهمیت دو چندانی می‌یابد، زیرا که نوجوانی زمان تغییر و شروع تصمیم‌گیری فرد است. تلاش نوجوانان برای استقلال، تصمیم‌گیری و آزادی به خاطر هویت شخصی است. هر موردی که مداخله‌ای در آن نماید، تهدیدی برای حس هویت بوده و سبب از دست دادن اراده خواهد شد. بیماری با محدود کردن توانایی‌های فیزیکی و بستری شدن در بیمارستان منجر به جدایی از سیستم حمایت شده که می‌تواند سبب بحران‌های موقعیتی جدی در نوجوان شود. بررسی دیدگاه نوجوانان به همراه مقایسه با دیدگاه پرستاران می‌تواند ضمن آشکارسازی اختلافات موجود، زمینه‌ی ارائه‌ی خدمات جامع تر پرستاران به نوجوانان بستری در بیمارستان را فراهم آورد.

این تحقیق، مطالعه‌ای پیمایشی، از نوع مقطعی است. برای انجام آن ۱۷۵ پرستار و ۱۸۰ نوجوان بستری (۱۸- ۱۲ سال) که خصوصیات لازم برای نمونه‌گیری را دارا بودند، به ترتیب به روش سرشماری و نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و روش گردآوری داده‌ها خودگزارشی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار آماری SPSS و با به کارگیری آمار توصیفی و استنباطی نظیر آزمون من ویتنی یو و کروسکال والیس صورت گرفت.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین درک پرستاران و نوجوانان بستری در زمینه‌ی اهمیت حریم ($P <$ ۰/۰۰۱)، رعایت حریم ($P <$ ۰/۰۰۱)، اهمیت تعاملات پرستار و نوجوان ($P =$ ۰/۰۱۹)، رعایت تعاملات پرستار و نوجوان ($P <$ ۰/۰۰۱)، تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد و در این زمینه‌ها میانگین درک پرستاران از نوجوانان بالاتر است. در زمینه‌ی اهمیت و رعایت ایجاد فرصت برای تصمیم‌گیری نوجوان تفاوت آماری معنی‌داری بین درک پرستاران و نوجوانان بستری وجود ندارد. در مجموع، بین درک پرستاران و نوجوانان بستری در زمینه‌ی اهمیت شأن و منزلت ($P <$ ۰/۰۰۱) و رعایت شأن و منزلت ($P <$ ۰/۰۰۱)، تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد و میانگین درک پرستاران از نوجوانان بالاتر است.

با استفاده از یافته‌های این پژوهش و با توجه به اولویت‌های اهمیت و رعایت از دیدگاه نوجوانان می‌توان پرستاران را راهنمایی نمود تا مراقبتی با کیفیت بالاتر به این گروه سنی ارائه دهند.

واژگان کلیدی: شأن و منزلت، تعامل پرستار و بیمار، تصمیم‌گیری توسط بیمار، نوجوانان

---

[1] مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

[2] استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

[3] کارشناس ارشد پرستاری

[4] کارشناس ارشد آمار

*** نشانی:** تهران، میدان توحید، خیابان نصرت، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دفتر معاونت آموزشی، تلفن: ۶۶۴۲۰۷۳۹-۰۲۱

email: nahid.nayeri@gmail.com

مقدمه

اساس و بنیاد مراقبت پرستاری احترام به شأن افراد است که هر روزه از اهمیت بیش‌تری برخوردار می‌شود (۱). مؤسسات بین‌المللی مختلف نظیر مجمع عمومی سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی در اعلامیه‌های خود به اهمیت حفظ شأن و مقام به‌عنوان پایه‌ی اساسی سلامت انسان و ارتقاء سلامت بیماران تأکید نموده و اهم حقوق بیماران را حق داشتن رضایت آگاهانه، دسترسی به خدمات بهداشتی، محرمانه ماندن اطلاعات و حفظ حریم و خلوت آن‌ها ذکر کرده‌اند (۲،۳). از طرف دیگر، انجمن بین‌المللی پرستاری (۲۰۰۵) اظهار می دارد: جزء تفکیک‌ناپذیر در پرستاری احترام به زندگی، شأن و حقوق انسان‌هاست که تحت تأثیر ملیت، نژاد، مذهب، رنگ پوست، سن، جنس یا وضعیت‌های سیاسی اجتماعی قرار نمی گیرد (٤).

شأن یک مفهوم مهم و اساسی در پرستاری و جنبه‌ی مرکزی مراقبت پرستاری است که تعاریف مختلفی از آن ارائه شده است (۵). Dignity معادل انگلیسی واژه‌ی شأن است و از دو کلمه‌ی لاتین «dignitus» به معنای لیاقت و شایستگی و «dignus» به معنای ارزش و بها مشتق شده است (٦).

مایریس در مطالعه‌ای با ۲۰ دانشجوی پرستاری در مورد درک آن‌ها از شأن و منزلت مصاحبه‌ای انجام داد و اظهار کرد: احترام به خود، عزت نفس و حریم مهم‌ترین پارامترهایی هستند که می‌توان مفهوم شأن و منزلت را با آن‌ها شرح داد (۷). هادوک در تحقیقی کیفی سعی کرد مفهوم شأن و منزلت را آشکار سازد. وی با ۱۵ شرکت کننده، از جمله دانشجوی پرستاری، دوستان و اعضای خانواده‌ی آن‌ها مصاحبه نمود و در پایان اظهار داشت: شرکت کنندگان تعریف واحدی از شأن و منزلت ارائه نکردند، اما شأن و منزلت را با استفاده از پارامترها یا خصوصیاتی مانند احترام، اعتماد به خود، کنترل خود و محیط، حریم و هویت که می‌توانند از طریق ارتباط افزایش پیدا کنند شرح می‌دهند (۸). اما به‌طور کل آن‌چه در اکثر منابع در تعریف dignity به آن اشاره شده و اکثر نویسندگان با آن موافق هستند چهار ویژگی احترام، استقلال، توانمندی و ارتباط است. در مقوله‌ی احترام (احترام به خود، احترام به دیگران، احترام به حریم دیگران، اعتماد و اعتقاد به خود و دیگران)، در مقوله‌ی استقلال (حق انتخاب، حق تصمیم‌گیری و عدم وابستگی)، در مقوله‌ی توانمندی (احساس مهم بودن، عزت نفس، تواضع و افتخار) و در مقوله‌ی ارتباط (وقت گذاشتن، شرح اطلاعات، درک اطلاعات، ارتباطات کلامی و غیر کلامی) قرار گرفته‌اند (۹). در این پژوهش سه بعد حریم، تعامل پرستار و بیمار و ایجاد فرصت برای تصمیم‌گیری بیمار مورد بررسی قرار گرفت.

برای ارائه‌ی مراقبت مناسب، پرستار نیاز دارد که ارتباط باز و صادقانه با بیمار برقرار نماید، به ارزش‌های فردی و حرفه‌ای احترام گذاشته و نسبت به وجود تفاوت‌ها در افراد حساس باشد. هم‌چنین بیمارستان‌ها به‌عنوان محلی برای ارائه‌ی خدمات بهداشتی می‌بایست برای درک و رعایت حقوق بیماران و خانواده‌ی آنان چارچوبی تدوین نمایند. باید مطمئن شویم که در بیمارستان‌ها رعایت اخلاقیات در مراقبت لحاظ شده و بر اساس آن به نقش بیماران در تصمیم‌گیری، انتخاب‌های درمانی و سایر جنبه‌های مراقبتی آنان احترام گذاشته می‌شود (۱۰). در زدن قبل از ورود به اتاق بیمار، رعایت ادب و احترام با خانواده‌ی بیمار از اصول اساسی تعامل با بیمار است (۱۱).

نوجوانی زمان تغییر و شروع تصمیم‌گیری است و یکی از مشکل‌ترین بیماران برای مراقبت در بیمارستان نوجوانان هستند. بستری شدن در بیمارستان حتی برای مدتی کوتاه می‌تواند اثری ناخوشایند بر نوجوان داشته باشد و استرس‌های زندگی او را تشدید کند (۱۲). نوجوانان هنگامی تمایل به همکاری با مراقبان بهداشتی دارند که از احترام و توجه کافی برخوردار شوند؛ نسبت به کادری علاقه‌مند می‌شوند که صداقت داشته، قابل احترام، شایسته و محرم اسرار باشند و

مطابق سن و سالشان با آنان برخورد کنند. صداقت به معنای فراهم کردن اطلاعات صحیح و واقعی بدون حاشیه رفتن و القاء اطمینان کاذب خصوصاً در ارتباط با پروسیجرهای دردناک است. حس احترام، نشان دادن مراقبت حقیقی بدون پیش‌داوری، تأکید بر بیماری یا ناراحتی نوجوان، حساس بودن به موضوعات حجب و حیاء و توضیح کامل پروسیجر و اهمیت دادن به وقت نوجوان است که زیاد در انتظار نوبت نباشند (۱۳). هم‌چنین لازم است نوجوان در برنامه‌ی مراقبت شرکت داده شود، ارتباط او با خانواده و هم‌سالان مورد حمایت قرار گیرد، توضیحات واضح و قابل اعتماد داده شود، طغیان‌های عاطفی پذیرفته شده و ارتباط بین او و خانواده تقویت شود (۱۴).

سلامت نوجوانان، پیش‌شرط سلامت و توسعه‌ی آینده کشور است. هرگونه تلاشی برای ارتقاء سلامت نوجوانان بدون توجه به نظرات آنان ناقص خواهد بود. بررسی دیدگاه نوجوانان همراه با مقایسه‌ی دیدگاه پرستاران می‌تواند اختلافات را آشکار سازد و در این‌صورت پرستاران با درک دیدگاه نوجوانان بستری در بیمارستان قادر به ارائه‌ی خدمات جامع تری خواهند بود. از آن‌جا که به حفظ شأن و منزلت بیمار تأکید بسیاری شده و بر اساس مرور متون، مطالعه‌ای در زمینه‌ی مقایسه دیدگاه نوجوانان و پرستاران در رابطه با شأن و منزلت یافت نشد، مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه‌ی درک پرستاران و نوجوانان بیمار بستری از شان و منزلت بیمار صورت گرفته است.

روش بررسی

این تحقیق، یک مطالعه‌ی پیمایشی، از نوع مقطعی است. جامعه‌ی پژوهش پرستاران فارغ‌التحصیل شاغل و نوجوانان بستری در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۸۷ هستند. پرستاران فارغ‌التحصیل شاغل (لیسانس و فوق لیسانس) در بخش‌های عمومی که مایل به شرکت در مطالعه بودند و نوجوانان بستری در این بیمارستان‌ها وارد مطالعه شدند. داشتن ۱۸-۱۲ سال سن، حداقل سابقه‌ی ۳ روز بستری، هوشیار بودن، نداشتن هیچ‌گونه محدودیت ذهنی و توانایی پاسخ‌گویی به سؤالات به‌عنوان معیارهای ورود به مطالعه برای نوجوانان در نظر گرفته شدند.

نوجوانی دوره‌ای بین کودکی و بزرگسالی است که از سنین ۱۱ الی ۱۲ سالگی شروع شده و در ۱۸ تا ۲۰ سالگی خاتمه می‌یابد. رشد سریع فیزیکی، شناختی، اجتماعی و عاطفی در این دوران اتفاق می‌افتد (۱۳). با توجه به این تعریف، در پژوهش حاضر نوجوانان سنین ۱۲ تا ۱۸ سال در نظر گرفته شدند (منظور از ۱۲ سال نیز ۱۲ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز بود).

حجم نمونه‌ی نوجوانان با توجه به مطالعه‌ی مقدماتی ۱۷۸ نفر به‌دست آمد که ۱۸۰ پرسشنامه توزیع و جمع‌آوری گردید. پرستاران به‌صورت سرشماری انتخاب شدند. بدین منظور ۱۸۵ پرسشنامه توزیع و در نهایت ۱۷۵ پرسشنامه جمع‌آوری گردید. نمونه‌گیری از نوجوانان به مدت سه ماه به روش در دسترس انجام شد. از دو پرسشنامه‌ی یکسان که تنها عبارات آن‌ها برای دو گروه تطبیق داده شده بود، به‌عنوان ابزار گردآوری داده‌ها استفاده شد و روش استفاده از آن‌ها خود تکمیلی بود. پرسشنامه‌ها سه بعد حریم، تعامل پرستار و بیمار و ایجاد فرصت جهت تصمیم‌گیری بیمار را مورد بررسی قرار دادند که شامل دو بخش بود: (۱) اطلاعات دموگرافیک و (۲) سؤالات مربوط به درک از شأن و منزلت بیمار در ۳ بخش تعامل پرستار و نوجوان (۱۲ سؤال)، حریم نوجوان (۱۸ سؤال)، و ایجاد فرصت برای تصمیم‌گیری نوجوان (۸ سؤال).

اعتبار علمی ابزار به روش اعتبار محتوا و با نظرخواهی از ۱۵ تن از اعضای هیئت علمی تعیین شد. برای تعیین اعتماد ابزار، آزمون به‌صورت مقدماتی انجام و ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید. نتایج آن برای پرسشنامه‌ی پرستاران در مقیاس اهمیت ۰/۸۵ ، و برای مقیاس رعایت ۰/۹۱ بود. نتایج آزمون اعتماد برای پرسشنامه‌ی نوجوانان در مقیاس اهمیت ۰/۸۱ ، و برای مقیاس رعایت ۰/۸۵ بود. کلیه‌ی داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون من ویتنی یو و آزمون کروسکال والیس) با سطح معناداری ($P <$ ۰/۰۵) استفاده گردید.

پرسشنامه در مجموع هم اهمیت هر گویه و هم میزان رعایت هر گویه را مورد بررسی قرار می‌داد. «میزان اهمیت گویه‌ها به‌صورت یک مقیاس لایکرت سه موردی» اهمیت ندارد " (امتیاز صفر)،" تا حدودی اهمیت دارد "(امتیاز ۱) و " اهمیت دارد " (امتیاز ۲)" و " میزان رعایت گویه‌ها " هم به‌صورت یک مقیاس لایکرت سه موردی "رعایت نمی‌شود" (امتیاز صفر)، " تا حدودی رعایت می‌شود " (امتیاز یک) و "رعایت می‌شود " (امتیاز ۲) سنجیده شد.

نتایج

بر اساس نتایج مطالعه، اکثریت پرستاران(۹۷/۷ درصد) زن، بیش از نیمی(۵۴/۳ درصد) در گروه سنی زیر ۳۰ سال (۶/۹۹ ± ۳۱/۵۵)، سطح تحصیلات لیسانس (۹۶/۶ درصد)، اکثریت (۶۱/۷ درصد) بدون فرزند، بدون فرزند ۱۸-۱۲ سال (۸۵/۱ درصد) و بیش از نیمی از پرستاران سابقه‌ی بستری شدن فرزند خود (۵۵/۲ درصد) در بیمارستان را داشته‌اند. حدود یک‌سوم آن‌ها (۳۲/۲ درصد) کم‌تر از ۲ سال سابقه در حرفه پرستاری و نزدیک به نیمی کم‌تر از ۲ سال سابقه خدمت در بخش اطفال (۴۶/۳ درصد) داشتند. سمت اکثریت واحدهای مورد پژوهش(۹۵/۴ درصد) نیز پرستار بود. بیش از یک‌سوم از نوجوانان مورد پژوهش (۳۶/۱ درصد) در رده‌ی سنی ۱۵-۱۴ سال (۱/۸۲ ± ۱۴/۴۷)، بیش از نیمی از آن‌ها پسر (۵۳/۳ درصد)، اکثریت دارای گویش فارسی (۹۳/۹ درصد)، اکثریت آنان (۶۸/۹ درصد) دارای سابقه‌ی بستری، بستری به‌علت بیماری مزمن(۶۳/۳ درصد)، طول مدت بیماری ۲ تا ۵ سال (۲۸/۹ درصد)، مدت زمان بستری در بیمارستان بین ۵-۳ روز (۶۶/۷ درصد)، دفعات بستری ۲ تا ۵ بار (۴۲/۲ درصد)، و محل زندگی بیش از نیمی از آنان (۵۵/۶ درصد) شهرستان بوده است.

در زمینه‌ی متغیرهای مورد بررسی در پژوهش نیز نتایج نشان داد بین دیدگاه پرستاران و نوجوانان در زمینه‌ی اهمیت حریم بیمار اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد(من ویتنی یو، $P <$ ۰/۰۰۱) و میانگین دیدگاه پرستاران (۴/۱۸ ± ۳۳/۲۸) از میانگین دیدگاه نوجوانان (۲/۷۷ ± ۳۰/۸۹) بالاتر می‌باشد. هم‌چنین بر اساس نتایج، بین دیدگاه پرستاران و نوجوانان در زمینه‌ی رعایت حریم بیمار نیز اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد(من ویتنی یو، $P <$ ۰/۰۰۱) و میانگین دیدگاه پرستاران (۶/۵۷ ± ۲۰/۱۶) از میانگین دیدگاه نوجوانان(۴/۱۲± ۱۱/۷۱) بالاتر است.

لازم به ذکر است در زمینه‌ی حریم شخصی گویه‌هایی مانند درب زدن پرستار و معرفی خود، پرسیدن سؤالات منحصر به بیماری از نوجوان، اجازه گرفتن قبل از جابه‌جایی وسایل، پوشاندن نواحی غیر ضروری بدن، صرف وقت جهت برآورده کردن نیازها، محیط مطلوب از نظر دما، نور، سر و صدا، وجود تلفن، حمام و توالت در اتاق و بستری در اتاق با هم‌سالان خود، مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد: مهم‌ترین اولویت در زمینه‌ی حریم از دیدگاه پرستاران گویه‌ی (پوشاندن نواحی غیرضروری بدن هنگام انجام مراقبت)، اما از دیدگاه نوجوانان گویه‌ی (صرف کردن وقت برای برآورده کردن نیازهای بیمار و فراهم کردن محیط تمیز و آراسته) است. کم‌ترین مورد اهمیت از دیدگاه هر دو گروه، گویه‌ی (در زدن قبل از ورود به اتاق بیمار) است. هم‌چنین بیش‌ترین مورد رعایت در زمینه‌ی حریم از دیدگاه پرستاران سؤال (اقدام فوری در صورت نیاز بیمار به کمک)، اما از دیدگاه نوجوانان گویه‌ی (صدا کردن بیمار با نام مورد علاقه) است. کم‌ترین مورد رعایت از دیدگاه پرستاران گویه‌های (وجود تلفن در اتاق، بستری در اتاق به تفکیک سنی)، و از دیدگاه نوجوانان گویه‌های(درب زدن پرستار و معرفی خود) می‌باشند.

بر اساس نتایج بین دیدگاه پرستاران و نوجوانان در زمینه‌ی اهمیت تعامل پرستار و بیمار اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد (من ویتنی یو، $P =$ ۰/۰۱۹) و میانگین

درک پرستاران (۲/۹۲± ۲۲/۴۲) از میانگین درک نوجوانان (۳/۱۵ ± ۲۱/۷۵) بالاتر است. هم‌چنین بین درک پرستاران و نوجوانان در زمینه‌ی رعایت تعامل پرستار و بیمار نیز اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد (من ویتنی یو، $P < ۰/۰۰۱$) و میانگین درک پرستاران (۵/۱۰± ۱۴/۶۴) از میانگین درک نوجوانان (۵/۵۲ ± ۸/۹۹) بالاتر است.

در زمینه‌ی تعامل پرستار و بیمار گویه‌هایی مانند آشنایی با پرسنل و محیط فیزیکی بخش در زمان پذیرش، توضیح در مورد بیماری، داروها و نتایج آزمایشات، بیان علت انجام هر اقدام درمانی، آموزش مسائل مراقبتی مورد نیاز به بیمار و خانواده، برقراری ارتباط کلامی و غیرکلامی مناسب به کار رفت و نتایج نشان داد: مهم‌ترین اولویت در زمینه‌ی تعامل پرستار و نوجوان از دیدگاه پرستاران، گویه‌ی (توضیح مراقبت‌های پیگیری مورد نیاز بعد از ترخیص)، اما از دیدگاه نوجوانان گویه‌های (برقراری ارتباط کلامی مناسب و گوش دادن با حوصله به صحبت‌های آنان) است. کم‌ترین مورد اهمیت از دیدگاه پرستاران گویه‌ی (توضیح در مورد نتایج آزمایشات)، اما از دیدگاه نوجوانان گویه‌ی (آشنایی با پرسنل بخش در زمان پذیرش) است. بیش‌ترین مورد رعایت در زمینه‌ی تعامل پرستار و نوجوان از دیدگاه پرستاران و نوجوانان گویه‌های (برقراری ارتباط کلامی و غیر کلامی مناسب) است. کم‌ترین مورد رعایت از دیدگاه پرستاران گویه‌ی (آشنایی بیمار با پرسنل بخش در زمان پذیرش)، اما از دیدگاه نوجوانان گویه‌ی (بیان علت انجام هر اقدام درمانی/ پرستاری) است.

نتایج نشان داد بین دیدگاه پرستاران و نوجوانان در زمینه‌ی اهمیت ایجاد فرصت برای تصمیم‌گیری بیمار اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد (جدول شماره ۱). هم‌چنین بین دیدگاه پرستاران و نوجوانان در زمینه‌ی رعایت ایجاد فرصت جهت تصمیم‌گیری بیمار اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد (جدول شماره ۲).

جدول ۱ – مقایسه میانگین درک از اهمیت ایجاد فرصت جهت تصمیم‌گیری نوجوان بستری در دو گروه پرستاران و نوجوانان

گروه / درک از اهمیت ایجاد فرصت جهت تصمیم‌گیری بیمار	پرستاران	نوجوانان	سطح معنادار
میانگین	۱۳/۵۸	۱۳/۸۳	$P^* = ۰/۳۴۲$
انحراف معیار	۳/۰۱	۲/۱۵	

- آزمون من ویتنی یو

جدول ۲ – مقایسه میانگین درک از رعایت ایجاد فرصت جهت تصمیم‌گیری نوجوان بستری در دو گروه پرستاران و نوجوانان

گروه / درک از رعایت ایجاد فرصت جهت تصمیم‌گیری بیمار	پرستاران	نوجوانان	سطح معنادار
میانگین	۶/۹۳	۶/۵۵	$P^* = ۰/۱۱۹$
انحراف معیار	۲/۹۱	۱/۸۸	

*آزمون من ویتنی یو

در زمینه‌ی ایجاد فرصت جهت تصمیم‌گیری بیمار گویه‌هایی از قبیل: حضور فرد مورد علاقه به‌عنوان همراه، شرکت در امر مراقبت، انتخاب محل تخت و اتاق با نظر نوجوان، تغییر پرستار در صورت تمایل، پوشیدن لباس مورد علاقه به کار رفت و نتایج نشان داد مهم‌ترین اولویت در زمینه‌ی ایجاد فرصت جهت تصمیم‌گیری نوجوان از دیدگاه پرستاران گویه‌ی (مشارکت در امر مراقبت)، اما از دیدگاه نوجوانان گویه‌ی (حضور فرد مورد علاقه به‌عنوان همراه) است. کم‌ترین مورد اهمیت از دیدگاه پرستاران گویه‌ی (تغییر پرستار توسط بیمار)، اما از دیدگاه نوجوانان گویه‌ی (استفاده از مرخصی موقت) است. بیش‌ترین مورد رعایت در زمینه‌ی ایجاد فرصت جهت تصمیم‌گیری نوجوان از دیدگاه دو گروه گویه‌ی (حضور فرد مورد علاقه به‌عنوان همراه) و کم‌ترین مورد رعایت از دیدگاه دو گروه گویه‌های (انتخاب محل تخت و اتاق و تغییر پرستار در صورت تمایل) است. در مجموع، نتایج نشان داد بین دیدگاه پرستاران و نوجوانان در زمینه‌ی اهمیت و رعایت شأن و منزلت بیمار اختلاف آماری معنی‌داری ($P < ۰/۰۰۱$) وجود دارد.

بحث

بر اساس یافته‌های این پژوهش بین دیدگاه پرستاران و نوجوانان مورد پژوهش از میزان اهمیت حریم نوجوان اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد. در مطالعه‌ی Back و Wikblade که نگرش بیماران و پرستاران در رابطه با اهمیت حریم بررسی شده بود نیز هم‌سو با این مطالعه بین نگرش پرستاران و بیماران اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($P = ۰/۰۰۱$) و میانگین نمره‌ی پرستاران از بیماران بالاتر بود. در واقع، از دیدگاه پرستاران اهمیت حریم بیمار بیش‌تر از خود بیماران گزارش شده بود (۱۵).

هم‌چنین یافته‌ها نشان دادند بین درک پرستاران و نوجوانان مورد پژوهش از میزان رعایت حریم نوجوان اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). در مطالعه‌ی Lemonidou و همکاران نیز چنین نتیجه‌ی مشابهی مشاهده می‌شود و در زمینه‌ی رعایت حریم میانگین نمره‌ی پرستاران از بیماران بالاتر بود(۱۶).

در ارتباط با اولویت اهمیت سؤالات مربوط به حریم شخصی نوجوان بستری یافته‌ها نشان دادند بین دیدگاه دو گروه تفاوت وجود دارد. در تحقیق Hutton نیز مشابه این مطالعه مشخص گردید وجود تلفن، حمام و توالت از دیدگاه نوجوانان بستری در بیمارستان اهمیت زیادی دارد و بیش‌تر تمایل به بستری شدن در اتاق خصوصی را دارند.

در تحقیق Back و Wikblade از نظر بیماران «اجازه جهت صحبت با پزشک در خلوت» دارای بیش‌ترین اهمیت و «امکان صرف غذا در خلوت» کم‌ترین اهمیت را دارا بوده است که با پژوهش اخیر متفاوت است. در این رابطه علاوه بر تفاوت زمینه‌ی فرهنگی واحدهای مورد پژوهش می‌توان به تفاوت سنی واحدها در دو پژوهش نیز اشاره کرد، به‌طوری که دیدگاه نوجوانان با بزرگسالان متفاوت و از دید آنان توجه پرستار و صرف وقت برای برآورده کردن نیازهای آنان حائز اهمیت است. از طرف دیگر، نتایج پژوهش Edwards مشابه تحقیق حاضر نشان داد که مددجویان نسبت به ورود کارکنان به فضایشان (اتاق، تخت) اعتراضی نداشتند و آن را جزئی از کار آن‌ها تفسیر می‌کردند اما بیان می‌کردند تنها به دلیل وجود بیماری، ورود کارکنان به فضایشان را پذیرفته‌اند؛ ضمن این که پذیرش ورود به فضا فقط در مورد کارکنان بود و مددجویان اجازه نمی‌دادند سایرین به فضایشان وارد شوند (۱۷). شاید بتوان برای کم اهمیت بودن «در زدن قبل از ورود به اتاق بیماران» از دیدگاه نوجوانان این پژوهش، به دلایلی مشابه تحقیق فوق، اشاره و اظهار نماییم با توجه به این که اکثریت نوجوانان این پژوهش(۶۳/۳ درصد) به علت بیماری مزمن بستری شده بودند، ورود کارکنان به فضایشان را پذیرفته‌اند و این موضوع از دید آنان اهمیتی ندارد یا به‌عبارتی دیگر به علت بستری در بیمارستان این عدم درب زدن را نیز جزئی از آن محیط دانسته‌اند.

از طرفی، در ارتباط با اولویت رعایت سؤالات مربوط به

حریم شخصی نوجوان بستری یافته‌ها نشان داد، بین دیدگاه دو گروه تفاوت وجود دارد. در مطالعه‌ی کهن و همکاران ، در مقیاس رعایت، از نظر بیماران«عدم استفاده از وسایل خصوصی شما» بیش‌ترین مورد رعایت و «معرفی کارکنان به شما قبل از ارائه‌ی مراقبت» کم‌ترین مورد رعایت است که از این لحاظ با تحقیق حاضر مشابهت دارد(۱۸). در مطالعه‌ی قاسمی و وشانی نیز چنین نتیجه‌ی مشابهی مشاهده می‌گردد به طوری که کم‌ترین مواردی که در زمینه‌ی رعایت حریم از دیدگاه بیماران گزارش شده بود معرفی پرستاران قبل از ارائه‌ی مراقبت به بیماران و اجازه گرفتن از آنان هنگام ورود به اتاق است (۱۹). همان‌گونه که مشاهده می‌کنیم در این دو تحقیق نیز که در دو ناحیه‌ی مختلف از کشور ما انجام شده است، مشابه تحقیق حاضر این موارد رعایت نشده است. شاید بتوان گفت در کشور ما ساختار بیمارستان‌ها به گونه‌ای است که بسیاری از اقدامات امکان‌پذیر نیست به‌طوری که تعدد تخت‌ها در اتاق و اقدامات متعدد پرستاری و درمانی برای هریک از بیماران مانع امکان بستن در، درب زدن و اجازه گرفتن برای ورود به اتاق می‌شود.

در این مطالعه مشخص شد بین دیدگاه پرستاران و نوجوانان در زمینه‌ی میزان اهمیت تعامل پرستار و نوجوان و رعایت در این مورد اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد. نتایج مطالعه‌ی Lemonidou و همکاران نیز در این زمینه مشابه بود ($P < ۰/۰۰۱$) و میانگین نمره‌ی پرستاران از بیماران بالاتر بود. گویه‌ی «توضیح در مورد اقدامات و خطرات احتمالی عمل و نحوه مراقبت از زخم» کم‌ترین مورد رعایت شده از دیدگاه بیماران بود که از این لحاظ نیز با تحقیق حاضر شباهت دارد. در تحقیق کهن و همکاران نیز مشابه این تحقیق «توضیح اقدام درمانی یا مراقبتی قبل از انجام آن» میزان بالایی از عدم رعایت را به خود اختصاص داده است.

در تحقیق ماتیتی و شارمن مشابه این تحقیق اکثریت بیماران از برقراری ارتباط کلامی و غیر کلامی پرستاران احساس رضایت کرده بودند (۲۰). در پژوهش جزء کبیری و همکاران برخلاف نتایج تحقیق حاضر، گزارش شده که پرستاران اکثراً با بیماران ارتباط کلامی و غیرکلامی برقرار نمی‌نمایند و در صورت برقراری ارتباط، مدت زمان آن کم است. با توجه به این‌که روش جمع‌آوری داده‌های این پژوهش مشاهده بوده است می‌توان گفت که علت اختلاف آن با پژوهش حاضر در این است که نظر پژوهشگر و تطابق با استانداردها شرط بوده، اما در پژوهش حاضر نظرات خود بیماران جمع‌آوری شده است (۲۱).

با توجه به یافته‌ها بین دیدگاه پرستاران و نوجوانان در زمینه‌ی اهمیت ایجاد فرصت برای تصمیم‌گیری نوجوان و رعایت آن اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد. در حالی که نتایج پژوهش Lemonidou و همکاران بیانگر اختلاف معنی‌داری بوده است و میانگین نمره‌ی پرستاران از بیماران بالاتر بود. با این حال، مشابه تحقیق حاضر، «حضور فرد حمایت‌کننده» بیش‌ترین موردی بود که از دیدگاه بیماران رعایت می‌شد و کم‌ترین مورد رعایت نیز از دیدگاه دو گروه «انتخاب نوع درمان» و «انتخاب مدت زمان بستری در بیمارستان» بود. «شرکت در امر مراقبت از خود» از دیدگاه پرستاران بیش‌ترین موردی بود که رعایت می‌شد که از این لحاظ با تحقیق حاضر اختلاف دارد. در پژوهش والش و کووانکو نیز مشابه تحقیق حاضر، حق انتخاب و ایجاد فرصت جهت تصمیم‌گیری بیمار از دیدگاه هر دو گروه بیماران و پرستاران دارای اهمیت بوده و آن را یکی از موارد مهم در حفظ شأن و منزلت بیمار ذکر می‌نمایند(۲۲). در پژوهش لاندکویست و نیلستون مشارکت در امر مراقبت از دیدگاه کودکان و والدین آنان دارای اهمیت زیادی بوده و اعتقاد داشتند در صورتی که به آنان اجازه‌ی شرکت در امر مراقبت داده نشود اعتماد به نفس خود را از دست داده و احساس از دست دادن شأن و منزلت به آن‌ها دست می‌دهد(۲۳). در تحقیق والش و کووانکو بر خلاف تحقیق حاضر بین درک پرستاران و بیماران از شأن و منزلت، اختلاف وجود نداشت و

موارد مهم از دیدگاه هر دو گروه تقریباً مشابه بود.

بر اساس نتایج، پرستاران دارای سن بیش‌تر از ۴۰ سال، متأهل، دارای سابقه‌ی بستری فرزند و سابقه‌ی خدمت بیش‌تر از ده سال در حرفه پرستاری اهمیت بیش‌تری برای حریم و ایجاد فرصت جهت تصمیم‌گیری نوجوان قائل بودند. ایجاد فرصت برای تصمیم‌گیری با افزایش سن نوجوان اهمیت بیش‌تری پیدا می‌کند، و از دیدگاه نوجوانان بالاتر از ۱۴ سال، دارای سابقه‌ی بستری در بیمارستان، بستری به علت بیماری مزمن، طول مدت ابتلا به بیماری بیش از ۵ سال و دفعات بستری بیش از ۵ بار، بیش‌تر رعایت می‌شود. در مطالعه‌ی لمونیدو و همکاران بر خلاف این تحقیق ، بیمارانی که سابقه‌ی بستری قبلی نداشتند، نمره‌ی ایجاد امکان فرصت تصمیم‌گیری بالاتری داشتند. بین سن و رعایت حریم، تعامل پرستار و بیمار و فرصت برای تصمیم‌گیری نیز ارتباط وجود داشت و بیماران جوان‌تر نمره‌ی رعایت بالاتری داشتند، اما در این تحقیق سن فقط با رعایت فرصت برای تصمیم‌گیری ارتباط داشت و در دو بعد حریم و تعامل پرستار و بیمار معنی‌دار نبود و بر خلاف مطالعه‌ی لمونیدو و همکاران نوجوانان دارای سن بیش‌تر درصد بالاتری از رعایت را گزارش کرده بودند.

نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند مدیران را در برنامه‌ریزی‌ها و آموزش‌های ضمن خدمت مراقبت پرستاری از نوجوانان یاری کند. با توجه به این‌که در این تحقیق از پرسشنامه استفاده شد پیشنهاد می‌گردد تحقیقات دیگری با روش مشاهده، در بیماران بزرگسال و یا به‌صورت کیفی صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

در مجموع، در زمینه‌ی اهمیت و رعایت شأن و منزلت میانگین دیدگاه پرستاران از نوجوانان بالاتر است. می‌توان گفت گرچه شاید در رعایت موانعی وجود داشته باشد اما به منزله‌ی آن نیست که اهمیتی از دیدگاه پرستاران ندارد، بلکه عوامل دیگری می‌توانند در آن دخیل باشند که نیاز به مطالعات بعدی را می‌طلبد. با توجه به آن که ارائه‌ی مراقبت بر اساس دیدگاه و تجربیات بیماران یکی از شاخص‌های مهم رضایت بیمار و کیفیت مراقبت است، می‌توان پرستاران و مدیران را در جهت فراهم نمودن مواردی که از دید نوجوانان اهمیت دارد و کم‌تر رعایت می‌شود راهنمایی نمود تا بتوانند موانع سر راه رعایت شأن و منزلت بیماران را بردارند.

تشکر و قدردانی

این تحقیق حاصل پایان نامه‌ای است که در دانشگاه علوم پزشکی تهران به تصویب رسیده است که از مسؤولین مربوطه تشکر و قدردانی می‌شود. از کلیه‌ی همکاران پرستار شاغل در بیمارستان‌های مرکز طبی کودکان، بیمارستان کودکان بهرامی و بخش کودکان بیمارستان ولیعصر و نوجوانان بستری در این بیمارستان‌ها که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

منابع:

1- Karro j, Dent AW, Farish S. Patient perceptions of privacy infringements in an emergency department. Emerg Med Australas 2005; 17: 117-23.

2- Anonymous. Universal declaration of human rights. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 217 A (III) : 1948. http://www.un.org / overview/rights.html, (accessed on Jan 2008)

3- Anonymous. WHO, Declaration on Promotion of the Patients Rights in Europe-Amsterdam. WHO office for Europe. 1994. http://infodoc.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/0/901e9 22bf0f1db42c12566ac00493be8? (accessed on July 2008).

4- Anonymous. International council of nurses. The ICN Code of Ethics for Nurses. 2005. http://www.icn.ch/icncode.pdf (accessed on Dec 2008)

5- Fenton E, Mitchell T. Growing old with dignity: a concept analysis. Nurs Older People 2002; 14(4): 17-35.

6- Jacobs BB. Respect for human dignity: a central phenomenon to philosophically unite nursing theory and practice through concilience of knowledge. ANS Adv Nurs Sci 2001; 24(1): 17-35.

7- Mairis ED. Concept clarification in professional practice—dignity. J Adv Nurs 1994; 19(5): 947-53.

8- Haddoc J. Towards further clarification of the concept "dignity". J Adv Nurs 1996; 24(5): 924-31.

9- Griffin-Heslin VL. An analysis of the concept dignity. Accid Emerg Nurs 2005; 13: 251-7.

۱۰- عباس زاده ع. طراحی و آزمون مدل عملکرد اخلاقی پرستاران. پایان نامه دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ ۱۳۸۱.

11- Harkreader H. Fundamental of Nursing Caring and Clinical Judgment. Philadelphia: Saunders; 2000.

12- Hutton A. The private adolescent: privacy needs of adolescents in hospital. J Pediatr Nurs 2002; 17(1): 67-72.

13- Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's nursing care of infants and children. St. Louis: Mosby; 2008.

14- White JW, Hogan MA. Child Health Nursing (reviews and rationals). Massachasette: Prentice Hall; 2003.

15- Back E, Wikblade K. Privacy in hospital. J Adv Nurs 1998; 27 (5): 940-5.

16- Lemonidou C, Merkouris A, Leino-Kilpi H, et. al. A comparison of surgical patients' and nurses' perceptions of patients' autonomy, privacy and informed consent in nursing interventions. Clin Eff Nurs 2003; 7: 73-83.

17- Edwards SC. An anthropological interpretation of nurses and patients perceptions of the use of space and touch. J Adv Nurs 1998; 28(4): 809-17.

۱۸- کهن ن، گواری ف، سبزواری س، نخعی ن. بررسی نگرش بیماران بستری در بخشهای داخلی و جراحی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان نسبت به حریم شخصی و نظرات آن‌ها در مورد رعایت حریم شخصی. پایان نامه دوره کارشناسی ارشد پرستاری. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان؛ ۱۳۸۲.

۱۹- قاسمی م ر، بهنام وشانی ح ر. بررسی وضعیت احترام به محدوده قلمرو و حقوق بیماران از دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان‌های شهر سبزوار. خلاصه مقالات اولین همایش سراسری منشور حقوق بیمار. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی فسا؛ ۱۳۸۲ .

20- Matiti M, Sharman J. Dignity: a study of pre-operative patients. Nurs stand 1999; 14(13-5): 32-5.

۲۱- جزء کبیری ف، سهیل ارشدی ف، رنجبر کمالی پ. بررسی چگونگی برقراری ارتباط پرستاران با بیماران بستری در بخشهای داخلی قلب در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران. پایان نامه دوره کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ ۱۳۷۱.

22- Walsh k, Kowanko I. Nurses and patients perceptions of dignity. Int J Nurs Pract 2002; 8(3): 143-51.

23- Lundqvist A, Nilstun T. Human dignity in paediatrics: the effects of health care. Nurs Ethics 2007; 14(2): 215-28.