

درک پرستاران از اهمیت رفتارهای مراقبتی و عوامل تعیین کننده آن

دکتر صالح سلیمی*^۱، افسانه عظیم پور^۲، دکتر محمد فشارکی^۳، شهلا محمد زاده^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۰/۰۷/۰۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۰/۰۹/۱۱

چکیده

پیش زمینه و هدف: در سراسر جهان اعتقاد بر این است که اصول نظری پرستاری بر پایه درک از مراقبت استوار است. هدف مطالعه حاضر بررسی درک پرستاران از رفتارهای مراقبتی و عوامل تعیین کننده آن بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- همبستگی ۱۴۳ پرستار به عنوان نمونه شرکت داشتند. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای از چهار بیمارستان آموزشی در شهر ارومیه از آذر تا اسفند ۱۳۸۹ انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از دو پرسش‌نامه پایا و روایی CDI-25 و پژوهشگر ساخته DNCB-38 گردآوری شد. اعتبار ترجمه و ظاهری فرم فارسی پرسش‌نامه CDI-25 و اعتبار علمی DNCB-38 با نظر متخصصین فن تأمین شد. پایایی هر دو پرسش‌نامه به روش آزمون مجدد و پایایی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ تعیین شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 18، در سطح معنی‌داری $P < 0.05$ و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی (تی تست، آنالیز واریانس و رگرسیون) آنالیز شدند.

یافته‌ها: نمرات شرکت کنندگان به مجموع آیتم‌های جسمانی و روانی- اجتماعی اختلاف معنی‌دار آماری نداشت. برخی از مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان (سن، دانشگاه محل تحصیل، نوع استخدام و سابقه خدمت) با نمرات عوامل تعیین کننده رفتارهای مراقبتی ارتباط آماری معنی‌داری داشت. مهم‌ترین رفتارهای مراقبتی از نظر پرستاران شامل «داشتن شایستگی و توانایی برای انجام پروسیجرهای بالینی»، «حفظ حریم خصوصی بیمار» و «شرکت دادن بیمار در مراقبت از خود» و کم اهمیت‌ترین رفتار مراقبتی را «مطلع کردن بستگان بیمار از وضعیت بیمارشان» ذکر کردند. مهم‌ترین عوامل تعیین کننده رفتارهای مراقبتی «حجم کار»، «میزان علاقه به حرفه پرستاری» «رضایت شغلی» بود، اما نتایج تست رگرسیون نشان داد که فاکتور «شرکت در دوره‌ها یا سمینارهای آموزشی مرتبط پس از فارغ‌التحصیلی» تنها عامل پیش بین کننده رفتارهای مراقبتی است.

بحث و نتیجه‌گیری: علی‌رغم تأکیدی که در رشته پرستاری وجود دارد، برخی از جنبه‌های مهم جسمانی- تکنیکی مراقبت (نظیر کمک در فعالیت‌های روزمره) و روانی- اجتماعی مراقبت (نظیر گوش کردن به بیمار یا نشستن با وی) مورد غفلت است. با توجه به تأثیرگذاری واضح دوره‌ها یا سمینارهای آموزشی بر رفتارهای مراقبتی پیشنهاد می‌شود در آموزش‌های ضمن خدمت پرستاران آموزش رفتارهای مراقبتی گنجانده شود. علاوه بر این لازم است به گونه‌ای در آموزش‌های ضمن خدمت تجدید نظر شود که امکان تصحیح برداشت‌های نادرست از مفهوم مراقبت در پرستاری فراهم شود. نکته حائز اهمیت دیگر اندیشیدن تمهیداتی برای جذب دانشجویان علاقمند به رشته پرستاری است.

کلیدواژه‌ها: رفتارهای مراقبتی، درک پرستاران، عوامل تعیین کننده

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره اول، پی در پی ۳۶، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۰، ص ۶۰-۴۹

آدرس مکاتبه: دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، گروه پرستاری، تلفن: ۰۹۱۴۳۴۰۴۵۳۴

Email: salimitr@yahoo.co.uk

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد می باشد.

^۱ استادیار پرستاری، عضو هیئت علمی و مدیر گروه پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی کارشناس ارشد آموزش پرستاری گرایش داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی واحد پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران

^۳ دانشیار آمار حیاتی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی واحد پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران

^۴ مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی واحد پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران

مقدمه

پرستاران مراقبت‌های مرتبط با نیازهای جسمانی بیماران را مهم‌تر ارزیابی کرده‌اند (۸). دسته سوم از مطالعاتی هستند که نشان می‌دهند پرستاران به هر دو مولفه مراقبت‌های جسمانی و روانی - اجتماعی ارزش یکسانی قائل هستند (۹). به نظر می‌رسد نتایج یافته‌های دسته سوم با انتظارات بیماران هم خوانی بیشتری داشته باشد. در مطالعه لی هزیه و همکارانش^۵ بیماران هر دو بعد مراقبتی را مهم و شایان توجه دانسته‌اند. از نظر بیماران پرستار خوب کسی است که در کنار ارائه مراقبت‌های جسمانی مطلوب بتواند حمایت عاطفی و روانی مناسب را هم ارائه کند (۱۰).

تفاوت در رفتارهای مراقبتی پرستاران از موسسه‌ای به موسسه دیگر یا از کشوری به کشور دیگر سبب شده است که محققین پرستاری به مطالعه عوامل موثر، انگیزش‌ها و تعیین کننده‌های رفتارهای مراقبتی بپردازند. کوربین^۶ (۱۱) معتقد است که روند ارائه مراقبت پرستاری تحت تأثیر شرایط محیط کار پرستاران و فرهنگ جامعه قرار دارد. به نظر اهلرز^۷ ارائه مراقبت مطلوب به درک پرستاران و بیماران از مفهوم مراقبت، زمینه فرهنگی، تشخیص پزشکی بیمار، نوع موسسه درمانی و سن پرستار و بیمار بستگی دارد (۱۲). بر اساس یافته‌های کارائوز^۸ رفتار مراقبتی پرستاران تحت تأثیر سابقه کار آنان، احترام پرستار نسبت به خود و حرفه‌اش، اعتقادات و باورها، تجربیات گذشته، تحصیلات حرفه‌ای، شرایط محیط کار و پذیرش جامعه قرار دارد (۱۳). اکانل و لندرز^۹ به تأثیر شرایط روحی، مشکلات شخصی، الگوگیری از رفتارهای مراقبتی سایر پرستاران، امنیت شغلی، میزان رضایت از حقوق و مزایا و شرح وظایف پرستاران در رفتارهای مراقبتی اشاره

اصول نظری پرستاری بر اساس درک از مراقبت و رفتارهای مراقبتی استوار است (۱). لنینگر^۱ عمل مراقبت را روندی یاری‌کننده، حمایتی یا تسهیل‌کننده برای بیماران یا گروه‌های دیگر با نیازهای پنهان یا آشکار، برای اصلاح یا بهبود شرایط انسانی یا نحوه‌ی زندگی تعریف کرده است (۲). باست^۲ مراقبت را نماد بارزی از احساس، تفکر و عمل توأم برای تأمین راحتی جسمانی و روانی بیمار یا فرد دیگر تعریف می‌کند (۳).

به نظر وود^۳ مراقبت از دو مولفه کلیدی جسمانی و روانی - اجتماعی تشکیل شده است. مولفه‌های جسمانی به مولفه‌های فیزیکی و فنون مراقبت، و مولفه روانی - اجتماعی به ارضای نیازهای روانی و عاطفی بیمار مربوط می‌شوند. رفتارهای مراقبتی جسمانی شامل انجام کارهای روزمره، اعمال فیزیکی، مداخلات تشخیصی، درمان‌ها، رویه‌ها، آموزش و حل مساله در مسیر نیل به نتیجه مطلوب و حصول بهبودی جسمانی بیماران می‌باشد. رفتارهای مراقبتی روانی - اجتماعی نیز به ایجاد اعتماد، پذیرش احساسات، ایمان و صداقت در رفتار منجر می‌شود (۴).

پاتیستیا^۴ معتقد است درک عمیق از مفهوم مراقبت، نحوه بیان و عمل به آن در کیفیت خدماتی که پرستاران ارائه می‌دهند و مهم‌تر از آن در فهم خود «پرستاری» تأثیر بسزائی دارد (۵). به باور باست برداشتی که پرستاران از نقش خود به عنوان مراقبت‌کننده دارند، برای بحث در مورد مفهوم مراقبت حیاتی است (۳). در حالیکه در اکثر مطالعات صورت گرفته در کشورهای غربی که استقلال و حقوق بیمار مورد توجه زیادی هست، پرستاران مراقبت‌های مرتبط با نیازهای عاطفی یا روانی - اجتماعی بیماران را مهم‌تر ارزیابی کرده‌اند (۷،۶،۳)، اما یافته‌های متناقض نیز وجود دارد. در برخی از مطالعات دیگر صورت گرفته در این کشورها نیز

5 Lee-Hsieh J. et al.

6 Corbin J.

7 Ehlers VJ.

8 Karaoz S.

9. Oconnell & Landers

1 Leininger M.

2 Bassett C.

3 Woodward VM.

4 Patistea E.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش توصیفی-همبستگی است که در آن تعداد ۱۴۵ پرستار از چهار مرکز آموزشی-درمانی طالقانی، مطهری، امام خمینی و سیدالشهدا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به عنوان نمونه شرکت داشتند. تعداد نمونه‌ها با استفاده از فرمول برآورد نسبت در جامعه با دقت مشخص تعیین و نمونه‌گیری به صورت سهمیه‌ای از بخش‌های عمومی مراکز فوق‌الذکر انجام گرفت. معیار انتخاب نمونه‌ها داشتن تمایل به شرکت در پژوهش، اشتغال به کار در یکی از بیمارستان‌های وابسته به علوم پزشکی ارومیه و داشتن تجربه کاری بیش از شش ماه بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای مشتعل بر سه بخش بود که بخش اول شامل: اطلاعات دموگرافیک پرستاران، بخش دوم نسخه ترجمه شده پرسش‌نامه استاندارد^۵ CDI-5 در خصوص رفتارهای مراقبتی (جدول شماره ۲) و بخش سوم پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته^۶ DNCB-8 در خصوص عوامل موثر بر رفتارهای مراقبتی بود. CDI-5 ابزاری شامل پنج بعد روانی-اجتماعی (۱۰ آیتم)، جسمانی-تکنیکی (۱۱ آیتم، حرفه‌ای) (۱ آیتم)، غیر ضروری (۱ آیتم) و نامناسب (۲ آیتم) است (۲۰). معیار سنجش این پرسش‌نامه مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است. در این پرسش‌نامه از نمونه‌ها خواسته می‌شود که میزان موافقت خود را با هر آیتم در پاسخ به سؤال کلی: «از نظر شما کدامیک از موارد زیر جزو مراقبت‌های پرستاری محسوب می‌شوند» با انتخاب گزینه مناسب از «کاملاً مخالفم» (=۱) تا «کاملاً موافقم» (=۵) اعلام نمایند. در محاسبات آماری برای دو آیتم در بعد نامناسب (آیتم‌های ۳ و ۱۶) به گزینه «کاملاً مخالفم»، بیشترین امتیاز یعنی ۵ و به گزینه «کاملاً موافقم»، کم‌ترین امتیاز یعنی ۱ تعلق گرفت. اعتماد و اعتبار علمی پرسش‌نامه در مطالعات خارج از کشور مورد تایید قرار

کرده‌اند (۱۴). جولیا و رزا^۱ به نقش دانش و نگرش پرستاران در روند ارائه مراقبت‌های پرستاری تاکید کرده‌اند (۱۵). اسکویی و همکاران (۱۶) نیز گزارش کرده‌اند که رفتارهای مراقبتی پرستاران ممکن است تحت تأثیر ویژگی‌های فردی آنان از جمله وجدان کاری، باورهای مذهبی، فلسفه فردی، احساس مسئولیت و نوع دوستی آن‌ها قرار داشته باشد.

در کشور ما مطالعات محدودی در خصوص رفتارهای مراقبتی پرستاران و عوامل موثر بر آن انجام گرفته است. بر اساس یافته‌های خادیمان و ویزشفر^۲ پرستاران در ایران بیشتر به جنبه‌های جسمانی مراقبت اهمیت می‌دهند (۱۷). با توجه به وجود نوعی نظارت و انضباط جدی در مراکز درمانی غربی، استنتاج این نتیجه که پرستاران غربی ممکن است در انجام جنبه‌های جسمانی مراقبت کوتاهی کنند بسیار دور از ذهن است، اما در کشورهای جهان سوم و از جمله در کشور ما این احتمال وجود دارد که جنبه‌های روانی - اجتماعی مراقبت مورد غفلت قرار گیرد (۱۸). با توجه به اعتقاد محققین پرستاری از جمله کوربین، اهلرز، اسکوفیلد^۳، کینگ و کریسپ^۴ به تأثیر زمینه فرهنگی در درک از رفتارهای مراقبتی (۱۹، ۱۲، ۱۱، ۱) و شرایط آموزشی و اجرایی کاملاً متفاوت در کشور ما نسبت به جوامع غربی، قابل پیش بینی است که برداشت پرستاران ایرانی از اهمیت رفتارهای مراقبتی و عوامل تأثیر گذار و تعیین کننده این رفتارها متفاوت از جوامع غربی باشد. از آنجایی که شناخت درک پرستاران از رفتارهای مراقبتی و تعیین عوامل موثر بر این نحوه رفتار قدم اول در اصلاح رفتارهای نامناسب و ارتقا کیفیت مراقبت‌های پرستاری است، این مطالعه با هدف بررسی اهمیت رفتارهای مراقبتی از دیدگاه پرستاران و عوامل موثر و تعیین کننده این رفتارها طرح و اجرا شد.

¹ Julia & Rosa

² Khademan & vizehsfar

³ Schofield I. et al.

⁴ King DE, Crisp J.

⁵ Caring dimension inventory -25 items

⁶ Determinants of Nurse Caring Behaviors- 38 items

روی ۲۰ نفر پرستار به فاصله دو هفته ۰/۹۱ بر آورد شد. پایایی درونی پرسش نامه نیز به شیوه آلفا-کرونباخ سنجیده شد (۰/۹۳). داده‌ها در نرم افزار SPSS ۱۸ وارد و تحلیل شدند. از آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین، انحراف معیار و آمار تحلیلی شامل ANOVA، t-test، χ^2 ، و رگرسیون برای خلاصه کردن و تفسیر یافته‌ها استفاده شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تعیین شد.

ملاحظات اخلاقی

محقق بعد از اخذ مجوز از ریاست دانشکده پرستاری-مامائی واحد تهران پزشکی، دانشکده پرستاری-مامائی و بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه اقدام به نمونه گیری کرده پرستاران شرکت کننده، داوطلبانه این پرسش نامه را دریافت و تکمیل کردند.

محدودیت‌های تحقیق

با آنکه پرسش نامه‌ها بی نام بودند و در خصوص محرمانه بودن پاسخ‌ها به شرکت کنندگان اطمینان داده شد، با این وصف شرکت کنندگان ممکن است به خاطر نداشتن امنیت کافی در جواب دادن تظاهر کرده باشند. با آنکه از نمونه‌ها خواسته شد تا در شرایطی که بخش آرام است به پرسش نامه‌ها پاسخ دهند، اما ممکن است شرایط محیط کار از جمله بار کاری، استرس و خستگی شرکت کنندگان در مطالعه در کیفیت پاسخ دادن آن‌ها به پرسش نامه‌ها تأثیرگذار بوده باشد. علاوه بر این مطالعه فقط در بخش‌های عمومی بوده و ممکن است نتایج به بخش‌های ویژه قابل تعمیم نباشد.

یافته‌ها

ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان

از ۱۴۵ پرسش نامه‌ای که در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت، ۱۴۳ مورد جمع آوری شد که نرخ بازگشت ۹۹ درصد را

گرفته است (۲۰، ۹، ۸). برای بررسی اعتبار فرم فارسی پرسش نامه از روش اعتبار محتوی و ظاهری استفاده شد. به این صورت که بعد از ترجمه پرسش نامه بر اساس الگوی پیشنهادی ویلد و همکاران^۱ (۲۰) پیشنهادات اصلاحی ۱۰ تن از اعضا هیئت علمی دانشگاه بررسی و اعمال گردید و پس از کسب شاخص اعتبار محتوای^۲ مناسب مورد استفاده قرار گرفت. اعتماد علمی ابزار نیز به دو روش آزمون مجدد و پایایی درونی مورد بررسی قرار گرفت. میزان همبستگی بین نتایج دو بار آزمون بر روی ۲۰ نفر پرستار به فاصله دو هفته به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۱ محاسبه شد. پایایی درونی پرسش نامه نیز به شیوه آلفا-کرونباخ سنجیده شد. مقدار آلفا ۰/۸۳ محاسبه شد که مطلوب می‌باشد. ابزار DNCB-38 برای بررسی عوامل تعیین کننده رفتارهای مراقبتی بود که بر اساس یافته‌های مطالعات قبلی تهیه و تنظیم شده بود. این ابزار شامل ۳۸ آیتم بود که در خصوص عوامل تأثیر گذار در درک از مراقبت در ۵ گروه شامل: عوامل مرتبط با ویژگی‌های شخصی پرستاران (۱۱ سؤال)، عوامل مرتبط با سیستم (۱۴ سؤال)، عوامل مرتبط با خود حرفه پرستاری (۵ سؤال)، عوامل مرتبط با دوران تحصیلی (۴ سؤال) و عوامل مرتبط با ویژگی‌های بیماران (۴ سؤال) پرسش می‌کند. معیار سنجش پرسش نامه اخیر نیز مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است. در این پرسش نامه هم از نمونه‌ها خواسته می‌شود که میزان موافقت خود را با هر آیتم در پاسخ به سؤال کلی: «از نظر شما میزان تأثیرگذاری هر یک از عوامل بر رفتارهای مراقبتی به چه میزان است» با انتخاب گزینه مناسب از (اصلاً تأثیر ندارد-۱) تا (کاملاً تأثیر دارد=۵) اعلام نمایند. اعتبار محتوا و ظاهری پرسش نامه توسط ۹ تن از اعضا هیئت علمی دانشگاه بررسی و ارزیابی گردید و پس از اصلاح مورد استفاده قرار گرفت. اعتماد علمی ابزار نیز به دو روش آزمون مجدد و پایایی درونی مورد بررسی قرار گرفت. میزان همبستگی بین نتایج دو بار آزمون بر

¹ Wild D. et al.

² Content Validity Index

نشان می‌داد. ویژگی‌های شرکت کنندگان در پژوهش در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره (۱): ویژگی‌های دموگرافیک پرستاران

ویژگی‌های دموگرافی پرستاران	F	%	X± S.D.	(جسمانی - تکنیکی) P	(روانی - اجتماعی) P
سن	۳۳	۲۳/۶	۳۲/۰۹±۷/۷۹	۰/۲۲	۰/۱۲
	۴۵	۳۲/۱			
	۴۱	۲۹/۳			
	۲۱	۱۵			
	۴۴	۳۹/۶			
معدل لیسانس	۶۱	۵۵	۱۵/۸۸±۱/۱۱	۰/۱۲	۰/۰۸
	۶	۵/۴			
جنسیت	۱۱۲	۷۷/۸	-	۰/۶۶	۰/۳۸
	۳۲	۲۲/۲			
سابقه خدمت	۲۵	۱۸	۷/۷۱±۷/۰۹	۰/۱۶	۰/۱۲
	۲۶	۱۸/۷			
	۲۹	۲۰/۹			
	۱۶	۱۱/۵			
وضعیت اشتغال	۴۳	۲۹/۹	-	۰/۱۶	۰/۲۹
	۶۶	۴۵/۸			
	۳	۲/۱			
	۳۲	۲۲/۲			
محل اشتغال	۲۹	۲۰/۱	-	۰/۴۷	۰/۷۹
	۲۶	۱۸/۱			
	۶۰	۴۱/۷			
دانشگاه محل فارغ التحصیلی	۶۷	۴۷/۹	-	۰/۹۹	۰/۷۷
	۷۳	۵۲/۱			

فاکتورهای دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه شامل جنسیت، مذهب، نژاد، منبع کسب اطلاعات و معدل دوره لیسانس با نمرات آن‌ها به عوامل تعیین کننده رفتارهای مراقبتی ارتباط معنی‌دار آماری نداشت، اما برخی از فاکتورهای دموگرافیک شرکت کنندگان شامل دانشگاه محل تحصیل، سن، سابقه کار، نوع استخدام و شیفت کاری با نمراتی که به عوامل تعیین کننده رفتارهای مراقبتی داده بودند، ارتباط معنی‌دار آماری داشت (جدول شماره ۲).

نمرات جنبه‌های جسمانی - تکنیکی و روانی-اجتماعی با هیچ‌یک از فاکتورهای دموگرافیک (سن، جنس، سابقه خدمت، دانشگاه محل تحصیل، معدل لیسانس، وضعیت اشتغال و محل اشتغال) ارتباط معنی‌دار آماری نداشت. همچنین با وجود اینکه میانگین نمرات شرکت کنندگان به جنبه‌های جسمانی - تکنیکی مراقبت (X=3/97, S.D.=0/685) بیشتر از نمرات جنبه‌های روانی - اجتماعی (X=3/90, S.D.=0/681) بود، اما اختلاف آن‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبود (P=۰/۲۴۳).

جدول شماره (۲): ارتباط عوامل تعیین کننده رفتارهای مراقبتی با ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

عوامل مرتبط با خود رشته پرستاری		عوامل مرتبط با ویژگی‌های بیماران		عوامل مرتبط با آموزش‌های دوره تحصیل		عوامل مرتبط با سیستم		عوامل مرتبط با ویژگی‌های شخصی پرستاران		زیر رده‌های عوامل تعیین کننده رفتارهای مراقبتی	
p	M±SD	p	M±SD	p	M±SD	p	M±SD	p	M±SD	ویژگی‌های دموگرافیک	
۰/۰۶	۴/۲۲±۰/۶۱	۰/۰۱	۴/۰۴±۰/۸۳	۰/۷۴	۴/۱۵±۰/۶۷	۰/۱۲	۴/۰۱±۰/۵۵	۰/۰۴	۴/۰۲±۰/۶۱	دولتی	دانشگاه
	۴/۱۵±۰/۷۱		۳/۶۲±۱/۰۶		۴/۱۱±۰/۸۳		۳/۸۳±۰/۷۰		۳/۷۷±۰/۷۱	آزاد	محل تحصیل
۰/۱۱	۳/۸۸±۰/۷۶	۰/۲۰	۳/۵۸±۰/۹۵	۱/۰	۳/۷۰±۰/۸۰	۰/۰۹	۳/۷۰±۰/۶۳	۰/۰۲	۳/۶۴±۰/۶۱	کمتر از ۲۵ سال	سن
	۴/۲۳±۰/۸۶		۳/۸۲±۱/۰		۳/۹۴±۰/۸۰		۳/۹۴±۰/۶۹		۴/۰۴±۰/۶۹	۲۶ تا ۳۰ سال	
	۴/۲۹±۰/۷۱		۳/۸۱±۰/۹۷		۳/۹۰±۰/۷۰		۳/۹۰±۰/۶۲		۳/۸۴±۰/۶۳	۳۱ تا ۴۰ سال	
	۴/۳۲±۰/۷۴		۴/۱۹±۰/۷۵		۴/۱۹±۰/۶۰		۴/۱۹±۰/۵۰		۴/۱۶±۰/۶۵	بیش از ۴۱ سال	
۰/۰۷	۳/۸۰±۰/۷۹	۰/۰۴	۳/۵۱±۰/۹۳	۰/۰۵	۳/۸۶±۰/۷۹	۰/۰۴	۳/۶۹±۰/۵۶	۰/۳۰	۳/۶۰±۰/۶۳	کمتر از یک سال	سابقه کار
	۴/۲۶±۰/۶۱		۴/۰۶±۰/۸۱		۴/۰۶±۰/۶۲		۳/۹۳±۰/۶۰		۳/۷۷±۰/۶۵	۱ تا ۳ سال	
	۴/۲۱±۱/۰		۳/۶۹±۱/۱۳		۴/۰۹±۰/۹۱		۳/۹۳±۰/۷۷		۴/۱۰±۰/۷۳	۳ تا ۶ سال	
	۴/۴۰±۰/۶۲		۳/۳۹±۰/۱۲۸		۳/۹۸±۰/۸۶		۳/۶۶±۰/۶۰		۳/۷۳±۰/۷۴	۶ تا ۱۰ سال	
	۴/۳۳±۰/۶۸		۴/۰۷±۰/۷۹		۴/۴۱±۰/۵۷		۴/۱۴±۰/۵۰		۴/۰۶±۰/۶۰	بیش از ۱۰ سال	
۰/۱۷	۴/۲۸±۰/۶۷	۰/۰۱	۴/۱۳±۰/۷۶	۰/۰۵	۴/۳۷±۰/۵۷	۰/۰۸	۴/۱۲±۰/۵۰	۰/۰۴	۴/۰۳±۰/۵۹	رسمی	نوع استخدام
	۴/۲۴±۰/۸۴		۳/۷۵±۱/۰۴		۴/۰۳±۰/۸۲		۳/۸۵±۰/۷۲		۳/۹۰±۰/۷۱	قراردادی	
	۴/۶۰±۰/۴۰		۲/۳۳±۰/۹۵		۴/۶۳±۰/۵۳		۴/۳۳±۰/۱۵		۴/۵۹±۰/۳۲	پیمانی	
	۳/۹۳±۰/۷۹		۳/۷۰±۰/۹۴		۳/۹۵±۰/۷۸		۳/۸۱±۰/۵۵		۳/۶۵±۰/۶۵	طرحی	
۰/۶۵	۴/۲۴±۰/۷۰	۰/۰۳	۳/۹۶±۰/۹۳	۰/۰۴	۴/۰۴±۰/۵۶	۰/۱۰	۴/۰۶±۰/۴۸	۰/۵۴	۴/۰۰±۰/۵۹	صبح کار	شیفت
	۴/۵۰±۰/۴۸		۴/۷۵±۰/۳۲		۴/۲۱±۰/۶۸		۴/۲۹±۰/۵۷		۳/۹۶±۰/۷۱	عصر کار	
	۴/۱۶±۰/۸۲		۳/۷۲±۰/۹۹		۴/۰۲±۰/۸۰		۳/۸۴±۰/۶۷		۳/۸۵±۰/۷۰	در گردش	
۰/۰۶	۴/۲۱±۰/۷۹	۰/۰۶	۳/۷۴±۱/۰	۰/۷۳	۴/۱۴±۰/۷۶	۰/۴۱	۳/۸۸±۰/۶۵	۰/۸۰	۳/۸۹±۰/۶۹	مؤنث	جنسیت
	۴/۱۱±۰/۷۶		۴/۱۳±۰/۷۹		۴/۰۸±۰/۷۴		۴/۰۰±۰/۵۴		۳/۹۲±۰/۶۷	مذکر	
۰/۶۷	۴/۱۹±۰/۷۷	۰/۸۳	۳/۹۵±۰/۸۵	۰/۶۰	۴/۱۲±۰/۶۳	۰/۸۷	۳/۹۳±۰/۵۶	۰/۲۰	۳/۸۵±۰/۶۵	کمتر از ۱۵	معدل لیسانس
	۴/۳۲±۰/۷۷		۳/۸۶±۰/۹۸		۴/۲۲±۰/۸۷		۳/۸۷±۰/۷۱		۴/۰۶±۰/۶۹	۱۵-۱۷	
	۴/۱۵±۰/۸۴		۳/۷۵±۱/۳		۳/۹۰±۰/۸۸		۴/۰۰±۰/۶۸		۳/۹۵±۰/۶۸	بیش از ۱۷	
۰/۳۶	۴/۲۴±۰/۷۶	۰/۶۰	۳/۷۶±۱/۰	۰/۸۰	۴/۱۴±۰/۷۷	۰/۸۹	۳/۹۱±۰/۶۵	۰/۶۶	۳/۹۳±۰/۶۷	ترک	قومیت
	۳/۹۶±۰/۶۵		۳/۹۰±۰/۸۷		۳/۹۸±۰/۶۶		۳/۹۵±۰/۶۴		۳/۷۸±۰/۵۱	فارس	
	۴/۰۵±۱/۰		۴/۱۱±۰/۸۵		۴/۰۸±۰/۷۸		۳/۹۲±۰/۵۸		۳/۸۳±۰/۷۹	کرد	
	۳/۵۰±۰/۷۱		۴/۰۰±۰/۰۰		۴/۵۰±۰/۷۱		۳/۴۳±۰/۵۱		۳/۴۵±۰/۶۴	غیره	

ویژگی‌های شخصی بیماران» را مهم‌تر ارزیابی کردند. پرستاران پیمانی و رسمی نسبت به سایرین نمرات بالاتری به «عوامل مرتبط با ویژگی‌های شخصی پرستاران» و «عوامل مرتبط با آموزش‌های دوران تحصیلی» دادند. پرستاران پیمانی نسبت به سایر پرستاران نمرات کمتری به «عوامل مرتبط با ویژگی‌های شخصی بیماران» دادند. پرستاران شیفت در گردش نمرات کمتری به «عوامل مرتبط با سیستم»، «عوامل مرتبط با آموزش‌های دوره تحصیلی» و «عوامل مرتبط با ویژگی‌های شخصی بیماران» دادند (جدول شماره ۲).

میانگین و انحراف معیار پاسخ‌های پرستاران به آیتم‌های پرسش‌نامه CDI-25 در جدول شماره ۳ آورده شده است.

به گونه‌ای که فارغ‌التحصیلان دانشگاه‌های دولتی نسبت به فارغ‌التحصیلان دانشگاه آزاد «عوامل مرتبط با ویژگی‌های شخصی پرستاران» و «بیماران» را مهم‌تر ارزیابی کردند. پرستاران با سن کمتر از ۲۵ سال نسبت به پرستاران با سن بیشتر از ۴۱ سال نمرات بالاتری به «عوامل مرتبط با ویژگی‌های شخصی پرستاران» دادند. پرستاران با سابقه کار بین ۳-۶ سال و بیش از ۱۰ سال نسبت به سایرین نمرات بالاتری به «عوامل مرتبط با ویژگی‌های شخصی پرستاران» دادند. پرستاران با سابقه کار بیش از ۱۰ سال نمرات بالاتری به «عوامل مرتبط با سیستم» و «عوامل مرتبط با آموزش‌های دوره لیسانس» دادند. پرستاران با سابقه کار بین ۳-۱۰ سال و بیش از ۱۰ سال نسبت به سایرین «عوامل مرتبط با

جدول شماره (۳): میانگین و انحراف معیار پاسخ‌های پرستاران به پرسش‌نامه CDI-25

گوپه‌ها	بعد مراقبتی	میانگین	انحراف معیار
۱. کمک به بیماران در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی (ADL)	جسمانی_تکنیکی	۳/۵۲	۰/۸۷۵
۲. نوشتن گزارش پرستاری برای بیماران	جسمانی_تکنیکی	۳/۹۱	۰/۸۷۳
۳. دلسوزی کردن برای بیمار	نامناسب	۳/۸۳	۰/۹۱۱
۴. در نظر گرفتن بیمار به عنوان یک انسان	روانی_اجتماعی	۳/۹۷	۰/۸۱۶
۵. توضیح دادن پروسیجرهای بالینی قبل از اجرا به بیمار	جسمانی_تکنیکی	۴/۰۹	۰/۸۲۴
۶. پوشیدن لباس‌های تمیز و مرتب موقع کار در بخش	حرفه‌ای	۴/۲۸	۰/۸۱۶
۷. نشستن و صحبت کردن با بیمار	روانی_اجتماعی	۳/۹۱	۰/۹۲۷
۸. بررسی شیوه زندگی بیمار به عنوان قسمتی از ارزیابی و شناخت بیمار	جسمانی_تکنیکی	۳/۸۰	۰/۹۰۲
۹. گزارش دادن وضعیت بیمار به پرستار مافوق	جسمانی_تکنیکی	۴/۱۲	۰/۸۲۱
۱۰. عدم ترک بالین بیمار در طول زمان انجام پروسیجر تهاجمی	روانی_اجتماعی	۴/۰۱	۰/۸۴۷
۱۱. رو راست و صادق بودن با بیمار و به او دروغ نگفتن	روانی_اجتماعی	۳/۹۶	۰/۹۰۳
۱۲. هماهنگی و سازماندهی کارهای مشاوره‌ای و درمانی برای بیمار	جسمانی_تکنیکی	۳/۹۷	۰/۸۵۰
۱۳. با حوصله به حرف‌های بیمار گوش دادن	روانی_اجتماعی	۳/۹۶	۰/۹۰۴
۱۴. در مورد مشکلات و مسائل بیمار با پزشک معالج صحبت کردن	جسمانی_تکنیکی	۴/۰۱	۰/۸۲۲
۱۵. توضیح دادن جنبه‌های خود مراقبتی (Self care) به بیماران	جسمانی_تکنیکی	۳/۹۸	۱/۰۲
۱۶. در میان گذاشتن مشکلات شخصی خود با بیمار	نامناسب	۴/۱۸	۱/۲۱
۱۷. مطلع کردن بستگان بیمار از وضعیت وی	روانی_اجتماعی	۳/۱۴	۱/۱۸
۱۸. علائم حیاتی بیمار را به دقت کنترل کردن	جسمانی_تکنیکی	۳/۹۵	۰/۹۴۰
۱۹. در هر حالت اولویت را به برطرف کردن نیازهای بیماران دادن	روانی_اجتماعی	۳/۶۹	۱/۰۲
۲۰. داشتن شایستگی و توانایی برای انجام پروسیجرهای بالینی	جسمانی_تکنیکی	۴/۲۰	۰/۸۳۶
۲۱. شرکت دادن بیمار در امر مراقبت از خود	روانی_اجتماعی	۴/۱۳	۰/۹۳۳
۲۲. اطمینان خاطر دادن در مورد لزوم انجام و اهمیت پروسیجرهای بالینی	غیرضروری	۴/۰۵	۰/۸۹۴
۲۳. حفظ حریم خصوصی بیمار	روانی_اجتماعی	۴/۱۷	۰/۹۴۶
۲۴. گشاده رو و خوش‌رو بودن با بیمار	روانی_اجتماعی	۴/۰۳	۱/۰۱
۲۵. مشاهده اثرات دارو و عوارض آن	جسمانی_تکنیکی	۳/۹۹	۱/۱۳

مراقبتی از دیدگاه شرکت کنندگان در مطالعه عبارت بودند از: مطلع کردن بستگان بیمار از وضعیت وی، کمک به بیماران در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی، الویت دادن به برطرف کردن نیازهای بیماران، بررسی شیوه زندگی بیمار به عنوان قسمتی از ارزیابی و شناخت بیمار و دلسوزی کردن برای بیمار. از این میان این پنج آیتم دو آیتم ۱۸، متعلق به زیرگروه بعد جسمانی-تکنیکی، و سه آیتم ۳، ۱۷، ۱۹ متعلق به زیرگروه بعد روانی-اجتماعی بود (جدول شماره ۴).

همان طوری که در این جدول ملاحظه می‌شود، مهم‌ترین پنج رفتار مراقبتی از دیدگاه پرستاران عبارت بودند از: داشتن شایستگی و توانائی برای انجام پروسیجرهای بالینی، حفظ حریم خصوصی بیمار، شرکت دادن بیمار در امر مراقبت از خود، گزارش دادن وضعیت بیمار به پرستار مافوق و توضیح دادن پروسیجرهای بالینی قبل از اجرا به بیمار که از این میان سه آیتم ۵، ۹، ۲۰ متعلق به زیرگروه بعد جسمانی-تکنیکی و دو آیتم ۲۱، ۲۳ متعلق به زیرگروه بعد روانی-اجتماعی بود. کم اهمیت‌ترین پنج رفتار

جدول شماره (۴): مهم‌ترین و کم اهمیت‌ترین رفتارهای مراقبتی از دیدگاه پرستاران

اهمیت	آیتم	آیتم‌های رفتارهای مراقبتی	بعد مراقبتی	X	S.D
مهم‌ترین پنج آیتم	داشتن شایستگی و توانائی برای انجام پروسیجرهای بالینی	جسمانی-تکنیکی	۴/۲۰	۰/۸۴	
	حفظ حریم خصوصی بیمار	روانی-اجتماعی	۴/۱۷	۰/۹۵	
	شرکت دادن بیمار در امر مراقبت از خود	روانی-اجتماعی	۴/۱۳	۰/۹۳	
	گزارش دادن وضعیت بیمار به پرستار مافوق	جسمانی-تکنیکی	۴/۱۲	۰/۸۲۱	
	توضیح دادن پروسیجرهای بالینی قبل از اجرا به بیمار	جسمانی-تکنیکی	۴/۰۹	۰/۸۲	
کم اهمیت‌ترین پنج آیتم	مطلع کردن بستگان بیمار از وضعیت بیمارشان	روانی-اجتماعی	۳/۱۴	۱/۱۸	
	کمک به بیماران در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی (ADL)	جسمانی-تکنیکی	۳/۵۲	۰/۸۷	
	در هر حالت اولویت را به برطرف کردن نیازهای بیماران دادن	روانی-اجتماعی	۳/۶۹	۱/۰۲	
	بررسی شیوه زندگی بیمار به عنوان قسمتی از ارزیابی و شناخت بیمار	جسمانی-تکنیکی	۳/۸۰	۰/۹۰	
	دلسوزی کردن برای بیمار	روانی-اجتماعی	۳/۸۳	۰/۹۱	

رفتارهای مراقبتی پرستاران زیربرده «عوامل مرتبط با خود حرفه پرستاری» و کم اهمیت‌ترین زیربرده «ویژگی‌های بیماران» برآورد شد (جدول شماره ۵).

از نظر عوامل تعیین کننده رفتارهای مراقبتی، همه عوامل مهم تشخیص داده شدند به گونه‌ای که میانگین پاسخ‌ها به هر پنج زیر برده بیشتر از ۳.۸ بود، اما مهم‌ترین و تأثیرگذارترین زیرگروه بر

جدول شماره (۵): میانگین و انحراف معیار پاسخ‌های پرستاران به عوامل تعیین کننده رفتارهای مراقبتی پرستاران

ویژگی‌های	عوامل مرتبط با	خود حرفه	عوامل مرتبط با	ویژگی‌های
شخصیتی	عوامل مرتبط با	خود حرفه	سیستم	شخصیتی
پرستاران	دوران تحصیلی	پرستاری	پرستاران	پرستاران
میانگین و انحراف معیار پاسخ پرستاران ($X \pm SD$)	۴/۱۳ ± ۰/۷۶	۴/۲۰ ± ۰/۷۸	۳/۹۲ ± ۰/۶۴	۳/۹۰ ± ۰/۶۷
	۳/۸۳ ± ۰/۹۸			

توجه دارند. این یافته با نظریه فارمر^۱ (۲۲) در خصوص اهمیت یکسان این ابعاد هم خوانی دارد. در مطالعه خادمیان و ویزشفر (۱۷) در کشورمان نیز پرستاران جنبه‌های روانی- حرکتی مراقبت را مهم‌تر از روانی- عاطفی دانستند. در حالیکه در مطالعه اکائل و لندرز^۲ (۱۴) پرستاران به بعد روانی- عاطفی مراقبت اهمیت بیشتری دادند.

فاکتورهای دموگرافیک پرستاران با توزیع پاسخ‌های آن‌ها به ابعاد تکنیکی یا روانی - اجتماعی رفتارهای مراقبتی ارتباط معنی‌دار آماری نداشت. در مطالعه خادمیان (۱۷) نیز در گروه پرستاران فاکتورهای دموگرافیک (سن، جنس، سابقه کار بالینی و سمت) با درک از اهمیت رفتارهای مراقبتی ارتباط آماری معنی‌داری نداشت که با یافته‌های مطالعه ما هم خوانی دارد.

در این پژوهش، از دیدگاه پرستاران مهم‌ترین آیت‌م در بعد روانی- اجتماعی «حفظ حریم خصوصی بیمار» بود در حالیکه در مطالعات اسمت و سولیوان^۳ (۲۲)، گرین هاک و همکاران^۴ (۲۳)، بران تون و بی من^۵ (۲۴)، میزیونو و همکاران^۶ (۲۵)، «گوش دادن به حرف‌های بیمار» و در مطالعه لارسون و همکاران^۷ (۲۶)، «نشستن در بالین بیمار» به عنوان مهم‌ترین رفتار مراقبتی در بعد روانی- اجتماعی ذکر شده است. «گوش دادن به حرف‌های بیمار» در مطالعه حاضر در رده ۱۶ (از میان ۲۵ آیت‌م) و «نشستن و صحبت کردن با بیمار» در رده ۱۹ قرار دارد. از رتبه بندی این دو آیت‌م در مطالعه حاضر به سادگی می‌توان نتیجه گیری کرد که برقراری ارتباط با بیمار در بین شرکت کنندگان در مطالعه رفتار مراقبتی کم اهمیتی تلقی می‌شود. متأسفانه به نظر می‌رسد عدم برقراری ارتباط مناسب با بیماران و برخورد با بیماران نظیر یک جسم بی‌جان در پرستاری کشورمان رو به فزونی داشته و نگران کننده

مهم‌ترین پنج عامل منفرد تعیین کننده رفتارهای مراقبتی به ترتیب عبارت بودند از: حجم کار و کمبود وقت پرستار ($X=4/23 \pm 0/92$)، علاقه به حرفه پرستاری ($X=4/23 \pm 0/93$)، رضایت شغلی ($X=4/19 \pm 0/95$)، احترام به خود و حرفه ای پرستاری ($X=4/17 \pm 0/90$) و احساس مسئولیت ($X=4/17 \pm 0/93$). از مجموع این پنج آیت‌م، چهار مورد اول از زیر رده «عوامل مرتبط با خود حرفه پرستاری» و احساس مسئولیت از زیر رده «ویژگی‌های پرستاران است. کم اهمیت‌ترین پنج عامل موثر بر رفتار مراقبتی پرستاران هم به ترتیب جنست بیمار ($X=3/26 \pm 1/23$)، سن پرستار ($X=3/66 \pm 1/25$)، سن بیمار ($X=3/66 \pm 1/25$)، عدم مشارکت بیماران و همراهان آنان در برنامه ریزی مراقبت‌ها ($X=3/68 \pm 1/02$) و جنست پرستار ($X=3/68 \pm 1/04$) ذکر شدند. نتایج آزمون رگرسیون نشان داد که تنها عامل پیش بین کننده رفتارهای مراقبتی جسمانی و روانی- اجتماعی آیت‌م شماره ۲۰ (شرکت در دوره‌ها یا سمینارهای آموزشی مرتبط پس از فارغ‌التحصیلی $0/03$ ، $0/55$ Beta).

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش، نه تنها بین نمرات پرستاران به هر یک از ابعاد روانی - اجتماعی یا جسمانی - تکنیکی ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت، بلکه اختلاف بین میانگین کل نمرات جنبه‌های جسمانی - تکنیکی و روانی - اجتماعی مراقبت هم از نظر آماری معنی‌دار نبود. از آنجایی که در تمام مطالعات پیشین در خارج از کشور پرستاران در مجموع یکی از ابعاد جسمانی یا روانی مراقبت را با اهمیت‌تر از بعد دیگر تشخیص داده‌اند، این یافته قدری متفاوت به نظر می‌رسد و در صورت تایید با مطالعات دیگر در آینده نشان دهنده آن است که پرستاران در کشورمان به هر دو جنبه جسمانی و روانی مراقبت‌ها به یک میزان

¹ Farmer E

² O'connell E, Landers M

³ Smith MK, Sullivan JM

⁴ Greenhalgh J. et al

⁵ Brunton B, Beaman M

⁶ Mizuno m, et al

⁷ Larsson G. et al

است. آیتم دیگر مورد غفلت از بعد روانی - اجتماعی، " مطلع کردن بستگان بیمار از وضعیت وی " است که از نظر پرستاران جزو کم اهمیت ترین رفتارهای مراقبتی گزارش شد. در حالیکه آموزش بیمار و خانواده وی و ارائه توضیحات لازم به آن‌ها در خصوص بیماری و مراقبت‌های مربوطه از کارکردهای اصلی پرستاری است. توجه احتمالی این پدیده نیز ممکن است این باشد که از نظر شرکت کنندگان در مطالعه، این آیتم جزو شرح وظائف آنان نیست و جزو وظائف پزشک بیمار است.

متأسفانه «کمک به بیمار در فعالیت‌های روزانه زندگی» از مجموع آیتم‌های جسمانی - تکنیکی نیز از نظر شرکت کنندگان، رفتار مراقبتی کم اهمیتی تلقی شده است (رتبه ۲۴)، درحالی‌که این آیتم از مهم ترین رفتارهای مراقبتی محسوب می‌شود. توجه احتمالی این برداشت ممکن است آن باشد که از نظر شرکت کنندگان در مطالعه، کمک به بیمار در انجام فعالیت‌های روزانه جزو وظایف بهیاران یا کمک بهیاران است. این نتیجه گیری و یا توجه، چقدر با واقعیات کشور ما سازگاری دارد، جای بحث دارد، زیرا اولاً تعداد کافی بهیار و کمک بهیار در بخش‌ها وجود ندارد، ثانیاً متأسفانه در بیشتر مراکز درمانی این کارها به کادر خدماتی سپرده شده است که علاوه بر اینکه جزو شرح وظایف آنان نیست، آموزش‌های لازم را هم نگذرانده‌اند. منظور نویسندگان آن نیست که این کارها حتماً باید توسط پرستاران انجام گیرد، بلکه منظور آن است که لازم است چاره‌ای برای حل این مشکل اندیشیده شود زیرا این پدیده هم یکی از نقایص اصلی پرستاری حال حاضر کشور است. از نظر عوامل تعیین کننده رفتارهای مراقبتی، حجم کار و کمبود وقت، علاقه به حرفه پرستاری، رضایت شغلی، احترام به خود و حرفه خود به عنوان چهار عامل تعیین کننده مهم در رفتارهای مراقبتی پرستاران ارزیابی شدند که همگی جزو عوامل مرتبط با خود حرفه پرستاری هستند. از دیدگاه شرکت کنندگان در مطالعه عوامل مرتبط با ویژگی‌های بیماران نیز کم ترین تأثیر را

در رفتارهای مراقبتی پرستاران دارند. این یافته‌ها با یافته‌های مطالعه رفیعی و همکاران (۲۷) که ویژگی‌های فردی بیمار و مطالعه کوربین (۱۱) که تشخیص پزشکی بیمار، سن بیمار از عوامل مهم تأثیر گذار در رفتارهای مراقبتی پرستاران گزارش کردند مطابقت ندارد. البته ذکر این نکته ضروری است که مطالعات مورد اشاره کیفی بودند و فقط عوامل تأثیر گذار ذکر شده‌اند و درصد اهمیت موارد ذکر نشده است. از آنجایی که در پژوهش حاضر تمامی ۳۸ آیتم پرسش‌نامه DNCB نمرات بالاتر از ۳.۲۶ از ۵ داشته‌اند، از این جهت همه موارد می‌توانند مهم تلقی شوند که در این صورت نتایج با یافته‌های مطالعات فوق‌الذکر مطابقت دارد. در مطالعه حاضر کم اهمیت ترین سه عامل تعیین کننده رفتارهای مراقبتی شامل: جنسیت بیمار، سن پرستار و سن بیمار بودند که با مطالعات رفیعی و همکاران (۲۸) و کوربین (۱۱) مطابقت ندارد. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، تنها عامل پیش بین کننده رفتارهای مراقبتی آیتم شماره ۲۰ (شرکت در دوره‌ها یا سمینارهای آموزشی مرتبط پس از فارغ‌التحصیلی)، با به تالی ۰.۵۵ بود که جزو زیر رده‌ی عوامل مرتبط با سیستم می‌باشد. تأثیر محیط کار و سیستم مدیریتی در رفتارهای مراقبتی پرستاران پیش تر توسط کوربین و اهلز (۱۱، ۱۲) مورد تأکید قرار گرفته بود. نتایج مطالعه غفلت پرستاران از برخی جنبه‌های مهم جسمانی - تکنیکی و روانی - اجتماعی مراقبت را نشان داد. با توجه به تأثیرگذاری واضح دوره‌ها یا سمینارهای آموزشی بر رفتارهای مراقبتی پیشنهاد می‌شود در آموزش‌های ضمن خدمت پرستاران آموزش رفتارهای مراقبتی گنجانده شود. علاوه بر این لازم است به گونه‌ای در آموزش‌های ضمن خدمت تجدید نظر شود که امکان تصحیح برداشت‌های نادرست از مفهوم مراقبت در پرستاری فراهم شود. نویسندگان مقاله محققان پرستاری را برای انجام بررسی‌های بیشتر در مفهوم مراقبت و عوامل موثر بر رفتارهای مراقبتی پرستاران در فرهنگ‌های مختلف دعوت می‌کنند.

References:

1. Schofield I, Tolson D, Arthur D, Davies S, Nolan M. An exploration of the caring attributes and perceptions of work place change among gerontological nursing staff in England, Scotland and China (Hong Kong). *Int J Nurs Stud* 2005; 42: 197-209.
2. Leininger M. Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality. *Nurs Sci Q* 1998; 1: 152-60.
3. Bassett C. Nurses' perception of care and caring. *Int J Nurs Prac* 2002; 8: 8-15.
4. Woodward VM. Professional caring: a contradiction in terms. *J Adv Nurs* 1997; 26: 999-1004.
5. Patistea E. Nurses' perceptions of caring as documented theory and research. *J Clin Nurs* 1999; 8: 487-95.
6. Wilkin K, Slevin E. The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *J Clin Nurs* 2004; 13: 50-9.
7. Savage J. Nursing intimacy: an ethnographic approach to nurse-patient interaction. London: Scutari Press; 1995.
8. McEwen M. Spiritual nursing care: state of art. *Holistic Nursing Practice* 2005; 19 (4); 161-8.
9. Essen VL, Sjoden PO. The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *Int J Nurs Stud* 2003; 40: 487-97.
10. Lee-Hsieh J, Kuo C, Tseng H, Turton MA. Development of an instrument to measure caring behaviors in nursing students in Taiwan. *Int J Nurs Stud* 2004; 42: 579-88.
11. Corbin J. Is caring a lost art in nursing. *Int J Nurs Stud* 2008; 45: 163-5.
12. Ehlers VJ. Is caring a lost art in nursing or is it a changing reality? Commentary on the editorial written by Juliet Corbin. *Int J Nurs Stud* 2008; 45: 802-4.
13. Karaoz S. Turkish nursing students' perception of caring. *Nurse Educ Today* 2005; 25: 31-40.
14. O'connell E, Landers M. The importance of critical care nurses' caring behaviors as perceived by nurses and relatives. *Intens Crit Care Nurs* 2008; 24: 349-58.
15. Julia M, Rosa Ed. Factors that influence advisement of nursing students regarding baccalaureate completion: associate degree nursing faculty perceptions. *Teach Learn Nurs* 2009; 4: 128-32.
16. Oskouie FH, Rafii F, Nikraves M. Major determinants of caring behavior. *Harvard Health Policy Rev* 2006; 7: 6-16.
17. Khademian Z, Vizeshfär F. Nursing students' perceptions of the importance of caring behaviors. *J Adv Nurs* 2007; 61(4): 456-62.
18. King DE, Crisp J. Spirituality and health care education in family medicine residency programs. *Fam Med* 2005; 37: 399-403.
19. Lea A, Watson R, Deary IJ. Caring in Nursing: a multivariate analysis. *J Adv Nurs* 1998; 28(3): 662-71.
20. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (pro) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value Health* 2005; 8 (2): 94-104.
21. Farmer E. The older person. In: Schofield I, Editor. An exploration of the caring attributes and perceptions of work place change among gerontological nursing staff in England, Scotland and China. *Int J Nurs Stud* 2000; 42: 197-209.
22. Smith MK, Sullivan JM. Nurses' and patients' perceptions of most important behaviors in a long-term care setting. *Geriatric Nurs* 1997; 18(2): 70-3.
23. Greenhalgh J, Vanhanen V, Kyngas H. Nurse caring behaviors. *J Adv Nurs* 1998; 27(5): 927-32.
24. Brunton B, Beaman M. Nurse practitioners' perceptions of their caring behaviors. *J Am Academy Nurse Pract* 2000; 12(11): 451-6.
25. Mizuno M, Ozawa M, Evans D, Okada A, Takeo K. Caring behaviors perceived by nurses in a Japanese Hospital. *J Nurs Stud* 2005; 4(1):13-19.

26. Larsson G, Windmark-Peterson V, Lampic C, Von Essen L, Sjoden PO. Cancer patient and staff ratings of importance of caring behaviors and their relations to patient anxiety and depression. *J Adv Nurs* 1998; 27(4): 855-64.
27. Rafii F, Oskouie F, Nikraves M. Caring behaviors of burn nurses and the related factors. *Burns* 2007; 33:299-305.