

عوامل انگیزشی مؤثر در ارائه‌ی مراقبت برگرفته از دید کل نگر: یک مطالعه‌ی کیفی

مدینه جاسمی^{۱*}، لیلا ولیزاده^۲، وحید زمان‌زاده^۳، فریبا طالقانی^۴

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

مراقبت برگرفته از دید کل نگر شیوه‌ی مراقبت جامعی است که نقش اساسی در تسریع روند بهبودی دارد. با توجه به نقش کلیدی این شیوه‌ی مراقبتی در سلامتی، شناسایی عوامل انگیزشی و تسهیل کننده در ارائه‌ی آن از دید پرستارانی که ارائه‌کننده‌ی اصلی مراقبت‌ها هستند مفاهیمی واقعی و ارزشمند به دنبال خواهد داشت. این مطالعه جهت تبیین عوامل مؤثر بر ارائه‌ی مراقبت برگرفته از دید کل نگر، به بررسی تجارب پرستاران پرداخت. این مطالعه به صورت کیفی با رویکرد تحلیل محتوای مرسوم Conventional و با مشارکت ۱۸ پرستار بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انجام شد. داده‌های مطالعه از طریق مصاحبه‌های جامع، مشاهده در بخش‌های مختلف مراکز آموزشی درمانی شهرهای ارومیه، تبریز، اردبیل و تهران در ایران انجام شد. یافته‌ها از طریق تحلیل محتوای کیفی و به روش استقرایی و با کمک نرم‌افزار MAXQDA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، ویژگی‌های شخصیتی و نیز تجارب بستری به عنوان عوامل انگیزشی و تسهیل کننده در ارائه‌ی مراقبت برگرفته از دید کل نگر شناسایی شدند.

با توجه به نقش ویژگی‌های شخصیتی پرستاران و تجربه‌ی بیماری ایشان و خانواده در گسترش ارتباط با بیمار و افزایش دانش نسبت به نیازهای مختلف بیمار، شکل‌گیری دید کل نگر در پرستاران و ارائه‌ی مراقبت برگرفته از این دید در ایشان، توجه به تناسب ویژگی‌های شخصیتی پرستاران با حرفه، آموزش مهارت‌های ارتباطی و نیز افزایش دانش ایشان جهت غلبه بر موانع موجود و گسترش دید همه‌جانبه در پرستاران و ارائه‌ی مراقبت برگرفته از دید کل نگر درخور توجه است.

واژگان کلیدی: مطالعه‌ی کیفی، مراقبت، کل‌نگری، اخلاق پرستاری

^۱ دانشجوی دکتری پرستاری، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

^۲ دانشیار، گروه کودکان دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۳ دانشیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۴ دانشیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

* نشانی: آذربایجان شرقی، تبریز، خیابان شریعتی جنوبی، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، تلفن: ۰۹۱۴۴۶۲۸۴۲

مقدمه

مراقبت برگرفته از دید کل‌نگر شیوه‌ی مراقبتی جامعی است که بر تمامی ابعاد جسمی، ذهنی، احساسی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی بیمار توجه دارد (۲، ۱). چنین شیوه‌ی مراقبتی ضمن هم‌خوانی با تئوری‌های انسان‌گرایانه، افقی وسیع‌تر را دربردارد (۳) و بر شان و منزلت فرد (۱)، روابط محترمانه بین بیمار - پرستار (۴)، مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری (۵، ۳) و حمایت جنبه‌ی معنوی بیمار تأکید ویژه دارد (۴). در این شیوه‌ی مراقبتی علاوه بر توجه به ابعاد مختلف و تأثیر هر یک از آن‌ها بر فرایند سلامتی (۶)، بر نحوه‌ی واکنش بیمار با بیماری و میزان تأثیر بیماری بر توانایی فرد در مراقبت از خود (۷) و رویکردها و تدابیر مورد استفاده‌ی فرد نیز توجه می‌شود (۸).

چنین مراقبت جامعی موجب بازگرداندن توان و مسؤولیت (۹)، افزایش خودآگاهی و توان خودمراقبتی بیمار، افزایش همدلی بین بیمار و پرستار و ایجاد اعتماد به نفس و خودکارآمدی بیمار می‌شود (۱۰، ۱)؛ که موارد گفته شده ارتقاء کیفیت زندگی و رضایت‌مندی بیمار را به دنبال دارد. ارائه‌ی مراقبت‌های جامع نه تنها در فرایند سلامتی بیمار، بلکه در بهبود عملکرد و مهارت پرستاران، ارتقاء جایگاه حرفه‌ای، افزایش استقلال و خودباوری حرفه‌ای نیز نقش بسزایی دارد و پرستار را از پذیرنده‌ی غیرفعال دستورات و عضو حاشیه‌ای در تیم مراقبتی، به فردی خلاق با توانایی ایجاد تغییرات قابل توجه در فرایند درمان سوق می‌دهد (۳) و موجب محبوبیت حرفه و اصلاح دید جامعه می‌شود (۱۱).

این شیوه‌ی مراقبتی محدود به مکان و زمان خاصی نبوده، در تمامی بخش‌های بیمارستانی و تمامی مراحل ارائه‌ی مراقبت از زمان پذیرش بیمار تا مرحله‌ی ترخیص قابل اجراء است (۱۲). مراقبت برگرفته از دید کل‌نگر شیوه‌ی مراقبتی جدیدی نیست، فلورانس نایتینگل مادر پرستاری مدرن و

اولین تئوری پرداز حرفه‌ی پرستاری این شیوه‌ی مراقبتی را در پرستاری گسترش داده و بر مراقبت‌هایی که بر خوب بودن، کل‌نگر بودن و در بردارنده‌ی روابط بین انسان و حوادث و رویدادها بود تأکید ورزید (۶). بسیاری دیگر از تئوری پردازان حرفه‌ی پرستاری از جمله راجرز، نیومن و پارسه نیز این شیوه‌ی مراقبتی را مورد توجه قرار دادند (۱۲).

متأسفانه، علیرغم تمامی اثرات سازنده‌ی مراقبت برگرفته از دید کل‌نگر، مطالعات حاکی از ضعف در به‌کارگیری چنین شیوه‌ی مراقبتی و توجه محدود پرستاران به ابعاد ذهنی، روحی و روانی بیماران در حین ارائه‌ی مراقبت‌هاست (۱۳)، به‌گونه‌ای که در اغلب موارد، پرستاران بر اساس وظایف معمول (۵) و با تکیه بر نظرات پزشکان و مدیران بیمارستانی به ارائه‌ی مراقبت می‌پردازند و صرفاً سعی در حل مشکلات جسمی بیماران و اجرای دستورات پزشکان دارند (۱۴). در چنین شرایطی مراقبت‌ها بیش‌تر بر ابعاد جسمی بیمار معطوف است تا ابعاد روانی، معنوی، احساسی و اجتماعی (۱۵). احساسات، عواطف و سایر ابعاد نیازهای بیماران از سوی پرستاران مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرد (۱۰) و بسیاری از مشکلات بیماران جدی تلقی نشده (۵)، اهداف و خواسته‌ها، ابعاد روانی، معنوی و اجتماعی ایشان علی‌رغم تأثیرشان بر روند سلامتی فراموش می‌شوند (۱۶، ۱۰)، به بیمار و سخنان وی بی‌اعتنایی شده (۷) و با بیمار همانند یک ماشین بیولوژیکی برخورد می‌شود (۱۷) که این امر یکی از چالش‌های حرفه‌ی پرستاری را به خود اختصاص داده (۱۳) و یکی از بحران‌های بزرگ حرفه‌ی پرستاری در دنیای امروز محسوب می‌شود (۱۸).

با توجه به اثرات سازنده‌ی مراقبت برگرفته از دید کل‌نگر، شناسایی عوامل مؤثر در ارائه‌ی آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که مطالعات صورت‌گرفته در این زمینه محدود و در بخش‌های خاصی

فوق در خصوص ایجاد دید کل‌نگر و گسترش شیوهی مراقبتی برگرفته از آن در پرستاران است (۲۱ - ۱۲). به‌نظر می‌رسد عوامل دیگری نیز در این بین نقش دارند که تاکنون ناشناخته باقی مانده‌اند. بررسی این عوامل با به‌کارگیری تحقیق کیفی که دربردارنده‌ی روش‌های چندگانه جمع‌آوری اطلاعات و بررسی وقایع، هنجارها و ارزش‌ها از دیدگاه مشارکت‌کنندگان است، امکان بررسی عمیق، درک و شناسایی واضح و جامع این پدیده را فراهم می‌سازد (۲۰). لذا جهت بررسی عوامل مؤثر و تسهیل‌کننده در ارائه‌ی مراقبت برگرفته از دید کل‌نگر، از تجربیات پرستاران استفاده شد که هسته‌ی اصلی ارائه‌ی مراقبت‌ها هستند.

روش کار

در این مطالعه‌ی کیفی به منظور شناسایی و تبیین عمیق عوامل مؤثر بر مراقبت برگرفته از دید کل‌نگر، از تحلیل محتوای استفاده شد. شیوه‌ی تحلیل محتوا، تفسیر ذهنی محتوای متن است که از طریق دسته‌بندی منظم کدها و شناسایی مضامین یا الگوها انجام می‌شود (۲۱). تحلیل محتوا مبتنی بر استدلال استقرایی بوده و دارای سه رویکرد مقبول یا مرسوم، مستقیم و تکوینی است با توجه به این‌که در این مطالعه، هدف توصیف عوامل مؤثر بر مراقبت کل‌نگر بود از رویکرد موسوم به conventional استفاده شد. رویکرد فوق برای توصیف پدیده طراحی شده است و محقق به‌جای استفاده از طبقه‌بندی‌های از پیش تعیین‌شده، از نام‌ها و طبقات برخاسته از داده‌ها استفاده می‌کند و با ارتباط نزدیک با داده‌ها و غوطه‌وری در آن‌ها به بینش تازه‌ای دست می‌یابد. بسیاری از روش‌های کیفی از این رویکرد اولیه برای طراحی و تحلیل مطالعه استفاده می‌کنند (۲۲). برای انجام مطالعه از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد و با ۱۸ نفر از افرادی که اطلاعات غنی در رابطه با انجام مراقبت جامع و کل‌نگر داشتند مصاحبه انجام گرفت. نمونه‌گیری تا اشباع و تکراری شدن داده‌ها ادامه داشت. مشارکت‌کنندگان در مطالعه شامل ۱۸ پرستار

چون اتاق عمل و سرای سالمندان صورت گرفته است (۱۵)، (۱۴، ۶). در این مطالعات بیش‌تر بر درک پرستاران از مفهوم مراقبت برگرفته از دید کل‌نگر (۲)، اهمیت این شیوه‌ی مراقبتی (۵) و نیز عدم به‌کارگیری (۱۹) تأکید شده است. درخصوص عوامل مؤثر و تسهیل‌کننده در ارائه‌ی مراقبت برگرفته از دید کل‌نگر مطالعات خیلی کمی صورت گرفته است (۲۰). برخی از مطالعات صورت گرفته در این زمینه وجود دانش، تخصص و به‌ویژه مهارت در امر ارتباط را لازمه‌ی ایجاد این دید معرفی کرده‌اند (۵)؛ نگرش نامناسب پرستاران نیز یکی از موانع شکل‌گیری و به‌کارگیری این دید در حین ارائه‌ی مراقبت‌ها شناسایی شده است؛ چنان‌چه در بسیاری از موارد، پرستاران وجود دید کل‌نگر و مراقبت برگرفته از این دید را امری غیر تخصصی دانسته و به آن اعتنایی نمی‌کنند (۲). از طرفی عده‌ای دیگر از پرستاران نیز وجود این دید و مراقبت مبتنی بر آن را غیر ضروری دانسته، رسیدگی و پاسخگویی به نیازهای غیر جسمی بیماران را جزو وظایف خود نمی‌دانند (۹). با توجه به اهمیت دید کل‌نگر و مراقبت مبتنی بر آن در روند درمان و ارائه بهتر مراقبت‌های پرستاری، سیستم‌های آموزشی کشورهای مختلف طی دهه‌های اخیر از طریق به‌کارگیری برنامه‌های درسی و مدل‌های پرستاری در بردارنده‌ی علوم رفتاری سعی در ایجاد این دید و گسترش شیوه‌ی مراقبتی برگرفته از این دید در پرستاران کرده‌اند، چرا که طبق مطالعات صورت گرفته، علوم رفتاری در ایجاد تخصص و مهارت در امر ارتباط و نیز نگرش مثبت در پرستاران در این راستا مؤثر شناسایی شده‌اند (۵، ۲). بر همین اساس، در مقایسه با رشته‌ی پزشکی که بیش از ۸۰ درصد از دروس آن را علوم بیولوژی در بر می‌گیرد، در بسیاری از کشورها ۵۰ درصد از دروس حرفه‌ی پرستاری را علوم رفتاری به خود اختصاص داده‌اند (۲). اما علی‌رغم تلاش‌های به‌عمل آمده در این زمینه، تحقیقات مختلف حاکی از عدم موفقیت سیستم‌های آموزشی کشورهای

بودند که ۴ نفر از آنان را پرستاران مرد و بقیه را پرستاران زن تشکیل می‌دادند. محیط پژوهش شامل بخش‌های اورژانس، جراحی، داخلی و ویژه از ۵ مرکز آموزشی درمانی شهرهای تبریز، ارومیه، اردبیل و تهران در سال ۱۳۹۲ بود. برای افزایش اعتبار داده‌ها، انتخاب مشارکت‌کنندگان از بیمارستان‌ها و بخش‌های مختلف با تجربه‌ی کاری، سن و جنس و فرهنگ متنوع صورت گرفت. مشخصات شرکت‌کنندگان در جدول شماره‌ی ۱ قید شده است.

جدول شماره‌ی ۱ - مشخصات دموگرافیک

مصاحبه‌شوندگان

زن	۱۴
مرد	۴
سن (سال)	$33 \pm 7/73$
سابقه‌ی کار	$8/5 \pm 6/02$
بخش محل کار	
اورژانس	۲
عمومی	۱۱
ICU	۴
CCU	۱

مطالعه‌ی فوق‌نماه به طول انجامید. جهت هماهنگی بیش‌تر پژوهشگر با محیط مطالعه و برقراری ارتباط بهتر با مشارکت‌کنندگان در مطالعه و تحلیل واقعی اطلاعات مورد نیاز، پژوهشگر ضمن انجام مصاحبه به یادداشت در عرصه نیز پرداخت. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختار یافته با طول مدت بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه انجام گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها در ابتدای کار از مصاحبه‌ی غیر ساختارمند استفاده شد و مصاحبه‌ها با یک سوال کلی نظیر [از تجربیات کاری‌تان در حین مراقبت از بیمار برام تعریف کنید؟]، [در حین مراقبت از بیمار به چه نیازهایی توجه می‌کنید؟]، [از ابتدا هم به همین نیازها توجه داشتید]

[چه عاملی باعث شد بیش‌تر به نیازهای بیمار توجه کنید؟] شروع شد. سپس بر اساس پاسخ مشارکت‌کنندگان مصاحبه‌ها شکل ساختارمندتری به خود گرفت و بیش‌تر بر ذکر عوامل تسهیل‌کننده و انگیزشی در توجه به نیازهای همه‌جانبه بیمار و رفع آن‌ها معطوف شد.

مصاحبه‌ها هر بار بلافاصله بعد از انجام بر روی دستگاه ضبط صدا، ضبط و بعد از چندین بار گوش دادن تایپ و مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار داده‌های کیفی MAXQDA با مدل ۲۰۱۰ استفاده شد. نرم‌افزار فوق‌موجب تسهیل در دسته‌بندی کدها و چینش آن‌ها در طبقات، استخراج مضامین و کمک در تدوین نظریه می‌شود (۲۳). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها بعد از خواندن کل مصاحبه و درک آن، واحدهای معنایی مشخص شدند. سپس با استفاده از نرم‌افزار فوق، کد مناسبی به عبارت یا پاراگراف مورد نظر داده شد. کلیه‌ی مصاحبه‌ها به همین منوال کدگذاری شدند. سپس کدهای مرتبط و مشابه با هم در یک طبقه قرارگرفتند. به‌طور مکرر کدها با هم مقایسه و در طبقات مرتبط قرارگرفتند. این عمل برای طبقات نیز تکرار شد. طبقات تشکیل شده براساس تشابهات و تفاوت‌ها مقایسه‌ی مداوم شدند و در نهایت مضامین تنظیم و تدوین شدند. در مطالعه‌ی حاضر به منظور دقت و استحکام مطالعه و قابلیت اعتبار بالای داده‌ها، از درگیری طولانی‌مدت و حضور محقق جهت مشاهده‌ی چگونگی اقدامات در بخش، بازنگری و تأیید یافته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان و تأیید یافته‌ها توسط همکاران مقاله و دو نفر از محققان خارج از مطالعه استفاده شد. علاوه بر این، برای استحکام بیش‌تر یافته‌ها، از تلفیق روش زمانی و مکانی (بررسی در زمان‌ها و مکان‌های مختلف) و تلفیق روش‌های جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد (۲۴، ۲۵). بدان معنا که جمع‌آوری اطلاعات در شیفت‌های مختلف صبح، عصر و شب و از شهرهای تبریز، ارومیه، اردبیل و تهران صورت گرفت. علاوه بر این، استفاده از دو

داده‌هایشان در راستای تحقیق تنظیم شد.

نتایج

دسته‌بندی حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد، ویژگی‌های شخصیتی، تجارب بستری و نیز اعتقادات و باورها که تحت عنوان ذخایر ورودی نام‌گذاری شده‌اند، نقش کلیدی و اساسی در توجه به نیازهای مختلف بیمار و ارائه‌ی مراقبت مبتنی بر دید کل‌نگر دارند و به‌عنوان عواملی اثرگذار و تسهیل‌کننده در ارائه‌ی مراقبت‌های پرستاری در خور توجه هستند. درون مایه ویژگی‌های شخصیتی، تجارب بستری و ذخایر ورودی در جدول شماره‌ی ۲ قید شده است.

شیوه‌ی مشاهده‌گری و مصاحبه منجر شد تا پژوهشگر در حین تحلیل داده‌ها، قادر باشد صحت مندرجات را مورد توجه قرارداد (۲۵، ۲۰). کلیه‌ی فعالیت‌های انجام شده نظیر نحوه‌ی کدگذاری، طبقه‌بندی و شکل‌گیری مضامین از داده‌های خام بر اساس تحلیل محتوا برای ناظرین و محققان خارج از مطالعه توضیح داده شد تا تأییدپذیری آن میسر شود. پژوهش حاضر مورد تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز قرارگرفت و برای حضور در عرصه، معرفی‌نامه به بیمارستان‌ها ارائه شد. مصاحبه‌ها با تنظیم برنامه‌ی زمانی مشارکت‌کنندگان انجام گرفت. هدف از مطالعه برای آن‌ها توضیح داده شد و رضایت‌نامه‌ای مبنی بر استفاده از

جدول شماره‌ی ۲ - عوامل انگیزشی در ارائه‌ی مراقبت کل‌نگر: تم‌ها، طبقات و کدها

طبقه اصلی	زیر طبقه	ویژگی	طیف	کد
عوامل انگیزشی در ارائه‌ی مراقبت کل‌نگر	ویژگی‌های شخصیتی	اجتماعی/عاطفی بیمار/پرستار	کم تا زیاد	شخصیت عاطفی، شخصیت زود جوش و خونگرم و اجتماعی، دلسوز، نوع‌دوست و علاقه‌مند به کمک به هم‌نوع، قدردان بودن، پرتوقع نبودن، خوش برخورد بودن، مؤدب بودن
	تجارب بستری شدن	تجربه‌ی ناخوشایند عدم رفع نیازهای جسمی و غیر جسمی	خود/نزدیکان	توجه به درد بیمار به علت تجربه جراحی خود، بیمار را جای پدر خود در نظر گرفتن به علت بیماری پدر، درک استرس بیمار به علت سابقه بیماری خود، درک مشکلات بیمار و همراهان بیمار بدحال روبه موت با توجه به تجربه مرگ عزیزان خود، درک استرس خانواده بیمار تحت عمل با توجه به سابقه جراحی پدر، تأثیر تجربه‌ی بیماری خود در توجه به نیازهای بیمار، نقش بیماری اعضای خانواده در درک بیمار
	ذخایر ورودی	اعتقادات و باورها	اخلاقی/دینی	معتقد بودن به پاسخگویی در برابر خداوند در قبال بیمار، ایمان قوی داشتن، حس مسؤولیت، عذاب وجدان در قبال عدم رفع نیازهای بیمار

الف- ویژگی شخصیتی اجتماعی

مددجو شده و منجر به شکل‌گیری ارتباط عمیق بین ایشان می‌شود که این امر شناخت بهتر مشکلات بیمار و دید گسترده و جامع نسبت به مشکلات بیمار را در پی دارد، در این باره

وجود شخصیت اجتماعی، زودجوش و خونگرم در پرستاران منجر به ایجاد صمیمیت و همدلی بین ایشان و

یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید:

[من شخص اجتماعی و زودجوشی دارم، روابط اجتماعی‌ام بالاست، وارد اتاق مریض که می‌شم حتماً با لحن گرم باهاشون احوال‌پرسی می‌کنم حتی با مریضای پیر دست هم می‌دم چون مطمئنم در روحیه‌شان تأثیر داره، باعث می‌شه مریض بهم اعتماد کنه و همکاریش خوب بشه. مثلاً اگه اجازه رگ‌گیری به بقیه نمی‌ده به من حتماً اجازه می‌ده. از طرفی خیلی از مشکلاتش را بهم می‌گه اینا باعث میشه من از خیلی از نیازهایش باخبر بشم و اونا رو برطرف کنم] (پرستار شماره ۹)

ب- ویژگی شخصیتی عاطفی

وجود شخصیت عاطفی و دلسوز نیز یکی دیگر از ویژگی‌های شخصیتی مناسب برای شکل‌گیری دید کل‌نگر در پرستاران است چراکه هر چقدر شخص عاطفی‌تر باشد به همان اندازه حس دلسوزی، ترحم و انسان‌دوستی و به موازات آن حس مسؤولیت در قبال هم‌نوع در وی بیش‌تر بوده و صرفاً بر وظایف روتین اکتفا نمی‌کند و سعی در شناسایی و برطرف کردن همه‌ی مشکلات بیمار خواهد داشت. یکی از پرستاران در این باره می‌گوید:

[خوب من شخصیتم جوری است که آدم عاطفی هستم، خیلی دوست دارم اگه از دستم برمیاد بتونم به دیگران کمک کنم. تو خانواده هم خیلی دوست دارم به دیگران کمک کنم و خوشحال می‌شم بتونم دست کسی رو بگیرم. اینه که وقتی که می‌بینم نیازهای مریض رفع میشه، خوب احساس لذت می‌کنم. رفع نیازهای مریضا باعث آرامش من می‌شه. اون احساس لذت اونقدر برام قوی هست که بهترین لحظات زندگیم رو همون دقیق و ساعاتی تشکیل داده که با مریضا بودم و می‌تونستم براشون کاری بکنم] (پرستار شماره ۹)

۲- تجارب بستری

عامل دیگری که در همدردی با بیمار، درک بیش‌تر وی، توجه به نیازهای مختلف بیمار، شکل‌گیری دید کل‌نگر و

ارائه‌ی مراقبت برگرفته از این دید مهم جلوه نمود، تجارب بستری خود پرستار و خانواده‌ی وی بود. بدیهی است وجود تجربه‌ی مشترک در افزایش درک و شناسایی نیازهای فرد دارای مشکل مشابه، نقش مؤثری دارد. در اغلب افراد مشارکت‌کننده، پدیده‌ی فوق، با تجربه‌ی ناخوشایند عدم رفع نیازهای جسمی و غیرجسمی خود فرد و خانواده‌ی وی بیان شده است که مقوله‌ی فوق به‌عنوان ویژگی زیر طبقه تجارب بستری مطرح شد.

الف- تجربه‌ی ناخوشایند عدم رفع نیازهای جسمی و

غیر جسمی

براساس داده‌های حاصل از تجارب اغلب مشارکت‌کنندگان، ایشان در دوران بستری خود و خانواده‌ی خویش، تجربه‌ی ناخوشایندی از عدم رفع نیازهای جسمی و غیرجسمی داشتند که به گفته‌ی مشارکت‌کنندگان، این امر در توجه ایشان به نیازهای مختلف بیمار و پرورش دید همه‌جانبه نسبت به بیمار مؤثر شناخته شده‌است.

در این زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان اذعان می‌دارد:

[من سال گذشته عمل کوله سیستکتومی شدم. الان می‌دونم درد عمل چقدر زیاده، متأسفانه با وجود درد زیادی که داشتم، خیلی وقتاً پرستار اونجور که باید بهم توجه نمی‌کردند و برام مسکن نمی‌زدند، اینا باعث شده من الان شرایط مریض را بهتر درک کنم، همون موقع به خودم قول دادم در برطرف کردن درد مریضا کوتاهی نکنم. ای کاش همه پرستارها یک تجربه‌ای از مشکلات بیمار داشتند، چون خیلی تأثیر داره. اگه خودت اون را تجربه کرده باشی، می‌دونی مریض چه زجری را تحمل میکنه و سعی میکنی سریع برطرفش کنی. قبلاً اگه مریض تازه عمل شده مسکن می‌خواست، خیلی وقتاً جدی نمی‌گرفتم. می‌رفتم ناهارم را می‌خوردم چایی می‌خوردم، تازه یادم می‌افتاد مریض زجر می‌کشه، ولی الان می‌دونم چه زجری تحمل می‌کنه، سعی می‌کنم زود برطرف کنم] (پرستار شماره ۱)

مشکلاتی که از سوی مسئولین و همکاران ایجاد میشه و حرف‌هایی که می‌زنند مثلاً این‌که فلانی می‌خواد خودش را نشون بده یا همکارام همکاری نمی‌کنند نادیده بگیرم و فقط به مریض برسیم من خودم را در برابر خدا پاسخگو می‌دونم و به خودم می‌گم تو تصور کن این مریض را خدا بهت سپرده. این اعتقادات باعث میشه در حق مریض کوتاهی نکنم بهش برسیم مرتباً بهش سرزنس و هر نیازی داره را برطرف کنم [پرستار شماره‌ی ۱۶].

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان به نقش پایبندی به اعتقادات اخلاقی و انگیزه‌ی قوی ناشی از آن در توجه به نیازهای مختلف بیمار و تلاش برای ارائه‌ی مراقبت همه‌جانبه اشاره کرده و می‌گوید:

[یکی از علت‌هایی که باعث میشه من همیشه به نیازهای مختلف مریض توجه کنم اعتقادات من هست، من بی‌توجهی به نیازهای مریض را کاری غیر اخلاقی می‌دونم وقتی می‌بینم مریض مشکلی داره و من راحت از کنارش بگذرم دچار عذاب وجدان می‌شم به نظر من اخلاقیات خیلی تو نحوه‌ی عملکرد فرد تأثیر داره، اگه آدم پایبند به اخلاقیات باشه نمی‌تونه نسبت به مشکلات مریض بی‌تفاوت بشه] (پرستار شماره‌ی ۱۰)

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که عوامل انگیزشی که متشکل از طبقات ذخایر ورودی، ویژگی‌های شخصیتی و تجارب بستری بود، نقشی اثرگذار در شناسایی نیازهای مختلف بیمار و ایجاد دید کل‌نگر در پرستاران داشته و تقویت‌کننده توجه به نیازهای مختلف بیمار و ارائه‌ی مراقبت همه‌جانبه هستند. به‌گونه‌ای که بر اساس داده‌ها، ویژگی‌های شخصیتی در گسترش ارتباط با بیمار و به موازات آن شناسایی نیازهای مختلف و دید گسترده در پرستار نقش مهمی داشته و وجود اعتقادات و باورهای دینی و اخلاقی فرد را به تلاش در جهت رفع این نیازها و ارائه‌ی مراقبت

مشارکت‌کننده‌ی دیگری نیز به نقش تجربه‌ی بستری اعضای خانواده خود در توجه به نیازهای مختلف بیمار اشاره کرده و در این باره می‌گوید:

[یکی از علت‌هایی که الان بیشتر تر به نیازهای مریض توجه می‌کنم و سعی می‌کنم اونا رو برطرف کنم، بیماری پدرم بود، چون پدرم عمل جراحی قلب شدند، ما خیلی نگرانیش بودیم، اون ستون زندگی ماست. دم در اتاق عمل چه استرسی کشیدیم، اما پرستاری بخش ICU خیلی خوب برخورد نکردند. با وجود این‌که همکار بودم چندان که باید برخوردشون خوب نبود، اجازه‌ی ملاقات ندادن، یک حرف امید بخش نمی‌زدند، خیلی استرس کشیدم، این باعث شده که الان بیمار و خانواده‌اش را بهتر درک کنم. خودم را جای خانواده‌اش می‌گذارم و حس می‌کنم مریض هم مثل پدرم، پدر یا مادر خانواده‌ای هست. احساس نزدیکی بیش‌تری با بیمار و خانواده‌اش دارم. خودم را جای اونها می‌گذارم. این احساس هنوز هم برام هست.] (پرستار شماره‌ی ۱۳).

۳- ذخایر ورودی

یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار در توجه فرد به نیازهای مختلف بیمار و ارائه‌ی مراقبت همه‌جانبه، داشته‌ها و ذخایر فرد قبل از ورود به حرفه است که تحت عنوان زیر طبقه‌ی ذخایر ورودی نام‌گذاری شده‌است. بررسی داده‌های حاصل از تجارب شرکت‌کنندگان، نشان داد که مهم‌ترین عامل در این زمینه، اعتقادات و باورهای فرد هستند که تحت عنوان ویژگی زیر طبقه فوق‌عنوان شدند.

الف- اعتقادات و باورها

اعتقادات، باورهای مذهبی و اخلاقی، از عوامل اساسی در ارائه‌ی مراقبت کل‌نگر هستند که در بسیاری از موارد بر موانع سازمانی و آموزشی فائق آمده و منجر به ارائه‌ی مراقبت همه‌جانبه از سوی پرستاران می‌شود. چنان‌چه یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره می‌گوید:

[اعتقادات و باورهای دینی باعث میشه بتونم علی‌رغم

آن در توجه همه‌جانبه به نیازهای بیمار و ارائه‌ی مراقبت جامع است. چنانچه مطالعه‌ی King & Gates نیز نقش سازنده‌ی افزایش دانش پرستاران را در شناسایی نیازهای مختلف بیمار و ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها مطرح ساخت (۱۱). Strandberg نیز در مطالعه‌ی خود به تأثیر دانش و آگاهی پرستاران در توجه همه‌جانبه به نیازهای بیمار و ارائه‌ی مراقبت کلنگر اشاره کرده است (۲).

لذا با توجه به نقش ویژگی‌های شخصیتی پرستاران، تجربه‌ی بیماری ایشان و خانواده در گسترش ارتباط با بیمار و افزایش دانش نسبت به نیازهای مختلف بیمار و نیز تأثیر اعتقادات و باورها در توجه به نیازهای مختلف بیمار و شکل‌گیری دید کلنگر در پرستاران و ارائه‌ی مراقبت برگرفته از این دید در ایشان، توجه به تناسب ویژگی‌های شخصیتی پرستاران با حرفه، آموزش مهارت‌های ارتباطی و نیز افزایش دانش ایشان و غنی ترساختن اعتقادات و باورهای مذهبی، افزایش حس تعهد و مسؤولیت پرستاران و فراگیران این حرفه، جهت غلبه بر موانع موجود و گسترش دید همه‌جانبه در پرستاران و ارائه‌ی مراقبت برگرفته از دید کلنگر درخور توجه است.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه‌ی دکتری تخصصی پرستاری است. بدین‌وسیله نویسندگان بر خود واجب می‌دانند از دانشگاه علوم پزشکی تبریز بابت حمایت مالی و فراهم کردن عرصه‌ی مطالعه و همچنین، از کلیه‌ی پرستارانی که در تولید اطلاعات این پژوهش همکاری داشته‌اند صمیمانه قدردانی کند.

همه‌جانبه برانگیخته و در بسیاری از موارد بر نقص‌های ساختار آموزشی و سیستم درمانی غالب شده‌اند. اهمیت ویژگی‌های شخصیتی و پایبندی به اعتقادات و باورهای دینی و اخلاقی در عملکرد افراد امری بدیهی و آشکار است. در حرفه‌ی پرستاری نیز عوامل یادشده، هدایت‌کننده‌ی عملکرد پرستاران و نحوه‌ی برخورد ایشان با بیمار و گسترش ارتباط هستند. ویژگی‌های شخصیتی و نیز اعتقادات و باورها در هر فرد جزو مهم‌ترین عوامل درونی تأثیرگذار بر ایجاد انگیزه بوده، از طریق ایجاد صمیمیت، همدلی، تعهد، مسؤولیت و وجدان کاری نقش مهمی در موفقیت فرد در محیط‌های تحصیل و کار دارد (۲۷، ۲۶). مطالعات نشان می‌دهد پرستاران برخوردار از ویژگی‌های شخصیتی اجتماعی و عاطفی دارای نشاط حرفه‌ای بوده و توانایی بیش‌تری در شناسایی نیازهای بیماران و ارائه‌ی بهتر مراقبت‌های پرستاری دارند. بر اساس همین مطالعات، وجود اعتقادات و باورهای دینی و اخلاقی نیز باعث می‌شود پرستاران، نسبت به سایر پرسنل مسؤولیت‌پذیرتر بوده، ذکاوت، آستانه‌ی تحمل بالاتر و انگیزه‌ی بیش‌تر داشته و دارای وجدان کاری بالاتری باشند (۲۸، ۲۹).

McEvoy & Duffy در مطالعه خود به اهمیت ویژگی‌های شخصیتی متناسب با حرفه و نیز تأثیر اعتقادات و باورها در عملکرد پرستاران تأکید داشته و آن را لازمه و پیش نیاز ارائه‌ی مراقبت کلنگر در پرستاران عنوان کردند (۳۰). تجربه‌ی بیماری مشترک در پرستاران یا افراد خانواده نیز در افزایش دانش ایشان نسبت به مشکلات بیمار، گسترش دید همه‌جانبه نیز اثر تقویت‌کننده داشته و زمینه‌ساز ارائه‌ی مراقبت‌های همه‌جانبه است. اگرچه در خصوص نقش تجربه‌ی بیماری در درک بهتر بیمار و نیازهای وی، ایجاد دید کلنگر و ارائه‌ی مراقبت برگرفته از این دید مطالعه‌ای یافت نشد اما در خصوص نقش افزایش دانش که جزو پیامدهای تجربه‌ی بیماری است، مطالعه‌ی صورت‌گرفته مؤید تأثیر مثبت

Pract 2007; 7(3): 173-80.

14- Choowattanapakorn R, Nay R, Fetherstonhaugh D. Nursing older people in Thailand: embryonic holistic rhetoric and the biomedical reality of practice. *Geriatr Nurs* 2004; 25(1): 17-23.

15- Daaleman TP, Usher BM, Williams SW, Rawlings J, Hanson LC. An exploratory study of spiritual care at the end of life. *Ann Fam Med* 2008; 6(5): 406-11.

16- Porter S. The patient and power: sociological perspectives on the consequences of holistic care. *Health Soc Care Community* 1997; 5(1): 17-20.

17- Kolcaba R. The primary holisms in nursing. *J Adv Nurs* 1997; 25(2): 290-6.

18- Tiran D. A holistic framework for maternity care. *Complement Ther Nurs Midwifery* 1999; 5(5): 127-35.

19- Bahrami M. Do nurses provide holistic care to cancer patients? *Iran J Nurs Midwifery Res* 2010; 15(4): 245-51.

20- Strubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilking; 2007.

21- Zhang Y, Wildemuth BM. Qualitative analysis of content. In: Wildemuth BM. *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science*. USA: Greenwood Publishing Group; 2009, p. 308-19.

22- Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual health res* 2005; 15(9): 1277-88.

23- Gravlee C. *Working with MAXQDA: Coding Basics*. Germany 2012. <http://www.maxqda.com> (accessed in 2012)

24- Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

25- Burns N, Grove SK. *The Practice of Nursing Research*, 6th ed. USA: Saunders Elsevier; 2009.

26- Askari J. Assessment of risk factors of motivational deficiencies in university students from their viewpoints. *Iran J Psych Clin Psychol* 2006; 11(4): 455-62. [In Persian]

27- Lisa M, Emily D, Witt L. A review of personality and performance: identifying

منابع

1- Thompson EA, Quinn T, Paterson C, Cooke H, Mcquigan D, Butters G. Outcome measures for holistic, complex interventions within the palliative care setting. *Complement Ther Clin Pract* 2008; 14(1): 25-32.

2- Strandberg EL, Ingvar O, Borgquist L, Wilhelmsson S. The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2007; 8: 1-8.

3- Holt-Waldo NY. *The lived experience of being a holistic nurse educator [dissertation]*. MN (USA): Capella University; 2011.

4- Ellison DJ. A guideline for incorporating holistic nursing interventions into perianesthesia practice. *J Perianesth Nurs* 2005; 20(1): 19-22.

5- Olive P. The holistic nursing care of patients with minor injuries attending the A&E department. *Accid Emerg Nurs* 2003; 11(1): 27-32.

6- Selimen D, Andsoy II. The importance of a holistic approach during the perioperative period. *AORN J* 2011; 93(4): 482-7.

7- Xiang H. A holistic approach to preventing and treating depression. *Intern J Biosci Alter Holistic Med* 2010; 1(4): 42-7.

8- Willison KD. Integrating Swedish massage therapy with primary health care initiatives as part of a holistic nursing approach. *Complement Ther Med* 2006; 14(4): 254-60.

9- Fahy K, Hastie C, Bisits A, Marsh C, Smith L, Saxton A. Holistic physiological care compared with active management of the third stage of labour for women at low risk of postpartum haemorrhage: a cohort study. *Women Birth* 2010; 23(4): 146-52.

10- Randolph PD, Greak L. Consistent application of gate control theory in the screening and selection of patients for implantable therapy. *Curr Pain headache Rep* 1999; 3(1): 48-60.

11- King MO, Gates MF. Perceived barriers to holistic nursing in undergraduate nursing programs. *Explore* 2006; 2(4): 334-8.

12- Frisch NC. Standards of holistic nursing practice as guidelines for quality undergraduate nursing curricula. *J Prof Nurs* 2003; 19(6): 382-6.

13- Robinson S. Holistic health promotion: putting the art into nurse education. *Nurse Educ*

- 29- Nurten K, Turkinaz A, Nuray T, Burcu K, Emrullah E. The feelings of guilt and shame experienced by nursing and midwifery students. *Nurse Educ Today* 2012; 32(6): 630–5
- 30- McEvoy L, Duffy A. Holistic practice—a concept analysis. *Nurse Educ Pract* 2008; 8(6): 412–9.

- boundaries, contingencies, and future research directions. *Human resource manag rev* 2011; 21(4): 297–310.
- 28- Graf ER. Relationship of external rated job performance to nurse self perceived performance and self competence, [dissertation]. USA: Virginia Commonwealth University; 1992.

The effect of motivational factors in providing holistic care: a qualitative study

Madineh Jasemi *¹, Leila Valizadeh ², Vahid Zamanzadeh³, Fariba Taleghani ⁴

¹ PhD Candidate in Nursing, Students' Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz university of Medical Sciences, Tabriz, Iran;

² Associate Professor, department of Pediatrics, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz university of Medical Sciences, Tabriz, Iran;

³ Associate Professor, Department of Internal Surgery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz university of Medical Sciences, Tabriz, Iran;

⁴ Associate Professor, Department of Internal Surgery, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan university of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Holistic care is a comprehensive approach for achieving optimal level of care for patients. Identifying the motivational factors can increase quality of nursing care and improve the healing process. Investigation of nurses' experiences will provide real and meaningful results in this field. In this study we aimed to explore nurses' experiences regarding holistic care.

This qualitative study was conducted on 18 nurses from Uremia, Tabriz, Ardebil and Tehran teaching hospitals of Iran. The data were obtained by interviews with nurses. These interviews were transcribed and analyzed by the conventional content analysis method and using MAXQDA software.

Personal characters and experience of hospitalization were identified as motivational and promotional factors in providing holistic care.

Considering the role of personal characters and experience of hospitalization in holistic care, paying more attention to nurses' characteristics and upgrading their communication skills and knowledge are necessary for development of holistic care and are highly recommended.

Keywords: qualitative study, holistic care, nursing ethics

*Email: jasemi_master@yahoo.com