

مدل‌های مدافعه‌ی پرستاری:

مروری بر کارکردهای نقش حمایتی پرستار

هادی جعفری منش^{۱*}، عاطفه علیبازی^۲، منصوره زاغری تفرشی^۳، مهدی رنجبران^۴

مقاله‌ی مروری

چکیده

یک مدل نمایش مختصری از واقعیت است. مدل‌های مربوط به سلامتی ارزش‌ها، استنباط‌ها و ادراکات مختلفی از روند مراقبت بهداشتی و درمانی نشان می‌دهند. مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی مدل‌های مدافعه‌ی پرستاری و کارکردهای نقش حمایتی پرستار انجام گرفته است. در این مطالعه‌ی مروری جهت جست‌وجوی مقالات و مستندات، از پایگاه‌های اطلاعاتی Science، PubMed، Proquest، Direct، Google Scholar و هم‌چنین، پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی شامل Magiran، Medex Iran، Scientific Information Database و هم‌چنین، موتور جست‌وجوی عمومی Google استفاده شد. جست‌وجو بر اساس واژگان کلیدی، مدافعه (advocacy) و مدل مدافعه‌ی پرستاری (nursing advocacy model) انجام پذیرفت. در این مرحله در مجموع ۸۹ منبع از سال ۱۹۹۱ تا ۲۰۱۴ شامل کتاب، مقاله و پایان‌نامه مرتبط با مدافعه‌ی پرستاری به دست آمد. پس از بررسی منابع جست‌وجو شده، در مرحله‌ی دوم از نتایج تعداد ۴۳ منبع جهت نگارش مقاله‌ی مروری استفاده شد. از این مطالعات تعداد ۸ مدل که همخوانی بیش‌تری با موضوع و اهداف مطالعه داشتند، استخراج گردید. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و تأکید بر فواید انجام نقش مدافعه‌ی پرستاری، پیشنهاد می‌شود مدلی طراحی شود که بتواند یک روش عملی را برای اجرای نقش مدافعه‌ی پرستاری در ایران فراهم کند. در این مدل باید محدودیت‌های قانونی، عوامل و ارزش‌های اجتماعی، فرهنگ سازمانی، موقعیت پرستار در نظام مراقبت بهداشتی - درمانی و محدودیت‌های سیاسی و اقتصادی در نظر گرفته شود.

واژگان کلیدی: مدافعه‌ی پرستاری، مدل‌های مدافعه‌ی پرستاری، نقش حمایتی پرستار

^۱ مربی، کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک

^۲ کارشناس پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک

^۳ استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

^۴ مربی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک

* نشانی: اراک، سردشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه فوریت‌های پزشکی، تلفن: ۰۸۶۳۴۱۷۳۵۰۳،

مقدمه

در دهه‌های اخیر، متناسب با پیدایش روش‌های روزآمد درمانی و پیشرفت فناوری‌های علوم پزشکی، حوزه‌های تعامل و مداخلات پزشکی وسعت زیادی پیدا کرده و این خود چالش‌های اخلاقی زیادی را به دنبال داشته است (۱). از سوی دیگر، نهضت‌های جهانی دفاع از حقوق بشر توجه مجامع علمی جهانی را به حقوق گروه‌های اجتماعی خاص از جمله بیماران جلب کرده‌اند، چرا که بیماران به‌عنوان یکی از آسیب پذیرترین گروه‌های اجتماعی چه از لحاظ جسمی و چه از لحاظ روانی، اجتماعی و اقتصادی هستند (۲). بی‌تردید، بیمار/مددجو در سیستم خدمات بهداشتی - درمانی دارای حقوقی است که باید مورد توجه و حمایت قرار گیرد و انجام این مهم نمی‌تواند وابسته به سلیقه و میل شخصی ارائه‌دهندگان مراقبت سلامتی باشد (۳)؛ بلکه ضروری است قوانینی نهادینه شوند که مسئولیت دفاع و حمایت از بیمار و پایش آن را بر عهده‌ی گروه مشخصی بگذارد. امروزه، حفاظت از حقوق بیمار/مددجو جزئی از عدالت اجتماعی و احترام به حقوق بشر است. در واقع، توجه به حقوق بیماران بیانگر پایه‌ای برای عدالت و مشارکت در خدمات بهداشتی - درمانی است (۴).

پرستاری علم و هنری است که مشتمل بر مفاهیم و فعالیت‌های مرتبط با علوم پایه‌ی اجتماعی، فیزیکی، اخلاقی، موضوعات معاصر و سایر زمینه‌هاست. پرستاری حرفه‌ی منحصر به فردی است، زیرا پاسخ افراد و خانواده‌ها را به ارتقاء و حفظ سلامت و مشکلات بهداشتی مشخص می‌کند. پرستاران نقش‌های هم‌زمان بسیاری (ارائه‌ی مراقبت‌های مستقیم، تصمیم‌گیری بالینی، حمایت از مددجو و آموزش) را متقبل می‌شوند (۵). اساس حرفه‌ای این شغل از تئوری‌های پرستاری مرتبط با ارزش‌های اجتماعی، آمادگی‌های تحصیلی، انگیزه، خودمختاری، احساس تعهد و ادراک اجتماعی و اصول

اخلاقی منشأ گرفته است (۶).

«مدافعه»^۱ یک مفهوم کلیدی در اخلاق پرستاری است (۷) که در مطالعات پرستاری از سال ۱۹۷۳ وقتی شورای بین‌المللی پرستاری^۲ مفهوم کدهای اخلاق حرفه‌ای پرستاران را ایجاد کرد، مورد بحث قرار گرفته است (۸). با رشد پرستاری به‌عنوان یک حرفه همراه با توسعه‌ی عملکرد مبتنی بر دانش نظری، نقش مدافعه از بیمار بیش از پیش اهمیت یافت. هم‌زمان فلسفه‌ی پرستاری نیز دچار تغییر شد و در فلسفه‌ی معاصر پرستاری، مفاهیمی نظیر استقلال^۳ یا خودگردانی، پاسخ‌گویی و حمایت بیمار جای گرفت (۹).

مدافعه نه تنها به‌عنوان یک وظیفه‌ی اخلاقی در پرستاری، بلکه به‌عنوان یک نیاز قانونی به‌شمار می‌آید (۱۰). در مدافعه، پرستاران به نمایندگی از جانب بیمارانی که قدرت خود را در بیان نیازها، خواسته‌ها، ارزش‌ها و انتخاب‌ها یا اختیارات از دست داده‌اند، عمل می‌کنند (۱۱). آگاهی بیماران از حقوق خود، کمک به اولویت‌بندی گزینه‌های درمانی و تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد مسائل مربوط به سلامتی، منجر به ارتقاء حقوق بیماران می‌شود (۸). در مطالعات متعدد، مدافعه به‌عنوان نماینده‌ی بیمار بودن، دفاع از حقوق بیمار و هم‌چنین، دفاع از حقوق همگانی، محافظت از علائق بیمار، کمک به بیمار در گرفتن تصمیمات آگاهانه و سپس حمایت از این تصمیمات تعریف شده است (۱۲).

اهمیت این نقش به قدری است که Vaartio و همکاران مدافعه را یک بخش جدایی‌ناپذیر از فرآیند مراقبت پرستاری دانسته‌اند (۱۲). در واقع، مدافعه فهمیدن و به‌کار بردن وظایف پرستاری حرفه‌ای است (۱۳). از نظر صاحب‌نظران جهت نیل به عملکرد حرفه‌ای و رسیدن به معیارهای حرفه‌ای در

¹ Advocacy

² ICN: International Council of Nursing

³ Autonomy

و درمانی را نشان می‌دهند. یکی از روش‌های شناخت نقش مدافعه‌ی پرستاری شناسایی مدل‌های موجود در این زمینه و استفاده از این مدل‌هاست. در نتیجه، هدف از انجام این مقاله‌ی مروری، بررسی مدل‌های موجود در بحث مدافعه‌ی پرستاری در ایران و جهان است.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر مطالعه‌ی مروری است که به بررسی مدل‌های مدافعه‌ی پرستاری در ایران و جهان پرداخته است. جهت جست‌وجوی مقالات و پایان‌نامه‌ها، از پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، Science Direct، Proquest و Google Scholar، هم‌چنین، پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی شامل Magiran، Iran Medex، Scientific Information، Database و هم‌چنین، موتور جست‌وجوی عمومی Google استفاده شد. جست‌وجو بر اساس واژگان کلیدی، مدافعه و مدل مدافعه‌ی پرستاری^۱، توسط ۲ نفر به صورت مستقل انجام پذیرفت. ابتدا تمام مقالات مرتبط و در دسترس گردآوری شد. در این مرحله، مقالاتی که در عنوان یا چکیده‌ی آن‌ها، کلیدواژه‌های ذکر شده موجود بود، وارد لیست اولیه شدند و سایر مقالات حذف شد. در این مرحله در مجموع ۸۹ منبع از سال ۱۹۹۱ تا ۲۰۱۴ شامل کتاب، مقاله و پایان‌نامه مرتبط با مدافعه‌ی پرستاری به دست آمد. در مرحله‌ی بعد، ابتدا چکیده‌ها و در صورت مرتبط بودن، جهت بررسی اعتبار، کل مقاله مورد بررسی قرار گرفت و در صورت برخوردار بودن مقاله از حداقل‌های یک مقاله‌ی معتبر علمی از جمله مرتبط بودن مطالب، برخورداری از یک سازمان منسجم، برخورداری از شواهد کافی و برخورداری از یک محوریت تحقیقی در کلیت و ترکیب، مقاله وارد مطالعه شد. در نهایت، از نتایج تعداد ۴۳ منبع جهت نگارش مقاله‌ی مروری استفاده شد.

پرستاری باید تلاش کرد. در حال حاضر، پرستاران ایران آمادگی دارند در مسیر حرفه‌ای شدن خود به سوی عملکرد حرفه‌ای تغییر الگو دهند. با توجه به این‌که عملکرد حرفه‌ای فرآیندی پویاست، لازم است در ابتدای این حرکت، عوامل مؤثر بر عملکرد حرفه‌ای پرستاری در ایران شناسایی شود (۱۴).

یکی از این عوامل شناخت کامل و همه جانبه‌ی عملکرد حرفه‌ای و شناخت دقیق نقش‌هاست. از آن‌جا که نقش مدافعه به عنوان یکی از اجزاء ضروری عملکرد پرستاری محسوب می‌شود، در نتیجه شناخت این نقش ضروری است (۱۱). بحث در مورد معنای «مدافعه از بیمار» اهمیت بسیاری دارد، چرا که اگر معنی مدافعه در حرفه‌ی پرستاری روشن نشود، پرستاران برای انجام یکی از نقش‌های اساسی خود به درستی آماده نخواهند شد (۱۵).

پرستاران مدافعه از بیمار را وظیفه‌ی اخلاقی و از نقش-های حرفه‌ای خود می‌دانند و بر این باور هستند که با اعمال و فعالیت‌های متنوع به مدافعه از بیمار می‌پردازند. به نظر می‌رسد که آن‌ها به رغم پذیرش نقش مدافعه از بیمار، تعریف مشخصی از مفهوم مدافعه از بیمار ندارند و از این رو آنان به صورت فردی و به روش‌های متفاوتی به این وظیفه می‌پردازند (۱۶). بنابراین، ضروری است تلاش‌های هماهنگ شده‌ای در بخش آموزش، پژوهش و مدیریت پرستاری برای حرفه‌ای کردن این نقش به عمل آید و هم‌زمان سازمان‌های مسؤول ضمن به رسمیت شناختن این نقش برای پرستار، آن را با توجه به واقعیت و شرایط پرستاری کشور ایران تعریف کنند تا پرستاران به طور شفاف به این نقش بپردازند (۹).

مدل‌ها از نظر نگرش به وقایع پیچیده و از لحاظ مسائل اساسی، الگوی ایده‌آل و بسیار ساده‌ای هستند. یک مدل نمایش مختصری از واقعیت است. مدل‌های مربوط به سلامتی ارزش‌ها، استنباط‌ها و درک مختلفی از روند مراقبت بهداشتی

¹ Nursing Advocacy Model

جدول شماره ۱ - مهم‌ترین مطالعات مرتبط با موضوع مدافع‌ی پرستاری

ردیف	نویسنده	سال	عنوان مطالعه	نوع مطالعه
۱	Hatfield (۲۷)	۱۹۹۱	ارتباط بین قضاوت اخلاقی/قانونی، مدافعه و استقلال درمیان پرستاران بهداشت جامعه	کمی
۲	Davis و همکاران (۱۰)	۲۰۰۳	یک مطالعه مقدماتی: نظر پرستاران ژاپنی در مورد مدافعه از بیمار	کمی
۳	Lemonidou و همکاران (۲۸)	۲۰۰۳	مقایسه درک پرستاران و بیماران بخش جراحی از خود مختاری، حریم خصوصی و رضایت آگاهانه در مداخلات پرستاری	کمی
۴	Nahigian (۱۷)	۲۰۰۳	عوامل مرتبط با تصمیم به انجام مدافعه در پرستاران دارای مجوز شاغل در بیمارستان‌های مراقبت بزرگسالان	کمی
۵	Kubsch و همکاران (۲۹)	۲۰۰۴	یک مدل کلی از مدافعه: عواملی که بر آن مؤثر است.	کمی
۶	Gosselin-Acomb و همکاران (۳۰)	۲۰۰۷	مدافع‌ی پرستاری در شمال کالیفرنیا	کمی
۷	Vaartio و همکاران (۱۲)	۲۰۰۸	بررسی دیدگاه پرستاران و بیماران درباره محتوای مدافعه در فرآیند مراقبت از درد	کمی
۸	جعفری منش و همکاران (۷)	۱۳۹۰	مقایسه دیدگاه پزشکان، پرستاران و بیماران در مورد نقش مدافع‌ی پرستاری	کمی
۹	جعفری منش و همکاران (۵)	۱۳۹۰	طراحی و روان‌سنجی مقیاس مدافع‌ی پرستاری	کمی
۱۰	Mallik (۱۵)	۱۹۹۷	مدافعه در پرستاری: ادراکات پرستاران بالینی	کیفی
۱۱	Mallik (۳۱)	۱۹۹۸	مدافعه در پرستاری - ادراکات و نگرش نخبگان پرستاری در انگلستان	کیفی
۱۲	Chafey و همکاران (۳۲، ۱۸)	۱۹۹۸	خصوصیات مدافعه به وسیله پرستاران بالینی	کیفی
۱۳	Francis (۳۲)	۱۹۹۹	درک پرستاران از مدافعه در عملکرد بالینی	کیفی
۱۴	Foley و همکاران (۳۳)	۲۰۰۲	چطور پرستاران مدافعه را یاد می‌گیرند	کیفی
۱۵	Kelly , O'connor (۳۴)	۲۰۰۵	پلی بر فاصله‌ها: بررسی درک پرستاران عمومی از مدافعه از بیمار در ایرلند	کیفی
۱۶	Idema , Sorensen (۳۵)	۲۰۰۵	مدافعه در پایان زندگی: یک مطالعه قوم‌شناسی در بخش مراقبت‌های ویژه	کیفی
۱۷	Vaartio و همکاران (۳۶)	۲۰۰۶	مدافع‌ی پرستاری: چگونه به وسیله پرستاران و بیماران تعریف می‌شود، چه چیزی را شامل می‌شود و چطور تجربه می‌شود	کیفی
۱۸	Bu , Wu (۳۷)	۲۰۰۷	ایجاد و روان‌سنجی یک ابزار: نگرش نسبت به مدافعه از بیمار	کیفی
۱۹	Hanks (۳۸)	۲۰۱۰	دیدگاه پرستاران داخلی و جراحی درباره نقش مدافعه	کیفی
۲۰	نگارنده و همکاران (۹)	۱۳۸۴	ماهیت حمایت از بیمار	کیفی
۲۱	نگارنده و همکاران (۱۶)	۱۳۸۴	عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده حمایت از بیمار در تجربیات پرستاران	کیفی
۲۲	نگارنده (۳۹)	۱۳۸۴	پرستاری و حمایت از بیمار: نظریه پایه	کیفی

نتایج

شماره‌ی یک نشان داده شده است. از این مطالعات تعداد ۸ مدل که هم‌خوانی بیشتری با موضوع و اهداف مطالعه داشتند، استخراج شد. مدل‌های استخراج شده شامل ۱- مدل

مهم‌ترین مطالعات مرتبط با مدافع‌ی پرستاری که مدل‌های مدافع‌ی پرستاری از آن استخراج شده، در جدول

ایجاد یک محیط حمایتی (۱۹) بود.

اجزای اصلی مدل *Cho*

۱- ویژگی‌های پرستار - مددجو: *Cho* معتقد بود که ارتباطات پرستار - بیمار در نتیجه کنش و واکنش ویژگی‌های پرستار و مددجو است. ویژگی‌های پرستاران شامل تجربیات و دانش، توانایی حرفه‌ای، شخصیت و سلامت روانی - جسمی است. ویژگی‌های مددجو شامل موقعیت، تمایل، نگرش خانواده، درجه‌ی وابستگی خانواده به مددجو (برای مثال وابستگی کم خانواده به مددجو ممکن است با افزایش فعالیت‌های مددجو توسط مددجویان در ارتباط باشد) است (۱۷).

۲- انگیزش نسبت به مددجو: پرستاران ممکن است نسبت به انجام مددجو به‌وسیله‌ی تأثیرات درونی و خارجی انگیزش پیدا کنند. انگیزش درونی از بلوغ قانونی و صفات شخصی مانند احساس یکدلی پرستاران منشأ می‌گیرد. انگیزش خارجی در درک موقعیت آسیب‌پذیری حقوق انسانی مددجو یا خود مددجو ایجاد می‌شود (۱۹).

۳- رفتار مددجو و نتایج آن: مددجو به‌وسیله‌ی خیلی از رفتارهایی که شامل فعالیت‌های مددجو است مشخص می‌شود. از نظر *Cho* مددجو شامل دادخواهی، دفاع کردن و محافظت کردن از مددجو در برابر انواع مختلفی از خطرات، ارزیابی کردن و تعیین کیفیت مراقبت‌های پزشکی، هماهنگی و میانجی‌گری، ارائه‌ی اطلاعات برای دفاع از خودمختاری و ارائه‌ی مراقبت فنی با کیفیت است (۱۷).

۴- هدف مددجو: هدف و غایت نقش مددجو پرستاری توانمند کردن مددجویان و رسیدن به نتایج مثبت است (۱۵). ولی به هر حال اجرای نقش مددجو برای مددجویان، پرستاران و دیگر کارکنان تیم مراقبت سلامتی می‌تواند نتایج مثبت یا منفی داشته باشد (۱۷). روند مسیر مددجو ممکن است همراه با شکست و نتیجه نگرفتن باشد. پرستاران آن‌قدر بر رسیدن به نتایج مثبت مددجو تلاش می‌کنند که سرانجام نتایج مورد علاقه کسب شود. در صورتی که نتایج منفی ایجاد شود ممکن

مددجو از بیمار/مددجو *Cho*، ۲- مدل مددجو پرستاری کروی^۱، ۳- مدل مددجو *Hall*، ۴- مدل پاسخگویی-ارتباطی- اخلاقی *Lampp*^۲، ۵- مدل عملگر^۳ از فرآیند مددجو پرستاری، ۶- مدل قدرت مددجو در عملکرد پرستاری *Benner*^۴، ۷- مدل مددجو *Szasz & Hollander*^۵ و ۸- مدل مددجو اجتماعی *Fowler*^۶ بودند.

۱- مدل مددجو از بیمار/مددجو *Cho*

مطابق مدل *Cho* مددجو به‌عنوان فرآیندی رفتاری در برابر مخاطرات احتمالی در نظر گرفته می‌شود که به خودمختاری بیمار کمک می‌کند. *Cho* برای ارائه‌ی مدل خود در مورد مددجو از بیمار، در مرحله‌ی تئوری یک مرور جامع و وسیع بر روی مقالات چاپ شده مرتبط، در جهان و ایالات متحده آمریکا با تمرکز بر مقوله‌ی مددجو انجام داد. در مرحله‌ی کار میدانی مصاحبه‌ی عمیق نیمه‌ساختار یافته‌ای از چهار پرستار و پنج والد در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی کودکان ترتیب داد. با استفاده از رونویسی کلمه به کلمه^۷ مصاحبه‌هایی که با کاست ضبط شده بود و با رویکرد کیفی تئوری پایه، یک تعریف جدید از مددجو به‌دست آورد و چهارچوب مفهومی را شرح داد که عوامل مرتبط با مددجو را شناسایی می‌کرد (۱۷).

مفاهیم کلیدی در تعاریف *Cho* شامل ۱- محافظت از مددجو در برابر انواع گوناگون خطرات در موقعیت‌های آسیب‌پذیر، ۲- حمایت از حقوق بیماران (۱۷)، ۳- صحبت کردن و عمل کردن به پشتیبانی از مددجو (۱۸)، ۴- اندازه‌گیری و اطمینان از کیفیت درمان (۱۷)، ۵- پذیرش نقش میانجی (۱۵)، ۶- رفتار مراقبتی، ۷- توانمندسازی بیماران (۱۷) و ۸-

¹ SNA: Sphere of Nursing Model

² Lampps Ethical Relationality Responsibility Model

³ Pragmatic

⁴ Benners Advocacy Power in Nursing Practice

⁵ Szasz & Hollander

⁶ Fowler

⁷ Verbatim Transcription

فعالیت‌های پرورش‌دهنده^۵ است که جهت آسایش و رفاه بیماران موقعیت‌هایی را فراهم می‌کند و به سبب رابطه‌ی نزدیکی که بین پرستار و بیمار ایجاد می‌کند، باعث می‌شود پرستاران بیمارانشان را بشناسند و احساسات آن‌ها را کشف کنند. شناخت بیمار یک پیش شرط ضروری برای مدافعه است و همچنین، اساس نظری قدرتمندی ایجاد می‌کند که پرستار را قادر می‌کند فعالیت‌های مراقبتی که توسط بیماران درخواست می‌شود را انجام دهد (۲۲).

حیطه‌ی مرکز این مدل در وسط قرار دارد که بیمار را قادر می‌سازد تا تأثیرات فرآیند بیماری را بشناسد و شامل فعالیت‌هایی است که شناخت از خود^۶ و بلوغ بیماران^۷ را افزایش می‌دهد. ماهیت فعالیت‌های جنبه‌ی مرکزی این مدل برقراری ارتباطات بین فردی جهت کمک به بیماران برای تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد سلامتیشان است. Hall معتقد است که بیماران برای رسیدن به اهدافی که خودشان تعیین کردند، تلاش می‌کنند و نه اهدافی که توسط دیگران تعیین می‌شود. بنابراین، باید برای خودمختاری بیماران اهمیت قائل بود (۲۳).

حیطه‌ی بهبودی شامل فعالیت‌هایی است که با دیگر حرف سلامتی مشترک است. این فعالیت‌ها از طریق فرآیندهای درمانی به بیماران کمک می‌کنند. در طی این جنبه از مراقبت پرستاری، پرستار به صورت فعالانه از مددجو دفاع می‌کند (۲۲).

۴- مدل پاسخگویی - ارتباطی - اخلاقی *Lamp*

مدل *Lamp* مدلی است که کم‌تر در مطالعات پرستاری بحث می‌شود (۲۴). *Lamp* این مدل را یک مدل کاربردی برای پرستاران در تصمیم‌گیری اخلاقی می‌داند که می‌تواند در موضوعات مختلف مدافعه کاربرد داشته باشد. وی معتقد است در این مدل، «ارتباط مددجو - پرستار به عنوان مدافعه از

است پرستار شکست را پذیرفته و از ادامه‌ی کار دست بردارد (۲۰).

۵- ویژگی‌های سازمانی: ویژگی‌های سازمان‌های مراقبت سلامتی مشخص‌کننده‌ی این موضوع است که فاز کامل مدافعه ایجاد می‌شود یا خیر (۱۷). این ویژگی‌ها شامل تعادل ساختار قدرتی در میان کارکنان یا بخش‌ها، سبک رهبری (بوروکراتیک یا دموکراتیک)، تجربه‌ی حمایتی سیستم (منابع برای حمایت از عملکرد حرفه‌ای، کمیته‌ی اخلاق)، دستمزد کافی کارکنان و ویژگی‌های پرسنل است (۲۱).

۲- مدل مدافع‌ی پرستاری *کروی*

مدل مدافع‌ی پرستاری *کروی* که توسط Hanks از طریق انجام یک مطالعه به روش تئوری پایه و به کمک تحلیل داده‌های حاصل از تجارب سه بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه طراحی شد و دارای فرضیه‌های ذیل است: ۱- مددجویان وقتی قادر به دفاع از خودشان نیستند نیاز به مدافعه دارند؛ ۲- نیاز است که پرستاران از مددجویان خود دفاع کنند؛ ۳- پرستاران وقتی از مددجویان خود دفاع می‌کنند نباید در کارشان تردید کنند؛ ۴- پرستاران وقتی از مددجویان دفاع می‌کنند نباید اجازه دهند تبعیض در کارشان تداخل ایجاد کند؛ ۵- وقتی مددجویان قادر به دفاع از خودشان هستند پرستاران باید به مددجویان برای انجام این کار فرصت دهند؛ ۶- پرستاران باید یک جو مدافع‌ی^۱ را برای مددجویان فراهم کنند (۱۹).

۳- مدل مدافع‌ی *Hall*

مدل مدافع‌ی *Hall* سه حیطه‌ی پرستاری را به وسیله‌ی سه دایره‌ی بهم پیوسته نشان می‌دهد که شامل مراقبت^۲، مرکز یا شخص^۳ و بهبودی^۴ است. حیطه‌ی مراقبت شامل

¹ Sphere of Advocate

² Care

³ Core

⁴ Cure

⁵ Nurturing

⁶ Self identity

⁷ Maturity

مورد نوزادان، بیماران بی‌هوش، اغمایی و بیمارانی که در وضعیت اورژانس قرار دارند، بسیار مناسب است. ۲- مدل هدایت-همکاری: این مدل اساس بیش‌تر اعمال نظر پزشکی است. پزشک هدایت را در قالب درمان ارائه می‌کند و در عوض انتظار می‌رود بیمار نیز با پیروی از دستورات پزشک با او همکاری کند. پیش‌فرض‌های این مدل آن است که پزشک می‌داند برای بیمار چه چیز بهترین است و منافع بیمار را به بهترین وجه ممکن حفظ می‌کند. ۳- مدل مشارکت دوگانه: سومین مدل، مشارکت دوگانه است و بر این اساس مبتنی است که تساوی میان انسان‌ها از ارزش بالایی برخوردار است. این امر فرضیه‌ی اساسی در روند دموکراتیک است (۲۵).

۸- مدل مدافعه‌ی اجتماعی Fowler

این مدل پرستاران را تشویق می‌کند که فراتر از بالین بیمار بروند و مسئولیت پرستاری خود را به قلمروهای اجتماع برسانند تا مدافعه‌ی خود را از طریق فعالیت‌های سیاسی در سطوح اجتماعی و سازمانی انجام دهند. این پژوهشگر پرستاری عقیده دارد که حمایت باید تا حدی فرا رود که شامل فعالیت‌های سیاسی و حمایت‌های اجتماعی شود و به عدالت اجتماعی در مراقبت‌های سلامتی منجر شود (۲۶).

بحث

مدل‌ها از نظر نگرش به وقایع پیچیده و از لحاظ مسائل اساسی، الگوی ایده‌آل و بسیار ساده‌ای هستند. یک مدل نمایش مختصری از واقعیت است. مدل‌های مربوط به سلامتی ارزش‌ها، استنباط‌ها و درک مختلفی از روند مراقبت بهداشتی و درمانی را نشان می‌دهند (۴۰). با مرور بر مطالعات مرتبط با مدافعه‌ی پرستاری، ۸ مدل که ارتباط بیش‌تری با نقش مدافعه‌ی پرستاری دارند، استخراج شد. در زیر در مورد ویژگی‌های هر مدل بحث شده است.

مدل Cho بر اهمیت حمایت سازمانی در انجام نقش پرستاران به‌عنوان مدافعه‌گران بیماران تأکید کرد. از جمله پرسنل سازمان‌های بهداشتی - درمانی، پزشکان هستند. به

بیمار در نظر گرفته می‌شود» و «مدافعه‌گر کسی است که به طرفداری از دیگران صحبت کند و به علایق و نیازهای دیگران اهمیت قائل شود» (۲۳).

۵- مدل عملگرا از فرآیند مدافعه‌ی پرستاری

یک مدل قضاوتی از نقش مدافعه‌ی پرستاری است، اگر چه بر اساس اعتقاد مشترک در مورد حقوق افراد ایجاد شده است. Kohnke یک دیدگاه عمل‌گرا از مدافعه را پیشنهاد می‌کند و مدافعه را به‌عنوان یک عمل آگاهی دادن و حمایت کردن از افراد تعریف می‌کند، به‌طوری که بتوانند بهترین تصمیم را برای خودشان بگیرند (۲۱). مدافعه به‌عنوان یک فرآیند دیده می‌شود که پرستار به‌عنوان مدافعه‌گر، از بیمارانش حمایت کرده و به او اطلاعات می‌دهد تا بتواند بهترین تصمیم ممکن را برای خودش بگیرد. فرآیند آگاهی دادن شامل سه جزء بررسی کردن نیازهای بیماران، ایجاد فهم مشترک از معانی و اطمینان از صحت آن است (۲۳).

۶- مدل قدرت مدافعه در عملکرد پرستاری Benners

Benners در مطالعه‌ی خودش شش کیفیت متفاوت قدرت را در ارتباط با ارائه‌ی مراقبت شناسایی کرد. یکی از این قدرت‌ها، قدرت مدافعه است که وقتی بیماران در موقعیت‌های خاص به پرستاران برای دفاع از خود نیاز دارند، ایجاد می‌شود. در بعضی اوقات بیماران به‌دلیل آشنا نبودن با اصطلاحات پزشکی قادر به ارتباط با دیگر کارکنان سلامتی نیستند، در نتیجه پرستاران از قدرت‌شان برای معرفی بیمار به پزشک استفاده می‌کنند (۲۳).

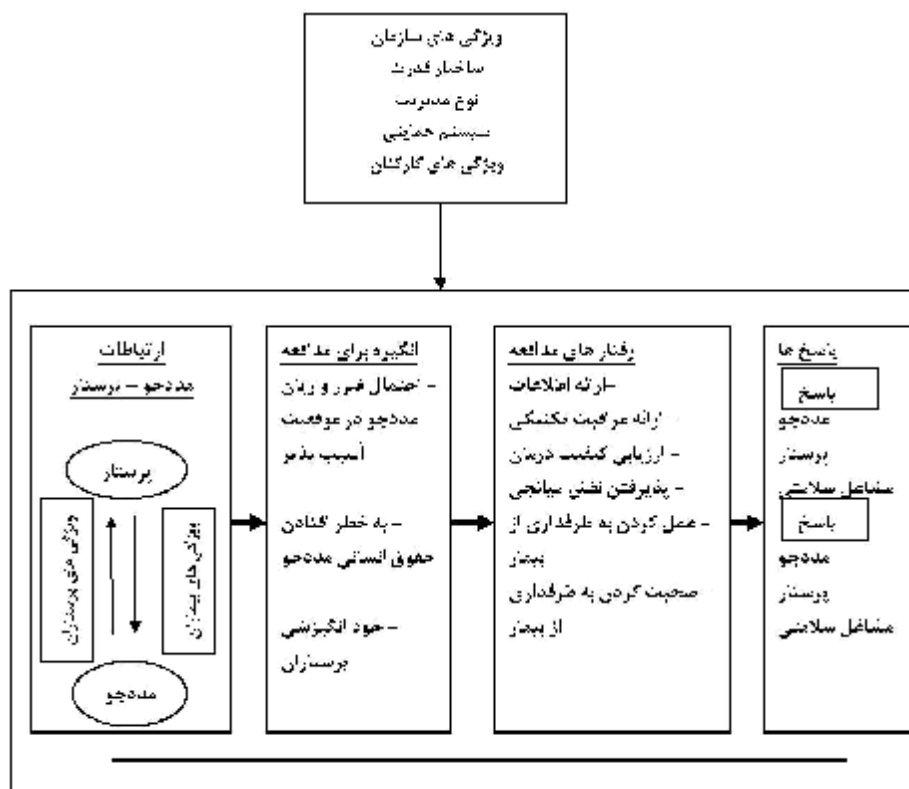
۷- مدل مدافعه‌ی Szasz & Hollander

Szasz & Hollander سه مدل را به‌عنوان اساس رابطه‌ی پزشک و بیمار مشخص کرده‌اند. بدین ترتیب که این مدل‌های متقابل، در تمامی روابط انسانی از جمله پزشک و پرستار ظاهر می‌شوند (۲۲).

۱- مدل فعالیت-انفعال: این مدل نوعی تقابل است که در آن پزشک فعال و بیمار غیر فعال است. این جهت‌گیری در

اندازه‌گیری تجربی تاثیر ویژگی‌های شخصی و سازمانی بر روی نقش مدافعه از بیمار می‌تواند منجر به تهیه محیط درمانی شود که بتواند از نقش مدافعه‌ی پرستار حمایت کند. در شکل شماره‌ی یک ساختار مفهومی مدل Cho به صورت خلاصه نشان داده شده است.

عقیده‌ی وی حمایت پزشکان از پرستاران به‌خصوص ارتباط پزشک-پرستار می‌تواند در تعیین نتایج مدافعه تأثیرگذار باشد. مدل Cho از آن‌جا که بسیاری از پژوهش‌های گذشته را ترکیب کرده و عوامل تأثیرگذار در نقش مدافعه برای پرستاران را آزمون می‌کند، می‌تواند به‌عنوان یک الگوی مناسب در عملکرد پرستاری به‌عنوان مدافعه از بیمار استفاده شود.



شکل شماره‌ی ۱ - ساختار مفهومی Cho از مدافعه (۱۷)

ارائه می‌کند (۱۹). مدل مدافعه‌ی انسانی Curtin برپایه‌ی انسانیت مشترک بین پرستاران و بیماران پایه‌گذاری شده است. بیماری می‌تواند استقلال و قدرت بیماران را کاهش دهد تا آن‌جا که بیمار باید در جست‌وجوی کمک‌های خارجی برای مقابله با بیماری باشد. این محدودیت اجازهی صرف وقت کافی به بیماران

مدافعه‌ی پرستاری کروی در ترکیب کار سه دانشمند پرستاری است. مدل مدافعه انسانی Curtin^۱، تئوری مدافعه وجودی Gadow^۲ و مدل عملکردی مدافعه از بیمار Kohnke^۳ در مجموع تصویر روشنی از مدافعه‌ی پرستاری

^۱ Curtin Human Advocacy Model

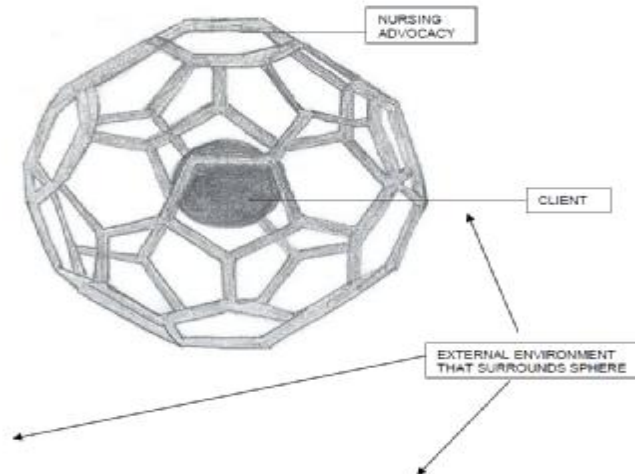
^۲ Gadows Theory of Existential Advocacy

^۳ Kohnke Functional Model of Patient Advocacy

بیماران از طریق آگاهی دادن و حمایت در تصمیم‌گیری‌ها کمک می‌کنند (۲۳). نقش مدافعه از بیمار نیازمند این است که پرستار دانش و تحصیلات مناسب داشته باشد و ویژگی‌های این نقش را به‌طور اثربخش بشناسد. این ویژگی‌ها شامل درک بالا و دانش وسیع از گروه‌های مردم، جامعه و طبقه‌ی اجتماعی است (۲۱).

از طریق تحلیل فرضیه‌های ذکر شده، بهترین درک ممکن مدل کروی مدافعه‌ی پرستاری است که در این مدل مددجو در مرکز قرار گرفته است. پرستار یک پوشش یا سپر حفاظتی را برای بیمارانی که با محیط در تعامل هستند ایجاد می‌کند. اگر نیاز به پوشش محافظتی نباشد بیمارانی به‌طور آزادانه از طریق منافذ کره با محیط در تعامل هستند (شکل شماره‌ی دو).

برای دسترسی به اطلاعات برای انتخاب نوع درمان و به‌دست آوردن خواسته‌های خویش در مراقبت را نمی‌دهد. مدل Curtin بیان می‌کند که پرستار ایجادکننده‌ی ارتباط کاری با بیمار است. این ارتباط به‌وسیله‌ی یکتایی و انسانیت بیمارانی ایجاد و محافظت می‌شود (۲۴). این مدل بر روی جنبه‌های قانونی حقوق بیمارانی تمرکز نمی‌کند، اما تقریباً پرستاران را برای حمایت و حفاظت از خواسته‌های بیمارانی کمک می‌کند (۲۳). تئوری مدافعه‌ی وجودی Gadow بر پایه‌ی حقوق بیمارانی در برخورداری از خودمختاری پایه‌ریزی شده است. در تئوری Gadow مدافعه به‌عنوان تعهد اخلاقی برای افزایش استقلال بیمارانی، کمک کردن به آن‌ها برای رسیدن و الویت‌بندی خواسته‌هایشان تعریف می‌شود (۲۴). مدل عملکردی مدافعه از بیمار Kohnke بیان می‌کند که افراد حق دارند تا خودشان تصمیم بگیرند. پرستاران به خودمختاری



شکل شماره‌ی ۲ - مدل مدافعه‌ی پرستاری کره (۱۹)

مرکز و اجازه دادن به آن برای تعامل آزادانه با محیط، درحالی که از خواسته‌ها و حقوق بیمارانی محافظت می‌کند، بیانگر ارزش‌های حرفه‌ای پرستاران (نوع‌دوستی، استقلال، شأن انسان، عدالت اجتماعی و کمال) است. مفاهیم اصلی این مدل بیمار، پرستار و محیط اطراف بیمار یا کره (جو) است (۱۹).

بر اساس این مدل، نیازهای مدافعه‌ی بیمارانی همواره پویا و قابل انتقال است و با ارتباط پرستار- بیمار مشخص می‌شود. مدل مدافعه‌ی پرستاری کروی یک دیاگرام دیداری از مدافعه‌ی بیمار است که به‌طور کامل در حیطه‌ی آموزش و بالین پرستاری کاربرد دارد. این مدل با قرار دادن بیمار در

در نظر گرفتن حق تصمیم‌گیریشان ۲-حفاظت پرستاران از تصمیمات بیماران در مقابل مخالفت‌های صورت گرفته در حین مدافعه از بیمار ۳- اطمینان یافتن از هماهنگی تصمیمات گرفته شده با خواست و ارزش‌های بیماران (۲۱). این مدل نسبت به مدل‌های دیگر کاربردی‌تر است. این مدل برای انجام نقش مدافعه‌ی پرستاری سه مرحله را پیشنهاد می‌کند که شامل: شناسایی نیازها یا خواسته‌های بیمار، فهم صحیح خواسته‌ها و حمایت از تصمیمات بیمار است که می‌تواند به‌عنوان یک پرتکل اجرایی در کار پرستاری در نظر گرفته شود.

Benners در مدل قدرت مدافعه در عملکرد پرستاری معتقد است که نوع الگوی قدرت به پرستار برای حذف موانع یا تسهیل راه‌های توانمندی حرفه‌ای کمک می‌کند (۲۳). در مورد این مدل اطلاعات زیادی در دسترس نیست و راهبردی‌های عملی اجرای این نقش را به‌طور واضح بیان نکرده است.

مدل مدافعه‌ی **Szasz & Hollander** تجربه‌ی بیمار را عامل مهمی در مراقبت از خود، به‌ویژه در بیماری‌های مزمن می‌داند. نقش پزشک در این مدل کمک به بیماران است تا آن‌ها به خودشان کمک کنند (۲۵). اجرای مدافعه بر اساس مدل مدافعه‌ی **Szasz & Hollander** نیاز به شناسایی تحصیلات و اطلاعات بیمار از بیماری و درمان آن دارد. از نظر پرستاری مدل مشارکت دوگانه در خودمختاری بیمار نقش اساسی دارد. برای شکل‌گیری این مدل به‌صورت مشارکت دوگانه توانمندسازی بیمار ضروری به‌نظر می‌رسد.

در مدل مدافعه‌ی اجتماعی، **Fowler** مدافعه‌ی اجتماعی را تحقق خواسته‌های پرستاران برای تغییر می‌داند. تغییر در عرضه‌ی ناعادلانه‌ی مراقبت‌های سلامتی که از طریق انتقاد اجتماعی و مشارکت سیاسی در سطح کوچک یعنی محیط کار و در سطوح بزرگ‌تر یعنی جامعه میسر می‌شود (۲۶). بر خلاف نمونه‌های مفهومی ارائه‌شده، توصیف و تشریح رفتارهای مرتبط با مدافعه از بیمار و مدافعه‌ی اجتماعی در

پرستاران در این مدل نقش مهمی دارند، زیرا آن‌ها یک فضای نیمه تراوا^۱ اطراف بیمار ایجاد می‌کنند و به وی اجازه می‌دهند که در صورت تمایل با محیط واکنش نشان دهند (۱۹). با افزایش دانش و برخورد با مفاهیم مدافعه از بیمار، دانشجویان پرستاری بیش‌تر با اهمیت مدافعه از بیمار آگاه می‌شوند (۳۳). استفاده از این مدل برای دانشجویان پرستاری یک الگوی دیداری فراهم می‌کند که چطور مدافعه از بیمار را انجام دهند. دانشجویان پرستاری می‌توانند از این مدل به‌عنوان یادگیری و تمرین مفاهیم پایه‌ی مدافعه در سخنرانی‌ها، بحث‌های گروهی و محیط استفاده کنند (۲۴).

در مدل مدافعه‌ی **Hall** اعتقاد بر این است که اجزای سه‌گانه‌ی مدل به هم پیوسته هستند و به همین دلیل برای نمایش این مدل از سه دایره‌ی هم مرکز استفاده کرده است (۲۲). فلسفه‌ی اساسی این مدل به‌خصوص در ارتباط با نقش بیمار و پرستار، ایجاد یک مدل ارائه‌ی مراقبت پرستاری قدرتمند در حصار دیدگاه مدافعه است (۲۳). مدل ذکرشده بیش‌تر به شناخت بیمار تأکید می‌کند و ارتباط صحیح را برای انجام مدافعه‌ی پرستاری ضروری می‌داند.

در مدل پاسخگویی- ارتباطی- اخلاقی، **Lamp** دو جزء احترام و وفاداری را برای ارتباط مدافعه‌ی گونه قائل شد. احترام به نگرش پرستاران نسبت به بیماران به‌خصوص نسبت به شأن آن‌ها بر می‌گردد. پرستارانی که آزادی بیماران را در نظر نمی‌گیرند، در واقع به شأن بیماران احترام نمی‌گذارند. جزء دوم وفاداری است. در حقیقت بیان‌کننده‌ی توافق با بیمار است. بر اساس این جزء پرستاران برای دفاع از بیمارانشان نیاز به روشن کردن توافقی دارند که بر اساس اعتماد و صداقت باشد (۲۳).

در مدل عملگرا از فرآیند مدافعه‌ی پرستاری، فرآیند مدافعه از دیدگاه **Kohnke** شامل زیر شاخه‌های ذیل است: ۱- حمایت کردن و اطمینان دادن به اجرای حقوق بیماران با

^۱ Semi Permeable Sphere

هدف دفاع از حقوق بیماران است که هنگام ضرورت و آسیب‌پذیری بیماران توسط پرستاران انجام می‌شود و دارای نتایجی برای بیماران و پرستاران است. این فرآیندها تحت تأثیر عوامل تسهیل‌کننده و ممانعت‌کننده می‌تواند تسریع یا متوقف شود. با مرور بر مدل‌های مدافعه‌ی پرستاری مشخص شد مدل بومی و کاربردی که کلی‌نگر بوده و بتواند پرستاران را در اجرای نقش مدافعه‌ی پرستاری یاری کند موجود نیست. در نتیجه، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و تأکید بر فواید انجام نقش مدافعه‌ی پرستاری، پیشنهاد می‌شود مدلی طراحی شود که بتواند یک روش عملی را برای اجرای نقش مدافعه‌ی پرستاری در ایران فراهم کند. در این مدل باید محدودیت‌های قانونی، عوامل و ارزش‌های اجتماعی، فرهنگی سازمانی، موقعیت پرستار در نظام مراقبت بهداشتی - درمانی و محدودیت‌های سیاسی و اقتصادی در نظر گرفته شود. این مدل می‌تواند در اجرایی شدن و کاربردی شدن یکی از مهم‌ترین نقش‌های پرستاری مؤثر باشد. امید است با شناخت مفهوم مدافعه‌ی پرستاری و طراحی یک مدل کاربردی بومی در اجرای نقش مدافعه‌ی پرستاری، گامی مهم در تحقق عدالت اجتماعی در سطح فرد، خانواده جامعه و جهان پیرامون برداشته شود.

عملکرد هر روز پرستاران هنوز هم یک مسأله در حرفه‌ی پرستاری باقی مانده است (۴۱). Falk Rafael یک دیدگاه کلی برای مراقبت ارائه کرد. وی پیشنهاد کرد که پرستاران فعالانه اصلاحات سیاسی را در نهادهای اجتماعی دیگر دنبال کنند تا روی عوامل سلامتی جمعیت، محیط عمومی و سیاست‌های آموزشی تأثیرگذار باشند (۴۲). مدافعه‌ی پرستاری یک پیشگامی جهانی است که پرستاران را به جنگ با بی‌عدالتی در مراقبت‌های سلامتی به نفع همه‌ی انسان‌ها فرا می‌خواند.

امروزه، نیاز برای مدافعه خیلی بیش‌تر از گذشته شده است، زیرا محیط مراقبت سلامتی بر خلاف نقش مدافعه‌ی پرستاری شکل گرفته است. از طرفی تأثیر مراقبت مدیریت شده، طول مدت بستری در بیمارستان، محدود شدن منابع پرستاری، افزایش استفاده از پرسنل کمکی بدون مجوز و طراحی مجدد سیستم‌های ارائه‌کننده‌ی مراقبت، نگرانی‌ها را درباره‌ی سلامتی بیماران افزایش می‌دهد (۷). هم‌چنین، نیازهای مدافعه در بیماران نیز تغییر کرده است و از موضوعاتی هم‌چون رضایت آگاهانه به‌سوی سؤالاتی درباره‌ی صلاحیت سازمان ارائه‌دهنده‌ی مراقبت سلامتی گسترده شده است (۴۳). تناقض خواسته‌های بیماران با ارائه‌دهندگان مراقبت سلامتی، عدم توانایی بیماران برای برقراری ارتباط در جهت بیان خواسته‌ها، کمبود آگاهی بیماران برای تصمیم‌گیری به‌طور مستقل و کمبود حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی، ضرورت بیش‌تر نقش مدافعه‌ی پرستاری را می‌رساند (۱۷). با توجه به مدل‌های بحث شده دلیل اجرایی نشدن نقش مدافعه در تمام سطوح پرستاری، عدم وجود یک مدل کاربردی، روشن و بومی برای اجرای این نقش مدافعه است.

نتیجه‌گیری

با توجه به مروری که بر مدل‌های مدافعه‌ی پرستاری انجام گرفت، مدافعه‌ی پرستاری از دیدگاه پژوهشگر این‌گونه تعریف می‌شود: مجموعه فعالیت‌های اخلاقی یا قانونی با

منابع

- Keyserlingk EW, Hébert M, Martineau I. The attitude of Canadian nurses towards advance directives. *Nurs Ethics* 2000; 7(5): 399-411.
- 14- Habibzade H, Ahmadi F, Vanaki Z. Ethics in professional nursing in Iran. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 3(5): 26-36. [in Persian]
- 15- Mallik M. Advocacy in nursing—perceptions of practising nurses. *J Clin Nurs* 1997; 6(4): 303-13.
- 16- Negarandeh R, Oskouie SF, Ahmadi F, Nikravesh M. Patient advocacy barriers and facilitators in nurses' experiences. *Razi J Med Sci* 2005; 12(47): 175-86. [in Persian]
- 17- Nahigian E. Factors Associated with the Advocacy Decisions of Registered Professional Nurses Employed as Staff nurses in Inpatient Adult Care Hospitals [dissertation]. USA. State University of New York at Buffalo; 2003.
- 18- Chafey K, Rhea M, Shannon AM, Spencer S. Characterizations of advocacy by practicing nurses. *J Prof Nurs* 1998; 14(1): 43-52.
- 19- Hanks RG. Sphere of nursing advocacy model. *Nurs Forum*; 2005: 40(3):75-8.
- 20- Hellwig SD, Yam M, DiGiulio M. Nurse case managers' perceptions of advocacy: a phenomenological inquiry. *Prof Case Manag* 2003; 8(2): 53-63.
- 20- Hanks RG. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nurs Ethics* 2010; 17(2): 255-67.
- 21- Kim H, Kollak I. *Nursing Theories: Conceptual and Philosophical Foundations*. Springer Publishing Company; 2006.
- 22- Ruelokke VDS. Nurses' Perceptions of Their Empowerment to be Patient Advocates [dissertation]. Canada. Memorial University of Newfoundland, School of Nursing; 1999.
- 23- Dehnke L. Analysis of How Students Learn Patient Advocacy [dissertation]. USA. University of Wisconsin-Oshkosh; 2008.
- 24- Parker ME, Smith MC. *Nursing Theories & Nursing Practice*. F. A. Davis; 2010.
- 25- Barrett-Sheridan SE. A Quantitative Correlational Study of Political Behavior and Attitudes of Nurses Toward Macro-Social Patient Advocacy [dissertation]. Phoenix (USA). University of Phoenix; 2009.
- 26- Hatfield PG. The Relationship Between Levels of Moral/Ethical Judgment, Advocacy and Autonomy among Community Health Nurses
- 1- Parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Review of revolution of patient's right charter. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 3(0):39-47. [in Persian]
- 2- Jolae S, Nikbakht Nasrabadi AR, Parsa Yekta Z. The view of patients and patients' companions regarding patients' rights: a phenomenological research. *Hayat* 2004; 10(4): 5-20. [in Persian]
- 3- Baldwin MA. Patient advocacy: a concept analysis. *Nurs Stand* 2003; 17(21): 33-9.
- 4- Rider ME, Makela CJ. A comparative analysis of patients' rights: an international perspective. *Int J Consum Stud* 2003; 27(4): 302-15.
- 5- Kafarimanesh H, Zagheri-Tafreshi M, Imanzad M, et al. Designing and validating the nursing advocacy scale. *JUMS* 2014; 21(7): 242-51. [in Persian]
- 6- Jafari manesh H, Ranjbaran M, Vakilian K, Tajik R, Almasi-Hashiani A. Nursing's code of ethics: a survey of respecting the code among nursing students. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2014; 6(6): 45-55. [in Persian]
- 7- Jafari Manesh H, Zagheri Tafreshi M, Ashktorab T, Alavi Majd H. The Comparison between perspective of doctors, nurses and patients towards nursing advocacy role. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2012; 22(76): 53-63. [in Persian]
- 8- Vaartio H, Leino-Kilpi H. Nursing advocacy—a review of the empirical research 1990–2003. *Int J Nurs Stud* 2005; 42(6): 705-14.
- 9- Negarandeh R, Oskouei S, Ahmadi F, Nikravesh M. [Mahyate Hemayat Az Bimar]. *ZUMS* 2005; 13(53): 29-38. [in Persian].
- 10- Davis AJ, Konishi E, Tashiro M. A pilot study of selected Japanese nurses' ideas on patient advocacy. *Nurs Ethics* 2003; 10(4): 404-13.
- 11- Rezaei-Kargar F. [Modafee Naghshi Mohem Baraye Yek Parastar]. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2005; 15(48): 11-18. [in Persian]
- 12- Vaartio H, Leino-Kilpi H, Suominen T, Puukka P. The content of advocacy in procedural pain care—patients' and nurses' perspectives. *J Adv Nurs* 2008; 64(5): 504-13.
- 13- Blondeau D, Lavoie M, Valois P,

- 35- Vaartio H, Leino-Kilpi H, Salanterä S, Suominen T. Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? *Scand J Caring Sci* 2006; 20(3): 282-92.
- 36- Bu X, Wu YW. Development and psychometric evaluation of the instrument: attitude toward patient advocacy. *Res Nurs Health* 2008;31(1):63-75.
- 37- Hanks RG. The medical-surgical nurse perspective of advocate role. *Nurs Forum* 2010; 45(2): 97-107.
- 38- Negarandeh R. Nursing and patients advocacy: a grounded theory [dissertation]. Tehran University of Medical Sciences; 2005. [in Persian].
- 39- Scott PA. Nursing ethics through the life span. *J Med Ethics* 2003; 29: e17.
- 40- Spenceley SM, Reutter L, Allen MN. The road less traveled: Nursing advocacy at the policy level. *Policy Polit Nurs Pract* 2006;7(3):180-94.
- 41- Falk-Rafael A. Speaking truth to power: nursing's legacy and moral imperative. *Adv Nurs Sci* 2005; 28(3): 212-23.
- 42- Jafari Manesh H, Ranjbaran M. Assessment of urology patients' perspective about the importance and compliance of patient privacy. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2014; 18(4): 251-5. [in Persian].
- [dissertation]. Michigan(USA). Michigan State University; 1991.
- 27- Lemonidou C, Merkouris A, Leino-Kilpi H, Välimäki M, Dassen T, Gasull M, et al. A comparison of surgical patients' and nurses' perceptions of patients' autonomy, privacy and informed consent in nursing interventions. *Clin Effect Nurs* 2003; 7(2): 73-83.
- 28- Kubsch SM, Sternard MJ, Hovarter R, Matzke V. A holistic model of advocacy: factors that influence its use. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2004; 10(1): 37-45.
- 29- Gosselin-Acomb TK, Schneider SM, Clough RW, Veenstra BA. Nursing advocacy in North Carolina. *Oncol Nurs Forum* 2007; 34(5): 1070-4.
- 30- Mallik M. Advocacy in nursing: perceptions and attitudes of the nursing elite in the United Kingdom. *J Adv Nurs* 1998; 28(5): 1001-11.
- 31- Francis P. Nurse Perception of Advocacy in Clinical Practice [dissertation]. Texas (USA). Texas University Health Science Center; 1999.
- 32- Foley BJ, Minick MP, Kee CC. How nurses learn advocacy. *J Nurs Scholarsh* 2002; 34(2): 181-6.
- 33- O'Connor T, Kelly B. Bridging the gap: a study of general nurses' perceptions of patient advocacy in Ireland. *Nurs Ethics* 2005; 12(5): 453-67.
- 34- Sorensen R, Iedema R. Advocacy at end-of-life: research design: an ethnographic study of an ICU. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(8): 1343-53.

Nursing advocacy models: A review of nurses' protective role

Hadi Jafareimanesh^{*1}, Atefeh Alibazi², Mansoureh Zaghari Tafreshi³, Mehdi Ranjbaran⁴

¹MSc in Nursing, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran;

²BS in Nursing, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran;

³Assitant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

⁴MSc in Epidemiology, Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

Abstract

A model is a summarized representation of facts. Health-related models show values, perceptions and various understandings of health care. This study investigated the nursing advocacy models and the nurses' protective role. In this review article, related literature and documents were searched in PubMed, Science Direct, Proquest, Google Scholar, Magiran, Iran Medex, and Scientific Information Database, using the general search engine Google. The search was performed by keywords "advocacy" and "nursing advocacy model". In this stage, 89 sources including books, articles and dissertations on the subject of nursing advocacy written between 1991 and 2014 were collected. In the next stage, 43 sources were chosen for the review article. Finally, 8 models that were more consistent with the topic and objectives of the study were extracted. Considering the findings of this study and the benefits of nursing advocacy, we propose to design a model in order to promote the advocacy role of nurses in Iran. In this model, legal constraints, social factors and values, organizational culture, position of the nurse in the health care system and political and economic considerations should be taken into account.

Keywords: nursing advocacy model, nursing role, health care system

*Email: jafarimanesh@arakmu.ac.ir