طراحی و روان سنجی مقیاس مدافعه پرستاری

هادی جعفری منش[۱*]، منصوره زاغری تفرشی[۲]، معصومه ایمان زاد[۳]، حمید علوی مجد[٤]، مهدی رنجبران[٥]، ایمان نظری[۱]، عبدالله نورمحمدی[٦]

۱) گروه فوریت های پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

۲) گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

۳) دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۴) گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

۵) گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک

۶) گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

تاریخ دریافت: ۹۲/٤/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۲/۸/۲۱

چکیده

مقدمه: بحث در مورد معنای «مدافعه از بیمار» اهمیت بالایی دارد، چرا که اگر معنی مدافعه در حرفه پرستاری روشن نشود، پرستاران برای انجام یکی از نقش های اساسی خود به درستی آماده نخواهند شد. جستجو در متون نشان داد در ایران ابزار مناسبی در جهت بررسی نقش مدافعه پرستاری موجود نمی باشد، در نتیجه این مطالعه با هدف طراحی و روان سنجی مقیاس مدافعه پرستاری صورت گرفت.

مواد و روش ها: این پژوهش مطالعه ای روش شناسی است. ابتدا عبارات ابزار از طریق مرور جامع بر مطالعات کمی و کیفی موجود و ابزارهای استفاده شده در زمینه مفهوم مدافعه پرستاری در جهان طراحی گردید. سپس اعتبار ابزار به روش اعتبار صوری، محتوی و سازه، و پایایی آن به صورت همسانی درونی و آزمون مجدد به دست آمد.

یافته های پژوهش: شاخص اعتبار محتوی والتس و باسل برای کل ابزار مقیاس مدافعه پرستاری ۹۳/۷۲ بود. به منظور تعیین اعتبار صوری مقیاس مدافعه پرستاری، پژوهشگر سعی نمود تا از نگارش، جمله بندی و ظاهر منطقی و جالب برای ابزار استفاده نماید. با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و با کمک روش مولفه های اصلی و دوران متعامد واریمکس، سازه عاملی ابزار مقیاس مدافعه پرستاری در پنج بعد مشخص گردید. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس مدافعه پرستاری ۰/۹۲۰ و ضریب پایایی آزمون مجدد ۰/۹۱۶ بود.

بحث و نتیجه گیری: در پایان مطالعه «مقیاس مدافعه پرستاری» که ۵۷ عبارت دارد و از ۵ بعد تشکیل شده است طراحی، آماده و مورد استفاده قرار گرفت. این ابعاد شامل الف)ضرورت مدافعه پرستاری با ۱۲ عبارت، ب)ماهیت مدافعه پرستاری با ۱۶ عبارت، ج)عوامل تسهیل کننده مدافعه پرستاری با ۱۰عبارت، د)عوامل ممانعت کننده مدافعه پرستاری با ۱۳ عبارت و ه)نتایج مدافعه پرستاری با ۶ عبارت می باشند.

واژه های کلیدی: طراحی، روان سنجی، مقیاس، مدافعه پرستاری

* **نویسنده مسئول:** گروه فوریت های پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

Email: Jafarimanesh@arakmu.ac.ir

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-04]

مقدمه

در دهه های اخیر، متناسب با پیدایش روش های روزآمد درمانی و پیشرفت فن آوری های علوم پزشکی، حوزه های تعامل و مداخلات پزشکی وسعت زیادی پیدا کرده و این خود چالش های اخلاقی زیادی را به دنبال داشته است،(۱). از سوی دیگر، نهضت های جهانی دفاع از حقوق بشر توجه مجامع علمی جهانی را به حقوق گروه - های اجتماعی خاص از جمله بیماران جلب نموده اند، چرا که بیماران به عنوان یکی از آسیب پذیرترین گروه های اجتماعی از لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی می - باشند،(۲). بی تردید بیمار یا مددجو در سیستم خدمات بهداشتی-درمانی دارای حقوقی است که باید مورد توجه و حمایت قرار گیرد و انجام این مهم نمی تواند وابسته به سلیقه و میل شخصی ارائه دهندگان مراقبت سلامتی باشد،(۳)، بلکه ضروری است قوانینی نهادینه شوند که مسئولیت دفاع و حمایت از بیمار و پایش آن را بر عهده گروه مشخصی بگذارد.

کوشش برای نجات جان انسان ها، اعاده حیات و سلامت بیماران، درمان بیماری ها، تسکین آلام دردمندان و تلاش در جهت بازتوانی معلولان خود از ارزش های اخلاقی است،(۴). از جمله شاخص های اخلاقی، اخلاق پرستاری است که سعی دارد اخلاقیات را به صورت کاربردی در حیطه عمل و نیز در حوزه تصمیم گیری اخلاقی حرفه پرستاری وارد نماید،(۵). «مدافعه» یک مفهوم کلیدی در اخلاق پرستاری است، که در مطالعات پرستاری از سال ۱۹۷۳، وقتی شورای بین المللی پرستاری مفهوم کدهای اخلاق حرفه ای پرستاران را ایجاد کرد، مورد بحث قرار گرفته است،(۶). با رشد پرستاری به عنوان یک حرفه همراه با توسعه عملکرد مبتنی بر دانش نظری، نقش مدافعه از بیمار بیش از پیش اهمیت یافت. هم زمان فلسفه پرستاری نیز دچار تغییر شد و در فلسفه معاصر پرستاری، مفاهیمی نظیر استقلال یا خودگردانی، پاسخ گویی و مدافعه از بیمار جای گرفت.(۷)

مدافعه نه تنها به عنوان یک وظیفه اخلاقی در پرستاری، بلکه به عنوان یک نیاز قانونی به شمار می آید،(۸). با توجه به اهمیت این موضوع، در شرح وظایف جدید پرستاری در کشور ایران، دفاع از حقوق بیمار به عنوان یک وظیفه قانونی پرستاران در نظر گرفته شده است. لزوم مدافعه از بیمار ریشه در تأثیر بیماری روی استقلال افراد و توانایی تصمیم گیری آن ها دارد،(۹). بیماران اغلب اوقات در محیط های مراقبت بهداشتی احساس بی قدرتی می کنند و لذا اغلب خود را به شدت آسیب پذیر می یابند، از این روست که بر اهمیت نقش پرستار به عنوان مدافعه گر بیمار بسیار تأکید شده است.(۱۰)

در مطالعات، مدافعه به عنوان نماینده بیمار بودن، دفاع از حقوق بیمار و هم چنین دفاع از حقوق همگانی، محافظت از علائق بیمار، کمک به بیمار در گرفتن تصمیمات آگاهانه و سپس حمایت از این تصمیمات تعریف شده است،(۱۱). در واقع پرستاران به نقش قاطع خود به عنوان مدافعه گر بیمار عمل کرده و مرتباً با پزشک در مورد درمان مناسب برای بیمار گفتگو می‌کنند. در جامعه ما نیز از توجه به اخلاقیات در طب بسیار باب سخن گشوده شده است اما به نظر نمی رسد تاکنون در خصوص دفاع از حقوق بیمار و این که چه کسی در این خصوص مسئول است به طور جدی صحبتی به میان آمده باشد،(۹). بحث در مورد معنای «مدافعه از بیمار» اهمیت بالایی دارد، چرا که اگر معنی مدافعه در حرفه پرستاری روشن نشود، پرستاران برای انجام یکی از نقش های اساسی خود به درستی آماده نخواهند شد.(۱۲)

مطالعات نشان می دهد نتایج مدافعه برای پرستاران باعث استقلال کارکنان پرستاری و توانمندسازی پرستار می شود،(۱۳،۱۴). از طرفی ایفای ناکامل نقش های حرفه ای توسط پرستاران، موجب بروز مشکلات و کاهش کیفیت خدمات پرستاری می گردد. هم چنین عدم توجه به نقش ها و نداشتن آگاهی لازم در مورد ایفای نقش های حرفه ای منجر به عدم موفقیت در طرح های درمانی می گردد. لذا پرستاران برای توسعه و پیشرفت خود باید با انجام دادن پژوهش و طرح های مطالعاتی در مورد فعالیت ها و ایفای نقش های مختلف پرستاران در ارائه خدمات درمانی، کیفیت مراقبت ها را بالا برده و در جهت پیشبرد حرفه پرستاری و شناخت آن در جامعه گام بردارند،(۱۵). برای بررسی نقش - های پرستاری به خصوص نقش مدافعه پرستاری نیاز به ابزارهای معتبر و پایا است، ولی با این وجود جستجو در متون نشان داد در ایران ابزار مناسبی در جهت بررسی این نقش پرستاران موجود نمی باشد. در نتیجه این مطالعه با هدف طراحی و روان سنجی مقیاس مدافعه پرستاری صورت گرفت.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه روش شناسی است که در شش مرحله: ۱)تعیین عبارات مقیاس مدافعه پرستاری ۲)تعیین شاخص اعتبار محتوی مقیاس مدافعه پرستاری ۳)تعیین اعتبار صوری مقیاس مدافعه پرستاری ۴)تعیین اعتبار

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-04]

سازه(تحلیل عاملی) مقیاس مدافعه پرستاری ۵)تعیین پایایی(همسانی درونی) مقیاس مدافعه پرستاری ۶)تعیین پایایی(آزمون مجدد) مقیاس مدافعه پرستاری انجام گرفت.

در مرحله طراحی ابزار، ۴۶۲ عبارات از طریق مرور جامع بر مطالعات کمی و کیفی، ابزارهای استفاده شده در زمینه مفهوم مدافعه پرستاری استخراج شد. در این مرحله، پس از بررسی و حذف یا ادغام عبارات مشترک در مجموع ۷۱ عبارت، به مرحله اعتبار محتوی راه یافتند.

به منظور تعیین روایی ابزار درک وجدان پرستاری از روش های روایی، محتوی، صوری و سازه استفاده شد. سپس جهت تعیین اعتبار محتوی، از نظرات ۱۶ نفر از اساتید هیئت علمی دانشکده های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی استفاده شد. به این منظور پژوهشگر ابزار طراحی شده را همراه با برگ توضیحات لازم در اختیار متخصصان مذکور قرار داد. سپس از آن ها خواست تا بر اساس شاخص اعتبار محتوی والتس و باسل میزان مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن هر عبارت را بر اساس معیار نمره چهار قسمتی تعیین نمایند،(۱۶). بر اساس این شاخص میزان مربوط بودن هر عبارت از مقیاس مدافعه پرستاری توسط متخصصان تعیین شد. عباراتی که میزان مربوط بودن آن ها با استفاده از این شاخص از ۷۵ درصد بیشتر بود حفظ و سایر عبارت ها حذف شد. به منظور تعیین وضوح و سادگی هر عبارت نیز از همین روش استفاده شد. هم چنین از متخصصان خواسته شده بود که در انتهای ابزار طراحی شده، نظرات خود را نسبت به حذف، تغییر عبارات و یا اضافه نمودن بعضی از عبارت ها به ابزار طراحی شده بیان نمایند.

به منظور تعیین اعتبار صوری مقیاس مدافعه پرستاری، پژوهشگر سعی نمود تا از نگارش، جمله بندی و ظاهر منطقی و جالب برای ابزار استفاده نماید. هم چنین از نظرات افراد متخصص، در مرحله تعیین اعتبار محتوی و در مرحله قضاوت برای بهبود اعتبار صوری استفاده شد. در مجموع این دو مرحله ۶۱ عبارت به مرحله اعتبار سازه راه یافتند.

به منظور تعیین اعتبار سازه مقیاس مدافعه پرستاری، ابزار طراحی شده در بین ۲۱۰ پرستار که به صورت نمونه - گیری چند مرحله ای از جامعه پژوهش انتخاب شده بودند، توزیع شد. سپس تحلیل عاملی بر روی ۶۱ عبارت ابزار صورت گرفت. معمولاً برای تعمیم از نمونه به جامعه، نسبت حداقل ۱۰ آزمودنی به ازای هر متغیر مطلوب است. در هر حال نسبت های حداقل ۳ آزمودنی به ازای هر متغیر را نیز قابل قبول دانسته اند. دیدگاه دیگر در مورد حجم نمونه این است که چون اساس بر همبستگی است، ۱۰۰ تا ۲۰۰ آزمودنی برای اکثر اهداف کافی می باشد،(۱۷). با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و با کمک روش مولفه های اصلی و دوران متعامد واریمکس، سازه عاملی ابزار مقیاس مدافعه پرستاری مشخص گردید. حداقل بار عاملی مورد پذیرش در این پژوهش ۰/۳۵ در نظر گرفته شده است.

در پژوهش حاضر به منظور تبیین میزان پایائی ابزار از دو روش همسانی درونی و آزمون مجدد استفاده شد در همسانی درونی(با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ) پس از بررسی تحلیل عاملی، مقیاس مدافعه پرستاری با ۵۷ عبارت، در بین ۲۵ پرستار توزیع شد و سپس ضریب آلفای کرونباخ برای هر عامل و کل مقیاس مدافعه پرستاری به تفکیک سه گروه محاسبه گردید. در آزمون مجدد، مقیاس مدافعه پرستاری دوبار به فاصله زمانی دو هفته به ۳۰ پرستار داده شد، سپس ضریب همبستگی پیرسون برای هر عامل و کل مقیاس مدافعه پرستاری محاسبه گردید. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS vol.16 صورت گرفت.

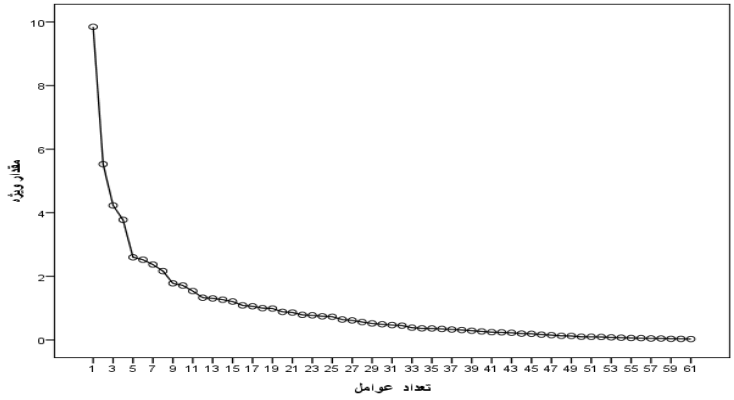
یافته های پژوهش

در مرحله طراحی ابزار ۴۶۲ عبارت استخراج شد که پس از حذف و یا ادغام عبارات مشترک، از ۷۱ عبارت راه یافته به مرحله قضاوت(اعتبار محتوا)، با نظر متخصصان ۱۲ عبارت حذف و ۶۱ عبارت باقی ماند. در کل شاخص اعتبار محتوی بر اساس شاخص والتس و باسل، برای کل ابزار مقیاس مدافعه پرستاری در بعد مربوط بودن ۹۳/۷۲ و در بعد واضح بودن ۹۱/۲۵ و در بعد ساده بودن ۹۱/۴۳ بود. برای روایی صوری، ضمن رعایت قواعد نگارشی، از نظرات استادان و پرستاران استفاده شد و عبارات نامفهوم یا کلمات نا آشنا اصلاح گردیدند.

با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و با کمک روش مؤلفه های اصلی و دوران متعامد واریمکس، سازه عاملی ابزار مقیاس مدافعه پرستاری مشخص گردید. آزمون بارتلت جهت ارزیابی مناسب بودن ماتریس همبستگی برابر $P<0.0001$بود. در پژوهش حاضر مقدار کیسر-مایر-الکین ۰/۸۱۲ بود که این نتایج نمایانگر معیار مناسب بوده و استفاده از آنالیز عاملی را برای داده ها مورد حمایت قرار می دهد. نمودار نمایشی(نمودار سنگریزه) که نموداری از مقادیر ویژه است، نشان داد که پنج عامل برای تبیین سازه عاملی مقیاس مدافعه پرستاری پس از بررسی همسانی درونی ابزار

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-04]

کافی است.(نمودار شماره ۱) بدین منظور مقدار ویژه در نظر گرفته شده جهت استخراج این عوامل ۲/۵ در نظر گرفته شد. تقریباً ۴۲/۵۸ درصد از واریانس کل مقیاس مدافعه پرستاری توسط پنج عامل اول تبیین گردید.(جدول شماره ۱)



نمودار شماره ۱. نمودار سنگریزه عوامل تبیین کننده سازه عاملی مقیاس مدافعه پرستاری پس از بررسی همسانی درونی ابزار

جدول شماره ۱. درصد واریانس پنج عامل اول ابزار مقیاس مدافعه پرستاری پس از بررسی همسانی درونی عبارات ابزار

عامل	درصد واریانس عامل	درصد تجمعی واریانس کل
۱	۱۶/۱۳۷	۱۶/۱۳۷
۲	۹/۰۵۷	۲۵/۲۰۲
۳	۶/۹۳۴	۳۲/۱۳۵
۴	۶/۲۰۲	۳۸/۳۲۷
۵	۴/۲۵۸	۴۲/۵۸۸

از آن جایی که حداقل بار عاملی مورد نیاز برای شمول یک عبارت در یک عامل به شمار عبارات ابزار و مقدار ویژه در نظر گرفته شده وابسته است، نقطه برش ۰/۳۵ به عنوان حداقل بار عاملی مورد نیاز جهت حفظ عبارات در نظر گرفته شد. سپس بر اساس این که هر عبارت دارای بیشترین بار عاملی بر روی کدام یک از پنج عامل باشد به عنوان عبارات مربوط به آن در نظر گرفته شد. جدول شماره ۲ بیانگر بار عاملی دوران یافته هر عبارت بر روی هر یک از عوامل پنج گانه است

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-04]

جدول شماره ۲. ماتریس دوران عاملی عبارات ابزار مقیاس مدافعه پرستاری با روش تجزیه و تحلیل مولفه های اصلی نوع واریمکس

عبارت	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم	عامل پنجم	عبارت	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم	عامل پنجم
۵۰	۰/۷۵۲	۰/۱۱۴				۳۶			۰/۸۱۷		
۵۱	۰/۷۲۲					۳۵	-۰/۱۶۱	۰/۱۲۲	۰/۷۳۳		
۴۷	۰/۷۱۱		۰/۳۰۷			۳۸	۰/۲۶۸		۰/۷۱۲		
۴۹	۰/۶۳۲			۰/۱۸۵	۰/۲۳۹	۳۳		۰/۱۴۰	۰/۶۹۲		۰/۱۲۳
۴۶	۰/۶۲۹			- ۰/۱۲۷	۰/۲۶۲	۳۷			۰/۶۹۰		
۴۵	۰/۶۱۱			-۰/۱۸۹	۰/۳۵۷	۳۴		۰/۱۱۰	۰/۶۴۷	۰/۱۲۴	
۴۸	۰/۵۷۵		۰/۱۴۳		۰/۲۹۵	۳۲		۰/۱۰۹	۰/۶۲۱	۰/۲۱۳	-۰/۱۲۲
۵۶	۰/۵۲۶		- ۰/۲۰۹	۰/۱۴۹	- ۰/۳۵۴	۴۱	۰/۳۲۶	۰/۱۰۴	۰/۴۶۸		۰/۱۴۶
۵۵	۰/۵۱۵	۰/۲۳۹	- ۰/۱۱۱	۰/۱۷۴	- ۰/۱۶۰	۲۳		۰/۱۲۶	۰/۴۰۳	۰/۳۲۲	
۵۴	۰/۵۱۴			۰/۳۲۴	- ۰/۱۹۶	۲۰				۰/۶۷۹	۰/۱۱۳
۴۲	۰/۵۱۳		۰/۱۰۸		۰/۳۴۸	۲۱	-۰/۱۴۱	-۰/۲۵۰		۰/۶۱۶	۰/۲۳۳
۳۹	۰/۴۹۰		۰/۳۶۷	۰/۱۴۶		۱۴	۰/۱۶۰	۰/۱۹۴		۰/۶۱۶	-۰/۱۹۱
۴۳	۰/۴۸۹	۰/۱۲۲	۰/۱۳۸		۰/۲۰۸	۱۵	۰/۲۳۵	۰/۲۷۱		۰/۵۹۲	-۰/۱۲۹
۵۷	۰/۴۴۳	۰/۱۳۴	- ۰/۱۵۰	۰/۱۶۹	۰/۱۳۶	۱۶		۰/۳۰۰		۰/۵۸۲	-۰/۱۰۵
۵۳	۰/۴۳۱	۰/۲۳۴	۰/۱۶۲	۰/۱۰۲	۰/۳۷۶	۱۸	۰/۱۹۲			۰/۵۶۳	-۰/۱۱۳
۴۴	۰/۴۱۹				- ۰/۲۶۹	۱۹	-۰/۱۷۶	-۰/۱۵۷	۰/۱۰۱	۰/۵۲۲	
۴۰	۰/۴۱۵		۰/۴۰۱			۱۷	۰/۱۳۹	۰/۳۱۹	۰/۱۳۶	۰/۴۷۷	۰/۲۲۷
۵۸	۰/۳۲۵					۲۲			۰/۲۷۵	۰/۴۵۰	-۰/۱۴۶
۲		۰/۷۹۲		-۰/۱۴۹	۰/۱۱۶	۲۷			۰/۲۹۸	۰/۴۳۲	۰/۱۶۰
۱		۰/۷۵۴	۰/۲۵۷		-۰/۱۴۸	۳۰	۰/۱۳۱			-۰/۴۰۷	
۷		۰/۷۱۶		۰/۱۰۶		۳۱	۰/۲۹۵	-۰/۱۳۱	۰/۳۲۵	۰/۴۰۲	-۰/۲۲۵
۱۱	۰/۱۷۲	۰/۷۰۷	۰/۱۰۶		-۰/۳۰۵	۲۶	۰/۲۳۳		۰/۳۰۷	۰/۳۷۷	۰/۲۵۷
۸		۰/۶۸۷		۰/۱۰۴		۱۳	۰/۱۲۸	۰/۳۰۱		۰/۳۳۸	-۰/۱۲۸
۳	۰/۲۱۰	۰/۶۸۲	۰/۲۳۹			۲۵		۰/۱۴۷	۰/۲۰۷	۰/۲۳۷	
۹		۰/۵۸۰		۰/۱۵۸	۰/۱۸۰	۲۸			۰/۱۸۶	۰/۳۸۶	-۰/۶۰۳
۶	-۰/۱۳۹	۰/۵۶۹	۰/۲۴۵	۰/۲۲۱	۰/۱۹۸	۶۰		۰/۳۴۱	۰/۳۲۴		۰/۵۵۹
۵		۰/۵۱۹			۰/۲۳۶	۶۱		۰/۳۰۰	۰/۳۸۸		۰/۴۸۳
۴	۰/۱۲۷	۰/۵۱۱				۵۹		۰/۳۹۶	۰/۲۸۶		۰/۴۶۲
۱۰	۰/۲۴۶	۰/۴۰۷		۰/۱۹۴		۲۴	-۰/۱۴۳	-۰/۲۵۹		۰/۳۱۵	-۰/۳۸۹
۲۹		۰/۳۵۹	۰/۳۰۶		-۰/۱۵۳	۵۲	۰/۲۶۵	۰/۱۷۴	۰/۲۵۸	۰/۱۷۵	۰/۳۶۴
۱۲		-۰/۳۴۷		۰/۱۱۲	۰/۲۹۴						

چنان چه در جدول بالا مشاهده می شود بیشترین بار عاملی هر عبارت بر روی هر عامل(که به صورت پر رنگ مشخص شده است)، به عنوان عامل در برگیرنده آن عبارت در نظر گرفته شد. بارهای عاملی کمتر از ۰/۱۰ در جدول نشان داده نشده است. در مجموع پنج عبارت ۵۸، ۱۲، ۱۳ و ۲۵ به دلیل نرسیدن بار عاملی به هر کدام از پنج عامل حذف شدند. بنا بر این ۵۷ عبارت در قالب پنج عامل از تحلیل عاملی ۶۱ عبارت ابزار مقیاس مدافعه پرستاری به دست آمد.(جدول شماره ۳)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-04]

جدول شماره ۳. نام گذاری و ترتیب عامل های مقیاس مدافعه پرستاری

عامل های حاصل از اعتبار سازه	نامگذاری پس از اعتبار سازه
عامل ۲	بعد ۱: ضرورت مدافعه پرستاری
عامل ۴	بعد ۲: ماهیت مدافعه پرستاری
عامل ۳	بعد ۳: عوامل تسهیل کننده مدافعه پرستاری
عامل ۱	بعد ۴: عوامل ممانعت کننده مدافعه پرستاری
عامل ۵	بعد ۵: نتایج مدافعه پرستاری

برای محاسبه همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای مقیاس مدافعه پرستاری ۰/۹۲۰ بود. هم چنین ضریب پایایی آزمون مجدد مقیاس ۰/۹۱۶ به دست آمد.(جدول شماره ۴) به این ترتیب ابزار مورد نظر با عنوان«مقیاس مدافعه پرستاری» با ۵۷ عبارت و ۵ بعد با اعتبار و پایایی قابل قبول تهیه شد.

جدول شماره ۴. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی آزمون مجدد، ابعاد و کل مقیاس مدافعه پرستاری

ابعاد مقیاس	ضریب آلفای کرونباخ	ضریب پایایی آزمون مجدد
بعد اول	۰/۸۹۱	۰/۸۸۴
بعد دوم	۰/۸۱۵	۰/۸۵۳
بعد سوم	۰/۸۸۳	۰/۸۶۲
بعد چهارم	۰/۸۴۵	۰/۹۰۹
بعد پنجم	۰/۷۷۶	۰/۸۰۹
کل	۰/۹۲۰	۰/۹۱۶

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش عبارات ابزار از طریق مرور جامع بر مطالعات کمی و کیفی موجود، ابزارهای استفاده شده در زمینه مفهوم مدافعه پرستاری طراحی گردید. در طراحی ابزارها و پرسش نامه‌ها، عبارات را می توان از طریق مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه مفهوم مورد نظر، مشاهدات و مصاحبه های بالینی، پژوهش های کیفی نظیر تئوری پایه، انتخاب عبارات ابزارهای موجود و یا تلفیقی از تمامی این روش ها طراحی نمود،(۱۸). جهت تعیین اعتبار محتوی مقیاس، از نظرات ۱۶ نفر از اساتید هیئت علمی دانشکده های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران و ایران استفاده شد. به این منظور پژوهشگر ابزار طراحی شده را همراه با برگ توضیحات لازم در اختیار متخصصان مذکور قرار داد. بارونس و گرو بیان می دارند که اعتبار محتوی یک ابزار را می توان از سه منبع کتب و مقالات مربوطه، نمایندگان افرادی که ابزار جهت آنان به کار می رود، و افراد متخصص در آن حیطه به دست آورد،(۱۹). به منظور تعیین اعتبار صوری مقیاس مدافعه پرستاری، پژوهشگر سعی نمود تا از نگارش، جمله بندی و ظاهر منطقی و جالب برای ابزار استفاده نماید. هم چنین از نظرات افراد متخصص و پرستاران در مرحله تعیین اعتبار محتوی و در مرحله قضاوت برای بهبود اعتبار صوری استفاده شد.

با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و با کمک روش مولفه های اصلی و دوران متعامد واریمکس، سازه عاملی ابزار مقیاس مدافعه پرستاری مشخص گردید. در این مرحله متغیرهایی که همبستگی بالایی با یکدیگر دارند، درون یک عامل قرار می گیرند،(۱۷). تجزیه و تحلیل مولفه های اصلی و دسته بندی کردن محورهای اصلی معمول ترین شیوه های استخراج عوامل هستند.(۲۰)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-04]

مقیاس کیسر–مایر–الکین بر این اصل استوار است که اگر متغیرها در عوامل مشترک سهیم باشند، همبستگی نسبی بین متغیرهای جفت، در اثر کنترل اثر سایر متغیرها باید کوچک باشد. مقیاس کیسر–مایر–الکین روشی برای مقایسه همبستگی صفر با همبستگی های نسبی است. مقدار آن می تواند بین صفر تا یک، تغییر کند که در آن اعداد بزرگ تر نمایانگر تفاوت بیشتر بین همبستگی های صفر و همبستگی های نسبی است. اگر مقدار کیسر–مایر–الکین برابر ۰/۸ یا ۰/۹۰ باشد، استفاده از تحلیل عاملی را حمایت می کند،(۱۷). در پژوهش حاضر این مقیاس ۰/۸۱۲ بود که این نتایج نمایانگر معیار مناسب بوده و استفاده از آنالیز عاملی را برای داده ها مورد حمایت قرار می دهد.

نقطه برش ۰/۳۵ به عنوان حداقل بار عاملی مورد نیاز هر عبارت جهت حفظ هر عبارت در نظر گرفته شد. سپس بر اساس این که هر عبارت دارای بیشترین بار عاملی بر روی کدام یک از پنج عامل می باشد، به عنوان عبارات مربوط به آن در نظر گرفته شد. معیار بار عاملی یک عبارت برای ماندن بر روی یک عامل از یک مطالعه تا مطالعه دیگر متفاوت است. برخی پژوهشگران از نقطه برش حداقل ۰/۳۰ و برخی از نقطه برش حداکثر ۰/۵۵ استفاده می - کنند،(۲۱). پس از استخراج عوامل، هر کدام از آن ها بر اساس متغیرهای(عبارات) آن عامل نام گذاری گردید و میزان هم خوانی این عوامل با مفهوم و ابعاد مدافعه پرستاری که در این پژوهش تعریف شده بود، مورد بررسی قرار گرفت.

برای محاسبه همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای مقیاس مدافعه پرستاری ۰/۹۲۰ بود. هم چنین پایایی ابزار توسط آزمون مجدد ۰/۹۱۶ محاسبه شد. آزمون آلفای کرونباخ بیشترین آزمون مورد استفاده در جهت بررسی همسانی درونی ابزارهای اندازه گیری است،(۲۲). در این روش، هر عبارت ابزار، یک ویژگی مشترک را اندازه گیری می کند، حداقل ضریب آلفای کرونباخ مورد پذیرش همسانی درونی بین پژوهشگران ۰/۷۰ بیان شده است،(۲۳). بررسی ثبات ابزار مقیاس مدافعه پرستاری با بهره گیری از آزمون مجدد صورت گرفت. نکته مورد توجه در انجام روش آزمون مجدد، فاصله زمانی بین دو آزمون است که باید تا حدی باشد که از طرفی فراموشی عبارت ابزار اتفاق بیافتد و از طرف دیگر تغییر در پدیده مورد اندازه گیری اتفاق نیفتد. بارونس و گرو این فاصله را دو هفته تا یک ماه بیان می دارند،(۱۹). پولیت و بیک نیز بیان می کنند که ضرایب پایایی آزمون مجدد بالاتر از ۰/۷۰ رضایت بخش است اما ضرایب بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ ارجح می باشد،(۲۲). به هر حال در بعضی از شرایط ضریب پایایی بالاتر یا پایین تر از این ضرایب نیز ممکن است مورد پذیرش باشد. در نهایت «مقیاس مدافعه پرستاری» که ۵۷ عبارت دارد و از ۵ بعد تشکیل شده است طراحی و آماده استفاده قرار گرفت.

بعد اول ابزار«ضرورت مدافعه پرستاری» نام گرفت که شامل ۱۲ عبارت است. اوکننور و کیلی در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که آسیب پذیری بیمار و تعهد اخلاقی پرستاران از جمله عواملی است که باعث ضرورت در انجام مدافعه پرستاری می گردد،(۲۴). مطالعات گوناگونی آسیب پذیری بیماران را به عنوان عاملی در جهت ضرورت یافتن نقش مدافعه پرستاری ذکر کرده اند.(۲۵،۲۶)

بعد دوم ابزار«ماهیت مدافعه» پرستاری نام گرفت که شامل ۱۶ عبارت بود. ماهیت مدافعه پرستاری در مطالعات به طرق مختلف تعریف شده است. این تعاریف شامل مداخله کردن به طرفداری از بیمار،(۲۷)، صحبت کردن و طرفداری کردن از بیمار،(۲۸)، محافظت از بیمار،(۲۹)، اطمینان از مراقبت با کیفیت،(۳۰)، یافتن اشتباهات،(۳۱)، برقراری ارتباط با بیمار،(۳۶–۳۲)، برقراری ارتباط بین تیم درمانی و بیمار می باشد،(۳۷،۳۸). نگارنده در نتایج مطالعه خود می نویسد آگاه کردن و آموختن، ارج نهادن و محترم شمردن، پشتیبانی کردن، حفاظت کردن، پیگیری و هماهنگ کردن از جمله فعالیت هایی است که در طی این نقش توسط پرستاران انجام می گیرد.(۷)

بعد سوم ابزار«عوامل تسهیل کننده مدافعه پرستاری» نام گرفت که شامل ۱۰ عبارت بود. از دیدگاه پرستاران، محیط کاری مناسب، قانونی بودن نقش مدافعه و اعتماد به نفس بالا از مهم ترین عوامل تسهیل کننده مدافعه پرستاری است،(۳۹). ارتباط پرستار–بیمار، شناخت و توجه به نیاز و شرایط بیمار، مسئولیت پذیری بیمار، همکاری پزشک، دانش و تجربه پرستار عواملی هستند که می توانند رفتارهای مدافعه از بیمار را ارتقاء بخشند،(۷). تأثیر ارتباطات در نقش مدافعه پرستاری در مطالعات مختلفی مشخص شده است.(۲۴،۲۷،۲۹،۳۵،۳۷)

بعد چهارم مدافعه پرستاری«عوامل ممانعت کننده مدافعه پرستاری» بود که ۱۳ عبارت داشت. جعفری منش و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که دیدگاه پرستاران فقدان حمایت مدیران، قدرت کم پرستاران و نفوذ زیاد پزشکان در بیمارستان به عنوان مهم ترین عوامل ممانعت کننده مدافعه پرستاری است،(۳۹). عوامل متعددی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-04]

به عنوان بازدارنده مدافعه از بیمار شناخته شده اند که عمدتاً ریشه در ساختار یا فرهنگ سازمانی دارند و شامل احساس بی قدرتی، نبود مقررات و دستورالعمل های حرفه - ای، عدم پشتیبانی از پرستاران، پزشک سالاری، کمبود وقت، ارتباط محدود، مخاطرات حمایت، وفاداری به همکاران و کمبود انگیزه می باشد.(۱۰)

بعد پنجم مدافعه پرستاری«نتایج مدافعه پرستاری» نام گذاری شد که شامل ۶ عبارت می باشند. در مطالعه جعفری منش و همکاران، افزایش رضایت بیماران، افزایش رضایت درونی پرستاران و توانمندی بیماران از مهم ترین نتایج مدافعه پرستاری شناخته شد،(۳۹). پرستارانی که به طور فعال به عنوان مدافعه گر بیمار عمل می‌کنند ممکن است در نتیجه صحبت کردن بر خلاف سیستم مراقبت درمانی، به طور بالقوه توسط پزشکان و دیگر کارکنان مورد سرزنش واقع شوند،(۴۰). سوال کردن در مورد یک دستور یا درمان، در راستای دفاع از بیماران، ممکن است از طرف پزشکان به عنوان نافرمانی یا مزاحمت تشخیص داده شود،(۲۴،۴۱).

نتیجه نامطلوب و شکست در مدافعه موجب سرخـوردگی می شود و منجر به آشفته شدن، بهم ریختگی روحی و برخورد بد پزشکان می گردد.

در پایان مطالعه«مقیاس مدافعه پرستاری» که ۵۷ عبارت دارد و از ۵ بعد تشکیل شده است طراحی و آماده استفاده قرار گرفت. این ابعاد شامل الف)ضرورت مدافعه پرستاری با ۱۲ عبارت، ب)ماهیت مدافعه پرستاری با ۱۶ عبارت، ج)عوامل تسهیل کننده مدافعه پرستاری با ۱۰عبارت، د)عوامل ممانعت کننده مدافعه پرستاری با ۱۳ عبارت و ه)نتایج مدافعه پرستاری با ۶ عبارت می باشند.

سپاسگزاری

این مقـاله حاصل پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد هادی جعفری منش و به راهنمایی خانم دکتر منصوره زاغری تفرشی می باشد. بدین وسیله از کلیه کسانی که ما را در اجرای این مطالعه همراهی کرده اند، تشکر و قدردانی می گردد.

References

1-Parsapoor A, Mohammad K, Malekafzali H, Alaeddini F, Larijani B. The necessity of observing patients, right: sueveying patients', physicians' and nurses' attitudes around it. Iran J Med Ethic History Med 2009;2:79-90.

2-Jolaee S. Phenomenological explanation of patient rights. Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences; 2007.

3-Baldwin MA. Patient advocacy: a concept analysis. Nurs Stand 2003;17:33-9.

4-Fry ST, Johnstone M-J. Ethics in nursing practice: a guide to ethical decision making: Blackwell Science Oxford; 2002.

5-Larijani B, Zahedi F. Medicine and modern medical ethics. Iran J Diabete Lipid Disord 2004;4:11-1.

6-Vaartio H, Leino-Kilpi H. Nursing advocacy—a review of the empirical research 1990–2003. Int J Nurs Stud 2005;42:705-14.

7-Negarandeh R, Oskouei S, Ahmadi F, Nik Ravesh M. [Patient advocacy properties]. J Zanjan Uni Med Sci Health Servic 2005;13:38-29.(Persian)

8-Davis AJ, Konishi E, Tashiro M. A pilot study of selected Japanese nurses' ideas on patient advocacy. Nurs Ethic 2003;10:404-13.

9-Rezaei Kargar F. Advocacy: An important role for a nurse. Journal of faculty of nursing & midwifery of Shaheed Beheshti university of medical sciences and health services. J Midwifery 2005;15:18-1.

10-Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F, Nikravesh M. [Patient advocacy barriers and facilitators in nurses' experiences]. Razi J Med Sci 2005;12:175-86. (Persian)

11-Vaartio H, Leino-Kilpi H, Suominen T, Puukka P. The content of advocacy in procedural pain care–patients' and nurses' perspectives. J Advanc Nurs 2008;64:504-13.

12-Mallik M. Advocacy in nursing—a review of the literature. J Advanc Nurs 1997; 25:130-8.

13-Erlen JA, Sereika SM. Critical care nurses, ethical decision-making and stress. J Advanc Nurs 1997;26:953-61.

14-Pearson J. An exploration of the empowerment of nursing students in a clinical context. Nurs Praxis New Zealand Inc 1998;13:45-55.

15-Jolaee S, Nikbakht Nasrabadi A, Parsa Yekta Z. [The view of patients and patients'

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-04]

companions regarding patients' rights: a phenomenological research]. J Facult Nurs Midwifery 2004;10:5-20. (Persian)

16-Yaghmaei F. [Measuring behavior in research by valid and reliable instruments]. 2th ed. Tehran: Publications of Shaheed Behshti Medical Sciences; 2009. (Persian)

17-Munro BH. Statistical methods for health care research: Wolters Kluwer Health; 2005.

18-Rasoli M. [Structural equation model of intellectual conformity in boarding centers adolescent]. Tehran: School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2008. (Persian)

19-Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence: Saunders Elsevier St. Louis; 2009.

20-Darvish-Poor KA, Abed-Saeidi J, Yaghmaei F, Alavi-Majd H. Instrument development to measure diabetic clients quality of life (DCQOL). Iran J Endocrinol Metab 2005;7:155-49.

21-Kazem Nejad A, Heidari M, Norouz zadeh R. [Statistical methods in health care research and using SPSS in data analysis]. 1th ed. Tehran: Salemi-Jame Negar Publisher; 2010. (Persian)

22-Polit DF, Beck C. Nursing research: Principal and methods. 7th ed. Philadelphia: JB. Lippincott; 2004.

23-Macnee CL, McCabe S. Understanding nursing research: reading and using research in research in evidence-based practice. Wolters Kluwer Health; 2008.

24-O'Connor T, Kelly B. Bridging the gap: a study of general nurses' perceptions of patient advocacy in Ireland. Nurs Ethic 2005;12:453-67.

25-McGrath A, Walker A. Nurses' perception and experiences of advocacy. Contemp Nurs 1999;8:72-8.

26-Sundin-Huard D, Fahy K. Moral distress, advocacy and burnout: Theorising the relationships. Int J Nurs Pract 1999;5:8-13.

27-Chafey K, Rhea M, Shannon AM, Spencer S. Characterizations of advocacy by practicing nurses. J Profession Nurs 1998; 14:43-52.

28-Hanks RG. The lived experience of nursing advocacy. Nurs Ethic 2008; 15:468-77.

29-Sellin SC. Out on a limb: a qualitative study of patient advocacy in institutional nursing. Nurs Ethic 1995;2:19-29.

30-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 Car Sci 2006;20:282-92.

31-Millette BE. Client advocacy and the moral orientation of nurses. West J Nur Res 1993;15:607-18.

32-Mallik M. Advocacy in nursing: perceptions and attitudes of the nursing elite in the United Kingdom. J Advanc Nurs 1998; 28:1001-11.

33-Lindahl B, Sandman P-O. The role of advocacy in critical care nursing: a caring response to another. Intens Critic Care Nurs 1998;14:179-86.

34-Godkin J. Making a difference: a study of patient advocacy among expert dialysis nurse [Dissertation]: Graduate School of Biomedical Science. University of Texas Medical Branch of Galveston; 2006.

35-Snowball J. Asking nurses about advocating for patients:'reactive'and 'proactive'accounts. J Advanc Nurs 1996;24:67-75.

36-Martin GW. Ritual action and its effect on the role of the nurse as advocate. J Advanc Nurs 1998;27:189-94.

37-Hellwig SD, Yam M, DiGiulio M. Nurse case managers' perceptions of advocacy: A phenomenological inquiry. Profession Case Manag 2003;8:53-63.

38-Thacker KS. Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. Nurs Ethic 2008;15:174-85.

39-Jafari manesh H, Zagheri Tafreshi M, Ashktorab T, Alavi Majd H. [The Comparison among perspective of doctors, nurses and patients towards nursing advocacy role]. J Facult Nurs Midwifery Shaheed Beheshti Uni Med Sci 2011;22:42-51. (Persian)

40-Bu X, Jezewski MA. Developing a mid-range theory of patient advocacy

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-04]

through concept analysis. J Advanc Nurs 2007;57:101-10.

41-Wheeler P. Is advocacy at the heart of professional practice? Nurs Stand 2000; 14:39-42.

Designing and Validating the Nursing Advocacy Scale

Jafary Manesh H[1], Zagheri-Tafreshi M[2], Imanzad M[3], Alavi-Majd H[4], Ranjbaran M[5], Nazari I[1], Nourmohammadi A[6]*

(Recived: 11 July, 2013 Accepted: 12November, 2013)

Abstract

Introduction: Patient advocacy concept is a very important issue, because if the meaning of advocacy in nursing profession is not clear, nurses will not properly prepare to perform one of their basic roles. Searching the literature shows that there is not a useful tool to evaluate the advocacy role of nurses in Iran. Therefore this study was conducted for designing and validating the nursing advocacy scale in Iran.

Materials & Method: This study was a methodological research. Initially, instrument items were designed through a comprehensive overview of present quailtative and quantitative studies and used tools in the field of nursing advocacy concept in the word. Then, validity of the tool was obtained through face, content and constructs validity and its reliability was obtained via internal consistency and test-retest.

Findings: Content validity index of Waltz and Bausell for all instruments of nursing advocacy scale was 93.72. In order to determine face validity of nursing advocacy scale, we tried to use writing, structuring and a seeming logical and interesting for the tool. By using exploratory factor analysis, principal components method and orthogonal Varimax rotation, the factor structure of the nursing advocacy scale instrument was documented in five dimensions. Cronbach's alpha coefficient for nursing advocacy was 0.920 and test-retest reliability coefficient was 0.916.

Discussion & Conclusion: At the end of the study, "nursing advocacy scale" which contained 57 items, and was composed of five dimensions were designed and prepared. These aspects included A) Necessity of nursing advocacy with 12 items, B) Nature of nursing advocacy with 16 items, C) Facilitating factors of nursing advocacy with 10 items, D) Inhibiting factors of nursing advocacy with 13 items and E) and results of nursing advocacy with 6 items.

Keywords: Design, validation, scale, nursing advocacy

1.Dept of Medical Urgencies, Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
2.Dept of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3.Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
4.Dept of Biostatistics, Faculty of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5.Dept of Public Health, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
6.Dept of Operating Room, Faculty of Allied Medical Sciences, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
**Corresponding author*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-04]