

ادراک مادران از موانع رضایت از مراقبت پرستاری: یک مطالعه کیفی

نیره سلمانی^۱، عباس عباس زاده^۲، مریم رسولی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: والدین قیم قانونی کودک هستند و حق ارزیابی کیفیت مراقبت ارایه شده به کودک خود را دارند. با بررسی رضایت‌مندی والدین می‌توان نقایص موجود در مراقبت‌های پرستاری را شناسایی کرد. استفاده از روش‌های کیفی در این زمینه می‌تواند جنبه‌هایی را مورد شناسایی قرار دهد که شیوه‌های کمی به تنهایی قادر به شناسایی آن‌ها نیستند. بنابراین این مطالعه با هدف تبیین ادراک مادران از موانع رضایت از مراقبت پرستاری طراحی گردید.

روش: مطالعه حاضر یک پژوهش کیفی با رویکرد تحلیل محتوا بود. ۱۴ نفر از مادران کودکان بستری در بخش اطفال بیمارستان‌های شهر یزد به روش هدفمند انتخاب و مورد مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. همه مصاحبه‌ها ضبط و سپس خط به خط دست‌نویس شد و در نهایت با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی تحلیل گردید.

یافته‌ها: آنالیز درون‌مایه‌ای داده‌ها یک موضوع اصلی را آشکار ساخت که ناکارآمدی مراقبتی پرستار بود و طبقات شامل مراقبت در مفهوم غیر واقعی، ضعف در کاردانی و توانایی پرستار، نادیده‌انگاری نیازهای مادر، ارتباط غیر اثربخش و بی‌رغبتی در مشارکت دادن مادر بودند.

نتیجه‌گیری: این مطالعه موانع مؤثر بر رضایت مادران از مراقبت پرستاری که اغلب از دید مطالعات کمی پنهان می‌ماند را آشکار ساخت. به نظر می‌رسد با رفع آن‌ها می‌توان در جهت بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری ارایه شده گام‌های مؤثری برداشت.

کلید واژه‌ها: موانع، رضایت، مراقبت پرستاری، ادراک، تحلیل محتوا

ارجاع: سلمانی نیره، عباس زاده عباس، رسولی مریم. ادراک مادران از موانع رضایت از مراقبت پرستاری: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۳؛ ۳ (۱): ۶۱-۵۱.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۱۱

سنجش و ارزشیابی کیفیت خدمات سلامتی است (۲). در کودکان بستری که خود به طور مستقیم قادر به بیان دیدگاهشان در زمینه کیفیت مراقبت درمانی ارایه شده نمی‌باشند، بررسی و مورد توجه قرار دادن دیدگاه مراقبین کودک (یعنی والدین)، اهمیت بسزایی دارد (۳)؛ چرا که کودکان از نظر ادراکی تکامل کافی را ندارند و به همین دلیل قادر به بیان تجربیات خود نیستند (۴). والدین، قیم قانونی

مقدمه

امروزه نقش بیماران از دریافت‌کننده غیر فعال مراقبت به مشارکت‌کننده فعال تغییر یافته است. بیماران می‌خواهند که در مورد وضعیت سلامتی خود یاد بگیرند و در برنامه‌ریزی، سازماندهی و تصمیم‌گیری برای خدمات سلامتی خود مشارکت داشته باشند (۱)؛ به طوری که بررسی رضایت بیماران از نحوه مراقبت‌های ارایه شده، یکی از روش‌های

۱- دانشجوی دکتری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- استاد، گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- استادیار، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسئول: دکتر عباس عباس زاده

Email: aabaszadeh@hotmail.com

بهبتر بتوانند رضایت والدین را جلب کنند (۹).

مطالعات چندی با هدف شناسایی میزان رضایت والدین از مراقبت‌های پرستاری در داخل و خارج از کشور انجام شده است. در ایران، پورموحد و دهقانی مطالعه‌ای را به منظور بررسی رضایت مادران از مراقبت‌های بیمارستانی انجام دادند. در این مطالعه مهم‌ترین مواردی که ضعیف برآورد شد، در بعد مراقبت‌های پزشکی شامل مطلع ساختن والدین از نتایج آزمایش‌ها و اقدامات درمانی، در بعد مراقبت‌های پرستاری شامل آگاهی دادن در خصوص اقدامات درمانی و مراقبت‌های بعد از ترخیص و در بعد خدمات رفاهی، فراهم بودن فضای مناسب برای بازی در بخش بود (۷). حامدتوسلی و الحانی نیز در مطالعه‌ای به منظور بررسی میزان رضایت‌مندی والدین کودکان مبتلا به تالاسمی از مراقبت‌های پرستاری با استفاده از یک پرسش‌نامه محقق ساخته به این نتیجه دست یافتند که بیشترین نارضایتی مادران از طرز پاسخدهی پرستاران به سؤالات مادران (حیطه ارتباطات) بوده است (۱۰). در خارج از ایران نیز مطالعات متعددی انجام شده است که رفتار پرسنل (۱۱) و شایستگی‌های عملکردی تیم مراقبتی (۲) از عوامل ایجادکننده رضایت معرفی شده و ارایه اطلاعات درباره روتین بخش (۱۱)، نظافت (۱۲)، تجهیزات (۱۳، ۱۲)، سر و صدای بخش (۱۲)، ارایه اطلاعات توسط پرسنل به والدین و ارتباط برقرار کردن تیم مراقبتی با والدین (۱۳، ۱۲) را از جمله عوامل ایجادکننده نارضایتی بیان داشته‌اند.

حال با تمرکز بر این مسأله که رضایت بستگی به درک شخصی، ارزش‌ها و نگرش‌های افراد دارد (۱۴) و وابسته به فرهنگ و نظام مراقبت سلامتی است که در آن مفهوم رضایت سنجیده می‌شود (۱۵)، همچنین متأثر از عوامل زمینه‌ای مانند وضعیت اجتماعی، اقتصادی و مذهبی می‌باشد (۱۶)؛ والدین با زمینه‌های مختلفی وارد این سیستم می‌شوند و دارای درک و انتظارات متفاوت از مراقبت می‌باشند (۱۷)؛ بنابراین عوامل روانی، اجتماعی، محیطی، موقعیتی و دموگرافیکی بر نگرش آن‌ها نسبت به مراقبت‌های پرستاری تأثیر می‌گذارد (۵). پس استفاده از روش کیفی در پژوهش می‌تواند جنبه‌هایی را مورد شناسایی قرار دهد که شیوه‌های کمی به تنهایی قادر به

کودکان می‌باشند و حق ارزیابی کیفیت مراقبت ارایه شده به کودک خود را دارند (۵). آن‌ها به عنوان مصرف‌کنندگان خدمات درمانی و حمایت‌کننده کودکان به شمار می‌آیند و می‌توانند اطلاعات مهمی را در جهت بهبود برنامه‌های مدیریتی و شناسایی کیفیت عملکرد کارکنان ارایه دهند (۶).

بررسی رضایت والدین در مورد مراقبت‌های انجام شده در بیمارستان به دلیل ایجاد امکان برنامه‌ریزی برای آینده، برآورد هزینه، بودجه‌بندی و بررسی فعالیت‌های انجام شده در بیمارستان حایز اهمیت می‌باشد (۷). همچنین با بررسی رضایت‌مندی آن‌ها، می‌توان نقایص موجود در مراقبت‌های پرستاری را شناسایی کرد و در جهت بهبود کیفیت مراقبت ارایه شده تلاش نمود (۸). در واقع والدین با تحلیل رفتارهای پرستاران و سایر اعضای تیم درمانی، درباره رضایت از کیفیت مراقبت قضاوت می‌کنند و کیفیت خدمات ارایه شده در دوره بستری کنونی را با مراقبت‌های قبلی مقایسه می‌نمایند و چنان‌چه دارای رضایت‌مندی از خدمات ارایه شده باشند، همکاری آنان با تیم درمانی مؤثرتر است و تطابق بیشتری را با درمان نشان می‌دهند (۶). این امر، به بهبود هر چه سریع‌تر کودک بیمار کمک می‌نماید و در نتیجه طول مدت بستری و هزینه‌های مراقبتی نیز کاهش می‌یابد و در نهایت به افزایش رضایت شغلی اعضای تیم مراقبتی (۹) و افزایش احتمال مراجعه به همان مرکز درمانی برای دریافت مراقبت موردنیاز بعدی منتهی می‌شود (۶). در مقابل، نارضایتی والدین منجر به بروز تردید در اعتبار مراقبت‌ها می‌شود، تأثیر منفی بر رفتارهای والدین و ارتباطات آن‌ها با اعضای تیم مراقبتی دارد و به افزایش دعای حقوقی نسبت به پرستاران و کاهش بازده درمانی منجر می‌گردد و حتی گاهی ترخیص کودک با میل شخصی و انتقال او به مرکز درمانی دیگر را به دنبال دارد (۷). از سوی دیگر با توجه به این‌که مراقبت‌های ارایه شده، هنگامی مؤثر خواهد بود که از شیوه کل‌نگر استفاده شود (۱۰) و مراقبت کل‌نگر جز با حمایت والدین میسر نمی‌شود؛ بنابراین لازم است پرستاران در همه عرصه‌های ارایه مراقبت، از عوامل مؤثر بر رضایت والدین آگاه باشند و با ارزیابی‌های مکرری که انجام می‌دهند، تغییرات متناسبی را در ارایه مراقبت اعمال نمایند تا

شناسایی آن نیستند. مطالعه حاضر با رویکرد کیفی، موانع رضایت از مراقبت پرستاری را در مادران کودکان بستری در بیمارستان مورد بررسی قرار داد تا با کشف موانع از دیدگاه مادران (نه موانعی که اعضای تیم مراقبتی اعتقاد دارند که ممکن است وجود داشته باشد) که دریافت کننده اصلی این خدمات هستند، بتوان اقدامات مقتضی را در جهت بهبود وضعیت موجود و حرکت کردن سیستم مراقبتی به درجات بالاتر کیفیت در ارائه خدمات، طراحی و به اجرا رساند.

روش

در این پژوهش به منظور درک بهتر موانع رضایت از مراقبت پرستاری، از رویکرد کیفی تحلیل محتوای قراردادی استفاده شد. این نوع پژوهش شیوه‌ای برای به دست آوردن اطلاعات غنی و عمیق از مشارکت کنندگان بود (۱۸). محیط پژوهش در این مطالعه، محیط واقعی و طبیعی بود که مشارکت کنندگان تجربه مراقبت از کودکان را در آن حاصل کرده‌اند. به همین دلیل در این مطالعه بیمارستان‌های دارای بخش اطفال شهر یزد اعم از بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، بیمارستان وابسته به تأمین اجتماعی و بیمارستان‌های خصوصی مورد بررسی قرار گرفتند. ملاک انتخاب مشارکت کنندگان، مادرانی بودند که کودکان آن‌ها در بیمارستان بستری شده و در حال ترخیص بودند؛ قدرت برقراری ارتباط و قدرت استدلال لازم برای بیان تجربه خود را داشتند و می‌توانستند در مصاحبه به سؤالات با دقت جواب بدهند. تعداد مشارکت کنندگان ۱۴ نفر بودند که برای دستیابی به تجربیات متفاوت سعی گردید مشارکت کنندگان از لحاظ طول مدت بستری، دفعات بستری، نوع بیماری، سن بیمار و بومی بودن یا نبودن از حداکثر تنوع برخوردار باشند. ویژگی مشارکت کنندگان در جدول ۱ ارایه شده است.

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته جمع‌آوری گردید. این نوع مصاحبه از جهت آن که انعطاف‌پذیر و عمیق است، برای تحقیقات کیفی مناسب می‌باشد (۱۹). تعدادی سؤال کلی به عنوان راهنمای مصاحبه طراحی گردید که به پاسخ باز و تفسیری نیاز داشت. با توجه به پاسخ‌های

مشارکت کنندگان، سؤالات بعدی از آن‌ها پرسیده می‌شد. به طور نمونه، برخی از سؤالات عبارت بود از «از مراقبت پرستاری از کودکان چه تجربه‌ای دارید؟» و «مشکلات و کمبودها چه تأثیری بر رضایت شما از مراقبت پرستاری داشته است؟». هر مصاحبه به طور میانگین ۴۰ دقیقه به طول انجامید. تمام مصاحبه‌ها ضبط گردید و جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوای کیفی قراردادی استفاده شد. این روش به منظور تفسیر ذهنی داده‌های متنی به کار می‌رود. در این شیوه از طریق فرایند طبقه‌بندی سیستماتیک، کدها و درون‌مایه‌ها مورد شناسایی قرار می‌گیرد. تحلیل محتوا، چیزی فراتر از استخراج محتوای عینی برگرفته از داده‌های متنی می‌باشد و از این طریق می‌توان درون‌مایه‌ها و الگوهای پنهان را از درون محتوای داده‌های شرکت کنندگان در مطالعه نمایان ساخت (۲۰)؛ بنابراین هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های ضبط شده خط به خط پیاده گردید و برای درک کلی محتوای گفته‌های مشارکت کنندگان چندین مرتبه خوانده شد و واحدهای معنا و کدهای اولیه استخراج شد. سپس کدها بر اساس شباهت طبقه‌بندی گردید (۲۱).

در طول مطالعه برای اطمینان از دقت و استحکام داده‌ها از روش‌های ایجاد اعتبار و درگیری طولانی مدت محقق با موضوع استفاده شد. محقق قبل از شروع تحقیق به عنوان مربی بخش اطفال همواره حضور داشت و در طی انجام تحقیق نیز همواره با مشارکت کنندگان در تعامل بود. بررسی کردن یافته‌ها با مشارکت کنندگان انجام شد (Member check). بازنگری توسط ناظرین (External check) نیز انجام گردید؛ به این صورت که برخی از متن‌های مصاحبه به همراه کدهای استخراجی و طبقات به دست آمده برای چند ناظر فرستاده شد تا جریان تجزیه و تحلیل را بررسی و درباره صحت کدگذاری اعلام نظر نمایند. همچنین برای این‌که امکان پیگیری تحقیق برای دیگران فراهم شود، مراحل تحقیق و روند آن به طور کامل ثبت و گزارش شد.

در ابتدای کار موافقت مسؤولین مربوطه گرفته شد و اطلاعات لازم در مورد هدف مطالعه، روش مصاحبه، ضبط صدا و حقوق شرکت کنندگان برای شرکت در مطالعه یا

جدول ۱: ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان در مطالعه

والدین سن	شغل	تحصیلات	محل سکونت	نوع بیماری کودک	تعداد روزهای بستری	سن کودک	جنس کودک	نوع بیمارستان
مادر ۱	۳۰	خانه دار	دیپلم	یزد	لوسمی	۳۲	پسر	دانشگاهی
مادر ۲	۳۵	معلم	فوق دیپلم	رفسنجان	کاوازاکی	۴	پسر	دانشگاهی
مادر ۳	۲۴	خانه دار	دیپلم	یزد	تب و تشنج	۳	دختر	دانشگاهی
مادر ۴	۲۲	خانه دار	۵ ابتدایی	شهرکرد	تومور مغزی	۶	پسر	دانشگاهی
مادر ۵	۲۸	خانه دار	فوق دیپلم	فارس	تب	۳	دختر	دانشگاهی
مادر ۶	۲۷	خانه دار	۵ ابتدایی	طیس	دیابت	۵	دختر	دانشگاهی
مادر ۷	۳۷	خانه دار	۵ ابتدایی	یزد	اسهال استفراغ	۶	دختر	تامین اجتماعی
مادر ۸	۳۰	خانه دار	دیپلم	کرمان	واریس مری	۴	پسر	تامین اجتماعی
مادر ۹	۲۸	خانه دار	۵ ابتدایی	یزد	تب	۳	دختر	تامین اجتماعی
مادر ۱۰	۲۲	خانه دار	دیپلم	یزد	پنومونی	۸	دختر	خصوصی
مادر ۱۱	۳۵	خانه دار	دیپلم	اقلید	لنفوم	۷	دختر	دانشگاهی
مادر ۱۲	۴۲	خانه دار	۵ ابتدایی	یزد	پنومونی	۴	دختر	خصوصی
مادر ۱۳	۲۶	پرستار	لیسانس	یزد	پنومونی	۳	پسر	خصوصی
مادر ۱۴	۳۵	خانه دار	دیپلم	بندرعباس	نارسایی رشد	۶	دختر	دانشگاهی

به کاوازاکی درباره نحوه پاسخگویی پرستار و اولویت‌دهی به کار بیمار و یادآوری‌های مکرر به پرستار جهت انجام مراقبت موردنیاز کودک این طور می‌گوید: «یه پرستاری رو من سه بار صدا کردم و گفتم سرم بچم تموم شده بیا و گفت ببند من کار دارم میام و آخر سر هم نیومد. یه دفعه می‌گه برو من پرونده دارم، دوباره ده دقیقه صبر می‌کنم و دوباره رفتم و دوباره می‌گه برو گفتم میام پرونده دارم... خوب من می‌دونم تو پرونده داری ولی تو وظیفه قبول کردی و اول باید بیایی و سرم بچهره جمع کنی بعد بری پرونده‌تو پر کنی و خوب من نمی‌دونم شاید هر کسی وظیفه‌رو یه چیزی بدونه، ولی به نظر من این چیزا خیلی مهمه و این‌هاست که رضایت می‌یاره».

مادر کودک نوپا مبتلا به تب بالا درباره محول کردن کار و سرکشی نکردن پرستاران این گونه بیان داشت که: «پرستارا اصلاً نیومدن سر بزنن و بچه بی‌حال شده بود. هیچ کس نمی‌اومد تو اتاق بچهره ببینه و خودم بچهره بغل کردم و بردم جلو ایستگاه پرستاری و به پرستارا نشون دادم و تبش به بالای ۴۰ رسیده بود، نزدیک ۴۱ بود و شیاف ۱۲۵ بچه نداشتن و شیاف ۳۲۵ بزرگسال دادن گفتن ببر ببر تکش کن و بنذار».

انجام به موقع مراقبت‌های موردنیاز کودک برای مادران از اهمیت خاصی برخوردار است. مادران بر این مسأله اشاره داشتند که به موقع انجام دادن مراقبت موردنیاز می‌تواند حاکی از احساس مسؤولیت پرستار نسبت به تعهدش در قبال

انصراف از آن به صورت کتبی و شفاهی در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند. پس از آن، در صورت تمایل برای شرکت در تحقیق، رضایت آگاهانه و کتبی از آنان کسب گردید. محل انجام مصاحبه بر اساس تمایل شرکت کنندگان انتخاب شد که شامل اتاق کنفرانس بخش، خانه و یا محل کار شرکت کنندگان بود.

یافته‌ها

طی تحلیل داده‌های این پژوهش، درون‌مایه اصلی ناکارآمدی مراقبتی پرستار (شامل مراقبت در مفهوم غیر واقعی، ضعف در کاردانی و توانایی پرستار، نادیده انگاری نیازهای مادر، ارتباط غیر اثربخش و بی‌رغبتی در مشارکت دادن مادر) به عنوان موانع رضایت از مراقبت پرستاری به دست آمدند. هر کدام از طبقات به همراه فرازهای کوتاهی از بیانات مشارکت کنندگان در زیر آمده است.

مراقبت در مفهوم غیر واقعی

این طبقه بر اساس اظهارات مشارکت کنندگان شامل سر زدن به کودک، اولویت‌بندی نامناسب کارها، پاسخگو نبودن، محول کردن کار به فرد دیگر، پیگیری نکردن کارها، گوشزد نمودن کارها به پرستاران و عدم آرایه به موقع مراقبت بوده است. به عنوان نمونه، مادر (معلم) کودک سن مدرسه مبتلا

سوراخ می‌کردن تا خون بگیرن».

مادر کودک نوپا مبتلا به لوسمی، احساس نگرانی خود از احتمال نیاز کودکش به رگ‌گیری را این طور بیان داشت: «حس ترس دارم که تو شیفت فلانی رگو خوب نمی‌گیره و دلشوره دارم که همش رگش خراب نشه و باید رگش را بگیره و مهارت لازم را نداره».

دقت عملی که پرستار در انجام وظایفش دارد، از دیگر ویژگی‌هایی بود که مشارکت کنندگان بر آن تأکید می‌کردند و می‌توانست بر روی کیفیت مراقبت ارایه شده تأثیرگذار باشد؛ به طوری که مادر (تحصیلات ابتدایی) کودک مبتلا به دیابت این گونه می‌گوید: «سوزن که می‌زنه باید مواظب باشه کجا می‌زنه... خوب رگ بچه باریکه باید طوری بزنه که پاره نشه و قبلش معاینه کنه... یکی این جور بود و این ور می‌کرد دستشو اون ور می‌کرد یعنی می‌خواست با دقت بگیره که یه بار سوراخ بکنه نه که هی بزنه هی بزنه شانس بگیره».

سرعت عمل پرستاران برای انجام وظایف از دیگر قابلیت‌های بالینی ذکر شده توسط مادران بود که در هنگام ارایه مراقبت توسط پرستاران، مادران به آن توجه می‌کنند. مادر شیرخوار مبتلا به پنومونی در رابطه با سرعت عمل و نحوه رسیدگی به مشکل کودک و ارایه مراقبت موردنیاز این گونه بیان کرد: «یه بار بچه‌رو خوابونده بودم دیدم که سینه‌اش خرخر می‌کنه و انگار که چیزی ته حلقش افتاده باشه و دویدم و زودی به پرستار گفتم و این قدر بی‌درد بود و همین جور بی‌حال بی‌حال اومد و گفتم بکیش نیست و بردار اکسیژن بذار بهتر می‌شه و رفت».

نادیده انگاری نیازهای مادر

مشارکت کنندگان اظهار کردند که طرز عملکرد پرستار در جهت تأمین نیازهای روانی-عاطفی، آسایشی و جسمی بسیار حایز اهمیت است. به خاطر آن که بروز بیماری در کودک و ورود به بیمارستان باعث ایجاد فشار روحی در مادران می‌شود و آن‌ها انتظار دارند که مورد حمایت پرستاران قرار گیرند و این حمایت‌ها در سازگاری مادر با موقعیت پیش آمده مؤثر است و در صورتی که احساس نمایند هیچ حمایتی از سوی پرستاران نسبت به آن‌ها ارایه نشده است، تحمل شرایط برایشان مشکل‌تر می‌گردد و در

بیمار باشد و برعکس تأخیر در ارایه مراقبت و موکول کردن آن به زمان دیگر و یا انجام دادن مراقبت پس از گوشزد کردن‌های مکرر مادران، در مادران این درک را به وجود می‌آورد که پرستار در انجام وظیفه سهل‌انگاری نموده است یا نسبت به ارایه به موقع مراقبت بی‌اعتنایی کرده است. مادر کودک مبتلا به کاوازاکی در این باره می‌گوید: «یه پرستار می‌بینی احساس مسؤولیت می‌کنه و وجدان کاری بیشتری داره و بیشتر هم خودش میاد سر می‌زنه، ولی یکی دیگه نه، ما باید بریم بیشتر یادآوریش کنیم و شاید ۳-۴ بار رفتیم سراغش تا بیاد... به عقیده من یعنی فقط رفع مسؤولیت بوده و این‌که مسؤولیتش تموم شد دیگه براشون مهم نبود».

مادر (دیپلم) کودک مبتلا به واریس مری گفت: «بهش گفتم دارورو گیر آوردیم بیارن بیمارستان و گفت فردا صبح به خانم دکتر بگو و فردا صبح به خانم دکتر گفتم و گفت کاش دیشب گفته بودی و گفتم به پرستار گفتم و گفت بذار صبح و مثل این‌که خانم دکتر رفته بود بهشون گفته بود چرا دیشب می‌باید به من زنگ می‌زدید که دارو پیدا شده دستورشو بگم زنگ نزدی و دیگه این پرستار اهمیت نداده بود و پیگیری نکرده یا سهل‌انگاری کرده بود با این‌که گفتم ولی خوب به زنگ دکتر نزد».

ضعف در کاردانی و توانایی پرستار

ضعف در کاردانی و توانایی پرستار شامل ضعف در دانش، مهارت، تجربه، دقت عمل و سرعت عمل پرستار می‌باشد. دانش، مهارت و تجربه پرستاران برای ارایه مراقبت موردنیاز کودک بیمار نقش مهمی را ایفا می‌کند و مادران یکی از نگرانی‌های خود را در هنگام بستری بودن کودکشان، شیفت بودن پرستاران دارای سابقه کار پایین اظهار کردند که بر نحوه عملکرد آن‌ها در انجام مراقبت‌های پرستاری تأثیر گذاشته است و مانعی برای ایجاد رضایت مادران از مراقبت پرستاری بوده است. مادر کودک نوپا مبتلا به واریس مری این گونه می‌گوید: «باتجربه‌ها تو رگ‌گیری بهترن. یکی که وارد نیست نمی‌دونه این رگ بهتره یا این رگ، ولی پرستاری که باتجربه است می‌گه این رگ بهتر خون می‌ده و می‌گه اگه تو این رگ بزنی خوب خون نمی‌ده و دو بار و سه بار باید بزنی و رگ‌گیرشون خیلی بد بود... پنج جا شا

این کارا نمی‌شه کرد برید بیرون چیزی بخورید... من اگه امکانشو داشتم خودم این کارو می‌کردم. دیگه به اون نمی‌گفتم و این طور حرف زد ازش خوشم نیومد».

ارتباط غیر اثربخش

شرکت کنندگان در پژوهش عنوان داشتند که وجود بعضی ویژگی‌ها در نحوه برقراری ارتباط پرستاران با مادران از جمله محترم نشمردن مادر توسط پرستار در هنگام برقراری ارتباط، بی‌میلی پرستاران برای صحبت کردن با مادران، بی‌حوصلگی نشان دادن نسبت به حرف‌های مادر، برقراری ارتباط تنها در جهت انجام اقدامات دارویی یا درمانی کودک می‌تواند موانعی برای ایجاد رضایت نسبت به پرستار باشند. به عنوان مثال مادر کودک شیرخوار مبتلا به پنومونی درباره بی‌احترامی پرستار در حین صحبت با وی و بی‌میلی او برای پاسخگویی به سؤالاتش این طور اظهار داشت: «یه پرستاری بود بهم توهین کرد و من چون خیلی استرس داشتم و همش سؤال می‌کردم که بدونم و اینم برگشت گفت خانم مگه تو سواد نداری که این قدر آدمو واسه هر چیزی سؤال پیچ می‌کنی و منم جوابشو دادم و تند شدم و گفتم چرا ندارم، ولی خوب دلیل نمی‌شه من نگرانم باید بدونم واسه بچم این داروها که می‌دین چیه و گفت تو خوب مثل آلزایمریا می‌مونی و آدم هر چی که می‌گه خوب نمی‌فهمی».

بر اساس اظهارات مشارکت کنندگان، ویژگی‌های اخلاقی پرستاران در حین برقراری ارتباط با مادر و کودک عامل تأثیرگذار مهمی به شمار می‌آید؛ به طوری که ترش‌رویی، تندخویی و بی‌محبتی پرستاران در جریان ارتباط با مادر و کودک مانع از به وجود آمدن حس رضایت نسبت به مراقبت پرستاری می‌شود. مادر (دیپلم) کودک مبتلا به لوسمی می‌گوید: «پرستار کارشو خوب انجام می‌ده، ولی با حرف زدن با مادر با اکراه با غرغر. یعنی مسؤولیتشو انجام می‌ده کامل، ولی نه با خوش‌رویی...».

یا مادر کودک مبتلا به کاوازاکی این طور بیان می‌کند: «پرستار بخش اطفال باید لیخند داشته باشه باید به ذره نرمش داشته باشه... من می‌گم لیخند که هزینه نداره و یه پرستاریو صدا می‌زنیم عبوس میاد بالا سر بچه مریض تا این‌که یه

آرزوی ترخیص هر چه سریع‌تر کودک از بیمارستان هستند. چنان‌چه مادر کودک مبتلا به تب بالا می‌گوید: «وقتی بیشتر با آدم هم‌مدردی می‌کنن مسلماً آدم خوشحال‌تره و احساس بهتری به آدم دست می‌ده و خیلی خیالش راحت‌تره که به جای خونه بیمارستانو انتخاب کرده که بچه‌اش بستری بشه... اگه بیشتر هم‌مدردی می‌کردن خیلی بهتر بود هم‌مدردی واقعاً اثر داره، ولی نکردن و من از خدام بود که زودتر مرخص بشه».

به دنبال مراقبت از کودک بستری و عدم وجود فرصت کافی برای استراحت کردن و نبود امکانات رفاهی مناسب برای خوابیدن، مادران دچار خستگی می‌شوند و نیاز به استراحت و کسب آسایش را به شدت احساس می‌نمایند و انتظار دارند که پرستاران اقداماتی را در جهت ایجاد آسایش و کسب انرژی مجدد در مادران جهت مراقبت از کودک به عمل آورند. مادر کودک مبتلا به واریس مری درباره رفتار پرستار در قبال درخواست مادر برای تأمین آسایش خود و کودکش این گونه بیان می‌کند: «بچه من الان سه شبه که این‌جا هست... پرستارا دیدن وقتی خواب بود باید روی پام باشه و من که سه شب خواب نرفتم و بچه‌ام حتماً باید رو پام باشه و تکونش بدم و تختم که کوچک بود که من نمی‌تونستم که حداقل بخوام و بچه‌رو رو پا بندارم و بایستی هم تکونش بدم و به پرستارا گفتم یه کم نگهش دارین من بخوابم اصلاً محل ندادن، جوابمو ندادن».

برآورده کردن نیازهای جسمی مورد دیگری بود که مشارکت کنندگان از آن یاد کردند. زمانی که مادری به خاطر مراقبت از کودک بیمارش در بیمارستان دچار مشکلات جسمی می‌شود، از پرستاران انتظار کمک‌رسانی برای بهبود شرایط پیش آمده را دارد و عدم همکاری پرستاران با مادران در تأمین نیازهای جسمی منجر به آن می‌شود که مادر نسبت به پرستار حس خوبی را تجربه نکند و مانعی برای شکل‌گیری رضایت در وی نسبت به پرستار شود. مادر (غیر بومی) کودک مبتلا به لنفوم در این باره می‌گوید: «یه بار بس که خسته شده بودم یعنی از وقتی رسیدیم حالا تو اورژانس و تا خالی بشه تختو و بیایم بالا و اینا خوب خیلی شد و ضعف کرده بودم و غدام نداشتم هم‌رام و به پرستار گفتم یه زنگ بزنه آشپزخونه ببینه هست غذایی چیزی برام بگیره و اونم برگشت گفت نه خانم

اصلاً به کلمه نمیان قشنگ بگن که چی بده چی نده». مادر کودک (معلم) مبتلا به کاوازاکی بیان کرد: «این که من پرستار را می بینم جرأت نمی کنم به سؤال ازشون بپرسم و انتظار می کشم که پزشک بیاد چون سؤال که از پرستار می پرسیدم سرسری جواب می دادن، شاید اصلاً ناراحت می شدن که دارم وقتشون را می گیرم و سؤال می پرسم و من انتظار می کشیدم که فردا پزشک بیاد و نیم ساعت من وقت به متخصصو بگیرم و من کلی سؤال درباره این بیماری و بچه مو و درمانش و فردا بهش چی بدم بپرسم».

بحث

یافته های مطالعه حاضر، موانع رضایت از مراقبت پرستاری را بر اساس تجربه مادران کودکان بستری نشان می دهد. درون مایه حاصل از این تجربه، ناکارآمدی مراقبتی پرستار با تعدادی طبقه می باشد.

مشارکت کنندگان مراقبت غیر مؤثر را مانع بسیار مؤثری در جلوگیری از به وجود آمدن حس رضایت از مراقبت پرستاری معرفی کردند. آنچه که برای مادران بسیار ارزشمند تلقی می شود، رسیدگی کردن به نیازهای مراقبتی کودک بدون نیاز به یادآوری های مکرر است و زمانی که پرستاری در اقدامات خود اولویت کاری را به بیماران نمی دهد و درصدد برآوردن مراقبت های موردنیاز بیماران بر نمی آید و مادران به دلیل داشتن حس مسؤولیت در مراقبت همه جانبه از فرزند خود مجبور به پیگیری مراقبت موردنیاز می شوند، در واقع تجربه این نوع ارایه مراقبت، مانعی در ایجاد حس رضایت از پرستاران می شود. Danita و Joshua به گونه دیگری این یافته را مطرح می کنند؛ به طوری که طی مرور انجام شده بر مقالات مربوط به رفتارهای مراقبتی پرستاران بیان داشتند که در مقالات مختلف، رفتارهای مراقبتی از قبیل در دسترس بودن پرستار، بررسی کردن، پیگیری بودن، برآوردن نیازهای انسانی، ارایه مراقبت درمانی و اقدامات دارویی به موقع، امیدواری دادن، همدلی کردن، در اولویت قرار دادن بیمار و حضور قوت قلب دهنده از جمله مهم ترین رفتارهای مراقبتی انتخاب شده توسط نمونه های مورد مطالعه در پژوهش های

پرستاری با لبخند بیاد بالا سر بچه ات و به دست سر بچه ات بکشه... خیلی با هم فرق می کنه این طرز ارتباط ها».

بی رغبتی در مشارکت دادن مادر

مادران به عنوان مراقبت دهندگان غیر رسمی که همواره در کنار کودک بیمار حضور دارند، از اعضای تیم مراقبتی انتظار دارند که آن ها را در جریان کلیه امور مربوط به فرایند تشخیص، درمان و مراقبت از کودک قرار دهند و متناسب با خواسته های آن ها اطلاعات کافی را در اختیارشان بگذارند، آن ها را در حین انجام اقدامات به ویژه اقدامات تهاجمی از جمله رگ گیری از کودک مشارکت دهند و از آنان نظرخواهی نمایند.

بیشتر مشارکت کنندگان اظهار داشتند که اجازه ندادن به حضور مادر در حین انجام رگ گیری از کودک، عامل مهم ایجاد کننده چالش بین مادر و پرستار می باشد و عملکرد پرستاران در برابر خواسته مادران برای حضور در حین رگ گیری از کودکان در شکل دادن حس رضایت یا ناراضی از مراقبت پرستاری مؤثر معرفی شده است، چنانچه مادر کودک نوپا مبتلا به دیابت این گونه می گوید: «موقع رگ گیری هم نداشتن من برم پیشش و هی به من می گفتن برو بیرون و یه بارم رفتم بهشون گفتم که موقع رگ گیری بنارید بیام پیش دخترم، برگشت در اتاق رو من کوبید و گفت برو بیرون و منم رفتم و این قدر گریه کردم و ازش بدم اومد».

نیازهای مادران در رابطه با کسب آگاهی از نوع بیماری و روش های تشخیصی، درمانی و مراقبت بعد از ترخیص منجر به آن می شود که مادران انتظار دریافت توضیحات و ارایه آموزش را از پرستاران داشته باشند و زمانی که پرستاران اطلاعات لازم را در اختیار مادران قرار نمی دهند، مادران برای به دست آوردن پاسخ مربوط به سؤالاتشان به دیگر افراد تیم مراقبتی از جمله پزشکان متوسل می شوند و عدم تمایل پرستاران نسبت به پاسخدهی به سؤالات مادران و یا بی اهمیتی نسبت به سؤالات مادران منجر به آن می شود که مادر حس ناراضی را نسبت به پرستار تجربه کند. مادر کودک مبتلا به دیابت این گونه بیان می کند: «واسه بچه هم خودم می رفتم و ازشون می پرسیدم این بچه قند داره من بهش چی بدم، اون جووری که باید بگن نمی گن و فقط همینو گفتن که آب پرتقال می خواستم بدم گفتن نده».

حس نیاز به بیان احساسات را دارا هستند و تمایل دارند که پرستاری در دسترس آن‌ها باشد و با صحبت نمودن، فرصت ابراز احساسات را به آن‌ها بدهد و پذیرای احساسات آنان باشد (۱۷). جویباری و همکاران نیز در مطالعه خود به گونه دیگری به این مسأله پرداختند و بیان کردند که از دیدگاه بیماران، پرستار خوب پرستاری است که توجه منطقی به آسایش جسمی، روحی، روانی و امنیتی بیمار داشته باشد (۲۶).

بر اساس تجارب مشارکت کنندگان ارتباط غیر اثربخش، مانع دیگر ابراز شده می‌باشد. با توجه به این مسأله که مادران عنصر اجتناب‌ناپذیر مراقبت از کودکان به شمار می‌آیند؛ ماهیت ارتباطی که با پرستاران تجربه می‌کنند، می‌تواند نقش بسیار مهمی را در همکاری مادران با پرستاران و شکل دادن مراقبت خانواده محور داشته باشد. پرستاری که در برقراری ارتباط با مادر اصول اخلاقی را رعایت نماید و به مادر به عنوان یک انسان ارج نگذارد و زمینه را برای هم صحبت شدن با وی و کودکان فراهم نکند، از یک سو بستری را برای دوری گزیدن مادر از پرستار به وجود می‌آورد که این خود عامل مهمی در پیشگیری از همکاری مادر با پرستار در انجام مراقبت‌های موردنیاز کودک می‌باشد و از سوی دیگر به بروز حس ناراضی از مراقبت پرستاری می‌انجامد. Schaffer و همکاران نیز در مطالعه خود به این مسأله اشاره داشتند که برقراری ارتباط مؤثر و احترام به والدین کودکان بستری در بیمارستان دو عامل مهم تأثیرگذار بر رضایت والدین هستند (۸) و ارتباط مؤثر می‌تواند به افزایش رضایت و پذیرش بهتر توصیه‌های مراقبتی منتهی شود (۲۷) و وجود خصوصیات اخلاقی مانند گستاخی، متکبر بودن و بی‌صبر و حوصله بودن منجر به بروز شکایت از ارایه دهنده مراقبت می‌شود (۲۸). این خصوصیات می‌تواند باعث عوارض عاطفی وخیمی شود که در نهایت بر روی شکل‌گیری ناراضی مؤثر است (۲۹).

آخرین طبقه، بی‌رغبتی در مشارکت دادن مادر بود. به دنبال بروز بیماری در کودک و درک تنش حاصل از بستری شدن و انجام اقدامات تشخیصی و درمانی، مادران نیاز به آن دارند که در رابطه با وضعیت پیش آمده اطلاعات لازم و کافی را دریافت نمایند و در جریان تمام مراحل تشخیصی و درمانی و اقدامات در

موجود در زمینه رفتارهای مراقبتی مؤثر در رضایت بوده‌اند (۲۲). فیضی نیز طی مطالعه کیفی خود بر روی رضایت بیماران عواملی از قبیل واکنش پرستار به درخواست بیمار، نحوه اولویت‌بندی کارها، ارایه مراقبت مداوم و گوش به زنگ بودن را در ایجاد رضایت مؤثر معرفی می‌کند (۲۳).

بر اساس تجربه مادران، وجود کاردانی و توانایی پرستار می‌تواند منجر به ایجاد حس اطمینان در مادر نسبت به مراقبت ارایه شده و به دنبال آن باعث تجربه حس آرامش خاطر در طی مدت بستری بودن کودک شود و در نقطه مقابل، عدم کاردانی و توانایی در پرستار به ویژه کمبود مهارت در رگ‌گیری و بی‌دقتی و نداشتن سرعت عمل کافی در ارایه مراقبت به شکل‌گیری حس ترس و نگرانی در مادر و ناراضی او منتهی می‌شود. فیضی هم در مطالعه خود بیان داشته است که دانش، مهارت و تجربه پرستار می‌تواند به ایجاد حس اعتماد نسبت به او منتهی شود و در شکل دادن رضایت نقش داشته باشد (۲۳). Nobile و Drotar گزارش کردند که از پرستاران انتظار می‌رود درباره هر بیماری و درمان آن دانش اختصاصی آن را داشته باشند (۲۴). وجود پرستاران حاذق و مطلع باعث افزایش رضایت از مراقبت پرستاری می‌گردد (۲۵).

مادران در کنار کودکان بیمار خود به عنوان یک انسان دارای نیازهایی در ابعاد مختلف جسمی، روانی، عاطفی و معنوی می‌باشند و توقع دارند که پرستاران در حد ممکن در راستای برآوردن نیازهای انسانی به مادران کمک نمایند تا آن‌ها بتوانند از کودک خود مراقبت بهتری را به عمل آورند و عدم دریافت حمایت از سوی پرستاران در تأمین نیازهای انسانی منجر می‌شود که مادر حس آرامش را در طی مدت بستری کودک خود تجربه ننماید و در نتیجه حس ضعف و ناتوانی در بعد جسمی و روحی در مادر پدیدار می‌شود و بر روی کیفیت مراقبتی که وی از کودکش به عمل می‌آورد نیز تأثیر سوء خواهد گذاشت. چنان‌چه Danita و Joushua هم به گونه دیگری بر این مسأله اشاره می‌کنند که برآورده کردن نیازهای انسانی، امیدواری دادن، همدلی کردن و حضور قوت قلب دهنده از جمله مهم‌ترین رفتارهای مراقبتی مؤثر در ایجاد حس آسایش می‌باشد (۲۲)، به عبارت دیگر می‌توان گفت که والدین

حال انجام قرار گیرند و آموزش‌های مرتبط با بیماری کودک و مراقبت‌های موردنیاز را دریافت نمایند. در واقع پرستار با ارایه منابع و اطلاعات لازم به مددجوی خود نقش حمایتی خود را ایفا می‌نماید (۳۰) و زمانی که تبادل اطلاعات از طریق پرستار به والد کودک بیمار صورت می‌گیرد، در واقع والدین خود را به عنوان فردی که نقش مهمی را در بهبودی کودک دارد، احساس می‌نمایند و در ایجاد حس رضایت آن‌ها نسبت به مراقبت پرستاری نقش دارد و از سوی دیگر عرضه اطلاعات به والدین منجر به ایجاد یک پیوند میان پرستار و والد می‌شود که پرستار را قادر می‌سازد از طریق این نوع پیوند مراقبت کل نگر را ارایه دهد (۳۱).

بر اساس تجربه مشارکت کنندگان، مادران انتظار دارند که در هنگام انجام مداخلات موردنیاز تشخیصی یا درمانی کودک دخالت داده شوند و از وجود آنان برای ارایه مراقبت به کودکان استفاده شود و با انجام این عمل، مادران حس رضایت را نسبت به مراقبت ارایه شده تجربه می‌کنند و در نقطه مقابل زمانی که پرستاران اطلاعات موردنیاز را در اختیار آن‌ها قرار نمی‌دهند و از حضور فعال آن‌ها برای مشارکت داشتن در رگ‌گیری یا تجویز دارو ممانعت به عمل می‌آورند، حس تنش و نگرانی در مادران به وجود می‌آید؛ در واقع مشارکت دادن حس عمیق‌تری از بودن را در تجربه مراقبتی مادر شکل می‌دهد (۸) و منجر به بهبود حس رضایت از مراقبت پرستاری، بهبود همکاری والد با پرستار، کاهش استرس و حس عدم امنیت می‌شود (۳۲). زمانی که مشکلاتی بر سر راه مشارکت والدین در امر مراقبت از کودک تجربه می‌شود، کاهش رضایت نسبت به مراقبت ارایه شده در والدین شکل می‌گیرد (۳۳).

نتیجه‌گیری

3. Ygge BM, Arnetz JE. Quality of paediatric care: application and validation of an instrument for measuring parent satisfaction with hospital care. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(1): 33-43.
4. Pelander T, Leino-Kilpi H, Katajisto J. Quality of pediatric nursing care in Finland: children's perspective. *J Nurs Care Qual* 2007; 22(2): 185-94.
5. Tsironia S, Bovaretosb N, Tsoumakasc K, Giannakopoulouc M, Matziouc V. Factors affecting parental satisfaction in the neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing* 2014; 18(5): 183-92.
6. Bragadottir H, Reed D. Psychometric instrument evaluation: the pediatric family satisfaction questionnaire. *Pediatr Nurs* 2002; 28(5): 475-82.
7. Pourmovahed Z, Dehghani KH. Mothers satisfaction Rate of Hospital Cares in the Pediatric Ward at Sadoqi Hospital of Yazd (2004). *Behood J* 2007; 11(2): 227-36.
8. Schaffer P, Vaughn G, Kenner C, Donohue F, Longo A. Revision of a parent satisfaction survey based on the parent perspective. *J Pediatr Nurs* 2000; 15(6): 373-7.
9. Victoria SK. Parental satisfaction in a pediatric intensive care unit [PhD Thesis]. Huntington, WV: Marshall University ; 2003.
10. Hamed Tavasoli S, Alhani F. Evaluation of parental satisfaction of nursing care in thalassemic children. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2011; 9(1): 9-14.
11. Williams G, Pattison G, Mariathas C, Lazar J, Rashied M. Improving parental satisfaction in pediatric orthopaedics. *J Pediatr Orthop* 2011; 31(5): 610-5.
12. Jeong YS, Kim JS. Parent Satisfaction with Inpatient Hospital Services in Children's Hospitals. *Korean J Child Health Nurs* 2005; 11(3): 273-81.
13. Bragadóttir H, Sigurðardóttir R, Gunnarsdóttir H, Ragnarsdóttir A, Sigurðardóttir AÓ. Parental satisfaction with services in the pediatric units at the Children's Hospital. *The Icelandic Journal of Nursing* 2007; 83(3): 38-48.
14. Mpinga EK, Chastonay P. Patient Satisfaction Studies and the Monitoring of the Right to Health: Some Thoughts Based on a Review of the Literature. *Global Journal of Health Science* 2011; 3(1): 64-9.
15. Antoniotti S, Baumstarck-Barrau K, Simeoni MC, Sapin C, Labarere J, Gerbaud L, et al. Validation of a French hospitalized patients' satisfaction questionnaire: the QSH-45. *Int J Qual Health Care* 2009; 21(4): 243-52.
16. Joy L, Malay M. Evaluation instruments to measure professional nursing practice. *Nurs Manage* 1992; 23(7): 73-7.
17. Conner JM, Nelson EC. Neonatal intensive care: satisfaction measured from a parent's perspective. *Pediatrics* 1999; 103(1 Suppl E): 336-49.
18. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
19. Polit DF, Beck CT. *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
20. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
21. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
22. Potter DR, Fogel J. Nurse caring: A review of literature. *International Journal of Advanced Nursing Studies* 2013; 2(1): 40-45
23. Fezi A. Patient satisfaction of nursing care: Present a Model. [PhD Thesis]. Tehran, Iran: Iran University; 2005.
24. Nobile C, Drotar D. Research on the quality of parent-provider communication in pediatric care: implications and recommendations. *J Dev Behav Pediatr* 2003; 24(4): 279-90.
25. Marino BL, Marino EK. Parents' report of children's hospital care: what it means for your practice. *Pediatr Nurs* 2000; 26(2): 195-8.
26. Jouybari L, Haghdoost Oskouee S, Ahmadi F. Comforting Nurse: Patients' Experiences and Perceptions. *Razi j Med Sci* 2005; 12(45): 59-68.
27. Tzeng HM, Yin CY. Are call light use and response time correlated with inpatient falls and inpatient dissatisfaction? *J Nurs Care Qual* 2009; 24(3): 232-42.
28. Tzeng HM, Yin CY. Perspectives of recently discharged patients on hospital fall-prevention programs. *J Nurs Care Qual* 2009; 24(1): 42-9.
29. Merkouris A, Papathanassoglou ED, Lemonidou C. Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? *Int J Nurs Stud* 2004; 41(4): 355-67.
30. Scardina SA. SERVQUAL: a tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. *J Nurs Care Qual* 1994; 8(2): 38-46.
31. Wigert H, Dellenmark MB, Bry K. Strengths and weaknesses of parent-staff communication in the NICU: a survey assessment. *BMC Pediatr* 2013; 13: 71.
32. Jennings BM, Heiner SL, Loan LA, Hemman EA, Swanson KM. What really matters to healthcare consumers. *J Nurs Adm* 2005; 35(4): 173-80.
33. Lininger RA. Pediatric peripheral i.v. insertion success rates. *Pediatr Nurs* 2003; 29(5): 351-4.

Perceptions of Mothers from Barriers of Nursing Care Satisfaction: A Qualitative Research

Nayereh Salmani¹, Abbas Abbaszadeh², Maryam Rassouli³

Original Article

Abstract

Introduction: Parents are legal guardian for children and they have right for assessment of quality of care given to their children. Parent satisfaction assessment can be identified deficiencies in nursing care and the use of qualitative methods in this area can be identified with the aspects that the quantitative methods alone were not able to detect them. Therefore, this study aimed to explore mother's perceptions of barriers of nursing care satisfaction.

Method: This was a qualitative research with content analysis approach. Interviews were done with semi-structured approach by 14 mothers with hospitalized children in pediatrics wards of Yazd hospitals. All the interviews were tape-recorded and then transcribed verbatim and finally analyzed through content analysis.

Results: Thematic data analysis revealed one main theme that inefficient caring nurse and category include unrealistic meaning of caring, failing in skill and agility of the nurse, the mother needs neglect ineffective communication and reluctance to participate mother.

Conclusion: This study revealed barriers effecting on mothers satisfaction of nursing care that often remains hidden from quantitative study view. It seems that with eliminating barriers it can be an effective step taken into improving the quality of care.

Keywords: Carriers, Satisfaction, Nursing care, Perceptions, Content analysis

Citation: Salmani N, Abbaszadeh A, Rassouli M. **Perceptions of Mothers from Barriers of Nursing Care Satisfaction: A Qualitative Research.** J Qual Res Health Sci 2014; 3(1): 51-61.

Received date: 01.01.2014

Accept date: 10.02.2014

1- PhD Student, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical sciences, Tehran, Iran

2- Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Abbas Abbaszadeh PhD, Email: aabaszadeh@hotmail.com