

تبیین تجربه والدین کودکان بستری در بیمارستان از موانع اعتماد نسبت به مراقبت پرستاری

نیره سلمانی^۱، عباس عباسزاده^۲، مریم رسولی^۳، شیرین حسنونند^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اعتماد نسبت به مراقبت‌های پرستاری اثرات عمیقی را روی والدین، کودک و پذیرش‌های بعدی می‌گذارد و به وجود آمدن و ابقای آن برای افزایش دادن فواید حاصل از ارتباط پرستار و والدین ضروری است. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تبیین تجربه‌های والدین کودکان بستری در بیمارستان از موانع اعتماد نسبت به مراقبت پرستاری انجام شد.

روش: این مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوا، در سال ۹۲-۱۳۹۱ صورت گرفت. ۱۸ نفر از والدین کودکان بستری در بخش اطفال بیمارستان‌های شهر یزد به روش هدفمند انتخاب شدند و مورد مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای کیفی صورت گرفت.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به پدیدار شدن طبقه اصلی مراقبت نامطمئن شد که طبقات فرعی آن شامل حساسیت مراقبتی ضعیف، ضعف در صلاحیت، ارتباط تنش‌زا و بی‌علاقگی به حرفه و بیمار بود.

نتیجه‌گیری: مدیران پرستاری می‌توانند با اقداماتی در جهت بهبود عملکرد حرفه‌ای پرستاران، آموزش دادن به پرستاران درباره مواردی از قبیل چگونگی برقراری ارتباط با والد و کودک و به روز کردن دانش حرفه‌ای، مسیر تکامل اعتماد در والدین را نسبت به مراقبت پرستاری هموار نمایند. **کلید واژه‌ها:** اعتماد، والدین، پرستار، مراقبت، کودک، بیمار

ارجاع: سلمانی نیره، عباسزاده عباس، رسولی مریم، حسنونند شیرین. تبیین تجربه والدین کودکان بستری در بیمارستان از موانع اعتماد نسبت به مراقبت پرستاری. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۴؛ ۴ (۴): ۳۸۵-۳۹۴.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۲۲

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۵

Email: n.salmani@sbmu.ac.ir

- ۱- استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
- ۲- استاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۳- دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۴- استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران

نویسنده‌ی مسئول: نیره سلمانی

مقدمه

اعتماد یک جزء مهم در مراقبت پرستاری و جزء اصلی در ارتباط بین پرستار- بیمار و مراقبت بیمارمحور محسوب می‌شود. مراقبت ریشه‌های عمیقی در فرهنگ دارد (۱). برای پرستاران به وجود آوردن ارتباط قابل اعتماد با بیماران، یک مداخله درمانی کلیدی تلقی می‌شود. از آن جایی که خانواده بیمار در ارایه حمایت اجتماعی از بیمار نقشی حیاتی را بازی می‌کند، بنابراین توجه داشتن به این مسأله بسیار مهم است که اعتماد ایجاد شده بین پرستار- بیمار بایستی وسعت یابد و اعضای خانواده بیمار را هم شامل شود. به ویژه، در افرادی که به بیماری‌های وخیم مبتلا هستند و یا از لحاظ سنی خیلی کوچک می‌باشند و نمی‌توانند در ارتباط با پرستاران مشارکت فعالانه داشته باشند، این مسأله حایز اهمیت بیشتری خواهد بود (۲، ۳). در بخش اطفال اعتماد عامل تکامل دهنده ارتباط بین پرستار با والد و کودک بوده است (۴) و تکامل آن در والدین می‌تواند منجر شود به این که والدین به این اطمینان برسند که پرستاران به آن‌ها احترام خواهند گذاشت، آموزش خواهند داد و پاسخگو خواهند بود (۵).

از سوی دیگر، اعتماد بر پذیرش والدین نسبت به مراقبت‌های ارایه شده توسط پرستاران، تحت شرایط فوریت تأثیرگذار بوده است و والدین بدون مجادله پذیرای مراقبت‌های پرستاری می‌شوند (۶) و جرأت خواهند کرد که مراقبت از کودک خود را به پرستاران واگذار نمایند (۷). همچنین، اعتماد اثرات عمیقی را بر روی والد، کودک و پذیرش‌های بعدی می‌گذارد. به وجود آمدن و ابقای اعتماد برای افزایش دادن فواید حاصل از ارتباط پرستار و والد ضروری است و می‌تواند منجر به آن شود که والد و پرستار و کودک به عنوان یک کل محسوب شوند (۸) و افزایش رضایتمندی از مراقبت پرستاری و چشم‌پوشی از خطاهای رخ داده را به دنبال خواهد داشت (۹). در مجموع، خانواده بیمار حس خواهند کرد که می‌توانند به راحتی عضو خانواده خود را ترک کنند تا پرستاران از او مراقبت نمایند (۸)؛ در حالی که عدم اعتماد به مراقبت‌های پرستاری می‌تواند سبب افزایش هوشیاری و دقت بیمار و خانواده او نسبت به مراقبت در حال

ارایه شود. اعضای خانواده بیمار نسبت به پرستاران، حالت خشن، عصبانی و مدعی را می‌گیرند و سعی می‌کنند که از پرستار درباره مراقبت در حال انجام سؤال کنند و یا اقدام به تغییر پرستار یا تغییر بیمارستان می‌کنند. در واقع، بی‌اعتمادی بین فردی ایجاد شده، می‌تواند به بی‌اعتمادی نسبت به بیمارستان منتهی شود (۳).

بنابراین، با توجه به بازده‌های ناشی از تکامل اعتماد یا بی‌اعتمادی، دانستن عوامل مؤثر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. Thompson و همکاران طی بررسی فرایند شکل‌گیری اعتماد در والدین کودکان بستری در بیمارستان نسبت به مراقبت پرستاری، به این نتیجه دست یافتند که رفتارهایی از قبیل گوش ندادن به نیازهای کودک بیمار و والدین، فراهم نکردن امکانات آسایشی لازم برای والد و کودک جهت صرف غذا در اتاق و تجهیزات مناسب برای خواب، فقدان ارزیابی پرستار از سطح راحتی پروسیجرها، نارسایی در ارایه مراقبت‌های مورد نیاز، حس کردن این پیش‌فرض در ذهن والد که کودک رها شده است و مراقبت از وی به والدین واگذار شده است، می‌تواند همگی بازدارنده‌های رشد اعتماد باشند (۸). Hupcey و همکاران در مطالعه خود انتظار کشیدن و انجام مراقبت‌های مورد نیاز توسط ارایه دهنده‌های مختلف را از عوامل ممانعت کننده از تکامل اعتماد معرفی کرده‌اند (۲).

Belcher و Jones بر اساس دیدگاه دانشجویان پرستاری، نوع فرهنگ و زبان را موانع تشکیل اعتماد بیان کرده‌اند (۱۰). بنابراین، با توجه به این که در تحقیقات مختلف موارد متفاوتی به عنوان بازدارنده‌های شکل‌گیری اعتماد معرفی شده‌اند و از سوی دیگر، به وجود آوردن اعتماد به عنوان پایه لازم و ضروری برای رسیدن به عملکرد بهتر در پرستاری از اطفال مطرح می‌باشد (۱۱)، لازم است که پرستاران اطفال در این رابطه به درک عمیقی از تجربه‌های والدین دست یابند تا بدانند که چگونه این تجربه‌ها با عملکرد پرستاری ارتباط پیدا می‌کند. همچنین، تمرکز بر این موضوع داشته باشند که یکی از عوامل مؤثر بر تکامل اعتماد، تفاوت‌های فرهنگی می‌باشد و افراد در کشورهای مختلف و

ادامه یافت. ملاحظات اخلاقی در مطالعه شامل حفظ گمنامی و محرمانه ماندن اطلاعات، کسب رضایت آگاهانه و حق کناره‌گیری از مطالعه رعایت گردید. قبل از شروع مصاحبه فرم رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت آگاهانه و داوطلبانه مشارکت کنندگان تهیه شد. بعد از بیان هدف مطالعه و توجیه مشارکت کنندگان درباره چگونگی روند تحقیق، این فرم توسط آن‌ها امضا گردید. به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که در تمامی مراحل تحقیق اطلاعات ارایه شده از سوی آن‌ها محرمانه خواهد ماند. در طی تحقیق نیز از مشارکت کنندگان جهت ضبط گفته‌های آن‌ها اجازه گرفته شد. به مشارکت کنندگان توضیح داده شد که در هر مرحله از تحقیق در صورت عدم تمایل به ادامه شرکت، می‌توانند از آن خارج شوند.

به منظور تحلیل داده‌ها بعد از انجام مصاحبه‌ها، فایل‌های صوتی بعد از چندین بار گوش دادن دست‌نویسی شد. متن نوشته شده چندین بار خوانده شد. واحدهای معنی‌دار آن مشخص گردید و خلاصه‌سازی واحدهای معنی‌دار با توصیفی نزدیک به متن انجام شد. در مرحله بعد فهرستی از کدها فراهم شد و مورد بازبینی قرار گرفت. با مرور معنایی و تعیین شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود در معنی، کدهای مشابه به روش کاهشی در سطوح انتزاعی‌تر جای داده شدند. با ادامه مقایسه‌ها، زیرطبقات و طبقات حاصل شدند.

برای اطمینان از دقت و صحت مطالعه از روش‌های متنوعی استفاده شد. به منظور افزایش اعتبار تحقیق، محقق از بازنگری مشارکت کنندگان و درگیری طولانی در زمینه و تلفیق داده‌ها استفاده کرد. بدین ترتیب که بعد از کدگذاری مصاحبه‌ها، بخشی از آن را به شرکت کنندگان باز می‌گرداند تا از صحت کدها و تفاسیر خود مطمئن گردد. محقق سعی نمود تا ضمن برخورداری از تجربه کار در بخش اطفال تا حد ممکن مصاحبه‌ها و ملاقات‌های طولانی‌تری با مشارکت کنندگان داشته باشد. محقق کوشید برای تلفیق در منابع تولید و روش‌های جمع‌آوری داده‌ها، نمونه‌های خود را با حداکثر تنوع انتخاب نماید و از یادداشت نویسی در عرضه استفاده کند. همچنین، محقق برای اطمینان از ثبات در روند تجزیه و تحلیل داده‌ها از بازنگری همکاران و بازبینی مجدد کدها

سیستم‌های مراقبتی متفاوت، نسبت به اعتماد دیدگاه‌های متفاوتی را دارا می‌باشند (۱۲). مطالعه‌های کیفی در رابطه با موضوع اعتماد بسیار محدود انجام شده است و این در حالی است که انجام این مطالعه‌ها به درک تجارب دریافت کنندگان مراقبت، از مفهوم اعتماد بسیار کمک می‌کند (۱۳). بنابراین، برای افزایش دادن درک پرستاران از این مفهوم بر اساس تجربه‌های دریافت کنندگان مراقبت، مطالعه حاضر با هدف تبیین تجربه والدین کودکان بستری در بیمارستان از موانع اعتماد نسبت به مراقبت پرستاری انجام شد.

روش

این مطالعه بخشی از مطالعه کیفی بود که یافته‌های آن حاصل تحلیل محتوا و مقایسه مداوم داده‌ها می‌باشد. محیط پژوهش بیمارستان‌های دارای بخش اطفال شهر یزد بود. در این بیمارستان‌ها، ۱۸ نفر از والدین (۱۴ مادر و ۴ پدر) که کودک آن‌ها در بیمارستان بستری و در حال ترخیص بود و قدرت برقراری ارتباط و تمایل برای بیان تجربه خود را داشتند، بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند.

از مصاحبه نیمه ساختار یافته با سؤال‌های باز برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. محل انجام مصاحبه‌ها بنا بر تمایل مشارکت کنندگان، اتاق کنفرانس بخش، منزل یا محل کار انتخاب می‌شد. سؤال‌های شروع کننده مصاحبه عبارت بودند از «لطفاً درباره تجربه خود از مراقبت پرستاری و حس اعتمادی که نسبت به آن داشته‌اید، صحبت کنید»، «چه عواملی از قوت گرفتن این حس در شما جلوگیری می‌کرد؟»، «چرا این عوامل در ایجاد حس اعتماد نسبت به مراقبت پرستاری مهم بود؟». سپس، بر اساس پاسخ مشارکت کنندگان، مصاحبه‌گر از سؤال‌های کنکاشی مانند «همیشه لطفاً یک مثال در این مورد بزنید» یا «در رابطه با این موضوع که گفتید لطفاً بیشتر توضیح دهید»، استفاده می‌کرد.

کلیه مصاحبه‌ها پس از ضبط، بلافاصله به صورت کلمه به کلمه پیاده شد. قبل از انجام مصاحبه بعدی، هر مصاحبه بازنویسی و تحلیل می‌شد. مدت زمان مصاحبه‌ها به طور متوسط ۴۰ دقیقه بود و تا حصول به اشباع داده‌ها مصاحبه‌ها

کنندگان در مطالعه که مربوط به طبقه فرعی «حساسیت مراقبتی ضعیف است»، بیان شده است.

مادر کودک ۷ ساله مبتلا به پنومونی درباره پاسخگو نبودن و مراقبت با وقفه پرستار این طور اظهار داشت: «بعضی پرستاراش خوب رسیدگی نمی‌کنن. من شب رفتم گفتم ملحفه نیست، گفت چی کار کنم نیست. حتماً تموم شده. بالاخره اون مسؤولیت داره که پاسخگو باشه و پیگیری کنه و وقتی بهش می‌گفتم بیا سرم (مایع وریدی) را نگاه کن، همون وقت نمی‌اومد و دیگه این پرستار با این طرز مراقبت، خوب برای من قابل اعتماد نیست».

مادر شیرخوار مبتلا به پنومونی در رابطه با سرعت عمل، دقت عمل و نحوه رسیدگی به مشکل کودک و ارایه مراقبت مورد نیاز این گونه بیان کرد که: «یه بار بچه رو 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 گفت طوریش نیست و بردار اکسیژن بذار بهتر میشه و رفت، اصلاً نه یه دقتی بکنه نه حالا دید من استرس دارم. میگم بچه داره خفه میشه. تند ییاد نه اصلاً».

مادر کودک سن مدرسه مبتلا به اسهال و استفراغ درباره ارایه به موقع مراقبت‌های مورد نیاز کودک خود چنین بیان داشت: «بعضی‌هاشون خیلی خوب بودن، یعنی حالا تا میومدن سر ساعت داروش بدن، تبش بگیرن، اصلاً لازم نبود، من چیزشون بگم. ولی بودن یکی دو نفر که باید سه بار چهار بار می‌رفتی می‌گفتی خانم بیا، خانم چرا نمی‌ای، سرمش مونده رو تختش و خوب این جور که کار می‌کنن دیگه من خودمو میگم، بهشون اعتماد نداشتم».

استفاده نمود. بدین ترتیب که متن مصاحبه‌ها و کدها و طبقات پدیدار شده را برای اساتید راهنما و مشاور و همکاران آشنا به تحقیق کیفی فرستاد و نظرات آن‌ها را در مورد صحت روند تجزیه و تحلیل و تفسیرهای صورت گرفته از مصاحبه‌های انجام شده، جویا شد. همچنین، در ضمن کدگذاری هر مصاحبه، به مصاحبه‌های کدگذاری شده قبلی به منظور بازبینی مجدد کدها رجوع می‌نمود. علاوه بر این، برای افزایش انتقال‌پذیری تحقیق، محقق کوشید تا با توصیف‌های دقیق و هدفمند فرایند تحقیق و کارهای انجام شده در ضمن مطالعه، امکان پیگیری روند تحقیق را برای دیگران نیز فراهم کند.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها در نهایت، منجر به شکل‌گیری یک طبقه تحت عنوان «مراقبت نامطمئن» شد که شامل طبقات فرعی حساسیت مراقبتی ضعیف، ضعف در صلاحیت، ارتباط تنش‌زا و بی‌علاقگی به حرفه و بیمار بود. نمونه کدگذاری‌ها و درون‌مایه‌های حاصل در جدول ۱ ارایه شده است.

بر اساس اظهارهای مشارکت کنندگان، کم دقتی در عمل، نداشتن سرعت عمل کافی، بی‌توجهی کردن، کوتاهی در مواردی همچون در دسترس بودن، سرکشی کردن، پاسخگو بودن، پیگیری، نظارت، هماهنگی، ارایه به موقع مراقبت، برآوردن نیازهای والدین و کودک (نیازهای جسمی، نیازهای روانی-عاطفی، نیازهای اطلاعاتی، نیاز به مشارکت در مراقبت) و الویت ندادن به امور بیمار حاکی از وجود حساسیت مراقبتی ضعیف پرستار بود. این امر نقش مؤثری را به عنوان مانع در مسیر ایجاد اعتماد نسبت به مراقبت پرستاری ایفا می‌کرد. در ادامه بخشی از بیان‌های مشارکت

جدول ۱. مضمون اصلی به همراه مضامین فرعی و برخی کدها

مضمون اصلی	مضامین فرعی	برخی کدها
مراقبت نامطمئن	حساسیت مراقبتی ضعیف	کوتاهی در نظارت بر امور، مسامحه‌کاری در پیگیری امور، قرار دادن بیمار در الویت بعدی، محوریت دادن به قوانین روتین بخش
	ضعف در صلاحیت	ناپختگی، بی‌دقتی، ناآگاهی
	ارتباط تنش‌زا	بدخلقی کردن، اهانت کردن، برقراری ارتباط غیر قابل فهم، هم‌صحت نشدن، برقراری ارتباط بدون توجه به سن کودک
	بی‌علاقگی به حرفه و بیمار	بی‌علاقگی به کودکان، بی‌علاقگی به حرفه پرستاری، دوست نداشتن بخش اطفال

پرستاران منتهی شود و عدم تلاش پرستاران در جهت تفهیم بیان‌های خود به والدین مانع از ادامه ارتباط می‌شد. مادر غیر بومی کودک مبتلا به دیابت در این باره می‌گوید: «من اهل یزد نیستم و لهجه پرستارو که نمی‌فهمیدم و بعضی پرستارام وقتی می‌ومدن بالا سر بچه، یه چیزهایی به انگلیسی می‌گفتن که من سر در نمی‌آوردم و وقتی هم می‌پرسیدم، می‌گفتن لازم نیست شما بدونید و منم تو دلم آشوب می‌شد که حالا نکنه بچه طوریش شده و به من نمی‌گن».

برقراری ارتباط نامتناسب با سن کودک، دیگر ویژگی مطرح شده بود. این که چگونه پرستار با طرز صحبت کردن خود می‌توانست اعتماد کودک را جلب کند، برای والدین مهم بود. پدر کودک مبتلا به تب بالا در این باره چنین گفت: «پرستار می‌خواست رگ بچه رو بگیره، اصلاً بلد نبود با بچه حرف بزنه و می‌گفت دستتو بده به من، تکون نده و خب بچه هم داد و فریاد می‌کرد و نتونست اعتماد بچه‌رو جلب بکنه و منم استرسی شده بودم».

بر اساس اظهارات مشارکت کنندگان هم صحبت شدن پرستار با والدین و پیش‌قدم شدن برای حرف زدن، می‌توانست منجر به جلب اعتماد والدین شود. اما زمانی که پرستاری فقط برای انجام دادن کار مورد نظر خود چند دقیقه‌ای وقت صرف کرده، بدون هم‌صحبتی اتاق را ترک می‌کند و یا تمایلی برای حرف زدن نشان نمی‌دهد، در نتیجه مانع از ایجاد حس اعتماد در والدین می‌شود.

مادر کودک مبتلا به دل‌درد در این باره می‌گوید: «خانم پرستار وقتی می‌ومدن تو اتاق اصلاً با من سر حرف باز نمی‌کرد که حالا داری چیکار می‌کنی و یا دیشب چطور گذشت و منم که می‌خواستم یک کلمه حرف بزنم، اصلاً تمایلی نشون نمی‌داد. خب دیگه وقتی ارتباطی نباشه، اعتمادی هم نیست».

برقراری ارتباط توأم با عدم رعایت اصول اخلاقی دیگر زیرطبقه مربوط به طبقه «ارتباط تنش‌زا» بود. ارتباطی که در آن به والدین به عنوان یک انسان ارج نهاده نشده، محترم شمرده نشوند، با آن‌ها با تندوی برخورد شود و پرستاران در مقابل رفتارها و بیان‌های والدین صبر و حوصله به خرج

مادر کودک نوپا مبتلا به دیابت درباره مشارکت ندادن وی در مراقبت از کودک خود این گونه گفت: «یه بار می‌خواستن رگش بگیرن و منو نداشتن و درو قفلش کردن و گفتن پشت در منتظر باش، می‌خواستم کمکشون کنم تا زودتر رگش پیدا بشه. چون بچه‌ام پیشش باشم آرام‌تره، ولی نداشتن و هی بچه جیغ سر می‌داد. خب معلوم نبود چیکار می‌کنن و این قدر اعصابم داغون شده بود. اگه منو راه داده بودن، خب چطور می‌شد. آدم دلش آرام می‌گرفت و بیشترم بهشون اعتماد می‌کرد».

ضعف در صلاحیت طبقه فرعی بعدی است که زیرطبقه سازنده آن شامل ضعف در دانش و ضعف در مهارت بوده است که برای والدین از اهمیت خاصی برخوردار بود؛ به طوری که وجود پرستاران با سطح دانش پایین و یا پرستاران دارای ضعف در مهارت‌های بالینی، از جمله رگ‌گیری و خون‌گیری باعث ایجاد ترس و استرس در والدین شده، این امر سدی در برابر ایجاد اعتماد نسبت به مراقبت پرستاری محسوب می‌شد.

مادر کودک نوپا مبتلا به لوسمی این گونه بیان داشت: «وقتی بعضی پرستارا شیفت بودن، من همش دل‌نگران بودم که نکنه رگ بچه خراب بشه و این پرستار بخواد رگ بگیره و بچه رو سوراخ سوراخ می‌کنه». مادر کودک مبتلا به کاوازاکی درباره ضعف دانش پرستار این طور می‌گفت: «من خب سؤال زیاد داشتم. یه بار از یکی پرستارا پرسیدم، گفت من نمی‌دونم و دوباره فردا یه چی دیگه پرسیدم، بازم گفت من نمی‌دونم. خب وقتی پرستاری علمشو نداره جواب مادرو بده، دیگه مادرم اعتماد نمی‌کنه و من از دکترش هر سؤالی داشتم می‌پرسیدم».

طبقه بعدی ارتباط تنش‌زا است. بر اساس اظهارهای مشارکت کنندگان، ویژگی‌های مطرح شده این نوع ارتباط شامل ارتباط غیر قابل فهم، ارتباط نامتناسب با سن کودک، هم صحبت نشدن پرستار با والد و کودک و ارتباط توأم با عدم رعایت اصول اخلاقی (بدخلقی کردن، اهانت کردن و بی‌صبری) بود.

از نظر مشارکت کنندگان استفاده کردن از اصطلاحات پزشکی غیر قابل درک برای والدین و صحبت کردن به زبانی به غیر از زبان بومی والدین، می‌توانست به عدم درک بیان‌های

کردند. آن‌ها طی یک مرور بر مقاله‌های مربوط به رفتارهای مراقبتی پرستاران بیان داشتند که در مقاله‌های مختلف، رفتارهای مراقبتی از قبیل در دسترس بودن پرستار، بررسی کردن، پیگیری بودن، ارایه مراقبت درمانی و اقدامات دارویی سر وقت و در اولویت قرار دادن بیمار از جمله مهم‌ترین رفتارهای مراقبتی مؤثر در رضایت بودند (۱۴). رضایت می‌تواند تحت تأثیر اعتماد باشد (۱۵). Morse هم در مطالعه خود پاسخگویی پرستار به بیمار و آشنا شدن با خانواده بیمار را فاکتورهای تأثیرگذار بر اعتماد معرفی می‌کند (۱۶).

مشارکت کنندگان عدم دریافت حمایت از سوی پرستار برای تنش‌زدایی و کسب آرامش را مانعی در به وجود آمدن حس اعتماد نسبت به پرستار عنوان داشتند. در واقع مادری که در حال تجربه کردن بستری شدن کودک در بیمارستان است، دچار آشفتگی روانی عاطفی می‌شود و از سوی دیگر، ورود به یک محیط ناآشنا سبب بروز اضطراب و بیم می‌گردد و عاملی محدود کننده برای بیان کلامی مادر در رابطه با نیازهای او می‌باشد (۱۷). والدین حس نیاز به بیان احساسات را دارند و تمایل دارند که پرستاری در دسترس آن‌ها باشد و با صحبت نمودن، فرصت ابراز احساسات را به آن‌ها بدهد و پذیرای احساسات آن‌ها باشد (۱۸). پرستارانی که نقش حمایتی را برای مادران ایفا می‌کنند، در تسکین اضطراب و استرس آن‌ها عاملی کمک کننده به شمار می‌آیند (۱۹). این عملکرد پرستاران منجر به تجربه حس رضایت و اعتماد می‌شود (۲۰). یعنی زمانی که پرستار برای مادر به عنوان حامی محسوب شود، می‌تواند شکل دهنده ارتباط قابل اعتماد باشد (۱۷). Thompson و همکاران بیان کردند که درک و برآوردن نیازهای والدین توسط پرستاران امری ضروری است و موجب افزایش اعتماد والدین به پرستاران می‌شود (۸).

برآورده نشدن نیازهای اطلاعاتی والدین، اعم از آموزش در رابطه با نوع بیماری کودک و روش‌های تشخیصی و درمانی آن و در جریان گذاشتن مادر در رابطه با فرایند مراقبت کودک، می‌تواند مانعی در به وجود آوردن اعتماد نسبت به پرستار باشد. Conner و Nelson هم این گونه به این مسأله اشاره می‌کنند که پرستار برای ایفای نقش حمایتی

ندهند، نقش مؤثری را در جلوگیری از به وجود آمدن حس اعتماد دارد. پدر کودک نوپا در این باره بیان داشت: «من یه پرستار دیدم که جواب سلام پدر و مادرها رو به زور می‌داد. یعنی قشنگ معلوم بود ارزش قایل نمی‌شه». مادر کودک مبتلا به لنفوم هم این طور می‌گوید: «پرستاری که می‌خنده و با آدم حرف می‌زنه، خیلی بیشتر آدم بهش اطمینان پیدا می‌کنه تا پرستاری که اخم می‌کنه و محل آدم نمی‌ده و یا همش داره اوقات تلخی می‌کنه».

بی‌علاقگی به حرفه و بیمار آخرین طبقه فرعی استخراج شده است. بر اساس بیان‌های مشارکت کنندگان در مطالعه، علاقمندی یک پرستار به حرفه پرستاری و عشق و علاقه وی به کودک و پرستاری از کودک، می‌توانست نیروی مثبت در جهت جلب اعتماد والدین نسبت به مراقبت پرستاری ایجاد نماید و در نقطه مقابل زمانی که والدی احساس می‌کرد پرستار به اجبار و با بی‌علاقگی به پرستاری از کودک بیمار مشغول است، این درک می‌توانست بازدارنده شکل‌گیری اعتماد در والد نسبت به مراقبت پرستاری باشد؛ به طوری که مادر کودک سن مدرسه در این باره گفت: «پرستارها با هم فرق دارن. یکی می‌بینی داره کار می‌کنه با جونو و دل. یعنی قشنگ می‌فهمی شغلشو دوست داره. بچه‌رو دوست داره. خب این قابل اعتمادتر از اون پرستاریه که همش انگار زورش کردن بیاد سر کار یا بیاد تو بخش اطفال کار بکنه و اصلاً بچه‌هارو دوست نداره که بخواد پرستاریشون کنه و مادرم به این پرستار اعتمادش کمتره».

بحث

بر اساس بیان‌های مشارکت کنندگان در این مطالعه، حساسیت مراقبتی ضعیف، ضعف صلاحیت و ارتباط تنش‌ساز و بی‌علاقگی به حرفه و بیمار بازدارنده‌های اعتماد والدین نسبت به مراقبت‌های پرستاری بودند. در رابطه با حساسیت مراقبتی ضعیف پرستار، مشارکت کنندگان ویژگی‌های متعددی را مطرح نموده بودند که وجود هر یک از آن‌ها می‌توانست، زمینه‌ای برای شکل‌گیری بی‌اعتمادی باشد. Fogel و Potter هم به گونه دیگر این یافته‌ها را مطرح

بیمارستان‌های دارای بخش اطفال به دنبال پرستارانی هستند که تجربه و مهارت زیادی در رگ‌گیری داشته باشند و مهارت و موفقیت پرستار به همراه تعداد دفعاتی که رگ کودک را برای رگ‌گیری سوراخ می‌کند، بر روی رضایت مددجو مؤثر است (۲۹). Sanford و Calnan هم بر این موضوع تأکید دارند که اعتماد بیماران به پرستاران با مهارت‌های تکنیکی پرستاران مرتبط است (۳۰).

در این مطالعه برقراری ارتباط تنش‌ساز مانع مهمی بر سر راه ایجاد اعتماد نسبت به پرستاران مطرح شده است. برقراری ارتباط غیر قابل فهم، ارتباط نامتناسب با سن کودک، ارتباط توأم با عدم رعایت اصول اخلاقی (بدخلقی کردن، اهانت کردن و بی‌صبری)، ویژگی‌های یک ارتباط تنش‌زا بودند. بر اساس بیان‌های مشارکت‌کنندگان، قابل فهم بودن مطالب بیان شده بسیار مهم می‌باشد. به ویژه زمانی که پرستاران از اصطلاحات پزشکی در بیان‌های خود استفاده می‌کنند و یا به زبان بومی خود با مادران ارتباط برقرار می‌کنند، بدون آن که به غیر بومی بودن مادران توجه نمایند. در این صورت ارتباط به وجود آمده تبدیل به منبع ترس و استرس در مادران می‌شود. Latour و همکاران هم بیان داشتند که اگر ارتباط یک ارتباط مؤثر و قابل فهم باشد، می‌تواند برای کودک مفید بوده، برای والدین هم با کاهش استرس و اضطراب همراه باشد (۳۱). اگر بیان‌های پرستاران و پزشکان هنگام صحبت کردن با والدین قابل فهم نباشد و از اصطلاحات پزشکی استفاده کنند، والدین نسبت به این طرز بیان معترض می‌شوند و فقدان ارتباط مناسب بین پرستار و والد می‌تواند منجر به افزایش استرس و اضطراب در والدین شود (۲۴).

مشارکت‌کنندگان در مطالعه، بدخلقی پرستاران را مانعی برای ایجاد اعتماد به شمار می‌آوردند؛ چرا که والدین انتظار دارند پرستاران با آن‌ها به احترام رفتار کنند و برقراری ارتباط توأم با احترام منجر به بهبود همکاری والدین با تیم مراقبتی می‌شود (۱۸). برقراری ارتباط خوب، با صداقت و محترمانه عناصر اصلی به وجود آورنده اعتماد هستند (۱۰).

ارتباط متناسب با سن کودک، دیگر ویژگی ذکر شده توسط مشارکت‌کنندگان در رابطه با نحوه برقراری ارتباط

خود، باید منابع و اطلاعات لازم را به مددجوی خود ارایه دهد و والدین کودکان بستری همواره نیاز به دریافت پاسخ‌های صریح و صادقانه در قبال سؤالات و نیاز به دریافت اطلاعات در تمام مراحل بستری کودک دارند (۱۸). وقتی والدین اطلاعات مورد نیاز را از پرستاران دریافت می‌کنند، اعتماد نسبت به پرستاران در آن‌ها شکل می‌گیرد (۲۱).

مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر بیان داشتند که والدین حس نیاز برای مشارکت داشتن در مراقبت از کودک بیمار خود را دارند. عدم پذیرش همکاری والدین توسط پرستاران در ارایه مراقبت، مانعی برای تکامل اعتماد به شمار می‌آید. Boie و همکاران بیان کردند که والدین تمایل دارند جهت حمایت کودک خود در هنگامی که تحت پروسیجرهای درمانی قرار می‌گیرد، حضور داشته باشند و حضور آن‌ها باعث افزایش همکاری کودک با پرستاران می‌شود و حس امنیت خواهند کرد (۲۲).

در واقع مشارکت در مراقبت از کودک یک حس عمیق‌تری از بودن را در تجربه مراقبتی مادر از کودک شکل می‌دهد (۲۳). همچنین، استرس و حس عدم امنیت والد را کاهش می‌دهد و منجر به بهبود حس رضایت والد از مراقبت پرستاری می‌شود (۲۴). حال زمانی که پرستاران نسبت به تمایل والدین جهت مشارکت در مراقبت از کودک بیمار بی‌توجهی نشان دهند، این کار سبب ایجاد حس بی‌اعتمادی، حس عصبانیت یا حس گناه در والدین می‌شود (۲۵). به عبارت دیگر، زمانی که والدین مشکلاتی را بر سر راه مشارکت کردن خود در امر مراقبت از کودک بیمار تجربه می‌کنند، کاهش رضایت نسبت به مراقبت ارایه شده در آن‌ها شکل می‌گیرد (۲۶).

بر اساس اظهارنظر مشارکت‌کنندگان دانش، تجربه و مهارت پرستار می‌تواند به عنوان تکیه‌گاهی مهم جهت ایجاد اعتماد به شمار آید. در واقع اعتماد به پرستار با ارزیابی‌های مربوط به دانش پرستار در ارتباط است (۲۷). توانمندی یک پرستار می‌تواند عامل ایجاد کننده اعتماد نسبت به پرستار باشد (۲۸). Lininger هم در رابطه با مهارت در رگ‌گیری از کودکان بیمار، این طور بیان کرد که بسیاری از

فردی مؤثر پرستار در ایجاد اعتماد باشد (۱۰). در واقع در بستر مراقبتی، مفهوم اعتماد عبارت از این است که فرد مورد اعتماد برای فرد اعتماد کننده با علاقمندی کار کند (۳۳).

نتیجه‌گیری

حساسیت مراقبتی ضعیف، ضعف در صلاحیت، ارتباط تنش‌زا و بی‌علاقگی به حرفه و بیمار از موانع موجود در به وجود آمدن اعتماد نسبت به مراقبت پرستاری می‌باشد. اقداماتی همچون بهبود عملکرد حرفه‌ای پرستاران و آموزش دادن به پرستاران درباره مواردی از قبیل چگونگی برقراری ارتباط با والدین و کودک و به روز کردن دانش حرفه‌ای می‌تواند مسیر تکامل اعتماد در والدین را نسبت به مراقبت پرستاری هموار نماید. شایان ذکر است که با توجه به این که یافته‌های حاضر با رویکرد کیفی قابلیت تعمیم‌پذیری را ندارند، امید است که این یافته‌ها در کنار یافته‌های حاصل از دیگر مطالعه‌ها، بتواند در رفع موانع اعتماد نسبت به مراقبت پرستاری اثرگذار باشد. نویسندگان در پایان، انجام مطالعه‌ای با هدف تبیین فرایند تکامل اعتماد را توصیه می‌کنند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود. نویسندگان صمیمانه مراتب سپاس خود را از کلیه مشارکت کنندگان در مطالعه اعلام می‌نمایند.

توسط پرستار بوده است؛ به طوری که مادران اظهار داشتند، طرز صحبت کردن پرستار با کودک در جلب اعتماد کودک جهت همکاری با پرستار در دریافت مراقبت‌های پرستاری تأثیرگذار است. Thompson و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که صحبت کردن با کودکان متناسب با سطح تکاملی آن‌ها و صدا زدن کودکان به اسم، می‌تواند از عوامل تسهیل‌گر شکل‌گیری اعتماد والدین به پرستاران باشد (۸). Bricher بیان کرد که پرستاران می‌توانند از طریق برقراری ارتباط با یک زبان مناسب برای کودک، همبازی شدن با کودک، فراهم کردن اسباب‌بازی‌های مورد علاقه کودک در صورت ممکن و آمادگی دادن به کودک قبل از انجام پروسیجر و ارائه توضیحات کافی و قابل فهم برای کودک و استفاده از تشویق برای کودک، به منظور جلب اعتماد کودک تلاش کنند (۴).

بر اساس بیان‌های مشارکت کنندگان در مطالعه، بی‌علاقگی پرستار به حرفه و بیمار می‌توانست دیگر مانع مؤثر در مسیر شکل‌گیری اعتماد نسبت به مراقبت پرستاری باشد. سلمانی و همکاران نیز، نوسان اعتماد را پیامد فرایند رضایت والدین از مراقبت پرستاری معرفی نموده‌اند (۳۲). Belcher و Jones وجود علاقه به دیگران را فاکتور تأثیرگذار در به وجود آمدن اعتماد بین افراد معرفی کردند و بیان داشتند که تمایل داشتن پرستار برای مراقبت کردن از دیگران و تمایل داشتن پرستار برای ارائه کمک به دیگران، می‌تواند از ویژگی‌های

References

1. Kim-Godwin YS, Alexander JW, Felton G, Mackey MC, Kasakoff A. Prerequisites to providing culturally competent care to Mexican migrant farmworkers: a Delphi study. *J Cult Divers* 2006; 13(1): 27-33.
2. Hupcey JE, Penrod J, Morse JM. Establishing and maintaining trust during acute care hospitalizations. *Sch Inq Nurs Pract* 2000; 14(3): 227-42.
3. Hupcey JE, Penrod J, Morse JM, Mitcham C. An exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 36(2): 282-93.
4. Bricher G. Pediatric nurses, children and the development of trust. *J Clin Nurs* 1999; 8(4): 451-8.
5. Mohr WK. Discovering a dialectic of care. *West J Nurs Res* 1999; 21(2): 225-45.
6. Angst DB, Deatrick JA. Involvement in health care decisions: parents and children with chronic illness. *Journal of Family Nursing* 1996; 2(2): 174-94.
7. Day LJ, Stannard D. Developing trust and connection with patients and their families. *Crit Care Nurse* 1999; 19(3): 66-70.
8. Thompson VL, Hupcey JE, Clark MB. The development of trust in parents of hospitalized children. *J Spec Pediatr Nurs* 2003; 8(4): 137-47.
9. Hall MA. Do patients trust their doctors? Does it matter? *N C Med J* 2001; 62(4): 188-91.

10. Belcher M, Jones LK. Graduate nurses experiences of developing trust in the nurse-patient relationship. *Contemp Nurse* 2009; 31(2): 142-52.
11. Mercer M, Ritchie JA. Tag team parenting of children with cancer. *J Pediatr Nurs* 1997; 12(6): 331-41.
12. van der Schee E, Groenewegen PP, Friele RD. Public trust in health care: a performance indicator? *J Health Organ Manag* 2006; 20(5): 468-76.
13. Hall MA, Camacho F, Dugan E, Balkrishnan R. Trust in the medical profession: conceptual and measurement issues. *Health Serv Res* 2002; 37(5): 1419-39.
14. Potter DR, Fogel J. Nurse caring: A review of the literature. *International Journal of Advanced Nursing Studies* 2013; 2(1): 40-5.
15. Chang CS, Chen SY, Lan YT. Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 22.
16. Morse JM. Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. *J Adv Nurs* 1991; 16(4): 455-68.
17. Franklin C. The neonatal nurse's role in parental attachment in the NICU. *Crit Care Nurs Q* 2006; 29(1): 81-5.
18. Conner JM, Nelson EC. Neonatal intensive care: satisfaction measured from a parent's perspective. *Pediatrics* 1999; 103(1 Suppl E): 336-49.
19. Johnson AN. The maternal experience of kangaroo holding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007; 36(6): 568-73.
20. Mok E, Leung SF. Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *J Clin Nurs* 2006; 15(6): 726-34.
21. van Hecke A, Verhaeghe S, Grypdonck M, Beele H, Defloor T. Processes underlying adherence to leg ulcer treatment: a qualitative field study. *Int J Nurs Stud* 2011; 48(2): 145-55.
22. Boie ET, Moore GP, Brummett C, Nelson DR. Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of 400 parents. *Ann Emerg Med* 1999; 34(1): 70-4.
23. Darbyshire P, Morrison H. Empowering parents of children with special needs. *Nurs Times* 1995; 91(32): 26-8.
24. Wigert H, Dellenmark MB, Bry K. Strengths and weaknesses of parent-staff communication in the NICU: a survey assessment. *BMC Pediatrics* 2013; 13(1): 71.
25. Leahey M, Harper-Jaques S. Family-nurse relationships: core assumptions and clinical implications. *Journal of Family Nursing* 1996; 2(2): 133-51.
26. Marino BL, Marino EK. Parents' report of children's hospital care: what it means for your practice. *Pediatr Nurs* 2000; 26(2): 195-8.
27. de Raeve L. Trust and trustworthiness in nurse-patient relationships. *Nursing Philosophy* 2002; 3(2): 152-62.
28. Joffe S, Manocchia M, Weeks JC, Cleary PD. What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics. *J Med Ethics* 2003; 29(2): 103-8.
29. Lininger RA. Pediatric peripheral I.V. insertion success rates. *Pediatr Nurs* 2003; 29(5): 351-4.
30. Calnan MW, Sanford E. Public trust in health care: the system or the doctor? *Qual Saf Health Care* 2004; 13(2): 92-7.
31. Latour JM, van Goudoever JB, Hazelzet JA. Parent satisfaction in the pediatric ICU. *Pediatr Clin North Am* 2008; 55(3): 779-90.
32. Salmani N, Abbaszadeh A, Rasouli M, Hasanvand S. The process of satisfaction with nursing care in parents of hospitalized children: a grounded theory study. *International Journal of Pediatrics* 2015; 3(6.1): 1021-32.
33. Dinc L, Gastmans C. Trust in nurse-patient relationships: a literature review. *Nurs Ethics* 2013; 20(5): 501-16.

Exploring the Experiences of Parents of Hospitalized Children Regarding Trust Barriers to Nursing Care

Naiireh Salmani¹, Abbas Abbaszadeh², Maryam Rassouli³, Shirin Hasanvand⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Trust in nursing care has profound effects on parents of hospitalized children, their child, and subsequent hospital admissions. The creation and maintenance of trust is essential to increasing the benefits of the relationship between nurses and parents of hospitalized children. Therefore, this study was conducted to explore experiences of parents of hospitalized children regarding trust barriers to nursing care.

Method: This qualitative study was conducted in 2012-2013 using content analysis. The Study population consisted of 18 parents of children admitted to pediatric hospitals in Yazd, Iran. The subjects were selected through purposive sampling. Data were collected through targeted in-depth semi-structured interviews. Data were analyzed using qualitative content analysis.

Results: Data analysis led to the emergence of the main category of unsafe care the sub-classes of which included low caring sensitivity, lack of competence, stressful communication, and lack of interest in the profession and patients.

Conclusion: Nursing managers can facilitate the evolution of trust in nursing care among parents by taking measures to improve the professional performance of nurses, educate nurses about issues such as how to communicate with parents and children, and update professional knowledge.

Keywords: Trust, Care, Nurse, Parents, Child, Patient

Citation: Salmani N, Abbaszadeh A, Rassouli M, Hasanvand S. Exploring the Experiences of Parents of Hospitalized Children Regarding Trust Barriers to Nursing Care. *J Qual Res Health Sci* 2016; 4(4): 385-94.

Received date: 27.9.2015

Accept date: 13.12.2015

1- Assistant Professor, Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

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

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

4- Assistant Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

Corresponding Author: Naiireh Salmani, Email: n.salmani@sbmu.ac.ir