

در حاشیه ماندن ارتباط بین فردی: تجربه پرستاران و والدین از ارتباط در بخش‌های کودکان

فرشته آئین^۱ - دکتر فاطمه الحانی^۲ - دکتر عبسی محمدی^۳ - دکتر انوشیروان کاظم‌نژاد^۴

چکیده

مقدمه: هم اکنون والد عنصر اجتناب‌ناپذیر مراقبت از کودکان بستری است. لذا اهمیت ارتباط پرستار با والد امری بدیهی است اما شناخت کافی در مورد ماهیت این ارتباط مبتنی بر تجارب پرستار و والد در بخش‌های داخلی کودکان در دسترس نیست. هدف از این مقاله تبیین تجربیات والدین و پرستاران از ارتباط با یکدیگر در محیط بیمارستان طی مراقبت از کودک بود. **روش:** مطالعه یک مطالعه کیفی از نوع آنالیز درون مایه‌ای استقرایی ۶ مرحله‌ای بود. شرکت‌کنندگان در پژوهش را ۱۴ مادر دارای کودک مبتلا به بیماری مزمن بستری در بخش و ۱۰ پرستار کارشناس که از این کودکان مراقبت می‌کردند، تشکیل می‌دادند. اطلاعات با استفاده از مصاحبه‌های عمیق چهره به چهره جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: آنالیز درون مایه‌ای داده‌ها نهایتاً ۵ تم نشان‌دهنده ماهیت تجربه پرستاران و والدین از ارتباط را آشکار ساخت. این پنج تم شامل در حاشیه قرار گرفتن ارتباط با والد و کودک، محدود کردن اطلاع‌رسانی به والدین، عبرت‌آموزی والد و پرستار از ارتباط، حمایت روحی غیررسمی بین والدین و عوامل در حاشیه قرار گرفتن ارتباط می‌باشد. مطالعه حاضر نشان داد که کمبود وقت و حجم زیاد کار ناشی از عدم تعادل منابع انسانی با نیازها و همچنین مهارت ناکافی پرستاران در برقراری ارتباط و ماهیت ارتباط پزشک-پرستار سبب در حاشیه قرار گرفتن ارتباط با والدین شده بود.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که کمبود وقت به دلیل کمبود تعداد پرستار به بیمار و همچنین مهارت ناکافی پرستاران در برقراری ارتباط سبب در حاشیه گذاشتن ارتباط با والدین و متعاقباً عدم تأمین نیازهای حمایتی و اطلاعاتی والدین شده بود. حال که حضور مداوم والدین بر بالین کودک، تماس مداوم و مکرر کادر درمان علی‌الخصوص پرستاران با والدین را غیرقابل اجتناب نموده است توجه به زیرساخت‌های ضروری آن از جمله توسعه مهارت‌های ارتباطی پرستاران با فراهم کردن آموزش ضمن خدمت و مدل‌های نقش در این زمینه از اهمیت حیاتی برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: بیماری مزمن، ارتباط بین فردی، ارتباط پرستار-والد، پرستاری کودکان

پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۲/۲

دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۱۰/۲۴

۱ - دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس، تهران

۲ - دانشیار گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس (نویسنده مسؤول)

آدرس: تهران، تقاطع بزرگراه جلال آل احمد و دکتر چمران، دانشگاه تربیت مدرس

پست الکترونیکی: alhani_f@modares.ac.ir

۳ - دانشیار گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران

۴ - استاد گروه آمار زیستی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران

مقدمه

برقراری ارتباط با مددجو بخش مهمی از مراقبت روزانه پرستاری است. ارتباط خوب غنی‌کننده مراقبت پرستاری مؤثر است و به یک فرآیند پیچیده بین فردی اطلاق می‌گردد که سنگ بنای مراقبت با کیفیت پرستاری در نظر گرفته شده است (۱).

پیشرفت‌های قابل توجه پزشکی و تکنولوژی در چند دهه اخیر باعث کاهش میزان مرگ و میر کودکان و سبب زنده ماندن بسیاری از کودکان مبتلا به بیماری مزمن یا ناتوانی شده است (۴-۲). آن‌ها نیاز به بستری شدن‌های مکرر و طولانی دارند و ۳۰٪ کل مدت بستری در بیمارستان را شامل می‌شود (۳ و ۵). بیماری و بستری شدن کودک سبب برانگیختن احساسات شدید، نگرانی، ترس و اضطراب در والدین می‌شود (۱۲-۶).

اگر چه ماهیت ارتباط مراقبین بهداشتی با خانواده جنبه مهمی از تجربه هر بیماری است اما وقتی بیمار کودک مبتلا به بیماری مزمن است موضوع اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. ارتباط خوب برای دستیابی به پیامدهای مطلوب هنگامی که کودک مبتلا به بیماری مزمن و سخت می‌شود ضروری است. اگر چه والدین اغلب از تنیدگی زیادی در هنگام رویارویی با تشخیص بیماری مزمن در کودک رنج می‌برند اما مجبور هستند که با این تنیدگی مقابله کنند علاوه بر این که مسؤولیت حمایت فیزیکی و عاطفی کودک را نیز به عهده دارند (۵). مقابله مؤثر والدین و اعضای خانواده با مقابله خوب کودک ارتباط دارد بالعکس مقابله ضعیف والدین با پیامدهای نامطلوب در کودکان نظیر اضطراب، ناامیدی و عدم همکاری ارتباط دارد. در پرستاری، خانواده به عنوان فاکتور اساسی شرکت‌کننده در سلامت و رفاه کودکان برشمرده شده است. بیماری کودک و بستری شدن تغییرات زیادی را در زندگی کل خانواده سبب می‌شود. تجربه هر خانواده از بیماری کودک منحصر به فرد است و تحت تأثیر ماهیت و تشخیص بیماری قرار دارد. پرستار به دلیل اهمیت حمایت روحی که والدین برای کودک فراهم می‌کنند بایستی نگران تنیدگی باشد که والدین تجربه می‌کنند (۱۳).

حضور مداوم والدین بر بالین کودک بستری با ظهور فلسفه مراقبت خانواده محور پا به عرصه پرستاری کودکان نهاده است. در طی نیمه دوم دهه گذشته تلاش‌ها

در جهت مثبت کردن تجربه بستری شدن تا جای ممکن برای کودکان از طریق آماده‌سازی، تشویق والدین به اقامت با کودک در مدت بستری، و تلاش در جهت فراهم کردن مراقبت منحصر به فرد سوق داده شده است. علی‌رغم افزایش شواهد مبنی بر اهمیت ارتباط مؤثر کادر درمان - والدین تعداد مطالعاتی که در این زمینه انجام شده کم است (۱۴) و از این مطالعات اندک، اکثریت در زمینه ارتباط پرستاران و والدین در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان (۱۵ و ۱۶) و روان‌پزشکی (۱۷) که شرایطی متفاوت از بخش‌های داخلی کودکان دارند و یا در زمینه ارتباط با تمرکز بر یک حیطة خاص مانند کنترل درد پس از عمل جراحی (۱۸)، مدیریت تضاد بین کادر درمان و والدین (۱۹). ارتقای سلامت کودک در کلینیک‌های سرپایی (۲۰) و مشارکت در تصمیم‌گیری (۲۱) بوده است که ارتباط را در یک موقعیت خاص غیر از بخش داخلی و یا در ارتباط با مشکل خاص (درد) مورد توجه قرار دادند. در سایر مطالعات هم والدین و هم مراقبین بهداشتی ارتباط را نشانه‌ای از مراقبت با کیفیت بالا عنوان کردند (۲۲).

زمانی که مراقبت خانواده محور را در بخش‌های داخلی کودکان ایجاد می‌کنیم مهم است که بیشتر در مورد تجربه خانواده‌ها و پرستاران از ارایه و دریافت حمایت اطلاعاتی و روحی در طی بستری شدن کودک بدانیم. این دانش کمک می‌کند تا بهتر به نیازهای والدین و خانواده‌ها در محیط بیمارستان پاسخ دهیم (۲۳). در حالی که دانش موجود در زمینه ارتباط والدین و پرستاران ضعیف است و نیاز است که شیوه‌های ارتباطی پرستاران و والدین مورد بررسی قرار گیرد. در ایران بیش از یک دهه است که مادران در مراقبت از کودکان بستری در بیمارستان وارد شده‌اند ولی تاکنون هیچ مطالعه‌ای در رابطه با تبیین ارتباطات انجام نشده و تنها مطالعه یافت شده به بررسی کمی آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران در مورد ارتباط با کودکان صرفاً هنگام انجام رویه‌های تکنیکی پرداخته است لذا هدف این مطالعه تبیین تجربیات والدین و پرستاران از ارتباط طی مراقبت از کودک است. درک عمیق‌تر این تجربیات می‌تواند تفکر جدیدی را درباره چگونگی ارتقای فلسفه مراقبت خانواده محور توسط مدیران سازمان و کاربرد آن را در مراقبت از خانواده‌ها توسط پرستاران ارایه نماید.

روش مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی به روش آنالیز درون مایه‌ای استقرایی^۱ است (۲۴). شرکت‌کنندگان در پژوهش را ۱۴ مادر دارای کودک مبتلا به بیماری مزمن بستری در بخش (روماتولوژی، خون، کلیوی، گوارش، غدد و متابولیک) و ۱۰ پرستار کارشناس که از این کودکان مراقبت می‌کردند، تشکیل می‌دادند. بخش‌ها شامل سه بخش بیماری‌های مزمن از دو بیمارستان در شهر تهران بودند. اطلاعات با استفاده از مصاحبه‌های عمیق چهره به چهره جمع‌آوری شد. در طی مصاحبه به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی رضایت شفاهی آگاهانه پس از توضیح هدف پژوهش از تمام شرکت‌کنندگان اخذ شد و محرمانه بودن نام شرکت‌کنندگان رعایت گردید. مدت زمان هر جلسه مصاحبه بین ۴۵ تا ۱۱۰ دقیقه بر حسب تحمل و تمایل شرکت‌کنندگان و روند مصاحبه به طول می‌انجامید. جلسات مصاحبه برای هر شرکت‌کننده بین یک تا سه جلسه بسته به ماهیت مصاحبه بود. هر مصاحبه ضبط گردید. آنالیز و جمع‌آوری اطلاعات تقریباً به طور هم‌زمان انجام می‌گرفت. جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها در راستای هدف پژوهش یعنی تبیین تجربیات والدین و پرستاران در مورد ارتباط والد-پرستار و به طور هم‌زمان در طی شش مرحله (۱) آشناسدن محقق با داده‌ها، (۲) تولید کدهای اولیه از داده‌ها، (۳) جستجو برای یافتن درون مایه‌ها (تم‌ها) با مرور کدهای مختلف استخراج شده در مرحله قبل، (۴) بازنگری درون مایه‌ها (تم‌ها) و مقایسه مجدد آن‌ها با داده‌ها برای اطمینان از صحت آن‌ها، (۵) تعریف و نام‌گذاری درون مایه‌ها (تم‌ها) و (۶) آماده کردن گزارش نهایی انجام گرفت (۲۴). با آنالیز مصاحبه بیست و دوم کد جدیدی حاصل نشد و نشان داد که اشباع کدها رخ داده است. با این حال برای اطمینان، دو مصاحبه اضافی هم انجام شد و نهایتاً با بیست و چهار مصاحبه، جمع‌آوری داده‌ها به اتمام رسید. جهت اطمینان از اعتبار داده‌ها ارتباط قلبی توأم با توجه دقیق توسط مصاحبه‌کننده با شرکت‌کنندگان برقرار گردید تا والدین احساس کنند تجربیات آنان ارزنده است و محقق به این تجربیات علاقمند است تا بدین‌وسیله اطلاعات بیشتر، دقیق و کامل‌تر جمع‌آوری گردد. هر

جلسه مصاحبه پس از کدگذاری اولیه با شرکت‌کنندگان^۲ چک می‌شد تا از درک صحیح منظور مصاحبه‌شوندگان توسط محقق اطمینان حاصل شود. علاوه بر آن مصاحبه‌ها و کدگذاری‌های اولیه و درون مایه‌ها توسط همکاران تحقیق^۳ نیز مورد بررسی مجدد قرار گرفت (۲۵).

یافته‌ها

مادران شرکت‌کننده در مطالعه بین سنین ۲۵-۴۲ سال و دارای تحصیلات بی‌سواد تا لیسانس و از استان‌های مختلف ایران بودند که بین یک تا شش بار سابقه بستری کودک در بیمارستان را داشتند. پرستاران شرکت‌کننده نیز بین سنین ۲۴-۳۸ سال و دارای سابقه ۶ ماه تا ۱۵ سال کار در بخش‌های کودکان بودند و همگی مدرک کارشناسی پرستاری داشتند.

جهت آنالیز داده‌ها، هر جلسه مصاحبه چندین بار توسط محقق خوانده شد تا آشنایی کامل با داده‌ها حاصل شود. سپس کدهای اولیه از مصاحبه‌ها استخراج گردید که جمعاً ۳۵۰ کد اولیه حاصل گردید. پس از آن کدهای اولیه چندین بار مطالعه گردیدند و درون مایه‌های اولیه شناسایی گردید. سپس درون مایه‌های اولیه مجدداً با داده‌ها مقایسه گردیدند تا از صحت آن‌ها اطمینان حاصل گردد. پس از اطمینان از صحت درون مایه‌ها، بر اساس ویژگی‌های هر درون مایه گزاره‌های تعریف‌کننده ماهیت آن‌ها نوشته شد و نام‌گذاری مفهومی و انتزاعی آن انجام گردید. بدین ترتیب این درون مایه‌ها ماهیت و ابعاد ارتباط پرستار و والد را در مراقبت از کودک نمایان ساختند. این درون مایه‌ها شامل: الف- در حاشیه قرار گرفتن ارتباط با کودک و والد، ب- محدود کردن اطلاع‌رسانی به والدین، ج- عبرت آموزی والد و پرستار از ارتباط، د- حمایت روحی غیررسمی بین والدین بودند. علاوه بر آن عوامل در حاشیه قرار گرفتن ارتباط تحت سه درون مایه الف- عدم تعادل منابع انسانی با نیازها، ب- ناکافی بودن مهارت‌های ارتباطی پرستاران، و ج- ماهیت ارتباط پزشک- پرستار نیز شناسایی گردیدند.

2 - Member Check

3 - Peer Check

1 - Inductive Thematic Analysis

الف- در حاشیه قرار گرفتن ارتباط با کودک و والد

تمامی پرستاران تأکید داشتند غالباً تمام وقت خود را صرف انجام وظایف نوشتاری، مدیریتی و تکنیکی می‌نمودند و انجام این‌گونه وظایف در مقابل وظایف ارتباطی پرستاران از اولویت برخوردار بود به طوری که ارتباط با کودک و والدین در حاشیه گذاشته شده بود و ناراضی والدین را در پی داشت.

N2: ما اصلاً فرصت نمی‌کنیم تو صورت همراه مریض نگاه کنیم اولین راه ارتباط برقرار کردن اینه که به چشم همراه مریض نگاه کنیم ما اینجا ساعت ۷ شب تازه می‌شینیم گزارش می‌نویسیم. من دارم پرونده می‌نویسم ماما مریض بهم می‌گه که سرم بچه‌م تمام شده همین طور که سرم پایینه می‌گم خوب ببند الان میام اصلاً بهش بر می‌خوره خودم می‌دونم کارم خیلی اشتباهه هم به اون بر می‌خوره می‌گه بهم بی‌توجهی می‌کنن.

N4: مریضی که می‌یاد اگر سرمون خلوت باشه اول مریض را چک می‌کنم بعد همراهاشو. اگر ببینیم واقعاً گریه، زاری و این حرف‌ها. من شده هیچ صحبتی نکردم ولی بعضی موقع‌ها خوب مثلاً آبی وای خوب می‌شه حالا صبر کن اگر حالا داره این طوری می‌شه علتش اینه حالا دو تا آمپول بزیم بهش خوب می‌شه. بستگی به شیفتی داره که وارد می‌شه اگر شیفت صبح باشه خوب خیلی شلوغه فقط می‌گن برو فلان تخت بشین اینجا تا دکترت بیاد همین آشنایی با بخش همینه ولی اگر شیفت‌های عصر بیاد و اگر سرمون خلوت باشه مریض رو هم بشناسیم. می‌گه سلام چطورید؟ می‌گیم کجا بودی بخش خیلی آروم بود وقتی تو اومدی دوباره بخش رو گذاشتی رو سرت یا واقعاً اگر وقت نداشته باشیم هیچ توجهی نمی‌کنیم.

ارتباط پرستار با والدین فقط محدود به زمانی می‌شد که پرستاران در حال انجام مراقبت‌های تکنیکی از کودک هستند. بدین معنی که تمرکز بر مراقبت‌های تکنیکی سبب محدود شدن ارتباطات بین فردی شده بود. در واقع در طول شیفت این وظایف تکنیکی هستند که عملکرد پرستاری را ساختار می‌دهند نه نیازها و نگرانی‌های والدین. با این وجود برخی پرستاران سعی می‌کردند از زمان‌هایی که در حال انجام مراقبت‌های تکنیکی از کودک هستند جهت برآورده کردن نیازهای عاطفی و اطلاعاتی والدین استفاده کنند.

N6: بعضی اوقات بالای سر یک بچه دیگه رفتم مادر یکی دیگه داره گریه می‌کنه می‌گه بچه‌م می‌میره می‌گم دعا کن توکل کن به خدا مثلاً کار یکی دیگه رو انجام می‌دم تو اون اتاقم یا دارم کار بچه‌اش را انجام بدم سعی می‌کنم تند تند توضیح می‌دم. یعنی این که اینجوری وقت داشته باشیم نه در حین کار جواب بهشون بدیم.

از آنجایی که کانون و محور ارتباط پرستار و والد باید کودک باشد ولی رابطه بین فردی پرستار با کودک نیز در حاشیه قرار گرفته و مادر نقش واسطه بین پرستار و کودک را بازی می‌کند. تجربیات قبلی پرستاران از استراتژی‌های مقابله‌ای منفی کودک هنگام آگاهی قبلی از پروسیجر دردناک و فشار روانی منفی آن بر پرستار باعث شده بود تا برای جلوگیری از آزار روانی بیشتر کودک، وی را از پروسیجر دردناک قریب الوقوع بی‌اطلاع نگهدارند.

N6: من نمی‌گم واقعاً. می‌رم آمپولش را می‌زنم می‌گم ماما من می‌برمش اتاق معاینه. ماما من یواش می‌گه چکارش می‌خوان بکنند؟ می‌گم یک نمونه‌برداری داره می‌برم می‌خوان منمش ... اولاً وقتش را نداریم دوماً من به این بچه بگم یک سوزن به این کلفتی را بکنم تو کمرت بچه بیشتر بی‌تابی می‌کنه بیشتر جیغ می‌زنه اونهاییشون که می‌دونند عین یک آدمی که می‌خوان بپرن تیربارانشون کنند واقعاً همون حالت آدم واقعاً ناراحت می‌شه احساس جلااد بودن بهت دست می‌ده حالا من پیام بگم ببین سوزن به این گندگی را می‌خوام بکنم تو کمرت؟ در شرایطی که پرستاران آماده‌سازی روانی کودک برای پروسیجرهای تشخیصی را انجام نمی‌دادند والدین تلاش می‌کردند با دادن توضیحات ساده به کودک در مورد پروسیجر به وی آرامش دهند.

M2: نه پرستارها برای جواد که اصلاً حرف نمی‌زنند خودم می‌گم. ترسیده بود می‌گفت سونوگرافی چیه ماما؟ من می‌ترسم. خودم تو راه که می‌رفتم برآش گفتم ترس نداره یه چیزی می‌کشه روی شکمت یا رو دستت سردت می‌شه. این حرف‌ها رو می‌زنم که نترسه.

عدم برقراری ارتباط همدلانه پرستاران با والدین سبب شده بود تا والدین، پرستاران را صرفاً موظف به انجام اقدامات درمانی از کودک بدانند در صورتی که از دیدگاه مادران نقش پرستار در برقراری ارتباط با مددجو در ذات معنای پرستاری نهفته است و یافته‌ها فاصله بین معنای

پرستاری کنونی با معنای واقعی پرستار را نزد مادران نشان داد:

M4: ... تا حالا ندیدم کسی گریه می‌کنه یکی از پرستارها دلداری بده به مادری ندیدم... پرستارها کارشون این نیست که به ما دلداری بدنند فکر می‌کنم ... اینجا بچه‌ها سرم تو دستشون هست مسؤولیتشون اینه که حداقل سرمش رو چک کنند که یک موقع سرمش تموم نشده باشه یا هوا بره تو دستشون یا رگ بچه نگرفته باشه که سرم بره زیر دستش آب جمع بشه. داروهاشون رو براشون استفاده کنند. همین پرستار از نظر واقعی یه معنی دیگه‌ای داره. حسابتش رو بکنی پرستار می‌شه عین مادر. مادرا واقعاً نیاز دارند که دلداریشون بدن ولی پرستارهای اینجا فقط یکجورین که انگار مسؤولیتشون اینه که بیان داروها رو براشون استفاده کنند همین.

ب- محدود کردن اطلاع‌رسانی به والدین

یک هدف از برقراری ارتباط توسط والدین با پرستاران، جستجوی اطلاعات در مورد بیماری و وضعیت کودک بود. پرستاران به جهت مجاز نبودن به دادن اینگونه اطلاعات به والدین و یا عدم داشتن اطلاعات کافی در خصوص پاسخ سؤالات، از والدین می‌خواهند تا سؤالات خود را از پزشکان بپرسند.

M1: از پرستار که پرسیدم می‌گه رو پرونده‌اش هست ما نمی‌تونیم همه پرونده‌ها را بریم نگاه کنیم از دکتورش بپرس ...

N7: اگر اینجا بشنید ده دقیقه‌ای متوجه می‌شید ده تا مادر می‌یاد جواب آزمایش بچه‌ام آمده چیه جوابش؟ مثبته؟ منفی؟ ما هم تا جایی که می‌تونیم در حیطه مسؤولیت ماست جواب می‌دیم ولی خوب چیزهای مهم را که نمی‌تونیم بگیم باید دکترتون بگه که مریضی‌اش سخت هست یا نه. بعضی چیزها را ما اصلاً نتونیم متوجه نشیم که چیه. بعضی مواقع هم ممکنه ما توضیحات اشتباه بدهیم.

ج- عبرت‌آموزی پرستار و والد از ارتباط

تجربیات حرفه‌ای پرستار در برقراری ارتباط بین فردی نقش مؤثری داشت. به طوری که پرستاران از تجربیات حرفه‌ای خود در برقراری ارتباط درس می‌گرفتند و با بهره‌گیری از این تجربیات حرفه‌ای به توسعه فردی (Self-development) می‌پرداختند.

N1: یکی می‌بینی از طریق تجربه کسب می‌کنه یکی ذاتیه. تو وجودشه. یکسری اکتسابیه باید تو محیط قرار بگیری... به هر حال به یک طریقی از یک کانالی وارد می‌شم که بتونم با اون (مادر) ارتباط برقرار کنم. می‌شه بگی یک حالت روان‌شناسی. مثلاً بعضی از مادرها هستند ترسو هستند بعضی‌ها مستبدترند بعضی‌ها یک مقدار حلیم‌ترند. نگاه کردم که تیپ اون مادر چه جوریه اول با مادر بعد با بچه ... و اینها را بر اساس تجربیات قبلی کسب کردم ... توی دوران تحصیل واحدهای اینجوری داشتیم ولی عملاً خیلی کم، خیلی کم. من بیشتر هر چه تجربه حاصل کردم تو موقعیت کاریم بوده ... مثلاً این مورد دومه که مادر از رفتار من با بچه‌اش ناراحت شده احساس کردم مادر هر چی هم باشه روی من شناخت هم داشته باشه، بهش توضیح هم دادم دیگه حق ندارم این طوری رفتار کنم چون تو روحیه مادر خیلی تأثیر می‌گذاره. این برام تجربه شد که دیگه حتی هر جور هم که بود دیگه این را تکرار نکنم ...

مادران نیز از تجربیات شخصی خود در برقراری ارتباط با پرستاران درس می‌گرفتند به طوری که مادرانی که تجربه منفی مستقیم یا غیرمستقیم از برخورد بی‌تفاوت و یا سرزنش‌آمیز پرستاران در مواجهه با گریه آنان داشتند از این تجربه عبرت گرفته و به دنبال جستجوی حمایت عاطفی از پرستاران نبودند.

M8: من پیش پرستارها هیچ وقت گریه‌ام را ظاهر نمی‌کنم ... می‌ترسم می‌دونی یعنی چی می‌گم این بیمارستان هست پرستار چرا بیاد این ۳-۴ روز می‌مونم منو ببینه یه قیافه‌ای بگیره یا صورتش را دوباره ... یک موقع پرستار ناراحت می‌شه یک موقع سر آدم جیغ می‌کشه آخه خیلی چیزها دیدم اینجا نه جاهای دیگه یا مثلاً چیه خانم چرا بچه رو می‌ترسونی؟ مگه چه خبره؟ ... می‌ترسم پرستارها یک موقع اینجوری کنند ... من به خاطر این که این فکر رو می‌کنم پیش پرستارها باهام نمی‌یاد ...

علاوه بر امتناع والدین از جستجوی حمایت روحی از سوی پرستاران، در غالب موارد مشاهده مشغله کاری پرستاران و عدم تخصیص وقت برای اطلاع‌رسانی به والدین و تجربه برخوردهای نامناسب آنان در رویارویی با سؤالات والدین سبب می‌شد والدین در پرسیدن سؤالات خود احتیاط کنند و حتی از مطرح کردن سؤالات خود امتناع کنند. والدین نگران هستند که با درخواست‌های خود

بیرون آرومش کنید اونها هم زود بلند می‌شن به حرفمون گوش می‌دن ...

عوامل در حاشیه قرار گرفتن ارتباط

پرستاران دلایل اصلی محدود شدن ارتباط بین فردی با کودک و والدین را الف- کمبود وقت و حجم کار زیاد ناشی از عدم تعادل منابع انسانی مطابق با نیازها و ب- ناکافی بودن مهارت پرستاران در برقراری ارتباط بین فردی و ج- ماهیت ارتباط بین پزشک و پرستار عنوان کردند.

الف- عدم تعادل منابع انسانی با نیازها

پرستاران یک دلیل عمده در حاشیه گذاشته شدن ارتباط را عدم تعادل منابع انسانی با نیازها ذکر می‌کردند به طوری که به دنبال کمبود تعداد پرستاران نسبت به بیمار و کمبود پرسنل غیر حرفه‌ای پرستاری، پرستاران غالباً تمام وقت خود را صرف انجام وظایف نوشتاری، مدیریتی و تکنیکی می‌نمودند و ارتباط با کودک و والدین در حاشیه قرار گرفته بود. با وجود اذعان پرستاران به اهمیت برقراری ارتباط مطلوب با کودک و خانواده در جلب همکاری آنان، کمبود وقت سبب شده بود تا ارتباط با والد در اولویت قرار نگیرد و اولویت به مراقبت‌های تکنیکی از کودک داده شود. زیرا انتظارات از پرستاران بر محور وظایف تکنیکی می‌چرخد و پرستاران ناچارند زمان خود را به انجام وظایف تکنیکی اختصاص دهند.

N2: من وقت نمی‌کنم برم بهش بگم که آقا به این دلیل، به این دلیل، به این دلیل. وقتی من یه دفعه عصری ساعت شش بعد از نظر یک دفعه به من می‌گن بیا برو شیمی‌درمانی انجام بده شیمی‌درمانی هم که می‌دونین خیلی کار سختیه دیگه فرصتی ندارم برای اون توضیح بدم چون از اینور شیمی‌درمانی می‌مونه می‌خوام به شیفت شب تحویل بدم ...

پرستاران علی‌رغم آگاهی از اولویت داشتن ارتباط با مددجو در پرستاری، به دلیل حجم کار زیاد ناچار به اولویت دادن مراقبت‌های تکنیکی بر برقراری ارتباط با کودک و والدین می‌شدند. عدم توان پرستار در صرف وقت کافی برای برقراری ارتباط منبعی برای تضاد نقش ناشی از حجم زیاد کار و نارضایتی پرستار محسوب می‌گردید.

وقت نمی‌کنم خانمم اصلاً، ابدأ... بعضی وقتا من اصلاً قیافه‌هاشونو نمی‌بینم فقط تندتند سریع دارو. در صورتی که ما می‌دونیم پرستار اول باید ارتباط عاطفی

باعث رنجش پرستاران شوند و برای جلوگیری از این رنجش از بیان نیازهای اطلاعاتی خود امتناع می‌کنند.

M4: ... دوست دارم بدونم ولی خوب نمی‌تونم سؤال کنم پرستارها که وقت مثلاً دارو که می‌شه میان داروها رو می‌زنند و می‌رن بعد هم دکترها همیشه تو بخش نیستند که آدم بپرسم. می‌ترسم بپرسم جواب مناسبی ندن یا اصلاً جواب ندن ... یکی از خانمها بچه‌اش ناراحتی داشت به سرپرستار بود یا پرستار نمی‌دونم از همین لباس‌های سرمه‌ای پوشیده بودند بعد جواب درستی نداد عصبانی هم بود گفت من خسته‌ام هر کسی هم قرار باشه همین‌جوری از من سؤال کنه من خودمم زندگی دارم خودمم اعصابم خراب می‌شه قرار نیست سؤال کنید اون کاری که دکترها گفتند من دارم انجام می‌دم باید از خود دکتر بپرسید طفلک مادره فقط نشست گریه کرد خیلی هم عصبانی بود به خاطر همین من هم سؤال نمی‌کنم می‌گم سؤال کنم دوباره اینا عصبانی می‌شن. بخاطر همین سؤال نمی‌کنم.

د- حمایت روحی غیررسمی بین والدین

در شرایطی که پرستاران به حمایت روحی از والدین نمی‌پردازند، مادران نیاز روحی یکدیگر را درک کرده و به حمایت روحی- روانی غیررسمی از یکدیگر می‌پرداختند که نقش مؤثری در کاهش آلام روحی والدین داشت.

M4: مادر از شهرستان بلند می‌شه میاد اینجا حتی ملاقاتی نداره همین بالا یکی هست من هر روز وقت ملاقات که می‌شه با اینکه خودم ملاقاتی دارم می‌رم بالا ملاقاتش چیزهایی که برای خودم آوردند نصف می‌کنم براش می‌برم ... اون مادری که می‌گم وقتی موقع ملاقات می‌شه می‌رفت تو حمام گریه می‌کرد پیش ما گریه نمی‌کرد پرستارها هم کاری نداشتند خیلی دلم براش می‌سوخت.

M5: هم اتاقی‌ها به من دلداری دادند ناراحت نشو خدا بزرگه مگه اینجا اینقدر مریض نمی‌بینی ... خیلی به من دلداری کرد دلجویی داد. خیلی آرامش گرفتم احساس کردم من سبک شدم.

پرستاران نیز گاه‌آز والدین جهت ارایه حمایت روحی به یکدیگر استفاده می‌کردند.

N6: وقتی مامانه داره بالای سر بچه گریه می‌کنه و اون بچه هم ترسیده می‌گم مامانش برو بیرون زود باش زود باش تا من هستم. مامان فائزه مامان فلانی ببریدش

مناسب پرستاران به والدین محسوب گردیدند. بخشی از نقش پرستاران تأمین اطلاعات بیشتر است که سبب تضاد نقش آموزشی با وظایف تکنیکی پرستاران در این محیط می‌شود. عدم تأمین نیروی انسانی مطابق با نیازها روی زمانی که پرستاران قادرند با کودک و والدین صرف کنند اثر می‌گذاشت.

می‌خواهیم دارو بدیم به فرض از اون طرف می‌پرسند این چیه. چه مشکلی داره. البته وظیفه ماست باید جوابشون را بدیم ولی با توجه به این که کارهای این بخش خیلی سنگینه ما هم تعدادمون کمه شیفتهامون هم سنگینه و اکثر اوقات خسته‌ایم ما از کار. شاید نتونیم جواب اونها را بدیم. اونجوری که خودمان دوست داریم نتونیم با مادرها کنار بیاییم ... (پرستار شماره ۷)

ب- مهارت ناکافی پرستاران در برقراری

ارتباط

اکثریت پرستاران احساس می‌کردند برای برقراری ارتباط و حمایت روحی والدین به خوبی آماده نشده‌اند. احساس پرستاران از عدم توانمندی علمی در ارایه حمایت روحی به دلیل عدم کفایت تربیت دوران تحصیل و عدم آموزش ضمن خدمت در این زمینه بود. این شرایط باعث شده بود پرستاران بر اساس احساسات شخصی^۱ و خود را به جای وی گذاشتن به حمایت روحی والدین بپردازند.

N3: شاید تنها چیزی که به ما آموزش داده نشد ارتباط مریض بود. همیشه برای من سؤال بود که چگونه باید حمایت روحی کنم مریض را و این سؤال هیچ وقت جواب داده نشد ... من نمی‌دونم چه طوری باید حمایت روحی اش کنم ... اونطوری که خودم احساس آرامش می‌کنم وقتی ازم کسی بخواد حمایت روحی بکنه فکر می‌کنم اینکار خوبه. اروم می‌کنه. کسی باهام حرف نزنه. تنها باشم. تنها گذاشتن من خیلی از نظر روحی برام خوبه وای اگر کسی بخواد صحبت کنه نشون بده می‌خوام حمایت کنم خیلی عصبی می‌شم ولی چیزی به من یاد ندادند که مثلاً پرستار باید اینکار را بکنه ...

ج- ماهیت ارتباط پزشک-پرستار

Physician leading

ارتباط بین پزشک و پرستار نیز عامل تعیین کننده روابط بین فردی پرستاران با والدین در زمینه اطلاع‌رسانی

برقرار بکنه صحبت بکنه نازش بکنه مخصوصاً کودکان. ببین من اصلاً یک موقع می‌بینی مریض اومده اینجا باور کن چند شیفته کار کردم اسمش تو ذهنمه ولی قیافه بچه رو یادم نیست ... (پرستار شماره ۱۰)

والدین با مشاهده کار زیاد پرستاران و عدم تمایل به رنجش آنان، از درخواست کمک از پرستاران تا جای ممکن امتناع می‌کردند. بدین ترتیب وقتی پرستار نمی‌ایستد تا با کودک و والدین صحبت کند و به نظر شتابان می‌آید والدین شروع به برقراری ارتباط نمی‌کنند زیرا به نظر می‌رسد پرستاران مشغله کاری زیادی دارند. در چنین محیطی که پرستار بستر ارتباط بین فردی باز را با والدین فراهم نمی‌کند والدین از بیان خواسته‌هایشان اکراه دارند.

... ۶ بار ۷ بار خودم باز می‌کردم وقتی سرمش تمام می‌شه. یک بار به پرستارها می‌گفتم به خدا خجالت می‌کشم راضی نیستم زحمت بدم ... سرمش تمام می‌شه می‌گم خدایا برم بگم؟ نگم؟ خودشون می‌یان؟ مثلاً سه چهار بار بچه‌ام می‌گه برو صدا کن می‌گم الان خودشون می‌یان ... آخه گناه داره این همه زحمت می‌کشن اینا رو می‌بینم یک ساعت نمی‌شینن ... من دوست ندارم به کسی اذیت کنم که رفتم بگن خوب شد مادرش بدجنس بود رفت ... (مادر شماره ۸)

پرستاران برای برقراری ارتباط مؤثر و آرامش‌بخش با والدین نیاز دارند از آرامش جسمی و روحی برخوردار باشند. خستگی مفرط جسمی و روانی پرستاران به عنوان پیامد منفی کمبود تعداد پرستار به بیمار مانع از این شده بود تا پرستاران ارتباط مناسبی با والدین برقرار کنند.

یک جوری که من وقت استراحت و رسیدن به خودم را داشته باشم که بخوام به یک نفر دیگه آرامش بدم. وقتی خودم آرامش داشته باشم می‌تونم اون رو به یک نفر دیگه منتقل کنم حالت صورتم و حالت درون من و حتی حالت نگاه من می‌تونه به یک نفر آرامش بده یا یک نفر رو عصبی کنه. وقتی می‌بینم خودم عصبی‌ام مطمئن باشم مریضی که میاد آژتیه است وقتی می‌گه خانم شما چه می‌فهمید مطمئناً من هم برمی‌گردم یک چیزی بهمش می‌گم چون من هم عصبی هستم ... (پرستار شماره ۴).

کمبود تعداد پرستار به بیمار و عدم داشتن اطلاعات کافی در پاسخ به سؤالات والدین موانع اطلاع‌رسانی

تنها ماندن والدین را نشان می‌دهد. ویژگی‌های پرستاران از جمله مهارت‌های ارتباطی پرستار، تجربیات قلبی و ماهیت ارتباط پزشک-پرستار از موانع برقراری ارتباط مناسب پرستار با والدین بود به طوری که ناکافی بودن مهارت ارتباطی پرستاران، تجربیات منفی پرستاران از اطلاع‌رسانی به کودک و مجاز نبودن به دادن اطلاعات تشخیصی به والدین از سوی پزشکان عوامل بازدارنده ارتباط مطلوب پرستاران با والدین محسوب می‌گردید. همچنین تجربیات منفی والدین از ارتباط با پرستاران نیز موجب محدودتر کردن ارتباط با پرستاران می‌شد.

حاشیه‌ای شدن ارتباط پرستاران با والدین به دلیل کمبود وقت و تمرکز بر مراقبت‌های تکنیکی و نارضایتی پرستاران از این امر در مطالعات قبل در سایر کشورها و در سایر محیط‌های پرستاری نیز تأیید شده است به طوری که هایدگر^۱ (۱۹۷۷) نیز گفته است که پرستاران از انجام وظایف تکنیکی به عنوان مانعی برای توسعه ارتباطات با بیمار یاد می‌کنند که می‌تواند تأثیر عاطفی منفی روی پرستاران داشته باشد. حجم زیاد کار پرستاران که مانع برقراری ارتباط بین فردی پرستاران و بیماران شده است در بخش‌های بستری بیماران قلبی نیز گزارش شده است (۲۶).

یک عامل مهم محدودیت برقراری ارتباط پرستاران با کودک و والدین عدم مهارت پرستاران در برقراری ارتباط بود. در متون نیز آمده است تعامل بین فردی پرستار با بیمار رضایت‌بخش است اما نیاز به مهارت دارد که توأم با استرس و صرف انرژی زیادی است. ولش^۲ (۲۰۰۴) نیز دریافت که اگر چه مهارت‌های تکنیکی پرستاران قابل تردید نیست توانایی‌های ارتباطی آن‌ها بحدی ضعیف است که پاسخدهی به نیازهای منحصر به فرد هر بیمار را غیرممکن می‌سازد (۲۷). همچنان که ساراجاروی^۳ (۲۰۰۶) نیز دریافت که پرستاران نیاز به دانش و مهارت در خصوص چگونگی بحث با والدین در مورد موضوعات دردآور و حمایت روحی آنان در موقعیت‌های سخت دارند (۲۳). آنچه سبب محدود شدن مهارت‌های برقراری ارتباط بین فردی پرستاران با والدین شده است ناموفق بودن آموزش دوران تحصیل در ایجاد مهارت لازم در پرستاران

است. بسته به این که تا چه حد رفتار پزشک اجازه اطلاع‌رسانی پرستار به والدین را بدهد، پرستاران محدوده اطلاع‌رسانی را شناسایی می‌کنند. اکثریت پرستاران به دلیل مجاز نبودن به دادن برخی اطلاعات به والدین از سوی برخی پزشکان و عواقب آن از پاسخدهی به والدین امتناع می‌کردند و آن را وظیفه پزشک معرفی می‌کردند.

N6: خیلی خیلی می‌پرسند سونوش چی شد جوابش سونوش را نگاه کن ... بچه‌های کلیوی را به خاطر اتداشون نمی‌گم. بعضی از اتدا حتی بعضی از فلوهامون هم بدند. خیلی مشکل سازند. چرا رفتی بهش گفتی فشارش بالا هست. ای بابا من دارم چارت می‌کنم اون می‌بیند فشارش را چند دارم چارت می‌کنم. من واسه چی بگم مادره که برام شر هست بچه هم که هست که دیگه اتد و اینا هم بریزند سرم. به دردسراش نمی‌ارزه ولی برای بچه‌های غدد توضیح می‌دیم. اتداهش اذیت نمی‌کنند یک جوری نیست که درگیری ایجاد بشه. بچه‌های خون هم درگیری ایجاد نمی‌کنند گریه می‌کند.

بحث

یافته‌های این مطالعه در زمینه تجربیات پرستاران از برقراری ارتباط بین فردی با والدین نشان داد که ارتباط با مادر در حاشیه قرار گرفته و تمرکز پرستار و قلمرو ارتباطی وی با والد در حد انجام وظایف تکنیکی است. ارتباط و حمایت جزء نقش‌های حاشیه‌ای پرستار درآمده است زیرا پرستاران به دلیل کمبود نسبت تعداد پرستار به بیمار فرصت کافی برای برقراری ارتباط با والدین ندارند و ناچار هستند بر مراقبت‌های تکنیکی تمرکز کنند. همچنین به دلیل عدم داشتن اطلاعات و فرصت کافی و مجاز نبودن به دادن اطلاعات تشخیصی به والدین، اطلاع‌رسانی به آنان را نیز محدود بنمایند. تجربیات والدین نیز نشان داد که والدین به جهت مزمن بودن بیماری کودک به جستجوی اطلاعات از پرستاران می‌پردازند اما برای پیشگیری از مواجهه با برخورد نامناسب پرستار، در برقراری ارتباط با آنان بسیار محتاطانه رفتار می‌کنند. عدم امکان بیان نگرانی‌ها سبب شده تا والدین قدیمی‌تر در صدد حمایت روحی غیررسمی از والدین جدید بر آیند. معنی تجربیات والدین، فاصله ارتباطی آن‌ها با پرستاران و فقدان احساس وجود یک رابطه باز و معنادار و در نتیجه

1 - Heiddeger

2 - Walsh

3 - Sarajarvi

می‌نویسد یک عنصر اساسی انگیزش این است که شخص از نقایص خودش یاد می‌گیرد. درس گرفتن از نقص‌ها و اشتباهات روی توسعه فردی اثر می‌گذارد (۳۳). واتسون^۴ به نقل از هندرسون^۵ (۲۰۰۱) مطرح می‌کند که تجربه پرستاران روی سطح تعامل پرستار و بیمار اثر دارد. به طوری که پرستاران بر اساس تجربیات قبلی‌شان به بیماران پاسخ می‌دهند. موقعیت‌های اثرگذار راهنمای عملکرد آینده پرستاران می‌باشند و می‌توانند منجر به توسعه فردی شود (۲۶).

کمبود فرصت عامل مهمی بود که پرستاران از آن برای غیرفعال نگه داشتن کودک در مراقبت یاد می‌کردند. در مطالعه رستمی و همکاران (۱۳۸۳) نیز پرستاران کمبود پرسنل در هر شیفت، نداشتن زمان لازم برای برقراری ارتباط و خستگی پرستاران از کار بخش را علل ارتباط ناکافی با کودکان هنگام رویه‌های دردناک گزارش کرده‌اند. (۳۴). این در حالی است که رونسان^۶ (۲۰۰۱) می‌نویسد گر چه فاکتور زمان اغلب مانعی برای آماده‌سازی کودک قبل از تست‌های تشخیصی یا درمانی برشمرده شده است اما این قطعی نیست که آماده‌سازی کودک سبب زمان‌بر شدن پروسیجر شود چه بسا همکاری بیشتر کودک در نتیجه آماده‌سازی روانی مناسب منجر به کوتاه‌تر شدن زمان انجام آن شود (۳۵). علاوه بر این مطالعات نشان داده‌اند زمانی می‌توان از تأمین نیازهای کودک مطمئن شد که پرستار از طریق مشارکت با کودک و والدین در خصوص تعیین نیازها و خدمات مورد نیاز برای برآورده‌سازی نیازهای کودک عمل کند (۳۶). از آنجا که در حال حاضر هیچ قانونی برای مشارکت کودک وجود ندارد لذا این امر صرفاً تحت تأثیر نگرش پرستاران قرار می‌گیرد (۳۵). در مطالعه حاضر تجربیات منفی پرستاران از واکنش‌های ناسازگارانه کودک در صورت اطلاع از پروسیجر دردناک عاملی برای عدم آماده‌سازی روانی وی بود. واتسون (۲۰۰۷) نیز تأیید کرد که نگرش بر اساس شناخت فرد از ویژگی‌های مطلوب یا نامطلوب و پیامدهای مطلوب یا نامطلوب آن شکل می‌گیرد و پاسخ‌های برگرفته از نگرش فرد که منجر به پیامدهای مثبت شوند در آینده نیز تکرار خواهند شد و آن‌ها که منجر به پیامدهای منفی

در زمینه ارتباط با کودک و والدین و عدم جبران آن طی آموزش‌های ضمن خدمت است. در متون اخیر نیز به این نقص در آموزش پزشکی و پیامد منفی آن اشاره شده است. سرفصل سنتی آموزش پزشکی در آموزش مهارت‌های ارتباطی ناکارآمد بوده است. بر طبق مدل شاگردی^۱ مهارت‌های پیچیده از طریق مشاهده عملکرد الگوی نقش و همچنین تمرین آن‌ها و دریافت بازخورد از سوی مربی رخ می‌دهد (۲۸). در حالی که پرستاران این مطالعه به عدم کفایت آموزش دوران تحصیل و آموزش ضمن خدمت در کسب توانایی لازم در مهارت‌های ارتباطی تأکید داشتند.

عدم مهارت لازم برای برقراری ارتباط جهت ایفای نقش حمایت روحی سبب شده بود تا پرستاران بر اساس تفکرات شخصی با والدین در چنین لحظاتی رفتار نمایند. بر طبق فرسواتر و استیکلی^۲ (۲۰۰۴) نیز هوش عاطفی روی عملکردهای پرستاران اثر می‌گذارد. بنابراین ناکافی بودن مهارت‌های لازم ارتباطی برای نقش حمایتی سبب بهره‌گیری پرستار از احساسات فردی شده است که به نوعی هوش عاطفی محسوب می‌گردد (۲۹).

مطالعه حاضر نشان داد که در غیاب ارتباط و حمایت پرستاران، والدین قدیمی نقش مهمی در حمایت روحی از والدین جدید ایفا می‌کردند. این در حالی است که مطالعه دیگران نشان داده است که وقتی پرستاران تمایل به گوش دادن به نگرانی‌های والدین و توضیح وضعیت کودکان نشان می‌دهند استرس و نگرانی والدین کاهش می‌یابد. مطالعه جویباری و همکاران (۱۳۸۵) نیز نیاز بیماران به رفتار همدلانه پرستاران را تأیید کرده است (۳۰). یافته‌های سایر مطالعات نیز نشان داده است فاصله ارتباطی بین پرستاران و والدین سبب شده تا ارتباطات و حمایت‌های غیررسمی والدین از یکدیگر به عنوان راهی برای برآورده کردن نیازهای آنان به کار گرفته شود (۱۸۰۸). در واقع مادران همیشه یکدیگر را به عنوان مهم‌ترین منبع حمایت عاطفی یافته‌اند (۳۱، ۳۲ و ۱۵).

کسب مهارت از طریق یادگیری از تجربیات مثبت و منفی در برقراری ارتباط با والدین یک راه ارتقای مهارت پرستار در زمینه برقراری ارتباط بود. وب^۳ (۲۰۰۰)

4 - Watson
5 - Henderson
6 - Runeson

1 - Apprenticeship Model
2 - Freshwater & Stickley
3 - Webb

تأیید کرده است که سیگنال‌های بینایی روی ارتباط اولیه اثر می‌گذارد. ظاهر، نگرش و طریقه رفتار پرستار می‌تواند تشویق‌کننده یا مهارکننده ارتباط بین فردی باشد (۴۲). دالتون^۴ (۲۰۰۳) نیز در مطالعه خود دریافت که برخی خانواده‌ها که از ارتباط با مراقبین بهداشتی ناراضی هستند انتظاراتشان از دریافت کمک از مراقبین پایین می‌آید و از برقراری مجدد ارتباط با آنان کناره‌گیری می‌کنند (۲۱).

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که کمبود وقت به دلیل کمبود تعداد پرستار به بیمار و همچنین ناکافی بودن مهارت پرستاران در مهارت‌های ارتباطی در دوران آموزش سبب در حاشیه گذاشتن ارتباط با والدین و متعاقباً عدم تأمین نیازهای حمایتی و اطلاعاتی والدین شده بود. این در حالیست که تعامل پرستار-مددجو نیاز به تمام توجه، علاقه و توانایی پرستار در آنالیز پاسخ‌های عاطفی و رفتاری دارد و سهیم کردن اطلاعات، سؤال کردن، شفاف‌سازی، گوش دادن توأم با توجه و کاوش گزینه‌های درمان مبنای ارتباط پرستار و مددجو را تشکیل می‌دهند و این امر در بیمارستان‌های آموزشی که والدین با تعددی از پزشکان، دانشجویان و پرستاران مواجه هستند اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. لذا تأمین منابع انسانی به گونه‌ای که بتواند فرصت لازم برای ایجاد ارتباط و حمایت را فراهم کند یک اولویت محسوب می‌شود. در مطالعه حاضر آنچه در کنار کمبود وقت پرستار به محدودتر شدن برقراری ارتباط بین فردی با والدین کمک می‌کرد عدم کسب شایستگی کافی پرستاران در زمینه مهارت‌های بین فردی بود. شایستگی به عنوان داشتن توانایی در تأمین نیازمندی‌های یک نقش خاص اطلاق می‌شود. از طرفی حال که حضور مداوم والدین بر بالین کودک تماس مداوم و مکرر کادر درمان علی‌الخصوص پرستاران با والدین را غیرقابل اجتناب نموده است توجه به زیرساخت‌های ضروری آن از جمله توسعه شایستگی پرستاران در زمینه مهارت‌های ارتباطی با فراهم کردن آموزش ضمن خدمت و مدل‌های نقش در این زمینه از اهمیت حیاتی برخوردار است و بایستی در رأس آموزش پزشکی و آموزش مداوم کارکنان قرار گیرد چرا که عملاً پرستاران نمی‌دانند در این

شوند در آینده کمتر تکرار خواهند گردید (۲۶). بنابراین تجربه منفی پرستاران از استراتژی‌های مقابله‌ای منفی کودکان سبب انتخاب شیوه غیرفعال نگه داشتن کودکان شده است.

تجربیات پرستاران و والدین در مطالعه حاضر حاکی از جستجوی اطلاعات توسط والدین و عدم اطلاع‌رسانی مؤثر به والدین در خصوص بیماری کودک و درمان‌های آن بود. این درحالیست که هاملینگ^۱ (۲۰۰۶) می‌نویسد تبادل مؤثر اطلاعات جهت قادر نمودن والدین به مشارکت در مراقبت ضروری است (۳۷). مطالعه حاضر یافته‌های سایر مطالعات را در این خصوص که والدین در حال حاضر تنوع زیادی از نیازهای اطلاعاتی را دارند که تاحدی بستگی به مدت زمان گذشته از تشخیص بیماری کودک و توان والدین در کنار آمدن با وضعیت کودک دارد، را تأیید کرد. یافته‌های مطالعات دیگر نیز نشان داده است که ارتباط با پرستاران از نظر والدین زمانی مؤثرتر است که پرستاران با رفتارها و نیازهای والدین سازگار باشد (۴۰ و ۴۱). در محیط‌های پرستاری دیگر مثل بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان نیز والدین نیاز به حمایت اطلاعاتی بیشتری را گزارش کردند و دادن به موقع اطلاعات متناسب با نیاز والدین در ایجاد احساس کنترل در آنان و مقابله مؤثر با تنیدگی ناشی از بیماری و بستری شدن فرزندشان از نظر والدین بسیار کمک‌کننده بوده است (۱۵ و ۴۰). در مطالعه جویباری و همکاران (۱۳۸۵) نیز بیماران و همراهان نیاز به اطلاعات در مورد وضعیت بیمار را بیان کردند و گاهی بیماران کسی را نمی‌یافتند که اطلاعات لازم را در اختیار آنان قرار دهد (۳۰) از طرفی هاچفیلد^۲ (۱۹۹۹) نیز تبادل کامل و بدون تورش اطلاعات را جزء چهارچوب مراقبت خانواده محور معرفی نموده است (۴۱). مادامی که متون گذشته نیز نشان داده است که ارایه اطلاعات به طور مکرر و منظم در مورد بیماری کودک، روند درمان و پیش‌آگهی بیماری به والدین در به دست آوردن احساس کنترل و مقابله با عدم امنیت آن‌ها کمک می‌نماید (۷). در مطالعه حاضر والدین با مواجهه با برخورد نامناسب و یا شتابزدگی پرستاران از جستجوی بیشتر اطلاعات اجتناب می‌کردند. مطالعه مک کوئین^۳ نیز (۲۰۰۰)

1 - Hummelinck

2 - Hutchfield

3 - McQueen

4 - Dalton

آنان و شیوه‌های مؤثر برقراری ارتباط با آنان پیدا کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود در برنامه درسی کودکان دانشجویان کارشناسی پرستاری و همچنین آموزش بالینی کودکان بر ارتباط با والدین و تقویت مهارت‌های دانشجویان در این خصوص تعمق و بازنگری صورت گیرد. علاوه بر آن قرار دادن مباحث ارتباط با کودک و والدین در رأس برنامه‌های آموزش ضمن خدمت پرستاران کودکان می‌تواند به نحو مؤثری به پر کردن خلاء آموزش گذشته کمک نماید.

شرایط در تماس نزدیک با والدین چگونه بایستی با آنان تعامل کنند و همین امر منجر به برآورده نشدن نیازهای حمایتی کودک و والدین و تضييع غير عمد حقوق آنان شده است. پرستاران با تجربه بایستی راه‌های خلاقانه و بدیع را جهت ارتقای ارتباط پرستاران و والدین پیدا کنند و به عنوان مدل نقش برای پرستاران تازه کار عمل کنند. علاوه بر آن، پرستاران می‌توانند با مشارکت دادن والدین در کارگاه‌های آموزشی ارتباط و استفاده از تجربیات والدین در ارتباط با پرستاران، درک بهتری از نیازهای

منابع

- 1 - Bricher G. Pediatric nurses, children and development of trust. *Journal of Clinical Nursing*. 1999; 8: 451-458.
- 2 - Hostler SP. Family-centred care. *Pediatric Clinics of North America*. 1991; 38(6): 1548-1559.
- 3 - Boyd RJ, & Hunsberger M. Chronically ill children coping with repeated hospitalizations: Their perceptions and suggested interventions. *Journal of Pediatric Nursing*. 1998; 13(6): 330-342.
- 4 - Charron-Prochownic D. Special needs of the chronically ill child during middle childhood: application of the stress-coping paradigm. *Journal of Pediatric Nursing*. 2002; 17: 407-413.
- 5 - Nuutila L, & Salanterä S. Children with a long-term illness: parents' experiences of care. *Journal of Pediatric Nursing*. 2006; 21(2): 153-160.
- 6 - Kristensson-Hallstrom I. Parental participation in pediatric surgical care. *Association of Perioperative Registered Nurses*. 2000; 71: 1021-1029.
- 7 - Hopia H, Tomlinson SP, Paavilainen E, & Astedt-Kurki P. Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing*. 2005; 14: 212-222.
- 8 - Polkki T, Pietila AM, Vehvilainen-Julkunen K, Laukkala H, & Ryhanen P. Parental participation in their child's pain relief measures and recommendations to health care providers. *Journal of Pediatric Nursing*. 2002; 17: 270-278.
- 9 - Hallstrom J, Runeson I, & Elander G. Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*. 2002a; 17: 140-148.
- 10 - Hallstrom J, Runeson I, & Elander G. An observation study of the level at which parents participation in decision-making during their child's hospitalization. *Nursing Ethics*. 2002b; 9: 202-214.
- 11 - Cimete G. Stress factors and coping strategies of parents with children treated by hemodialysis: a qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*. 2002; 17: 297-305.
- 12 - Shields L, & King SJ. Qualitative analysis of the care of children in hospital in four countries-Part 2. *Journal of Pediatric Nursing*. 2001; 16 (3): 206-213.
- 13 - Callery P. Maternal knowledge and professional knowledge: co-operation and conflict in the care of sick children. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 34: 27-34.
- 14 - Hart NC, Drotar D, Gori A, & Lewin L. Enhancing parent-provider communication in ambulatory pediatric practice. *Patient Education and Counseling*. 2006; 63: 38-46.
- 15 - Mok E, Leung FS. Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15: 726-734.
- 16 - Fegran L, Helseth S. The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context - closeness and emotional involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2008: 1-7.
- 17 - Scharer K. Nurse-parent relationship building in Child Psychiatric Unit. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 1999; 12(4): 153-168.
- 18 - Simons J, & Roberson E. Poor communication and knowledge deficits: obstacles to effective management of children's postoperative pain. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 40(1): 78-86.
- 19 - Meltzer JL, Steinmiller E, Simms S, Grossman M, The Complex Care Consultation Team1, Yuelin L. Staff engagement during complex pediatric medical care: The role of patient, family, and treatment variables. *Patient Education and Counseling*. 2009; 78(74): 77-83.

- 20 - Baggens C. What they talk about: conversations between child health centre nurses and parents. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 36(5): 659-667.
- 21 - Dalton MJ. Development and testing of the theory of collaborative decision-making in nursing practice for triads. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 41(1): 22-33.
- 22 - Owen TM, Ware MA, Barfoot B. Caregiver-Mother partnership behavior and the quality of caregiver-child and mother-child interactions. *Early Childhood Research Quarterly*. 2000; 15(3): 413-428.
- 23 - Sarajarvi A, Haapamaki LM, Paavilainen E. Emotional and informational support for families during their child's illness. *International Nursing Review*. 2006; 53: 205-210.
- 24 - Braun V, & Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3: 77-101.
- 25 - Streubert JH, Carpenter RD. *Qualitative research in nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 26 - Watson LS. (2007). Attitudinal shifting: a grounded theory of health promotion in coronary care. http://aut.researchgateway.ac.nz/bitstream/10292/81/2/WatsonS_a.pdf. Accessed: Dec 1, 2008.
- 27 - Walsh I. Listen-up: Empathy is a skill that develops on the wards not in the classroom. *Nursing Times*. 2004; 100(49): 18.
- 28 - Dosanjh S, Barnes J & Bhandari M. Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Medical Education*. 2001; 35: 197-205.
- 29 - Freshwater D, Stickley T. The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry*. 2004; 11(2): 91-98.
- 30 - Jouybari L, Oskouie SF, Ahmadi, F. Comfort of Hospitalized Patients: A Missed Concept. *Bimonthly Iran Journal of Nursing*, 2006, 19(47): 90-101.
- 31 - Hughes M, McCollum J, Sheftel D & Sanchez D. How parents cope with the experience of neonatal intensive care? *Children's Health Care*. 1994; 23: 1-14.
- 32 - Miles MS, Carlson J & Funk SG. Sources of support reported by mothers and fathers of infants hospitalized in a neonatal intensive care unit. *Neonatal Network*. 1996; 15: 45-52.
- 33 - Webb RL. (2000). Three elements of motivation. http://www.motivation-tools.com/elements/three/three_elements.htm. Accessed: Sep 10, 2008.
- 34 - Rostami F, Mohamadpour Asl A, Alhani F. Investigation of communication practice of pediatric nurses during nursing procedures. *Journal of Mazandaran Medical Science University*, 2006; 16(52): 85-92.
- 35 - Runeson I, Enskar Karin, Elander G, Hermeren G. Professional's perceptions of children participation in decision making in health care. *Journal of Clinical Nursing*. 2001; 10: 70-78.
- 36 - Espezel H, Canam JC. Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 44(1): 34-41.
- 37 - Hummelinck A, Pollock K. Parents' information needs about the treatment of their chronically ill child: a qualitative study. *Patient Education & Counseling*. 2006; 62: 228-234.
- 38 - Jones L, Woodhouse D, Rowe J. Effective nurse parent communication: a study of parents' perceptions in the NICU environment. *Patient Education and Counselling*. 2007; 69: 206-212.
- 39 - Pongjaturawit Y, & Harrigan R. Parent participation in the care of hospitalized child in Thai and Western cultures. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2003; 26: 183-199.
- 40 - Brazy JE, Anderson BMH, Becker PT & Becker M (2001) How parents of premature infants gather information and obtain support. *Neonatal Network*. 2001; 20: 41-48.
- 41 - Hutchfield K. Family-centred care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 29(5): 1178-1187.
- 42 - McQueen MCH. Nurse-patient relationship and partnership in hospital care. *Journal of Clinical Nursing*. 2000; 9: 723-731.

Marginating the interpersonal relationship: Nurses and parent's experiences of communication in pediatric wards

Aein¹ F (MSc. - Ph.D Candidate) - Alhani² F (Ph.D) - Mohammadi³ E (Ph.D) - Kazemnejad⁴ A (Ph.D).

Introduction: Parents have been used to staying with their sick children in hospital for more than a decade. Nowadays, parents are inevitable elements of child care in hospitals. The parent-nurse relationship is considered to be a cornerstone of high quality pediatric nursing care, however there is little knowledge on the quality of nurse-parent communication in internal pediatric wards. The study, therefore, was designed to explore experiences of parents and nurses regarding parent-nurse communication in hospitals.

Method: Using inductive thematic analysis method, face-to-face interviews were conducted with 14 parents and 10 nurses drawn from two pediatric hospitals in Tehran.

Results: Five major themes were identified namely: downgrading the communication with parent or child, restricting informing parents, taking lessons from parent-nurse relationships, parent-to-parent emotional support and factors contributing in communication downgrading. The results showed that lack of time and high-load work due to imbalance between human resource's demand and supply, nurses' insufficient interpersonal skills and the nature of physician-nurse relationship are the factors contributing in downgrading the parents-nurses communication.

Conclusion: The study revealed that time shortage due to understaffing and nurses' insufficient interpersonal competences led to downgrading the communication between parents and nurses and consequently, not meeting parents' supportive and informative needs. Given that parents are usually their child's bedside presented and enormous contacts of nursing staffs and parents are unavoidable, developing nurses' communication skills through continued education and role models have vital importance.

Key words: Chronic illness, Interpersonal relationship, nurse-parent communication, Pediatric nursing

1 - Nursing Department, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

2 - Corresponding author: Associate Professor, Nursing Department, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

e-mail: alhani_f@modares.ac.ir

3 - Associate Professor, Nursing Department, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

4 - Professor, Biostatistics Department, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.