دیدگاه بیماران در مورد عوامل موثر بر جلب اعتماد بیمار نسبت به پرستار

***آرام فیضی** I
دکتر رخشنده محمدی II
دکتر منصوره نیکروش II

چکیده

زمینه و هدف: اگرچه اعتماد از زمان‌های قدیم یک جزء مهم در ارتباط بین بیمار و پرستار به حساب می‌آمده است، اما مطالعات اندکی در مورد آن انجام یافته و در نتیجه دانسته‌های ما از آن بسیار محدود است. با در نظر گرفتن پیامدهای مثبت گوناگونی که اعتماد بیمار به پرستار می‌تواند به همراه داشته باشد، تشریح عواملی که می‌توانند منجر به ایجاد اعتماد گردند، حائز اهمیت زیادی است. هدف این مقاله تعیین عوامل موثر بر جلب اعتماد بیمار به پرستار از دیدگاه مشارکت کنندگان در پژوهش و کمک به تبیین نظری آن بوده است.

روش بررسی: داده‌های این مطالعه که به روش گراندد تئوری انجام گرفته است با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با ۱۵ بیمار بستری در بخشهای مختلف بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بدست آمده است که به روش پیشنهاد شده توسط Strauss و Corbin مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد که دو طبقه«خصوصیات حرفه‌ای پرستار» و «اصول اخلاقی» می‌توانند به تبیین نظری مفهوم اعتماد کمک نمایند.

نتیجه‌گیری: اعتماد بیمار به پرستار، پدیده‌ای مهم و در عین حال پیچیده است که پرستاران برای دستیابی به آن، باید برخی از خصوصیات حرفه‌ای را در خود، ایجاد و تقویت نموده و برخی از اصول اخلاقی را رعایت کنند.

کلیدواژه‌ها: ۱- بیمار ۲- پرستار ۳- اعتماد

تاریخ دریافت: ۸٤/۹/۹، تاریخ پذیرش: ۸٤/۱۲/۱

مقدمه

انسان‌ها موجوداتی هستند که در حال تعامل دایمی با یکدیگر می‌باشند، آنها از طریق تماس و برقراری ارتباط با دیگران سعی می‌نمایند خود را به عنوان یک فرد مطرح نمایند. لازمه برقراری روابط بین فردی موثر، وجود اعتماد است و این مفهوم، همواره بخش مهمی از مراقبت سلامتی بوده است.[۱]

باید به خاطر داشت که تعامل اجتماعی یک فرآیند تکرار شونده است و افراد در طول زمان و در حین تعامل با دیگران به اعتماد دست می‌یابند. با این حال موقعیت‌هایی وجود دارد که فرد مجبور است به فرد یا افرادی اعتماد نماید که آنها را نمی‌شناسد و یا آشنایی او با آنها، جنبه اتفاقی دارد. یکی از این موقعیت‌ها، رابطه بین بیمار و پزشک یا پرستار است.[۲]

پرستاران، به عنوان یکی از اعضا مهم تیم درمانی، نقشهای مختلفی را با در نظر گرفتن نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی بیماران بر عهده می‌گیرند. آنها ممکن است نقش آموزشی، مشاوره‌ای، هدایتی، اطلاع‌رسانی و حمایتی را ایفا نموده و به عنوان یک فرد خبره عمل نمایند. پرستاران برای ایفای چنین نقشهایی نیازمند برقرار نمودن یک رابطه خوب با بیماران خود می‌باشند.[۳] اعتماد، سنگ زیر بنای رابطه بین

I) دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، خیابان ولی‌عصر، خیابان رشیدیاسمی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران، ایران(*مؤلف مسؤول).

II) دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران، ایران.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

پرستار و بیمار را تشکیل داده و شرایطی را فراهم می‌آورد که تحت آن، پرستار و بیمار می‌توانند با همکاری یکدیگر به یک طرح مراقبتی بهتر دست یابند.

دلایل متقن متعددی وجود دارند که نشان می‌دهند موضوع اعتماد نباید در حد یک حرف باقی بماند.[۴و ۵] در علوم پزشکی، اعتماد نه تنها دارای ارزش ذاتی است بلکه ارزش کاربردی نیز دارد. اعتماد، بسیاری از رفتارها و نگرش‌های مهم بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد. اعتماد، لازمه جستجوی سلامتی از سوی بیمار، بیان اطلاعات محرمانه شخصی، پذیرش درمان و پیروی از توصیه‌های درمانی است. اطلاعات فزاینده‌ای وجود دارند که نشان می‌دهند اعتماد با مکانیسمی نامعلوم(همانند دارونما) بر تعامل بین جسم و ذهن(mind) تاثیر گذاشته و از این طریق تقریباً کارآیی کلیه روشهای درمانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بیمارانی که اعتماد بیش‌تری به درمانگر خود دارند، از مراقبت‌ها رضایت بیش‌تری داشته و احتمال اینکه از خطاهای درمانی چشم پوشی نمایند، بیش‌تر است.[۵]

علی‌رغم اهمیتی که موضوع اعتماد در روابط بین پزشکی یا پرستار با بیمار دارد، تاکنون این مفهوم بندرت مورد مطالعه یا تجزیه و تحلیل دقیق قرار گرفته است[۵] این مسأله باعث شده است که اطلاعات ما در مورد این مفهوم، بسیار اندک باشد.[۶] معدود اطلاعاتی نیز که در علوم پزشکی در مود اعتماد وجود دارد، عمدتاً مربوط به رابطه بین پزشک و بیمار می‌باشد، در نتیجه از عواملی که باعث ایجاد اعتماد بیمار نسبت به پرستار می‌گردند، اطلاع دقیقی در دست نیست؛ از طرف دیگر، نظر به اینکه مطالبات بیماران از پزشکان و پرستاران متفاوت می‌باشد، می‌توان انتظار داشت که عوامل ایجاد کننده اعتماد نسبت به پزشک، متفاوت از عواملی باشد که باعث ایجاد اعتماد بیمار به پرستار می‌گردند. با توجه به اهمیت موضوع اعتماد در روابط بین بیمار و پرستار و پیامدهای مثبت گوناگون آن، تعیین عواملی که می‌توانند باعث ایجاد اعتماد گردند، از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد.

بنابراین در این مطالعه سعی شد تا عواملی که باعث اعتماد بیمار به پرستار می‌گردند، از منظر بیماران مورد بررسی قرار بگیرند تا بدین ترتیب به درک فرآیند اعتمادیابی بیمار به پرستار کمک شود. با دستیابی به این عوامل و انتقال آنها به محیط‌های بالینی می‌توان انتظار داشت که کیفیت مراقبت‌های پرستاری نیز بهبود یابد.

روش بررسی

در این پژوهش برای تعیین عواملی که منجر به اعتماد بیمار به پرستار می‌گردند، از روش تحقیق گراندد تئوری، که یک نوع پژوهش کیفی بوده و بنیان نظری آن را کنش متقابل نمادی تشکیل می‌دهد، استفاده شد. اعتماد بیمار به پرستار، فرآیندی پویا است که در طی مدت بستری شدن بیمار در بیمارستان و دریافت مراقبت‌های پرستاری و دیگر عواملی که به صورت زمینه‌ای عمل می‌کنند، بوجود می‌آید.[۲] ناگفته پیداست که پرستاران در حین انجام مراقبت‌های پرستاری یا اجرای پروسیجرهای درمانی تجویز شده توسط پزشک با بیماران خود کنش و واکنش‌هایی دارند که می‌تواند منجر به ایجاد اعتماد یا عدم اعتماد در آنها گردد. تفسیر این کنش‌ها و واکنش‌ها به روش گراندد تئوری می‌تواند به تبیین نظری مفهوم اعتماد و نحوه شکل‌گیری آن کمک نماید.

محیط این پژوهش را مراکز آموزشی ـ درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، محل کار مشارکت کنندگان یا محل کار محققین تشکیل می‌دادند. برخی از محققین معتقدند که بهتر است مصاحبه با بیماران در مورد تجربه آنها از بستری شدن در بیمارستان و دریافت مراقبت، در فاصله کوتاهی پس از ترخیص و در منزل مشارکت کنندگان انجام گیرد.[۷] در شروع پژوهش حاضر نیز محققین قصد داشتند مصاحبه‌ها را در منزل بیماران انجام دهند اما به دلایل مختلف و از جمله عدم تمایل مشارکت کنندگان به انجام مصاحبه در منزل، از انجام این کار صرف نظر شده و انتخاب محل انجام مصاحبه‌ها به عهده مشارکت کنندگان گذاشته شد.

مشارکت کنندگان در این پژوهش مشتمل بر ۱۵ بیمار

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

بستری در یکی از مراکز آموزشی ـ درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بودند. برای انتخاب نمونه‌ها از دو روش نمونه‌گیری هدفمند و نمونه‌گیری نظری استفاده شد، به این ترتیب که محققین با در نظر گرفتن موضوع مورد پژوهش، اولین نمونه خود را به صورت هدفمند انتخاب نموده و در ادامه و به دنبال شکل‌گیری فرضیه‌هایی در مورد نحوه ارتباط بین کدها و طبقاتی که شکل می‌گرفتند، از نمونه‌گیری نظری به منظور دستیابی به اطلاعاتی که باعث رد یا تایید آن فرضیه یا فرضیه‌ها شود، استفاده نمودند. اولین نمونه از یکی از بخشهای ویژه انتخاب شد. در این انتخاب، ویژگی‌هایی از قبیل آگاه بودن، تمایل داشتن به حل مسایل و مشکلات، قدرت بیان خوب و سابقه بستری‌های مکرر مدنظر قرار گرفت. به نظر محققین ویژگی‌های فوق می‌توانست به جمع‌آوری اطلاعات غنی کمک کند و در نتیجه هدایت تحقیق در مراحل بعدی را تسهیل نماید. انتخاب نمونه‌ها تا رسیدن به اشباع ادامه یافت. اشباع، به حالتی اطلاق می‌گردد که به نظر پژوهشگر در حین کدگذاری داده‌ها، هیچ اطلاعات جدیدی بدست نمی‌آید؛ یعنی، هیچ ویژگی، بعد، شرایط، کنش یا برهم کنش یا نتیجه منطقی جدیدی در داده‌ها مشاهده نمی‌شود.[۸]

روش اصلی گردآوری داده‌ها مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با بیماران بود. بدین منظور، تعدادی سؤال باز و کلی در رابطه با موضوع مورد پژوهش تهیه گردید تا انجام مصاحبه‌ها را تسهیل نموده و سمت و سوی آن را در جهت هدف تحقیق، حفظ نماید. پس از کسب رضایت بیمار، مصاحبه‌ها با استفاده از ضبط صوت دیجیتالی، ضبط می‌شد و بلافاصله پس از اتمام مصاحبه‌ها و در اولین فرصت، به حافظه رایانه منتقل می‌گردید. سپس مصاحبه‌ها به صورت کلمه به کلمه، تایپ شده و پس از کنترل آنها از نظر تایپ کلمه به کلمه(با استفاده از گوش دادن و خواندن همزمان متن تایپ شده)، تجزیه و تحلیل داده‌ها روی آنها انجام می‌گرفت. مدت مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۷۰ دقیقه و به طور متوسط ۵۵ دقیقه بود. با برخی از مصاحبه شوندگان برحسب ضرورت در طی ۲ جلسه مصاحبه انجام گرفت.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش پیشنهاد شده توسط Strauss و Corbin استفاده شد. اساس این روش بر مقایسه مداوم داده‌ها با یکدیگر و انجام کدگذاری در سه مرحله آزاد، محوری و انتخابی استوار گشته است. محققین پس از انجام اولین مصاحبه و دست‌نویس کردن آن، به کدگذاری خط به خط آن پرداختند. برای انتخاب عنوان کدها، هم از واژه‌ها و عباراتی که توسط شرکت کنندگان مطرح شده بود(In vivo codes) و هم از واژه‌ها و عباراتی که محققین آنها را مناسب موضوع، رویداد، فرآیند یا موقعیت مورد نظر می‌دانستند، استفاده شد. از مصاحبه اول در نهایت ۱۵۵ کد اولیه بدست آمد که ۲۱ مورد از آنها به موضوع اعتماد مربوط می‌شدند. پس از آنکه کدهای اولیه مشخص شدند، محققین شروع به مقایسه آنها از نظر تشابه‌ها و تفاوت‌ها نمودند تا بتوانند کدهای مشابه را تحت طبقات کلی‌تر و انتزاعی‌تر قرار دهند. با انجام مصاحبه‌های بعدی، کدهای اولیه دیگری نیز بدست آمد که برخی از آنها را می‌شد در طبقاتی که از پیش موجود بودند، قرار داد ولی برخی دیگر به هیچ یک از طبقات قبلی، ارتباط نداشتند؛ لذا سعی شد برای این گونه داده‌ها طبقه جدیدی در نظر گرفته شود. آخرین کاری که در مرحله کدگذاری آزاد انجام گرفت، تعیین ویژگی‌ها و ابعاد طبقات فرعی بود. با انجام این کار امکان توضیح واضح‌تر طبقات و تعیین ارتباط بین آنها فراهم گردید. در مرحله دوم(کدگذاری محوری) که هدف آن گرد هم آوردن مجدد داده‌های تجزیه شده در مرحله کدگذاری آزاد است، محققین به تعیین شرایط، کنش‌ها و بر هم کنش‌ها و نتایج منطقی حاصل از آنها پرداخته و نحوه ارتباط بین طبقه اصلی با زیرطبقات آن را معلوم نمودند. در سومین مرحله از کدگذاری(کدگذاری انتخابی) محققین به تلفیق(Integration) و پالایش(Refining) طبقات پرداختند. محققین برای تلفیق و پالایش الگوی شکل گرفته، به بررسی ثبات و همخوانی درونی آن پرداخته و نسبت به تکمیل طبقات ناقص و حذف طبقات نامربوط اقدام نمودند.

برای بررسی قابلیت اعتماد(Trustworthiness) از چهار سازه قابلیت پذیرش(Credibility)، قابلیت انتقال

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

(Transferability)، قابلیت اطمینان(Dependability) و قابلیت تأیید(Confirmability) استفاده شد. این چهار سازه در کنار یکدیگر اعمال‌پذیری(Applicability)، ثبات(Consistency) و بی‌طرفی(Neutrality) مطالعه را تضمین نمودند.[۹]

برای دستیابی به قابلیت پذیرش، از درگیری بلند مدت محققین با داده‌ها(حدود ۲ سال) و قرار دادن دست نوشته‌ها و برداشت‌های محققین در اختیار مصاحبه شوندگان استفاده شد. برای افزایش قابلیت انتقال یافته‌های حاصل از پژوهش به موقعیت‌های دیگر، محققین به بررسی دیدگاه‌های ۱۵ بیمار بستری در بخشهای مختلف داخلی و جراحی پرداختند. همچنین دست نوشته‌ها توسط محققین به طور مستقل مورد بررسی قرار گرفته و با یکدیگر مقایسه گردیدند. در ضمن، شرح دقیق پژوهش، روش شناسی پژوهش و نتایج حاصل از آن نیز به طور مبسوط ارایه گردید. برای افزایش قابلیت اطمینان پژوهش از رد ممیزی(Audit trial) توسط محققین استفاده شد. قابلیت تأیید پژوهش نیز که در واقع نشانگر عینیت(Objectivity) آن است، از طریق رد ممیزی توسط محققین تعیین گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش با ۱۵ بیمار که در یکی از بخشهای داخلی یا جراحی مراکز آموزشی ـ درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه واقع در شهرستان ارومیه، بستری شده بودند، مصاحبه بعمل آمد. از ۱۵ مشارکت کننده‌ای که با آنها مصاحبه شد، ۹ نفر مرد و ٦ نفر زن بودند. دامنه سنی مشارکت کنندگان بین ۲۳ تا ۷٦ سال قرار داشت و میانگین سنی آنها ٤٦/٥٣ سال بود. میزان تحصیلات مشارکت کنندگان از بی‌سواد تا مقطع کارشناسی متغیر بود. حداقل مدت بستری مشارکت کنندگان(در بستری فعلی یا اخیر) ۲ روز، حداکثر ۲۷ روز و به طور متوسط ۹/۳ روز بود. در ضمن برخی از بیماران، برای بار اول، بستری شدن در بیمارستان را تجربه می‌نمودند در حالی که برخی از آنها سابقه چندین بار بستری شدن را داشتند.

در این پژوهش بخشی از کدهای حاصل از مصاحبه‌ها براساس تشابهات و تفاوت‌هایشان در یک طبقه اصلی به نام اعتماد یابی قرار داده شدند. اعتمادیابی، فرآیندی بود که در طی مدت اقامت بیمار در بیمارستان و در جریان دریافت خدمات پرستاری ایجاد می‌شد. شرایط گوناگونی که تحت آن کنش‌ها یا بر هم کنش‌های بین پرستار و بیمار رخ می‌دهد و نتایج منطقی که بیمار از این کنش‌ها یا بر هم کنش‌ها استنباط می‌نمود، منجر به ایجاد اعتماد یا سلب اعتماد بیمار نسبت به پرستار می‌گردید.

برای این طبقه، دو زیر طبقه «خصوصیات حرفه‌ای پرستار» و «اصول اخلاقی» در نظر گرفته شد که می‌توانستند به تبیین فرآیند ایجاد اعتماد در بیماران کمک نمایند.

«خصوصیات حرفه‌ای پرستار» که از داده‌ها بدست آمدند، عبارت بودند از: دانش، مهارت، تجربه، گوش به زنگ بودن، شوق کمک به دیگران، رابطه پرستار با حرفه خود، احساس مسؤولیت و فداکاری. ویژگی‌های فوق، عواملی بودند که بیماران در صورت مشاهده یا ادراک آنها در پرستاران، نسبت به آنها احساس اعتماد می‌نمودند. با ذکر یک مثال برای هر یک از ویژگی‌های فوق به شرح آنها می‌پردازیم.

دانش، یکی از ویژگی‌های مهم طبقه فرعی «خصوصیات حرفه‌ای پرستار» را تشکیل می‌داد. دامنه دانش(ابعاد آن)، از فقدان دانش در مورد یک موضوع، از قبیل بیماریی که مددجو به واسطه ابتلا به آن در بیمارستان بستری شده است تا دانش کامل در آن زمینه، متغیر بود. سطح بالای دانش با اعتماد بیش‌تر بیمار نسبت به پرستار مرتبط بود. برای مثال یکی از مشارکت کنندگان در این مورد گفته است:

«... پرستار همیشه بالای سر مریض است و هزاران خطر ممکن است پیش آید. مثلاً، ممکن است بیمار انفارکتوس کند. او باید بتواند کاری انجام دهد. یعنی وقتی علایم حادی دیده شد، علایمی که پیش می‌آید، بشناسد.»

مهارت نیز همچون دانش به عنوان یکی از ویژگی‌های مهم «خصوصیات حرفه‌ای پرستار» ذکر شد. این ویژگی بیش از ویژگی دانش مورد توجه بیماران بود. دامنه مهارت، از مهارت زیاد تا فقدان مهارت در انجام پروسیجرها متغیر بود. یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه چنین گفته است:

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

«... من از آنها تشکر می‌کنم. مخصوصا از آقای ... (پرستار بخش مربوطه). طوری محل زخم را می‌شوید و طوری پانسمان می‌کند که بیمار اصلا متوجه نمی‌شود. جداً هم همین طور است.»

داشتن تجربه کافی، یکی از ویژگی‌هایی بود که بیماران آن را لازمه کار پرستاری می‌دانستند. دامنه تجربه، از تجربه کاری زیاد تا بی‌تجربگی در یک زمینه خاص متغیر بود. برای مثال یکی از مشارکت کنندگان در این مورد چنین اظهار می‌نمود:

«... گفتم که بیماری ما بیماری حساسی است. اولا پیدا کردن کلیه، خودش هفت‌خان رستم است. خوب اگر کارهای ما را به یک پرستار بی‌تجربه واگذار کنند یک داروی اشتباهی یا یک تزریق اشتباهی می‌تواند مشکل ایجاد کند... .»

گوش به زنگ بودن، به معنی هوشیار بودن، مراقبت مداوم و پیوسته آماده بودن، یکی دیگر از ویژگی‌هایی بود که به پرستار نسبت داده می‌شد که می‌توانست باعث ایجاد اعتماد در بیمار گردد. گوش به زنگ بودن، می‌توانست از مراقبت مداوم تا غفلت کامل از بیمار متغیر باشد. یکی از مشارکت کنندگان در این مورد چنین می‌گفت:

«...من سال ۷۹ و ۸۰ چهار تا مریض جلوی چشمم مردند. تخت رو بروی من. من گفتم(با تاکید) خانم این مرد! تازه[پرستار] آمده.»

مشارکت کنندگان در این پژوهش، شوق کمک به دیگران را از دیگر ویژگی‌های «خصوصیات حرفه‌ای پرستار» و شغل پرستاری ذکر کرده بودند. به نظر آنها حِرَفِ پزشکی و از جمله پرستاری طوری هستند که غالب مردم به تخصص و کمک آنها نیاز دارند و کسانی که در این مشاغل به کار می‌پردازند باید یک انگیزه قوی برای کمک رساندن به همنوعان خود داشته باشند. یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه می‌گفت:

«... شب دوم بود، من احساس کردن سرم زیر جلدم تزریق می‌شود. ده بار پرستار را صدا زدم.... تخت بغل دست من هم ده بار صدا زد، باز هم جوابی ندادند. اصلا نمی‌خواست به دادم برسه... .»

بسیاری از مشارکت کنندگان در این پژوهش معتقد بودند، رابطه بین پرستار و پرستاری مثل رابطه بین عاشق و معشوق است. پرستار باید عاشق حرفه خود باشد تا بتواند کار خود را به نحو احسن انجام دهد. در این رابطه یکی از مشارکت کنندگان می‌گفت:

«در بخشهای قلب، آنهایی که ... پرستار هستند... باید تخصص داشته باشند، آمادگی داشته باشند، ... علاقه و عشق داشته باشند و به مریض رسیدگی کنند. من تا عشق نداشته باشم، نمی‌توانند به من به زور بگویند فلان کار را بکن... .»

احساس مسؤولیت پرستار در برابر پیامدهای کاری که انجام می‌دهد، یکی دیگر از «خصوصیات حرفه‌ای پرستار» ذکر شده بود. به عقیده بیماران، مراقبت از انسان‌ها، وظیفه سنگینی است که بر دوش پرستاران نهاده شده است و آنها باید در انجام آن با احساس مسؤولیت بیش‌تر عمل نمایند. یکی از بیماران در این زمینه چنین می‌گفت:

«...کسی که آنجا نشسته باید بلد باشه با مردم چطوری رفتار کنه. بداند برای چه آنجا نشسته....»

فداکاری به معنی چشم پوشیدن از چیزهای با ارزش به خاطر کسی یا چیزی دیگر، ویژگی دیگری بود که مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر آن را به پرستاران نسبت می‌دادند و محققین آن را در زمره «خصوصیات حرفه‌ای پرستار» قرار دادند. به یک نمونه جالب در این مورد که بر گرفته از سخنان یکی از مشارکت کنندگان است توجه کنید:

«... ساعت ۱۰/۵ شب، دو خانم متاهل که دور از خانه و فرزندان خود هستند، بدون آنکه من بگویم، به خاطر من برگشته بودند تا به من کمک کنند. من تشکر کردم و گفتم که نه من نیازی به دیالیز ندارم.»

دومین طبقه فرعی طبقهٔ «اعتماد یافتن»، «اصول اخلاقی» نام‌گذاری شد. در این پژوهش مشارکت کنندگان در ضمن صحبت‌های خود به رازداری، راستگویی(صداقت)، درمان مشابه برای موارد مشابه و رعایت حریم شخصی بیمار توسط پرستار یا پزشک اشاره کرده بودند که محققین آنها را در زیر طبقه «اصول اخلاقی» قرار دادند. ویژگی‌های فوق،

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

اصولی بودند که در صورت رعایت آنها توسط پرستار، در بیمار احساس اعتماد بوجود می‌آمد.

رازداری، یکی از ویژگی‌های طبقه فرعی «اصول اخلاقی» بود که مشارکت کنندگان در این پژوهش به آن اشاره کرده بودند. پزشکان و پرستاران به واسطه حرفه خود به اطلاعاتی(جسمی، اجتماعی، اقتصادی و ...) در مورد بیمار دست می‌یابند که بازگو نمودن آنها به دیگران، حتی اعضای خانواده بیمار، ممکن است باعث سلب اعتماد بیمار نسبت به کادر درمان گردد. یکی از مشارکت کنندگان در این پژوهش در رابطه با رازداری چنین می‌گفت:

«من ٦ ماه پیش تحت عمل جراحی قلب باز قرار گرفتم. همان موقع آقای دکتر... به من گفت که باید سیگار کشیدن را کنار بزارم. من حدوداً ٤٠ سال است که سیگار می‌کشم، نمی‌تونم این کار را بکنم. ولی زنم و بچه‌هام فکر می‌کنن من سیگار را ترک کرده‌ام. وقتی اینجا بستری شدم از آقای...[پرستار بخش] خواستم منو ببره توی بالکن یه سیگار بکشم. همون جا بهش گفتم که زن و بچه من از اینکه من سیگار می‌کشم خبر ندارن. انصافاً اون هم خودش به خانواده‌ام چیزی نگفت هم به همکاراش سفارش کرد منو لو ندن.... ولی به من گفت که سعی کنم سیگار را ترک کنم.»

بدون شک، راستگویی(صداقت) پایه و اساس برقراری یک رابطه مبتنی بر اعتماد بین درمانگر و مددجو است. بسیاری از مشارکت کنندگان در این پژوهش خواستار گفته شدن حقایق در مورد بیماریشان بودند. البته آنها، بیش‌تر از پزشک معالج خود انتظار داشتند که در مورد بیماری، قابل درمان بودن یا نبودن آن، شیوه درمان و مسایلی از این دست با آنها صحبت نمایند. اما، پرستاران نیز خواه ناخواه درگیر مسأله بیان واقعیات می‌گردند، بویژه اگر پزشک به دلایل مختلف، اطلاعات کافی در مورد بیمار و پیش‌آگهی آن را در اختیار بیمار قرار ندهد. به متن زیر که برگرفته از گفته‌های یکی از مشارکت کنندگان است توجه نمایید:

«... این بار من را به مطب دکتر... منتقل کردند. ایشان باز آمدند(چون من خیلی ناراحت بودم) باز آمدند سرشان را تکان دادند و گفتند بفرمایید. من عصبانی شدم و گفتم آقای دکتر آخه من حیوانم؟ آخه چمه؟ شما چرا با من صحبت نمی‌کنید؟ من از نظر روانی یک حالت خاصی به من حاکمه. چمه؟ سرطان دارد؟ مشکل خاصی دارم؟»

مراقبت مشابه برای موارد مشابه به معنی رعایت عدالت در ارایه خدمات، از جمله بکارگیری تکنولوژی، نیروی انسانی، دارو و مراقبت‌های پزشکی و پرستاری است. برخی از بیماران تصور می‌کنند که پزشکان و پرستاران به دلایل مختلف به برخی از بیماران بیش از دیگران توجه و رسیدگی می‌نمایند. در این باره یکی از مشارکت کنندگان چنین می‌گفت:

«من از شما یک سؤال دارم. اگر یک پزشک دچار سوختگی شود در کجا بستری می‌شود؟ ... اگر او هم در این بیمارستان بستری شود و در اتاق مجاور من باشد و همان رسیدگی‌هایی که به من می‌شود در مورد او هم انجام گیرد،... به حد ایده‌آل رسیده‌ایم. یعنی آن پزشک مثل من در این بیمارستان بستری شود و همان اقدام‌هایی برای او انجام گیرد که برای من انجام می‌گیرد.»

حریم شخصی، یکی از موضوعاتی است که بیش‌تر مردم به آن اهمیت می‌دهند. مردم دوست ندارند بدن آنها در معرض دید دیگران قرار گیرد تا کسی بدون اجازه وارد حریمی گردد که آنها، آن را متعلق به خود می‌دانند. در این مورد به متن زیر که برگرفته از گفته‌های یکی از مشارکت کنندگان است توجه کنید:

«... خانم [پرستار بخش] وقتی می‌خواست وارد اتاق من شود، چون من در اتاق تنها بودم، در می‌زد و وقتی من می‌گفتم بفرمایید وارد اتاق می‌شد.»

یکی دیگر از مشارکت کنندگان در این پژوهش در مورد رعایت حریم شخصی می‌گفت: «پزشک میاد همینطوری ملحفه را از روت می‌کشه کنار. جلوی آنهمه دانشجو، دختر و پسر. حالا می‌گیم دکتر محرمه، ولی این دلیل نمی‌شه. حتی به آدم نمی‌گن چکار می‌خوان بکنن. شاید برای خودشون یک چیز عادیه ولی برای من نیست. من خجالت می‌کشم... .»

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

بحث

بـه عقیـده Mechanic و Meyer(۲۰۰۰) اعتمـاد، لازمـه برقراری روابط بین فردی موثر و زندگی اجتماعی است. تعامل اجتماعی فرآیندی تکراری است و حس اعتماد، که در طول زمان پدیدار می‌گردد، حاصل تعامل بین فرد با دیگران است.[۲]

در این پژوهش، بخشی از داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، پس از مقایسه مداوم آنها با یکدیگر و انجام کدگذاری‌های آزاد، محوری و انتخابی در یک طبقه اصلی به نام اعتمادیابی قرار داده شدند. به عقیده ما اعتماد یا عدم اعتماد بیمار به پرستار حاصل تعامل بین آنها بوده و در شکل‌گیری آن، دو مفهوم«خصوصیات حرفه‌ای پرستار» و «اصول اخلاقی» نقش دارند.

براساس گفته‌های مشارکت کنندگان در این پژوهش برای اینکه بیمار بتواند به پرستار خود اعتماد نماید، باید برخی ویژگی‌های حرفه‌ای را در وی مشاهده نموده یا آنها را ادراک نماید. این ویژگی‌ها شامل دانش، مهارت، تجربه، گوش به زنگ بودن، شوق کمک به دیگران، رابطه بین پرستار و حرفه خود، احساس مسؤولیت و فداکاری بودند. مشارکت کنندگان در این پژوهش برای دانش پرستار دو نقش قایل بودند؛ نخست، توانایی شناسایی مشکل بیمار و برطرف نمودن یا گزارش آن به پزشک و دوم، آموزش. البته بیماران نقش آموزشی پرستار را عمدتاً به زمینه‌های تکنیکی از قبیل تزریقات، پانسمان، تعویض کیسه کولوستومی و ... محدود می‌نمودند و آن را در مواردی چون بیماری و داروها به رسمیت نمی‌شناختند. این موضوع شاید حاصل به فراموشی سپرده شدن نقش آموزشی پرستاران در محیط‌های بالینی کشور ما باشد. به نظر Chapman و Orb(۲۰۰۰) هدف آموزش پرستاری، تربیت پرستارانی است که دارای دانش و توان لازم برای ارایه مراقبت به مددجویان در محیط‌های بالینی باشند.[۱۰] Raeve(۲۰۰۲) نیز معتقد است که اعتماد بیمار به پرستار با ارزیابی وی از دانش پرستار در ارتباط می‌باشد.[۱۱]

ویژگی مهارت، بیش از ویژگی دانش مورد توجه بیماران بود. شاید علت این امر نقشهایی باشد که پرستاران در محیط‌های بالینی تقبل نموده و به آن بسنده کرده‌اند. آنها عمدتا در حد یک تکنسین ظاهر می‌گردند که قادر است برخی از پروسیجرها را به انجام رسانده و با دستگاه‌های پیچیده از قبیل ونتیلاتورها و مونیتورهای قلبی کار کند. در این میان سایر نقشهای پرستار به بوته فراموشی سپرده می‌شود. یافته‌های Irurita(۱۹۹۹) نیز مؤید این موضوع است که مهارت تکنیکی برای ارایه مراقبت پرستاری مطلوب لازم بوده، ولی کافی نیست.[۱۲] Hall(۲۰۰۱) و Joffe، Mancchic، Weeks و Cleary(۲۰۰۱) نیز معتقدند یکی از عواملی که می‌تواند منجر به ایجاد اعتماد در بیمار گردد، کاردانی است. کاردانی از دیدگاه این محققین شامل مهارت‌های تکنیکی و مهارت‌های بین فردی می‌باشد.[۴و ۵]

داشتن تجربه کافی نیز یکی از ویژگی‌هایی بود که بیماران آن را لازمه کار پرستاری می‌دانستند و بخصوص استفاده از دانشجویان، بدون حضور مربی و بکارگیری پرستاران یک بخش در بخشی دیگر را مورد انتقاد قرار می‌دادند. Mark(۲۰۰۱) در مطالعه خود به این نتیجه رسید که با تجربه بودن واحد پرستاری می‌تواند باعث ایجاد رضایت در پرستار و بیمار، کاهش مدت اقامت بیمار در بیمارستان، بهبود برآیندهای حاصل برای بیمار، کاهش خطاهای دارویی و کاهش سقوط بیمار گردد.[۱۳]

«گوش بزنگ بودن» یکی دیگر از ویژگی‌هایی بود که مشارکت کنندگان در این پژوهش آن را به پرستاران نسبت می‌دادند. آنها معتقد بودند به دلیل پیچیدگی‌های بدن انسان و نیز به خاطر انسان بودن انسان، پرستار باید همواره گوش به زنگ و آماده اقدام بموقع باشد. مشارکت کنندگان در مطالعه Attree(۲۰۰۱) نیز به همین موضوع اشاره نموده و آماده بودن پرستار برای هر گونه اقدام لازم را نشان بالا بودن کیفیت مراقبت دانسته‌اند.[۱۴]

مشارکت کنندگان در این پژوهش شوق یا میل پرستار به کمک رساندن به بیمار را یکی دیگر از خصوصیات شاغلین حرفه پرستاری می‌دانستند. به نظر Orem(۱۹۹۵) نظام

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

پرستاری یک نظام کمک کننده است که در آن پرستار به بررسی کاستی‌های بیمار در ارتباط با مراقبت از خود پرداخته و به او در رفع «نیازهای مراقبت از خود درمانی» (Self therapeutic) کمک می‌نماید.[۱۵] در مطالعه Attree(۲۰۰۱) که به روش گراندد تئوری انجام گرفت نیز معلوم شد که بیماران، پیش‌بینی شدن نیازهایشان توسط پرستار و میل و رغبت آنها به کمک کردن به بیمار را نشان مراقبت با کیفیت خوب می‌دانند.[۱۴]

مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر به رابطه بین پرستار و حرفه خود نیز اشاره نموده بودند. آنها معتقد بودند که پرستار برای اینکه بتواند مراقبتی با کیفیت خوب ارایه دهد، باید عاشق حرفه خود باشد.

احساس مسؤولیت یکی دیگر از ویژگی‌هایی بود که مشارکت کنندگان در این پژوهش آن را به پرستاران نسبت می‌دادند. آنها معتقد بودند که پرستار باید در قبال رفتارها و همچنین پیامد کارهای خود احساس مسؤولیت نموده و بداند که از چه کسی(یک انسان) مراقبت بعمل می‌آورد. در مطالعه Irurita(۱۹۹۹) نیز معلوم گردید که فقدان مسؤولیت‌پذیری به همراه ضعیف بودن ارتباط بین پزشک ـ پرستار ـ بیمار آثار مخربی بر کیفیت مراقبت دارد.[۱۲]

یکی دیگر از خصوصیات پرستار که در این پژوهش به ایجاد حس اعتماد کمک می‌کرد، فداکاری بود. گرچه بیماران انتظار فداکاری از سوی پرستار را نداشتند ولی اغلب آنها فداکاری را جزیی از حرفه پزشکی دانسته و برخی نیز با مشاهده رفتارهای حاکی از آن، احساس رضایت عمیق نموده و خود را مدیون این قشر(پرستاران) قلمداد می‌نمودند.

محققین در جستجوی گسترده خود در شبکه اینترنت و سایر منابع در دسترس، هیچ اطلاعاتی در مورد رابطه بین فداکاری، گوش به زنگ بودن، شوق کمک به دیگران و رابطه پرستار با حرفه خود با ایجاد حس اعتماد نسبت به پرستار بدست نیاورند. بنابراین به نظر می‌رسد که این موارد نیازمند بررسی‌های بیش‌تر می‌باشند.

رازداری، یکی از ویژگی‌های طبقه فرعی «اصول اخلاقی» بود که مشارکت کنندگان در این پژوهش آن را به عنوان یکی از علل اعتماد یافتن به پرستاران ذکر می‌نمودند. بدیهی است که بیماران اطلاعات زیاد و گاه محرمانه‌ای را که حتی به همسر، فرزندان و دوستان نزدیک خود بازگو ننموده‌اند، در اختیار اعضای تیم درمانی قرار می‌دهند و انتظار دارند که این اطلاعات به صورت محرمانه باقی بمانند. در مطالعه Mechanic و Meyer(۲۰۰۰) نیز رازداری به عنوان یکی از عواملی که باعث ایجاد اعتماد می‌گردد، مطرح شده است. در مطالعه محققین فوق علاوه بر رازداری به عوامل دیگری از قبیل صداقت، حریم شخصی، مسؤولیت‌پذیری، مهارت تکنیکی و مهارت بین فردی نیز اشاره شده است[۲] که با یافته‌های مطالعه حاضر مطابقت دارند.

راستگویی یا صداقت که مشارکت کنندگان در این پژوهش آن را یکی از دلایل اعتماد یافتن به پرستار ذکر می‌کردند با حقوق بیمار در رابطه با مطلع شدن از تشخیص و بیماری خود در ارتباط است. این اصل در مواردی با یک اصل اخلاقی دیگر که بیان می‌دارد پزشکان و پرستاران نباید به بیمار خود آسیب برسانند، در تضاد است، زیرا در برخی مواقع گفتن حقیقت نه تنها کمکی به بیمار و خانواده وی نمی‌نماید بلکه ممکن است منجر به آسیب جسمی یا روحی آنان گردد.[۱۶] این تضاد و نحوه تصمیم‌گیری در مورد صادق بودن یا نبودن با بیمار می‌تواند بر اعتماد بیمار نسبت به پرستار تاثیر بگذارد.

مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر به مسأله برابری یا انجام درمان مشابه برای موارد مشابه نیز اشاره نموده بودند که محققین در جستجوی گسترده در شبکه اینترنت و سایر منابع در دسترس به مطلبی در این مورد دست نیافتند. شاید مطرح شدن چنین مطلبی از سوی مشارکت کنندگان در این پژوهش حاصل تجربه بیماران در محیط‌های خارج یا داخل بیمارستان باشد که باعث شده آنها تصور نمایند در ارایه خدمات پزشکی و پرستاری، عدالت رعایت نمی‌گردد. در هر صورت این موضوع نیز نیازمند بررسی بیش‌تر می‌باشد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی به شرح زیر بود:

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

۱- تفسیر یافته‌ها در پژوهش‌های گراندد تئوری به تعامل بین داده‌ها و فرآیندهای خلاق پژوهشگر بستگی دارد و لذا تعمیم نتایج حاصل از آن با محدودیت‌هایی روبرو است. از این رو پیشنهاد می‌شود خوانندگانی که می‌خواهند از یافته‌های این پژوهش استفاده نمایند، میزان مشابهت بین مشارکت کنندگان در این پژوهش و زمینه‌ای که پژوهش در آن صورت گرفته است را با موقعیت مورد علاقه خود تعیین نموده و سپس نسبت به قابلیت تعمیم یافته‌ها به آن تصمیم بگیرند.

۲- در این پژوهش برخی از مصاحبه‌ها بنا بر ضرورت در محیط بیمارستان انجام گرفته‌اند. این موضوع ممکن است بر نحوه پاسخگویی مشارکت کنندگان تاثیر گذاشته باشد زیرا، امکان دارد مشارکت کنندگان تصور کرده باشند که نوع پاسخ آنها بر روی نحوه ارایه مراقبت‌ها تاثیر می‌گذارد.

نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف درک بیش‌تر فرآیندهایی که می‌توانند باعث اعتماد بیمار به پرستار گردند، انجام گرفت. برای دستیابی به این هدف و به منظور کشف عواملی که می‌توانند ما را در تبیین نظری این مفهوم یاری نمایند، از رویکرد گراندد تئوری استفاده شد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بیماران عوامل گوناگونی را در ایجاد اعتمادشان به پرستار دخیل می‌دانند، که این عوامل در دو طبقه «خصوصیات حرفه‌ای پرستار» و «اصول اخلاقی» قرار داده شدند. بیش‌تر یافته‌های حاصل از این پژوهش با یافته‌های محققین پیشین همخوانی داشت، اما برخی از آنها مفاهیمی کاملا بدیع بودند، بنابراین پیشنهاد می‌شود برای کاربردی نمودن این مفاهیم و قابل تعمیم نمودن آنها به سایر بیماران و بیمارستان‌ها، تحقیق‌های کمی با حجم نمونه کافی در مورد رابطه بین آنها و اعتماد یافتن بیمار به پرستار انجام گیرد.

یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌تواند توسط پرستاران و همچنین دانشجویانی که با بیماران سر و کار دارند، مورد استفاده قرار گیرد. همان طور که پیش‌تر گفته شد، پرستاران برای ارایه مراقبت پرستاری با کیفیت بالا، نیاز به برقراری ارتباط با بیماران دارند و یافته‌های این پژوهش می‌تواند به آنها در برقراری یک رابطه مبتنی بر اعتماد کمک نماید.

مسلما موضع مهم و پیچیده‌ای همچون اعتماد، که اطلاعات ما در مورد آن بسیار اندک است، نیازمند بررسی‌های گسترده و جدی دیگری می‌باشد تا درک ما از ابعاد، ویژگی‌ها و پیامدهای گوناگون آن افزایش یابد. محققین امیدوارند که یافته‌های حاصل از این پژوهش، زیربنایی برای تلاش‌های آینده قرار گیرد تا فهم ما از نقش کلیدی و مهم این مفهوم یافته و راه‌هایی که می‌توانند باعث ایجاد و حفظ اعتماد بیمار نسبت به پرستار گردند، بدقت تعیین گردد.

تقدیر و تشکر

این تحقیق با استفاده از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران در قالب طرح تحقیقاتی(شماره ثبت: ۱۶۸/پ) انجام گردیده است که بدین وسیله نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسؤولین آن مرکز و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ارومیه به جهت تأمین شرایط لازم برای اجرای مطالعه و همچنین مشارکت کنندگان در این پژوهش که با شرکت در آن و بیان تجربیات خود امکان اجرای آن را فراهم کردند، ابراز می‌دارند.

فهرست منابع

1- Firth-Cozens J. Organizational trust: The keystone to patients' safety. Qual Saf Health car 2004; 13: 56-61.

2- Mechanic D, Meyer S. Concepts of trust among patients with serious illness. Social Science and Medicine 2000; 51: 657-68.

3- Seong KM. Perception gap between nurses and patients on kindness. Presented to the International society for scientific study of subjectivity. University of Georgia, Athens. Accessed sep 23-25, 2004, p. 1-17. Available from: http://www.qmethode.org.

4- Joffe J, Manocchia M, Weeks J, Cleary P. What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centered bioethics. Journal of Med Ethics 2003; 29: 103-8.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

5- Hall M. Do patients trust their doctors? Does it matter? NCMJ 2001; 62(4): 188-91.

6- Pearson SD, Raeke LH. Patient's trust in physicians: many theories, few measures, and little data. J Gen inter med 2001; 15: 509-13.

7- Williams B, Coyl J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. Social Science and Medicine 1999; 47(9): 1351-9.

8- Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publication; 1998. p. 136.

9- Brown SC, Stevens RA, Troiano PF, Schneider ML. Exploring complex phenomena: Grounded theory in student affairs research. Journal of college student development 2002; 43(2): 1-11.

10- Chapman R, Orb A. The nursing student's lived experience of clinical practice. Australian Electronic Journal of Nursing education 2000; 5(2): No pagination.

11- Raeve LD. Trust and trustworthiness in nurse-patient relationship. Nursing philosophy 2002; 3: 152-162.

12- Irurita VF. Factors affecting the quality of nursing care: The patients' perspective. International Journal of Nursing Practice 1999; 5: 86-94.

13- Mark B. Implications of multi-level modeling for nursing system outcome research. Invitational Symposium, Ongoing issues and challenges. 2001. Toronto. Canada. Available from: http://www.gov.on.ca/health.

14- Attree M. Patients' and relatives' experience and perspective of "Good" and "Not so Good" quality of care. Journal of Advances Nursing 2001; 33(4): 456-66.

15- Wengstrom Y. Nursing interventions in radiation therapy-studies on women with breast cancer. From the department of oncology and pathology, Radiumhemmet, Karolinska Institute, Karoliska Hospital, Stockholm, Sweden. 2000. Available From: http://diss.kib.ki.se/2000/ 91-628-3999-3 thesis/pdf.

16- Sullivan RJ, Menapace LW, White RM. Truth-telling and patient diagnosis. Journal of Medical Ethics. 2001; 27: 192-7.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

Factors Causing Patient's Trust in Nurse from Patients' Perspective

*A. Feizi, MSc [I] R. Mohammadi, Ph.D. [II] M. Nikravesh, Ph.D. [II]

Abstract

Background & Aim: Although trust has long been recognized as an important element of patient-nurse relationship, it has seldom been studied and, therefore, there is limited knowledge about it. Explaining factors causing this trust becomes very important when its various positive consequences are taken into consideration. The present study was carried out to explore and explain theoretically the factors led up to patient's trust in nurse.

Patients and Methods: Grounded Theory approach was adopted in this study. Data was collected from 15 patients hospitalized in various wards of three academic hospitals in Uromia using semi-structured interviews. The method proposed by Strauss and Corbin was used for data analysis.

Results: The findings of this study revealed that two categories namely nurse's professional characteristics and ethical principles can help to theoretically explain the concept of trust.

Conclusion: Patient's trust in nurse is an important and complex phenomenon. Therefore, nurses have to develop and reinforce some professional characteristics in themselves and consider some ethical principles in order to attain this trust.

Key Words: 1) Patient 2) Nurse 3) Trust

I) *Ph.D. Student of Nursing. School of Nursing & Midwifery, Vali-Asr St. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.(*Corresponding Author)*

II) *Associate Professor. Faculty of Nursing & Midwifery. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]