

تبیین راهبردهای برقراری ارتباط پرستار - بیمار

علی فخرموحدی* رضا نگارنده** مهوش صلصالی***

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران توسط برقراری ارتباط مؤثر از نیازهای بیماران مطلع شده و به آن‌ها پاسخ می‌دهند. با توجه به اهمیت فرایند ارتباط پرستار-بیمار، ضرورت پرداختن به این پدیده به صورت عمیق در هر جامعه‌ای ضروری می‌باشد. لذا این مطالعه با هدف تبیین راهبردهای برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار انجام یافته است.

روش بررسی: این مطالعه با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوای کیفی انجام یافته است. مشارکت‌کنندگان مشتمل بر ۲۳ نفر از پرستاران، بیماران و همراهان آنان در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان امام خمینی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. روش جمع‌آوری داده‌ها عبارت از مصاحبه و مشاهده بود. مصاحبه‌ها در ابتدا به صورت بدون ساختار بود که بعد از مصاحبه‌های اول و دوم با توجه به مفاهیم استخراج شده از تحلیل داده‌ها به صورت نیمه ساختارمند اجرا گردید. به منظور کسب درکی عمیق‌تر و تأیید داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، از روش مشاهده نیز استفاده گردید. مشاهدات بر تعاملات بین پرستار و بیمار در حین برقراری ارتباط متمرکز بودند.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها به پیدایش درونمایه نهایی تحت عنوان «تطبیق نگرش و عمل پرستار» منجر گردید. این درونمایه از مفهوم‌پردازی سه طبقه اصلی «مراقبت مبتنی بر نیاز حاد بیمار»، «ایجاد قلمروی حرفه‌ای» و «مشارکت دادن» مشتق شده است. مراقبت مبتنی بر نیاز حاد بیمار شامل زیر طبقه‌های نظیر شناسایی نیازهای حاد بیمار و رفتار ارتباطی پرستار است. ایجاد قلمروی حرفه‌ای بر واضح سازی نقش و حفظ حریم ارتباط دلالت دارد. مشارکت دادن نیز با توجه به مخاطب مشارکت و محتوای مشارکت تعریف می‌شود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که پرستاران در راستای پاسخ به شرایط زمینه‌ای حاکم بر مراقبت پرستاری، در پی همگون سازی نگرش و عملکرد خود هستند، تا قادر به رفع حداکثر نیازهای حرفه‌ای خود و بیماران باشند. در واقع خصوصیت اصلی فرایند برقراری ارتباط با نقش فعال پرستار و نقش انفعالی بیمار تعریف می‌گردد.

نویسنده مسئول:
مهوش صلصالی؛
دانشکده پرستاری و
مامایی دانشگاه علوم
پزشکی تهران

e-mail:
m_salsali@hotmail
.com

واژه‌های کلیدی: پرستاری، ارتباط پرستار-بیمار، تحلیل محتوای کیفی، راهبردها

- دریافت مقاله: تیر ماه ۱۳۹۱ - پذیرش مقاله: آبان ماه ۱۳۹۱

مقدمه

انسان دارای موجودیتی بی‌همتا و منحصر به فرد می‌باشد. در رشته پرستاری از آن جایی که این موجودیت بی‌مانند کانون مراقبت قرار

می‌گیرد؛ نیاز است که پرستاران حرفه‌ای افرادی خُبره و متخصص در حرفه خود باشند (۱). در این راستا با توجه به این که تأمین مراقبتی منحصر به فرد برای بیمار، مستلزم آشنا شدن با بیمار و برقراری رابطه با او می‌باشد (۲)، ارتباط یکی از مفاهیم مرکزی در پرستاری و بخش مهم اقدام پرستاری محسوب می‌شود (۳).

* استادیار گروه آموزشی پرستاری کورنکان دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
** دانشجویان، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
*** استاد گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

پرستاران باید توانایی برقراری ارتباط مؤثر را داشته باشند تا بتوانند از نیازهای بیماران خود مطلع گردیده و دریابند که کدام اقدامات پرستاری برای بیمار مناسب می‌باشد و در موقع ضرورت چگونه این اقدامات را باید تغییر دهند تا ارتقای سلامت بیمار حاصل گردد (۴). در واقع، تعاملات بین پرستار و بیمار می‌تواند به عنوان محکی برای مراقبت مؤثر و پویا مورد استفاده قرار گیرد (۵).

علی‌رغم این که ارتباط پرستار و بیمار پیش نیاز ضروری و مؤثر بر برآیندهای مراقبتی موفقیت‌آمیز قلمداد می‌گردد؛ با این حال این موضوع هنوز به خوبی ارزیابی نشده و عناصر ارتباط در اجزای تعاملی، ذهنی و پویای آن مورد اغماض قرار گرفته است (۶). با توجه به فقدان یک الگوی استاندارد برای ارتباط پرستار-بیمار و شیوه‌های متفاوت برقراری آن (۷)، تحقیق درباره تعاملات پرستار-بیمار می‌تواند باعث افزایش دانش پرستاران از نحوه برقراری ارتباط پرستار در حین تعامل با بیماران و چگونگی ادراک بیماران از ارتباط بین پرستار-بیمار شود. McCabe اظهار می‌دارد که ضروری است تحقیق پرستاری تجارب بیماران را از ارتباط پرستار-بیمار استخراج و ارزشمندترین موضوع را از نظر بیماران هنگام تعامل با پرستاران شناسایی کند. چنین اطلاعاتی منجر به افزایش دانش درباره نظریه و مراقبت پرستاری می‌شود و متقابلاً به پرستاران در تکامل مهارت‌های ارتباطی متمرکز بر فرد کمک می‌کند (۸).

با توجه به اهمیت ارتباط حرفه‌ای در رشته پرستاری و نقش محوری آن، ضرورت

پرداختن به این پدیده به صورت عمیق در زمینه پرستاری کشورمان احساس می‌گردد. در حالی که بسیاری از کشورهای توسعه یافته در فرایند ارتباط پرستار و بیمار از استانداردهای تعریف شده استفاده می‌کنند، اما هنوز استانداردهای واضحی متناسب با شرایط کشورمان در امر ارتباط با بیمار تعریف نشده است. این در حالی است که مطالعات انجام یافته در کشور در مورد ارتباط پرستار و بیمار حاکی از وجود مشکل در این زمینه می‌باشد. به عنوان مثال، عابدی و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که فرایند ارتباط پرستار و بیمار رو به زوال است و شاید بتوان با ارایه برنامه‌های آموزشی برای پرستاران به ارتقای آن کمک نمود (۹). آیین و همکاران نیز از در حاشیه قرار گرفتن ارتباطات بین فردی بین پرستار و مددجو سخن می‌گویند (۱۰). محمدزاده و همکاران نیز ضرورت وجود یک محیط حمایت‌کننده و منابع کافی را برای ارتقای ارتباط بین پرستار و بیمار مطرح می‌سازند (۱۱).

بنابراین، با توجه به جایگاه ارتباط پرستار و بیمار در کیفیت مراقبت پرستاری، سؤال اصلی که در ذهن پژوهشگر نقش می‌بندد این است که راهبردهای برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار با توجه به زمینه پرستاری کشور ما چگونه می‌باشد؟ در این راستا، از آن جا که نمی‌توان پدیده‌های انسانی را در قالب فرمول‌های ریاضی خلاصه نمود، لازم است برای دستیابی به واقعیات عمیق و درونی انسان‌ها، از راهبردهای تحقیقی مناسب‌تر استفاده نمود که در این میان، پژوهش‌های

نیز از ۸ ماه تا ۲۸ سال متغیر بود. همچنین دو نفر از پرستاران، دارای سمت اجرایی سرپرستار و یک نفر نیز سوپروایزر بالینی بود. سه نفر از پرستاران سابقه کار در بیمارستان خصوصی را نیز داشتند. سه پرستار در بخش‌های داخلی، یک نفر در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی و ۶ نفر نیز در بخش‌های جراحی بیمارستان مشغول به کار بودند، اما اکثر پرستاران نیز سابقه حضور در سایر بخش‌های بیمارستانی نظیر اورژانس، کودکان، اعصاب، ویژه، ارتوپدی، زنان و زایمان را نیز ذکر کردند. ۷ نفر از بیماران مشارکت‌کننده در این مطالعه مرد و ۲ نفر دیگر زن بودند. همچنین سه همراه شرکت‌کننده در این مطالعه نیز زن بودند.

روش جمع‌آوری داده‌ها عبارت از مصاحبه و مشاهده بود. در ابتدا مصاحبه‌ها (مصاحبه‌های اول و دوم) به صورت بدون ساختار بود که در طی آن فقط از مشارکت‌کنندگان خواسته می‌شد که درباره تجربه خود در حین مراقبت از بیمار صحبت نمایند و در این راستا محقق اجازه می‌داد که مشارکت‌کننده به راحتی و آزاد در مورد تجارب بالینی‌اش صحبت کند و هیچ گونه سؤال هدایت‌کننده‌ای را از آن‌ها نمی‌پرسید. اما بعد از تحلیل مصاحبه‌های اول و دوم با توجه به مفاهیم استخراج شده از فرایند تحلیل، مصاحبه‌های بعدی به صورت نیمه ساختارمند با سؤالات هدایت‌کننده‌تری پیرامون شرایط دخیل بر ارتباط پرستار و بیمار، نیازهای پرستار و بیمار و نوع محتوای ارتباطی بین آن دو انجام گرفت. تمام مصاحبه‌ها با پرستار در اتاق سرپرستار بخش انجام می‌شد و هنگام

کیفی می‌تواند نقش مؤثری را در روشن‌سازی حیطه‌های ابهام‌آمیز و ناشناخته داشته باشد (۱۲). لذا، با توجه به این که در پرستاری کشور ما تحقیقی جامع و عمیق درباره فرایند ارتباط بین پرستار و بیمار صورت نگرفته است و همچنین از آن جا که هر جامعه‌ای بر اساس زمینه فرهنگی - اجتماعی خود می‌تواند سبک‌های ارتباطی متفاوتی داشته باشد، این مطالعه با هدف تبیین راهبردهای برقراری ارتباط پرستار - بیمار در زمینه مراقبت پرستاری صورت گرفته است.

روش بررسی

این پژوهش به روش تحلیل محتوای کیفی در سال ۸۹-۱۳۸۸ انجام یافته است. تحلیل محتوا عبارت از یک رویکرد تحلیلی و روشی علمی است که هدف آن تأمین شناختی جدید، ارتقای درک محقق از پدیده‌ها و مشخص شدن راهبردهای عملیاتی در فرایندها می‌باشد (۱۳).

مشارکت‌کنندگان در مطالعه مشتمل بر ۲۳ نفر (۱۱ پرستار شاغل، ۹ بیمار بستری و ۳ همراه بیمار) در مجتمع آموزشی - درمانی امام خمینی (ره) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران بودند. پرستاران دارای مدرک کارشناسی پرستاری بودند. به منظور حفظ حداکثر تنوع موارد زیر رعایت گردید: از نظر وضعیت استخدامی پرستاران همه اشکال استخدام از جمله طرح نیروی انسانی در نظر گرفته شد، به طوری که سه نفر از پرستاران در قالب طرح نیروی انسانی مشغول به خدمت و بقیه استخدام رسمی بیمارستان بودند و سابقه کاری آن‌ها

ابتدا تا انتها می‌خواند تا نسبت به جریان کلی در حال وقوع، شناخت کسب کند.

۲- کل مصاحبه‌ها و مشاهده‌ها به عنوان واحد تحلیل (Unit of analysis) لحاظ گردید. منظور از واحد تحلیل یادداشت‌هایی است که قرار بود تحت تحلیل و کدگذاری قرار بگیرد.

۳- کلمات، جملات و یا پاراگراف‌ها به عنوان واحدهای معنایی (Meaning units) در نظر گرفته می‌شد. واحدهای معنایی مجموعه‌ای از کلمات و جملات بود که از نظر محتوا با یکدیگر مرتبط بودند. این واحدها با توجه به محتوا و مفادشان جمع‌بندی شده و در کنار یکدیگر قرار می‌گرفتند.

۴- سپس واحدهای معنایی، با توجه به مفهوم نهفته در آن‌ها به سطح انتزاع و مفهوم‌پردازی رسیده و توسط کد نام‌گذاری می‌شدند.

۵- کدها از نظر تشابهات و تفاوت‌هایشان با یکدیگر مقایسه می‌شدند و تحت طبقات انتزاعی‌تر با برچسب مشخص دسته‌بندی می‌گردیدند.

۶- در نهایت با مقایسه طبقات با یکدیگر و تأمل دقیق و عمیق بر روی آن‌ها، محتوای نهفته در داده‌ها تحت عنوان درونمایه مطالعه معرفی گردید (۱۴).

روایی و پایایی داده‌ها توسط روش‌های کنترل توسط خود مشارکت‌کنندگان و کنترل توسط همکار آشنا به تحقیق کیفی سنجیده شد. در کنترل توسط مشارکت‌کنندگان، بخشی از متن همراه با کدهای اولیه به رویت مشارکت‌کننده می‌رسید و میزان تجانس ایده‌های استخراج شده محقق از داده‌ها با نظر

مصاحبه سرپرستار در آن جا حضور نداشت. مصاحبه با بیماران نیز در کنار تخت بیمار صورت می‌گرفت. تمام مصاحبه‌ها ضبط می‌گردید و سپس به متن‌های کتبی تبدیل می‌شد. طول مدت مصاحبه‌ها بین ۳۰ دقیقه تا ۹۰ دقیقه بود. علاوه بر مصاحبه به منظور کسب درکی عمیق‌تر از پدیده تحت مطالعه و همچنین تأیید داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، محقق از روش مشاهده برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده می‌نمود. برای انجام مشاهده، محقق در نوبت‌های کاری مختلف به بخش مراجعه می‌کرد و بعد از هماهنگی با مسؤول نوبت کاری مربوط و همچنین کسب اجازه از بیمار به مشاهده ارتباط پرستار و بیمار می‌پرداخت. در فرایند مشاهده، محقق تعامل ایجاد شده بین پرستار و بیمار را مورد مشاهده قرار می‌داد. تمرکز مشاهدات بر تعاملات بین مشارکت‌کنندگان قرار می‌گرفت. ۱۰ مورد مشاهده در این تحقیق انجام یافت که مدت آن متغیر و بین ۱۵ تا ۱۸۰ دقیقه با توجه به شرایط بخش و بیمار بود. مفاد هر مورد مشاهده نیز نوشته می‌شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گرفت. جمع‌آوری اطلاعات تا اشیاع داده‌ها ادامه داشت، به طوری که در دو مصاحبه آخر، مشارکت‌کنندگان همان ایده‌های مشابه با اطلاعات استخراج شده از مصاحبه‌ها و مشاهدات انجام یافته قبلی را تکرار کردند و دیگر مفهوم و طبقه‌ای جدید ایجاد نگردید.

فرایند تحلیل داده‌ها با توجه به مراحل پیشنهادی Graneheim و Lundman به صورت ذیل انجام یافت:

۱- محقق مصاحبه‌ها و مشاهدات را تبدیل به متون کتبی نموده و چندین بار آن‌ها را از

زمینه‌ای حاکم در عرصه تحت مطالعه صورت می‌پذیرفت. شرایط زمینه‌ای احاطه‌کننده ارتباط پرستار و بیمار خود مشتمل بر عواملی همچون باور و اعتقاد پرستار نسبت به اهمیت برقراری ارتباط با بیمار و ساختار مراقبتی بود که منجر به اتخاذ راهبردهایی می‌شد که مشارکت‌کنندگان مطالعه در ارتباط با یکدیگر به کار می‌بستند.

تمام پرستاران مشارکت‌کننده در مطالعه، به نقش محوری ارتباط با بیمار در میان سایر نقش‌های پرستاری واقف و معتقد بودند که ارتباط با بیمار مهم‌ترین کار آن‌ها می‌بایست باشد. یکی از پرستاران در بخش جراحی چنین اظهار می‌کرد: «بینید من فکر می‌کنم پرستار علاوه بر این که باید بیشتر دستورات پزشک را اجرا کند، دارو بدهد، سرم وصل کند؛ یکی از مهم‌ترین فرایندها این است که با مریض ارتباط داشته باشد. مثلاً یک مریضی اگر درد دارد و دانه درد می‌کشد شما همین که برید با مریض صحبت کنید دقیقاً اون برای شما شرح بده و بفهمه که می‌تونه به شما اطمینان کنه، خیلی مهمه». اما این باور پرستار تحت‌الشعاع شرایط موجود قرار گرفته بود. ساختار مراقبتی عرصه تحت مطالعه متأثر از شرایط مختلفی همچون انجام «اقدامات وابسته» توسط پرستار، حجم کاری و توجه به وظایف حرفه‌ای خود پرستار تا نیاز بیمار بود که بر ارتباط پرستار و بیمار تأثیر می‌گذاشت. یکی از پرستاران بخش جراحی چنین اظهار می‌داشت: «این جا ما با توجه به شرح حال مریض و با توجه به دستوراتی که می‌گذارند (منظور دستورات پزشکی) فقط اجرای دستورات می‌کنیم». پرستار دیگری در بخش

مشارکت‌کنندگان مقایسه می‌گردید و مواقعی که برداشت محقق متفاوت با مشارکت‌کننده بود، اصلاح می‌شد. در روش کنترل توسط همکار، مفاهیم و طبقات ایجاد شده از داده‌ها که نسبت به کدهای اولیه دارای سطح انتزاع بالاتری بود، به همکاران آشنا به تحقیق کیفی ارایه می‌شد و از نظر تناسب و خوانایی (Readability) کنترل می‌گردید و در صورت وجود اختلاف نظر بین آن‌ها و محقق، مجدداً تحلیل و مفهوم‌پردازی داده‌ها توسط محقق صورت می‌گرفت و مجدداً به آن‌ها عودت داده می‌شد تا این که مورد تأیید و اجماع نظر قرار می‌گرفت.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی ابتدا به تمام مشارکت‌کنندگان درباره هدف و نحوه انجام مطالعه توضیح داده می‌شد و بعد از توافق آن‌ها برای شرکت در مطالعه، فرم رضایت آگاهانه به امضا آن‌ها می‌رسید. در فرم رضایت آگاهانه مواردی همچون اختیاری بودن مشارکت در مطالعه و داشتن حق انصراف، تأکید بر حفاظت از فایل‌های صوتی و گمنام ماندن هویت مشارکت‌کنندگان درج گردیده بود. در طول مشاهدات نیز رضایت آگاهانه به صورت پویا و مداوم از پرستاران و بیماران در حین مشاهدات گرفته می‌شد، به این صورت که در هر مورد مشاهده‌ای محقق قصد و منظور خود را به مشارکت‌کنندگان ابراز می‌داشت.

یافته‌ها

درونمایه نهایی مطالعه عبارت از «تطبیق نگرش و عمل پرستار» بود که مبین راهبرد برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار بود. تطبیق نگرش و عمل پرستار با توجه به شرایط

حاد بیمار، ایجاد قلمروی حرفه‌ای و مشارکت دادن حاصل گردید. در این جا هر یک از این طبقات به همراه زیرطبقات مربوط تشریح می‌شود.

۱- مراقبت مبتنی بر نیاز حاد بیمار

با توجه به شرایط زمینه‌ای حاکم بر عرصه تحت مطالعه، پرستاران فقط وقت داشتند که بر روی مسایل حاد مرتبط با سلامتی بیمار تمرکز یابند و محتوای ارتباط آن‌ها نیز پاسخ‌گویی به این نیازها بود. در واقع آنان با توجه به افزایش حجم کاری که با آن مواجه بودند، فرصت پرداختن به نیازهای طولانی مدت بیمار را نداشتند و از طرف دیگر بیماران نیز دریافته بودند که فقط در مورد مسایل حاد و آنی خود باید با پرستار صحبت کنند. در این باره همراه یکی از بیماران در بخش داخلی چنین می‌گفت: «خودم زیاد برخورد خاصی نداشتم فقط اگر کاری داشتم رفتم بهشون گفتم و اون‌ها هم آمده‌اند انجام داده‌اند. مثلاً بشینیم صحبت کنیم یا سؤال بپرسم و اون‌ها نیز سؤال بپرسند نه. فقط در رابطه با بیماری بیمار سؤال می‌پرسند و من هم تا جایی که توانستم جواب دادم. مثلاً می‌پرسیدند که قبلاً سابقه قند داشته؟ یا سابقه فشارخون؟». این طبقه خود دارای دو زیر طبقه تحت عناوین شناسایی نیازهای حاد بیمار و رفتار ارتباطی پرستار در مواجهه با نیازهای حاد بیمار بود.

۱-۱: شناسایی نیازهای حاد بیمار، که خود مبتنی بر مفاهیمی همچون «انواع مشکلات حاد بیمار» و «پی‌جویی بیمار از وضعیت سلامتی‌اش» بود. «مشکلات حاد بیمار» در این

داخلی چنین می‌گفت: «مثلاً یکی از مریض‌ها تخت ۹۸ نفروپاتی دیابتی است. پای چپش آتل دارد. چون درد داشته به رزیدنت اطلاع دادم، مرفین نوشته و من براش زدم. اولین کاری که می‌کنیم به رزیدنت اطلاع می‌دهیم که بیاد مریض را ببیند، یک شرح حال بگیرد از بیمار و اگر چیزی نیاز داشته باشد، خودشان دستور می‌کنند و ما اجرا می‌کنیم». یا در مورد اثر افزایش حجم کاری، پرستار دیگری از بخش جراحی بیان می‌داشت: «تمام این اقدامات وقت‌گیر است. من علاوه بر شیفت صبح، شیفت عصر و شب هم داده‌ام. یک ثانیه نبوده که من دستم آزاد باشد و بروم مریضو ماساژ بدم. من وقت ماساژ را نداشتم». یا بیماری در بخش داخلی چنین بیان می‌داشت: «من که مریض بودم و روی تخت افتاده بودم. اصلاً نمی‌رفتم اون طرف که با اون‌ها (منظور پرستاران) صحبت کنم. اون‌ها هم آنقدر سرشان شلوغ بود که وقت نداشتند با ما صحبت کنند. مریض زیاد بود». در یکی از موارد مشاهده، محقق شاهد منظره زیر بود که مبین روتین محوری در کار پرستار بود:

«بیمار: چون الان دارو ندارم، می‌شه

آنژیوکت را بعد از ظهر عوض کنید؟

پرستار: نه. چون که باید کارم را تحویل

پرستار عصر بدم و باید الان آنژیوکت شما را عوض کنم. لطفاً دستتان را جلو بیاورید تا آنژیوکت را عوض کنم.

سپس بیمار از پرستار فرمانبرداری کرد

و دستش را جلو آورد و پرستار نیز آنژیوکت او را عوض نمود.

درونمایه نهایی مطالعه با توجه به سه

طبقه اصلی تحت عناوین مراقبت مبتنی بر نیاز

همیشه مریض‌ها نگرانند هم از نظر مالی نگران هستند هم از نظر جانی، جانشان مهم‌تر است می‌گویند ما خوب می‌شویم نمی‌شویم، این کاری که دارد برای ما انجام می‌شده به خوبی انجام می‌شود». یکی از پرستاران بخش جراحی نیز چنین اظهار داشت: «بیماران این جا، فقط در مورد درمانشان سؤال می‌کنند که روز عمل ما کی است؟ چون بعضی موقع‌ها خیلی معطل می‌شوند، گاهی برای عملشان ممکن است سه هفته این جا بخوابند تا نوبت عمل آن‌ها بشه. بیشتر نگرانی آنان همین است یا عملم کی است چه جوری است؟» یا «این جا مشکل بیماران این است که کی مرخص می‌شویم، خرج عمل جراحی زیاد نشود». بیماری در بخش جراحی نیز می‌گفت: «ببینید بیماری من چیزی است که من خودم اطلاعات دقیقی از آن ندارم که. چون به خاطر این که نگران بودم ممکن بود از هر کسی نیز سؤال کنم ... چون بحث این است که آدم که نگران باشد می‌خواهد این قضیه‌اش را روشن کند بدانند چی هست، چی نیست. اینه که می‌خواد مطلع بشه».

«پی‌جویی بیمار» نسبت به وضعیت سلامتی‌اش از مفاهیم دیگری بود که منجر به بروز نیازهای حاد بیماران می‌گردید. این مفهوم در واقع مبین نقش بیمار در این طبقه بود. بیشترین خواست بیماران کسب آگاهی درباره نوع بیماری، اقدامات تشخیصی، درمان‌ها و سرانجام بیماری خود بود. به عنوان مثال یکی از پرستاران بخش جراحی می‌گفت: «چون این جا مریض‌ها اکثراً بیماری‌های کانسری هستند، بیشتر دوست دارند بدانند که خوب می‌شوند یا نه، اگر عضوی را برداشته‌اند حالا توسعه پیدا

طبقه به انواع مسایل جسمانی و روانی حاد تقسیم می‌گردید که منجر به ارتباط بین پرستار و بیمار می‌گردید. یکی از پرستاران بخش جراحی در این باره اظهار می‌داشت: «مشکلاتشان بیشتر مخصوص بیماری‌شان است. حالا یک موقع‌هایی حالت تهوع و استفراغ دارند، یک موقع‌هایی درد دارند، یک موقع‌هایی مشکل پانسمان دارند. این جا معمولاً مشکلی غیر از این‌ها نبوده است». در این راستا نیز یکی از بیماران بخش جراحی در مورد این که تاکنون از پرستار سؤالی داشته و یا میزان ارتباطش با پرستاران چه اندازه بوده است، چنین می‌گفت: «نه اصلاً. چرا فقط چون درد داشتم گفتم مسکن به من بزنید دردم ساکت بشود. که آن‌ها هم اقدام کردند و مسکن زدند». یکی از پرستاران نیز درباره محتوای ارتباطی‌اش با بیماران چنین می‌گفت: «مثلاً مریض ممکن است درد داشته باشد و تا پزشک بیادش همان ارتباطی که می‌توانیم برقرار کنیم و اون آرامشی را که می‌تونیم به مریض بدهیم را انجام می‌دهیم که حداقل یک ساپورتی بکنیم تا شاید دردش را آرام کنه. مثلاً توضیح می‌دیم که الان دردت ساکت می‌شه، به خاطر این پروسیجریه که انجام شده، الان دکتتر می‌آید؛ همین آرامشی که می‌دهیم ممکنه بتواند دردش را تسکین دهد».

عمده مسایل روانی بیماران در این مطالعه نیز عبارت از اضطراب در آن‌ها بود. دغدغه اصلی بیماران نسبت به هزینه‌های درمان، ترخیص و عواقب بیماری بیشترین دلیل اضطراب و نگرانی آن‌ها بود. یکی از پرستاران بخش داخلی قلب اظهار می‌داشت: «این‌جا

می‌کند یا نه». یا در یک موقعیت مشاهده‌ای به محض ورود پرستار به اتاق بیمار در بخش داخلی، محقق شاهد گفت و گوی زیر بود:

«بیمار: خانم فلانی (خطاب به پرستار) چرا جواب بیوپسی من دیر آمده است؟ پرستار: با آرامش می‌گوید نمی‌دانم. بروید با آزمایشگاه صحبت کنید که چرا این طوری شده است».

در واقع، بیشترین مسأله که مورد پی‌جویی کلامی بیمار قرار می‌گرفت، نوع مراقبت‌ها و اقدامات درمانی بود که برای او در حال انجام بود. در موقعیت مشاهده‌ای دیگر در بخش جراحی محقق شاهد گفت و گوی زیر بود:

«همراه بیمار: دکتر کی می‌آید؟

پرستار: با دکتر چه کار داری؟

همراه بیمار: می‌خواهم ببینم که مریض چطور است؟

پرستار: هیچی، به مریض لوله وصل کرده‌اند (جهت تغذیه)

همراه بیمار: غذا چه باید بخورد؟

پرستار: مایعات باید بدهید، از طریق لوله.

همراه بیمار: اول آب میوه بدم؟

پرستار: الان که نه. تا فردا باید مریض

NPO باشد، از فردا باید مایعات بدهید».

۲-۱: رفتار ارتباطی پرستار، که در

مواجهه با نیاز بیمار از ویژگی‌های دیگر طبقه مراقبت مبتنی بر نیاز حاد بیمار بود. رفتار ارایه شده از پرستار در مفاهیمی همچون «توجهات مراقبتی»، «آموزش غیررسمی به بیمار» و «القای آرامش به بیمار» خلاصه شده بود. «توجهات مراقبتی» مبتنی بر مفاهیمی همچون

حداکثر تلاش پرستار و رسیدگی به موقع نسبت به درخواست بیماران بود. اکثر بیماران اعتقاد داشتند که پرستاران در مراقبت از آنها حداکثر تلاش خود را ابراز می‌دارند و تا حد ممکن در راستای برطرف شدن نیازهای آنان گام برمی‌دارند. به عنوان مثال یکی از بیماران بخش داخلی درباره کارهایی که پرستار برای آنها انجام می‌داد، چنین می‌گفت: «سرم به ما وصل کردند، آمپول زدند. ملافه را عوض کردند. ملافه آوردند. هر چه از دستشون بر می‌آمد به ما کمک کردند»، یا بیمار دیگری از بخش جراحی درباره نوع انتظاراتش از پرستار گفت: «کارشان را تا حد وظیفه یا بالاتر انجام می‌دادند».

رسیدگی به موقع از دیگر ویژگی‌های ارتباط پرستاران با بیماران بود. در این مطالعه علی‌رغم شرایط زمینه‌ای حاکم بر عرصه، پرستاران در مواجهه با نیازهای بیماران (نیازهای حاد) بدون معطلی و به موقع سعی در برآورده کردن آنها می‌کردند. در این باره یکی از بیماران (خانم بستری در بخش داخلی) چنین اظهار می‌داشت: «بنده‌های خدا همه چی برام فراهم می‌کنند و می‌آرند، بنده خداها ما هرچی می‌گفتیم، می‌گفتند چشم. برام سریع می‌رفتند می‌آوردند ... یا وقتی که کار داشتم دخترم بهشون می‌گفت و اون‌ها هم انجام می‌دادند». بیمار دیگری از بخش داخلی در این راستا چنین اعلام نمود: «مثلاً اگر فشارم بیافتد سرم می‌آرند. تا یک قرصی می‌خواهم سریع می‌آرند. هر کاری داشته باشم هر کاری که از دستشان بر بیاید انجام می‌دهند. دریغ نمی‌کنند».

ارتقای آگاهی بیمار یا خانواده از دیگر رفتارهای ارتباطی پرستاران در مواجهه با نیازهای بیمار بود که به صورت «آموزش غیررسمی» توسط پرستار در کنار سایر وظایف یا هنگام اجرای تکنیک‌های پرستاری در حال انجام بود. ارتقای آگاهی بیمار یا خانواده او عمدتاً در قالب توضیح با فرایند بیماری، آمادگی بیمار برای اجرای تکنیک‌های مراقبتی و توصیه‌های مراقبتی به بیمار یا خانواده صورت می‌گرفت. به عنوان مثال در این مورد یکی از بیماران بخش جراحی در مورد نوع سؤالاتی که از پرستاران می‌پرسید می‌گفت: «یک سری از مشکلات دیگری که داشتم در رابطه با فشارخونم از آن‌ها سؤال می‌کردم که چنده، حرارتم را سؤال می‌کردم، خوب بود هر چی می‌پرسیدیم جواب می‌دادند»، یا یکی دیگر از پرستاران در بخش جراحی اظهار می‌داشت: «در کنار تمام کارهایی که برای مریض انجام می‌شه، او عاشق اینه که ببیند چه روزی سونوگرافی دارد، چه روزی آندوسکوپی دارد. کسی نیست براش توضیح بده. حالا ما چرا من خودم براش توضیح می‌دهم فردا قراره براش سونوگرافی بشود، پس فردا آندوسکوپی دارد، فردا باید وقت بگیره. تا جایی که بتونم می‌گم». بخشی از ارتقای آگاهی بیمار درباره رژیم درمانی‌اش و آمادگی برای انجام تکنیک‌ها نیز بوده که به صورت غیررسمی به او آموزش داده می‌شد. یکی از پرستاران بخش داخلی در مورد آموزش درباره داروهای بیمار چنین می‌گفت: «البته میان می‌گن این چیه داری به ما می‌زنی ما هم توضیح می‌دیم مثلاً آنتی‌بیوتیکه مثلاً به خاطر این که جای عملت عفونت نکند. یا

مثلاً این چیه که داری می‌زنی به بازوی من؟ می‌گویم مثلاً این هپارین است که خونتان لخته نشود. تا این حد به مریض آگاهی می‌دهیم اما معمولاً بیشتر از این نمی‌خواهند. یا: میرم بالای سر مریض، می‌گم دستت را بیار جلو، می‌خوام یک سوزن بزنم و قند خونت را چک کنم ... وقتی بالا سر مریض می‌روم می‌گویم خانم محترم به پهلو بشین می‌خواهیم پانسمان پشتت را عوض کنیم». بیمار دیگری از بخش جراحی درباره اقدامات پرستار ابراز می‌داشت: «تذکرات پاشویه به من می‌دادند. می‌گفتند پایت را بشور صورتت را بشور تا تب پایین بیاید. دستمال خیس بگذارید. راهنمایی لازم را انجام می‌دادند».

«القای آرامش به بیمار» از دیگر رفتارهای ارتباطی پرستار در مواجهه با نیازهای حاد بیمار در عرصه تحت مطالعه بود. پرستار با رفتارهایی نظیر ابراز صمیمیت، تسلی دادن، احترام گذاشتن به بیمار، همدردی و مواجهه صبورانه با نیازهای بیمار این حس را به بیمار القا می‌کرد که خود را در محیطی بیگانه نپندارد که خود باعث آرامش در او می‌شد. یکی از بیماران بخش داخلی چنین اظهار می‌داشت: «پرستاران خیلی خوبند، خیلی زحمت می‌کشند. بداخلاق نیستند، داد به آدم نمی‌زنند. ما سر اون‌ها داد می‌زنیم اما اون‌ها طفلی داد نمی‌زنند. خیلی آهسته و قشنگ صحبت می‌کنند. خدا پدرشان را بیامرزد. همش می‌آیند می‌گویند جانم عزیزم دستت را قشنگ بگیر ازت خون بگیرم ناراحت نشی‌ها». تسلی دادن به بیمار از اقدامات دیگری بود که باعث القای آرامش می‌گردید. یکی دیگر از پرستاران در بخش

داخلی چنین می‌گفت: «مثلاً مریض ممکن است درد داشته باشد و تا پزشک بیادش همان ارتباطی که می‌توانیم برقرار کنیم و اون آرامشی را که می‌توانیم به مریض بدهیم را انجام می‌دیم».

۲- ایجاد قلمروی حرفه‌ای

در جریان تطبیق نگرش و عمل پرستاری با شرایط زمینه‌ای، از اقداماتی که مشارکت‌کنندگان پرستار انجام می‌دادند، ایجاد یک قلمرو حرفه‌ای در مواجهه با بیمار، همراه بیمار و یا سایر اعضای تیم مراقبتی بود. پرستاران علی‌رغم این که همواره به نیازهای حاد بیمار توجه داشتند و با توجه به مشکلات و شرایط ساختاری حاکم بر عرصه تحت مطالعه، سعی در برقراری یک رابطه منطبق با شرایط بیمار را داشتند، اما در این میان، این ارتباط در حد و حدود حرفه‌ای باقی می‌ماند و از مناسبات نزدیک فردی با بیمار اجتناب می‌شد. این طبقه خود پدید آمده از دو زیر طبقه تحت عناوین «واضح‌سازی نقش» و «حفظ حریم ارتباطی» بود.

۱-۲: واضح‌سازی نقش، که خود مرتبط با مفاهیمی همچون «افتراق مشارکت بیمار از دخالت او در امر مراقبت» و «تفکیک نقش پرستار و پزشک در مراقبت از بیمار» بود. با توجه به افزایش حجم کاری، پرستاران گاهی اوقات مجبور می‌شدند که در مواجهه با سؤالات متعدد بیمار یا همراه بیمار و یا مداخلات بی‌مورد آن‌ها در امر مراقبت، نقش حرفه‌ای خود را به بیمار یا خانواده او گوش‌زد نمایند. در واقع، پرستاران ترجیح می‌دادند در اجرای «اقدامات مراقبتی مربوط به خود دخالت

بیمار» را نداشته باشند. این عمل پرستار واکنشی به شرایط حاکم بر مطالعه بود. بدین معنی که پرستاران با توجه به افزایش تعداد بیمار یا افزایش حجم کاری ترجیح می‌دادند کارهای اساسی مراقبت را خود انجام دهند. البته این امر گاهی اوقات ممکن بود ناخوشایندی بیمار یا همراه او را به دنبال داشته باشد. به عنوان مثال یکی از همراهان بیمار در پاسخ به عملکرد پرستاران در طی مدت بستری بودن بیمارش چنین اظهار می‌داشت: «خدایی هم آمدند رسیدند. مشکل خاصی نبوده است. اون‌ها هم یکسری‌هایشان مهربانترند برخورد‌هایشان اجتماعی‌تر است، یکسری‌هایشان عصبی‌تر هستند ... با آدم قشنگ برخورد نمی‌کنند. همچنین مهربون نیستند. مثلاً می‌گفتند خانم خودمان کارمان را بلدیم لازم نیست شما توضیح بدید یا برید خودمان می‌آییم بروید شما کاری نداشته باشید».

«تفکیک نقش‌های پرستار از پزشک» در مواجهه و مراقبت از بیمار از ویژگی‌های دیگر واضح‌سازی نقش بود. به طوری که نه پرستار و نه پزشک در نقش‌های دیگری در مراقبت از بیمار مداخله نداشتند. یکی از مشارکت‌کنندگان بیمار در مطالعه چنین ابراز می‌داشت: «هرکسی به وظیفه خودش مقید بود. مثلاً اگر مشکلی داشتم که مربوط به دکتر می‌شد، پرستار جواب نمی‌داد. یا اگر موردی مربوط به پرستاری می‌شد دکتر جوابم را نمی‌داد. حتی من دستم نمی‌رسید سرم را بازش کنم دکتر هم باز نکرد و گفت خود پرستار میاد و باز می‌کند». در این مورد یکی از پرستاران جراحی درباره اقدامات

یکسری مشکلات داشتم که روی کارم تأثیر گذاشته بود. با خودم فکر کردم که باید محیط کار از مشکلات جدا باشد و با مریض باید ارتباط دوستانه برقرار کنیم و کارمان همراه با توضیح دادن باشد». پرستار دیگر افتراق مسایل شخصی خود از کار را از راهبردهای القای آرامش به بیمار می‌دانست. او اظهار می‌داشت: «سعی می‌کنم با صحبت کردن یک آرامشی بهشون بدهم. تا حد امکان سعی می‌کنم خودم عصبی نشم توی کارم. در برخورد با مریض، شیفتم اگر سنگین باشد یا خستگی از جایی داشته باشم سعی می‌کنم به محیط کارم نیاورم. عصبانیتم را بر روی مریضم خالی نکنم. تا حد امکان سعی کرده‌ام که با آرامش با مریض صحبت کنم».

«افتراق ارتباط حرفه‌ای از ارتباط شخصی» از دیگر راهبردهای پرستار در رعایت «حفظ حریم ارتباط» بود. پرستاران علی‌رغم این که به ارتباط با بیمار نگرش مثبت داشتند، اما همواره در مواجهه با بیمار بین خود و او یک حریم را حفظ می‌کردند. این حفظ حریم در راستای پیشگیری از سوءاستفاده‌های احتمالی بیمار، حفظ خلوت بیمار و تداوم مراقبت او شکل می‌گرفت. یکی از پرستاران در بخش جراحی اظهار می‌داشت: «بعضی از مریض‌ها سعی می‌کنم باهشون صمیمی باشم تا جایی که بشود. اما نمی‌توانم بگویم رابطه‌ای که با دوستم دارم یا با همکارم که مثلاً توی بخش دارم با مریض هم دارم ... خیلی معمول، نه زیاد وارد مسایل شخصی خودم می‌شوم نه مریض. اگر مریض دوست داشته باشد که با من درد دل می‌کند. خود مریض‌ها اگر دوست

اجرا شده در حین نوبت کاری چنین می‌گفت: «ما صبح که مریض‌ها را تحویل می‌گیریم، خطوط وریدی آن‌ها را چک می‌کنیم، سرم‌هاشون را می‌زاریم، داروهاشون را همین‌طور آماده می‌کنیم و سر ساعت تزریق می‌شوند، علایم حیاتی اگر دستور داشته باشند در شیفت کنترل می‌شوند، پانسمان‌هایشان را چک می‌کنیم. البته تعویض پانسمان به عهده پزشک هستش، اما ما چک می‌کنیم اگر موردی داشته باشد اطلاع می‌دهیم به انترن‌هایشان بیاورد انجام بدهند. این کارهایی است که در هر شیفت برای مریض‌ها حتماً انجام می‌شود ... مشکلات حتی اگر در حیطة کاری ما نبوده باشد هم ما ارجاع می‌دهیم به پزشک، اینترن را می‌اریم بالای سرشان که با بیمار صحبت کند و مشککش را حل کند».

۲-۲: حفظ حریم ارتباط، از دیگر ویژگی‌های ایجاد قلمروی حرفه‌ای بود. این طبقه مبتنی بر دو زیر طبقه «تفکیک زندگی شخصی از حرفه‌ای» و «افتراق ارتباط حرفه‌ای از ارتباط شخصی» که توسط پرستاران انجام می‌گرفت. پرستاران علی‌رغم تأثیری که دغدغه‌های شخصی‌شان به طور بالقوه بر روی کارشان داشت، باز هم سعی می‌کردند بین «زندگی شخصی و زندگی حرفه‌ای خود یک حریم مشخص را برقرار کنند». در واقع، این تفکیک در راستای نگرش مثبت به ارتباط با بیمار و پذیرش نقش بیمار به عنوان فرد نیازمند به توجه صورت می‌گرفت. یکی از پرستاران بخش داخلی در این راستا چنین اظهار داشت: «حالا خودمان هر مشکلی داریم و فشار کاری داریم همه را کنار بگذاریم چون مریض از ما انتظار دارد ... چون توی همه کارها مشکلات است، مثلاً خودم

داشته باشند می‌گن». پرستار دیگری از بخش جراحی در این مورد عقیده داشت: «یعنی زیادی از حد با مریض صمیمی نشویم. ولی در عین حال یه جوری رفتار بکنیم که هم احترام ما را حفظ کند هم حرف ما را گوش دهد. مثلاً نرویم حالا با مریض خوش و بش کنیم، بگوییم چه طوری؟ خوبی؟ خونه می‌ری چکار می‌کنی؟ نه. در حد همین جا. چه تونه شما؟ کجاتون درد می‌کند؟ دلتون درد می‌کند؟ من الان به دکتر می‌گم شما را ببیند. چشم. ببینید این هم یک حس امنیت در مریض ایجاد می‌کند هم مریض احساس می‌کند که باید احترام بگذارد».

۳- مشارکت دادن

مشارکت دادن از مصادیق دیگری بود که توسط پرستاران در پاسخ به شرایط زمینه‌ای موجود در عرصه تحت مطالعه به خصوص افزایش حجم کاری و کاهش نیروی انسانی مورد استفاده قرار می‌گرفت. این راهبرد با توجه به دو ویژگی «مخاطب مشارکت» و «محتوای مشارکت» قابل تشریح است.

۳-۱: مخاطب مشارکت، که در این مطالعه «بیمار» و «همراه او» بود. یکی از بیماران بخش داخلی اظهار می‌داشت: «پرستاران می‌آیند می‌گویند فلانی فلان ساعت اسپری را می‌توانی بزنی؟ یا بزنی. می‌گویم نه من خودم وارد می‌زنم دستتون درد نکند شما زحمت نکشید». محقق نیز در طول جلسات مشاهده‌ای همواره می‌دید: «اکثر بیماران در بخش همراه داشتند و خیلی از کارهای بیماران مثل تغییر وضعیت بیمار را همراهان آن‌ها انجام می‌دادند».

۳-۲: محتوای مشارکت، که شامل «توصیه‌های مراقبتی»، «پیگیری ارزشیابی‌های

تشخیصی»، «اجرای خدمات اولیه» و «اطلاع دادن شرایط بیمار توسط همراه» بود. یکی از پرستاران بخش جراحی می‌گفت: «چون ۳۵ تا مریض داریم و بیشتر شیفت‌هایمان دو نفره است، اون قدر وقت نمی‌کنیم که بایستیم واسش کاملاً توضیح بدهیم. از همراهاشون بعضی وقت‌ها کمک می‌خواهم حالا مثلاً برای آی وی گیریشون یا هر تکنیک دیگری که می‌خواهیم واسشون انجام بدهیم، دستشون را بگیرند، یک مقدار هم اونا باهشون صحبت کنند که ما بتوانیم واسشون کارشون را انجام دهیم. نمی‌تونم بگم که حتماً ما می‌تونیم قانعشان بکنیم، نه؛ همیشه نه؛ اما بعضی وقت‌ها می‌شه که از همراه می‌خوام که یک کمکی هم به ما بکنه، چون مخصوصاً کار با خانم‌ها یا آقایون سن بالا یا بچه‌ها خیلی سخت است». در این راستا، همراه بیماری در بخش داخلی گفت: «بیمارم حالت تنگی نفس داشت رفتم پرسیدم گفتم تنگی نفس داره چکار کنم؟ که اون وقت یا خودشون آمدند یا گفتند چکار برایش بکنید. مثلاً من گفتم نفسش بالا نیامد اون‌ها هم گفتند برو اکسیژن را برایش وصل کن. اگر حالش بهتر شد که هیچی اما اگر بدتر شد بیا بگو». به طور کلی، در این مطالعه محتوای مشارکت همراه در حد خدمات اولیه بود. یکی از سوپروایزران اظهار می‌داشت: «در این بیمارستان اکثر خدمات اولیه بیمار را تمام همراهان انجام می‌دهند». بنابراین شاید دلیل چنین مشارکتی از جانب همراه، راهبردی از جانب پرستار بود که در راستای فایق آمدن بر شرایط ساختاری نظیر افزایش حجم کاری و کمبود نیروی انسانی صورت می‌گرفت.

بحث و نتیجه‌گیری

درونمایه مطالعه عبارت بود از «تطبیق نگرش و عمل پرستار» که مبین راهبرد اصلی برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار در عرصه تحت مطالعه بود. در این مطالعه که هدف آن تبیین راهبردهای برقراری ارتباط پرستار و بیمار بود، شرایطی همچون اعتقاد پرستاران به اهمیت ارتباط با بیمار، نوع اقدامات پرستار، حجم کاری و توجه بیشتر به نیازهای حرفه‌ای خود تا خواسته‌های بیمار، راهبردهای برقراری ارتباط مشارکت‌کنندگان را متأثر ساخته بود، به طوری که پرستار عمدتاً نقش فعال را در ارتباط با بیمار به عهده داشت و همواره در راستای بهبود وضعیت ارتباطش با بیمار و رفع نیازهای او عمل می‌کرد. به عبارت دیگر پرستاران به گونه‌ای عمل می‌کردند که از یک طرف پاسخ‌گویی نیاز حرفه‌ای خود باشند و از سوی دیگر بتوانند نیازهای بیماران را برآورده سازند. اما بیماران، در مقابل نسبت به پرستاران، وضعیت منفعل‌تری در برقراری ارتباط داشتند و نقش ارتباطی آن‌ها در حد ابران نیازهای مراقبتی تعریف گردیده بود که از جانب پرستاران پاسخ داده می‌شد.

اعتقاد و نگرش پرستار نسبت به اهمیت ارتباط از شرایط تأثیرگذار بر راهبرد برقراری ارتباط بود. در مطالعه فخرموحدی و همکاران نیز یافته‌ها نشان داد که باور پرستاران به اهمیت ارتباط با بیمار و تلاشی که آن‌ها برای پاسخ‌گویی به نیازهای بیماران از خود بروز می‌دادند، منجر به ایجاد حس اعتماد در بیماران گردیده بود، به طوری که از ارتباط به عنوان جوهره مراقبت پرستاری یاد کردند (۱۵). در

مطالعه Caris-Verhallen و همکاران نتایج نشان داد که نگرش مثبت پرستاران یکی از متغیرهای اساسی برای ایجاد گفت‌وگو اجتماعی با بیماران است. به طوری که پرستاران با نگرش مثبت رفتار دوستانه و مزاح‌گونه‌تری را با بیماران داشتند و کم‌تر به آن‌ها امر و نهی می‌کردند (۱۶). در مطالعه Magnus و Turkington نیز نتایج نشان داد که پرستاران و بیماران نسبت به ارتباط احساس مثبت داشتند و ارتباط را به عنوان عاملی موفقیت‌آمیز و حمایتی توصیف می‌کردند (۱۷).

علی‌رغم نگرش مثبت پرستاران به اهمیت ارتباط با بیمار، ساختار مراقبت پرستاری و نحوه مواجهه با نیازهای بیماران از موضوعات چالش برانگیز دیگری بود که تقریباً تمامی پرستاران در مطالعه حاضر، در مورد تأثیر آن‌ها روی فرایند ارتباط پرستار - بیمار و تبدیل مراقبت پرستاری به یک ارتباط واکنشی اجماع نظر داشتند. در مطالعه فخرموحدی و همکاران، یافته‌ها نشان داد که مواردی همچون روتین محوری، وابستگی به دستورات پزشک، افزایش حجم کاری و انتظارات مدیران پرستاری از پرستاران در اجرای وظایف حرفه‌ای خود، از عوامل ساختاری بود که زمینه ارتباط بین پرستار و بیمار را تشکیل می‌داد (۱۵). در این راستا، McCabe نیز در مطالعه‌ای درباره تجارب بیماران از ارتباط با پرستاران نتیجه گرفت که برخی از بیماران پرستاران را به عنوان افرادی غیرقدرتمند و مادون در نظر گرفته بودند که وظیفه‌شان اجرای دستورات پزشک است. افزایش تعداد بیماران و کمبود وقت در مراقبت از بیمار، عامل دیگر واکنشی

شدن ارتباط بود (۸). انوشه و همکاران در مطالعه خود از فشار کاری سنگین و کار سخت پرستار به عنوان موانع ارتباط پرستار و بیمار نام برده‌اند (۱۸). Baillie نیز کمبود زمان برای توسعه و گسترش ارتباط را یک مانع آشکار معرفی می‌کند (۱۹). به طور مشابهی Bolster و Manias نیز محدودیت زمانی را عاملی تأثیرگذار بر روی ارتباط پرستاران با بیمارانشان در نظر گرفتند. در مطالعه آن‌ها پرستاران به دلایلی نظیر فشار کاری و مراقبت از بیماران در شرایط بحرانی، وقت کافی برای ایجاد یک تعامل طولانی با بیماران و بحث درباره داروهایشان را نداشتند (۲). Hagerty و Patusky نیز به نقل از Hewison اکثر ارتباطات پرستار و بیمار را سطحی و مرتبط با اجرای وظایف نام می‌برند (۲۰).

در کنار شرایط زمینه‌ای تأثیرگذار بر عرصه، پرستاران از راهبردهایی نظیر اعمال مراقبتی مبتنی بر نیازهای حاد بیمار، حفظ قلمرو حرفه‌ای خود به منظور ارتقای کیفیت مراقبت و همچنین مشارکت بیمار و خانواده‌اش استفاده می‌کردند. در اعمال مراقبت مبتنی بر نیازهای حاد بیمار، پرستاران ضمن شناسایی نیازهای حاد بیمار، با رفتارهایی همچون توجهات مراقبتی، آموزش‌های غیررسمی و القای آرامش به بیمار در پی تداوم مراقبت از بیمار و حفظ وظایف حرفه‌ای خویش بودند. Shattell نیز ابراز می‌دارد که پرستاران به بیمارانی که دارای نیازهای بیشتری هستند، توجه بیشتری نموده و از راهبردهای فعال‌تری در رفع این نیازها استفاده می‌کنند (۲۱). Suikkala و همکاران نیز تمایل بیمار در مورد

صحبت درباره خودش و شرایط جسمانی‌اش را از شرایطی در نظر گرفتند که منجر می‌شد نیاز خود را به دانشجوی پرستاری منتقل نماید (۲۲).

در مبانی پرستاری، یکی از نقش‌های پرستاران در مورد بیمار تأمین اطلاعات برای او و ارتقای آگاهی بیمار می‌باشد. در این مطالعه، پرستاران به دلیل کمبود زمان و افزایش فشار کاری، و موارد محدودیتی در تأمین اطلاعات برای بیمار قادر به ارائه آموزش در قالبی رسمی به بیمار نبودند، اما به طور غیر رسمی در هر بار مراجعه بر بالین بیمار یا هنگام ترخیص او توصیه‌های مراقبتی را به صورت غیر رسمی انجام می‌دادند. این در حالی است که Hanoch و Pachur بیان می‌دارند که پرستاران مسؤول ارائه اطلاعات مهم به بیمار هستند (۲۳). در مطالعه Pytel و همکاران نتایج مطالعه نشان داد که تأمین اطلاعات در مورد آزمایش‌های تشخیصی و درمانی از مهم‌ترین نیازهای بیماران و همراهان آن‌ها بوده که پرستاران نیز این کار را انجام داده بودند (۲۴). اکثر پرستاران در مواجهه با نیازهای بیماران از رفتارهایی احترام‌آمیز، توجهی و صمیمی استفاده می‌کردند که خود باعث رضایتمندی بیمار از نحوه ارتباط پرستاران و احساس آرامش و اطمینان خاطر در او شده بود، به طوری که تمامی بیماران مشارکت‌کننده در تحقیق ارتباط پرستار را به صورت خوب توصیف می‌کردند و این خوب بودن را با مشخصاتی مثل رسیدگی به موقع، صمیمیت، همدردی، اعمال رویکرد حمایتی و احترام‌آمیز تفسیر می‌کردند. اهمیت توجه داشتن و رفتار

حد و مرز بین وظایف خود و پزشک و پیرو آن عدم دخالت در وظایف یکدیگر مشخص ساخته بودند. در مطالعه Allen درباره حد و مرزهای حرفه‌ای بین پزشک و پرستار، پرستاران اولین اولویت خود را بر روی وظایف قانونی خود در نظر گرفته بودند و اعلام کرده بودند که مراقبت پرستاری کار اصلی آن‌ها می‌باشد (۲۹). انجمن پرستاران New Brunswick در کانادا در گزارشی درباره استانداردهای ارتباط، مواردی نظیر احترام گذاشتن به بیمار، ارائه اطلاعات به بیمار و توضیح درباره وظایف قانونی خود را از موارد لازم برای حفظ و کنترل حدود ارتباط درمانی بیان می‌کند (۳۰).

فراهم کردن زمینه مشارکت بیمار و همراهان او، از دیگر اقداماتی بود که پرستاران بدون برنامه از قبل تعریف شده‌ای انجام می‌دادند. پرستاران به منظور کاهش حجم کاری خود برخی از کارها نظیر اقدامات اولیه بیمار و پیگیری‌های خارج از حیطه بخش را با مشارکت دادن همراهان بیمار به انجام می‌رساندند. در این مورد McDonald و همکاران بیان می‌کنند، وقتی که پرستاران خانواده‌ها را در مراقبت از بیماران دخیل می‌کنند، هم آهنگی قابل توجهی شکل می‌گیرد. آن‌ها در ادامه می‌گویند که پرستاران گزارش کرده‌اند که این راهبرد یعنی مشارکت دادن خانواده در مراقبت ممکن است در ابتدا باعث صرف زمان و وقت فراوان از پرستار شود، اما در طولانی مدت می‌تواند باعث حفظ زمان پرستاری گردد (۳۱).

بنابراین با توجه به یافته‌های مطالعه این حقیقت روشن می‌شود که در عرصه تحت

احترام‌آمیز آن قدر مهم است که مطالعات بسیاری به آن پرداخته‌اند. Mottram در مطالعه خود در تبیین رفتارهای درمانی در روز جراحی، رفتارهای ارتباطی ذیل از جانب پرستاران را به عنوان ارتباط درمانی تلقی می‌کند: توضیح دادن، پاسخ به موقع به نیاز بیمار، صمیمیت داشتن و رفتار دوستانه با بیمار و آرامش داشتن پرستار در هنگام کار با بیمار که خود منجر به آرامش بیمار می‌شود (۲۵). Finch در مطالعه خود بیان می‌دارد که بیماران انتظار داشتند که پرستاران در مورد آن‌ها از رفتارهای توجهی، حرفه‌ای، درک کردن و احترام‌آمیز استفاده نمایند که از میان این رفتارها حرفه‌ای و ماهر بودن و همدردی و صمیمیت؛ فراوانی بیشتری را به خود اختصاص داده بود (۲۶). در مطالعه Thorne و همکاران درباره تبیین زمینه ارتباط در مراقبت سلامتی، بیماران اهمیت ارتباط مراقبت سلامتی را در سه سطح داشتن تواضع، احترام قایل شدن و تعهد داشتن تعریف کردند (۲۷). در مطالعه Chiovitti نیز معنای مراقبت پرستاری از نگاه بیماران در خصوصیات نظیر احترام قایل شدن برای بیمار، ایمنی بیمار، تشویق بیمار به ارتقای سلامتی و آموزش تعاملی خلاصه شده بود (۲۸).

ایجاد قلمروی حرفه‌ای در مواجهه با بیمار، همراهان بیمار و دیگر همکاران از دیگر راهبردهای پرستاران بود که در تطبیق نگرش و عمل خود با شرایط زمینه‌ای ابراز می‌گردید. پرستاران قلمرو حرفه‌ای خود را با متمایز ساختن نقش مشارکتی بیمار یا همراه او از دخالت نابه‌جا در مراقبت و همچنین ایجاد یک

زیسته افراد هر رشته می‌باشند، یافته‌های این مطالعه مشخص می‌سازد که در عرصه تحت مطالعه، پرستاران و بیماران از چه راهبردی در برقراری ارتباط با یکدیگر استفاده می‌کنند. لذا ممکن است بتوان در حیطه‌های مختلف رشته پرستاری نظیر ظرفیت‌سازی پژوهش و مراقبت از یافته‌های این مطالعه استفاده نمود. یافته‌های این مطالعه ممکن است از منظر متولیان آموزش و مراقبت پرستاری منجر به انجام تحقیقات بیشتری از زوایای مختلف در محیط‌های بالینی متنوع‌تری گردد و با رسیدن به اجماع نظر و ادراکی جامع نسبت به فرایند ارتباط بین پرستار و بیمار بتوان دستورالعمل‌ها و خط‌مشی‌های اثربخشی را برای ارتقای مراقبت پرستاری کشور تدوین نمود و تمهیدات لازم برای کنترل بهینه شرایط زمینه‌ای تأثیرگذار بر راهبردهای اتخاذی پرستاران در ارتباط با بیمار اندیشید.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه تحت عنوان تبیین فرایند ارتباط پرستار - بیمار و آرایه الگوی کاربردی در مقطع دکترای تخصصی در سال ۱۳۸۸ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شده است. محققان همچنین بر خود لازم می‌دانند از تمام مشارکت‌کنندگان مطالعه تشکر و قدردانی داشته باشند.

مطالعه مسؤلیت اصلی برقراری و تداوم این ارتباط با بیمار بر عهده پرستار بوده و بیمار قدرت کم‌تری در این ارتباط دارد. در واقع یافته‌ها مبین این مهم بودند که در فرایند ارتباط بین پرستار و بیمار، این پرستار بود که دارای نقشی فعال‌تر از بیمار بود، هرچند که شروع ارتباط، با توجه به نیازهای بیمار و اقدامات پرستار در مواجهه با این نیازها تعریف می‌گردید. ارتباط بین پرستار و بیمار علی‌رغم اعتقاد و باور پرستار، در زمینه‌ای وظیفه محور، دارای بار کاری بسیار بالا و به صورت واکنشی مبتنی بر نیاز بیمار در حال رخداد می‌باشد. کالج پرستاری اونتاریا در بیانیه خود ابراز می‌دارد که شاید پرستاران خودشان را به عنوان فرد صاحب قدرت در فرایند ارتباط نپندارند، اما مسایلی نظیر دانش تخصصی، جایگاه مقتدرانه پرستار در نظام مراقبتی در مقایسه با سایر گروه‌های تیم مراقبتی و همچنین دسترسی به بسیاری از اطلاعات مرتبط با سلامتی بیمار؛ از عواملی هستند که باعث ازدیاد قدرت و حق تصمیم‌گیری در پرستار درباره بیمار می‌شوند (۳۲). در این راستا، Shattell نیز ابراز می‌دارد که بیمار در نقش وابسته خود، متمایل است نقش غیرفعالی را به عنوان گیرنده مراقبت از یک مراقبت‌کننده دارای دانش حرفه‌ای، برای خود تعریف کند (۲۱). در نهایت از آن جا که مطالعات کیفی در پی تبیین پدیده‌های مختلف با توجه به تجارب

منابع

- 1 - Lindberg JB, Hunter ML, Kruszewski AZ. Introduction to nursing: concepts, issues and opportunities. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1994.

- 2 - Bolster D, Manias E. Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: qualitative observation and interview study. *Int J Nurs Stud*. 2010 Feb; 47(2): 154-65.
- 3 - Meleis AI. *Theoretical nursing: Development and progress*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- 4 - Ito M, Lambert VA. Communication effectiveness of nurses working in a variety of settings within one large university teaching hospital in western Japan. *Nurs Health Sci*. 2002 Dec; 4(4): 149-53.
- 5 - de Almeida Araujo IM, da Silva RM, Bonfim IM, Fernandes AF. Nursing communication in nursing care to mastectomized women: a grounded theory study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010 Jan-Feb; 18(1): 54-60.
- 6 - Scanlon A. Psychiatric nurses' perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006 Jun; 13(3): 319-29.
- 7 - Bowles N, Mackintosh C, Torn A. Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution-focused communication training. *J Adv Nurs*. 2001 Nov; 36(3): 347-54.
- 8 - McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs*. 2004 Jan; 13(1): 41-9.
- 9 - Abedi H, Alavi M, Aseman rafat N, Yazdani M. [Nurse-elderly patients relationship experiences in hospital wards- a qualitative study]. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2005; 5(29): 5-16. (Persian)
- 10 - Aein F, Alhani F, Mohammadi E, Kazemnejad A. [Marginating the interpersonal relationship: Nurses and parent's experiences of communication in pediatric wards]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2008; 3(8,9): 71-83. (Persian)
- 11 - Mohammadzadeh Sh, Bakhtiari S, Moshtagh Z, Ebrahimi E. [Communication barriers from nurses' and elderly patint's points of views at medical-surgical wards]. *Journal of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services*. 2007; 16(56): 44-52. (Persian)
- 12 - Speziale HS, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 13 - Krippendorff KH. *Content analysis: An introductory to its methodology*. 2nd ed. California: Sage Publication, Inc; 2004.
- 14 - Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 Feb; 24(2): 105-12.
- 15 - Fakhr-Movahedi A, Salsali M, Negharandeh R, Rahnavard Z. A qualitative content analysis of nurse-patient communication in Iranian nursing. *Int Nurs Rev*. 2011 Jun; 58(2): 171-80.

- 16 - Caris-Verhallen WM, de Gruijter IM, Kerkstra A, Bensing JM. Factors related to nurse communication with elderly people. *J Adv Nurs*. 1999 Nov; 30(5): 1106-17.
- 17 - Magnus VS, Turkington L. Communication interaction in ICU--Patient and staff experiences and perceptions. *Intensive Crit Care Nurs*. 2006 Jun; 22(3): 167-80.
- 18 - Anoosheh M, Zarkhah S, Faghihzadeh S, Vaismoradi M. Nurse-patient communication barriers in Iranian nursing. *Int Nurs Rev*. 2009 Jun; 56(2): 243-9.
- 19 - Baillie L. An exploration of nurse-patient relationships in accident and emergency. *Accid Emerg Nurs*. 2005 Jan; 13(1): 9-14.
- 20 - Hagerty BM, Patusky KL. Reconceptualizing the nurse-patient relationship. *J Nurs Scholarsh*. 2003; 35(2): 145-50.
- 21 - Shattell M. Nurse-patient interaction: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2004 Sep; 13(6): 714-22.
- 22 - Suikkala A, Leino-Kilpi H, Katajisto J. Factors related to the nursing student-patient relationship: the students' perspective. *Nurse Educ Today*. 2008 Jul; 28(5): 539-49.
- 23 - Hanoch Y, Pachur T. Nurses as information providers: facilitating understanding and communication of statistical information. *Nurse Educ Today*. 2004 Apr; 24(3): 236-43.
- 24 - Pytel C, Fielden NM, Meyer KH, Albert N. Nurse-patient/visitor communication in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2009 Sep; 35(5): 406-11.
- 25 - Mottram A. Therapeutic relationships in day surgery: a grounded theory study. *J Clin Nurs*. 2009 Oct; 18(20): 2830-7.
- 26 - Finch LP. Patients' communication with nurses: Relational communication and preferred nurse behaviors. *International Journal of Human Caring*. 2006; 10(4): 14-22.
- 27 - Thorne SE, Harris SR, Mahoney K, Con A, McGuinness L. The context of health care communication in chronic illness. *Patient Educ Couns*. 2004 Sep; 54(3): 299-306.
- 28 - Chiovitti RF. Nurses' meaning of caring with patients in acute psychiatric hospital settings: a grounded theory study. *Int J Nurs Stud*. 2008 Feb; 45(2): 203-23.
- 29 - Allen D. The nursing-medical boundary: A negotiated order? *Sociology of Health & Illness*. 1997 Sep; 19(4): 498-520.
- 30 - Nurses Association of New Brunswick. Standard for the therapeutic nurse-client relationship. Available at: <http://www.nanb.nb.ca/> Accessed, 2000.
- 31 - McDonald DD, Laporta M, Meadows-Oliver M. Nurses' response to pain communication from patients: a post-test experimental study. *Int J Nurs Stud*. 2007 Jan; 44(1): 29-35.
- 32 - College of Nurses of Ontario. Practice standards: Therapeutic nurse-client relationship. Available at: <http://www.cno.org/> Accessed, 2004.

Exploring Nurse-Patient Communication Strategies

Ali Fakhr-Movahedi* (Ph.D) - Reza Negarandeh** (Ph.D) - Mahvash Salsali*** (Ph.D).

Abstract

Received: Jul. 2012
Accepted: Nov. 2012

Background & Aim: Nurses are informed from patients needs using effective mutual communications. This study aimed to explore the communication strategies between nurses and patients.

Methods & Materials: This study had a qualitative approach with the content analysis method. Participants included 23 nurses, patients and their families in medical and surgical wards of Imam Khomeini hospital of Tehran University of Medical Sciences. Data were collected using interviews and observations. The first and second interviews were conducted unstructured. The semi-structured interviews were then conducted according to the derived concepts from the first and second interviews. We used observation in order to gain a deeper understanding and verifying data from interviews. The observations focused on the interactions between nurses and patients during mutual communications.

Results: A final theme was emerged through the data analysis: adaptation of nurses' attitudes and performances. This theme derived from three main categories: caring according to acute needs of patients, creating a professional realm, and participation. The caring according to acute needs of patients included subcategories such as identifying patients' acute needs and nurses' communication behavior. Creating the professional realm implicated on the clarifying roles and maintaining of privacy communication. Participation was defined as the audience and content.

Conclusion: The findings showed that nurses, in response to the underlying conditions of nursing care, assimilate their attitudes and performances to be able to meet their professional needs and their patients' needs. In fact, the main character of nurse-patient communication is nurses' active role and patients' passive role.

Corresponding author:
Mahvash Salsali
e-mail:
m_salsali@hotmail.com

Key words: nursing, nurse-patient communication, qualitative content analysis, strategies

* Assistant Professor, Dept. of Pediatric Nursing, School of Nursing and Allied Health, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

** Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*** Professor, Dept. of Medical and Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran