

عوامل بازدارنده ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل: آنالیز محتوای کیفی

فرحناز فرنی^۱، عباس عباسزاده^۲، فریبا برهانی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ارتباط حرفه‌ای بین پرستار و بیمار شالوده و زیربنای مراقبت پرستاری در کلیه بخش‌ها است، ولی عوامل بسیاری مانع توسعه این ارتباط می‌شوند. هدف از این مطالعه، کشف موانع ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل بود.

روش: مطالعه کیفی - توصیفی حاضر از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته با ۱۶ شرکت کننده (۸ پرستار، ۷ بیمار و یک همراه بیمار) و نیز ۱۴ یادداشت در عرصه تا رسیدن به اشباع کامل داده‌ها انجام شد. داده‌ها با روش تحلیل محتوای کیفی مرسوم به صورت هم‌زمان تحلیل گردید.

یافته‌ها: درون‌مایه پدیدار شده از داده‌ها «ماهیت پیچیده و پویای برقراری ارتباط» بود. این درون‌مایه مشتمل بر ۴ طبقه اصلی «پیچیدگی رفتار انسان»، «ماهیت کار پرستار اتاق عمل»، «شرایط متفاوت جهت برقراری ارتباط» و «غفلت و در حاشیه ماندن ارتباط» بود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه منجر به درک بهتر موانع ارتباط پرستار با بیمار در اتاق عمل - که اغلب از دید مطالعات کمی پنهان می‌ماند - شد. طبق داده‌ها لازم است قوانین و راهبردهایی جهت ارتقای ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل توسعه یابد.

کلید واژه‌ها: ارتباط پرستار بیمار، ارتباط درمانی، موانع، اتاق عمل، تحلیل محتوای کیفی

ارجاع: فرنیا فرحناز، عباسزاده عباس، برهانی فریبا. عوامل بازدارنده ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل: آنالیز محتوای کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۲؛ ۲(۱): ۹۰-۷۶.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۲/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۰/۱۵

پرستاران به واسطه ظرفیت رابطه‌ای خود فرصتی برای ایجاد اختلاف ژرف در تجربیات سلامت و بهبودی افراد دارند (۱۲)، ولی متأسفانه در متون مختلف بیشتر از آن‌ها به عنوان معاشرین ضعیف «Poor communicators» یاد می‌شود. در مطالعه‌ای کیفی، تجربیات بیماران از چگونگی برقراری ارتباط پرستاران در یک بیمارستان عمومی آموزشی ایرلند، یکی از درون‌مایه‌ها «عدم برقراری ارتباط» بود (۳). در مطالعه Jangland و همکاران در زمینه شکایات و نارضایتی بیماران و بستگان آن‌ها به کمیته مشورتی داخلی از برقراری ارتباط و

مقدمه

ارتباط حرفه‌ای بین پرستار و بیمار، رکن اساسی پرستاری و شالوده و زیربنای مراقبت پرستاری و جنبه مهمی از مراقبت دهنده‌گی است (۱۰-۱). هر یک از کارکنان پرستاری صرف نظر از حوزه تخصصی خود و به اقتضای کارشان نیازمند ارتباط با بیمار هستند (۸)؛ چرا که مراقبت تنها از طریق ارتباط بین فردی مؤثر میسر می‌باشد. در مطالعه کیفی انجام گرفته در پرستاران بخش اورژانس، درون‌مایه اصلی پدیدار شده، «ارتباط به عنوان ابزار اولیه اکثر فعالیت‌های مراقبتی» بود (۱۱).

۱- دانشجوی دکتری، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان و مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۲- دانشیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳- استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، گروه اخلاق پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران و دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
 نویسنده‌ی مسؤول: دکتر عباس عباسزاده
 Email: aabaszadeh@kmu.ac.ir

شد (۲۱). در تحقیق موانع ارتباط طبق درک پرستاران و بیماران سالمند در کره توسط Park و Song نیز هر یک از طرفین بیشترین نمره را به عوامل بازدارنده مربوط به طرف مقابل دادند (۲۲)، اما متأسفانه در مرور پایگاه داده‌ها و جستجوی متون، پژوهشی در زمینه موانع ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل یافت نشد. حال آن‌که به نظر می‌رسد با توجه به متفاوت بودن شرایط پرستار، بیمار و نیز محیط اتاق عمل، ویژگی موانع ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل با سایر بخش‌های بیمارستان تفاوت داشته باشد.

Mottram بر این عقیده است، با وجودی که همواره ارتباطات درمانی بین پرستاران و بیماران ویژگی فوق‌العاده با ارزش حرفه پرستاری قلمداد شده است، ولی در مراکز مراقبت بهداشتی مدرن مشاهده می‌شود که عوامل بسیاری مانع از توسعه آن می‌گردند. شاید سرعت ارایه مراقبت و افزایش به کارگیری فن‌آوری از موانع ارتباط هستند (۲۳). به عبارتی کیفیت ارتباط پرستار بیمار به علت مهارت‌های فنی بیشتری که پرستار انجام می‌دهد در معرض خطر است. از طرفی با وجودی که ارتباط جنبه ضروری پرستاری است، امروزه با رقابت سیستم برای جذب بیمار بیشتر، به فراموشی سپرده شده است. با برپایی اتاق عمل‌های سرپایی و جراحی‌های ثابت سریع (Quick fix surgeries) احتمال دارد که حتی بیش از قبل با بیماران رفتار غیر انسانی شود. (۲۴). حال آن‌که بیماران در اتاق عمل به واسطه عوامل تنش‌زای ذاتی و فن‌آوری پیشرفته - که مراقبت از بیمار به صورت اورژانسی و توسط دستگاه‌ها اداره می‌شود - حتی بیش از سایر بخش‌ها نیاز به ارتباط با ارایه دهندگان مراقبت بهداشتی دارند (۲۵). ضمن این‌که قصور در ارتباط در اتاق عمل می‌تواند موجب ایجاد خسارات جبران‌ناپذیری شود (۲۶). بنابراین شناخت موانع ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل جهت بهبود عملکرد حرفه‌ای ضرورت دارد.

مرور تحقیقات مختلف انجام شده در زمینه موانع ارتباط پرستار بیمار نشان داد که این مطالعات در بخش‌های مختلف بستری و اغلب با رویکرد کمی انجام گرفته است و احتمال پنهان ماندن حقیقت وجود دارد. تحقیقات کمی محقق محور

برخوردها در مراقبت بهداشتی در طی سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۴ و نیز مشارکت ندادن، حمایت نکردن و مواجهه حرفه‌ای منفی از درون‌مایه‌ها استخراج شده بود. این به نوبه خود موجب تجربه اضطراب بیش از حد و کاهش اعتماد بیماران و بستگان آن‌ها به مراقبت بهداشتی شده بود (۱۳). از طرفی مطالعه دیگری نشان داد، اکثریت بیماران در مرحله قبل از عمل به دلیل اهمیت ندادن پرستاران به حمایت روانی آن‌ها در اتاق عمل، احساس رها ماندن نمودند (۱۴).

Halldorsdottir معتقد است که حفظ ارتباطات درمانی با بیماران، چالش واقعی پرستاری در سیستم‌های مراقبت بهداشتی معاصر است (۱۵). از طرفی مطالعات نشان می‌دهد ارتباط درمانی بین بیمار و پرستار با موانعی روبرو می‌شود (۱۶). بنابراین باتوجه به اهمیت موضوع مشکلات ارتباطی و علل آن، تحقیقات بسیاری در این زمینه در واحدهای مختلف انجام گرفته است (۱۷).

در مطالعه کیفی Tay و همکاران در سنگاپور سه طبقه ویژگی‌های بیمار، پرستار و محیط به عنوان عوامل مؤثر بر برقراری ارتباط مؤثر بین کارکنان پرستاری و بیماران اونکولوژی بزرگسال بستری استخراج شد (۱۸). در مطالعه کیفی فخرموحدی و همکاران در بخش‌های داخلی و جراحی تهران نیز عملکرد پرستار، محدودیت در انتقال اطلاعات به بیمار، مسایل شخصی پرستار و ساختار مدیریتی از عوامل بازدارنده ارتباط پرستار بیمار بود (۱۹). در مطالعه کمی توصیفی انوشه و همکاران در زمینه بررسی موانع ارتباط پرستار بیمار، بیشترین امتیاز به بار کاری زیاد، سختی کار پرستاری، فقدان امکانات رفاهی پرستاران، ناآشنایی پرستاران با نحوه برقراری ارتباط، ابتلا به بیماری‌های واگیر و نیز تفاوت جنس پرستار بیمار داده شد (۲۰)؛ در حالی که در مطالعه کمی محمدزاده و همکاران خستگی پرستاران، تکلم سریع، فراموشی، ضعف حافظه، اختلالات بینایی و شنوایی بیماران سالمند، داشتن بیمار بد حال و شلوغی بخش از بیشترین موانع گزارش شده توسط پرستاران برای ارتباط پرستار با بیمار سالمند بود، ولی بی‌حرمتی و بی‌توجهی به سؤالات به عنوان مهم‌ترین مانع توسط بیماران سالمند ذکر

اتاق عمل، مایل به همکاری و دارای قدرت بیان واضح و خوب و توانایی به یاد آوردن تجربیات خود در اتاق عمل.

روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه باز عمیق و مشاهده در عرصه اتاق عمل بود. مصاحبه با سؤالات باز نیمه ساختار یافته انجام شد. سؤالات اصلی مطرح شده شامل: «راجع به رابطه پرستار (خود) با خود (بیمار) در اتاق عمل صحبت کنید». «چه عواملی مانع ارتباط شما با بیمار می‌شود؟» «چرا ارتباطی بین شما و پرستار (بیمار) برقرار نشد؟». سؤالات بر حسب شرکت کننده تعدیل می‌شد.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از سؤالات عمومی فردی اولیه و سؤال باز در راستای هدف پژوهش استفاده گردید. به تدریج جهت روشن‌تر شدن مفهوم و عمیق‌تر شدن روند مصاحبه بر اساس داده‌های آرایه شده توسط شرکت کنندگان، سؤالات پیگیری کننده و اکتشافی طرح می‌شد. جمع‌آوری اطلاعات تا زمان تکراری شدن داده‌ها و عدم دستیابی به داده جدیدی (اشباع اطلاعاتی) ادامه یافت. در سه مصاحبه آخر و نیز مشاهده‌های صورت گرفته در عرصه، همان اطلاعات یا ایده کسب شده قبلی تکرار و منجر به خاتمه جمع‌آوری اطلاعات شد.

در طی مصاحبه، مشارکت کنندگان تشویق می‌شدند تا به طور راحت، آزادانه و با جزییات کامل تجربه‌های خود را بیان نمایند. محقق در صورت امکان سعی می‌کرد یک شنونده فعال باشد. مصاحبه‌ها در مکان و زمان دلخواه شرکت کنندگان در فضای مناسب و آرامی انجام و با دستگاه MP3 ضبط و بعد از چند نوبت گوش فرادادن به محتوای آن و در اولین فرصت ممکن کلمه به کلمه پیاده (بازنویسی و تحلیل) گردید. طول مدت مصاحبه‌ها بین ۱۰۰-۲۰ دقیقه (در مجموع ۹۵۴ دقیقه) با میانگین ۴۸ دقیقه بود. علاوه بر آن، جهت جمع‌آوری و تأیید داده‌های حاصل شده از مصاحبه و نیز درک عمیق‌تر نسبت به شرایط موجود، مشاهده به صورت «ناظر به عنوان شرکت کننده» (۳۱) با حضور محقق اول در اتاق‌های عمل شهر یزد و در شیفت‌های مختلف انجام گرفت. مفاد هر جلسه مشاهده نیز به متن کتبی تبدیل و تحلیل شد.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی تحقیق و حفاظت از

بوده و تنها منعکس کننده بخشی از واقعیات هستند. حال آن‌که درک ذهنی و تجربه‌های واقعی افراد درگیر به طور مستقیم در پدیده و نیز مطالعه دنیای واقعی از زوایای گوناگون، معیار دقیق‌تری در تعیین موانع ارتباطی است. این امر نیز با رویکرد کیفی میسر است. در مطالعات کیفی رویدادهای واقعی، دیدگاه‌ها و تجربیات خاص انفرادی افراد در زمینه‌های کاری متفاوت جهت کشف عمیق و جامع موضوع بررسی می‌شود (۲۷). به علاوه Berg و همکاران نیز تأکید نموده‌اند که حوادث زمینه‌ای اساس ارتباط مراقبتی را تشکیل می‌دهند (۲۸). بنابراین با توجه به خلأ اطلاعاتی موجود و نیز تأثیرپذیری ارتباط پرستار بیمار از عوامل زمینه‌ای مختلف، انجام بررسی موانع ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل با استفاده از الگوی طبیعت‌گرایی می‌تواند ارزش والایی داشته باشد. در این راستا پژوهش کیفی حاضر با هدف، توصیف عوامل بازدارنده ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل و به منظور پاسخ به این سؤال که «عوامل بازدارنده ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل کدامند؟» انجام گرفت.

روش

این مطالعه از نوع تحقیق کیفی-توصیفی بود. تحقیق کیفی وسیله‌ای برای کشف عمق، غنا و پیچیدگی‌های ذاتی یک پدیده و آشکار نمودن جنبه‌های مختلف موضوع است (۲۹). این نوع از تحقیق می‌تواند پاسخگوی سؤالات اختصاصی مرتبط با کارکنان بالینی و سیاست‌گذاران مانند نگرانی‌های افراد راجع به یک واقعه، پاسخ‌های افراد (مانند نگرش، احساسات و افکار) به یک حادثه و عوامل تسهیل کننده و بازدارنده باشد (۳۰).

مشارکت کنندگان پژوهش را پرستاران شاغل در اتاق عمل‌های شهر یزد، بیماران دارای تجربه جراحی و همراه بیماران تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری در ابتدا هدفمند و سپس نظری، طبق اطلاعات حاصل از مصاحبه‌های اولیه بود. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: پرستار کارشناس یا بالاتر دارای تجربه کار در اتاق عمل، بیمار بالغ و همراه بیمار با سابقه جراحی و تجربه برخورد و رابطه با کارکنان پرستاری

حسن ارتباط محقق با شرکت کنندگان در تحقیق، درگیری طولانی مدت با زمینه و داده‌های حاصل از مصاحبه و مشاهدات، بازنگری توسط مشارکت کنندگان، همکاران تحقیق و نیز ناظرین خارجی استفاده شد (۳۶، ۳۵).

یافته‌ها

از ۱۶ شرکت کننده در مصاحبه، ۸ نفر پرستار، ۷ بیمار و یک نفر همراه بیمار بودند. ۳ پرستار و یک همراه بیمار در طی دو جلسه مورد مصاحبه قرار گرفتند (در کل ۲۰ مصاحبه). محدوده سنی پرستاران مشارکت کننده ۳۰-۴۷ سال (میانگین ۴۳ سال) و بیماران و بستگان آن‌ها ۱۸-۷۳ سال (میانگین ۴۶ سال) بود. سابقه کار پرستاران شرکت کننده در اتاق عمل ۲۲-۷ سال (میانگین ۱۵ سال) بود. بیماران شرکت کننده نیز دارای اعمال جراحی گوناگون (منفرد یا متعدد) و از بخش‌ها و مراکز درمانی مختلف دولتی آموزشی و خصوصی بودند.

با تحلیل داده‌ها، ۱۴ طبقه، ۴ طبقه اصلی و در نهایت یک درون‌مایه «ماهیت پیچیده و پویای برقراری ارتباط» به عنوان عامل بازدارنده ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل پدیدار شد. طبقات اصلی شامل پیچیدگی رفتار فرد، ماهیت کار پرستار اتاق عمل، شرایط متفاوت جهت برقراری ارتباط، غفلت و در حاشیه ماندن ارتباط بود.

پیچیدگی رفتار انسان

خصایل و منش متفاوت فردی، تغییرپذیری رفتار، تأثیرپذیری رفتار فرد از عوامل شناختی و نیز فرهنگی- اجتماعی از طبقات پیچیدگی رفتار انسان هستند. پرستار و بیمار هر یک دارای مشخصات فردی اجتماعی و نیز خصایل رفتاری و منش متفاوت از لحاظ ذاتی و تربیتی هستند. این عامل نقش مهمی در نحوه و میزان برقراری ارتباطات بین فردی آن‌ها دارد. یکی از پرستاران شرکت کننده می‌گوید: «بعضی پرستار/ها هستند که ذاتاً نمی‌توانند ارتباط برقرار کنند... بعضی وقت‌ها می‌شه که وقتی باهاش (بیمار) صحبت می‌کنیم، اصلاً جواب هم نمی‌ده. بعضی‌هاشون خجالت می‌کشند... بیماری را عیب می‌دونند... که این برمی‌گرده به خصلت اون‌ها! هرکسی به جوریه!». بیمار شرکت کننده‌ای در مورد تجربه ارتباطی

حقوق مشارکت کنندگان، با طی مراحل قانونی رسمی و ارایه معرفی‌نامه کتبی و کسب اجازه از مسؤولین ذی‌ربط، افراد واجد ملاک‌های تحقیق شناسایی و با معرفی و توضیح هدف و روش پژوهش، رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی از آن‌ها برای همکاری اخذ گردید. به علاوه اختیار و آزادی شرکت کنندگان جهت عدم همکاری یا خروج از مطالعه در هر مرحله از تحقیق و محرمانه ماندن فایل مصاحبه‌ها و اطلاعات خصوصی در کلیه مراحل، از زمان جمع‌آوری اطلاعات تا زمان انتشار نتایج نیز مورد تأکید قرار گرفت.

داده‌ها از طریق ۲۰ مصاحبه و نیز ۱۴ مشاهده و یادداشت در عرصه جمع‌آوری و هم‌زمان با روند تحلیل محتوای کیفی مرسوم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (۳۲). تحلیل محتوای کیفی یک راهبرد تحلیلی منتخب در مطالعات توصیفی کیفی (۳۰) و روشی جهت تحلیل پیام‌های ارتباطی کتبی، کلامی و مشاهده‌ای است. در روند تحلیل ابتدا متن به طور مکرر برای مأنوس و غوطه‌ور شدن در داده‌ها و به دست آوردن بینش و حسی از کل، مطالعه شد. سپس واحدهای معنا انتخاب و متن به واحدهایی با محتوای کوچک‌تر بر اساس هدف و سؤال پژوهش تقسیم گردید. آن‌گاه نکات و عناوین مهم متن به صورت کد باز استخراج (۳۲) (با در نظر داشتن محتوای آشکار و پنهان واحدهای معنا) (۳۳) و کدها بر اساس تشابه و تفاوت‌های موجود بین آن‌ها تحت عناوین وسیع‌تر نمایانگر مشخصات محتوای آن طبقه‌بندی شدند (تقلیل داده‌ها جهت توصیف پدیده و درک بیشتر). به عبارتی زیرطبقات دارای حوادث و پیشامدهای مشابه با همدیگر به عنوان طبقات گروه‌بندی و سپس طبقات اصلی تشکیل و این روند انتزاع تا رسیدن به درون‌مایه ادامه یافت (۳۲).

جهت تسهیل تحلیل داده‌ها در روند رفت و برگشت، فهرست و دسته‌بندی، مقایسه مکرر داده‌های مختلف و بازیابی نقل قول‌ها (۳۴)، از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ استفاده شد.

به منظور استحکام و موثق بودن داده‌ها از روش‌های تلفیقی در جمع‌آوری اطلاعات (داده‌ها، منابع و زمان)، کنار گذاشتن پیش‌فرض‌های اولیه توسط محقق، لحاظ کردن حداکثر تنوع در نمونه‌گیری، دقت در ثبت داده‌ها، مقبولیت و

دختر بچه‌ای بیاد پنج، شش سالش باشه. اشکالی نداره که دست بهش بزنی، ولی گاهی به فردی مثلاً به خانمی می‌یاد حالا اگر متعصب هم باشه. بخواهیم ما بهش دست بزیم ممکنه پیش خودش احساس کنه که حالا ما به اصطلاح قصدی یا غرضی داریم و این مشکل‌ساز می‌شه. این باعث می‌شه که این ارتباط را برقرار نکنیم».

تفاوت‌های فرهنگی بیمار و پرستار و گویش آن‌ها مانع دیگر ارتباط محسوب می‌شد. شرکت کننده‌ای معتقد است: «خدایش خیلی سخته... هر بیماری به فرهنگی داره!!!... بعضی‌ها می‌شه باهاشون صحبت بکنی، بعضی‌ها نمی‌شه!». مشارکت کننده دیگری گفت: «هریضی داشتیم که ما اصلاً زبونش را نمی‌فهمیدیم... زبون حالیش نبود که بتونه ارتباط برقرار بکنه. اصلاً ما لهجه او را نمی‌فهمیدیم... او هم متوجه حرف‌های ما نمی‌شد. با این بیمار هر چی تلاش کردیم نتونستیم ارتباط برقرار کنیم».

ماهیت کار پرستار اتاق عمل

ماهیت کار پرستار اتاق عمل از بازدارنده‌های بالقوه دیگری است که نقل قول‌های زیادی از مشارکت کنندگان را در برگرفت. «تضاد نقش»، «کار پرتنش»، «تیمی بودن کار» و «قدرت و اختیار» در این طبقه قرار داشتند. نقش اصلی و مورد انتظار از پرستار شاغل در اتاق عمل، فنی است. بنابراین طبق ادعای شرکت کنندگان حاکمیت کارمحوری موجب بازداشتن پرستار از ارتباط با بیمار می‌شود. پرستاری در این رابطه گفت: «بعضی مواقع اسپینال می‌کنند، ما که اد هستیم، می‌ریم کمک دکتر. سیرکولر هم که دنبال وسیله و چیزهایی هست که نیازه. اون‌جا نشسته، اگر کسی چیزی می‌خواد بهش می‌ده. دنبال ارتباط نیست...».

از طرفی شرایط کاری پرستار شاغل در اتاق عمل تا حدودی نسبت به سایر پرستاران متفاوت است. وی مجبور است تنوع رویه‌ها، حجم و بار کاری زیاد و پرمشقت را با سرعت عمل و دقت زیاد متقبل شود. ضمن این‌که علاوه بر نقل و انتقالات زیاد بیماران، کار وی قابل پیش‌بینی نبوده و در بسیاری از موارد با موقعیت حاد و پرکار اورژانسی مواجه است. از طرفی بروز مخاطرات در اتاق عمل، لحظه‌ای است. بنابراین

خود در اتاق عمل با پرستار چنین می‌گوید: «هو اتاق انتظار هیچی برام مهم نبود این که کی اون‌جا هست و چه جوریه؟ حتی کاری به مریض‌های دیگه هم نداشتم. با هیچ کدومشون هم حرفی نزدم... همیشه این جوریم».

گاهی مواقع تغییرات و نوسانات خلقی و عدم آمادگی روحی طرفین مانع ارتباط می‌شود. شرکت کننده‌ای در این رابطه گفت: «گاهی ممکنه به علت بی‌حوصلگی این کار را انجام ندیم». برخی هم معتقد بودند گاهی مشکلات معیشتی زندگی، شخصی، حقوقی یا شرایط محیطی موجب عدم تمایل آن‌ها به ارتباط با بیمار می‌شود و پرستاری اظهار داشت: «شده خودمون از چیزی ناراحت بودیم... مثلاً کارانه کم بهمون داده باشنند. چیز دیگه‌ای بحث شده باشه. از یه چیزی ناراحت باشیم و ارتباط درست و حسابی با بیمار برقرار نکنیم، مثلاً محلش نمی‌کنیم».

داده‌ها حاکی از آن بود که شناخت، نگرش و باورهای افراد تأثیر زیادی بر ارتباط پرستار و بیمار با یکدیگر دارد. برداشت سطحی پرستار از ارتباط و نیز اعتقاد آن‌ها به عدم امکان ارتباط، خاتمه ارتباط با بیمار با شروع بیهوشی و عمل و محل انجام وظایف دانستن ارتباط با بیمار در اتاق عمل، این فعالیت پرستاران را تحت تأثیر قرار داده بود. پرستاری منظور از ارتباط را چنین بیان کرد: «همین توضیح دادن و سؤال پرسیدن و جواب دادن. سؤال او می‌پرسه ما جواب می‌دیم، ما به چیزی می‌پرسیم ازش و اون جواب می‌ده، یعنی ارتباط کلامی».

به علاوه برخی از بیماران هم توان علمی پرستار را باور نداشته یا به اطلاعات دریافتی از پرستار اعتماد ندارند. بیمار شرکت کننده‌ای دلیل عدم سؤال از پرستار را چنین بیان داشت: «پرستار هم که بلد نیستن. از این دستیارهایی که آمار پر می‌کنند، از این‌ها دیگه چی می‌شه پرسیدی؟ این چی سر در می‌یاره؟ که از این پرسیدی چیکار می‌خوان بکنند؟».

بسیاری از شرکت کنندگان نیز در ارتباطات خود با دیگران طبق هنجارها و فرهنگ حاکم بر جامعه رفتار می‌کردند. در نتیجه برای این‌که از نظر اجتماعی با مشکل مواجه نشوند، کمتر جهت ارتباط با جنس مخالف رغبت نشان می‌دادند. آقای پرستار مشارکت کننده معتقد است: «ممکنه به

اتاق عمل بیمارستان ... خودم می‌رفتم دم در و مریضو تحویل می‌گرفتم و خودم هم تحویل می‌دادم، ولی این‌جا امکانش کمه... اونیکه تو پره‌آپ کار می‌کنه فرصت بیشتری برای ارتباط با بیمار داره». بیمار شرکت کننده‌ای هم گفت: «این چند باری که اتاق عمل رفتم پرستارهای بعضی بیمارستان‌ها بیشتر باهام ارتباط برقرار کردند. اون‌جا ها هم خلوت‌تر بود و هم تعداد پرستارهایش بیشتر بودند».

طبق تجربیات شرکت کنندگان این مطالعه، در بسیاری از موارد به علت اقامت کوتاه مدت بیمار در اتاق عمل، کمبود نیروی کار و کمبود وقت، زمانی پرستار بر بالین بیمار در صحنه عمل حضور می‌یابد که بیمار بیهوش شده است. این طبقه به عنوان یکی از موانع مهم توسعه ارتباط پرستار بیمار مورد توجه مشارکت کنندگان قرار گرفت و اکثر آن‌ها از این موضوع شاکی بودند. به عنوان نمونه یکی از پرستاران می‌گوید: «مریضو که می‌برن اتاق عمل، هنوز ثانیه نشده که این مریض را بردند دوباره مریض دیگه پشت در گذاشتنش، می‌یارن تو اتاق. مریض را با برانکارد آوردند پشت در گذاشتن. این مریض که رفت، اون یکی می‌یاد تو! پس فرصتی برای برقراری ارتباط نمی‌مونه».

مشغولیت و دقت کار پرستار نیز مانع دیگر ارتباط است. شرکت کننده‌ای گفت: «می‌تونیم که هم‌زمان با کار خودمون که دکتر می‌گه این کار بکن اون کار بکن، با بیمارمون ارتباط برقرار کنیم. اگر بخوایم ارتباط برقرار کنیم، مسلماً حواسمون پرت می‌شه. پس برای این‌که خللی در کار خودمون پیش نیاد ارتباطی با بیمار برقرار نمی‌کنیم».

گاهی رویدادهای غیر مترقبه در اتاق عمل بر روند ارتباط با بیمار اثر منفی می‌گذارد. یکی از پرستاران مسؤل اتاق عمل در این مقوله می‌گوید: «دیروز اول صبح مریض آن‌چنانی نداشتیم... گفتند مریض بدحال داریم... بعدش که سزارین شد و بچش دنیا اومد سه قلو بود و... دو تاشون از ناحیه سینه و شکم به هم چسبیده بودند... و NICU نداشتیم... بعضی مواقع آدم از ذهنش بعضی مسایل پاک می‌شه. مثلاً همه فوکوسمن روی اعزام بیماره» (سرپرستار یک اتاق عمل).

طبیعی است که ارتباط با بیمار به فراموشی سپرده شود. گفته ذیل از شرکت کننده‌ای گواه این حقیقت است: «اتاق عمل شرایط کاری سنگین داره. افرادی که اون‌جا هستند ممکنه از نظر کاری که می‌خوان انجام بدن مدت‌ها روی پا وایسن و به علت سنگین بودن شرایط کاری، لمس کردن بیمار و صحبت کردن را از یاد ببرن» (مری دانشجویان اتاق عمل).

تیمی و تخصصی بودن کارها در اتاق عمل و مشخص بودن وظیفه هر یک از کارکنان در تیم جراحی یکی دیگر از طبقات استخراج شده است. در تیم اتاق عمل، به طور متداول کادر بیهوشی نقش مراقبتی پرستار را ایفا می‌کنند. شرکت کننده‌ای گفت: «این‌ها چیزی بهشون محول نیست و مربوط به بیهوشی هست... پرستار در حین انجام کارهایش هیچ‌گونه ارتباطی با بیمار برقرار نمی‌کنه».

از طرفی به علت محدود بودن اختیارات پرستاران در اتاق عمل، آن‌ها سعی می‌کنند از برقراری ارتباط با بیمار طفره برونند. پرستار شرکت کننده‌ای گفت: «ممکنه دکتر خیلی خوشش نیاد که حالا او داره عمل می‌کنه یکی بیاد بره با بیمارش صحبت بکنه...» یا بیمار شرکت کننده‌ای اظهار داشت که: «ازشون پرسیدم چرا منو نمی‌برید؟ گفت خانم دست ما که نیست، ما چاره‌ای نداریم هر وقت اجازه بدن می‌فرستیم تو... منم دیگه سؤالی ازشون نکردم». بدین ترتیب این گونه اتفاقات به نوبه خود در برخی موارد مانع از ادامه ارتباط بیمار با پرستار می‌شد.

شرایط متفاوت جهت برقراری ارتباط

طبق نتایج، متفاوت بودن شرایط در اتاق عمل نیز می‌تواند مانع از برقراری ارتباط پرستار بیمار گردد. این طبقه در برگیرنده طبقات «عوامل مرتبط با محل کار»، «محدودیت منابع و مقدمات ارتباط»، «بی‌ثباتی موقعیت پرستار و بیمار» و «جو و فرهنگ سازمانی حاکم» بود.

محل کار پرستار طبق تجربه شرکت کنندگان به دلیل تفاوت ساختمان، بار کاری، تنوع بیماران مراجعه کننده، اعمال جراحی و مسؤولیت پرستار می‌تواند به عنوان عامل بازدارنده عمل نماید. شرکت کننده‌ای معتقد بود: «این‌جا نمی‌شه با بیمار ارتباط داشت. اتاق عمل شلوغ و بزرگه و گرنه من توی

سطحی‌نگری و تساهل و تسامح مسؤولین در توجه به ارزشیابی صحیح و مطابق با واقعیت فعالیت زبردستان است. در مصاحبه‌ها به کرات اشاره شده است که با وجود لحاظ شدن ارتباط پرستار با بیمار در فرم ارزشیابی عملکرد کارکنان، اما در عمل و در ارزشیابی این معیار مسامحه می‌شود. بیشترین ملاک نمره ارزشیابی در اتاق عمل، به عملکرد به نحوه کار فنی و ارتباط فرد با همکاران خود به ویژه جلب رضایت جراح و مسؤول اختصاص دارد. به طور طبیعی این عامل می‌تواند غفلت پرستاران در این زمینه را به دنبال داشته باشد. یکی از پرستاران در این رابطه می‌گوید: «توی ارزشیابی‌های سالانه هم یکی از آیتم‌هاش همین ارتباط با بیمار، ولی این را همینطوری دیمی (بدون قاعده) نمره می‌دن. البته اشتباهه ولی این طور عمل می‌شه. یعنی این ارزیابشون هم صحیح نیست. مثلاً این آیتم ۵ نمره داره. می‌گن حالا آقای مهم این ۵ نمره را همینطوری بهش بدیم. این که کارش خوبه. حالانمی‌گن ببینیم تو این زمینه چه طوری عمل کرده!! بعضی‌ها هستند یعنی خیلی‌ها با مدیران خوب ارتباط برقرار می‌کنند، ولی با بیمار ارتباط خوبی ندارند... رئیس هم فکر می‌کنه با مریض هم خوب برخورد می‌کنند».

بحث

یافته‌های این بررسی تصویری از موانع ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل با توجه به تجارب واقعی افراد درگیر از قبیل پرستار، بیمار و همراه بیمار و مشاهدات در عرصه طبیعی را ارائه داد. این عوامل فراتر از عواملی است که تاکنون در مطالعات کمی محقق محور گزارش شده است. درون‌مایه به دست آمده از مطالعه حاضر «ماهیت پیچیده و پویای برقراری ارتباط» است. بدین معنا که یک عامل به تنهایی مانع از ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل نمی‌شود، بلکه عوامل مختلفی با یکدیگر هم‌دست شده و فرد را از ارتباط باز می‌دارد. این عوامل از فردی به فرد دیگر و حتی از زمانی به زمان دیگر متغیر و غیر قابل پیش‌بینی است. همین ویژگی‌ها موجب پیچیدگی برقراری ارتباط می‌شود. تحلیل داده‌ها نشان داد که نه تنها خصوصیت پیچیدگی رفتار انسان می‌تواند مانع

زمانی که بیماری با موقعیت اورژانس به اتاق عمل آورده می‌شود، به علت در معرض خطر بودن جان وی، پرستار مجبور است به سرعت مقدمات جراحی را مهیا سازد. بنابراین گاهی فرصتی که بتواند با بیمار دیدار و ارتباط برقرار کند وجود ندارد. شرکت کننده‌ای می‌گوید: «مریض اورژانسی بیارند تو اتاق عمل، دیگه ارتباط خیلی کمتره. به خاطر این که می‌خوان مریض را سریع بیارن، آمادش کنند، کارش را انجام بدن. دیگه خیلی کم دنبال ارتباط هستند».

پیروی پرستار اتاق عمل از جو حاکم و سنت رایج، مانع ارتباطی دیگری در این مطالعه بود. پرستاری در این مقوله گفت: «باب نشده که این جور در این زمان با بیمار ارتباط برقرار کنیم. رایج نیست که کسی که سیرکولره بره با بیمار صحبت بکنه».

غفلت و در حاشیه ماندن ارتباط

یکی دیگر از موانع ارتباط، غفلت و در حاشیه ماندن ارتباط در اتاق عمل است. به طور معمول در اتاق عمل، کیفیت عمل جراحی و بیهوشی و ایمنی بیمار مدنظر می‌باشد. مغفول ماندن ارتباط از سوی پرستار نیز با مسامحه مدیران و آموزش پرستاری تقویت می‌شود. طبقات غفلت عبارت از «بی‌توجهی به موضوع» و «سهل‌انگاری در ارتقای نقش ارتباطی پرستار اتاق عمل» می‌باشد.

سهل‌انگاری در برقراری ارتباط با بیمار و غفلت از اهمیت موضوع از عواملی است که موجب بازداشتن فرد از ارتباط می‌شود. در بسیاری از مشاهدات در عرصه نیز پژوهشگر به طور شخصی شاهد بی‌اعتنایی پرستار به بیمار با وجود فرصت کافی بود. در این راستا اکثر شرکت کنندگان پرستار آموزش‌های کسب شده در دوران تحصیل را برای استفاده از فرصت‌ها و افزایش توانایی خود در مواجهه با موقعیت‌های ارتباطی مختلف، کافی نمی‌دانستند. یکی از شرکت کنندگان در این رابطه می‌گوید: «بعضی وقت‌ها هم این قدر وقت داریم فرصت داریم و می‌تونیم ارتباط برقرار کنیم، ولی ارتباط برقرار نمی‌کنیم... متأسفانه این واقعیت وجود داره و علتش هم اینه که ما متأسفانه آموزش ندیدیم».

از عواملی که بر ارتباط پرستار بیمار تأثیر منفی دارد،

ارتباطی آن‌ها تأثیرگذار است. زمانی که پرستار نگاه سطحی به موضوع داشته و برقراری ارتباط با بیمار را محل انجام وظایف خود دانسته و بیمار نیز به توان عملی و حوزه فعالیت پرستار پی نبرده و به او اعتماد نداشته باشد، ارتباط آن‌ها با یکدیگر محدود خواهد بود. یافته‌های فوق با نتایج مطالعه کیفی فخرموحدی و همکاران همخوانی دارد (۴۲). علوی نیز در پژوهش خود بیان کرده است که کمبود مهارت‌های ارتباطی و اطلاعات پرستاران نقش عظیمی در سد کردن ارتباط بین آنان و بیماران دارد (۴۳). به علاوه بازماندن از سایر وظایف با صحبت کردن با بیمار یکی از مهم‌ترین موانع ارتباط پرستار بیمار از دیدگاه پرستاران در مطالعه کیفی Knox (۴۴) بود.

از طرفی تحقیقات نشان داده‌اند که بافت و زمینه استدلالی کار پرستاری مشتمل بر حرف و حدیث‌های بسیاری است. این گرایش استدلالی در شکل‌گیری رابطه پرستار بیمار نقش دارد (۴۵). طبق نتایج تحقیق انوشه و همکاران، عدم آشنایی پرستار با گویش آن‌ها، تفاوت‌های جنسیتی و فرهنگی از بیشترین موانع ارتباطی گزارش شدند (۲۰). در مطالعات کمی انجام گرفته، سطح تحصیلات و ویژگی اجتماعی از تفاوت‌های فرهنگی مورد بررسی بود. حال آن‌که در مطالعه حاضر این موارد نقش چندانی در ممانعت از برقراری ارتباط نداشت، ولی پابندی طرفین به هنجارهای ارزشی جامعه از موانع ارتباطی مورد تأکید شرکت‌کنندگان بود. اغلب آن‌ها (اعم از پرستار و بیمار) معتقد بودند که جهت برقراری ارتباط با افراد هم جنس و دارای حدود سنی یکدیگر راحت‌تر هستند. عرف جامعه هم این‌طور می‌پسندد. در مطالعه Celik و همکاران بسیاری از پزشکان عمومی تصور خود در مراقبت از بیماران زن را به عنوان حرام یا تابو بودن یا مسایلی مانند اجبار جنسی و یا بومی مطرح نمودند (۴۶). مطالعه Tay و همکاران نیز نشان داد که ممنوعیت‌های فرهنگی موجب افزایش ناراحتی پرستاران در زمان بحث موضوعات حساس می‌شود (۱۸). در مطالعه فخرموحدی و همکاران نیز اکثر بیماران ترجیح می‌دادند توسط پرستار هم‌جنس خود تحت مراقبت قرار گیرند. به علاوه با وجود یک زبان بودن همه

از ارتباط افراد شود، بلکه عواملی مانند ماهیت کار پرستار، شرایط متفاوت جهت برقراری ارتباط و نیز غفلت و در حاشیه ماندن ارتباط در اتاق عمل، از عوامل بازدارنده ارتباط پرستار بیمار در این محیط محسوب می‌شوند. این نتیجه با مطالعه مرور سیستماتیک (به نقل از Ellis و همکاران) همخوانی دارد. وی بر این عقیده است که ارتباط فرایند چند متغیره مرتبط با زمینه، پیچیده و دینامیک و به شدت وابسته به فرهنگ، وضعیت اجتماعی و ارتباطات دوطرفه شرکت‌کنندگان است. بنابراین شاید رتبه‌بندی موانع با تحقیقات کمی نمی‌تواند در شناخت واقعیات و تعمیم دادن نتایج در همه بخش‌ها کمک کننده باشد. ارتباط دربرگیرنده عوامل متقابل شخصی و بین شخصی است (۳۷).

بر اساس تجربیات شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر، مشخص شد که پیچیدگی رفتار انسان به دلیل خصایل و منش متفاوت فردی، تغییرپذیری رفتار، شناخت و باورهای طرفین ارتباط و نیز تأثیرپذیری از عوامل فرهنگی - اجتماعی از موانع ارتباطی به شمار می‌آید. در تحقیق Galanti گزارش شده است که «همه ما منحصر به فردیم. بیماران هم دارای تنوع زیادی هستند» (۳۸). تفاوت‌های فردی بیماران اغلب می‌تواند پیچیدگی ارتباط را بیشتر نماید (۳۹). بنابراین همین تفاوت خصایل و منش افراد می‌تواند در برقراری ارتباط پرستار بیمار مؤثر واقع شود. کم حرف بودن، کناره‌گیری از دیگران و راحت‌طلبی فرد از جمله این عوامل هستند. در مطالعه بختیاری و همکاران نیز این عوامل مانع ارتباط پرستار و بیمار سالمند شده بود (۴۰). علاوه بر آن، گاهی اوقات فرد از نظر روحی آمادگی و انگیزه کافی برای برقراری ارتباط ندارد. گاهی نیز بنا به مشکلات شخصی یا شرایط محیطی رفتار وی تغییر می‌یابد. همین عوامل می‌تواند اثر منفی بر ارتباط پرستار بیمار داشته باشد. بی‌انگیزگی، عدم تمایل، دلسردی و بی‌علاقگی پرستار نسبت به حرفه خود از جمله موانع ارتباطی مهم در مطالعه آقابراری و همکاران بود (۴۱).

یافته‌ها حاکی از آن بود که ضعف اطلاعات و اعتقادات پرستاران در زمینه ضرورت و نحوه ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل و نیز نگرش بیماران نسبت به پرستار بر عملکرد

زمینه‌ای که پرستار مراقبت از بیمار را بر عهده گرفته است، بستگی دارد (۵۳). طبق داده‌های حاصل از مطالعه، تفاوت‌های موجود در محیط‌های اتاق عمل گوناگون و نیز بخش‌های بستری از نظر شرایط کاری، نیروی کار، شرایط ساختاری و جو و فرهنگ سازمانی حاکم می‌تواند در برقراری ارتباط پرستار بیمار نقش داشته باشد. به علاوه محدودیت منابع و مقدمات ارتباط به ویژه محدودیت‌های زمانی در اتاق عمل از جمله عوامل بازدارنده مهم ارتباط قلمداد شدند. مرور سیستماتیک ارتباط پرستار بیمار هم نشان داد که محیط‌های مختلف، منجر به رفتارهای ارتباطی گوناگون توسط پرستاران می‌شود. در کل استرس شغلی، ساختار سازمانی، فرهنگ شغلی و محدودیت‌های بوروکراتیک ارتباط پرستار بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵۴). در این راستا بسیاری از مطالعات، زمان را مانع مهمی برای ارتباط مؤثر دانسته‌اند و اذعان نمودند که جهت برقراری ارتباط نیاز به افزایش زمان مراقبت می‌باشد (۵۵، ۵۶).

بار کاری زیاد پرستاری، کمبود پرستار نسبت به بیمار، کمبود وقت و خستگی از جمله موانع مهم ارتباط پرستار بیمار گزارش شده در تحقیقات کمی انجام شده در ایران است (۵۷، ۲۰). حضور بیماران وخیم و بدحال در بخش، سر و صدای محیط و قرار گرفتن در فضای ناآشنای بیمارستان نیز از مهم‌ترین موانع محیطی ارتباطی گزارش شده‌اند (۵۸). شواهد حاصل شده از مطالعه حاضر نیز موافق این مطلب است، ولی در اتاق عمل طبق داده‌ها، بی‌ثباتی موقعیت پرستار بیمار و پیشامدهای غیر منتظره از موانع دیگر ارتباط محسوب می‌شود. در محیط اتاق عمل نه تنها بیمار مدت کوتاهی حضور دارد، بلکه در همین فرصت کوتاه با افراد متفاوت سر و کار داشته و از واحدهای مختلف پرتنش عبور داده می‌شود. همچنین موقعیت یکسانی از نظر وضعیت هوشیاری و جسمانی نداشته و به علت احتمال بروز عوارض ناشی از بیهوشی و جراحی، نیاز به نظارت توسط دستگاه‌های پیشرفته دارد. بنابراین شرایط مواجهه پرستار و بیمار با بخش‌های بستری تفاوت بسیاری دارد. همین امر به نوبه خود می‌تواند مانع ارتباط پرستار بیمار شود. علاوه بر آن، اجرای طرح انطباق جنسی پرستار و

پرستاران و بیماران، گویش‌های مختلف برخی بیماران مانع برقراری ارتباط با پرستار تلقی می‌شد (۱۹) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

«ماهیت کار پرستار اتاق عمل» یکی دیگر از موانع ارتباط پرستار بیمار استخراج شده از مطالعه است. ارتباط مجموعه‌ای از نگرش‌ها، انتظارات و رفتارهای ضمیمه به نقش‌ها است که از طریق تعاملات به نمایش گذاشته می‌شود (۴۷). با مرور نقش پرستار مشخص می‌شود که خصوصیت کلیدی پرستاری، مراقبت کنندگی است (۴۵) که ایفای نقش آن از طریق ارتباط صورت می‌گیرد (۴۸)، ولی محیط اتاق عمل بیشتر متمرکز بر کار تکنیکی بوده و به طور طبیعی مراقبت کنندگی با اعمال تکنیکی زمان بر تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۴۹). عرصه اتاق عمل دارای وضعیت فشار و سختی مداوم و پیچیدگی بوده (۵۰) و مراقبت در آن ظاهراً به صورت تیم چند حرفه‌ای است (۵۱). بنابراین طبق یافته‌ها، تضاد نقش و کار پرتنش پرستار در اتاق عمل نیز می‌تواند اثر منفی بر ارتباط آن‌ها با بیمار بگذارد. مشارکت کنندگان اظهار داشتند به علت تیمی و تخصصی بودن کار در اتاق عمل، هر فرد شاغل در اتاق عمل بنا به حرفه خود نقشی را عهده‌دار است. مراقبت در اتاق عمل بیشتر به کادر بیهوشی محول شده و پرستاران بیشتر عهده‌دار نقش فنی و هماهنگ کننده در اتاق عمل می‌باشند و قدرت و اختیاراتشان محدود است. بنابراین همان کاری را انجام می‌دهند که به آن‌ها دیکته و محول شده و از آن‌ها انتظار می‌رود. به گفته شرکت کنندگان، عوامل فوق که بیانگر ماهیت کار پرستار اتاق عمل هستند همگی می‌توانند مانع از ارتباط پرستار بیمار شوند. در مطالعه Kidd و Nestel نیز مشخص شده است که تعارض در نقش پرستار به طور مستقیم و غیر مستقیم از برقراری ارتباط مؤثر ممانعت به عمل می‌آورد (۵۲).

از دیگر عوامل بازدارنده ارتباط پرستار بیمار طبق اظهارات شرکت کنندگان مطالعه، شرایط متفاوت جهت برقراری ارتباط در اتاق عمل است. برقراری ارتباط در خلأ رخ نمی‌دهد، بلکه تحت تأثیر بستری است که به وقوع می‌پیوندد (۳۹). به عبارت دیگر، مشخص شده که ارتباط مراقبتی به زمان و

بعد از بیهوشی، ارتقای فرصت‌ها جهت ارتباط با بیماران در دوره قبل و بعد از عمل را حایز اهمیت دانسته‌اند (۵۱).

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه کیفی حاضر به دلیل تحقیق در زمینه واقعی و بررسی عمیق موضوع ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل، درک بهتری از موانع ارتباط پرستار بیمار فراهم نمود. در مجموع، این مطالعه منجر به روشن نمودن برخی از زوایای پنهان و ناگفته‌ها در موانع ارتباط پرستار بیمار که کمتر مورد توجه تحقیقات کمی هست، شد. یافته‌های این بررسی نشان داد که در واقع موانع ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل متعدد بوده و بسیاری از آن‌ها بسته به شرایط طرفین و موقعیت مواجهه متغیر می‌باشند. طبق نتایج این مطالعه گرچه ویژگی‌های افراد درگیر در ارتباط و بستر مراقبت به طور مستقیم و غیر مستقیم بر برقراری ارتباط پرستار بیمار اثر دارند، ولی در حاشیه ماندن و غفلت پرستار و نیز آموزش و مدیریت پرستاری در این زمینه مانند چتری سایر عوامل را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به عبارت دیگر، این عامل می‌تواند نقش مهمی در تضعیف ارتباطات بین فردی داشته باشد. نتایج این مطالعه تأکید دیگری بر این واقعیت است که مسؤولین باید تلاش و اهتمام بیشتری در راستای ارتقای ارتباط داشته باشند و از این وضعیت غافل نشوند. به بیان دیگر، لازم است شرایط و زمینه لازم جهت پرورش، حمایت، تقویت و برانگیختن مهارت‌های ارتباطی پرستاران در محیط‌های بالینی فراهم گردد. نتایج حاصل شده می‌تواند راهنمای خوبی برای دست‌اندرکاران و سیاست‌گذاران سیستم سلامت جهت مطالعات کمی و کیفی بیشتر و توسعه قوانین و راهبردهایی جهت ارتقای ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل باشد.

محدودیت‌ها

احتیاط در تعمیم‌پذیری، از محدودیت‌های نتایج حاصل شده از همه مطالعات کیفی است. بنابراین حداکثر تلاش در زمینه ارتقای استحکام داده‌های تحقیق انجام گرفت، اما در این مطالعه مشکلاتی از قبیل محدودیت دسترسی به پرستار مؤنث و فارغ‌التحصیل جدید پرستاری در اتاق عمل وجود

بیمار در اتاق عمل در شرایط فعلی، عامل دیگری بود که طبق گفته شرکت کنندگان موجب محدود کردن پرستاران برای ارتباط با بیمار جنس مخالف می‌شد.

در نهایت غفلت و در حاشیه ماندن مانع دیگر ارتباط به شمار می‌آید. این عامل اهمیت زیادی در عدم گرایش پرستار به ارتباط با بیمار دارد. حال آن‌که در صورت اهتمام کافی پرستار و مسؤولین به برقراری ارتباط با بیمار، دیگر موانع ارتباط می‌تواند تحت کنترل درآید. طبق یافته‌های به دست آمده از تجربه شرکت کنندگان گاهی اوقات با وجود فراهم بودن فرصت برقراری ارتباط، پرستار به بیمار خود توجه کمی نشان می‌دهد. مرور متون نشان می‌دهد که برقراری ارتباط خوب بین ارایه دهندگان مراقبت بهداشتی و بیمار به سهولت به دست نمی‌آید. ارایه دهندگان مراقبت بهداشتی قادر هستند برقراری ارتباط دو سویه را ارتقا داده یا مانع شوند (۵۹). به عبارتی با وجود پیچیدگی‌ها و تفاوت‌های فردی، پرستار می‌تواند نقش مهمی در استفاده بهینه از فرصت‌های در دسترس برای برقراری ارتباط با بیمار داشته باشد (۶۰).

شرکت کنندگان در این مطالعه معتقد بودند که ریشه بسیاری از مشکلات ارتباطی پرستار بیمار در اتاق عمل در کمبودهای آموزشی است. به علاوه تساهل و تسامح مسؤولین برای ارتقا و حمایت از نقش ارتباطی پرستاران اتاق عمل با بیمار تشدید کننده مشکل می‌باشد. Berg و Fleischer بر این عقیده‌اند که آموزش پرستاران شاخص اصلی برقراری ارتباط مؤثر می‌باشد (۵۴). از طرفی محل کار مراقبت بهداشتی یک محیط چند فرهنگی می‌باشد که نیازمند مهارت‌های ارتباطی ویژه است (۶۱). McQueen می‌نویسد: «مدت مدیدی است که نیاز پرستاران به مهارت‌های بین فردی مورد شناسایی قرار گرفته است، ولی با این وجود هنوز آموزش این مهارت‌ها به اندازه کافی در برنامه‌های آموزشی نقش نبسته است و به ندرت در محیط‌های کاری استفاده از این مهارت‌ها مورد تأکید قرار می‌گیرد». تحقیقات نشان داده است که حمایت کننده نبودن محیط کار، عامل عمده دور نگه‌دارنده پرستار از بالین بیمار می‌باشد (۶۲). Reynolds و Carnwell نیز ضمن تأکید بر اهمیت نقش ارتباط پرستار بیمار در مراقبت

عمل مورد بررسی بیشتر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری پرستاری در دانشگاه علوم پزشکی کرمان می‌باشد. بدین وسیله از همکاری بی‌شائبه مسؤولین پرستاری بیمارستان‌ها و پرستاران اتاق عمل، کلیه مشارکت کنندگان در مطالعه شامل پرستاران اتاق‌های عمل دولتی و خصوصی شهر یزد، بیماران و همراه بیماران دارای جراحی که در مطالعه شرکت و همکاری لازم را داشته‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

داشت. بیماران نیز در دوره اولیه بعد از عمل حوصله و توان مصاحبه به سبب درد و مشکلات بعد از عمل نداشته و با گذشت زمان نیز به دلیل اقامت کوتاه مدت و بیهوشی عمومی یا دریافت آرام‌بخش در اتاق عمل، اغلب مطلب چندانی برای گفتن به یاد نمی‌آوردند. بنابراین منجر به طولانی شدن مدت جمع‌آوری داده‌ها شد. از طرفی جو مذهبی حاکم بر محیط پژوهش نیز شاید بر نتایج به دست آمده بی‌تأثیر نبوده است. پس پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه در سایر مناطق با فرهنگ‌های مختلف انجام گیرد. به علاوه نقش آموزش، مدیریت و کار تیمی کارکنان بر ارتباط پرستار بیمار در اتاق

References

1. McAllister MJ. Acute care nurse practitioners', physicians' and staff nurses' relationships with patients: A descriptive, comparative study. [Thesis]. Toronto, ON: University of Toronto; 2008.
2. Meleis AI. Theoretical nursing: development and progress. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
3. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *J ClinNurs* 2004; 13(1): 41-9.
4. Moyle W. Nurse-patient relationship: a dichotomy of expectations. *Int J Ment Health Nurs* 2003; 12(2): 103-9.
5. Pennington MS. Breaching the nurse-patient therapeutic relationship: A grounded theory study. [Thesis]. Arizona, AZ: University of Arizona; 2002.
6. Miner-Williams D. Connectedness in the nurse-patient relationship: a grounded theory study. *Issues Ment Health Nurs* 2007; 28(11): 1215-34.
7. Mok E, Chiu PC. Nurse-patient relationships in palliative care. *J AdvNurs* 2004; 48(5): 475-83.
8. Hagerty BM, Patusky KL. Reconceptualizing the nurse-patient relationship. *J NursScholarsh* 2003; 35(2): 145-50.
9. Suikkala A, Leino-Kilpi H. Nursing student-patient relationship: a review of the literature from 1984 to 1998. *J AdvNurs* 2001; 33(1): 42-50.
10. Ramos MC. The nurse-patient relationship: theme and variations. *J AdvNurs* 1992; 17(4): 496-506.
11. Lindberg JB, Hunter ML, Kruszewski AZ. Introduction to nursing: concepts, issues, and opportunities. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott; 1998.
12. Hartrick G. Relational capacity: the foundation for interpersonal nursing practice. *J AdvNurs* 1997; 26(3): 523-8.
13. Jangland E, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement. *Patient EducCouns* 2009; 75(2): 199-204.
14. Gilmartin J, Wright K. Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *J ClinNurs* 2008; 17(18): 2418-25.
15. Halldorsdottir S. The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scand J Caring Sci* 2008; 22(4): 643-52.
16. Binding LL, Randall J. Anxiety as a barrier to student performance. *Can Nurse* 2004; 100(6): 7.
17. De Marco MA, Nogueira-Martins LA, Yazigi L. Difficult patients or difficult encounters? *QJM* 2005; 98(7): 542-3.
18. Tay LH, Ang E, Hegney D. Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. *J ClinNurs* 2012; 21(17-18): 2647-58.
19. Fakh-Movahedi A, Salsali M, Negharandeh R, Rahnavard Z. Exploring contextual factors of the nurse-patient relationship: A qualitative study. *Koomesh* 2011; 13(1): 23-34.
20. Anoosheh M, Zarkhah S, Faghihzadeh S, Vaismoradi M. Nurse-patient communication barriers in Iranian nursing. *IntNurs Rev* 2009; 56(2): 243-9.
21. Mohammadzadeh S, Bakhtiari S, Moshtagh Z, Ebrahimi E. Communication barriers from nurses and elderly patients' points of views at medical surgical wards. *J Nurs Midwifery ShahidBeheshtiUniv Med Sci* 2007; 17(56): 1-10.

22. Park EK, Song M. Communication barriers perceived by older patients and nurses. *Int J Nurs Stud* 2005; 42(2): 159-66.
23. Mottram A. "Like a trip to McDonalds": a grounded theory study of patient experiences of day surgery. *Int J Nurs Stud* 2011; 48(2): 165-74.
24. Castledine G. The importance of the nurse-patient relationship. *Br J Nurs* 2004; 13(4): 231.
25. Bailey L. Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN J* 2010; 92(4): 445-57.
26. Nagpal K, Arora S, Vats A, Wong HW, Sevdalis N, Vincent C, et al. Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study. *BMJ QualSaf* 2012; 21(10): 843-9.
27. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
28. Berg L, Skott C, Danielson E. Caring relationship in a context: fieldwork in a medical ward. *Int J Nurs Pract* 2007; 13(2): 100-6.
29. McEvoy L, Duffy A. Holistic practice--a concept analysis. *Nurse Educ Pract* 2008; 8(6): 412-9.
30. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health* 2000; 23(4): 334-40.
31. Paterson BL, Bottorff JL, Hewat R. Blending observational methods: Possibilities, strategies, and challenges. *International Journal of Qualitative Methods* 2003; 2(1): 29-38.
32. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107-15.
33. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
34. Mayring P. Qualitative content analysis. *Forum: Qualitative Social Research* 2000; 1(2): 1-10.
35. Roberts P, Priest H. Reliability and validity in research. *Nurs Stand* 2006; 20(44): 41-5.
36. Oskouie F, Peyravi H. *Qualitative research in nursing*. Tehran, Iran: Iran University of Medical Sciences and Health Services; 2005.
37. Ellis RB, Gates B, Kenworthy N. *Interpersonal communication in nursing: theory and practice*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone; 2003.
38. Galanti GA. An introduction to cultural differences. *West J Med* 2000; 172(5): 335-6.
39. Bensing J, van Dulmen S, Tates K. Communication in context: new directions in communication research. *Patient Educ Couns* 2003; 50(1): 27-32.
40. Bakhtiari S, Mohammadzadeh S, Moshtagh Z. Obstacles in nurse-elderly patient relationship from the patients' point of view. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2009; 14(2): 77-82.
41. Aghabary M, Mohammadi E, Varvani-Farahani A. Barriers to application of communicative skills by nurses in nurse-patient interaction: Nurses and patients perspective. *Iran Journal of Nursing* 2009; 22(61): 19-31.
42. Fakhri-Movahedi A, Salsali M, Negharandeh R, Rahnavard Z. A qualitative content analysis of nurse-patient communication in Iranian nursing. *Int Nurs Rev* 2011; 58(2): 171-80.
43. Alavi M. *Nurse-elderly patients relationship experiences in hospital units Isfahan*. [Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2005.
44. Knox S. *Barriers to communication between nurses and patients as perceived by nurses*. Salt Lake City, UT: University of Utah Spencer S; 1956.
45. Crowe M. The nurse-patient relationship: a consideration of its discursive context. *J Adv Nurs* 2000; 31(4): 962-7.
46. Celik H, Lagro-Janssen T, Klinge I, van der Weijden T, Widdershoven G. Maintaining gender sensitivity in the family practice: facilitators and barriers. *J Eval Clin Pract* 2009; 15(6): 1220-5.
47. Jangland E, Larsson J, Gunningberg L. Surgical nurses' different understandings of their interactions with patients: a phenomenographic study. *Scand J Caring Sci* 2011; 25(3): 533-41.
48. Miller CA. *Nursing for wellness in older adults*. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
49. Schmock BN, Breckenridge DM, Benedict K. Effect of sacred space environment on surgical patient outcomes: A pilot study. *International Journal for Human Caring* 2009; 13(1): 49-59.
50. Sterchi LS. Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. *AORN J* 2007; 86(1): 45-57.
51. Reynolds J, Carnwell R. The nurse-patient relationship in the post-anaesthetic care unit. *Nurs Stand* 2009; 24(15-17): 40-6.
52. Nestel D, Kidd J. Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. *BMC Nurs* 2006; 5: 1.
53. Berg L, Danielson E. Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scand J Caring Sci* 2007; 21(4): 500-6.

54. Fleischer S, Berg A, Zimmermann M, Wüste K, Behrens J. Nurse -patient interaction and communication: A systematic literature review. *J Public Health* 2009; 17(5): 339-53.
55. Baillie L. An exploration of nurse-patient relationships in accident and emergency. *AccidEmergNurs* 2005; 13(1): 9-14.
56. Finke EH, Light J, Kitko L. A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *J ClinNurs* 2008; 17(16): 2102-15.
57. BarazPardanjani S, Shariati A, Alijani H, MoeinMosavi B. Assessing barriers of Nurse-patient's effective communication in educational hospitals of Ahwaz. *Iran J Nurs Res* 2010; 16(5): 45-52.
58. Aghamollaei T, Hasani L. Communication barriers among nurses and elderly patients. *Hormozgan Med J* 2010; 14(4): 312-8.
59. Pierpont Barrere CC. Nurse -patient communication: The influence of gender,time,and context. [Thesis]. Storrs, CT: University of Connecticut; 1999.
60. Armstrong AE. Towards a strong virtue ethics for nursing practice. *NursPhilos* 2006; 7(3): 110-24.
61. Sheldon LK. Communication for nurses: talking with patients. 2nd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2009.
62. McQueen A. Nurse-patient relationships and partnerships in hospital care. *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9(5): 723-31.

Barriers to Developing the Nurse-Patient Relationship in Operation room: A Qualitative Content Analysis

Farahnaz Farnia¹, Abbas Abbaszadeh², Fariba Borhani³

Original Article

Abstract

Introduction: Nurse-patient relationship is a fundamental element of nursing care. However, many factors inhibit relationship development. The purpose in this study was to explore barriers to nurse-patient relationship in the operating room.

Method: A descriptive, qualitative study was conducted by means of semi-structured interviews with 16 participants (8 nurses, 7 patients, and 1 relative), and 14 field notes and observations until data saturation. The data were analyzed through conventional qualitative content analysis.

Results: The emergent theme was the "complex and dynamic nature of relationship development". This theme consisted of four main categories: "complexity of human behavior", "the nature of operating room nurse's job", "different conditions for creating a relationship", and "neglecting and marginalizing a relationship".

Conclusion: This study provided a better understanding of nurse-patient relationship inhibitors in the operation room; an issue that is often neglected in quantitative studies. Based on the results of this study, the development of policies and strategies to increase nurse-patient relationships in the operation rooms are necessary.

Keywords: Nurse-patient relationship, Therapeutic relationship, Barriers, Operation room, Qualitative content analysis

Citation: Farnia F, Abbaszadeh A, Borhani F. **Barriers to Developing the Nurse-Patient Relationship in Operation room: A Qualitative Content Analysis.** J Qual Res Health Sci 2013; 2(1): 76-90.

Received date: 4.1.2013

Accept date: 12.3.2013

1- PhD Student, Department of Nursing, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran AND Department of Nursing, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

2- Associate Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- Assistant Professor, Medical Ethic and Law Research Center, Department of Nursing Ethic, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran AND School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Abbas Abbaszadeh PhD, Email: aabaszadeh@kmu.ac.ir