

## تبیین عوامل زمینه‌ای در ارتباط پرستار - بیمار: یک مطالعه کیفی

علی فخرموحدی<sup>۱</sup> (Ph.D)، مهوش صلصالی<sup>۲\*</sup> (Ph.D)، رضا نگارنده<sup>۳</sup> (Ph.D)، زهرا راهنورد<sup>۴</sup> (Ph.D)

۱- دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده پرستاری

۲- دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی

### چکیده

سابقه و هدف: ارتباط یکی از جنبه‌های مهم مراقبت پرستاری محسوب شده و بسیاری از وظایف پرستاران نظیر مراقبت‌های جسمانی از بیماران، حمایت روحی و تبادل اطلاعات با بیماران بدون ارتباط امکان‌پذیر نیست. کیفیت مراقبت به واسطه ارتباط پرستار و بیمار ارتقاء می‌یابد. ارتباط پرستار و بیمار در محیط‌های مراقبتی تحت تاثیر شرایط زمینه‌ای مختلفی است که با شناسایی آن‌ها می‌توان به ارتقای این وظیفه مهم پرستاری کمک نمود. لذا هدف این مطالعه تبیین عوامل زمینه‌ای موثر بر ارتباط پرستار - بیمار بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه با رویکرد تحقیق کیفی انجام گردید. مشارکت‌کنندگان مشتمل بر ۱۷ نفر (هشت پرستار و نه بیمار) مقیم در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان امام خمینی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها شامل مصاحبه‌ها (بدون ساختار و نیمه ساختارمند) و مشاهده بود. داده‌های حاصل از مطالعه توسط روش تحلیل محتوای کیفی مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها در نهایت به پیدایش سه درون‌مایه انتزاعی منتهی شد که بر روی ارتباط پرستار - بیمار اثرگذار بودند. این سه درون‌مایه تحت عناوین عوامل آغازگر، تداوم بخش و بازدارنده ارتباط پرستار و بیمار معرفی شدند. هر کدام از این درون‌مایه‌ها خود از طبقات و کدهای اولیه مستخرج گردیده که در متن مقاله به تفصیل شرح داده شده‌اند.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که در عرصه تحت مطالعه علی‌رغم اهمیت قایل شدن پرستاران به نقش ارتباطی خود با بیمار و اهمیت توجه کردن به نیازهای بیمار، در مسیر برقراری ارتباط پرستار و بیمار مشکلات و موانعی وجود دارد که نمی‌گذارد یک ارتباط صرفاً بیمار محور بین پرستار و بیمار ایجاد شود.

واژه‌های کلیدی: مراقبت از بیمار، پرستاری، بیماران، پرستار، ارتباط، پژوهش کیفی

### مقدمه

به واسطه ارتباط از نیازهای مراقبتی بیماران خود آگاه می‌شوند [۱]. ارتباط عبارت از انتقال اطلاعات به صورت کلامی و غیرکلامی می‌باشد [۲]. در واقع، ارتباط پرستار و بیمار منجر به رفتارهای مراقبتی متعددی می‌شود که زیر بنای آرایه مراقبت پرستاری با کیفیت قلمداد می‌گردند [۳، ۴]. به طوری که برقراری ارتباط مناسب بین پرستار و بیمار منجر به ارتقای سلامت بیماران شده [۵] و بسیاری از اقدامات پرستاری نظیر

بیماری و بستری شدن در بیمارستان معمولاً تنش‌زا بوده و همراه با تجارب تهدیدکننده‌ای برای بیماران و اعضای خانواده آنها می‌باشد. پرستاران با به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی نقش عمده‌ای در کاهش این تجارب بر عهده دارند. در واقع ارتباط جنبه‌ای مهم از مراقبت بوده که توسط کارکنان مراقبت بهداشتی، به خصوص پرستاران تأمین می‌گردد. پرستاران

باشند [۱۵]. اما، حقیقت این است که هیچ گفتمانی در خلاء صورت نمی‌گیرد و دنیایی وسیع و اثرگذار پیرامون آن وجود دارد که غفلت محققین از این حقیقت می‌تواند مانعی برای توسعه دانش و تحقیقات بیش‌تر در رابطه با ارتباط محسوب شود [۱۶]. در محیط‌های بالینی، به‌خصوص بیمارستان‌ها، پرستاران وقت زیادی را با بیماران سپری می‌کنند و بنابراین، درک نحوه شکل‌گیری این ارتباط مهم می‌باشد [۱۷]. به این دلیل مناسب خواهد بود که کانون توجه بر روی شناخت جنبه‌های زمینه‌ای ارتباط بین پرستار و بیمار تمرکز یابد [۱۸]. بنابراین، از آنجایی که تولید دانش در رابطه با سبک‌های ارتباطی پرستار و بیمار می‌تواند باعث ارتقای مراقبت بالینی شود [۱۹]، لازم است که مطالعات بر روی درک این ارتباط و به‌دنبال آن تبیین راه‌بردهای بهبود کیفیت مراقبت متمرکز شوند [۲۰]. در این راستا باور محققین از انجام این مطالعه این بوده است که شناخت نسبت به شرایط اثرگذار روی ارتباط پرستار و بیمار می‌تواند اطلاعات مناسبی را در اختیار پرستاران و مدیران مراکز مراقبتی قرار دهد که خود عاملی کمک‌کننده در فرایند تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی راه‌کارهای ارتقای کیفیت مراقبت پرستاری خواهد بود. بدین منظور هدف از انجام این مطالعه، تبیین زمینه و شرایط اثرگذار بر روی این ارتباط و درک اجزای آن بر اساس تجارب زیسته پرستاران و بیماران بوده است.

## مواد و روش‌ها

واقعیت می‌تواند به طرق مختلف تفسیر شود [۲۱]. محققین کیفی به‌دنبال درک رفتارهای اجتماعی افراد به تبیین زندگی اجتماعی آن‌ها می‌پردازند [۲۲]. بدین منظور در مطالعه حاضر به دلیل کشف و آشکار شدن تجارب مشارکت‌کنندگان از ارتباط با یک‌دیگر، رویکرد تحلیل محتوای کیفی مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل محتوا عبارت از یک رویکرد تحقیقی و ابزار علمی است که هدف آن تأمین شناختی جدید، ارتقای درک محقق از پدیده‌ها و مشخص شدن راه‌بردهای عملیاتی می‌باشد [۲۳]. این مطالعه با مشارکت پرستاران و بیماران

تأمین مراقبت جسمی، حمایت روحی و تبادل اطلاعات با بیماران معطوف به اعمال نقش ارتباطی پرستاران می‌باشند [۶]. علاوه بر این، ارتباط بین پرستار و بیمار عاملی اساسی برای رضایت‌مندی بیمار محسوب می‌شود [۷].

فرایند ارتباط از ماهیتی تعاملی و پویا برخوردار است و اهمیت مطالعه بر روی عوامل موثر بر آن یعنی پرستار و بیمار کاملاً مشهود می‌باشد [۸]. این ارتباط متأثر از عوامل مختلفی نظیر روندهای اجتماعی، فرهنگی، اخلاقی، اقتصادی، قانونی و هم‌چنین فناوری می‌باشد. بنابراین دانش علمی به واکاوی دقیق بر روی شرایط تأثیرگذار بر مراقبت پرستاری نیاز دارد [۹]. معمولاً ارتباط ناکارآمد مانعی بالقوه در ارائه خدمات در محیط‌های مراقبتی محسوب می‌شود [۱۰] و به این دلیل است که به منظور برقراری یک ارتباط موثر لازم است که چالش‌های بازدارنده در ارتباط پرستار و بیمار به‌خوبی درک شوند [۱۱]. در واقع، ارائه مراقبت پرستاری با کیفیت به ایجاد رابطه‌ای معنی‌دار از جانب پرستار با بیماران و ارزیابی مداوم نیازهای آن‌ها نیاز دارد [۱۲].

ارتباط پرستار و بیمار تحت تأثیر شرایط پدیدار شده در محیط‌های بالینی می‌باشد. در واقع، پرستاری از بیمار وابسته به زمینه‌ای است که در آن مراقبت ارائه می‌شود [۱۳]. این در حالی است که اکثر مطالعات انجام شده در کشور با رویکرد توصیفی و کمی‌گرایانه به فرایند ارتباط پرستار و بیمار بدون لحاظ کردن زمینه احاطه‌کننده آن نگریسته‌اند، به‌طوری‌که انوشه و همکاران (۲۰۰۹)، در مطالعه خود به توصیف موانع ارتباط پرستار و بیمار پرداختند و به این نتیجه رسیدند که مدیران پرستاری و برنامه‌ریزان سیستم مراقبت سلامتی باید بر روی حذف یا تعدیل موانع مشخص ارتباطی در عرصه بالین توجه نمایند [۱۴]. در این راستا، محمدزاده و همکاران (۱۳۸۶) نیز مطالعه‌ای را بر روی موانع ارتباطی بین پرستاران و بیماران انجام دادند و محققین در نهایت به این نتیجه نائل گردیدند که مسئولین باید موانع و شرایط محیط کاری را به گونه‌ای تعدیل نمایند که پرستار وقت آزادتری را برای گذراندن در بالین بیمار جهت برقراری ارتباط با او داشته

در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان امام خمینی تهران انجام گردید. مشارکت‌کنندگان مطالعه عبارت از ۸ نفر پرستار و ۹ نفر بیمار بودند. تمام پرستاران دارای مدرک کارشناسی پرستاری، مونث و دارای سابقه خدمتی بین ۱۸ ماه تا ۲۸ سال بودند. دو نفر از پرستاران دارای سمت سرپرستار بوده و بقیه به عنوان استاف بخش در شیفت‌های مختلف کاری فعالیت می‌کردند. دو نفر از آن‌ها سابقه کار در بیمارستان خصوصی را نیز داشتند. بیماران مشارکت‌کننده در رده سنی ۳۵ تا ۶۰ سال بودند و ۵ نفر از آن‌ها آقا و ۴ نفر خانم بودند. طول مدت بستری بیماران بین ۳ روز تا دو هفته بود. معیارهای شرکت در مطالعه عبارت بودند از: صحبت کردن مشارکت‌کنندگان به زبان فارسی و عدم شرایط بالینی یا بیماری که باعث اختلال در روند مصاحبه بین محقق و مشارکت‌کننده شود. به دلیل کسب اطلاعات و تجارب غنی از مشارکت‌کنندگان، روش نمونه‌گیری به صورت هدف‌مند انجام گردید، یعنی این‌که اولین و دومین مصاحبه با سرپرستاران بخش‌های داخلی و جراحی انجام شد که دارای تجربه بالینی نسبتاً طولانی در پرستاری و سابقه خدمت در بخش‌های مختلف بیمارستانی بودند.

روش جمع‌آوری داده‌های مطالعه عبارت از مصاحبه و مشاهده بود. در تحقیقات کیفی محققین معمولاً با این چالش مواجه هستند که ممکن است مشارکت‌کنندگان بیش‌تر طبق نظرات خود پاسخ دهند و در نتیجه اطلاعات غنی را به محقق ندهند. به این دلیل در ابتدا از سوالات بسیار کلی و عام در اولین مصاحبه استفاده می‌شود [۲۴]. در این راستا مصاحبه‌های اول و دوم بدون ساختار و سوالی دقیقاً مشخص انجام شد که در طی آن فقط از مشارکت‌کنندگان خواسته می‌شد که در رابطه با تجربه‌اشان در حین مراقبت از بیمار صحبت نمایند و محقق نیز اجازه می‌داد که مشارکت‌کننده به راحتی و آزاد در رابطه با تجارب بالینی‌اش صحبت کند و هیچ‌گونه سوالات هدایت‌کننده‌ای را از آن‌ها نمی‌پرسید. در تحقیقات کیفی مصاحبه‌های بدون ساختار گستره وسیع‌تری را فراهم کرده و اجازه می‌دهد که مشارکت‌کنندگان داستان خود را با جزئیات کامل‌تری بازگو کنند [۲۵]. اما بعد از تحلیل

مصاحبه‌های اول و دوم با توجه به مفاهیم استخراج شده از فرایند تحلیل، مصاحبه‌های بعدی به صورت نیمه ساختارمند با سوالات هدایت‌کننده‌تری پیرامون شرایط دخیل بر ارتباط پرستار و بیمار، نیازهای پرستار و بیمار و نوع محتوای ارتباطی بین آن دو انجام شدند. تمام مصاحبه‌ها با پرستار در اتاق سرپرستار بخش انجام می‌شد و مصاحبه با بیماران در کنار تخت بیمار صورت می‌گرفت. تمام مصاحبه‌ها توسط دستگاه ضبط می‌گردید و سپس به متن‌های کتبی تبدیل می‌شد. طول مدت مصاحبه‌ها بین ۳۰ دقیقه تا ۹۰ دقیقه بود. علاوه بر مصاحبه به منظور درک عمیق‌تر از شرایط تاثیرگذار و همچنین تایید داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، محقق از روش مشاهده برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده نمود. برای انجام مشاهده، محقق در شیفت‌های کاری مختلف به بخش مراجعه می‌کرد و بعد از هماهنگی با مسئول شیفت مربوط و هم‌چنین کسب اجازه از بیمار در بخش و گاه‌آفاقاً بیمار حضور می‌یافت. در فرایند مشاهده، محقق تعامل ایجاد شده بین پرستار و بیمار را مورد مشاهده قرار می‌داد. تمرکز مشاهدات بر رفتارهای ارتباطی پرستار و محتوای ارتباطی بین پرستار و بیمار بود. ۱۰ جلسه مشاهده‌ای در این تحقیق انجام شد. مدت جلسات متغیر و بین ۱۵ تا ۱۸۰ دقیقه با توجه به شرایط بخش و بیمار بود. مفاد هر جلسه مشاهده نیز تبدیل به متن کتبی می‌شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گرفت. جمع‌آوری اطلاعات تا اشیاع داده‌ها ادامه داشت به‌طوری‌که در دو مصاحبه آخر، مشارکت‌کنندگان همان ایده‌های مشابه با اطلاعات مستخرج شده از مصاحبه‌ها و مشاهدات انجام شده را تکرار کردند و دیگر مفهوم و طبقه‌ای جدید ایجاد نگردید. منظور از اشیاع داده‌ها حالتی است که دیگر هیچ اطلاعات جدیدی از داده‌ها مستخرج نمی‌شود و طبقات با توجه به حداکثر ویژگی‌های ممکن خود تکامل پیدا کرده‌اند [۲۲].

فرایند تحلیل داده‌ها با توجه به مراحل پیشنهادی گرانهم و لاندمن (۲۰۰۴) به صورت ذیل انجام شد [۲۱]:

لازم به ذکر است که طرح پیشنهادی تحقیق توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران تصویب گردید. پس از انجام مراحل اداری مبنی بر معرفی محقق به محیط پژوهش، هنگام انجام مصاحبه با مشارکت‌کنندگان، ابتدا محقق هدف از مطالعه و نحوه اجرای آن را به آن‌ها توضیح می‌داد و بعد از توافق آن‌ها برای شرکت در مطالعه، فرم رضایت آگاهانه توسط مشارکت‌کننده امضا می‌شد. در فرم رضایت آگاهانه اطلاعاتی نظیر شرکت اختیاری در مطالعه، حق انصراف از تحقیق در هر مرحله از پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات کسب شده و در صورت لزوم ارایه نتایج تحقیق به مشارکت‌کنندگان؛ درج گردیده بود. در طول مشاهدات رضایت آگاهانه به صورت پویا و مداوم از پرستاران و بیماران در حین مشاهدات گرفته می‌شد. به طوری که بعد از کسب اجازه از پرستار و بیمار، محقق در اتاق بیمار حضور می‌یافت و نحوه ارتباط آن دو با یکدیگر را مورد مشاهده قرار می‌داد.

## نتایج

از تحلیل داده‌ها سه درون‌مایه تحت عناوین عوامل آغازگر، تداوم‌بخش و بازدارنده پدیدار شد که ارتباط پرستار و بیمار را تحت تأثیر قرار داده بودند. عوامل آغازگر کمک به شروع شکل‌گیری ارتباط بین پرستار و بیمار می‌کردند. عوامل تداوم‌بخش نقش نگهدارنده و تقویت‌کننده در ارتباط شکل گرفته را داشتند و در مقابل عوامل بازدارنده دارای نقش مهاری و مختل‌کننده در فرایند ارتباط بین پرستار و بیمار بودند. در زیر هر یک از این درون‌مایه همراه با طبقات مربوط توضیح داده شده‌اند (جدول ۱).

### درون‌مایه اول: عوامل آغازگر

اقدامات پرستار، مشکلات جسمانی، نیازهای اطلاعاتی و نیازهای عاطفی بیمار از عواملی بودند که باعث شکل‌گیری ارتباط بین پرستار و بیمار می‌شدند. در واقع نوعی ارتباط مبتنی بر اقدامات پرستاری و مشکل بیمار بین پرستار و بیمار در حال رخداد بود. پرستار در هنگام اجرای اقدامات پرستاری، در صورت مشاهده مشکل در بیمار یا ابراز وجود

۱- محقق مصاحبه‌ها و مشاهدات را تبدیل به متون کتبی نموده و چندین بار آن‌ها را از ابتدا تا انتها می‌خواند تا نسبت به جریان کلی در حال وقوع شناخت کسب کند.

۲- کل مصاحبه‌ها و مشاهده‌ها به عنوان واحد تحلیل لحاظ گردیدند. منظور از واحد تحلیل یادداشت‌هایی بود که قرار بودند تحت تحلیل و کدگذاری قرار بگیرند.

۳- کلمات، جملات و یا پاراگراف‌ها به عنوان واحدهای معنایی در نظر گرفته می‌شدند. واحدهای معنایی مجموعه‌ای از کلمات و جملات بودند که از نظر محتوای 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 گداهای نام‌گذاری می‌شدند.

۵- گداهای 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 [۲۱].

اعتبار 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 مستخرج شده محقق از داده‌ها با نظر مشارکت‌کنندگان مقایسه می‌گردید. در روش کنترل توسط همکار، مفاهیم و طبقات ایجاد شده از داده‌ها به همکاران آشنا به تحقیق کیفی ارایه می‌شد و میزان تناسب همکاران از نظر آن‌ها کنترل می‌گردید و در صورت وجود اختلاف نظر بین همکاران و محقق، مجدداً تحلیل و مفهوم‌پردازی داده‌ها توسط محقق صورت می‌گرفت و مجدداً به همکاران عودت داده می‌شد تا این‌که مورد تأیید و اجماع نظر آن‌ها قرار می‌گرفتند.

بیش‌ترین نیازی که بیمار را وامی‌داشت تا با پرستار ارتباط برقرار کند، نیاز او به دریافت اطلاعات در رابطه با فرایند بیماری بود. اکثر بیماران می‌خواستند بدانند که عاقبت بیماری‌اشان چه می‌شود و یا نتایج ارزش‌یابی‌های تشخیصی آن‌ها مثل آزمایش خون یا تصویربرداری چه بوده است. به عنوان مثال در یک موقعیت مشاهده‌ای محقق شاهد تعامل زیر بین پرستار و بیمار در هنگام آماده شدن بیمار برای رفتن به اتاق عمل بود:

بیمار: "چه مدت در اتاق عمل می‌مانم؟ آیا بعد از عمل جراحی درد هم دارم؟ بعد از عمل جراحی تا چه مدت باید در بیمارستان بمانم؟ آیا باید در منزل هم دارو مصرف کنم؟"  
پرستار: "تقریباً یک ساعت. ممکن درد کمی داشته باشید که دکترتان برایت مسکن تجویز می‌کند. دکتر تصمیم می‌گیرد که کی مرخص می‌شوید و چه داروهایی باید مصرف کنید."

مشکل از جانب بیمار؛ به دنبال رفع مشکل در بیمار با او ارتباط برقرار می‌کرد. به طوری که اگر بیمار مشکلی نداشت، پرستار هم با او صحبت خاصی نمی‌کرد و همان اقدامات روتین خود را انجام می‌داد. یکی از پرستاران در بخش جراحی ابراز می‌کرد: "این‌جا ما بیمارانی داریم که فقط برای اعمال (جراحی) سبک مثل سینوس حداکثر برای یک روز بستری می‌شوند. چون کار خاصی ندارند و ما هم کاری با آن‌ها نداریم، نه ما با اون‌ها ارتباط برقرار می‌کنیم نه اون‌ها با ما زیاد ارتباط برقرار می‌کنند". یا پرستار دیگری در بخش داخلی اظهار می‌داشت: "اگر بیمار ما را صدا کند متوجه مشکلش می‌شیم و با او ارتباط برقرار می‌کنیم". در این راستا یکی دیگر از پرستاران بخش جراحی چنین می‌گفت: "وقتی دارم دارو می‌دم ممکنه ببینم مریضی گرفته است یا درد داره، اون موقع ازش می‌پرسم که چش شده؟".

جدول ۱. زیرطبقات، طبقات و درونمایه‌های پدید آمده از داده‌ها

درونمایه	طبقات	زیرطبقات
عوامل آغازگر	نیازهای اطلاعاتی بیمار	پی جویی بیمار از فرایند درمان
		پی جویی بیمار از وضعیت سلامتی
	نیازهای عاطفی بیمار	تمایل بیمار به وجود همدم
		دلنگی بیمار
عوامل تداوم بخش	باورهای ارزشی پرستار نسبت به ارتباط	پذیرش ارتباط به عنوان مهمترین اقدام پرستاری توسط پرستار
		پاسخ آنی به خواست بیمار
	ارتباط اعتمادزا	اطمینان بیمار به پرستار
		ترغیب بیمار به ابراز نگرانی‌ها
عوامل بازدارنده	عملکرد پرستار	اجرای اقدامات وابسته به دستورات پزشک تا اقدامات مستقل پرستاری
		روتین محوری
		افزایش حجم کار
	محدودیت در انتقال اطلاعات به بیمار	عدم هماهنگی بین پزشک و پرستار در ارائه توصیه‌های مراقبتی به بیمار
		عدم اختیار پرستار در توضیح در رابطه با بیماری
		اعتماد پایین بیمار به توان علمی پرستار
	مسائل شخصی پرستار	مسائل اقتصادی
		خستگی
ساختار مدیریتی	تأمین ناکافی نیروی انسانی	
	مدیریت عینی‌گرا	

برایش توضیح می‌دهی، فرایند بعد از ترخیصش را برایش توضیح می‌دهی، بیش‌تر راغب می‌شود و به شما بیش‌تر اطمینان پیدا می‌کند توی کار؛ یا بیماری دیگر در بخش جراحی می‌گفت: "پرستاران طوری از من مراقبت می‌کنند که انگار من عضوی از خانواده خودشان هستم و به این دلیل از عمل‌کرد آن‌ها رضایت کامل دارم". بیماری دیگر در بخش داخلی نیز ابراز می‌کرد: "وقتی که من در رابطه با بیماری‌ام سوالی داشتم یا نگران بودم، پرستاران بلافاصله به من پاسخ می‌دادند و تا حد زیادی از نگرانی من کاسته می‌شد". یا هنگامی که محقق از یک بیمار بستری در بخش جراحی در رابطه با نحوه ارتباط پرستاران از او سوال نمود، او بیان نمود که "ارتباط پرستاران با او خوب بوده است؛ و در ادامه زمانی که محقق منظور او را از خوب بودن پرسید، او گفت: "یعنی این‌که خیلی خوب رسیدگی می‌کردند و به موقع کارهایش را انجام می‌دادند".

#### درون‌مایه سوم: عوامل بازدارنده

بیش‌ترین نقل قول موجود در صحبت‌های مشارکت‌کنندگان -هم پرستار و هم بیمار- در ارتباط با این درون‌مایه بود. با توجه به داده‌ها طبقاتی مثل عمل‌کرد پرستار، محدودیت پرستار در ارائه اطلاعات کافی به بیمار، مسایل شخصی پرستار و ساختار مدیریتی؛ از عوامل بازدارنده فرایند ارتباط پرستار و بیمار بودند. علی‌رغم مفاهیم نهفته در درون‌مایه دوم یعنی اعتقاد پرستار به اهمیت ارتباط و تا حد امکان پاسخ‌گویی سریع به خواسته‌های بیمار، عوامل بازدارنده چتری سنگین بر روی این عوامل تداوم‌بخش گسترده بودند که به نوعی نحوه فرایند ارتباط پرستار و بیمار را تحت تأثیر قرار داده بودند و باعث ایجاد یک رابطه سطحی و فقط متمرکز بر نیازهای حاد بیمار بین پرستار و بیمار شده بود.

اولین طبقه در رابطه با نوع عمل‌کرد پرستار بود. اهم فعالیت‌های پرستار به اجرای وظایف وابسته به دستورات پزشکی تا مستقل خود پرستار خلاصه می‌شد که خود منجر به حالتی ماشینی در ارائه مراقبت به بیمار و ارتباط با او شده بود. به عنوان مثال یک بیمار در بخش جراحی ابراز می‌داشت:

هم‌چنین بیماران برخی از اوقات به دلیل بستری شدن در بیمارستان و دوری از خانواده نیاز به یک هم‌دم داشتند تا بتوانند با او صحبت کنند و او نیز با آن‌ها هم‌دردی کند. یکی از پرستاران بخش داخلی می‌گفت: "بیماران انگار دوست دارند که صحبت‌هایشان را گوش بدهم، که مثلاً چی می‌گویند. یا مثلاً بعضی مریض‌ها که زیاد این‌جا بستری می‌شوند و چون از خانواده دور هستند عصبی می‌شوند و مایل هستند با پرستار صحبت کنند".

#### درون‌مایه دوم: عوامل تداوم‌بخش

این درون‌مایه مربوط به شرایطی بود که منجر به حفظ بیش‌تر ارتباط پرستار و بیمار می‌شد. در واقع عامل تعیین‌کننده این درون‌مایه پرستار بود. در این تحقیق تمام پرستاران معتقد بودند که ارتباط با بیمار مهم‌ترین جنبه مراقبت پرستاری است و بیمار را به عنوان فردی که نیاز به دریافت مراقبت و توجه از سوی پرسنل مراقبتی دارد، پذیرفته بودند. به این دلیل تا حد امکان به خواسته‌های بیمار پاسخ می‌دادند و سعی می‌کردند رضایت بیمار فراهم شود. به عنوان مثال یک پرستار شاغل در بخش جراحی ابراز می‌داشت: "من خودم اعتقاد این است که مریضی که روی تخت می‌خوابد فقط ما هستیم که با یک روحیه خوب یا با یک خنده می‌توانیم، تا حدی نگرانی او را کم کنیم و از دلشون در بیاوریم". یا پرستار شاغل در بخش داخلی می‌گفت: "از نظر من بیماری که در بخش بستری میشه، فردیست که نیاز به توجه دارد و باید با او خوب برخورد کرد تا بتوان مشکلاتشو حل کنیم".

اعتقاد پرستاران به اهمیت ارتباط، منجر به پاسخ‌گویی سریع از جانب آن‌ها به خواسته‌های بیمار می‌شد که خود باعث پیدایش حس اطمینان و اعتماد در بیمار و صحبت راحت‌تر در رابطه با دغدغه‌هایش با پرستار می‌شد. یک از پرستاران بخش داخلی بیان می‌کرد: "هنگامی که شما با بیمار مهربان برخورد می‌کنید و به مسایل او توجه نشان می‌دهید، این باعث ایجاد حس آرامش در او می‌شود". یکی دیگر از پرستاران بخش جراحی می‌گفت: "یک مریضی که بیش‌تر مینشینی پای درد دلش، با او صحبت میکنی، مریضی‌اش را

صحبت کردن منصرف می‌شوند". به عنوان مثال در یک جلسه مشاهده‌ای در شیفت عصر در بخش داخلی، محقق شاهد صحنه زیر بود:

"دو پرستار در شیفت عصر با ۱۸ بیمار در بخش حضور داشتند. در همان زمان، یک نفر بیمار از بخش اورژانس به بخش داخلی انتقال یافته بود و یکی از آن پرستاران مشغول پذیرش بیمار جدید بود. پرستار دیگر در حال آماده کردن داروهای ساعت ۴ بعدازظهر بود. در همان حال یکی از بیماران به پرستار در حال آماده کردن داروها نزدیک می‌شود و می‌گوید: ببخشید، می‌شود نتیجه تفسیر عکس سینه‌ام (منظور گرافی قفسه سینه بود) را برابم بخوانید. پرستار می‌گوید: متأسفم. در حال حاضر دارم داروهای بیماران را آماده می‌کنم و وقت ندارم. بعداً نتیجه عکس سینه‌ات را برات می‌خوانم."

از بازدارنده‌های دیگر در برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار، محدودیت پرستار در ارائه اطلاعات کافی به بیمار بود. این محدودیت به دلیل عدم اختیار پرستار و عدم هماهنگی بین پزشک و او در ارائه توصیه به بیمار در مواجهه با سوالات بیمار بود. در عرصه تحت مطالعه از آنجایی که برخی از مواقع آگاهی بیمار از تشخیص (بیماری بدخیم) منجر به واکنش‌های روحی و رفتاری ناخوشایند از جانب بیمار شده بود، پزشکان پرستاران را در رابطه با توضیح درباره تشخیص و سرانجام بیماری محدود کرده بودند و صحبت در این‌گونه موارد را خود با بیمار انجام می‌دادند. به عنوان مثال، یکی از پرستاران بخش جراحی می‌گفت: "هنگامی که بیمار از ما سوالی در رابطه با نوع تشخیص و درمانش می‌پرسد، از آنجایی که پزشکان گفته‌اند که ما در این رابطه با بیمار صحبت نکنیم، ما هم بیمار را ارجاع می‌دهیم با خود پزشک صحبت کند."

عدم هماهنگی بین پزشک و پرستار در رابطه با توضیحاتی که به بیمار می‌دادند از عوامل دیگری بود که منجر به محدود شدن پرستار در ارائه اطلاعات به بیمار می‌گردید و پرستاران ترجیح می‌دادند که خود پزشک نیز اکثر اطلاعات را به بیمار ارائه دهد. پرستاری می‌گفت: "همین چند وقت پیش

"هنگامی که من از پرستار درباره علت داروی تجویزی سوال می‌کردم، آن‌ها (پرستاران) می‌گفتند که ما فقط کاری که پزشک گفته را انجام می‌دهیم. اگر صحبتی دارید از خود دکتر بپرسید". یا در همان بخش جراحی پرستاری اعلام می‌کرد که: "ما فقط دستورات پزشک را اجرا می‌کنیم."

از موانع بازدارنده دیگر تمرکز پرستاران بر روی اقدامات روتین بخش بود و بر این اساس بیش‌تر عمل کرد پرستاران متمرکز بر اجرای وظایف محوله‌اش تا لحاظ کردن نظرات بیمار بود. در واقع انجام وظایف محوله در شیفت در اولویت اصلی برای پرستار قرار داشت. به عنوان مثال در یک موقعیت مشاهده‌ای در بخش داخلی محقق شاهد تعامل زیر بین پرستار و بیمار نسبت به فلبیت شدن محل آنژیوکت بیمار بود. پرستار: "آنژیوکت شما تاریخش گذشته و خراب شده باید تعویضش کنم."

بیمار: "چون در حال حاضر (ساعت ۱ بعدازظهر) هیچ دارو یا سرمی ندارم می‌تونید آنژیوکت را عصر موقع داروهای ساعت ۶ عوض کنید؟"

پرستار: "نه. باید همین الان عوض کنم. چون باید شیفت را به همکار عصر کارم تحویل دهم". سپس پرستار آنژیوکت بیمار را تعویض نمود.

از مسایل دیگری که در اقدامات پرستار به چشم می‌خورد، افزایش حجم کاری بود. به طوری که هر پرستار در شیفت کاری خود مسئولیت حداقل ۸ یا ۹ نفر بیمار را به عهده داشت که خود باعث می‌شد در یک فشار کاری بالا به مراقبت از بیمار بپردازد. بالطبع این عوامل زمان ارتباط با بیمار را کوتاه‌تر می‌کرد. به عنوان مثال یک پرستار شاغل در بخش جراحی چنین اظهار می‌داشت: "من وقت اضافی برای صحبت اضافی با بیمار ندارم. در نتیجه حداکثر بتوانم دو یا سه دقیقه بالای سر هر بیمار باشم و فقط جواب‌گوی نیازهای آنی او باشم و آن هم ناقص". یا پرستاری دیگر در همان بخش جراحی می‌گفت: "بیماران خیلی دوست دارند با پرستاران صحبت کنند. اما وقتی که می‌بینند پرستار آنقدر سرش شلوغ است و بیچاره آنقدر در رفت و آمد است، خودشان از

دلیل تأمین معیشت زندگی در شیفت‌های متعدد کار می‌کردند که خود باعث خستگی و بی‌حوصلگی در آن‌ها شده بود که بر روی کیفیت ارتباطشان با بیمار تأثیر می‌گذاشت. یکی از بیماران بخش داخلی در پاسخ به سوالی در رابطه با مشکلات برقراری ارتباط با پرستار می‌گفت: "الان پرستارانی داریم که در دو بیمارستان یا سه بیمارستان کار می‌کنند به خاطر این‌که منبع درآمدی براشون باشد. این‌که که کیفیت می‌آید پایین‌تر مسلماً". یا پرستاری دیگر نیز عنوان می‌کرد: "بعضی از همکارهایم به دلیل مشکلات مالی ممکنه چند جا کار بکنند و این باعث میشه که حوصله‌اشان نسبت به چیزهای دیگه کم بشه. ممکنه از یک چیزهایی سرسری بگذره. یعنی با مریض اون‌جور نیاد درست ارتباط برقرار کنه یا حتی ممکنه با مریض لحن تندی هم داشته باشه".

آخرین عامل مشکل‌زا در برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار عبارت از ساختار مدیریت پرستاری در برنامه‌ریزی تأمین نیروی پرستاری بخش‌ها و پایش عمل‌کرد پرستاران بود که به دلیل پیروی از سیاست‌های حفظ هزینه و هم‌چنین روی‌کرد عینی‌گرایانه مدیران پرستاری ایجاد شده بود. در اکثر مواقع سوپروایزران بالینی از دیدگاه عینی نسبت به ارزش‌یابی عمل‌کرد پرستار در طول شیفت برخوردار بودند. آن‌ها بیشتر بر روی اعمال روتین پرستاران مثل کنترل و نحوه چارت داروها، علایم حیاتی، گزارشات و سایر عوامل تمرکز داشتند تا چگونگی فرایند ارتباط پرستار و بیمار که نتیجه آن اولویت قابل‌شدن پرستار در کسب رضایت سوپروایزر بود. پرستاری عنوان می‌داشت: "متأسفانه این‌جا چیزی مهم شده که تحویل دادنی باشد. ارتباط با بیمار از نظر شما تحویل دادنی‌ه؟ چون تحویل دادنی نیست من بهش اهمیت نمی‌دهم. ترجیح میدم اون‌را که باید تحویل بدم انجامش بدم اول چون من باید اون‌را تحویل بدم. ولی ارتباط با بیمار را که نمی‌خواهم تحویل بدهم. به من نگفتند که تو مریضت چند تا خواهر برادر دارد، سوپروایزر نیاد که این‌ها را پرسه، ارتباط برقرار کردی؟ مشکل مالی داره؟ نداره؟ سوپروایزر این‌سؤالات را از من نمی‌کند که. همون دفتره را تحویل می‌گیرد. تو گزارشت یک

یک اتفاقی افتاد یک مریضی بود که با کنترل عفونت محل زخم آمده بود مریض را مرخص کردند با درن منتهی دکتر به مریض سفارش کرده بود به هیچ عنوان تا ۲۴ ساعت حمام نرود. همراه مریض از من پرسید که می‌تونه حمام بره، گفتم مگه مرخص نیستی، گفت چرا. گفتم اگر مرخصی می‌توانی حمام بری حتی اگر بخیه هم داری می‌توانی قشنگ با آب روی بخیه‌ات هم را بشوری. بعد متوجه شدم که، یعنی از بین صحبت همراه مریض با پزشک متوجه شدم که این مریض دکتر بهش گفته تا ۲۴ ساعت نباید حمام کنی. بعد از دکتر پرسیدم گفتم آقای دکتر شما گفتید مریض حمام نره. گفت بله چون ترشحات دارد نباید بره. دیگر حیظه کاری ما تا چقدر اجازه می‌دهد. حیظه کاری من این اجازه را می‌دهد که من وقتی مرخصه حتی اگر سوچورهم داشته باشم مریض می‌تواند حمام برود در حالی‌که نظر دکتر چیزی دیگر بود". دو عامل فوق‌باعث این شده بود که بیمار نسبت به دانش پرستار بی‌اعتماد شود و از آن‌جایی که بیش‌ترین نیاز بیماران همان‌طور که در درون‌مایه اول توضیح داده شد دریافت اطلاعات درباره بیماری‌اشان بود؛ ارتباط بیمار با پزشک نسبت به پرستار بیش‌تر صورت می‌گرفت که به‌نوبه خود میزان و کمیت ارتباط بین پرستار و بیمار را کاهش می‌داد. به‌طوری‌که بیماری ابراز می‌کرد که: "در اکثر مواقع من پاسخ‌هایم را از پزشک دریافت می‌دارم. چون پرستاران آن‌قدر اطلاعات علمی کافی برای سوالات من ندارند". در موردی دیگر زمانی که محقق از بیمار بستری در بخش جراحی سوال کرد که آیا درباره داروها یا بیماری سوالی از پرستار داشته‌اید، بیمار پاسخ داد: "ما اگر توضیح می‌خواستیم از آقای دکتر می‌گرفتم یا از دکتر سوال می‌کردیم که چیه و آن‌ها هم جواب می‌دادند. پرستارها در حدی نیستند که بخواهند جواب پزشکی من را بدهند. آقایان دکترها هستند با کمال میل و با کمال رضایت".

مسائل شخصی مثل خستگی و دغدغه‌های اقتصادی پرستاران از عوامل دیگری بود که به‌عنوان یک مانع در برقراری ارتباط کافی با بیمار مطرح بود. اکثر پرستاران به



مفاهیمی هم‌چون عوامل آغازگر، تداوم‌بخش و بازدارنده قرار دارد. از آنجایی که پدیده ارتباط پرستار و بیمار از مباحث عمده در مراقبت پرستاری و وظایف پرستار می‌باشد، در عرصه‌های بین‌المللی نیز بدان توجه شده و کانون توجه مطالعات در کشورهای مختلف قرار گرفته است.

در این مطالعه از عوامل کمک‌کننده به شروع ارتباط بین پرستار و بیمار، پیدایش نیازهای اطلاعاتی و عاطفی در بیمار بود که بیمار را وامی‌داشت تا سوالات و دغدغه‌های خود را به‌زبان آورده و در مقابل نیز پرستار بدان واکنش نشان می‌داد و با بیمار تعامل می‌یافت. شلدون و همکاران (۲۰۰۶)، نشان دادند که بیماران به‌واسطه تنش روحی ایجاد شده به‌دنبال بیماری با پرستاران تعامل می‌یافتند و نگرانی خود را با آن‌ها تقسیم می‌کردند [۱]. هم‌چنین طبق نتایج مطالعه سوئی کالا و همکاران (۲۰۰۸)، صحبت بیماران درباره موقعیت خویش و شرایط جسمی‌اشان از عوامل زمینه‌ای ارتباط بین دانشجویان پرستاری و بیمار در نظر گرفته شده بود [۲۶].

وجود نیاز در بیمار به عنوان عامل آغازگر ارتباط پرستار و بیمار و نقش پرستاران در تداوم این ارتباط نیز مهم بود. در واقع نگرش پرستاران به بیمار به‌عنوان فردی نیازمند دریافت مراقبت از یک سو و اعتقاد آن‌ها به اهمیت ارتباط با بیمار به عنوان مهم‌ترین اقدام پرستاری از سویی دیگر، باعث پاسخ‌گویی به موقع پرستاران به نیازهای بیماران و حفظ حداقل ارتباط با او شده بود. مطالعه کاریس و رهالن و همکاران (۱۹۹۹) نشان داد که نگرش مثبت پرستاران به بیمار، متغیری ارزش‌مند در گفت‌وگو اجتماعی با بیماران بود [۲۷]. هم‌چنین لوزکار و باتوف (۲۰۰۱)، رفتارهای پرستار نظیر صحبت کردن واضح، پاسخ‌گویی به سوالات بیماران و کار کردن منظم و مرتب؛ را به عنوان نشانه‌هایی از شایستگی پرستاران در مواجهه با دغدغه‌های بیماران، ترسیم نمودند [۲۸].

در کنار درون‌مایه‌های عوامل آغازگر و تداوم‌بخش ارتباط پرستار و بیمار در این مطالعه، درون‌مایه سوم یعنی عوامل بازدارنده بیش‌ترین نقل قول را از سوی مشارکت‌کنندگان

خط جا نداشتی؟ سوپروایزر آموزشی آمده از گزارش من ایراد گرفته چرا نوشتی آنژیوکت مریض چه رنگیه. تو بیبا به من ایراد بگیر چرا نمیدونی مریضت امروز چشمه. کار ما را نگاه نمی‌کنند دیگه. خوب من عوض این‌که بلند شوم بروم در برگه گزارش یادداشت کنم آنژیوکت مریض چه رنگیه، خوب می‌روم یادداشت می‌کنم ببینم مریضم چه مشکلی دارد که درد می‌کشد. چرا پیام یادداشت کنم که چه رنگیه". یا پرستاری دیگر ابراز می‌کرد: "دوست دارم سوپروایزری که میاد غیر از حضور و غیابی که می‌کنه بیاد ببینه پرسنل چه جور کار می‌کنن. می‌گیری نکند و ببیند این کاری من دارم می‌کنم درست انجام میشه؟ برخورد با مریض درسته؟"

سیاست کنترل هزینه بر روی تأمین نیروی انسانی بخش نیز اثر گذاشته بود و منجر به این گردیده بود که پرستار کافی با توجه با تعداد بیمار بستری در شیفت نباشد. یکی از پرستاران اظهار می‌داشت: "کلاً اگر نیروی پرستاری در شیفت‌ها خوب باشد، زیاده‌تر باشد کارهای مریض روی زمین نمی‌ماند، کارش خیلی بهتر انجام می‌شود. ما بیش‌تر در نیرو مشکل داریم". هم‌چنین یکی از بیماران اظهار می‌داشت: "بیش‌ترین مشکل همین کمبود نفر است. باید مسئولین یک مقداری پرستارهایی را که دارند هر روز از دانشگاه‌ها فارغ‌التحصیل می‌شوند را بیش‌تر استخدام کنند. بلکه کمبود نفر حل شود. مثلاً، پارسال من خودم اروپا رفتم در اون‌جا هر یک مریضی یک پرستار دارد. اون‌جا من می‌خواستم خودم را چک آپ کنم. چون سوئدی بلد نبودم یک مترجم برابم آوردند که بین من و دکتر و پرستار ارتباط برقرار کند. یک پرستار مخصوص من وجود داشت. منتهی این‌جا فرق دارد".

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه آشکار شدن زمینه احاطه‌کننده ارتباط پرستار و بیمار با توجه به تجارب واقعی افراد اصلی این تعامل یعنی پرستاران و بیماران بود تا بتوان به دانشی غنی با توجه به بستر کشور خودمان دست یافت. یافته‌های مطالعه نشان داد که زمینه ارتباطی پرستار و بیمار تحت تأثیر

بیمار بود تا پرستار و بیمار [۳۱]. آیین و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که پرستاران در ارائه اطلاعات به مادر کودک اجازه نداشتند در رابطه با پیامدهای بیماری صحبت کنند [۳۲]. یافته‌های مطالعه بیکر و همکاران (۲۰۰۱) نیز نشان داد که از نظر مشارکت‌کنندگان مطالعه پزشک فردی بود که بیش تر نقش ارتباطی را به عهده داشت و منبعی مهم و معتبر در رابطه با اطلاعات پزشکی قلم‌داد می‌گردید [۳۳] و در ارائه اطلاعات به بیمار، پرستاران همانند کارگران بودند نه افراد حرفه‌ای و همیشه پزشک بود که اطلاعات در مورد بیماری را به بیمار ارائه می‌داد [۲۹].

در این مطالعه توان اقتصادی پایین پرستار و خستگی ناشی از کار زیاد، عامل بازدارنده دیگر در نظر گرفته شد. در مطالعه مانونگی و همکاران (۲۰۰۹)، مشکلات پرستاران نظیر درآمد کم، کمبود نیرو و کار طولانی مدت نیز منجر به نگرش ضعیف پرستار نسبت به بیمار تلقی گردیده بود [۳۴]. مطالعه انوشه و همکاران (۲۰۰۹)، نیز دست‌مزد پایین پرستار را از موانع ارتباط پرستار- بیمار معرفی نمود [۱۴].

در نهایت ساختار مدیریتی در تأمین نیروی انسانی بخش و محتوی پایش عمل‌کرد پرستار توسط سوپروایزران بالینی، در این مطالعه به عنوان آخرین موانع ارتباط بین پرستار و بیمار معرفی شدند. مشابه با این مطالعه، در اکثر محیط‌ها سیاست‌های کنترل هزینه باعث تقلیل نیروهای حرفه‌ای در ارائه مراقبت پرستاری گردیده بود و پرستار نیز مجبور به مقابله و تطابق با حداقل امکانات بودند [۳۵]. در حالی‌که روی‌کرد حمایتی مدیر از پرستاران می‌توانست اثر عمده‌ای بر فرایند ارتباط داشته باشد [۱۶]. یافته‌های مطالعه مانونگی و همکاران (۲۰۰۹) نیز آشکار ساخت که مسایل محیط کار نظیر عدم ارائه پاسخ از جانب مسئولین به نیازهای پرستاران عاملی بازدارنده در ارتقای ارتباط پرستار و بیمار بود [۳۴].

در نهایت شاید بتوان اظهار داشت که یافته‌های این مطالعه این حس را القا می‌کند که علی‌رغم این‌که پرستاران به اهمیت ارتباط با بیمار به عنوان یک وظیفه پرستاری واقفند و توجه به نیاز بیمار به عنوان یک عامل شروع‌کننده برای فرایند ارتباط

مطالعه به خود اختصاص داده بود. یکی از موانع در برقراری ارتباط پرستار و بیمار وضعیت روتین محوری پرستار در اجرای وظایف، وابستگی زیاد به دستورات پزشک و افزایش حجم کار بود که مشابه با مطالعات مختلف در سایر کشورها بود. طبق مطالعه مک کیب (۲۰۰۴)، تمرکز بیش تر پرستاران در وظایفشان این حس را در بیماران القا می‌کرد که گویی وظایف پرستار از آن‌ها مهم تر است. هم‌چنین پرستاران از نظر بیماران افرادی قلم‌داد شده بودند که از خود اختیاری نداشته و دستورات سایر مشاوران پزشکی را اجرا می‌کردند [۲۹]. بولستر و مانیاس (۲۰۱۰) نیز نشان دادند که تعامل پرستار و بیمار در حین فعالیت‌های تجویز دارو بر روی اقدامات روتین تا تدابیر منحصر به فرد بیمار تمرکز داشت [۳۰]. مطالعات چندی در داخل و خارج از کشور نیز به تأثیر افزایش حجم کاری پرستار بر روی ارتباط او با بیمار اشاره کرده‌اند. در این راستا، برخی مطالعات نشان دادند که افزایش بار کاری پرستار و محدودیت زمان در اجرای وظایف محوله از عوامل مختل‌کننده ارتباط موثر با بیمار بودند [۲۹، ۱۴، ۱۱]. به‌طوری‌که پرستاران ترجیح می‌دادند بدلیل محدودیت زمانی و فشار ناشی از مسئولیت مراقبت بیماران متعدد، بیش تر یک ارتباط پرستار محور تا ارتباط بیمار محور را اتخاذ نمایند. ارتباط پرستار محور به صورت در اولویت قرار گرفتن وظیفه خود پرستار، استفاده از سوالات با پاسخ‌های کوتاه و بسته از جانب پرستار در مواجهه با بیمار و عدم لحاظ کردن نقطه نظرات بیمار، مشخص می‌گردید [۱۹].

از عوامل دیگری که در این مطالعه به عنوان مانع ارتباط پرستار و بیمار لحاظ گردیده بود، محدود بودن پرستار در ارائه اطلاعات به بیمار بود که دلیل عمده آن عدم هماهنگی بین پرستار و بیمار و عدم اختیار و ممنوعیت پرستار در ارائه اطلاعات به بیمار از جانب پزشک بود. در مطالعه بولستر و مانیاس (۲۰۱۰) نیز پرستاران اشاره کرده بودند که عدم ارتباط و همکاری بین خودشان و داروسازان، از موانع ارتباط با بیمار بود [۳۰]. وبر و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که هنگام راند بخش و ویزیت بیماران جهت ارتباط بیش تر بین پزشک با

محدودیت‌های دیگر مطالعه تاثیر بالقوه‌ای بود که ممکن بود حضور محقق در عرصه هنگام مشاهده بر روی تعاملات پرستار و بیمار داشته باشد. علی‌رغم این‌که محقق به منظور کنترل این اثر، سعی می‌کرد در جلسات مشاهده‌ای به مدت طولانی در بخش حضور یابد و حتی هنگام اجرای اقدامات پرستاری تا حدی به پرستار کمک نماید تا حضورش به عنوان محقق، کم‌رنگ‌تر شود.

## تشکر و قدردانی

از همکاری تمامی پرستاران و بیمارانی که در این طرح مشارکت فعال داشتند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

## منابع

- [1] Sheldon LK, Barrett R, Ellington L. Difficult communication in nursing. *J Nurs Scholarsh* 2006; 38: 141-147.
- [2] Charlton CR, Dearing KS, Berry JA, Johnson MJ. Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: An integrated literature review. *J Am Acad Nurse Pract* 2008; 20: 382-388.
- [3] Cossette S, Cara C, Ricard N, Pepin J. Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective: report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse-Patient Interactions Scale. *Int J Nurs Stud* 2005; 42: 673-686.
- [4] Thorsteinsson LS. The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illnesses: the magical touch of nursing. *J Clin Nurs* 2002; 11: 32-40.
- [5] Thomas RK, Editor. *Health Communication*. New York: Springer Science+Business Media; 2006.
- [6] Caris-Verhallen W, Timmermans L, Van Dulmen S. Observation of nurse-patient interaction in oncology: review of assessment instruments. *Patient Educ Couns* 2004; 54: 307-320.
- [7] Morehouse RE, Colvin E, Maykut P. Nephrology nurse-patient relationships in the outpatient dialysis setting. *Nephrol Nurs J* 2001; 28: 295-300.
- [8] Hall JA. Some observations on provider-patient communication research. *Patient Educ Couns* 2003; 50: 9-12.
- [9] Hagerty BM, Patusky KL. Reconceptualizing the nurse-patient relationship. *J Nurs Scholarsh* 2003; 35: 145-150.
- [10] Reynolds WJ, Scott B. Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *J Adv Nurs* 2000; 31: 226-234.
- [11] Tuohy D. Student nurse-older person communication. *Nurse Educ Today* 2003; 23: 19-26.
- [12] Moore CD. Communication issues and advance care planning. *Semin Oncol Nurs* 2005; 21: 11-19.
- [13] O'Connell E. Therapeutic relationships in critical care nursing: a reflection on practice. *Nurs Crit Care* 2008; 13: 138-143.
- [14] Anoosheh M, Zarkhah S, Faghihzadeh S, Vaismoradi M. Nurse-student communication barriers in Iranian nursing. *Int Nurs Rev* 2009; 56: 243-249.
- [15] Mohammadzadeh S, Bakhtiari S, Moshtagh Z, Ebrahimi E. Communication barriers from nurses' and elderly patient's points of views at medical-surgical wards. *Iranian J of Shahid-Beheshti's Nurs and Medwif School* 2007; 56: 1-8 (Persian).
- [16] Bensing J, Van Dulmen S, Tates K. Communication in context: new directions in communication research. *Patient Educ Couns* 2003; 50: 27-32.
- [17] Granados Gamez G. The nurse-patient relationship as a caring relationship. *Nurs Sci Q* 2009; 22: 126-127.

پرستار و بیمار تلقی می‌شود، اما این موارد تحت تأثیر مشکلات و بازدارنده‌هایی قرار گرفته‌اند که در عرصه تحت مطالعه نمی‌گذرانند یک ارتباط مبتنی بر بیمار صرف که در آن نیاز بیمار نسبت به وظیفه پرستار در اولویت قرار می‌گیرد و یا بیمار در امر مراقبت مشارکت فعال پیدا می‌کند و نقطه نظراتش را ابراز می‌دارد، از جانب پرستار صورت پذیرد و پرستاران مجبورند با حداقل امکانات و حداکثر مشکلاتی که در پیش رو دارند، حداکثر رضایت‌مندی بیمار را از طریق نشان دادن توجه بسیار کوتاه‌مدت و آن هم فقط به سمت نیازهای حاد بیمار تأمین نمایند که حال تا چه حد این رضایت‌مندی حادث شود، خود می‌تواند موضوع بررسی و مطالعه‌ای دیگر باشد. یافته‌های این مطالعه می‌تواند قابل کاربرد در حیطه‌های متعدد دیسیپلین پرستاری نظیر مراقبت و تحقیق باشد. یافته‌های مطالعه قابل استفاده در بالین به‌خصوص برای برنامه‌ریزان پرستاری کشور می‌تواند باشد تا با توجه به مشکلات مستخرج شده از این مطالعه که بر اساس تجارب زیسته مشارکت‌کنندگان به‌دست آمده بود، بتوانند راهبردهای موثرتری برای ارتباط پرستار با بیمار ارائه دهند. هم‌چنین یافته‌های این مطالعه می‌تواند منادی موضوعات تحقیقی تکمیلی‌تر باشند. به‌طوری‌که محققین پرستاری می‌توانند با توجه به یافته‌های مستخرج شده این مطالعه، چگونگی ارتباط را در سایر محیط‌های مراقبت بهداشتی نیز مورد پایش قرار دهند و حتی بتوانند ابزاری را برای ارزیابی ارتباط پرستار و بیمار با توجه به مفاد بستر کشور خودمان ارائه دهند. از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به عدم مشارکت‌کننده پرستار مرد در مطالعه اشاره نمود. در بخش‌های تحت مطالعه تعداد پرستاران مرد بسیار اندک بود که در چندین مورد یا حاضر به شرکت در مطالعه نشدند و یا این‌که محقق نتوانست وقت آزادی از آن‌ها بگیرد و با آن‌ها مصاحبه انجام دهد. هم‌چنین با توجه به ماهیت کیفی بودن مطالعه، عرصه تحت مطالعه محدود به بخش‌های داخلی و جراحی بود. لذا پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی بخش‌های دیگر بیمارستان از نظر تجربه ارتباطی پرستاران با بیماران مورد کاوش قرار گیرند. از

- [28] Lotzkar M, Botorff JL. An observational study of the development of a nurse-patient relationship. *Clin Nurs Res* 2001; 10: 275-294.
- [29] McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs* 2004; 13: 41-49.
- [30] 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; 47: 154-165.
- [31] Weber H, Stockli M, Nubling M, Langewitz WA. Communication during ward rounds in Internal Medicine: An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Educ Couns* 2007; 67: 343-348.
- [32] Aein F, Alhani F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Marginating the interpersonal relationship: Nurses and parent's experiences of communication in pediatric wards. *Iranian J Nurs Research* 2008; 8-9: 71-83 (Persian).
- [33] Bakker DA, Fitch MI, Gray R, Reed E, Bennett J. Patient-health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women with breast cancer. *Patient Educ Couns* 2001; 43: 61-71.
- [34] Manongi RN, Nasuwa FR, Mwangi R, Reyburn H, Poulsen A, Chandler CI. Conflicting priorities: evaluation of an intervention to improve nurse-parent relationships on a Tanzanian paediatric ward. *Hum Resour Health* 2009; 7: 50.
- [35] Turkel MC, Ray MA. Relational complexity: a theory of the nurse-patient relationship within an economic context. *Nurs Sci Q* 2000; 13: 307-313.
- [18] May C. Research on nurse-patient relationships: problems of theory, problems of practice. *J Adv Nurs* 1990; 15: 307-315.
- [19] Berry JA. Nurse Practitioner/Patient Communication Styles in Clinical Practice. *J Nurse Pract* 2009; 7: 508-515.
- [20] Taylor DP, Coakley A, Reardon G, Kuperman GJ. An analysis of inpatient nursing communications needs. *Stud Health Technol Inform* 2004; 107: 1393-1397.
- [21] Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24: 105-112.
- [22] Holloway I, Editor. *Qualitative research in health care*. Maidenhead: Open University Press; 2005.
- [23] Krippendorff K, Editor. *Content analysis: An introductory to its methodology*. California: Sage Publication; 2004.
- [24] Munhall PL, Editor. *Nursing Research: A Qualitative Perspective*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2006.
- [25] Denzin NK, and Lincoln YS, Editors. *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. California: Sage Publications; 1998.
- [26] Suikkala A, Leino-Kilpi H, Katajisto J. Nursing student-patient relationships: a descriptive study of students' and patients' views. *Int J Nurs Educ Scholarsh* 2008; 5: Article15.
- [27] Caris-Verhallen WM, De Gruijter IM, Kerkstra A, Bensing JM. Factors related to nurse communication with elderly people. *J Adv Nurs* 1999; 30: 1106-1117.

Archive of SID

# Exploring contextual factors of the nurse-patient relationship: A qualitative study

Ali Fakhr-Movahedi (Ph.D)<sup>1</sup>, Mahvash Salsali (Ph.D)<sup>2</sup>, Reza Negarandeh (Ph.D)<sup>2</sup> Zahra Rahnavard (Ph.D)<sup>2</sup>

1 - Nursing School, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

2 - Nursing and Midwifery School, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received: 20 Aug 2010 Accepted: 5 Nov 2011)

**Introduction:** Communication is an important aspect of nursing care and much of nurses' duties such as providing physical care, emotional support, and exchanging of information with patients can not be performed without communication. The quality of care is improved through nurse-patient relationship. Nurse and patient relationship in clinical settings is influenced by multiple contextual factors which recognize them can improve the important role of nursing. This study aimed to explore the contextual factors influencing nurse and patient relationship.

**Materials and Methods:** The study was performed by qualitative research approach. Participants were 17(8 nurses and 9 patients) in medical and surgical wards of Imam Khomeini hospital of Tehran university of medical sciences that selected by purposive sampling method. Data were gathered by interview (unstructured and semi-structured) and observation. Data analyzed by content analysis approach.

**Results:** Three theme emerged form data analysis which influenced the nurse-patient relationship. Those were formative factors, continuative factors and deterrent factors. These themes were explained in detail in the main text of article.

**Conclusion:** Findings showed that in spite of nurses' positive attitude to communicate with patients and caring their needs, there were problems in nurse-patient communication that prevent from a patient-centered communication between nurses and patients.

**Keywords:** Patient care, Nursing, Patients, Nurses, Communication, Qualitative, Research

\* Corresponding author: Fax: +98 21 66904252 ; Tel: +98 9123199223  
m\_salsali@hotmail.com

