

# تبیین محتوای برقراری ارتباط مؤثر بین تیم درمانی و خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه: تجربه پرستاران و خانواده بیماران

لاله لقمانی<sup>۱</sup>، فریبا برهانی<sup>۲</sup>، عباس عباسزاده<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** برقراری ارتباط مؤثر با بیماران ویژگی اساسی مراقبت‌های پرستاری است. با این حال بیشتر مطالعات ارتباط پرستاران با بیماران را ضعیف توصیف کرده‌اند. شناخت محتوای ارتباط مؤثر پرستار و خانواده این امکان را فراهم می‌کند که ارتباط مؤثرتری بین تیم درمانی و خانواده‌های بیماران بستری در بخش‌های ویژه ایجاد شود. هدف از انجام این پژوهش، تعیین محتوای برقراری ارتباط مؤثر بین تیم درمانی و خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه از دیدگاه تیم مراقبت و خانواده بیماران بود.

**روش:** مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوای کیفی انجام گرفت. مشارکت کنندگان شامل ۱۰ نفر از افراد درجه یک خانواده، ۸ پرستار و ۴ پزشک در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان بودند. روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه بدون ساختار و مشاهده بود. به منظور کسب درک عمیق‌تر و تأیید داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها از روش مشاهده استفاده گردید. مشاهدات بر تعاملات بین تیم مراقبت و خانواده بیماران در حین برقراری ارتباط متمرکز بود.

**یافته‌ها:** تجزیه و تحلیل دست‌نوشته‌ها در مورد مشارکت کنندگان درباره برقراری ارتباط منجر به شکل‌گیری پنج طبقه توجهات معنوی (امید دادن، توجه دادن به خدا و توسل به اعمال دینی و مذهبی)، واکنش عاطفی (همدلی، درک متقابل، القای آرامش و اعتماد)، جلب مشارکت (مشارکت در تصمیم‌گیری و مشارکت در مراقبت جسمی)، آموزش تعاملی (شناسایی نیاز اطلاعاتی خانواده، پاسخ به نیاز خانواده بیمار و آموزش بیماران) و مشاوره و راهنمایی (مشاوره در انتخاب درمان و مشاوره در انتخاب بهترین مراقبت) شد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این تحقیق باعث شناخت محتوای مهمی در فرایند برقراری ارتباط بین تیم مراقبت و خانواده بیماران شد. با شناخت کامل محتوای برقراری ارتباط، ایجاد قوانین و مقررات جدید و به کارگیری روش‌های خلاق در امر آموزش برقراری ارتباط به تیم مراقبت و اجرای قوانین در عمل و پیاده‌سازی رویکرد بیمار محور در بالین، می‌توان برقراری ارتباط مؤثرتری داشت.

**کلید واژه‌ها:** محتوای ارتباط، تیم مراقبت، خانواده بیمار، بخش ویژه، آنالیز محتوا

**ارجاع:** لقمانی لاله، برهانی فریبا، عباسزاده عباس. تبیین محتوای برقراری ارتباط مؤثر بین تیم درمانی و خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه: تجربه پرستاران و خانواده بیماران. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۳؛ ۳ (۳): ۲۶۸-۲۵۷.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۶/۰۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۴/۱۲

ویژه محلی است که بیماران بدحال در آن‌جا بستری می‌شوند و توسط پزشکان و پرستاران باتجربه و با بهترین شرایط تحت مداوا و درمان قرار می‌گیرند. مهم‌ترین عنصر در بخش ویژه،

### مقدمه

امروزه پرستاری در بخش ویژه، حرفه‌ای مستقل و خلاق است و پرستاری بخش ویژه اوج هنر پرستاری است. بخش

۱- استادیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی به، کرمان، ایران

۲- استادیار، گروه اخلاق پرستاری، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- استاد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: fborhani@msn.com

نویسنده‌ی مسئول: دکتر فریبا برهانی

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 بیان کرد 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 به طور متقابل به پرستاران در تکامل مهارت‌های ارتباطی متمرکز بر فرد کمک می‌کند (۱۹).

۲. با توجه به اهمیت ارتباط حرفه‌ای در رشته پرستاری و نقش محوری آن، ضرورت پرداختن به این پدیده به صورت عمیق در 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؛ حال آن‌که مطالعات انجام گرفته در کشور در مورد ارتباط پرستار و بیمار حاکی از وجود مشکل در این زمینه می‌باشد (۲۳-۲۰). عابدی و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که فرایند ارتباط پرستار و بیمار رو به زوال است و شاید بتوان با ارائه برنامه‌های آموزشی برای پرستاران به ارتقای آن کمک نمود (۲۰). آیین و همکاران نیز از در حاشیه قرار گرفتن ارتباطات بین فردی بین پرستار و مددجو سخن می‌گویند (۲۱). در مطالعات دیگر نیز بر ضرورت وجود یک محیط حمایت کننده و منابع کافی برای ارتقای ارتباط بین پرستار و بیمار تأکید شده است (۲۲، ۲۳).

۳. با توجه به جایگاه ارتباط پرستار و بیمار در کیفیت مراقبت پرستاری، سؤال اصلی ذهن پژوهشگر این است که محتوای برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار با توجه به زمینه پرستاری کشور ما چگونه می‌باشد؟ در این راستا و از آن‌جا که نمی‌توان پدیده‌های انسانی را در قالب تحقیقات کمی خلاصه نمود، لازم است برای دستیابی به واقعیات عمیق و درونی انسان‌ها از راهبردهای تحقیقی مناسب‌تر استفاده نمود که در این میان پژوهش‌های کیفی می‌تواند نقش مؤثری را در روشن‌سازی حیطه‌های ابهام‌آمیز و ناشناخته داشته باشد (۲۴).

کادر پرستاری ماهر می‌باشد که به طور مداوم در مواقع اضطراری دارای قدرت تصمیم‌گیری فوری و انجام فرایندهای متفاوت پرستاری می‌باشند (۳-۱).

ارتباط یکی از مفاهیم مرکزی در پرستاری و بخش مهم اقدام پرستاری محسوب می‌شود (۴). 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 باید این اقدامات را تغییر دهند تا ارتقای سلامت بیمار حاصل گردد (۵). در واقع، تعاملات بین پرستار و بیمار می‌تواند به عنوان محکی برای مراقبت مؤثر و پویا مورد استفاده قرار گیرد (۶).

محققین بر این باور هستند که اگرچه پیشرفت در امر مراقبت‌های جسمانی در بخش ویژه بسیار زیاد بوده است، اما به طور کلی مراقبت از تمامی جنبه‌های انسانی که شامل مراقبت روحی و روانی بیماران می‌باشد، نادیده گرفته می‌شود (۸، ۷)؛ به طوری که قسمت عمده مشکلات بیماران بستری در بخش ویژه مشکلات هیجانی و روانی می‌باشد (۱۱-۹). کنش‌های روانی بیماران در بخش ویژه قابل پیش‌بینی است؛ چرا که این بخش‌ها مملو از عوامل تنش‌زا می‌باشد که به طرق مختلف بر بیمار اثر می‌گذارد (۱۴-۱۲).

یک بخش اساسی از رضایتمندی بیماران که به طور دایم در یافته‌های پژوهشی ظاهر می‌شود، اهمیت ارتباط بیمار- درمانگر است (۱۵). ارتباط در حرفه پرستاری نیز اهمیت بسزایی دارد (۱۶) و بخش اصلی از کارهای پرستاری است (۱۷) و بیماران تعامل با پرستاران را به عنوان اساس درمان خود می‌نگرند (۱۸). ارتباط مؤثر ویژگی اساسی مراقبت‌های پرستاری است و در طول زمان به عنوان یک ضرورت در جهت‌گیری‌های بیمارمدار مورد توجه بوده است.

۱. باوجود این‌که ارتباط پرستار و بیمار پیش‌نیاز ضروری و مؤثر بر برایندهای مراقبتی موفقیت‌آمیز قلمداد می‌گردد، اما این موضوع هنوز به خوبی ارزیابی نشده و عناصر ارتباط در اجرای تعاملی، ذهنی و پویای آن مورد اغماض قرار گرفته است (۱۹). با توجه به فقدان یک الگوی استاندارد برای ارتباط پرستار- بیمار و شیوه‌های متفاوت برقراری آن (۲۰)، تحقیق

انعطاف‌پذیر و عمیق بودن برای پژوهش‌های کیفی مناسب است (۲۷). از پرستاران پرسیده شد «شما چگونه با خانواده بیمارانتان ارتباط برقرار می‌کنید؟ و هنگام ارتباط با خانواده بیمارانتان بر چه مواردی تأکید دارید؟» و سؤالات برای خانواده‌ها نیز چنین بود «آیا پزشکان یا پرستاران با شما ارتباط دارند؟ این ارتباط را چگونه برقرار می‌کنند؟ در هنگام ارتباط با شما بیشتر روی چه مواردی تأکید دارند؟ و چه چیزهایی به شما می‌گویند که شما احساس می‌کنید رابطه خوبی بین شما و آن‌ها برقرار شده است؟».

طول مدت مصاحبه‌ها بین ۹۰-۴۵ دقیقه (میانگین ۶۰ دقیقه) بود که به صورت فردی هدایت شد. تمام مصاحبه‌ها ضبط و سپس کلمه به کلمه نوشته شد تا مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده شد. کدها بر اساس واحدهای معنا برگرفته از توصیف مشارکت کنندگان استخراج و سپس بر اساس اختلافات و یا شباهت‌ها طبقه‌بندی گردید. سعی شد درون طبقات بیشترین همگنی و بین طبقات بیشترین ناهمگونی وجود داشته باشد و هیچ داده‌ای در درون دو طبقه جای نگیرد. برای طبقه‌بندی داده‌ها از نرم‌افزار OneNote استفاده گردید. در نهایت پنج دورن‌مایه از تجزیه و تحلیل داده‌ها به دست آمد. استحکام داده‌ها توسط روش‌های کنترل توسط خود مشارکت کنندگان و کنترل توسط همکار آشنا به تحقیق کیفی سنجیده شد. در کنترل توسط مشارکت کنندگان بخشی از متن همراه با کدهای اولیه به رؤیت مشارکت کننده می‌رسید و میزان تجانس ایده‌های استخراج شده محقق از داده‌ها با نظر مشارکت کنندگان مقایسه می‌گردید و مواقعی که برداشت محقق با مشارکت کننده متفاوت 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 ارائه می‌شد و تعمیم استحکام داده‌ها از نظر تناسب و خوانایی مورد بررسی قرار می‌گرفت و در صورت وجود اختلاف نظر بین آن‌ها و محقق، دوباره تحلیل و مفهوم‌پردازی توسط محقق صورت می‌گرفت و بازگشت داده می‌شد تا این‌که مورد تأیید و اجماع نظر قرار گیرد. از مقبولیت پژوهشگر، مرور دست‌نوشته‌ها با

تحقیقات نشان می‌دهد که محتوای ارتباط پرستار با خانواده بیمار به خوبی شناخته نشده و تحقیقات گذشته دانش لازم در این زمینه را برای ما فراهم نکرده است (۲۶، ۲۵، ۷). با توجه به این‌که در کشور ما تحقیق جامع و عمیقی درباره فرایند ارتباط بین پرستار و بیمار صورت نگرفته و چون موضوع ارتباط یک موضوع بین فردی و فرهنگی است، هر جامعه‌ای بر اساس زمینه فرهنگی- اجتماعی خود می‌تواند سبک‌های ارتباطی متفاوتی داشته باشد. بنابراین محقق بر آن شد تا برای به دست آوردن اطلاعات بیشتر در این زمینه، تحقیق کیفی انجام دهد. هدف این تحقیق، تبیین محتوای برقراری ارتباط توسط تیم درمانی و خانواده‌های بستری در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان بود.

### روش

محیط پژوهش، بخش‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان بود. پرستاران و خانواده‌های بیماران بستری در بخش‌های ویژه که تمایل به بازگویی این تجارب به محقق را داشتند، معیار انتخاب شرکت کنندگان بود. برای مصاحبه ابتدا نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام شد و سپس به روش نظری ادامه پیدا کرد و نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. ۸ پرستار، ۱۰ خانواده بیمار و ۴ پزشک شرکت کنندگان تحقیق را تشکیل دادند. در ابتدا هدف تحقیق، روش مصاحبه و حق افراد نسبت به شرکت در مطالعه و یا امتناع از آن برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه شفاهی کسب گردید. تمام مصاحبه‌ها توسط نویسنده اول مقاله هدایت شد. در این پژوهش اصول محرمانه بودن اطلاعات جهت مصاحبه و ضبط گفتگو رعایت شد. برخورداری و حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان از جمله ملاحظات اخلاقی بود که رعایت شد.

برای انجام تحقیق و شناخت مطالب بیشتر در مورد محتوای برقراری ارتباط بین خانواده و کارکنان در بخش ویژه و با توجه به هدف، از مطالعه کیفی استفاده شد که رویکردی برای به دست آوردن اطلاعات غنی و عمیق از مشارکت کنندگان می‌باشد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه بدون ساختار و عمیق استفاده شد. این نوع مصاحبه به دلیل

به طور ناخودآگاه توجه همه افراد بیشتر هر زمان معطوف معنویات می‌گردد و برای بهبود بیمار خود از خدای بزرگ کمک می‌خواهند و بیشتر از قبل متوجه اعمال مذهبی از جمله راز و نیاز با خدا، نماز خواندن، نذر کردن و یا حتی روزه گرفتن می‌شوند و با دعا به درگاه پروردگار بزرگ درخواست کمک و بهبودی برای بیمارشان دارند. همچنین به طور مکرر مشاهده شده است که پرستاران از خانواده‌ها خواسته‌اند برای بهبود بیمارشان دعا کنند و بهبودی او را از خدای بزرگ بخواهند.

#### امید دادن

هر چقدر هم که امید به بهبودی بیمار نباشد، اما باز خانواده بیمارانش خواهان شنیدن امیدواری از زبان تیم مراقبت هستند، حتی اگر احساس کنند که چندان گفتار صادقی وجود ندارد و یک امید واهی است. یکی از پرستاران در این باره بیان کرد: «امید واهی دادن کار درستی نیست، ولی ناامید کردن همراهان هم خوب نیست... باید واقعیت‌ها را طوری به همراه بیمار گفت که دچار ضربه روحی و روانی نشود. می‌توان گفت شواهد این را می‌گویید تا ببینیم خدا چه می‌خواهد. خواست خدا باید آخر جملات باشد، ولی وقتی می‌گویید هرچه خواست خدا باشد همراه آرام می‌گیرد. هم به او امیدواری ندادیم و هم او را ناامید نکرده‌ایم».

#### توجه دادن به خدا

پرستاران با دلداری دادن به خانواده‌ها در زمانی که خانواده فکر می‌کند هیچ گونه امیدواری نیست، آن‌ها را به سمت دعا و نیایش و یاد خدا سوق می‌دهند تا حدودی از نگرانی و ناراحتی خانواده‌ها کم کنند و آن‌ها بتوانند این لحظه‌های تلخ و زجرآور را قابل تحمل‌تر کنند. در حقیقت می‌توان گفت که ارتباطی معنوی با خانواده برقرار می‌کنند. برادر بیماری می‌گفت: «این بخش واقعاً حساس است و مریض با مرگ دست و پنجه نرم می‌کند. آخرین جا است، باید به خدا امید داشت و دعا کرد». پرستاری اظهار کرد: «ما در حد و چارچوب خاص به همراهان بیمارانش اطلاعات می‌دهیم؛ مثلاً الان می‌گوییم مریض خوب است، خانم یا آقا در حال حاضر همه چیز مریض شما خوب است».

#### توسل به اعمال مذهبی و دینی

اعتقادات مذهبی در زمان بیماری نسبت به هر زمان دیگر از

شرکت کنندگان، بازنگری ناظرین و بهره‌گیری از نظرات تکمیلی همکاران استفاده شد.

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

#### یافته‌ها

شرکت کنندگان در تحقیق ۱۰ نفر از افراد درجه یک خانواده بیمار، ۸ پرستار و ۴ پزشک بودند و دامنه سنی آنان ۵۰-۱۸ سال بود. دو نفر از شرکت کنندگان پرستار و دارای مدرک کارشناسی ارشد پرستاری و بقیه شرکت کنندگان دارای مدرک کارشناسی پرستاری و خانواده‌های بیماران از بی‌سواد تا لیسانس بودند. تجزیه و تحلیل دست‌نوشته‌ها درباره محتوای ارتباط، منجر به شکل‌گیری پنج طبقه توجهات معنوی (امید دادن، توجه دادن به خدا و متوسل شدن به اعمال مذهبی و دینی)، واکنش عاطفی (حمایت روانی، همدلی، درک متقابل، القای آرامش و اعتماد)، جلب مشارکت (مشارکت در تصمیم‌گیری و مشارکت در مراقبت جسمی)، آموزش تعاملی (شناسایی نیاز اطلاعاتی خانواده بیمار، پاسخ به نیاز اطلاعاتی خانواده و آموزش بیماران) و مشاوره و راهنمایی (مشاوره در انتخاب بهترین درمان و مشاوره در انتخاب آرایه بهترین مراقبت جسمی) شد.

#### ۱- توجهات معنوی

توجهات معنوی یکی از مقوله‌های محتوای برقراری ارتباط بین خانواده‌ها و تیم مراقبت بود. از آن جایی که بیماران بستری در این بخش‌ها در وضعیت بحرانی و حادی به سر می‌برند و پیش‌آگهی این بیماری‌ها رضایت‌بخش و امیدوار کننده نیست،

است که بسیاری از مشکلات ارتباطی برطرف خواهد شد. خواهر بیماری بیان کرد: «گر پرستاران و پزشکان بتوانند خود را جای همراه بگذارند و او را درک کنند، ارتباط قوی‌تری برقرار خواهد شد». پدری هم در این باره گفت: «پرستاران بنده‌های خدا خوب هستند و وضعیت ما را درک می‌کنند و می‌فهمند ما در نگرانی و ناراحتی هستیم و هر کاری که از دستشان برآید برای ما انجام خواهند داد».

### القای آرامش

القای آرامش به خانواده بیمار از دیگر رفتارهای ارتباطی پرستار در مواجهه با نیازهای حاد بیمار در عرصه تحت مطالعه بود. پرستار با رفتارهایی مانند ابراز صمیمیت، تسلی دادن و احترام گذاشتن به بیمار و همدردی و مواجهه صبورانه با نیازهای او این حس را به بیمار القا می‌کرد که خود را در محیطی بیگانه نپندارد و این کار باعث آرامش در او می‌شد. یکی از خانواده‌ها چنین اظهار داشت: «پرستاران خیلی خوبند، خیلی زحمت می‌کشند. بد اخلاق نیستند، داد سر آدم نمی‌زنند. ما سر اون‌ها داد می‌زنیم، اما اون‌ها طفلی داد نمی‌زنند. خیلی آهسته و قشنگ صحبت می‌کنند». تسلی دادن به بیمار از اقدامات دیگری بود که باعث القای آرامش می‌گردید. یکی دیگر از پرستاران در بخش ICU (Intensive care unit) چنین گفت: «خانواده بیمار ممکن است در نگرانی شدید باشند، ممکن است اضطراب داشته باشند... تا پزشک بیاد همان ارتباطی که می‌توانیم برقرار کنیم و اون آرامشی را که می‌توانیم به مریض بدهیم را انجام می‌دیم». بسیاری از خانواده‌ها ابراز می‌کردند که دلداری و تسلی تیم مراقبت باعث کاهش میزان استرس و اضطراب و تسلی خاطر آن‌ها می‌شود. خواهر بیماری بیان کرد: «بخش ICU خیلی دلهره‌آور است، من نمی‌دونستم چی به سر مریضم می‌آید... یکی دو تا از پرستاران خوب بودند، دلداری می‌دادند و می‌گفتند نگران نباش مثل این مریض‌ها زیاد داشتیم و یا بدتر از این هم داشتیم، خوب شدند و واقعاً دل تو دلم می‌آمد و به حرف آن‌ها اعتماد می‌کردم و توی دلم آرام می‌شد. خانواده مریض‌های توی ICU واقعاً نیاز به دلداری دارند و کسی آن‌ها را تسلی دهد».

### جلب اعتماد

برقراری ارتباط با خانواده‌ها باعث جلب اعتماد آن‌ها می‌شود.

زندگی شخصی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند و باعث می‌شود که فرد بیماری را بپذیرد. بنابراین انجام اعمال مذهبی و ایجاد امکانات لازم جهت انجام اعمال مذهبی و برطرف ساختن نیازهای مذهبی بیماران در مواقعی که بیمار در بیمارستان بستری است و خود به تنهایی قادر به انجام حیاتی‌ترین اعمال خود هم نمی‌باشد، امری لازم و ضروری به نظر می‌رسد. در تمام مشاهدات انجام شده توسط پژوهشگر، توسل به انجام اعمال مذهبی دیده شد؛ به طوری که بعضی از خانواده‌ها نماز می‌خواندند، بعضی در حال دعا کردن، صلوات فرستادن و قرآن خواندن بودند. پرستاری به همراهی گفت: «برو خانم دعا کن و چیزی برای بهبود بیمارت ندرکن».

### ۲- واکنش عاطفی

اضطراب یکی از عمده‌ترین مسایل روانی است که خانواده‌ها با آن روبه‌رو می‌شوند. دغدغه اصلی خانواده بیماران نسبت به هزینه‌های درمان، ترخیص و عواقب بیماری بیشترین دلیل اضطراب و نگرانی آن‌ها بود. یکی از پرستاران بخش اظهار داشت: «این‌جا همیشه خانواده مریض‌ها نگرانند؛ هم از نظر مالی و هم از نظر جانی. جان بیمارشان مهم‌تر است یا می‌گویند بیمار ما خوب می‌شود؟ آیا کارهایی که دارد برای بیمار ما انجام می‌شود، کافی و مؤثر است؟».

### همدلی

همدلی با خانواده‌ها و آرامش دادن به آن‌ها یکی از موارد مهمی بود که خانواده‌ها آن را ذکر می‌کردند. می‌خواستند که تیم مراقبت به آن‌ها بیشتر توجه کرده و با آن‌ها همدردی و همدلی نماید و غمخوار آن‌ها باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «... از نظر روحی مرا درک می‌کردند. وقتی صحبت می‌کردند من از نظر روحی بهتر می‌شدم». خانواده دیگری که برادر بیمار بود، بیان کرد: «بعضی از پرستاران خوب بودند، هم به بیمار و هم به همراه بیمار آرامش می‌دهند و مریض را درک می‌کنند ناراحتی همراه را درک می‌کنند. یک جواری صحبت می‌کنند که بیمار و همراهش آرامش می‌گیرند».

### درک متقابل

خانواده‌ها می‌خواستند که پرستاران و پزشکان آن‌ها را بیشتر درک کنند و خود را به جای آن‌ها بگذارند. در این صورت

دهد... هم یاد می‌گیرد و هم کمکی به ما است». پرستار دیگری اظهار داشت: «...اگر بیماری به مدت طولانی در بخش بستری باشد، به خانواده‌اش اجازه می‌دهیم که به بخش آمده و پهلوی مریضشان باشند و با او صحبت کنند و به او روحیه بدهند، دست و پای او را ماساژ دهند... این در روند بهبودی بیمار بسیار مؤثر است. به خصوص در مورد تغذیه که در روند بهبودی بیمار مؤثر است». پرستار دیگری در این زمینه بیان کرد: «از آنجا که بخش ویژه یک بخش خاص است و همراه بیمار نباید در بخش باشد، زیاد نمی‌توانیم همراه را در اقدامات پرستاری مشارکت دهیم و فقط در صورت مساعد بودن بخش همراه می‌تواند به بخش آمده و بیمارش را ملاقات کند و به او روحیه بدهد... اقدامات آموزش در بخش انجام می‌شود».

#### ۴- آموزش تعاملی

##### شناسایی نیاز اطلاعاتی خانواده‌ها

یکی دیگر از درون‌مایه‌های محتوای برقراری ارتباط، دادن اطلاعات به خانواده‌ها و کسب اطلاعات درباره بیمار از خانواده‌ها است. بیشترین محتوای برقراری ارتباط از طریق تبادل اطلاعات صورت می‌گیرد. کسب اطلاعات درباره بیمار از نیازهای مهم خانواده‌ها می‌باشد و خانواده‌ها به شدت درباره بیمار و پیش‌آگهی بیماری او نگران و مضطرب هستند و نیاز دارند که کسی به آن‌ها اطلاعات کامل، دقیق و درست بدهد و تا برآورده نشدن این نیاز در نگرانی و اضطراب به سر می‌برند. 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. پرستاری در این مورد گفت: «در روند بهبودی بیشتر از ما سؤال می‌کنند... می‌خواهند بدانند بیمارشان چه بیماری دارد و چه روندی را سپری کرده، الآن چه کارهایی برای او انجام شده است، در رابطه با ارتباط گاهی همراهی

خانواده بیماران یک اعتماد درونی نسبت به تیم مراقبت پیدا می‌کنند؛ به طوری که احساس می‌کنند تیم مراقبت تمام سعی خود را برای مراقبت از بیمارشان انجام می‌دهند. حتی اگر آن‌ها کاری را برای بیمارشان انجام ندهند، از نظر آن‌ها غیر عمد تلقی می‌شود و آن‌ها را مقصر نمی‌دانند. خواهر بیماری بیان داشت: «رتباط با ما خوب بوده و از نظر روانی و عاطفی با ما ارتباط برقرار می‌کنند. اگر پرستاران کمی وقت بگذارند و به بیماران دلداری دهند، تأثیر زیادی بر روی آن‌ها می‌گذارد... آن‌ها به پرستاران بیشتر از خانواده‌شان اعتماد می‌کنند و تأثیر حرف آن‌ها هم بیشتر از خانواده است».

#### ۳- جلب مشارکت

جلب مشارکت یکی دیگر از درون‌مایه‌های محتوای برقراری ارتباط بود که سبب برقراری ارتباط بین تیم مراقبت و خانواده بیماران شد.

##### مشارکت در تصمیم‌گیری

به علت بحرانی بودن وضعیت بیماران و تصمیم‌گیری فوری برای آن‌ها در بخش‌های ویژه، کمتر از خانواده‌ها نظرخواهی می‌شود. در بیشتر موارد به آن‌ها اطلاع داده و رضایت‌نامه از آن‌ها گرفته می‌شود. در صورتی که بخواهد اقدام خاصی برای بیمار انجام شود از خانواده‌ها خواسته می‌شود تا برای بیمارشان تصمیم‌گیری کنند. به طور مثال درباره انتقال بیمار به بیمارستان دیگر و یا .... خانواده‌ای در این زمینه بیان کرد: «از آنجایی که ما از کارهایی که برای بیمار انجام می‌دهند سر در نمی‌آوریم و به پزشکان و بیمارستان اطمینان داریم که بیماران را به این‌جا آورده‌ایم، هر تصمیمی که برای بیماران می‌گیرند قبول داریم».

##### مشارکت در مراقبت جسمی

به ندرت پیش می‌آید که در بخش ویژه از خانواده‌ها برای مراقبت جسمی کمک خواسته شود؛ چرا که بخش ویژه یک بخش ایزوله است و رفت و آمد زیاد باعث عفونی شدن بیمار می‌شود، اما در بخش‌های بعد از ویژه بیشتر از خانواده‌ها در مراقبت جسمی کمک خواسته می‌شود. یکی از پرستاران گفت: «در صورتی که وقت داشته باشیم و مشکلی وجود نداشته باشد از همراه بیمار می‌خواهیم که گاوژ بیمار را انجام

به خانواده، مشاوره به آنها برای انتخاب بهترین اقدام درمانی است. خانواده‌ها برای این که بهترین درمان را برای بیمارشان داشته باشند نیازمند مشاوره و راهنمایی تیم مراقبت هستند. خانواده‌ها در بیشتر موارد برای این که بهترین خدمات مراقبتی و درمانی را برای بیمارشان داشته باشند، از تیم درمانی مشاوره و راهنمایی می‌گیرند و با تیم درمانی در حال مشورت کردن هستند. خواهر بیماری بیان کرد: «ما می‌خواهیم بدانیم آیا می‌توانیم بیمارمان را جای دیگری ببریم، داروی دیگری بگیریم که برای بیمارمان مؤثرتر باشد... ما حداکثر تلاش خود را برای خوب شدن بیمارمان انجام خواهیم داد». پدری هم در این باره گفت: «توضیح درباره این که چه دارویی بهش بدهند بهتر می‌شه... درباره خوب شدنش توضیح کامل بدهند».

#### مشاوره در انتخاب بهترین مراقبت

برادری در این باره اظهار کرد: «من ترجیح می‌دهم اگر پرستار می‌تواند راهنمایی کند آگه جای دیگه و یا داروی دیگه‌ای مؤثرتر بود کاری که بتوان برای بیمار انجام داد، راهنمایی کنند» و خانواده دیگری هم گفت: «ز آن جایی که بیمار من رگ‌های خوبی نداشت، من از پرستاران می‌خواستم که اگر شخص دیگری می‌تواند این کار را بهتر انجام دهد به من معرفی کنند». هنگامی که بیمارمان مرخص می‌شدند و هنوز نیاز به مراقبت‌های پرستاری در منزل داشتند، بیشتر خانواده‌ها به دنبال مرکز و یا شخصی برای پرستاری و مراقبت از بیمارشان در منزل بودند. خانواده‌ای از پرستاران سؤال می‌کرد: «آیا می‌توانید جایی را به من معرفی کنید تا از مادرم در منزل پرستاری کند؟».

#### بحث

یافته‌های پژوهش حاضر شامل مقوله‌های «توجهات معنوی، واکنش عاطفی، جلب مشارکت، آموزش تعاملی مشاوره و راهنمایی» بود؛ به این صورت که تیم درمانی از طریق این پنج مقوله با هم ارتباط برقرار می‌کنند و محتوای ارتباطی آنها خارج از این مقوله‌ها نمی‌باشد. هدف از انجام پژوهش، تبیین محتوای برقراری ارتباط پرستار و خانواده بیمار بود. با توجه به یافته‌های حاصل شده، این حقیقت روشن می‌شود که مسؤولیت اصلی برقراری و تداوم ارتباط با بیمار در

دوست دارد در جریان کامل بیماری قرار گیرد که بیماری بیمارش چیه؟ پزشکش کیست و ما چه کاری انجام داده‌ایم؟... ما هم در حد معمول برایشان توضیح می‌دهیم».

#### پاسخ به نیاز اطلاعاتی خانواده‌ها

پاسخ به نیاز خانواده نسبت به وضعیت سلامتی بیمارشان از مفاهیم دیگر در مطالعه حاضر بود که منجر به بروز نیازهای خانواده‌ها می‌گردید. این مفهوم در واقع مبین نقش خانواده بیمار در این طبقه می‌باشد. بیشترین درخواست خانواده بیمار، کسب آگاهی درباره بیماری و اقدامات تشخیصی، درمان‌ها و سرانجام خود بیماری بود. در این باره همراه یکی از بیماران در بخش چنین گفت: «خودم زیاد برخورد خاصی نداشتم فقط اگر چیزی می‌خواستم بدونم بهشون گفتم و اون‌ها هم جوابم را می‌دادند».

#### آموزش به خانواده بیمار

آموزش و ارتقای آگاهی خانواده بیمار از دیگر مفاهیم محتوای برقراری ارتباط بین تیم درمانی و خانواده بیمار و به عنوان یک پل ارتباطی بود. ارتقای آگاهی بیمار یا خانواده از دیگر رفتارهای ارتباطی پرستاران در مواجهه با نیازهای بیمار بود که به صورت «آموزش غیر رسمی» توسط پرستار در کنار سایر وظایفش یا هنگام اجرای تکنیک‌های پرستاری صورت می‌گرفت. ارتقای آگاهی بیمار یا خانواده او به طور عمده در قالب توضیح با فرایند بیماری، آمادگی بیمار برای اجرای تکنیک‌های مراقبتی و توصیه‌های مراقبتی به بیمار یا خانواده صورت می‌گرفت. پرستاری در این زمینه می‌گفت: «به خانواده بیمار آموزش می‌دهیم. بعضی از مریض‌ها ممکن است رژیم خاصی داشته باشند، به آنها آموزش می‌دهیم که این رژیم خاص را برای بیمار تهیه کرده و بعضی وقت‌ها آشپزخانه یک‌سری چیزها را نمی‌تواند برای بیمار تهیه نماید؛ برای همین به خانواده بیمار آموزش می‌دهیم که برای مریض شما چه چیز خوب است اگر می‌توانید برایش تهیه کنید و بیاورید».

#### ۵- مشاوره و راهنمایی

##### مشاوره در انتخاب بهترین درمان

یکی از طبقات محتوای ارتباط مشاوره و راهنمایی تیم درمانی

سیر بهبودی بیماری، موجب طولانی شدن اقامت در بیمارستان و بالا رفتن هزینه‌های درمانی می‌شود. بعضی از بیماران به بیماری از دید یک امتحان الهی می‌نگرند و معتقد هستند اگر ایمان آن‌ها قوی باشد، نجات می‌یابند. بعضی دیگر تصور می‌کنند که به دلیل رفتارهای غیر اخلاقی گذشته از سوی خداوند سبب آن تنبیه شده‌اند. این افراد اعتقاد دارند که دعا، نذر، توبه و صدقه، مقاومت و تحمل انسان را در برابر بیماری و مشکلات ناشی از آن افزایش می‌دهد (۳۰). قرآن کریم در سوره زمر آیه ۸ می‌فرماید: «هنگامی که به انسان زبانی برسد پروردگار خود را می‌خواند و به سوی او باز می‌گردد». در این هنگام انجام اعمال مذهبی مانند نماز خواندن و دعا کردن، مکانیسم سازگار شایعی است که احساس لیاقت و امید را افزایش می‌دهد (۳۱).

به عنوان بخشی از مراقبت‌های جامع، پرستاران وظیفه دارند که برای ملاقات بیمار با روحانی جهت رفع نیازهای مذهبی اقدام کنند. این بخش از مراقبت به وضوح جزء استانداردهای پرستاری و مامایی محسوب می‌شود؛ چرا که ممکن است بیمار نیازهای مذهبی و معنوی داشته باشد (۳۲). انجمن روان‌پزشکی آمریکا توصیه می‌کند که پزشکان باید گرایش مذهبی و معنوی بیماران را جویا شوند. زیربنای این توصیه‌ها آن است که مراقبت از بیمار بسیار فراتر از درمان بیمار و دربرگیرنده نیازهای مختلف است. بیشتر بیماران خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیازهای معنوی و مذهبی خود هستند (۳۳).

مقوله دیگر پدیدار شده در مطالعه حاضر حمایت عاطفی شامل زیرطبقات «همدلی، القای آرامش و اعتماد» بود که بین تیم مراقبت و خانواده‌ها ایجاد می‌شد. همدلی پرستاران با خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه یکی از نکات مثبت بیان شده توسط تیم مراقبت در تحقیق بود. این معنا در مطالعه Mueller و همکاران (۳۴)، Puntillo و (۳۵) و Norman و همکاران (۳۶) نیز گزارش شده است. بیشتر بیمارانی که رضایت بالایی را گزارش کردند تحت تأثیر توجه زیاد پرستار و همدلی او بوده‌اند. خانواده بیماران بستری در بیمارستان بیان نمودند، وقتی که عزیزشان در بخش ویژه بستری است به علت نداشتن اطلاعات کافی در مورد بیماری

عرصه تحت مطالعه بر عهده پرستار می‌باشد و بیمار قدرت کمتری در این ارتباط دارد. در واقع یافته‌ها مبین این نکته مهم بود که پرستار در این فرایند ارتباطی دارای نقش فعال‌تری از خانواده بیمار می‌باشد، هرچند که شروع ارتباط با توجه به نیازهای بیمار و خانواده‌اش، اقدامات پرستار در مواجهه با این نیازها تعریف می‌گردد. ارتباط بین پرستار و خانواده بیمار با وجود 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 اونتاریو در بیانیه خود بیان کرد که شاید پرستاران خودشان را به عنوان فرد صاحب قدرت در فرایند ارتباط نپندارند، اما مسایلی مانند دانش تخصصی و 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 پرستار درباره بیمار می‌شود (۲۸). در این راستا Shattell نیز ابراز داشت که بیمار در نقش وابسته خود متمایل است نقش غیر فعالی را به عنوان گیرنده مراقبت از یک مراقبت کننده دارای دانش حرفه‌ای برای خود تعریف کند (۲۹).

توجهات معنوی یکی از مهم‌ترین مقوله‌هایی بود که خانواده‌ها و پرستاران به آن تأکید زیادی داشتند و با وجود مسایل و مشکلات فراوان باز به این مقوله توجه زیادی نشان می‌دادند و با امیدواری دادن به خانواده‌ها، متوجه کردن آن‌ها به سمت خدا و یاری خواستن از خداوند بزرگ و تشویق کردن خانواده به اعمال مذهبی به آنان نزدیک شده و تا حد زیادی از نگرانی و استرس آن‌ها می‌کاستند. یاد خدا آرام‌بخش است. وقتی که دل به یاد خدا باشد، آرام می‌گیرد البته امید واهی دادن به خانواده‌ها هم درست و اخلاقی نمی‌باشد. خواست خدا در انتهای تمام سخنان پرستاران بود. خانواده‌ها با توجه کردن به خدا خواهان سلامتی بیمارشان از خدای مهربان بودند و با انجام اعمال مذهبی خود را به خدا نزدیک‌تر می‌کردند.

به طور کلی انجام احکام دینی منبع قدرت بخشی برای بیماران است که باعث افزایش سرعت بهبودی فرد می‌شود. اضطراب ناشی از جدا شدن فرد از جامعه دینی و تصور فرد در انجام وظیفه‌اش نسبت به خدا و مردم علاوه بر تأثیر منفی بر



کاری و موارد محدودیتی در تأمین اطلاعات برای بیمار قادر به ارایه آموزش در قالب 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 کردند پرستاران مسؤول ارایه اطلاعات مهم به بیمار هستند (۴۲). نتایج مطالعه Pytel و همکاران نشان داد که تأمین اطلاعات در مورد آزمایش‌های تشخیصی و درمانی از مهم‌ترین نیازهای بیماران و همراهان آن‌ها می‌باشد که پرستاران نیز این کار را انجام داده بودند (۲۶).

Bloomer و همکاران نیز در تحقیقی در رابطه با برقراری ارتباط با خانواده بیماران بستری در بخش ویژه بیان نمودند، از آن‌جا که خطر مرگ و میر در بخش‌های ویژه بسیار زیاد است و وضعیت بیمار در این بخش‌ها قابل پیش‌بینی نیست، پرستاران موظف هستند به خانواده بیماران که در انتهای زندگی هستند اطلاعات روشن و دقیقی ارایه دهند تا آن‌ها بتوانند بهترین تصمیم‌گیری را برای بیمارشان انجام دهند و یا او را ملاقات نمایند (۴۳).

مشاوره و راهنمایی به خانواده بیماران یکی دیگر از مفاهیم محتوای برقراری ارتباط با خانواده است. زمانی که خانواده‌ها قادر به تصمیم‌گیری مناسب برای بیمارشان نیستند و یا به علت عدم آگاهی و شناخت نیروها و مراکز مجرب نمی‌توانند بهترین مراقبت‌ها را برای بیمارشان انجام دهند، وظیفه حرفه‌ای پرستاران ایجاب می‌کند که آن‌ها را راهنمایی و هدایت کنند تا از این طریق به بیمار و خانواده کمکی کرده باشند. مشاوره به بیماران یکی از شاخص‌های کیفیت پذیرفته شده درمانی است. تمام بیماران حق دارند در مورد حفظ و ارتقای سطح سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها مشاوره‌های مناسب دریافت نمایند. راهنمایی و مشاوره به بیماران فواید و نتایج مثبت زیادی از جمله کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، افزایش کیفیت مراقبت‌ها و کمک به بیمار در به دست آوردن استقلال و خودکفایی بیشتری را در پی دارد (۴۴).

### نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق حاضر باعث شناخت محتوای فرایند برقراری

و ناآشنا بودن با محیط در موقعیت سخت و استرس‌آوری به سر می‌برند و نیاز به همدلی و دلداری کارکنان دارند (۳۶-۳۴). مصاحبه‌ها و مشاهدات انجام شده در تحقیق حاضر نشان داد که خانواده‌ها زمانی احساس راحتی می‌کنند که تیم مراقبت با استفاده از تکنیک‌ها و مهارت‌های برقراری ارتباط با آن‌ها ارتباط برقرار کرده و درباره محیط ناآشنای ICU به آن‌ها توضیحاتی داده باشند (۳۸، ۳۷). همچنین Cleary و McNeil نیز گزارش کردند سازمان‌هایی که در آن پرستاران اجازه دارند مراقبت‌های پرستاری را به صورت خصوصی ارایه دهند و یا بتوانند با خانواده بیماران ارتباط نزدیک‌تری داشته باشند، باعث همدلی بیشتر و ارتقای ارتباط می‌شود (۳۹). نتایج مطالعه دیگری نشان داد که هرچه خانواده بیماران بیشتر توسط کارکنان بخش درک شوند، رضایت بیشتری خواهند داشت (۴۰).

فراهم کردن زمینه مشارکت بیمار و همراهان او از دیگر اقداماتی بود که پرستاران بدون برنامه از قبل تعریف شده‌ای انجام می‌دادند. آنان به منظور کاهش حجم کاری خود برخی از کارها مانند اقدامات اولیه بیمار و پیگیری‌های خارج از حیطه بخش را با مشارکت همراهان بیمار به انجام می‌رسانند. در این مورد McDonald و همکاران بیان کردند، وقتی که پرستاران خانواده‌ها را در امر مراقبت از بیماران دخیل می‌کنند هماهنگی قابل توجهی شکل می‌گیرد. پرستاران گزارش کردند که مشارکت دادن خانواده در مراقبت ممکن است در ابتدا باعث صرف وقت زیادی شود، اما در طولانی مدت می‌تواند سبب صرفه‌جویی در زمان پرستار گردد (۲۵). پرستاران قلمرو حرفه‌ای خود را با متمایز ساختن نقش مشارکتی بیمار یا همراه او از دخالت نابه‌جا در مراقبت و همچنین ایجاد یک حد و مرز بین وظایف خود و پزشک و پیرو آن عدم دخالت در وظایف یکدیگر مشخص می‌سازند. در مطالعه Allen درباره مرزهای حرفه‌ای بین پزشک و پرستار، پرستاران اولین اولویت را بر روی وظایف قانونی خود در نظر گرفته و اعلام کرده بودند که مراقبت پرستاری کار اصلی آن‌ها می‌باشد (۴۱).

یکی از نقش‌های پرستاران در مورد بیمار در مبانی پرستاری، تأمین اطلاعات ارتقای آگاهی او می‌باشد. در مطالعه حاضر پرستاران به دلیل کمبود زمان و افزایش فشار

پرستاری منجر به انجام تحقیقات بیشتری از زوایای مختلف در محیط‌های بالینی متنوع‌تری گردد و با رسیدن به اجماع نظر و ادراک جامعی نسبت به فرایند ارتباط بین پرستار و بیمار بتوان دستورالعمل‌ها و خط‌مشی‌های اثربخشی را برای ارتقای مراقبت پرستاری کشور تدوین نمود و تمهیدات لازم را برای کنترل بهینه شرایط زمینه‌ای تأثیرگذار بر محتوای اتخاذ شده پرستاران در ارتباط با بیمار اندیشید.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر بخشی از پایان‌نامه دکتری پرستاری تحت عنوان «تبیین فرایند برقراری ارتباط بین تیم درمانی و خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه» می‌باشد. نویسندگان مقاله از همه کسانی که در انجام این پژوهش یاری نمودند و همچنین از دانشگاه علوم پزشکی کرمان و بیم صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایند.

ارتباط بین تیم مراقبت و خانواده بیماران شد. با شناخت کامل محتوای برقراری ارتباط، ایجاد قوانین و مقررات جدید، به کارگیری روش‌های خلاق در امر آموزش برقراری ارتباط به تیم مراقبت و اجرای قوانین در عمل و پیاده‌سازی رویکرد بیمار محور در بالین می‌توان برقراری ارتباط مؤثرتری داشت. تیم مراقبت به لحاظ دارا بودن روحیه نوع‌دوستی و مهارت‌های ارتباطی و به لحاظ داشتن صلاحیت‌های بالینی و اخلاقی، به برقراری ارتباط با خانواده بیمار خواهد پرداخت. در نهایت از آن‌جا که مطالعات کیفی در پی تبیین پدیده‌های مختلف با توجه به تجارب زیسته افراد هر رشته می‌باشد، یافته‌های مطالعه حاضر مشخص کرد که پرستاران و بیماران در عرصه تحت مطالعه از چه محتوایی در برقراری ارتباط با یکدیگر استفاده می‌کنند. بنابراین ممکن است بتوان از یافته‌های مطالعه حاضر در حیطه‌های مختلف رشته پرستاری مانند ظرفیت‌سازی پژوهش و مراقبت استفاده نمود. یافته‌های حاصل شده ممکن است از دیدگاه متولیان آموزش و مراقبت

### References

1. Derham C. Achieving comprehensive critical care. *Nurs Crit Care* 2007; 12(3): 124-31.
2. Cowan DT, Norman I, Coopamah VP. Competence in nursing practice: a controversial concept--a focused review of literature. *Nurse Educ Today* 2005; 25(5): 355-62.
3. Lindberg E. Competence in critical care: what it is and how to gain it: a qualitative study from the staff's point of view. *Dimens Crit Care Nurs* 2006; 25(2): 77-81.
4. Meleis AI. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
5. 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; 4(4): 149-53.
6. 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; 18(1): 54-60.
7. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nurs Crit Care* 2006; 11(1): 33-41.
8. Gonzalez CE, Carroll DL, Elliott JS, Fitzgerald PA, Vallent HJ. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. *Am J Crit Care* 2004; 13(3): 194-8.
9. Pattison N. Psychological implications of admission to critical care. *Br J Nurs* 2005; 14(13): 708-14.
10. Lindgren VA, Ames NJ. Caring for patients on mechanical ventilation: what research indicates is best practice. *Am J Nurs* 2005; 105(5): 50-60.
11. Harness G. The problem of stress. *Nurs Times* 1987; 4: 753-4.
12. Van de Leur JP, van der Schans CP, Loeff BG, Deelman BG, Geertzen JH, Zwaveling JH. Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Crit Care* 2004; 8(6): R467-R473.
13. Morehouse RE, Colvin E, Maykut P. Nephrology nurse-patient relationships in the outpatient dialysis setting. *Nephrol Nurs J* 2001; 28(3): 295-300.
14. Sedighi A. Knowledge of principles and attitudes of Nurses contact patients in teaching hospitals of Guilan [Thesis]. Rasht, Iran: Guilan University of Medical Sciences; 1996.
15. Naish J. The route to effective nurse-patient communication. *Nurs Times* 1996; 92(17): 27-30.
16. Kettunen T, Poskiparta M, Gerlander M. Nurse-patient power relationship: preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Educ Couns* 2002; 47(2): 101-13.

17. Scanlon A. Psychiatric nurses' perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13(3): 319-29.
18. Bowles N, Mackintosh C, Torn A. Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution-focused communication training. *J Adv Nurs* 2001; 36(3): 347-54.
19. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs* 2004; 13(1): 41-9.
20. Abedi HA, Alavi M, Aseman Rafat N, Yazdani M. Communication of nurses and elder patients in hospital wards: a qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2005; 10(4): 5-16.
21. Aein F, Alhani F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Marginating the interpersonal relationship: Nurses and parent's experiences of communication in pediatric wards. *Iran J Nurs Res* 2008; 3(9): 71-83.
22. Black MJ, Jacobs MYE. *Medical surgical nursing. Psycho physiologic approach*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders: 1993.
23. 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 Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2007; 16(56): 44-52.
24. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
25. McDonald DD, Laporta M, Meadows-Oliver M. Nurses' response to pain communication from patients: a post-test experimental study. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(1): 29-35.
26. Pytel C, Fielden NM, Meyer KH, Albert N. Nurse-patient/visitor communication in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2009; 35(5): 406-11.
27. Polit DF, Beck CT. *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
28. College of Nurses of Ontario. *Therapeutic nurse-client relationship* [Online]. [cited 2006]; Available from: URL: <http://www.cno.org/Global/4-LearnAboutStandardsAndGuidelines/prac/learn/modules/tncr/pdf/TNCR-Chapter2.pdf>.
29. Shattell M. Nurse-patient interaction: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2004; 13(6): 714-22.
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(2): 154-65.
31. Motahari M. *A man in the Qur'an*. 8<sup>th</sup> ed. Tehran, Iran: Sadra Publications; 1996. p. 36.
32. Kelly L. *Kelly's Dimensions of Professional Nursing*. New York, NY: McGraw Hill Professional; 1962.
33. Davidson JE, Boyer ML, Casey D, Matzel SC, Walden CD. Gap analysis of cultural and religious needs of hospitalized patients. *Crit Care Nurs Q* 2008; 31(2): 119-26.
34. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc* 2001; 76(12): 1225-35.
35. McAdam JL, Puntillo K. Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. *Am J Crit Care* 2009; 18(3): 200-9.
36. Norman V, Rutledge DN, Keefer-Lynch AM, Albeg G. Uncovering and recognizing nurse caring from clinical narratives. *Holist Nurs Pract* 2008; 22(6): 324-35.
37. Park EK, Song M. Communication barriers perceived by older patients and nurses. *Int J Nurs Stud* 2005; 42(2): 159-66.
38. Ku J, Li S, Cheng W, Ma J. Enhancing the Communication Satisfaction Between ICU Nurses and Intubated Patients. *Tzu Chi Nursing Journal* 2012; 11(4): 95-108.
39. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988; 25(1): 25-36.
40. Ramsey J. Family-Physician Communication in the Intensive Care Unit. *Chest* 2012; 142(4): 757A.
41. Allen D. The nursing-medical boundary: A negotiated order? *Sociology of Health & Illness* 1997; 19(4): 498-520.
42. Hanoch Y, Pachur T. Nurses as information providers: facilitating understanding and communication of statistical information. *Nurse Educ Today* 2004; 24(3): 236-43.
43. Bloomer M, Lee S, O'Connor M. End of Life Clinician-family Communication in ICU: A Retrospective Observational Study - Implications for Nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2010; 28(2): 17-23.
44. Amiri R. Review to role of nurses in ICU [Online]. [cited 2013]; Available from: URL: <http://nurseicu.blogfa.com/post/4>.

## Determination of the Content of Communication between the Care Team and Family Members of Patients in the Intensive Care Unit: The Experience of Nurses and Patients' Families

Laleh Loghmani<sup>1</sup>, Fariba Borhani<sup>2</sup>, Abbas Abbaszadeh<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Establishing an effective communication with patients is an essential aspect of nursing care. However, most studies have described the nurse-patients' family relationship as weak. Recognition of the content of effective care team-patient's family communication will facilitate a more affective relationship between the care team and family members of patients in intensive care units. The present study aimed to determine the content of effective communication between the care team and family members of patients in the intensive care unit from the perspective of nurses and patients' families.

**Method:** This study was performed with a qualitative approach and content analysis method. Participants included 8 Iranian registered nurses and 4 physicians working in intensive care units (ICU) of hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences, Iran, and 10 first-degree relatives of patients. Data were collected using interviews and observations. Unstructured interviews were used in the present study. We used observation in order to gain a deeper understanding and verify data from interviews. The observations focused on the interactions between the care team and patients' families during mutual communications.

**Results:** The data analysis of the handwritten account of the communication of the participants resulted in five categories of spiritual care (subcategories: giving hope, considering Allah, and performing religious practices) emotional reaction (subcategories: empathy, mutual understanding, promoting comfort, and trust), encouraging participation (subcategories: participation in decision making, and participation in physical care), interactive learning (subcategories: identification of the information requirements of the family, responding to the needs of the patient's family, and training the patients), and consultation and guidance (subcategories: consultation in selecting treatment, and selecting the best care method).

**Conclusion:** The findings resulted in the recognition of important aspects in communication between the ICU team and the family of the patients. By identification of the content of communication, establishing new rules, and application of creative methods in educating the care team on establishing communication, implementation of rules, and application of the patient-based approach in clinical environments we can communicate more effectively.

**Keywords:** Content of care, Team-patient's, Family communication, Intensive care unit, Qualitative content analysis

**Citation:** Loghmani L, Borhani F, Abbaszadeh A. Determination of the Content of Communication between the Care Team and Family Members of Patients in the Intensive Care Unit: The Experience of Nurses and Patients' Families. *J Qual Res Health Sci* 2014; 3(3): 257-68.

Received date: 03.07.2014

Accept date: 23.08.2014

- 1- Assistant Professor, Department of Internal-Surgical Nursing, School of Nursing, Bam University of Medical Sciences, Kerman, Iran
  - 2- Assistant Professor, Department of Nursing Ethics, Medical Ethics and Law Research Center, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
  - 3- Professor, Department of Internal-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
- Corresponding Author:** Fariba Borhani PhD, Email: fborhani@msn.com