

ارتباطات حرفه‌ای (پرستار، بیمار، پزشک) در بخش مراقبت ویژه قلب: تحلیل محتوا

منیر نوبهار^۱

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: افزایش تعداد بیماران، شرایط بحرانی و نیاز آن‌ها به انجام مراقبت‌های پرستاری تهاجمی در بخش‌های مراقبت ویژه قلب، ارزیابی ارتباطات حرفه‌ای پویا و پیچیده را ضروری می‌نماید. هدف از انجام این مطالعه، تبیین ارتباطات حرفه‌ای (پرستار، بیمار، پزشک) در بخش مراقبت ویژه قلب بود.

روش: مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. مشارکت کنندگان مشتمل بر ۲۳ نفر از پرستاران، پزشکان، بیماران و بستگان آن‌ها در بخش مراقبت ویژه قلب بیمارستان فاطمیه سمنان بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته بود.

یافته‌ها: از تجزیه و تحلیل یافته‌ها، درون‌مایه اصلی «ضرورت اعتمادسازی در ارتباطات حرفه‌ای» و هشت درون‌مایه فرعی «مسئولیت‌پذیری پرستار، عملکرد حمایتی سرپرستار، برخورد حرفه‌ای سوپروایزر، مدیریت اثربخش، تعامل با پزشک، همکاری با پاراکلینیک، خدمات و نگهبان، اعتماد بیمار و مواجهه با نگرانی‌های بستگان بیمار» استخراج گردید.

نتیجه‌گیری: برقراری ارتباطات حرفه‌ای مبتنی بر اعتمادسازی جهت ارایه مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب ضروری می‌باشد. از آن‌جا که کسب اعتماد بیماران و اعضای خانواده آن‌ها منوط به اعتماد پرستاران به یکدیگر و اعتماد متقابل پرستاران و پزشکان می‌باشد، ضروری است که ارتباطات حرفه‌ای در بین کادر درمانی در بیمارستان‌ها، بیش از پیش مورد تأکید و حمایت واقع گردد.

کلید واژه‌ها: ارتباطات حرفه‌ای، مراقبت ویژه قلب، تحلیل محتوا

ارجاع: نوبهار منیر. ارتباطات حرفه‌ای (پرستار، بیمار، پزشک) در بخش مراقبت ویژه قلب: تحلیل محتوا. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۴؛ ۴ (۳): ۳۶۲-۳۵۱.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۲۴

۱- استادیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
نویسنده‌ی مسئول: منیر نوبهار
Email: nobahar43@Semums.ac.ir

مقدمه

درمان و ارتقای سلامت بیماران، نیازمند ارایه مراقبت‌های پرستاری حرفه‌ای می‌باشد (۱). ارتباطات حرفه‌ای عامل اساسی در ارایه مراقبت‌های پرستاری (۲) و از جنبه‌های ضروری در مراقبت‌های بهداشتی است (۳) که علت اصلی و تسهیل کننده فرایند مراقبت‌های پرستاری بیمار محور (۴) و عامل کلیدی در توانمندی و بازتوانی بیماران محسوب می‌شود (۱). ارتباطات حرفه‌ای بر اساس هویت حرفه‌ای شکل می‌گیرد (۵) و به عنوان معیار کیفیت مراقبت‌های پرستاری حرفه‌ای (۶، ۵) و مهارت بنیادی برای عملکرد پرستار حرفه‌ای شناخته می‌شود (۷). از آن‌جا که در بسیاری از موارد، برقراری ارتباط بین پرستاران با بیماران و بستگان آن‌ها ضروری می‌باشد (۴) و لازمه حرفه‌ای بودن پرستاران، برقراری ارتباط با اعضای گروه، بیماران و بستگان آنان است (۸)، درک چگونگی ارتباطات حرفه‌ای پرستاران، راهنمای عملکردی در بهبود مراقبت بیمار محور محسوب می‌گردد (۴).

ارتباطات حرفه‌ای مؤثر بین اعضای گروه مراقبتی، از جمله مهم‌ترین جنبه‌های تأثیرگذار در ارایه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت (۹) و جزء حیاتی بهبود کیفیت مراقبت می‌باشد (۱۰). همچنین، شناخت ارتباطات حرفه‌ای، نقش مهمی در اثربخشی بالینی، رضایت بیمار و کاهش خطاهای عملکردی دارد (۱۱). از طرف دیگر، می‌تواند باعث رضایتمندی در کارکنان پرستاری (۱۲) و دستیابی آنان به خودسازماندهی، نوآوری و خلاقیت شود (۱۳). Slatore و همکاران گزارش نمودند، با وجود این که پرستاران از اهمیت ارتباطات حرفه‌ای آگاه می‌باشند، اما تعاملات ارتباطی به نسبت محدودی برقرار می‌نمایند؛ در حالی که ارتباطات حرفه‌ای آنان در انتقال اطلاعات بین پزشکان، بیماران و بستگان آنان، از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است (۴).

ارتباطات حرفه‌ای در بخش مراقبت ویژه، نوعی از مراقبت‌های بهداشتی انسانی است که به عنوان یک متغیر مهم در مراقبت از بیماران و بستگان آنان مطرح می‌باشد (۱۴). همچنین، با توجه به توسعه نقش‌های عملکردی پرستاران در این بخش‌ها، اهمیت ارتباطات حرفه‌ای در ارایه

مراقبت‌های پرستاری از بیماران، جایگاه مهمی دارد (۱۵). افزایش تعداد و شرایط حاد بیماران، باعث پیچیدگی، پویایی، تنش‌زایی و کمبود زمان ارایه مراقبت‌های پرستاری در بخش‌های مراقبت ویژه می‌گردد (۱۶). این ویژگی‌ها، ارزیابی چالش‌های ارتباطات حرفه‌ای در گروه مراقبتی جهت ارایه مراقبت‌های پرستاری را ضرورت می‌بخشد (۱۷).

ارتباطات حرفه‌ای جزء چالش‌های موجود در پرستاری است (۱) و می‌تواند نتایج منفی بر پیامدهای بیمار داشته باشد (۱۲) و علل اصلی صدمات بالینی و اتفاقات ناخوشایند شناخته شده است (۵). تبیین چالش‌های ارتباطات حرفه‌ای، در فراهم نمودن مراقبت‌های پرستاری ایمن و مؤثر نقش بسیار مهمی دارد (۱۸) و باعث تغییر الگوی مراقبتی، عملکرد بالینی و نتایج مراقبت بهداشتی می‌شود، از بروز خطا پیشگیری و به بهبود مراقبت‌های پرستاری منجر می‌گردد. همچنین، درک چالش‌های ارتباطات حرفه‌ای، می‌تواند باعث غلبه بر موانع ارتباطی شود و عملکرد ناشی از ارتباطات حرفه‌ای را بهبود بخشد. بنابراین، برای درک نقش حیاتی ارتباطات حرفه‌ای، تحقیق در این مقوله مورد نیاز است (۱۹).

Kilpatrick و همکاران پیرامون ارتباطات حرفه‌ای پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه، بروز واکنش‌های مثبت و منفی را در این رابطه مطرح نموده‌اند و می‌توان گفت که تحقیق در رابطه با چارچوب ساختار ارتباطات حرفه‌ای ضروری و بررسی ادراک بیمار و خانواده او از اثربخشی عملکرد پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه واجب است (۱۵). در رابطه با ارتباطات حرفه‌ای، مطالعات کافی انجام نشده است (۱۸)؛ در حالی که تحقیق پیرامون تصمیم‌گیری و ساختارها، فرایندها و اثرات نقش‌های عملکردی پرستار در گروه مراقبت بهداشتی ضروری می‌باشد (۱۵). همچنین، تحقیقات معمول در زمینه چالش‌های ارتباطات حرفه‌ای به صورت سنتی به بررسی ارتباط پزشک و پرستار پرداخته که بیشتر این تحقیقات به روش‌های کمی انجام شده‌اند (۱). Boone و همکاران اعتقاد دارند که تبیین چالش‌های ارتباطات حرفه‌ای، نیازمند انجام مطالعات کیفی می‌باشد (۲۰) و با توجه به این که تحقیق کیفی پیرامون تبیین چالش‌های

پرستاری و تمایل به مشارکت در مطالعه و بیان تجارب بود. روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته بود. ابتدا شماره تلفن تماس پرستاران بخش مراقبت ویژه از دفتر پرستاری بیمارستان گرفته شد. سپس طی تماس تلفنی با پرستاران و بیان اهداف مطالعه، زمان انجام مصاحبه‌ها و محل مناسب از نظر مشارکت کنندگان تعیین گردید. محل انجام مصاحبه، اتاق مسؤول بخش مراقبت ویژه قلب بود، اما ایشان در زمان انجام مصاحبه در اتاق حضور نداشتند. محور سؤالات مصاحبه‌ها، تجربه پرستاران در زمینه ارتباطات حرفه‌ای بود. در طی مصاحبه، پرستاران تشویق می‌شدند که تجربیات خود پیرامون چگونگی ارتباطات حرفه‌ای در بخش مراقبت ویژه قلب را به اشتراک بگذارند. ابتدا یک سؤال کلی مبنی بر این که «در مورد ارتباطات حرفه‌ای در بخش مراقبت ویژه قلب برایم بگویید؟» پرسیده می‌شد و سپس به منظور دستیابی به اطلاعات بیشتر و روشن شدن بیانات پرستاران، سؤالات اکتشافی و پیگیری کننده نیز مطرح می‌شد که پاسخ‌های مشارکت کنندگان هدایتگر و تعیین کننده این سؤالات بود. سؤالات بر اساس تجارب مطرح شده پرستاران و دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر ادامه می‌یافت. همچنین، از آنان درخواست می‌شد تا مصادیق عینی را به صورت مثال بازگو کنند. زمان هر مصاحبه، ۴۰ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید. فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت هم‌زمان و مستمر، توأم با جمع‌آوری داده‌ها و بر مبنای الگوریتم Graneheim و Lundman در تحلیل محتوای کیفی انجام شد (۲۴).

برای تجزیه و تحلیل محتوایی تمام مصاحبه‌ها از فرایند استقرایی و کدگذاری استفاده گردید. مصاحبه‌ها ضبط و بلافاصله با تایپ متن مصاحبه، داده‌ها آماده شد. سپس متن مصاحبه به منظور دستیابی به درک کلی از محتوای آن خوانده شد، فرایند غوطه‌وری در داده‌ها با مرور مکرر متن‌های دست‌نوشته و گوش کردن مصاحبه‌ها ادامه یافت. کلمات، جملات و پاراگراف‌هایی از گفته‌های مشارکت کنندگان که حاوی نکات مهم و مرتبط با موضوع پژوهش بود، به عنوان واحدهای معنایی انتخاب گردید. بدین ترتیب مصاحبه‌ها پس از چندین بار مرور، به واحدهای معنایی تشکیل دهنده و

ارتباطات حرفه‌ای در بخش مراقبت ویژه قلب انجام نشده است و دیدگاه پرستاران به عنوان بزرگ‌ترین گروه حرفه‌ای در سیستم آموزشی، بهداشتی و درمانی کشور و پزشکان، بیماران و بستگان آنان نسبت به این پدیده بسیار ارزشمند می‌باشد؛ هدف از انجام این مطالعه، تبیین چالش‌های ارتباطات حرفه‌ای در بخش مراقبت ویژه قلب بود.

روش

مطالعه حاضر به روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. این روش هدفمند برای توصیف پدیده، به تحلیل پیام‌های نوشتاری، گفتاری یا دیداری می‌پردازد (۲۱). در این مطالعه، تفسیر ذهنی از محتوای داده‌های متنی انجام گرفت. داده‌های خام بر اساس استنباط و تفسیر خلاصه شد و درون طبقات قرار گرفت. معانی به صورت عینی و نظام‌مند تفسیر و درون‌مایه‌ها در متن با استفاده از فرایند طبقه‌بندی منظم شناسایی گردید (۲۲). در تحلیل محتوای قراردادی، طبقات و نام آن‌ها از متن داده‌ها انتزاع می‌گردد و پژوهشگر خود را در داده‌ها غرق می‌کند تا بینش جدیدی از پدیده را درک نماید (۲۳).

انتخاب مشارکت کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند انجام شد. در این روش پژوهشگر به دنبال افرادی بود که تجربه غنی از موضوع تحقیق و توان بیان این تجربه را داشته باشند. نمونه‌گیری با حداکثر تنوع (Maximum variance of sampling) از نظر سوابق و تجارب کاری متنوع و تفاوت سنی ادامه یافت. در تحقیق حاضر، ۱۵ پرستار و ۳ پزشک که در سال ۹۲-۱۳۹۱ مشغول به کار در بخش مراقبت ویژه قلب بیمارستان دولتی فاطمیه (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سمنان) بودند، انتخاب شدند. همچنین، ۳ بیمار و ۲ نفر از بستگان آنان مورد مصاحبه‌های عمیق، نیمه ساختار یافته و چهره به چهره قرار گرفتند و نمونه‌گیری با ۲۳ مشارکت کننده تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی (Data saturation) ادامه یافت.

معیارهای انتخاب پرستاران، داشتن حداقل یک سال سابقه کار مفید و تمام وقت در بخش مراقبت ویژه قلب، ساکن شهر سمنان، دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی رشته

مدت محقق (Prolonged engagement)، ساعات طولانی حضور و ارتباط صمیمی با پرستاران، امکان جمع‌آوری داده‌های واقعی را تسهیل می‌نمود و تماس و ارتباط او با مشارکت کنندگان به جلب اعتماد آنان و درک تجارب توسط پژوهشگر کمک می‌کرد. حسن ارتباط و تخصیص زمان مناسب و کافی بر اساس ترجیحات مشارکت کنندگان برای جمع‌آوری داده‌ها، منجر به افزایش مقبولیت و اعتمادپذیری داده‌ها می‌شد. انتخاب مشارکت کنندگان با حداکثر تنوع، سوابق و تجارب کاری متنوع و تفاوت سنی، اعتبار داده‌ها را افزایش داد. همچنین، از روش‌های مقبولیت داده‌ها (Credibility) با مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت کنندگان (Member check) جهت رفع ابهام در کدگذاری‌ها استفاده شد و برای این منظور پژوهشگر قسمت‌هایی از مصاحبه و کدگذاری‌ها را در اختیار آنان قرار داد تا به مفاهیم یکسان در رابطه با گفته‌های مشارکت کنندگان دست یابد و میزان تجانس بین درون‌مایه‌های استخراج شده با تجارب مشارکت کنندگان مقایسه شد و از صحت کدها، دسته‌بندی کدهای مشابه و تفاسیر اطمینان حاصل شود و کدهایی که از نظر مشارکت کنندگان بیانگر نظر آن‌ها نبود، اصلاح گردید.

قابلیت تعیین - تأیید (Confirmability) نیز با ثبت و نگارش مراحل و روند تحقیق به طور دقیق به نحوی که پیگیری برای سایر محققان امکان‌پذیر گردد و با رعایت بی‌طرفی محقق امکان‌پذیر شد. اطمینان یا ثبات یافته‌ها (Dependability) با نسخه‌نویسی در اسرع وقت، استفاده از نظرات سه نفر از همکاران مسلط به تحقیق کیفی (External check) و مطالعه مجدد کل داده‌ها و مصاحبه با مشارکت کنندگان متفاوت و ارایه نقل‌قول‌های مستقیم و مثال‌ها به همان صورتی که گفته شده بود، تبیین غنی داده‌ها را امکان‌پذیر نمود. جهت انتقال‌پذیری (Transferability)، یافته‌های مطالعه با افرادی که در بخش مراقبت ویژه قلب در موقعیت‌های مشابه با مشارکت کنندگان بودند، در میان گذاشته شد و از تطابق یافته‌ها با تجربیات آنان سؤال شد و مطابقت حاصل گردید. نگارش جزئیات، تصمیم‌گیری بر اساس نتایج این مطالعه را برای محققان و گروه‌های ذی‌نفع امکان‌پذیر نمود.

سپس به کوچک‌ترین واحدهای معنی‌دار شکسته شدند. در مرحله بعد، کدها چندین بار بازخوانی شد تا بر اساس تشابه معنایی در زیرمضمون (Subcategory) و درون‌مایه (Categories) جایگزین شوند. واحدهای معنایی از صحبت‌های مشارکت کنندگان در قالب کدهای اولیه استخراج گردید. سپس کدها بر اساس تشابه، تفاوت معنایی و مفهومی طبقه‌بندی، تغییر شکل و محدودتر شد تا درون‌مایه‌ها شکل گرفت و الگوی مفهومی معنی‌دار از ارتباط بین درون‌مایه‌ها شناسایی و ظاهر گردید. فرایند برگشت و بررسی تمامی داده‌ها به منظور اطمینان از روایی زیرمضمون‌ها و درون‌مایه‌های استخراج شده از داده‌ها به صورت مجزا انجام گرفت و منابع حمایت‌کننده از آن‌ها استخراج گردید. از طریق ایجاد زیرمضمون‌ها و درون‌مایه‌ها، داده‌ها به بخش‌های مجزا خرد شد، سپس برای به دست آوردن مشابهات و تفاوت‌ها، داده‌ها به دقت بررسی و سؤالاتی درباره پدیده‌ها (که داده‌ها حاکی از آن می‌باشند) مطرح گردید و به این ترتیب مفهوم‌پردازی از داده‌ها انجام گرفت. این کار باعث می‌شود که کدهای مربوط به یک موضوع در یک درون‌مایه قرار گیرند و یک اسم مفهومی که انتزاعی‌تر از مجموعه آن‌ها بود، برای آن در نظر گرفته شود. با کدگذاری و ایجاد روابط بین زیرمضمون‌های مرتبط با آن، داده‌ها به صورت جدید با یکدیگر مرتبط می‌شوند. وقتی پدیده خاصی در داده‌ها مشخص می‌گردد، مفاهیم آن درون‌مایه نیز مشخص می‌شود. با بازنگری مجدد کدها، زیرمضمون‌ها، درون‌مایه و درون‌مایه اصلی مطالعه مشخص گردید (۲۴). به منظور جلوگیری از سوگیری، محقق در طول تحقیق نظرات خود را در رابطه با پدیده مورد بررسی می‌نوشت تا آن‌ها را از دیدگاه مشارکت کنندگان جدا کند؛ بدین ترتیب در تمامی مراحل سعی می‌شد تا پیش‌فرض‌های محقق در روند تحلیل داده‌ها دخالت داده نشود (Bracketing).

برای افزایش روایی و پایایی که معادل استحکام علمی یافته‌ها (Truthworthiness) در تحقیق کیفی است، از چهار معیار اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و انتقال‌پذیری مطابق نظر Lincoln و Guba استفاده گردید (۲۵). درگیری طولانی

حرفه‌ای مؤثر می‌باشد که با گذشت زمان پدیدار می‌گردد. بر اساس گفته‌های مشارکت کنندگان مطالعه، برای این که ارتباطات حرفه‌ای بین پرستاران با یکدیگر، پرستاران با پزشکان و سایر کارکنان بیمارستان، بیماران و بستگان آنها به درستی برقرار شود و با ارایه مراقبت‌های پرستاری باکیفیت، دستیابی به هدف اصلی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که حفظ و ارتقای سلامتی بیماران است، امکان‌پذیر گردد، اعتمادسازی در ارتباطات حرفه‌ای ضروری به نظر می‌رسد. ارتباطات حرفه‌ای در فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب تأثیرگذار می‌باشد. این درون‌مایه از ۸ طبقه «مسئولیت‌پذیری پرستار، عملکرد حمایتی سرپرستار، برخورد حرفه‌ای سوپروایزر، مدیریت اثربخش، تعامل با پزشک، همکاری با پاراکلینیک، خدمات و نگهبان، اعتماد بیمار و مواجهه با نگرانی‌های بستگان بیمار» تشکیل شد (شکل ۱).

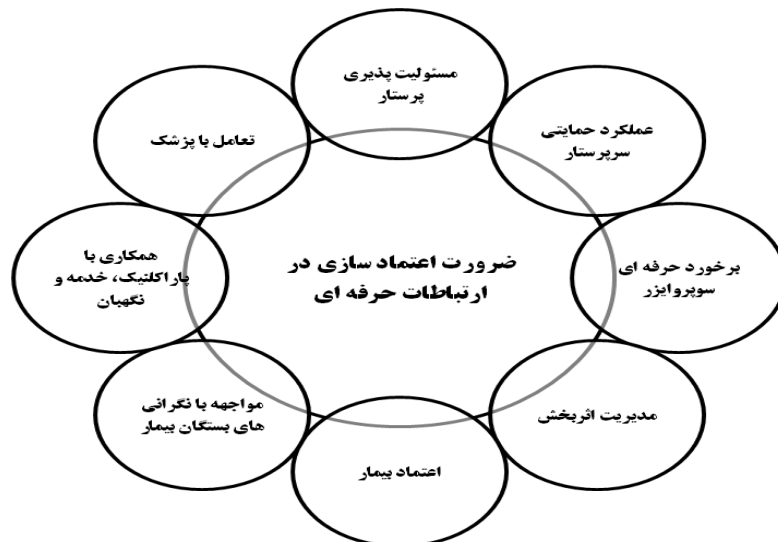
مسئولیت‌پذیری پرستار

مشارکت کنندگان معتقد بودند که ارتباط پرستاران، نقش مهمی در ارایه مراقبت‌های پرستاری از بیمار دارد و این در حالی است که ارتباطات پرستاران به واسطه ارایه مراقبت از بیمار به روش موردی تا حد زیادی کاهش یافته است و به علت کمبود تعداد پرستاران و ازدیاد حجم کاری، گاهی به بروز خطا در مراقبت از بیماران منجر می‌شود.

اصول اخلاقی پژوهش شامل تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان (به شماره ۴۵۵) و کمیته اخلاق دانشگاه (۹۱/۲۱۶۸۲۹)، اخذ رضایت آگاهانه به صورت کتبی از مشارکت کنندگان جهت شرکت در مطالعه، ضبط مصاحبه ضمن حفظ بی‌نامی و رازداری و اختیار آنان برای ترک مطالعه بود. به مشارکت کنندگان اطلاع داده شد که در صورت لزوم ممکن است برای تکمیل صحبت‌ها دوباره به آنها مراجعه شود. همچنین، به آنان گفته شد که در صورت تمایل می‌توانند فایل صوتی مربوط به مصاحبه را از پژوهشگر دریافت نمایند و از نتایج کلی مطالعه نیز آگاه گردند.

یافته‌ها

مشارکت کنندگان را ۲۳ نفر از پرستاران، پزشکان، بیماران و بستگان آنها در بخش مراقبت ویژه قلب بیمارستان فاطمیه سمنان تشکیل دادند. ۱۵ پرستار (۱۴ زن و ۱ مرد) در طیف سنی ۲۶-۴۵ سال و میانگین سنی ۳۵/۲ سال در مطالعه شرکت کردند. آنان دارای ۳ تا ۲۴ سال (میانگین ۸/۷۳ سال) سابقه کار و حداقل ۱ تا ۱۱ سال (میانگین ۴/۰۶ سال) سابقه کار در بخش مراقبت ویژه قلب بودند. از تجزیه و تحلیل داده‌ها، درون‌مایه اصلی «ضرورت اعتمادسازی در ارتباطات حرفه‌ای» انتزاع گردید. اعتماد، لازمه برقراری ارتباطات



شکل ۱. ارتباطات حرفه‌ای در بخش مراقبت ویژه قلب

زمینه را برای اصلاح و حل مسأله فراهم نمایند. «سوپروایزرها بیشتر ایراد می‌گیرند... گاهی راندهای بسیار کوتاهی دارند، اما ارتباط آنچنانی با ما ندارند» (پرستار ۱۵). «گر بدانم سوپروایزر راند می‌یاد، با خودم می‌گم که الان سوپر می‌پرسه که هیارین این بیمار باید ساعت دوازده تمام می‌شد، چرا ساعت هشت تمام شده، اما وقتی سوپروایزر اهمیت نمی‌ده، اصلاً راند نمی‌یاد... تی‌ان‌جی رفت که رفت، نرفت، نرفت» (پرستار ۱).

مدیریت اثربخش

مشارکت کنندگان معتقد بودند که تنش‌های ارتباطی با مدیریت، منجر به ایجاد شرایط روحی و روانی نامطلوبی می‌شود که ثمره آن، فرسودگی بیشتر و ناتوانی در ارائه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت مطلوب می‌باشد. «مدیریت مشکلات و خطاهای برخی پرستارها را می‌دونه، اما نمی‌دونم چه ارتباطی با این‌ها دارن که می‌خوان این‌ها تو CCU (Coronary care unit) کار کنند. ما خیلی از نیروها را تو بخش داریم که واقعاً قوی هستند و می‌توانند بیایند و تو بخش ویژه کار کنند، اما مدیریت آن‌ها را تأیید نمی‌کنه» (پرستار ۱۴). «شما در جایی که ۱۵۰-۱۳۰ پرستار داری، شاخص‌ترین را مسؤول پرستاری بگذار، به لحاظ ارتباط، اخلاق و تبحر؛ به نحوی که همه از او تأثیر بگیرند... مسؤولین پرستاری که می‌گذارید، خودشون به این مسایل هوشیار نیستند» (پزشک ۲).

تعامل با پزشک

یکی از عوامل مهم در برقراری ارتباط در کار گروهی، توانایی برقراری ارتباط مطلوب بین پرستاران و پزشکان می‌باشد. برخی از مشارکت کنندگان بر این باور بودند که این تعامل مطلوب نیست. «مریضی را که این همه دارو می‌دیم و اون را آرام می‌کنیم، رزیدنت ارشد ساعت ده و نیم شب آمده و او را از خواب بیدار کرده که بابا جان Chest pain نداری؟ مریضی که خوابیده Chest pain داره؟ رزیدنت EKG (Electrocardiogram) قبلی خودش را گم کرده، EKG می‌خواد که فردا تو مورنینگ ارایه بده» (پرستار ۱۱). «پزشک از مسؤول بخش پرسید، این مریض دیشب

«مریض MI (Myocardial infarction) که داره اس کا می‌گیره، بیمار من است، کسی نیست که احساس مسؤولیت بکنه... همه‌اش باید حواسم به پرسنل باشه که نکنه یه وقت بیان از بیمارم رگ بگیرن، باعث خونریزی بشه... اون وقت مجبور می‌شم تو گزارش بنویسم که من باعث خونریزی شدم» (پرستار ۴).

«یوآ را برای مریضی فرستادند، در صورتی که یوآ برای او نبوده. مریض دیگه دو روز آنتی‌بیوتیک گرفته، بعد گفته که من اصلاً یوآ ندادم. پرستار می‌گفت مریض من بوده، اما من به او ظرف یوآ ندادم، همکارم ظرف یوآ را اشتباهی به مریض داده...» (پرستار ۱۱).

عملکرد حمایتی سرپرستار

مشارکت کنندگان معتقد بودند که سرپرستار با برقراری ارتباط حمایتی با پرستاران و شنیدن صحبت‌های آنان و همکاری با آن‌ها در ارائه مراقبت‌های پرستاری از بیماران، می‌تواند با کارکنان بخش ارتباط صمیمی‌تری برقرار نماید و این امر منجر به استحکام روابط بین آن‌ها و ارائه مراقبت با کیفیت بهتر از بیمار می‌شود. «بعضی از مسؤولین بخش‌ها پا به پای پرسنل کار می‌کنند. تو چارت کاری آن‌ها هست که موظفند به پرسنل در مراقبت از بیمار کمک کنند، اما به دفعات شده که سرپرستاران می‌بینند پرسنل دستشون بند است، اما دریغ می‌کنند و کاری انجام نمی‌دهند» (پرستار ۳).

پرستاران بخش معتقد هستند که پیگیری کارها توسط سرپرستار در ایجاد نظم و ارائه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت بهتر، نقش مهمی دارد. «سرپرستار از مریض خبر نداره، مریضی که چهار روز توی بخش خوابیده بود، سرپرستار می‌گفت ما اصلاً این مریض را نداشتیم... این فاجعه است» (پرستار ۱۳).

برخورد حرفه‌ای سوپروایزر

برخورد حرفه‌ای سوپروایزر در مراقبت‌های پرستاری ارائه شده از بیماران در بخش مراقبت ویژه قلب تأثیرگذار بود. پرستارهای بخش مراقبت ویژه قلب علاقمند بودند که سوپروایزرها بر مراقبت‌های پرستاری نظارت داشته باشند و با برقراری ارتباط مناسب، به کشف مشکلات کمک کنند و

مریض می‌گه: پرستار صبح آمد وی اس تو را بگیره؟ این یعنی چی؟ این کارها اعتماد مریض‌ها را سلب می‌کنه» (پرستار ۵).
«مریض‌ها هوشیارند، می‌بینند که سرپرستار سر من داد می‌زنه و دعوا می‌کنه... اون‌ها هم احساس بی‌اعتمادی می‌کنند، حتی به طوری می‌خواهند که سوء استفاده کنند و توهین می‌کنند» (پرستار ۱۲).

همچنین، رفتار پزشک با پرستار، بر اعتماد بیمار تأثیرگذار است. «اعتمادی که بیمار به پرستار داره، به دید پزشک به پرستار برمی‌گرده. پزشک باعث می‌شه که بیمار به ما اعتماد بکنه یا نکنه؟» (پرستار ۸).

ارتباط دوستانه پرستار و سایر کارکنان بیمارستان نیز در جلب اعتماد بیمار تأثیر بسزایی دارد. «بیمار وقتی اینجا می‌یاد، هیچ کسی را جز کارکنان بیمارستان ندارد و تمام امیدش به همین‌هاست... پرستار می‌تونه خوشروتر برخورد کنه... مثلاً همون نگهبان دم در می‌تونه به کم خوشروتر برخورد کنه» (بیمار ۱).

مواجهه با نگرانی‌های بستگان بیمار

اختلالات قلبی، بیمار و نزدیکانش را نگران می‌کند. این نگرانی باعث می‌شود که آن‌ها خواهان حضور بر بالین بیمار و ملاقات‌های مکرر باشند. «همراهان می‌آیند بالای سر مریض وامی‌ایستند و گریه می‌کنند، هر چقدر هم برای آن‌ها توضیح می‌دهیم، قبول نمی‌کنند» (پرستار ۱۰).

«ما تو ۲۴ ساعت، یک ساعت می‌تونیم ملاقات داشته باشیم، ساعت سه، اون هم نه همه با هم، بلکه به صورت تک تک... این قضیه باعث رنجش بستگان بیمار می‌شه» (پرستار ۶).

مطرح کردن شرایط بیمار و بخش مراقبت ویژه قلب مبنی بر عدم امکان داشتن همراه و حضور او بر بالین بیمار، منجر به نگرانی بیشتر بستگان بیمار و گاهی درگیر شدن آن‌ها با پرستاران می‌شد. از طرف دیگر، حضور همراه بر بالین بیمار باعث ایجاد مشکلاتی برای بیمار و بخش می‌گردید. «دختر مریض بالای سرش آمد و شروع کرد به سر و صدا کردن که چرا قندش بالا رفته، هم‌زمان فشار خون مریض هم بالا رفت، فشارش ۲۴ شد» (پرستار ۹). «با آمدن همراه، بخش شلوغ می‌شه، باعث می‌شن که مریض اشکش دربیاد. مریض

Chest pain داشته؟ اونم گفت داشته، بعد گفت نداشته، بعد چند تا برگه از پرونده مریض را ورق زد که ببینه تو گزارش پرستاری چی نوشته شده... تو این فاصله پزشک که دید نمی‌تونه به حرف او اعتماد بکنه، از خود مریض پرسید» (پرستار ۱۳). «باید پرستار اینقدر طولانی در یک بخش ویژه باقی بمونه که جان مردم برای او عادی بشه... ارتباط خوبی بین نرسینگ با پزشک‌ها نیست. هیچ وقت خودشون را مجاب نمی‌دونند که با پزشک‌ها سر راند بیایند» (پزشک ۳).

همکاری با پاراکلینیک، خدمه و نگهبان

مشارکت کنندگان پژوهش، تأخیر در انجام مطالعات پاراکلینیک و کمبود دسترسی به موقع به نیروی خدماتی مورد نیاز در بخش مراقبت ویژه قلب را بیان کردند. آن‌ها معتقد بودند که نگهبانان باید مسؤول ایجاد نظم در بیمارستان و به خصوص در بخش‌های مراقبت ویژه باشند، اما گاه و بی‌گاه حتی در شیفت شب با فرستادن ملاقات به بخش، منجر به سلب آسایش، ایجاد اختلال در خواب بیماران و بی‌نظمی در بیمارستان می‌شوند. «ساعت هفت بعد از ظهر خون می‌فرستی، ساعت ده شب زنگ می‌زنه که خون لیزه، خوب اگر زودتر می‌گفتند، همان شیفت عصر خون می‌فرستادند» (پرستار ۱۲).

«ما این‌جا کمبود خدمه داریم، مریضی که خودش خوشش نمی‌یاد که در تخت بدین بگیره، ما او را توجیه کردیم که باید در تخت بدین بگیره، حالا خدمه نیست... همین که دنبالشون بگردیم، توضیح بدهیم، این خودش نیروی ما را می‌گیره» (پرستار ۷).

«نگهبان‌ها هر کسی را که دلشون بخواد ملاقات می‌فرستند... از فلان بخش زنگ می‌زنند که فلانی آشنای فلانی است، او را راه بدین. این یکی زنگ می‌زنه که من آشنای دکتر فلانی هستم، نگهبانی کنترلی روی ملاقاتی نداره» (پرستار ۱).

اعتماد بیمار

یکی از عوامل مؤثر در اعتماد بیماران به پرستاران، ارتباط مناسب سرپرستار با پرستار بخش در حضور بیمار می‌باشد. «سرپرستار نباید بالای سر بیمار تذکر بده. سرپرستار به

از نظر جسمی و روحی تحلیل می‌ره» (بیمار ۱).

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر ارتباطات حرفه‌ای پرستار، بیمار و پزشک را نشان داد. درون‌مایه اصلی مطالعه، «ضرورت اعتمادسازی در ارتباطات حرفه‌ای» بود. لازمه برقراری روابط بین فردی مؤثر، وجود اعتماد است و این مفهوم همواره بخش مهمی از مراقبت سلامتی به شمار می‌رود (۲۶). تعاملات اجتماعی یک فرایند تکرار شونده است و افراد در طول زمان و در حین تعامل با دیگران، به اعتماد دست می‌یابند (۲۷). ماهیت پرستاری به گونه‌ای است که باید آن‌ها روابط مؤثری با بیمار، همکاران و مسؤولان داشته باشند. تأثیر توجه مسؤولان، ارتباط مؤثر، عاطفی و دلسوزانه همراه با همدلی و همدردی پرستاران، زمینه اطمینان و اعتماد بیمار و سایر افراد را فراهم می‌آورد (۲۸).

نتایج مطالعه نشان داد که مسؤولیت‌پذیری پرستاران ناشی از ارتباطات حرفه‌ای می‌باشد. مسؤولیت به عنوان یک وظیفه در امر مراقبت کردن است (۲۹). عدم وجود یا نقصان در مسؤولیت‌پذیری، بی‌اعتمادی، نگرانی، تشویش و آسیب را به دنبال دارد (۲۸) و ارتباط غیر مسؤولانه برخی از پرستاران، به صورت نسبی و مشروط صورت می‌گیرد (۱۱). کیفیت مراقبت‌های تخصصی تحت تأثیر ارتباط مؤثر و روابط با همکاران قرار می‌گیرد و در بهبودی بیمار نقشی حیاتی دارد (۳۰). بر اساس نتایج مطالعه حاضر، از جمله ارتباطات حرفه‌ای، عملکرد حمایتی سرپرستار می‌باشد. مدیریت بخش ویژه برای پرستاران اهمیت دارد و به عنوان مهم‌ترین عامل پرستاری به شمار می‌رود (۳۱). Schubert و همکاران عنوان کردند که قدرت مدیریت و همکاری پرستاران و پزشکان با ارایه مراقبت‌های پرستاری ارتباط معنی‌داری دارد (۳۲). ساختار حمایتی سرپرستار در عملکرد حرفه‌ای، می‌تواند به خلاقیت سازگاران، بهبود شرایط پرستاری از بیمار و نتایج سازمانی منجر گردد (۳۳-۳۵).

نتایج مطالعه حاکی از آن بود که برخورد حرفه‌ای سوپروایزر از جمله ارتباطات حرفه‌ای می‌باشد. ارتباط حرفه‌ای

می‌تواند سبب استحکام روابط و بهبود کیفیت مراقبت شود (۲۸). نظارت بالینی مؤثر نیز یکی از مهم‌ترین مسؤولیت‌های مدیران پرستاری رده‌های مختلف به ویژه سوپروایزرهای پرستاری است (۳۶). همچنین، مدیریت اثربخش در ارتباطات حرفه‌ای مطرح می‌باشد. رهبری و ارتباطات از جمله استراتژی‌هایی است که پرستاران را قادر به بهبود مدیریت مراقبت‌های پرستاری در محیط بیمارستان می‌نماید (۳۷). پرستاری خوب مترادف با «مدیریت خوب» است. بسیاری از پرستاران در فعالیت‌های روزمره کاری، با مدیران و رهبران پرستاری در ارتباط می‌باشند. مدیریت اثربخش، باعث بهبود کیفیت مراقبت از بیماران می‌شود (۳۸).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که یکی از اجزای ارتباطات حرفه‌ای، تعامل با پزشک است. Johnson و Kring به این نتیجه رسیدند که ارتباط مؤثر پرستاران و پزشکان در تسهیل بهبود نتایج مراقبت از بیمار، ضروری است (۳۰). ارتباط بین پرستار و پزشک از سال ۱۹۹۲ مطرح شد و سه درون‌مایه غالب در این رابطه عبارت از «شرایط، محتوا و زمینه ایجاد تفاهم و حل تعارضات» می‌باشد (۱۹). همکاری پرستاران و پزشکان در پرورش روابط میان رشته‌ای ضروری به نظر می‌رسد (۳۰). O'Leary و همکارانش در این باره نتیجه گرفتند که پرستاران و پزشکان با یکدیگر ارتباط قابل اعتمادی برقرار نمی‌کنند (۱۸). تغییر فرهنگ اولیه در سازمان، ممکن است برای کارکنان ضروری باشد (۳۹). یکپارچه‌سازی عملکردها نیازمند ابعاد گسترده‌ای از ارتباطات میان رشته‌ای، مدل‌سازی تخصصی و تقویت ارتباطات است (۴۰).

بر اساس نتایج این مطالعه، همکاری با پاراکلینیک، خدمات و نگرهبان در ارتباطات حرفه‌ای مطرح گردید. در شغل‌هایی که مستلزم تماس زیاد با مشتریان است، باید توانایی‌های کارکنان را افزایش داد و باعث ایجاد تصویر مطلوبی از سازمان در ذهن مشتریان شد (۴۱). همچنین، یافته‌های مطالعه نشان داد که در ارتباطات حرفه‌ای، اعتماد بیمار مطرح می‌گردد. محمودی و همکاران از جمله عوامل تأثیرگذار در جلب اعتماد بیمار را «رفتار پرستاران، سرپرستار، پزشک و میزان اعتماد آنان به پرستار» اعلام کردند (۲۸).

آن‌ها، منوط به اعتماد پرستاران به یکدیگر و اعتماد متقابل پرستاران و پزشکان می‌باشد، ضروری است که ارتباطات حرفه‌ای بین کادر درمانی در بیمارستان‌ها، بیش از پیش مورد تأکید و حمایت واقع گردد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل طرح پژوهشی شماره ۴۵۵ و مصوب جلسه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان به شماره ۹۱/۲۱۶۸۲۹ در تاریخ ۱۳۹۱/۶/۲۱ می‌باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی سمنان و همکاران ارجمندشان به جهت اجرا و هزینه‌های انجام پژوهش، از واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی کوثر دانشگاه علوم پزشکی سمنان برای تأیید و تأمین تسهیلات تحقیق و مشارکت کنندگانی که تجارب ارزشمند خود را بیان نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

همچنین، همدلی و همراهی با بیمار و ابراز احساسات دوستانه، در جلب اعتماد بیمار اهمیت زیادی دارد (۴۲). در نتایج مطالعه حاضر، مواجهه با نگرانی‌های بستگان بیمار در ارتباطات حرفه‌ای مطرح گردید. بستگان علایم نگرانی و روانی بیشتری را نسبت به بیماران بخش مراقبت ویژه تجربه می‌کنند (۴۳) و از امنیت بیماران مطمئن نیستند (۴۴). در حالت بحرانی بیمار، خانواده، او را با احساس آسیب‌پذیری و ناامیدی ترک می‌کنند و اطلاعات صحیحی از عملکرد اعضای گروه مراقبتی و بهبودی بیمار ندارند. پرستاران بخش مراقبت ویژه در حالی که مراقبت‌های پرستاری تهجمی را برای بیماران ارایه می‌کنند، باید به نیازهای اعضای خانواده بیمار نیز توجه نمایند (۴۵).

نتیجه‌گیری

برقراری ارتباطات حرفه‌ای مبتنی بر اعتمادسازی، جهت ارایه مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب ضروری می‌باشد. از آن‌جا که کسب اعتماد بیماران و اعضای خانواده

References

- McGrail KA, Morse DS, Glessner T, Gardner K. "What is found there": qualitative analysis of physician-nurse collaboration stories. *J Gen Intern Med* 2009; 24(2): 198-204.
- Jones ML. Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis. *J Adv Nurs* 2005; 49(2): 191-209.
- Hemsley B, Balandin S, Worrall L. Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital. *J Adv Nurs* 2012; 68(1): 116-26.
- Slatore CG, Hansen L, Ganzini L, Press N, Osborne ML, Chesnutt MS, et al. Communication by nurses in the intensive care unit: qualitative analysis of domains of patient-centered care. *Am J Crit Care* 2012; 21(6): 410-8.
- Slade D, Scheeres H, Manidis M, Iedema R, Dunston R, Stein-Parbury J, et al. Emergency communication: the discursive challenges facing emergency clinicians and patients in hospital emergency departments. *Discourse & Communication* 2008; 2(3): 271-98.
- Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med* 2003; 31(3): 956-9.
- Doran DI, Sidani S, Keatings M, Doidge D. An empirical test of the nursing role effectiveness model. *J Adv Nurs* 2002; 38(1): 29-39.
- Apker J, Propp KM, Zabava Ford WS, Hofmeister N. Collaboration, credibility, compassion, and coordination: professional nurse communication skill sets in health care team interactions. *J Prof Nurs* 2006; 22(3): 180-9.
- Hua Y, Becker F, Wurmser T, Bliss-Holtz J, Hedges C. Effects of nursing unit spatial layout on nursing team communication patterns, quality of care, and patient safety. *HERD* 2012; 6(1): 8-38.
- Becker F. Nursing unit design and communication patterns: what is "real" work? *HERD* 2007; 1(1): 58-62.
- Williams CA, Gossett MT. Nursing communication: advocacy for the patient or physician? *Clin Nurs Res* 2001; 10(3): 332-40.
- Saarikoski M, Leino-Kilpi H. The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the

- instrument. *Int J Nurs Stud* 2002; 39(3): 259-67.
13. Colon-Emeric C, Ammarell N, Bailey D, Corazzini K, Utley-Smith Q, Lekan-Rutledge D, et al. Patterns of medical and nursing staff communication in nursing homes: implications and insights from complexity science. *Qual Health Res* 2006; 16(2): 173-88.
 14. Inaba LC, da Silva MJ, Telles SC. The critical patient and communication: the vision of the family regarding the nursing team. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(4): 423-9.
 15. Kilpatrick K, Lavoie-Tremblay M, Lamothe L, Ritchie JA, Doran D. Conceptual framework of acute care nurse practitioner role enactment, boundary work, and perceptions of team effectiveness. *J Adv Nurs* 2013; 69(1): 205-17.
 16. Donchin Y, Seagull FJ. The hostile environment of the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 2002; 8(4): 316-20.
 17. Rose L. Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? *Nurs Crit Care* 2011; 16(1): 5-10.
 18. O'Leary KJ, Thompson JA, Landler MP, Kulkarni N, Haviley C, Hahn K, et al. Patterns of nurse-physician communication and agreement on the plan of care. *Qual Saf Health Care* 2010; 19(3): 195-9.
 19. Manojlovich M. Nurse/physician communication through a sensemaking lens: shifting the paradigm to improve patient safety. *Med Care* 2010; 48(11): 941-6.
 20. Boone BN, King ML, Gresham LS, Wahl P, Suh E. Conflict management training and nurse-physician collaborative behaviors. *J Nurses Staff Dev* 2008; 24(4): 168-75.
 21. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
 22. Mayring P. Retirement as crisis or good fortune? Results of a quantitative-qualitative longitudinal study. *Z Gerontol Geriatr* 2000; 33(2): 124-33.
 23. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107-15.
 24. 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.
 25. Polit D, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
 26. Firth-Cozens J. Organisational trust: the keystone to patient safety. *Qual Saf Health Care* 2004; 13(1): 56-61.
 27. Mechanic D, Meyer S. Concepts of trust among patients with serious illness. *Soc Sci Med* 2000; 51(5): 657-68.
 28. Mahmoudi GH, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Ethics in life style of nursing profession: A qualitative research in deductive content analysis. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2009; 2(4): 63-87. [In Persian].
 29. Clancy A, Svensson T. 'Faced' with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. *Nurs Philos* 2007; 8(3): 158-66.
 30. Johnson S, Kring D. Nurses' perceptions of nurse-physician relationships: medical-surgical vs. intensive care. *Medsurg Nurs* 2012; 21(6): 343-7.
 31. Darvas JA, Hawkins LG. What makes a good intensive care unit: A nursing perspective. *Aust Crit Care* 2002; 15(2): 77-82.
 32. Schubert M, Ausserhofer D, Desmedt M, Schwendimann R, Lesaffre E, Li B, et al. Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals--across sectional study. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(2): 230-9.
 33. Kirwan M, Matthews A, Scott PA. The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: a multi-level modelling approach. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(2): 253-63.
 34. Li B, Bruyneel L, Sermeus W, van den Heede K, Matawie K, Aiken L, et al. Group-level impact of work environment dimensions on burnout experiences among nurses: a multivariate multilevel probit model. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(2): 281-91.
 35. Aiken LH, Sermeus W, van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344: e1717.
 36. Manojlovich M. The effect of nursing leadership on hospital nurses' professional practice behaviors. *J Nurs Adm* 2005; 35(7-8): 366-74.
 37. Galvao CM, Sawada NO, de Castro AP, Corniani F. Leadership and communication: essential strategies for the management of nursing care in the hospital context. *Rev Lat Am Enfermagem* 2000; 8(5): 34-43.
 38. Alleyne J, Jumaa MO. Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership: the role of executive co-coaching and group clinical supervision for quality patient services. *J Nurs Manag* 2007; 15(2): 230-43.

39. Rayo MF, Mount-Campbell AF, O'Brien JM, White SE, Butz A, Evans K, et al. Interactive questioning in critical care during handovers: a transcript analysis of communication behaviours by physicians, nurses and nurse practitioners. *BMJ Qual Saf* 2014; 23(6): 483-9.
40. Radtke JV, Tate JA, Happ MB. Nurses' perceptions of communication training in the ICU. *Intensive Crit Care Nurs* 2012; 28(1): 16-25.
41. Doaei H, Salehnia M, Ahmadzadeh-Jozi S. Effect of customers' perception from human capital on image of customers about hospital. *Health Inf Manage* 2013; 9(7): 977-88. [In Persian].
42. Sabzevari S, Soltani Arabshahi K, Shekarabi R, Koohpayehzadeh J. Nursing students' communication with patients in hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences. *Iran J Med Educ* 2006; 6(1): 43-9. [In Persian].
43. Myhren H, Ekeberg O, Stokland O. Satisfaction with communication in ICU patients and relatives: comparisons with medical staffs' expectations and the relationship with psychological distress. *Patient Educ Couns* 2011; 85(2): 237-44.
44. Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Suhonen R, Leino-Kilpi H, Patiraki E, et al. A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours: patients' and nurses' perspectives in six different EU countries. *J Adv Nurs* 2012; 68(5): 1026-37.
45. Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. *Heart Lung* 2007; 36(5): 367-76.

Professional communication among nurses, patients, and physicians in intensive cardiac care units: A content analysis

Monir Nobahar¹

Original Article

Abstract

Introduction: Introduction: Due to the increasing number of patients, critical situations, and the need for invasive critical care in intensive cardiac care units (ICCU), dynamic and complex professional communication assessment has become necessary. The aim of this study was to explore professional communication (nurse, patient, and physician) in the ICCU.

Method: This study was performed with a qualitative approach and using conventional content analysis. The participants included 23 nurses, physicians, and patients and their relatives in the ICCU in Fatemeh Hospital, Semnan, Iran. The study subjects were selected through purposive sampling. Data were collected through semi-structured interviews.

Results: Through data analysis, 8 themes were extracted. These themes consisted of "nurses' sense of responsibility", "head nurses' supportive acts", "supervisors' professional relationship", "effective management", "interaction with physician", "cooperation with paraclinic, services providers, and guard", "patients' trust", and "dealing with the concerns of patients' relatives". The main theme extracted was "necessity of creating trust in professional communication".

Conclusion: Establishing a professional communication based on trust is essential in providing nursing care in the ICCU. Since gaining patients' and their family members' trust depends on mutual trust among nurses and, nurses and physicians, it is essential that professional communication among the medical staff of hospitals be emphasized and supported.

Keywords: Professional communication, Intensive cardiac care, Content analysis

Citation: Nobahar M. Professional communication among nurses, patients, and physicians in intensive cardiac care units: A content analysis. J Qual Res Health Sci 2015; 4(3): 351-62.

Received date: 15.6.2015

Accept date: 9.9.2015

1- Assistant Professor, Department of Nursing, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Allied Medical Sciences, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran
Corresponding Author: Monir Nobahar, Email: nobahar43@semums.ac.ir