

نگاهی نو به ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل: تجربیات پرستاران و مددجویان

فرحناز فرنی^{۱*}، عباس عباس زاده^۲، فریبا برهانی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۱۱/۰۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۱/۱۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: ارتباط پرستار بیمار شالوده اصلی و پدیده مهم پرستاری می‌باشد. با این وجود اطلاعات اندکی در این زمینه در اتاق عمل موجود است. این مطالعه مفهوم "ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل" را مورد کاوش قرار داده است.

مواد و روش‌ها: با رویکرد تحلیل محتوای کیفی ۲۱ مصاحبه عمیق با ۸ پرستار، ۷ بیمار و ۲ همراه بیمار انجام شد. بعلاوه ۱۴ گزارش در عرصه با مشاهده نوشته شد. تجزیه و تحلیل داده‌های رونویسی شده با تحلیل محتوای قراردادی تحلیل شد.

یافته‌ها: مضمون اصلی "حضور مراقبتی اطمینان محور" با سه مضمون فرعی شرح دهنده پدیده ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل و ابعاد آن استخراج شد. مضامین فرعی عبارت بودند از: حضور پرستار محور، حضور بیمار محور و مراقبت مبتنی بر معنویت. معنای این مضامین در شش طبقه به‌طور مبسوط شرح داده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه بصیرت جدیدی راجع به طبیعت ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل به دست می‌دهد. این پدیده، پیچیده و دارای ابعاد گوناگون بوده و مراقبت مبتنی بر معنویت نقش محوری و مکمل در آن دارد. نتایج به‌دست‌آمده در بالین، آموزش، توسعه نظریه و تحقیقات بیشتر در این زمینه کاربرد دارد.

کلیدواژه‌ها: ارتباط پرستار بیمار، تجربیات، اتاق عمل، مفهوم، تحلیل محتوای کیفی.

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره پنجم، پی‌درپی ۷۰، مردادماه ۱۳۹۴، ص ۳۵۷-۳۴۸

آدرس مکانی: کرمان، جاده هفت باغ، پردیزه دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری، کدپستی ۷۶۱۶۹۱۳۵۵۵
تلفن: ۰۳۵۳۸۲۴۱۷۵۱-۴، فاکس ۰۳۵۳۸۲۴۹۷۰۵، تلفن همراه ۰۹۱۳۲۵۸۶۴۴۰

Email: farnia@ssu.ac.ir

مقدمه

سویی مرور سیستماتیک Fleischer و همکارانش (۲۰۰۹) راجع به مفاهیم تعامل و ارتباط پرستار بیمار نشان داده که مفاهیم فوق‌الذکر دارای تعریف نظری صریحی نبوده و نیاز به تحقیقات بیشتر در این زمینه می‌باشد (۱۰). لذا جهت تبیین مفهوم و برقراری ارتباط مؤثر نیاز به بررسی تجربه و نگرش‌های فردی راجع به عملکرد و ارتقاء بدنه دانش است.

ارتباط یک فرآیند پویای متأثر از عوامل اجتماعی، فرهنگی، اخلاقی، اقتصادی، حقوقی و فناوری بوده و در خلأ اتفاق نمی‌افتد. به عبارتی بستگی به زمینه برقراری آن دارد (۱۱). لذا محیط‌های مختلف می‌توانند رفتارهای ارتباطی گوناگونی را در پرستاران موجب شوند (۱۰). تحقیقات موجود نیز مبین این موضوع است.

ارتباط پرستار بیمار از دیرباز به‌عنوان جوهره و رکن اصلی مراقبت پرستاری از بیماران شناخته شده است (۱، ۲). پرستاران برای مراقبت از بیمار بدون توجه به محل و سطح پیچیدگی کار نیاز به استفاده مؤثر از ارتباط؛ به‌عنوان ابزار کار پرستاری؛ دارند (۳). آن‌ها با جزئیات روابط می‌توانند ماهیت خود را نشان دهند (۴). به عبارتی برقراری ارتباط با بیماران اهمیت زیادی در ارائه مراقبت پرستاری با کیفیت دارد (۵).

در اتاق عمل نیز برقراری ارتباط یکی از نقش‌های پرستار محسوب می‌شود (۶). مطالعات متعدد حاکی از تأثیر مثبت ارتباط مؤثر با بیمار در کاهش اضطراب و ارتقاء رضایت بیماران اتاق عمل است. ولی روش ارتباط مؤثر را مشخص ننموده‌اند (۷-۹) از

^۱ دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان؛ مری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشیار، دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۳ استادیار، دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

مطالعه کیفی نحوه برقراری ارتباط سه گروه از حرفه‌های مراقبت سلامتی با بیماران در بخش مراقبت حاد بیانگر تمرکز هر کدام از آن‌ها بر موضوعی خاص است. کارکنان مراقبت پرستاری حاد^۱ به پیوستن به بیماران، پزشکان بر نحوه مدیریت بیماری و پرستاران به رفع نیازهای بیمار توجه داشتند (۱۲). در مطالعه Berg و همکاران (۲۰۰۷) جهت «تبيين معنای ارتباط مراقبتی بیماران و پرستاران در مواجهات روزمره با یکدیگر» در بخش‌های داخلی سوئد با روش پدیدشناسی تفسیری، مضمون‌های «احترام به یکدیگر و خود، مسئولیت‌پذیری جهت در دسترس بودن و درگیر شدن با یکدیگر» استخراج شد. این مطالعه حوادث زمینه‌ای را در ارتباط مراقبتی مؤثر دانست (۱۳). Jangland و همکاران (۲۰۱۱) معتقدند درک پرستاران از ارتباط با بیمار بر نگرش و رفتارهای آن‌ها نسبت به بیمار تأثیر می‌گذارد (۱۴).

در اتاق عمل به سبب فناوری پیشرفته و عوامل تنش‌زای ذاتی (۱۵) شرایط بیمار و پرستار متفاوت از سایر بخش‌ها و اغلب مقدمات معمول برقراری ارتباط به‌ویژه زمان در اتاق عمل محدود است (۱۶). بعلاوه گزارشاتی از پیچیدگی و تفاوت ارتباطات بین حرفه‌ای کارکنان اتاق عمل نسبت به سایر بخش‌ها موجود است (۶، ۱۷). احتمال می‌رود رویکردهای ارتباطی و معنای نهفته در ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل نیز متفاوت باشد. ولی متأسفانه در مرور پایگاه داده‌ها مطالعه‌ای در زمینه مفهوم و رویکرد ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل؛ به‌عنوان راهنمای فعالیت پرستاران؛ یافت نشد. حال آنکه با اطلاعات موجود، نیاز به بررسی مفهوم ارتباط پرستار بیمار به‌ویژه در اتاق عمل محسوس می‌باشد. در این راستا به علت ذهنی بودن موضوع، دانش اندک و مشهود بودن نیاز به نگاه عمیق به این مقوله، تحقیقات کمی انجام‌شده با پارادایم اثبات‌گرایی جوابگو نیست. بدون شک تجربیات واقعی افراد درگیر در این موضوع می‌تواند معنای زیربنایی و دانش عملی موجود در کار آن‌ها را آشکار ساخته و درک واضح، دقیق و جامع‌تری از پدیده ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل؛ با توجه به زمینه فرهنگی اجتماعی آن؛ ارائه دهد.

تحقیق کیفی برای کسب نگاهی نو درباره موضوعات دارای اطلاعات مختصر، بکار رفته و قابلیت توضیح جزئیات ظریف پدیده‌ها را دارد (۱۸). لذا استفاده از روش‌های تحقیق کیفی با پارادایم طبیعت‌گرایی جهت پاسخ به سؤال و هدف این پژوهش و کشف الگوهای موجود ضروری به نظر می‌رسد. هدف از مطالعه حاضر "واکاوی معنا و مفهوم ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل" است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوای کیفی در ۱۷ شرکت‌کننده شامل هشت پرستار، هفت بیمار و دو همراه بیمار؛ با حداکثر تنوع از نظر تجربه پدیده موردبررسی در واحدهای مختلف اتاق عمل؛ از پذیرش تا اتاق بهبودی؛ انجام شد. تحلیل محتوای کیفی شیوه‌ای مناسب برای به دست آوردن نتایج پایا از داده‌های متنی به‌منظور ایجاد دانش، ایده‌های جدید، ارائه حقایق و راهنمای عملی برای عملکرد است. هدف از این شیوه فشرده کردن و توصیف وسیع یک پدیده است و دستاورد این تحلیل، مفاهیم یا طبقات توصیفی پدیده می‌باشد (۱۹).

نمونه‌گیری در بیمارستان‌های دانشگاهی و خصوصی یزد، به‌طور اولیه با روش مبتنی بر هدف و سپس نظری تا رسیدن به اشباع داده‌ها انجام شد. معیار ورود به مطالعه عبارت بود از: پرستار شاغل در اتاق عمل و نیز بیمار بزرگسال یا همراه بیمار با سابقه جراحی و تجربه ارتباط با کارکنان پرستاری اتاق عمل، فارسی‌زبان، دارای تمایل و توانایی به خاطر آوردن و بیان شفاف تجربیات ارتباطی خود در اتاق عمل.

روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه باز عمیق و مشاهده در عرصه اتاق عمل بود. سؤالات اصلی عبارت بود از: لطفاً راجع به ارتباط خود با بیمار یا همراه وی (یا پرستار با خود؛ در شرکت‌کنندگان بیمار) در اتاق عمل صحبت کنید. فعالیت‌های خود در طی این ارتباط را شرح دهید. یک تجربه واقعی نشان‌دهنده ارتباط خود با بیمار یا همراه وی (یا با پرستار؛ در شرکت‌کنندگان بیمار) در اتاق عمل را بازگو نمایید. شرکت‌کنندگان در فضا و زمان مناسب، آزادانه و دقیق تجربیات خود را بیان نمودند. مصاحبه‌های ضبط‌شده با MP3 player بعد از چند نوبت شنیدن عیناً پیاده شد. مدت مصاحبه‌ها ۱۰۰-۲۰ دقیقه بود. مشاهده به‌صورت "ناظر به‌عنوان شرکت‌کننده" نیز جهت درک عمیق‌تر شرایط و تأیید داده‌ها توسط محقق اول انجام و مفاد آن به متن کتبی تبدیل شد. جمع‌آوری اطلاعات با ۲۱ مصاحبه (دو مصاحبه با سه پرستار و یک همراه بیمار و یک مصاحبه با سایر شرکت‌کنندگان) و ۱۴ مشاهده و رسیدن به اشباع (تکراری شدن داده‌ها و عدم دستیابی به داده جدید) خاتمه یافت. داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری با روش تحلیل محتوای قراردادی تحت نرم‌افزار MAXQDA10 تحلیل شد. بدین منظور سه مرحله مقدماتی، سازمان‌دهی داده‌ها و گزارش دهی طی شد. به‌این ترتیب که هر متن ابتدا برای مأنوس شدن با داده‌ها و کسب بینش کلی چند بار مطالعه شد. سپس واحدهای معنا بر اساس هدف و سؤال پژوهش مشخص و کدگذاری باز با توجه به محتوای

^۱ ACNP (Acute Care Nurse Practitioner)

آشکار و پنهان آن‌ها انجام شد. آنگاه کدهای مزبور بر اساس تفاوت و تشابهات موجود بین آن‌ها تحت عنوان وسیع‌تر طبقه‌بندی و سپس طبقات دارای حوادث مشابه در هم ادغام (تقلیل داده‌ها جهت توصیف پدیده و درک بیشتر) و روند انتزاع فوق تا استخراج مضمون ادامه یافت نهایتاً نتایج استخراج‌شده به استناد گزیده‌ای از نقل‌قول‌ها ارائه شد (۱۹) (جدول شماره یک).

جدول (۱): نمونه‌ای از روند انتزاع و شکل‌گیری طبقات و درون‌مایه

واحد معنایی	کدباز	زیرطبقه	طبقه	درون‌مایه فرعی	درون‌مایه اصلی
ش ۱۳- پرستار پره آپ: اول پرونده مریض چک میشه که حتماً رضایت عمل جراحی داشته باشه. برگ قبل از عمل جراحی... کامل پر شده باشه... آگه چیزی خورده اونجا پرسیده میشه. تحویل می‌گیریم حالا یا امضا می‌کنیم یا مهر می‌زنیم... و ما فقط تأییدش می‌کنیم.	کنترل پرونده	مراقبت ساختار	طبقة	درون‌مایه فرعی	درون‌مایه اصلی
ش ۷- همراه بیمار: هیچی نپرسیدن!! فقط پروندش را نگاه کردن و گفتند برید اونجا بخوابونیدش.	بیمار از نظر	محور و روتین			
	آمادگی	گرا			
ش ۴- پرستار مربی اتاق عمل: الان بیماری که تو اتاق عمل میاد اغلب فقط و فقط خیلی چیزی که ازش می‌پرسیم اسمش را می‌پرسیم، نوع عملش می‌پرسیم، پزشکش هم می‌پرسیم.	ارتباط	سطحی و			
ش ۵- بیمار: ازم پرسیدند دکترت کیه؟ عملت چیه؟ کی می‌خواد عملت کنه و بس!! او رفتند. اون هم دو تا آقا بودند که اومدند پرسیدند. دیگه پروندم هم هیچکدومشون نگاه نکردند.	ارتباط عجولانه	کلیشه ای با بیمار			
ش ۱- پرستار صحنه عمل: اسم نمی‌گیریم. می‌گیم آقا یا خانم مثلاً. اسمشون را صدا نمی‌زنیم...	اهمیت	نداشتن			
ش ۱۲- بیمار: چیزی که خاطر منده آینه که ... می‌گفت مریض دکتر فلانی. مریض می‌گفت منم... دوباره دکتر فلانی؟ می‌گفت منم و می‌بردنش تو برای عمل!	هویت	رفتار ماشینی			
	شخصی افراد				
	در ارتباطات				

حضور مراقبتی اطمینان محور

حضور پرستار محور

تمرکز بر وظیفه سازمانی

محقق با استفاده از روش تلفیقی در جمع‌آوری اطلاعات (داده‌ها، منابع و زمان)، کنار گذاشتن پیش فرض‌های اولیه محقق، حداکثر تنوع در نمونه‌گیری، دقت در ثبت داده‌ها برای استحکام و افزایش اعتبار یافته‌های تحقیق تلاش نمود.

یافته‌ها

با تحلیل داده‌ها مضمون "حضور مراقبتی اطمینان محور" با سه زیر مضمون "حضور پرستار محور"، "حضور بیمار محور" و "مراقبت مبتنی بر معنویت" پدیدار شد. (جدول دو). شرکت‌کنندگان پژوهش ارتباط پرستار و بیمار در اتاق عمل را به‌عنوان حضور مراقبتی اطمینان محور درک کردند.

بعلاوه با حداکثر تنوع در نمونه‌گیری، بازبینی دست نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان، بازنگری و کسب توافق همکاران تحقیق، سایر افراد دارای تجربه پدیده موردنظر و نیز ناظرین خارجی قابلیت انتقال و تأییدپذیری یافته‌ها را تأمین نمود (۲۰، ۲۱).

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی تحقیق، داده‌ها پس از طی مراحل قانونی رسمی، شناسایی افراد واجد شرایط و اخذ رضایت

جدول (۲): مضمون اصلی، مضامین فرعی، طبقات و زیر طبقات معنای ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل

حضور مراقبتی اطمینان محور
الف- حضور پرستار محور
-تمرکز بر وظیفه سازمانی
مراقبت ساختار محور روتین گرا
ارتباط عجولانه
رفتار ماشینی
-برخورد غیر حرفه‌ای
ارتباط عامیانه اجتماعی
رفتار ناشایست

ب- حضور بیمار محور
-مدیریت مقدماتی تنش
اشتیاق اطلاعاتی مددجو
تنش زدایی
اعتماد سازی
اطمینان بخشی
تسلی بخشی
انحراف فکر
-انفرادی نمودن ارتباط
تعامل متقابل
تطبیق رفتار با موقعیت

ج- مراقبت مبتنی بر معنویت
-توکل
معنا دادن به زندگی
دعا و نیایش
-معنویت افزایی
احترام به اعتقادات بیمار
حمایت معنوی

متداول بود. نمونه‌های بسیاری از این رفتار ارتباطی شامل مراقبت ساختار محور و روتین‌گرا، ارتباط عجولانه و رفتار ماشینی در بیانات شرکت‌کنندگان و در مشاهده عرصه موردنظر وجود داشت. آن‌ها به تصور خود با این رفتارها به وظیفه دیکته شده خود در سازمان عمل نموده و در صورت بازخواست توسط مافوق، پاسخگو هستند.

پرستاری گفت: «بهبش می‌گیم آقا چیزی می‌کنی؟ می‌گه که نه. سیگار می‌کشم. برا ما مهم نیست. دیگه نمی‌خوایم ازش حرف بکشیم» (مصاحبه ۱۲) پرستار شرکت‌کننده ای از تجربه جراحی شخصی خود گفت: «واقعیتش آینه که اینقدر اونجا په محیط پرکار و به اصطلاح شلوغی بود که ماشینی کار می‌کردند یعنی بیمار را

الف-حضور پرستار محور طبق یافته‌ها رویکرد حضور پرستار محور، شامل طبقات "تمرکز بر وظیفه سازمانی" و "برخورد غیر حرفه‌ای" می‌باشد. این رفتارها به زعم شرکت‌کنندگان برای اطمینان از دستیابی به اهداف سازمان یا پرستار و با توجه به شرایط حاکم در اتاق عمل انجام می‌شد.

الف-۱- تمرکز بر وظیفه سازمانی - هدف پرستار در این روش، کار محوری و اولویت بیشتر به کار بود. رفتارهای پرستار منطبق بر وظایف محوله و گاهی همانند ربات بوده و در حاشیه قرار دادن و غفلت از احساسات و تجربیات مددجویان، صرف زمان کمتر برای شنیدن نگرانی بیماران و تخفیف زجر روانی آن‌ها

سازگاری داشتند. مددجویان هم اشتیاق اطلاعاتی خود را به انحاء مختلف نظیر پرسش از کارکنان و همتایان خود و برآورد موقعیت نمایش می‌دادند. یافته‌ها حاکی از این بود که پرستاران در این رویکرد برای تضمین بیشتر و آسودگی خیال، به طرق مختلف بیمار و مخاطرات سلامتی وی را ارزیابی می‌کردند. از سویی با گشودگی، ارتباط راحت، رازداری و تکریم مددجویان، بذل توجه و ارائه دلسوزانه و ماهرانه خدمات سعی در اعتماد سازی داشتند. پرستار شرکت‌کننده ای در این زمینه اظهار داشت: «بعضی مرضی‌ها هستند که کنجکاوند می‌خوان بدون‌اند که چکار می‌کنیم و تا کجا پیدا هست دستشون را میارن جلو. پرده را می‌زنند کنار... من همین که احساس کردم مرضی داره دستش را مباره بالا تا ببینه شان را تا کجا روی قسمت برهنه بدنش انداختند، من بلافاصله دستش را گرفتم گفتم مادر ببین روت پوشیده هست... دستت را تکون نده ... سرمت میاد بیرون. دوباره مشکل پیدا می‌شه و دست می‌زنی زخمهات عفونت می‌کنه». (م، ۳). تجربه قبل از آغاز عمل قبلی با بیحسی نخاعی یک همراه بیمار نیز مؤید این مطلب است: «پایه سرم را گرفته بودم یکی از پرستارا گفت دستتون را از اینجا بردارید. ممکنه حواستون نباشه در حین عمل به اون تکیه کنید و موقع استفاده از دستگاه‌ها، خدای نکرده مشکلی براتون ایجاد بشه (م، ۲۱)».

طبق یافته‌ها پرستاران با همراهی نمودن، تشویق مددجویان به بیان احساسات، دلداری و اطمینان خاطر دادن و نیز ارتقاء آگاهی، آن‌ها را حمایت و تسلی می‌دادند. سرپرستار اتاق عملی اظهار داشت: «پسر جوانی اومده اینجا شروع کرده به لرزیدن. گفتم چته؟ سرده؟ گفتم نه. گفتم آخرش چته؟ گفتم می‌ترسم. ... بلافاصله کلاه را برداشتم و ماسک را برداشتم و گفتم ببین ما آدمیم!! لباسمون این جوریه. اینجاها هم ببین همش کاشیه و... با همین حرف‌ها، دلش به دست آورد. (م، ۱۲)».

ب- ۲- انفرادی نمودن ارتباط- در این رویکرد پرستار سعی می‌کند با دیدگاه کل نگر و حضور مسئولانه در بالین مددجو، پاسخگوی نیازهای وی بوده و حتی الامکان خواسته‌های مددجویان را در مراقبت لحاظ نماید. در این راستا وی بنا به شرایط بیمار، انعطاف پذیری لازم را داشته و رفتارهای سنجیده از خود نشان می‌دهد. بیانات زیر از پرستاران مختلف مؤید این مطلب است:

«اگر بفهمیم که واقعاً بیمار استرس داره. ظاهرش پیدا باشه که استرس داره، خوب یه کمی بهش دلداری میدیم» (م، ۲). «مرضی که اومده و اورژانسی هست، چه از بخش میاد، چه از اتاق زایمان، چه از اورژانس، اون قطعاً یک عامل تهدید کننده ای برای سلامتیش خیلی حاد بوده و حیاتش در مخاطره انداخته ... این

دقیقاً روی برانکارد می‌گذاشتند. بیمار بر هولش می‌داد می‌بردش تو اتاق و می‌گفت آقا اینجا بخواب. و هیچگونه ارتباط عاطفی بین بیمار و پرستار، واقعیتش نبود» (م، ۵). بیماری نیز تأکید داشت: «درست زمانی که... داشتم از درد به خودم می‌پیچیدم. اصلاً انگار در کم نمی‌کردن. پرستار اصلاً توجهی نداشت به من! ولی همون وقتی که می‌خواستن منو بیان به بخش. اون وقت چرا!! یعنی هفت هشت دقیقه گذشته بود اومدن گفتند ناراحتیت از چی چیه؟ گفتم درد دارم، خیلی! که این هم خدمه اومده بود گذاشتن رو برانکارد و آوردن بخش!» (م، ۷).

الف- ۲- برخورد غیر حرفه‌ای- طبق نتایج گاهی نحوه برخورد پرستار بیمار در این رویکرد، غیر حرفه‌ای بود. ارتباطات عامیانه اجتماعی افراد با یکدیگر و رفتارهای ناشایست خارج از شأن حرفه مانند منفعت طلبی، برخورد آمرانه یا تبعیض آمیز با بیمار و نیز بی توجهی به حرمت انسانی و باورهای ارزشی وی از این جمله‌اند. پرستاری اظهار کرد: «ما می‌گیم حاجی آقا، مادر چطوری؟ فرزند داری؟ اهل کجایی؟ مثلاً می‌گه اهل روستای فلانم. بالاخره می‌گیم آب و هوا خوبه؟ زندگی خوش می‌گذره؟ چند تا عروس داری؟ از عروس‌ها از دوماها راضی هستی؟ بعضی‌ها این سؤال‌ها را می‌کنند... اهل کجایی؟ چی چیه؟ چند تا فرزند داری؟ بالاخره باهاش صحبت می‌کنیم» (م، ۴). پرستار دیگر اتاق عمل از تجربه جراحی شخصی خود چنین گفت: اتاق عمل بچه‌ها خوب، بالای سرمن بودند. چون منو می‌شناختند. خیلی فرق می‌کنه آشنا باشی تا نباشی!! ... من دارم می‌بینم برای همه این کارا را نمی‌کنند. برای آشناها فرق می‌کنه. کسی را که می‌شناسند بیشتر بهش رسیدگی می‌کنند» وی از تجربه خواهر خود در اتاق عمل دیگری نیز گفت: «خواهرم می‌گفت من هنوز بیدار بودم. روی منو زدند کنار. اون موقع ... همه هم مرد بودند. مردها بالا سرم بودند!!» (م، ۱۹). بیمار شرکت‌کننده ای نیز راجع به رفتار پرستار اتاق عمل با خود اظهار داشت: «خانمه سر من داد زد، خداییش. به من گفت بلند شو!! خوب، خانم بلند شو!!» (م، ۱۶).

ب- حضور بیمار محور

این رویکرد در برگیرنده طبقات "مدیریت مقدماتی تنش" و "انفرادی نمودن ارتباط" بود. در این رویکرد، ارتباط طرفین مبتنی بر نیازها و ترجیحات بیمار بود. طبق یافته‌ها این مداخلات به منظور رفع تنش و ارتقاء اطمینان مددجویان و پرستار انجام می‌گرفت.

ب- ۱- مدیریت مقدماتی تنش- در این راستا به دلیل اهمیت مدیریت تنش و اضطراب بیمار در بهبود پاسخ به بیپوشی و جراحی، پرستاران با فعالیت‌هایی نظیر تقلیل عوامل تنش زا، محافظه کاری و مشغولیت ذهنی سعی در کمک به بیمار برای

دیگه وقت خیلی از سخت گیری‌ها یا اعمال مقررات اتاق عمل نیست!!! بوده که مریض دستش رفته بوده لای چرخ انار خرد کنی که آب انار میگیرن برای رب انار. چرخ، مأمور آتش نشانی و بیمار و همراهش با لباس رفتند توی اتاق عمل ... از ترس این که حالا الان کل دستش باید بیفته!!! (م. ۱۳). بیمار شرکت کننده ای هم گفت: «وقتی دیدن که ترسیدم، بهم گفتن اصلاً عملت خیلی راحتیه زودی تموم میشه. ترسی نداره.» (م. ۱۱).

ج- مراقبت مبتنی بر معنویت

این مضمون فرعی از بارزترین رویکردهای مورد استفاده در اتاق عمل با دو طبقه "توکل" و "معنویت افزایی" بود.

ج- ۱- توکل - شرکت کنندگان پژوهش جهت قوت قلب، با تقرب به خدا و توکل، به زندگی و اتفاقات آن معنا می‌دادند. آن‌ها با ایمان به یاری رسانی خداوند، تسلیم تقدیر بودند. پرستاری گفت: «معمولاً اغلب بیمارانمون از وقتی وارد اتاق عمل می‌شن دارن دعا میخونن و ذکر می‌گن (م. ۱۹)». بیماری ابراز داشت که: «یه مریض‌هایی دیده بودم که دیگه ناشکری می‌کردم اگر می‌خواستم بنالم و بتروسم. می‌دونستم بنده خدا وسیله هست. خدا تنهام نمی‌گذاره (م. ۸)».

ج- ۲- معنویت افزایی - طبق یافته‌ها در این زمان بسیاری از آن‌ها سعی می‌کردند ضمن توسل به قدرت ماورائی خداوند، این اعتقاد را به دیگران نیز منتقل و از این طریق آرامش و اطمینان را به آن‌ها القاء نمایند. بیماری راجع به خاطره خود در اتاق عمل گفت: «داشتم از ترس بر خود می‌لرزیدم پرستار بهم گفت چیه؟ چه خبره؟ توکلت به خدا باشه. ما تلاش می‌کنیم که عملت خوب انجام بشه. تو هم دعا بکن خدا کمک کنه (م. ۱۶)». پرستاری در این زمینه گفت: «وقتی می‌خواهیم عمل را شروع کنیم همیشه میگم بسم... خدایا به امید تو. حتی ببینم بیماری هم داره دعا می‌خونه همراهیش می‌کنم. یا خیلی وقتا به بیماران و همراهی‌های بیمار که می‌بینم خیلی مضطرب و نگران‌اند توصیه می‌کنم دعا کنند و همه چی را به خدا بسپارند... خیلی زیاده (م. ۱۳)».

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر مضمون "حضور مراقبتی اطمینان محور" با سه زیرمضمون در ارتباط با معنا و مفهوم ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل با تحلیل داده‌ها مفهوم پردازی و انتزاع گردید. طبق یافته‌ها ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل به‌عنوان حضور مراقبتی اطمینان محور تعبیر شده است. به عبارتی هر یک از طرفین با استفاده از سه رویکرد استخراج شده، به‌صورت ترکیبی یا منفرد، به تصور خود مطمئن هستند که بهترین رفتار و مراقبت ممکن را در زمان حضور در اتاق عمل بکار بسته و مشکلی وجود ندارد. این

نتایج همسو با متون تأکید کننده بر نقش کلیدی و حیاتی اعتماد در ارتباط پرستار بیمار؛ به‌ویژه در موقعیت‌های بحرانی؛ است (۲۲-۲۴). از سویی McAllister وجود عاملی برای ملحق شدن پرستار و بیمار به یکدیگر و استفاده از راهبردهای ارتباطی را لازم دانسته است (۱۲)... در این مطالعه نیاز به دستیابی به اطمینان، موجب فعالیت‌های هدفمندی در طرفین می‌شد. بعلاوه حضور مراقبتی اطمینان محور از نظر مفهومی طبیعت پیچیده و ابعاد مختلف داشت. به بیانی تصویر پدیدار شده اعمال گوناگون و متغییری در ارتباط پرستاران و مددجویان مختلف با یکدیگر و نیز رفتار یک فرد در اتاق عمل نشان داد. این یافته با مطالعات قبلی که ارتباط را فرآیند چند متغییره مرتبط با زمینه، پیچیده و پویا دانسته‌اند، همخوانی دارد (۱۰)، (۲۵).

همانگونه که یافته‌ها نشان می‌دهد بیشترین رویکرد ارتباطی مورد استفاده در اتاق عمل، حضور پرستار محور است. به زعم شرکت کنندگان، پرستار هر آنچه که طبق ساختار و روتین سازمانی حاکم به وی محول شده را پذیرفته و دنبال اتمام کارهای محوله است. ارتباط، عجولانه و حتی ماشینی است. مطالعات بسیاری کارمحور بودن ارتباطات پرستار بیمار را گزارش کرده‌اند. پرستاران بیشتر به روتین‌ها پرداخته و از رابطه با بیماران خود غافل می‌مانند (۲۲، ۲۵-۳۰). در مطالعه Song پرستاران به حرف بیمار خود گوش ندادند، خودمحور و بی دقت بوده و رفتار ماشینی داشتند (۳۱)... در مطالعه Berg نیز بیماران ارتباط مراقبتی را به‌عنوان مواجهه کوتاه مدت با پرستاران مختلف توصیف نمودند (۳۲).

بسیاری از برخوردهای پرستار بیمار در مطالعه حاضر نظیر ارتباط محدود، بد یا منفی، غیر حرفه‌ای و خارج از شأن حرفه بود. رفتارهای مزبور قبلاً نیز در متون پرستاری گزارش شده‌اند (۲، ۳۳). جنبه دیگر ارتباط حائز اهمیت بسیار و مورد تأکید در داده‌ها، حضور بیمار محور با تنوعی از روش‌ها برای دستیابی به اهداف مددجو و تأمین رضایت وی بود. در مطالعه Costa بیماران تمایل خود جهت حضور واقعی پرستار از نظر روحی و جسمی در دوره قبل از عمل را ابراز داشتند (۳۴) لذا دیدگاه بیمار باید نقطه شروع مراقبت باشد (۱۴).. نتایج مطالعه با توصیف پرستاران از نحوه اجرای تعهدات خود توسط Carnwell & Reynolds همسوست (۲۹). ولی این رویکرد کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. طبق یافته‌ها پرستاران در زمان نیاز بارز به اطمینان، به پیروی از فلسفه بیمار محوری مراقبت انفرادی و منحصر به فرد از بیمار به عمل می‌آورند. چنین پرستاری بیمار را گرامی داشته و سعی در اولویت دادن به بیمار و نیازهایش دارد. این نوع حضور، آن طوری که O'Connell می‌نویسد از خصوصیات پرستار خبره است (۳۵).

نتایج این مطالعه می‌تواند پرستاران بالینی و مدیران پرستاری را در خودآگاهی و تأمل بر رفتارهای ارتباطی مؤثر و نهایتاً ارتقاء سطح سلامت روحی- جسمی و نیز رضایت بیماران یاری نماید. در این راستا پرستاران می‌توانند با توجه به تنش‌زایی موقعیت، با ارائه مراقبت مبتنی بر معنویت؛ در همان مدت کوتاه مواجهه با مددجو و هم‌زمان با انجام وظایف محوله؛ موجب قوت قلب وی شوند. بعلاوه نتایج حاصله مورد استفاده دست اندرکاران امر آموزش و تحقیق در پرستاری و اتاق عمل در آموزش فراگیران، توسعه نظریه و تحقیقات بیشتر خواهد بود. مطالعه حاضر با محدودیت کمبود تجربه ارتباطی اکثر بیماران در اتاق عمل در اثر کاهش سطح هوشیاری و کوتاهی مدت اقامت و احتمال فراموشی مواجه بود. لذا سعی شد با افزایش زمان گردآوری داده‌ها و نیز انتخاب شرکت‌کنندگان متنوع و دارای سابقه جراحی متعدد، این مشکل رفع شود. ولی علیرغم حداکثر تلاش در زمینه ارتقاء استحکام داده‌ها یافته‌های تحقیق کیفی؛ تعمیم پذیر نمی‌باشد.

نتیجه‌گیری: در مجموع یافته‌های این تحقیق موجب ارتقاء درک و بصیرتی جدید راجع به معنا و ابعاد ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل گردید. این پدیده از نظر مفهومی معادل حضور مراقبتی اطمینان محور تلقی می‌گردد. نتایج این مطالعه تأکید دیگری بر پیچیدگی ارتباط پرستار بیمار و نقش رفتار خداجویانه در قوت قلب گرفتن است. بطور خلاصه در این ارتباط، می‌توان مراقبت مبتنی بر معنویت را مکمل حضور بیمار محور و حضور پرستار محور دانست. در طی مراقبت فوق، فرد جهت تحقق اطمینان علاوه بر تلاش و عمل و تدبیر، از نیروی باطنی توکل استمداد می‌طلبد. این یافته جدید نیاز به مطالعه بیشتر دارد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از نتایج رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه علوم پزشکی کرمان با کد اخلاق شماره ۹۰/۴۹۱/کا می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از همکاری بی‌شائبه مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی کرمان و شهید صدوقی یزد و مشارکت کنندگان تحقیق کمال تشکر و سپاسگزاری را دارند. بدون شک بدون همکاری آن‌ها انجام این مطالعه مقدور نبود.

References:

1. Halldorsdottir S. The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scand J Caring Sci* 2008; 22(4):643-52.

در مطالعه Berry به روش تحلیل محتوای کمی تنها ۱۶ نفر از ۵۳ پرستار شرکت‌کننده از شیوه ارتباط بیمار محور و مابقی از سبک‌های ارتباطی مراقبت‌کننده محور تبعیت می‌نمودند (۳۶). حال آنکه در مطالعه Jangland و همکارانش راجع به نقش پرستاران جراحی در تعاملات با بیماران، سه تا از چهار روش درک شده، بیمار محور و دیگری مرتبط با فعالیت‌های کاری پرستار بود (۱۴).

علیرغم گزارش Reynolds and Carnwell (۲۹) مبنی بر خوب نبودن ارتباط پرستار بیمار در اتاق عمل، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد مراقبت مبتنی بر معنویت مکمل و تضمین‌کننده سایر رویکردهای ارتباطی برای نیل به اطمینان است. بعلاوه این حقیقت که افراد در موقعیت‌های چالش‌آور به نیروی ماورائی متوسل می‌شوند تأیید می‌شود (۳۷، ۳۸). یافته مذکور تأکید دیگری بر آیه ۲۸ سوره رعد "الا بذکر الله تطمئن القلوب" و سایر آیات نشانگر نیاز انسان‌ها به توکل و توسل به ذات اقدس الهی برای دستیابی به آرامش، اطمینان و موفقیت است (۳۹) پرستاران در این راستا نقش ارزنده‌ای در کمک به بیماران برای مراقبت معنوی ایفا می‌نمایند (۴، ۳۰، ۳۷، ۴۰، ۴۱). شرکت‌کنندگان به کرات اشاره کردند برای دلگرمی در این بلا تکلیفی و موقعیت حساس سرنوشت‌ساز حیاتی از نیروی ماورایی معنویت استمداد جستند. این مراقبت از سوی پرستار یا بیمار آغاز می‌شود. در مطالعه Kiehne پرستاران برای بیمار خود دعا می‌کردند (۳۷) ... ولی مطالعه Deal نشان داد مراقبت معنوی باید توسط بیمار آغاز و بیمار محور باشد نه پرستار محور (۳۰). در توجیه یافته اخیر می‌توان اظهار داشت که عملکرد افراد نه تنها می‌تواند نشأت گرفته از نیازهای غریزی و خداجویانه انسان باشد. بلکه به آموزه‌های دینی، باورهای فرهنگی و اعتقادات مذهبی آن‌ها بر می‌گردد. خدایار و قائمی می‌نویسند: «انسان متوکل، ارزیابی ذهنی خود را از مشکلات، مثبت می‌داند و اگر ارزیابی انسان و انتظارات فرد مثبت بود عامل فشارزا که باعث فشار و بیماری دیگران می‌شود برای او کمتر نگران‌کننده خواهد بود» (۴۲).

2. Moyle W. Nurse-patient relationship: A dichotomy of expectations. *Int J Ment Health Nurs* 2003;12(2):9-103.
3. Iliana Maria dAA. Nursing Communication in Nursing Care to Mastectomized Women: a Grounded Theory Study 1[Internet]. 2010;

- 18:[60-54pp.]. Available from: Rev. Latino-Am. Enfermagem.
4. Miner-Williams D. Connectedness in the nurse-patient relationship: A grounded theory study *Issues in Mental Health Nursing*. 2007;34-28:1215.
 5. Finke EH, Light J, Kitko L. A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *J Clin Nurs* 2008;17(16):15-2102.
 6. Nestel D, Kidd J. Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. *BMC Nurs* 2006;5:1.
 7. Erci B, Sezgin S, Kacmaz Z. The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Aus J Adv Nurs* 2008;26(1):59-66.
 8. Baroudi DN, Nofal WH, Ahmad N. Patient satisfaction in anesthesia: A modified Iowa Satisfaction in Anesthesia Scale. *Anesth Essays Res* 2010;4(2): 85-90.
 9. Jjala HA, Caljouw MA, Bedford NM, Hardman JG. Patient satisfaction with perioperative care among patients having orthopedic surgery in a university hospital. *Local Reg Anesth* 2010;3:49-55.
 10. Fleischer S, Berg A, Zimmermann M, Wüste K, Behrens J. Nurse -patient interaction and communication: A systematic literature review. *J Public Health* 2009; 53-17:339.
 11. Fakhr-Movahedi A, Salsali M, Negarande R, Rahnavard Z. Exploring contextual factors of the nurse- patient relationship: A qualitative study. *Koumesh* 2011;1(41): 23-35. (Persian)
 12. McAllister MJ. Acute care nurse practitioners', physicians' and staff nurses' relationships with patients: A descriptive, comparative study. Toronto: University of Toronto; 2008.
 13. Berg L, Danielson E. Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scand J Caring Sci* 2007;21(4):500-6.
 14. Jangland E, Larsson J, Gunningberg L. Surgical nurses' different understandings of their interactions with patients: a phenomenographic study. *Scand J Caring Sci* 2011;25(3):533-41.
 15. Bailey L. Strategies for Decreasing Patient Anxiety in the Perioperative Setting *AORN J* 2010;92(4): 444-57.
 16. Farnia F, Abbaszadeh A, Borhani F. Barriers to developing the nurse patient relationship in operation room: A qualitative content analysis. *J Qual Res Health Sci* 2013;2(1):76-90. (Persian)
 17. Nagel DA, Pomerleau SG, Penner JL. Knowing, caring, and telehealth technology: "going the distance" in nursing practice. *J Holist Nurs* 2013;31(2):104-12.
 18. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincott Co; 2007.
 19. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008;62(1): 107-15.
 20. Oskouie F, Peyravi H. *Qualitative research in nursing*. edition TF, editor. Tehran: Iran university of medical sciences and health services;2005. (Persian)
 21. Roberts P, Priest H, Michael T. Reliability and validity in research. *Nurs Standard* 2006;20(44):41-85.
 22. Castledine G. The importance of the nurse -patient relationship. *Br J Nurs* 2004;13(4):231.
 23. CRNBC. *Nurse-Client Relationships*. In: Colombia CORNOB, editor. Colombia: CRNBC; 2006.
 24. Belcher M, Jones LK. Graduate nurses' experiences of developing trust in the nurse -

- patient relationship. . contemporary nurse 2009. 2009;31(2):142-52.
25. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs* 2004;13(1):41-9.
 26. Sheldon LK, Barrett R, Ellington L. Difficult communication in nursing. *J Nurs Scholarsh* 2006;38(2):141-7.
 27. Finch LP. Development of a substantive theory of nurse caring. *Int J Human Caring* 2008;12(1):25-32.
 28. Corless IB, Michel TH, Nicholas M, Jameson D, Purtilo R, Dirkes AMA. Educating health professions students about the issues involved in communicating effectively: a novel approach. *J Nurs Educ* 2009;48(7):367-73.
 29. Reynolds J, Carnwell R. The nurse-patient relationship in the post-anaesthetic care unit. *Nurs Standard* 2009; 31(17-15):6-40.
 30. Deal B. A Pilot Study of Nurses' Experience of Giving Spiritual Care. *Qualitative Report* 2010 2010;15(4): 852-63.
 31. Song LJ. A comparative study of the opinion on the image of nursing among the doctors,nurses, other hospital personnel and the general public. *Taehan Kanho* 1993;32(2):51-62.
 32. Berg L, Skott C, Danielson E. Caring relationship in a context: fieldwork in a medical ward. *Int J Nurs Pract* 2007;13(2):100-6.
 33. Crawford P, Brown B, Bonham P. *Foundation in nursing and health care: Communication in clinical setting*. United Kingdom: Nelson thorens Ltd.; 2006.
 34. Costa MJ. The Lived Perioperative Experience of Ambulatory Surgery Patients. *AORN J* 2001;74(6): 874-81.
 35. O'Connell E. Trapeutic relationships in critical care nursing:A reflection on practice. *Nurs Crit Care* 2008;13(3): 138-43.
 36. Berry JA. Nurse Practitioner/Patient Communication Styles in Clinical Practice. *J Nurse Pract* 2009;5(7): 508-15.
 37. Kiehne A-M. The lived experience of nurses who pray for their patients: A phenomenological inquiry. USA: Temple Uni; 2004.
 38. Moradi A. Nurses' information about communication and care on religious rules. *Daneshvar* 2010;15(72):65-71. (Persian)
 39. QuranKarim.
 40. Norred CL. Minimizing preoperative anxiety with alternative caring-healing therapies. *AORN J* 2000;72(5):838-40, 842-3.
 41. Narayanasamy A, Owens J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *J Adv Nurs* 2001;33(4): 446-55.
 42. Khodayar D, Ghaemi M. Ghoranian vision to reliance training performance and this role in spiritual health. *Med Ethics J* 2013;6(22):55-91.(Persian)

A NEW VISION TO NURSE- PATIENT RELATIONSHIP IN OPERATION ROOM: NURSES AND CLIENTS' EXPERIENCES

Farnia F^{1*}, Abbaszadeh A², Borhani F³

Received: 23 Jan, 2015; Accepted: 7 Apr, 2015

Abstract

Background & Aims: The nurse-patient relationship is the cornerstone and the most important phenomenon of nursing. In spite of this, there is a dearth of research about this topic in operation room settings. This study investigated the nurse-patient relationship concept in operation room.

Materials & Methods: A qualitative content analysis approach was used and a purposive sample of eight nurses, seven patients and two relatives were interviewed in-depth. The observation was also conducted and 14 field notes were written. The verbatim transcripts analyzed using conventional content analysis.

Results: Theme of 'reliance based caring presence' with three subthemes emerged by which the phenomenon of nurse-patient relationship in operating room could be illustrated. These subthemes were: "nurse centered presence", "patient centered presence", and spirituality-based care ". Six categories expanded and clarified the meaning of these subthemes.

Conclusion: The results of the study generated new insights into the nature of nurse-patient relationship in operation room. This Phenomenon is complex with various dimensions; also the spirituality-based care have central and integral role in this. The findings have implications for bedside, education, theory development and further research in this issue.

Key Words: Nurse-patient relationship, Experiences, Operating room, Concept, Qualitative content analysis.

Address: Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman

Tel: (+98)3538241751-4, Fax:3538249705

Email: farnia@ssu.ac.ir

¹Ph.D. Candidate in Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman; Member of Faculty, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Department of Nursing, Yazd, Iran. (Corresponding Author)

² professor, PhD of Nursing, nursing and midwifery school, Shahid Beheshti University of medical sciences, Tehran, Iran.

³Assistant professor, PhD of Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.