



## Barrier and Facilitators of Communication between Nurses and Chronic Patients; A Qualitative Content Analysis Study

Efat Sadeghian<sup>1</sup>, Ahmad Nooreddini<sup>2\*</sup>, Masood Khodaveisi<sup>3</sup>

1-Associate Professor, Chronic Disease Research Center at Home, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences. (ORCID: 0000-0001-6075-3811)

2- PhD candidate in nursing, Student Research Center, Department of Nursing and Midwifery, Hamedan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. (ORCID: 0000-0002-7785-9476)

3- Professor, Hamedan Medical Sciences, Chronic Disease Research Center at Home, School of Nursing and Midwifery, Hamedan University of Medical Sciences, Hamadan. (ORCID:0000-0002-4635-175X)

\*Corresponding author: Ahmad Nooreddini, PhD candidate in nursing, Student Research Center, Department of Nursing and Midwifery, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran.

E mail: [Ahmad.Nooreddini@yahoo.com](mailto:Ahmad.Nooreddini@yahoo.com)

Received: 10 Sep 2022

Revised: 24 May 2023

Accepted: 26 May 2023

### Abstract

**Introduction:** Due to the nature of chronic disease, patients are in close contact with the treatment staff, especially nurses, and the need to establish correct therapeutic communication for them is more and more important, so the present study was performed aims to explain the barriers and facilitators of nurses' communication with chronic patients.

**Methods:** This research was of a qualitative type and in it 12 nurses working in inpatient wards affiliated to Hamedan University of Medical Sciences and 8 chronic patients hospitalized in the ward in 2011 were selected based on purpose-based sampling and the interviewees were interviewed using semi-structured in-depth interviews. All the interviews were recorded and then handwritten and analyzed using the method of constant comparison and qualitative content analysis.

**Results:** Following data analysis, 3 main themes were extracted. The main themes include: organizational factors (three sub-themes: support of managers and planning, respect for nurses by superiors, holding educational workshops, environmental-cultural factors (two sub-themes: inappropriate working conditions, lack of trust of the patient and his companions in the nurse) and individual factors (two sub-themes: non-cooperation and interaction, long-term hospitalization).

**Conclusions:** The results of the research identified the most important influencing factors in the relationship between nurses and patients based on the experiences of nurses and patients through the identification of main and sub-themes. Therefore, it is recommended to carry out detailed managerial and organizational interventions and provide the necessary conditions to improve the process of therapeutic communication.

**Keywords:** Communication barriers, Communication facilitators, Professional nursing, Chronic disease, Content analysis.





## موانع و تسهیل کننده های ارتباط پرستاران با بیماران مزمن؛ تحلیل محتوای کیفی

عفت صادقیان<sup>۱</sup>، احمد نورالدینی<sup>۲\*</sup>، مسعود خداویسی<sup>۳</sup>

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات بیماری های مزمن در منزل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران.

ORCID: 0000-0001-6075-3811

۲- دانشجوی دکتری پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

ORCID: 0000-0002-7785-9476

۳- استاد، علوم پزشکی همدان، مرکز تحقیقات بیماری های مزمن در منزل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

ORCID: 0000-0002-4635-175X

\* نویسنده مسئول: احمد نورالدینی، دانشجوی دکتری پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

ایمیل: Ahmad.Nooredini@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۵

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۲/۳/۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۶/۱۹

### چکیده

**مقدمه:** بیماران مزمن به علت ماهیت بیماری شان، در ارتباط نزدیک با کادر درمان بخصوص پرستاران هستند و لزوم برقراری ارتباط صحیح درمانی برای آنها بیش از پیش مطرح می گردد، بنابراین مطالعه حاضر با هدف تبیین موانع و تسهیل کننده های ارتباط پرستاران با بیماران مزمن انجام گرفت.

**روش کار:** این پژوهش از نوع کیفی بود و در آن ۱۲ نفر از پرستاران شاغل در بخش های بستری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان و ۸ نفر از بیماران مزمن بستری در بخش در سال ۱۴۰۱ بر اساس نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند و با استفاده از مصاحبه های عمیق نیمه ساختار یافته مورد مصاحبه قرار گرفتند. همه مصاحبه ها ضبط و سپس دست نویس گردید و با استفاده از روش مقایسه ای مداوم و به روش تحلیل محتوای کیفی از نوع قراردادی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** به دنبال تحلیل داده ها ۳ درون مایه اصلی استخراج گردید. درونمایه های اصلی شامل: عوامل سازمانی (سه درون مایه فرعی: حمایت مدیران و برنامه ریزی، تکریم مافوق از پرستاران، برگزاری کارگاه آموزشی، عوامل محیطی- فرهنگی (دو درون مایه فرعی: شرایط نامناسب کاری، عدم اعتماد بیمار و همراهان او به پرستار) و عوامل فردی (دو درون مایه فرعی: عدم همکاری و تعامل، بستری طولانی مدت) بودند.

**نتیجه گیری:** نتایج پژوهش مهمترین عوامل تأثیرگذار در ارتباط پرستار با بیمار را بر اساس تجارب پرستاران و بیماران از طریق شناسایی درون مایه های اصلی و فرعی شناسایی کرد. بنابراین، انجام مداخلات مدیریتی و سازمانی دقیق و مهیا نمودن شرایط لازم جهت بهبود روند ارتباط درمانی توصیه می شود.

**کلیدواژه ها:** موانع ارتباط، تسهیل کننده های ارتباط، پرستاری حرفه ای، بیماری مزمن، تحلیل محتوا.

## مقدمه

بیماری های مزمن، شرایطی درازمدت هستند که غالباً پیشرونده می باشند و با مراقبت مداوم و تغییر رفتار قابل کنترل هستند. در حال حاضر تخمین زده میشود ۸۰ درصد افراد بالای ۶۴ سال یک بیماری مزمن و ۵۰ درصد دو بیماری مزمن دارند [۱]. بررسی های جمعیت شناختی نشان می دهند که عوامل روانی می تواند سبب ایجاد یا تشدید برخی مشکلات طبی مزمن شود. شیوع بسیاری از بیماری های مزمن از جمله فشارخون، دیابت، آسم، بیماری مزمن کبدی، بیماری مزمن انسدادی ریه، درد و سکتته مغزی در جمعیت های مورد توجه سیستم های مراقبتی و پرستاری بیشتر مورد توجه هستند [۲]. در واقع افزایش شیوع بیماری های مزمن و سالمندی جمعیت، مشارکت پرستاران در الگوهای جدید مراقبت و کمک به مددجویان در مراقبت از خود را می طلبد. زندگی با بیماری مزمن که قریب به ۸۰ درصد آنها در مراکز درمانی بستری هستند، به سازش و تطابق با موقعیت جدید نیاز دارد که نیاز ارتباط درمانی با این دسته از بیماران افزایش می یابد [۳]. در واقع پرستاران با کمک گرفتن از مهارت ارتباط درمانی و رفتار مدیریت شده و حرفه ای خود، به مسائل درمانی مددجویان بپردازند. پرستار حرفه ای و با صلاحیت، ایفای نقش خود را از طریق ارتباط شکل می دهد [۴]. به این معنی که اجرای صحیح مداخلات پرستاری مستلزم برقراری ارتباط مناسب و صحیح میان پرستار و بیمار است، زیرا ارتباط صحیح علاوه بر اینکه نیاز مهم بیمار می باشد اساس کار پرستاران در مراقبت از بیماران محسوب می شود [۵]. ناتوانی در برقراری یک ارتباط اطمینان بخش با بیمار مشکلی است که نمی توان به آسانی آن را نادیده گرفت. خشونت، نادیده گرفتن بیمار، بی تفاوتی، کم تحملی و بی توجهی به بیمار رفتارهایی است که موجب ایجاد نارضایتی در بیمار می شود [۶].

پرستاران با توجه به ارتباط نزدیک با بیمار و داشتن مهارت ها و معلومات علمی و عملی پزشکی می توانند از طریق برقراری ارتباط مناسب با بیمار و خانواده، نقش مهمی در تغییر دیدگاه های بیمار نسبت به بیماری و مراقبت از خود ایفا کنند [۷]. مطالعه Brandenburg و همکاران نشان دهنده این مطلب است که وقتی دست اندرکاران امور بهداشتی دارای مهارت های برقراری ارتباط باشند، بسیاری از

واکنش های مثبت نظیر کاهش اضطراب، احساس گناه، درد و علائم بیماری و افزایش رضایت خاطر، پذیرش بیماری، تطابق با بیماری، مشارکت و همکاری با تیم درمانی، بهبود شرایط فیزیولوژیکی و عملکردی و افزایش تاثیر آموزش های داده شده به بیماران را می توان مشاهده کرد [۸]. بر اساس مطالعه King و همکارانش بسیاری از پرستاران با مهارت های ارتباطی آشنا هستند؛ اما نمی توانند آنها را در عمل مورد استفاده قرار دهند [۹]. مطالعه Acheampong و همکاران نشان می دهد که مهارت های ارتباطی در محیط های آموزشی به پرستاران آموزش داده می شود اما پرستاران از این مهارت به صورت همیشگی و موثر در بالین استفاده نمی کنند [۱۰].

برقراری ارتباط جنبه اجتناب ناپذیر از واقعیت پرستاری از تمام بیماران به خصوص بیماران مزمن است. تحقیقات انجام شده در پرستاری نشان می دهد که خدمات پرستاری در مجموعه نتوانسته است رضایت بیماران را جلب کند و ۶۵ درصد از بیماران از جمله بیمارانی که دارای اختلال مزمن هستند هنگام ترخیص ابراز نارضایتی کرده اند. موانع ارتباطی متفاوت مختلف می توانند روند بیماری های مزمن را تحت تاثیر قرار داده و شواهد زیادی نشان می دهد که موانع ارتباطی مهم بین پرستاران و بیماران وجود دارد [۱۱]. در مطالعه ای که در این مقوله انجام شده، موانع ارتباط پرستار با بیمار شامل: زیاد بودن حجم کار پرستاران، سختی کار پرستاری، کمبود امکانات رفاهی برای پرستاران، خستگی روحی و جسمی، قدردانی نکردن از پرستار، تفاوت سنی بیماران و پرستاران، خلق تند پرستاران و متفاوت بودن جنسیت پرستاران و بیماران ذکر کردند [۱۲]. علی رغم وجود موانع ارتباطی بین بیماران و پرستاران، عوامل تسهیل کننده ارتباط نیز وجود دارند که در مراقبت و امر بهبود بیمار بسیار موثر هستند. از جمله ایجاد اعتماد بین بیمار و پرستار، رضایتمندی بیمار از مراقبت ارائه شده، مورد توجه واقع شدن و پرداختن به پیگیری های درمانی و مراقبتی بیماران می توانند از جمله عوامل مهم تسهیل کننده ارتباط موثر درمانی به حساب بیایند [۱۳].

با وجود اهمیت زیاد ارتباط درمانی با بیمار، شواهد نشان می دهد نه تنها در ایران، بلکه در بیشتر کشورها پرستاران و دیگر اعضای تیم بهداشتی توجه کمتری به این نقش خود دارند و ارتباط با بیمار در سطح رضایت بخشی نیست [۱۴]. با توجه به وضعیت بیماران مزمن و اینکه مدت زمان

## عفت صادقان و همکاران

جزئیات بیشتری در ارتباط با موانع و تسهیل کننده های ارتباط از مشارکت کنندگان پرسیده شد. مدت مصاحبه ها از ۳۰ دقیقه تا ۶۰ دقیقه متغیر بود و بعضی از شرکت کنندگان بر حسب لزوم دو بار مورد مصاحبه قرار گرفتند. یادداشت در عرصه، یکی دیگر از روش های جمع آوری داده ها بود که با حضور محقق در محیط بخش و در شیفیت های مختلف انجام شد. ثبت یادداشت در عرصه در موقعیت مناسب (زمانی که مصاحبه ها اتمام یافته و قبل از فراموش کردن مطالب مصاحبه) و بلافاصله پس از اتمام آن به صورت مشروح انجام گرفت. به طور کلی، ۲۰ مصاحبه و ۵ یادداشت در عرصه تا رسیدن به اشباع نظری با ۱۲ پرستار و ۸ بیمار انجام گرفت. موارد یادداشت در عرصه شامل صحبت هایی از نمونه ها است که امکان استخراج گویه ها از صحبت های آنها زیاد است [۱۷].

همزمان با جمع آوری اطلاعات، فرایند تحلیل داده ها نیز انجام می گرفت. مصاحبه های ضبط شده با ضبط کننده صدا نسخه برداری شد. با توجه به این که تحقیق کیفی مستلزم آن است که محقق در داده ها غوطه ور شود، برای این منظور، محقق مصاحبه ها را چندین بار گوش داد و متن دست نوشته ها را چندین بار مرور کرد. سپس واحدهای معنایی از گفته های شرکت کنندگان در قالب کدهای اولیه استخراج گردید. کدها نیز بر اساس تشابه معنایی و مفهومی طبقه بندی و تا حد امکان کوچک و فشرده شد. روند تنزل در کاهش داده ها در تمام واحدهای تحلیل و طبقات فرعی و اصلی جریان داشت. در نهایت، داده ها در طبقات اصلی که کلی تر و مفهومی تر بودند، قرار گرفت و درونمایه ها انتزاع گردید. از نرم افزار MAXQDATA ورژن ۱۰ جهت آنالیز داده ها استفاده گردید [۱۷].

در طول مطالعه جهت صحت استحکام داده ها موارد زیر بررسی شدند: جهت اعتبار داده ها از طریق مصاحبه، مشاهده و یادداشتهای در عرصه و تأیید اطلاعات کسب شده توسط شرکت کنندگان انجام شد. اعتماد داده ها از طریق اجرای دقیق و مرحله به مرحله، جمع آوری و تحلیل داده ها و بازبینی مجدد انجام شد. مقبولیت داده ها با مرور دست نوشته ها توسط مشارکت کنندگان و استفاده از نظرات تکمیلی آنها و همچنین، درگیری طولانی مدت محقق با داده ها حاصل شد. علاوه بر این، دو استاد صاحب نظر در زمینه پژوهش های کیفی، تمام فرایند تحقیق را نظارت و حسابرسی کردند. کلیه ملاحظات اخلاقی در مطالعه حاضر

طولانی تری را در بیمارستان سپری می کنند [۱۵]، و در ارتباط نزدیک با کادر درمان بخصوص پرستاران هستند [۱۶]، لزوم برقراری ارتباط صحیح درمانی بیش از پیش مطرح می گردد. اما بنا به دلایل متعدد یکسری موانع بر سر راه ارتباط درمانی و تعامل پرستار و بیمار وجود دارد. هدف این مطالعه تبیین موانع و تسهیل کننده های ارتباط پرستاران با بیماران مزمین می باشد.

## روش کار

این مطالعه با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوی قراردادی (مرسوم) انجام شد. پژوهشگران در این مطالعه سعی در ایجاد معنا برای پدیده ها و تعبیر و تفسیر آنها بر حسب معانی ارایه شده در جایگاه طبیعی شان داشتند. در این مطالعه داده ها بصورت سیستماتیک طبقه بندی شدند و از طریق آن، کدها و درونمایه ها نمایان شد. متناسب با پژوهش کیفی، نمونه گیری با روش هدفمند شروع شد و با نمونه گیری نظری و حداکثر تغییرپذیری انجام شد. در واقع پژوهشگر به دنبال کسانی بود که تجربه غنی از موضوعات مورد بررسی و همچنین، توانایی و تمایل بیان آن را داشتند. مشارکت کنندگان مطالعه حاضر از بین بیماران مزمین بستر در بخش داخلی و پرستاران بالینی مشغول به کار در بیمارستان های دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان انتخاب شدند. معیارهای ورود برای پرستاران شامل داشتن مدرک کارشناسی پرستاری و بالاتر، سابقه کاری بالینی حداقل به مدت یک سال و برای بیماران شامل: داشتن بیماری مزمین و بستری حداقل ۳ روز در بخش داخلی، هوشیاری کامل و توانایی برقراری ارتباط با پژوهشگر بود.

داده ها به روش مصاحبه و یادداشت برداری در عرصه جمع آوری گردید. به این ترتیب که در ابتدا پژوهشگر به مشارکت کنندگان پرستار مراجعه نمود و با بیان هدف پژوهش و در صورت تمایل به شرکت در تحقیق، وقت مصاحبه از آنها گرفت. سؤالات باز به عنوان راهنمای مصاحبه طراحی گردید که پاسخ باز و تفسیری داشتند و سؤالات پیگیرانه به دنبال پاسخ افراد پرسش می شد. سؤال کلی که در مصاحبه ها برای پرستاران (یک روز کار با بیماران را برای من توضیح دهید) بود. بعد از مصاحبه با پرستاران، به سراغ بیماران رفته و مصاحبه با آنها را شروع می کرد. سوال کلی برای بیماران به این صورت بود: (یک روز بستریتان را برایم بیان کن). با ادامه مصاحبه، سؤالات مستقیم با

شامل تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشگاه و اخذ کد اخلاق به شماره IR.UMSHA.REC.1400.344 و اخذ رضایت مشارکت کنندگان و حفظ گمنامی آنان و اختیاری بودن خروج از پژوهش رعایت گردید.

## یافته ها

شرکت کنندگان تحقیق حاضر شامل بیماران و پرستاران بودند. بازه ی سنی پرستاران ۲۷-۴۸ سال و برای بیماران ۵۲-۷۳ سال بود. ۱۲ پرستار (۹ پرستار با مدرک کارشناسی و ۳ پرستار با مدرک کارشناسی ارشد) و ۸ بیمار در مصاحبه شرکت کردند. تجزیه و تحلیل حاصل از مصاحبه منجر به استخراج سه درون مایه اصلی شد که شامل «عوامل سازمانی، عوامل فردی و عوامل فرهنگی - محیطی» بود. طبقات اصلی حاصل شده نشان داد که تجارب پرستاران و بیماران از موانع و تسهیل کننده های ارتباط درمانی دارای ابعاد گسترده تری است. طبقات اصلی شامل: عوامل سازمانی (که زیر طبقات آن: حمایت ناکافی مدیران و عدم برنامه ریزی مناسب، عدم تکریم مافوق از پرستار، عدم برگزاری کارگاه آموزشی در رابطه با ارتباط درمانی بودند)، عوامل محیطی-فرهنگی (که زیر طبقات آن شرایط نامناسب کاری و عدم اعتماد بیمار و همراهان او بودند) و عوامل فردی (که زیر طبقات آن تعامل و همکاری بودند) (جدول ۱).

### ۱. عوامل سازمانی

این طبقه شامل زیرطبقات «حمایت مدیران و برنامه ریزی»، «تکریم مافوق از پرستار» و «برگزاری کارگاه آموزشی در رابطه با ارتباط درمانی» می باشد.

### موانع ارتباط

موانع ارتباط بین پرستار و بیمار شامل: عدم پاداش های مالی، تشویق و حتی قدردانی کلامی، فرق قائل نشدن از لحاظ کارانه و عدم برنامه ریزی و نداشتن تمایل به برگزاری کارگاه می باشد.

«پرستاری اذعان داشت که مدیران از اقداماتی مانند پاداش های مالی، تشویق و حتی قدردانی کلامی برای پرستارانی که تعهد کاری دارند و سعی می کنند کیفیت مراقبت را افزایش دهند، استفاده نمی کنند و آن پرستاری که آموزش می دهد با پرستاری که به این موضوع بی توجه هستند، فرقی ندارند. این عامل باعث احساس کاهش انگیزه و انرژی می شود» (شرکت کننده پرستار ۲).

«اینجا از لحاظ کارانه هیچ فرقی نمی دارند. نوبتی به همه

می دهند. من که دارم از بیمار مزمن دیابتی کار میکنم یه فرقی با پرستاری که تو بخش جراحی فقط یه روز با مریض درگیره باشه دیگه ولی نیست و این کارشون درست نیست، باید اینو بسپارند به سرپرستار و اون هم همه را بذاره زیر ذره بین و به کسی که استحقاقش را داره و تلاش کرده بده. اینجا اینطوری نیست باید صبر کنی تا نوبتت برسه!» (مشارکت کننده پرستار ۸).

«فرقی نمیکند بین پرستاری که خدمت صادقانه میکند و ارتباط خوب و درمانی با بیماران برقرار می کند، با کسی که همین جوری شیفت میگذرانند؛ ما که داریم از بیمار سرطانی مواظبت میکنیم و هر روز داروی شیمی درمانی آماده میکنیم درجه و جایگاه مون با کسی که سابقه ش خیلی کمتر از ماست و بخش راحت تری کار میکنه یکی هست و حتی شاید اون از جایگاه بهتری پیش مسوؤلان برخوردار باشه» (مشارکت کننده پرستار ۴).

یکی دیگر از زیر طبقات «برگزاری کارگاه آموزشی در رابطه با ارتباط درمانی» بود که از کدهای اولیه استنباط گردید. «آنها جهت ارتباط با بیمار هیچ گونه برنامه ریزی ندارند و تمایلی هم نشان نمی دهند که این مشکل رفع شود. حتی اتاق و فضای خاصی در بخش که بتوان در آنجا بتوان به عنوان مثال به بیمار آموزش حین بستری مثل مراقبت از سوند و ... داد، وجود ندارد و در این مورد برنامه ریزی خاصی انجام نشده است.» (مشارکت کننده پرستار ۱)

«برای آموزش های پرستاران ارزش قابل نیستند. هنوز این فرهنگ جا نیفتاده که پرستار همه این دروس و واحدها را گذارنده و فردی آگاه است.» (مشارکت کننده پرستار ۳).

### تسهیل کننده ارتباط

زیر طبقه «تکریم مافوق از پرستار»، از جمله زیر طبقه های دیگر عامل سازمانی بود. پرستاران اعتقاد داشتند که قدرشناسی مسئولین، عامل تسهیل کننده ارتباط درمانی مناسب می باشد. همچنین یکی از مشارکت کنندگان بیان نمود: «من همیشه سعی میکنم حتی در شیفت های شلوغ به بیماران سکته مغزی و مراقبین اونها آموزش بدم و وقتی میبینم بیمار نیازی داره بهش اطلاعات میدم، مدیران هم بخوبی قدردانی میکنند و امیدوارم این کار همیشه ادامه داشته باشد» (مشارکت کننده پرستار ۱۱).

«تشویق و پاداش همیشه باید باشد. همانطور که تنبیه و تذکر هستو درسته وظیفمون هست که با بیمار ارتباط درست داشته باشیم و خودمون را معرفی کنیم و با او صحبت

## عفت صادقان و همکاران

باشم و هم مریضم احساس امنیت بکنه. خوشبختانه مسئول شیفتم هم با من خوب همکاری میکنه» (مشارکت کننده پرستار ۱۲).

### ۳. عوامل فردی

این طبقه از زیرطبقات «عدم همکاری و تعامل و بستری طولانی مدت» تشکیل شده است.

#### موانع ارتباط

یکی از موانع ارتباط با بیمار بر اساس زیر طبقه «عدم همکاری و تعامل بین بیمار مزن و پرستار» به این صورت بود که بیمار از اینکه مدت طولانی در بخش بستری بود احساس خستگی و بی حوصلگی می کرد. پرستاران هم به خاطر بستری بودن طولانی مدت بیماران به خاطر شرایط مزن بیماری، از انجام کارهای روتین خسته شده بودند. «هر پرستار که میاد روی سرم، ازم میخواد که این کار و بکنم و دستور میده. شاید من از یه پرستار و رفتارش خوشم نیاد و دوست نداشتم باشم ازم مواظبت کنه، من خودم میدونم چطوری با بیماری م کنار بیام» (مشارکت کننده بیمار ۵).

«من الان زخم دیابتی دارم. یه پرستار یه روی میاد قشنگ زخم رو پانسمان میکنه و یکی دیگه میاد و خرابش میکنه و اینجوری که نمیشه، من خودم دیگه یاد گرفتم چطوری زخم رو پانسمان کنم» (مشارکت کننده بیمار ۲).

«پرستار جوری حرف میزنه که من زیردستم. باید یاد بگیره که چطوری با من برخورد کنه. من خودم با کلی درد و بیماری اومدم پناه آوردم به بیمارستان. اینها هم اینجوری برخورد میکنند. درسته شیفت میدن، خسته میشن ولی خب حداقل در طول شیفت یک بار بیان به من سر بزنی و حالمو بپرسی یا نه!» (مشارکت کننده بیمار ۱).

«دوست دارم هر کاری برای بیمار انجام بدم، حتی اگه به چشم همکارام زشت باشه، اما از اینکه بیمار به من بگه چی کار بکن و دستور بده، متنفرم. بیمارا مثل یک نوکر به ما نگاه میکنن. چون خیلی وقت است بیمار هستند و شرایط مزن دارن و از همه چی در مورد بیماری شون باخبرن، فکر میکنن که من باید طبق دستور اونا باشم. من یه شخصی هستم که درس خوندم و مدرک صلاحیه حرفه ای دارم و همش نباید مثل یک بهیار کار کنم. مریض ده بار در طول شیفت میگه پرستار بیا، پرستار این کارو بکن. خب بخاطر اینکه ماهی یه بار میاد بستری میشه و عادت کرده به اینجا. اینجوری که نمیشه! ما کلی مریض

کنیم و اعتمادش را کسب کنیم تا بتونیم مراقبت را پیش ببریم، ولی اگه مسؤولان زبانی هم تشکر نکنند، انرژی ما بیشتر میشه» (مشارکت کننده پرستار ۱۲).

### ۲. عوامل فرهنگی و محیطی

این طبقه شامل «شرایط نامناسب کاری و عدم اعتماد بیمار و همراهان او به پرستار» می باشد.

#### موانع ارتباط

شرایط نامناسب کاری یا محیطی شامل عدم رعایت قانون انطباق، احساس خجالت از طرف بیمار یا پرستار جهت برقراری ارتباط، مذهبی بودن طرفین ارتباط، بار کاری زیاد در قالب عدم تناسب تعداد بیمار و پرستار و عدم اعتماد بیماران به پرستاران بود. «هر روز که میای سرشیفت، کلی مریض بهت تحویل میدن. مگه ما چند تا دست داریم، حتی یه ذره هم نمیتونم در طول شیفت بشینم از بس که کار دارم و مشغله زیاده. اینا به خاطر اینه که پرستار کمه و مریض زیاده. برنامه ریزی هم که اصلا نیست. وقتی هم نتونی کار بیمار رو انجام بدی، خب مسلما دیگه صدات نمیکنه و ازت کمک نمیخواد، چون اعتمادش دیگه رفته و دیگه بهت اعتماد نداره» (مشارکت کننده پرستار ۶).

«ارتباط با پرستار مرد برای ما سخت است. من که نمیتونم همه رازها و حرف ها رو به پرستار مرد بگم و خیلی برام سخته» (مشارکت کننده بیمار ۳).

«من یک روز به یک پرستار گفتم که با شوهرم مشکل داشتم و طلاق گرفتم، فردا یه پرستار دیگه اومد به من گفت که چند ساله که طلاق گرفتی! فردا که اون پرستار اولی رو دیدم کلی باهاش بحث و سرصدا کردم که من به تو اعتماد کردم و تو چرا پیش همه گفتی!» (مشارکت کننده بیمار ۶).

#### تسهیل کننده ارتباط

«یه روز به یه پرستار گفتم که مشکل ادرار دارم. سریع به دکتر زنگ زد. داشتم میترکیدم. مشکلمو پرستار حل کرد. این باعث شد که وقتی اون پرستار شیفت باشه، من حالم خوب میشه، انرژی میگیرم. مگه من چی میخوام چی انتظاری دارم؟ یه روی خوش!!!» (مشارکت کننده بیمار ۴).

«من خودم سعی میکنم سمت بیمار غیر همجنس نرم. بعضی بیمارا خب مذهبی هستن و خجالت میکشه که من آنژیوکت فیکس کنم و خیلی از کارا. واسشه همین سعی میکنم که از همون اول شیفت از مسئول شیفت بخوام که مریض همجنس به من بده که بتونم هم خودم راحت



همراه و مراقبین اصلی بیمار هم آموزش پذیرن و همکاری میکنند» (مشارکت کننده پرستار ۸).  
 «وقتی میبینم پرستار اول شیفت میاد خودشو معرفی میکنه و با روی خوش با من صحبت میکنه، از نظر من یه آدم شریفه و میشه بهش اعتماد کرد. خب من با جون دل مشکلاتمو بهش میگم و از کمک میخوام. حس مسئولیت پرستار از رفتارش مشخصه و من چون زیاد میام بستری میشم، دیگه همه پرستارا رو تو این بخش شناختم تقریباً» (مشارکت کننده بیمار ۵).

داریم مگه یکی دوتااست ...» (مشارکت کننده پرستار ۳).  
**تسهیل کننده ارتباط**  
 «مراقبت یک کار تیمی است و علاوه بر زحمت پرستار، بیمار و مراقبش هم باید با ما همکاری کنه. شرایط بیماری مزمن فرق داره. همراه بیمار باید یه سری چیزها رو یاد بگیره و به ما هم کمک کنه. رابطه ما باید دوستانه و عاطفی باشه چون این دسته از بیمارا حداقل هر دو ماه میان بستری میشن. من خودم در طول شیفتم همه ی اصول مراقبتی رو آموزش میدم و حوصله ی بالایی دارم و

جدول ۱. موانع و تسهیل کننده های ارتباط

طبقه	زیر طبقه	مانع ارتباط	تسهیل کننده ارتباط
عوامل سازمانی	۱. حمایت مدیران و برنامه ریزی ۲. تکریم مافوق از پرستار ۳. برگزاری کارگاه آموزشی	۱. عدم پاداش های مالی، تشویق و حتی قدردانی کلامی ۲. فرق قائل نشدن از لحاظ کارانه ۳. عدم برنامه ریزی و نداشتن تمایل به برگزاری کارگاه	۱. قدرشناسی مسئولین
عوامل محیطی و فرهنگی	۱. شرایط نامناسب کاری ۲. عدم اعتماد بیمار و همراهان او به پرستار	۱. حساس خجالت از طرف بیمار یا پرستار جهت برقراری ارتباط ۲. مذهبی بودن طرفین ارتباط ۳. بار کاری زیاد در قالب عدم تناسب تعداد بیمار و پرستار	۱. اعتماد بیماران به پرستاران ۲. رعایت قانون انطباق
عوامل فردی	۱. عدم همکاری و تعامل ۲. بستری طولانی مدت	۱. عدم همکاری و تعامل بین بیمار مزمن و پرستار به دلیل خستگی ناشی از طولانی شدن روند درمان ۲. عدم ارتباط پرستار و بیمار به خاطر خستگی ناشی از انجام کارهای روتین بیماران	۱. صبور بودن پرستار ۲. آموزش پذیر بودن مراقبین خانوادگی ۳. حس مسئولیت پرستار

## بحث

ادراک پرستاران بود؛ این عامل شامل فقدان حمایت های مناسب از قبیل امکانات و انگیزه، به روز نبودن آگاهی های پرستاران، برگزار نشدن کارگاه آموزشی و تخصصی در مورد ارتباط صحیح با بیمار و مهارت های ارتباطی و تجزیه و تحلیل نکردن موانع ارتباط درمانی بود.

درون مایه بعدی، عوامل محیطی بود که بسیار تأثیرگذار در ارتباط بین پرستاران با بیماران بود و شامل زیر طبقات شرایط نامناسب کاری و نبود اعتماد بیمار و همراهان او به پرستار بود. زمانی که تعداد پرستاران و بیماران با همدیگر همخوانی نداشته باشند و حجم کاری بالا باشد، بالطبع از عوارض آن ایجاد نارضایتی بین پرستاران و بی اعتمادی بین بیماران می شود. مطالعه Mecabe و همکاران در راستای مطالعه ادعا دارد که پرستاران زمانی می توانند با بیماران ارتباط خوب برقرار کنند که حجم کاری مناسب باشد و نسبت پرستار به بیمار به خوبی محاسبه گردد و مادامی که پرستار به شیوه بیمار مدار (نه وظیفه مدار) عمل کند، کیفیت مراقبت افزایش خواهد یافت و بدنبال آن اعتماد بین پرستاران و بیماران بهبود پیدا خواهد کرد [۱۹]. غیاثوندیان

یافته های مطالعه نشان دادند که در ارتباط درمانی بین پرستار با بیمار عوامل تأثیر گذار فراوانی وجود دارد که این عوامل را ادراک پرستاران و بیماران مشخص کردند. اولین طبقه، عوامل سازمانی بود که بر اساس اطلاعات بدست طی مصاحبه ها، حمایت مدیران و برنامه ریزی، تکریم مافوق از پرستار و برگزاری کارگاه آموزشی از عوامل موثر بر آن بودند. لاهوتی در پژوهش خود بیان داشت که نبود انگیزه و عدم حمایت مدیران از جمله موانع برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار است. همچنین نبود برنامه ریزی مناسب جهت پروراندن پرستاران جهت ارتقاء مهارت ارتباطی از عوامل دیگر بود [۱۷]. یافته های مطالعه Meehan و همکاران نیز در این زمینه با نتایج پژوهش حاضر هم خوانی دارد. پرستاران در پژوهش مورد اشاره به بی انگیزگی و نبود برنامه ریزی مناسب از جمله عوامل مهم بازدارنده ارتباط اشاره کرده اند [۱۸]. از آنجا که عدم برنامه ریزی مناسب، از ابعاد مهم تشکیل دهنده درون مایه اصلی عوامل سازمانی به عنوان عامل بازدارنده ارتباط درمانی بر اساس

## عفت صادقیان و همکاران

سرطانی محدود می کنند [۲۴]. احتیاط در تعمیم پذیری، از محدودیتهای نتایج تمام تحقیقات کیفی است. این مطالعه در بین پرستاران و بیماران، بیمارستان های آموزشی درمانی انجام شده و نتایج را نمیتوان به پرستاران و بیماران، شاغل در سایر بخش های از جمله خصوصی و نظامی تعمیم داد.

### نتیجه گیری

مهمترین یافته ی مطالعه حاضر این بود که ارتباط درمانی صحیح پرستاران با بیماران مزمّن از سه دسته عامل منشاء میگیرد. در واقع عواملی وجود دارد که در رابطه با شغل پرستاری و وضعیت بیماری، روی ارتباط درمانی بین پرستار و بیمار می تواند بعنوان عامل بازدارنده یا تسهیل کننده عمل کند. عواملی که با تمرکز و برنامه بیشتر قابل تعدیل هستند و به بهتر شدن ارتباط درمانی و رضایت بهبودی بیمار و رضایت خاطر پرستار می شوند. از آنجائی که برقراری ارتباط مؤثر، عامل مهمی در به دست آوردن نتایج مثبت از درمان، کاهش تنش و افزایش میزان رضایت مندی بیمار از مراقبت های درمانی می باشد، بنابراین جنبه اجتناب ناپذیری از مراقبت های پرستاری تلقی می گردد. بنابراین پیشنهاد می گردد عوامل ارتقاء ارتباط درمانی بین پرستاران و بیماران مورد توجه باشد و نقاط ضعف در این مقوله رفع گردد و توجه ویژه از جانب مدیران پرستاری و مراکز درمانی مورد نیاز است.

### سیاسگزاری

این مطالعه حاصل طرح مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی و تأییدیه کمیته اخلاق مورخ ۱۴۰۰/۰۷/۰۱ و به شماره IR.UMSHA.REC.1400.344 می باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی همدان انجام شده است. پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت، کمیته تحقیقات دانشجویی اعلام می دارند، همچنین از پرستاران و مددجویانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند سپاسگزاری می شود.

### تضاد منافع

محققان تأکید می نمایند در انجام، استخراج و گزارش نتایج این مطالعه هیچ گونه تضاد منافی وجود نداشته است.

و همکارانش نیز در مطالعه شان از جمله مهمترین مانع ارتباطی در بین دانشجویان با پرستاران را عدم پذیرش و ناآگاهی پرستاران از ارتباط مناسب با دانشجویان برشمردند [۲۰]. فرهنگ از جمله عوامل بسیار تاثیرگذار است که می تواند در مواقع بعنوان مانع ارتباط صحیح پرستاران با بیمار می شد. طبق ادراک پرستاران، نا آگاهی بیماران از تحصیلات عالی و به روز بودن اطلاعات پرستاران و اینکه در محیط پربراری پرورش یافته اند؛ و به دنبال آن عدم پذیرش ارتباط صحیح درمانی از طرف آنان، مانع ایفای ارتباط درمانی می باشد. تحقیقات در این زمینه نشان داده است فرهنگ در هر محیطی بر روند تبادل انتقال پیام موثر می باشد اما اثر آن براساس اعتقادات مردم است. پژوهش های متفاوتی هم که در سراسر جهان انجام شد معتقد بودند که هنوز این معضل وجود دارد و همه گیر است. پرستاران برای حل این مشکل باید با انجام مراقبت های تخصصی و ارتباط نزدیک و درمانی با بیمار و مراقبین خانوادگی شان و همچنین شرکت در آموزش های همگانی که جامعه محور است، دید عموم را نسبت به این قضیه روشن نماید [۲۱،۲].

درون مایه سوم است در رابطه با عوامل فردی که بعنوان عامل برای ارتباط محسوب می شد، بود. در واقع از دیدگاه بیماران، پرستاران کم کاری میکردند و از دیدگاه پرستاران، بیماران همکاری نمی کردند. بنابراین با توجه به برداشتی که محقق از درک بیماران و پرستاران کرده است، نیاز است که هم بین بیماران و هم بین پرستاران، ارتباط دو طرفه باشد و هر دو طرف سعی صدر داشته باشند و با تعامل و خوشرفتاری جهت بهبود بیمار و حل مشکلات ایشان گام بردارند. در مطالعه ی Bays از مهمترین عوامل و توانایی ها در ارتباط می توان به داشتن مهارت در خوشرفتاری و جذب طرف مقابل برای برقراری ارتباط اشاره کرد [۲۳]. در مطالعه حاضر در حیطه عوامل فردی، پرستاران اذعان داشتند که شدید بودن بیماری و مزمّن بودن آن و همچنین بستری طولانی مدت بیماران، میتواند بعنوان مانع ارتباط موثر بین پرستار و بیمار است. برخی پژوهش های انجام شده در سایر کشورها، وخامت و پیش آگهی بد بیماری را از جمله محدود کننده های ارتباط پرستار و بیمار معرفی کردند. در این خصوص Kruijver و همکاران نیز در مطالعه خود نتیجه گرفتند که پرستاران ارتباط شان را با بیماران



## References

1. Arkorful V, Hammond A, Basiru E and et al. A cross-sectional qualitative study of barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients, International Journal of Public Administration 2020;1-14, <https://doi.org/10.1080/01900692.2020.1729797>
2. Al-Kalaldeh M, Amro N, Qtait M et al. Barriers to effective nurse patient communication in the emergency department. Journal of Nursing Education 2020; 28(3): 1-7. <https://doi.org/10.7748/en.2020.e1969>
3. Chan ZCY, Lai CKY. The nurse-patient communication: voices from nursing students. Int J Adolesc Med Health. 2016 2;29(6):j/ijamh.2017.29.issue-6/ijamh-2016-0023/ijamh-2016-0023.xml. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2016-0023>
4. Haghighi S, Rooeintan M. Effective communication barriers between nursing students and patients from nursing students' point of view in Ahvaz in 2013-14. Educational Development of Jundishapur 2018 ;9(3):148-57. (In Persian)
5. Coleman J, Angosta A. The lived experiences of acute-care bedside registered nurses caring for patients and their families with limited English proficiency: a silent shift. Journal of Clinical Nursing 2017; 26(5): 678-689. <https://doi.org/10.1111/jocn.13567>
6. Bramhall, E. Effective communication skills in nursing practice. Nursing Standard 2014; 29(14): 53. <https://doi.org/10.7748/ns.29.14.53.e9355>
7. Castro E, Malfait S, Van Regenmortel T, Van Hecke, Sermeus W, Vanhaecht K. Co-design for implementin patient par-ticipation in hospital services: A discussion paper. Patient Education and Counseling 2018; 101(7): 1302-1305. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.03.019>
8. Brandenburg SJ. Nurse perceived barriers to effective nurse-client communication. Honors Undergraduate Theses. University of Central Florida, Florida FL 2017.
9. King G, Desmarais C, Lindsay S et al. The roles of effective communication and client engagement in delivering culturally sensitive care to immigrant parents of children with disabilities. Disability and Rehabilitation 2015; 37(15): 1372-1381. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.972580>
10. Acheampong E, Budu-Ainooson A, Okyere E, Afriyie J. A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communications among nurses and patients. BMC Nursing 2019; 18(4).
11. Amoah K, Anokye R, Boakye D, Gyamfi N. Perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients at Kumasi south hospital Cogent Medicine 2018; 5, (14): 159- 171. <https://doi.org/10.1080/2331205X.2018.1459341>
12. Vida S, Eesa M, Fazlollah A. Barriers to nurse-patient communication in cardiac surgery wards: A qualitative study Global. Journal of Health Science 2014;6(6): 234-241. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n6p234>
13. Rauseo M, Salem MA M. Effective communication in nursing: Is it necessary to know your own sociological Bias? College of Health and Human Service (2016).
14. Batterham R, Hawkins M, Collins P, Buchbinder R, Osborne R. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. Public Health 2016;132: 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001>
15. Dickens C, Lambert B, Cromwell T, Piano M. Nurse overestimation of patients' health literacy. Journal of Health Communication 2013; 18(1): 62-69. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825670>
16. Cafiero M. Nurse practitioners' knowledge, experience, and intention to use health literacy strategies in clinical practice. Journal of Health Communication 2013;18(1):70-81. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825665>
17. Lahoti V. Evaluation of barriers contributing in the demonstration of an effective nurse-patient communication in educational hospitals of Tehran. Nursing school, Shahid Beheshti Univ Medl Sciences. [dissertation]. Tehran: Univ Tehran Press; 2006. (In Persian)
18. Meehan T, Morrison P, Gazkill D, et al. factors influencing nurse-patient interaction in the acute psychiatric setting an exploration; Accessed June 28/2011. Available from: [http:// www.qnc.qid.gov.au/docs/research-report--meehan.pdf](http://www.qnc.qid.gov.au/docs/research-report--meehan.pdf).
19. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. J Clin Nurs. 2004;13(1):41-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365->

20. Ghiyasvandian S, Zakerimoghadam M, Peyravi H. Nurse as a facilitator to professional communication: a qualitative study. *Glob J Health Sci* 2014; 7(2): 294-303. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p294>
21. Cassandra Siyun Ch, Wai-Chi Chan S, Fai Chan M, Foon Yap S, Wang W, Kowitlawakul Y. Nurses' Perceptions of Psychosocial Care and Barriers to Its Provision: A Qualitative Study. *The Journal of Nursing Research* 2017; 25(6): 411-418. <https://doi.org/10.1097/JNR.000000000000185>
22. Holloway I, Galvin K. *Qualitative research in nursing and healthcare*. 4 ed. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2016.
23. Bays AM, Engelberg RA, Back AL, Ford DW, Downey L, Shannon SE, Doorenbos AZ, Edlund B, Christianson P, Arnold RW, O'Connor K, Kross EK, Reinke LF, Cecere Feemster L, Fryer-Edwards K, Alexander SC, Tulsy JA, Curtis JR. Interprofessional communication skills training for serious illness: evaluation of a small-group, simulated patient intervention. *J Palliat Med*. 2014;17(2):159-66. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0318>
24. Kruijver IP, Kerkstra A, Bensing JM, van de Wiel HB. Nurse-patient communication in cancer care. A review of the literature. *Cancer Nurs*. 2000;23(1):20-31. <https://doi.org/10.1097/00002820-200002000-00004>