

موانع برقراری ارتباط بیمارمحور: تجارب بیماران مبتلا به سرطان، اعضای خانواده و پرستاران آن‌ها

مریم رسولی^۱، وحید زمان‌زاده^۲، عباس عباس‌زاده^۳، علیرضا نیکانفر^۴، حمید علوی مجد^۵، فرناز میرزا احمدی^۶، اکرم قهرمانیان^۷

تاریخ دریافت 1392/06/06 تاریخ پذیرش 1392/08/11

چکیده

پیش زمینه و هدف: شواهد نشان می‌دهد که پرستاران در برقراری ارتباط مبتنی بر نیازها، ترجیحات و فردی‌سازی ارتباط با بیماران خود ناموفق بوده و نارضایتی بیماران مهم‌ترین پیامد این مسئله است. این مطالعه برای تبیین موانع ارتباط بیمارمحور بر اساس تجارب بیماران مبتلا به سرطان، خانواده و پرستاران آن‌ها انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش تحلیل محتوای قراردادی با ۹ بیمار، ۳ عضو خانواده و ۵ پرستار در بخش‌های انکولوژی تبریز انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌ی عمیق نیمه‌ساختاریافته به روش نمونه‌گیری هدفمند جمع‌آوری و به‌طور هم‌زمان تحلیل شد. استحکام تجزیه‌وتحلیل داده‌ها به وسیله مشارکت‌کنندگان و کنترل خارجی کنترل گردید.

یافته‌ها: علیرغم تمایل پرستاران و بیماران به برقراری ارتباط بیمارمحور، عوامل بازدارنده‌ی آن را محدود می‌کرد. در زمینه‌ی سازمانی، موانعی چون ناهماهنگی حجم کار و زمان، فرهنگ سازمانی به شکل بی‌توجهی به نیاز پرستار و بیمار، روتین‌محوری به جای بیمارمحوری، شیف‌های اضافی و فقدان نظارت؛ و در زمینه‌ی روان‌شناختی، مشکلات عاطفی بیمار، ناشی از تشخیص سرطان و درمان‌های تهاجمی و حس آسیب‌پذیری در پرستاران ناشی از حس مخاطره‌آمیز بودن کار با بیمار مبتلا به سرطان از نظر جسمی و روانی مطرح بود. در زمینه‌ی فرهنگی - اجتماعی، غیرهم‌بانی، جنسیت ناهماهنگ، بی‌سوادی و کم بودن سواد سلامت و تصورات غلط در مورد صمیمیت‌درمانی، از ارتباط بیمارمحور ممانعت می‌کرد.

بحث و نتیجه‌گیری: برای ارتباط بیمارمحور، تغییر در فلسفه و فرهنگ حاکم بر محیط‌های مراقبتی ضروری است. پرستاران باید آموزش مناسب منطبق با نیازهای خود دریافت نمایند که در آن بر رویکردهای فلسفی کل‌نگر و بیمارمحور تاکید گردد. مدیران پرستاری باید علاوه بر نظارت بر عملکرد ارتباطی پرستاران به نیازهای شخصی و عاطفی آن‌ها نیز توجه نمایند.

کلید واژه‌ها: سرطان، ارتباط بیمارمحور، موانع، تحلیل محتوای کیفی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره دهم، پی در پی 51، دی 1392، ص 753-764

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، تلفن: ۰۹۱۲۳۸۷۹۲۴۷
Email: ghahramaniana@gmail.com

مقدمه

بیمارمحور به عنوان ارتباطی تعریف می‌شود که در آن به نیازها، اعتقادات، ارزش‌ها و ترجیحات مددجو احترام گذاشته شود (۴). برای پرستاران و سازمان‌های مراقبتی این بدین معنی است که باید در ارتباط نظرات، ارزش‌ها و عقاید بیماران شناسایی و مورد احترام قرار گیرد و بیماران تشویق شوند در مراقبت‌های خود و تصمیمات مرتبط با خود دخالت نمایند (۵).

ارتباط موثر، ویژگی اساسی مراقبت‌های پرستاری باکیفیت است که در طول زمان به عنوان یک اصل ضروری در مراقبت بیمارمحور مورد توجه قرار گرفته است (۱). با توجه به نقش ارتباط بین مراقبین و بیماران در کیفیت مراقبت، پیامدهای مراقبتی و رضایت از نظام سلامت (۲)، در چند دهه اخیر مفهوم ارتباط بیمارمحور اهمیت یافته است (۳). در متون، ارتباط

۱ استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ایران

۲ دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

۳ استاد، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران

۴ دانشیار، مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

۵ دانشیار، دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ایران

۶ دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بناب، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، بناب، ایران

۷ دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران (نویسنده مسئول)

با این حال مطالعات، ارتباط پرستاران با بیماران را سطحی و مهارت‌های ارتباطی پرستاران را در برقراری ارتباط بیمارمحور، نارسا ارزیابی کرده‌اند (۶-۸). بر اساس گزارش آژانس تحقیقات و کیفیت مراقبت‌های سلامت^۱، ۱۰/۸ درصد از بیماران معتقدند که ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بعضی مواقع یا هرگز به طور دقیق به آن‌ها گوش نمی‌دهند، موارد را به طور واضح توضیح نمی‌دهند، به آنچه آن‌ها می‌گویند احترام نمی‌گذارند و زمان کافی را با آن‌ها نمی‌گذرانند (۹). تعدادی از بیماران به دلیل پرسیدن سؤالات یا بیان دغدغه‌های خود در طی تعاملات با مراقبین با واکنش‌های رفتاری نامناسب روبرو می‌شوند (۲).

با وجود اهمیت ارتباط بیمارمحور در کاهش تنش، اضطراب و حس بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به سرطان (۱۰-۱۵)، عوامل مرتبط با بیمار و مراقب ممکن است مانع از آن شود (۱۶). Tay و همکاران نشان دادند که بعضی از عوامل از قبیل میزان مهارت‌های ارتباطی پرستاران، محتوای برنامه‌های آموزشی، دیدگاه وظیفه‌محور و مهارت کم پرستاران در ارائه جنبه‌های روانی مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان، که پس از افشای تشخیص، در شرایط عاطفی سختی به سر می‌برند، خواهان اطلاعات و دخالت در مراقبت و تصمیم‌گیری هستند و اغلب دوست ندارند در مورد احساسات، ترس‌ها و باورهای خود در رابطه با بیماری، زندگی و مرگ صحبت کنند، می‌تواند بر کیفیت ارتباط پرستار-بیمار موثر باشد (۱۷). از طرف دیگر، طبیعت مراقبت در سرطان تحت تأثیر عوامل سازمانی نیز قرار می‌گیرد (۱۸)، فخر موحدی و همکاران نشان دادند که علیرغم تمایل پرستاران و بیماران به برقراری یک ارتباط بیمارمحور، فرهنگ سازمانی، درخواست‌ها و نوع انتظارات سازمان از پرستاران و حجم کاری سنگین می‌تواند در عمل، ارتباط بیمارمحور را به ارتباط مشکل‌محور محدود نماید (۱۹).

هر چند مطالعات در زمینه بررسی کیفیت و کمیت ارتباط پرستار-بیمار محدود نیست (۲۰-۲۲) اما جستجوی متون در ایران نشان می‌دهد که مطالعات در مورد موانع برقراری ارتباط پرستار-بیمار بسیار محدود بوده و شامل بررسی موانع ارتباط بیمارمحور نیست. لاهوتی این موانع را از دید پرستاران شامل عواملی چون کمبود پرستار، نبود وقت کافی، عدم آگاهی بیمار از موقعیت پرستار و ارتباط غیراصولی مسئولین پرستاری می‌داند (۲۳). برآز پردنجانی و همکاران نشان دادند که توافق نظرها و اختلافاتی بین دیدگاه پرستاران و بیماران در مورد موانع ارتباط پرستار-بیمار وجود دارد، به نحوی که بیماران بیشتر اختلاف زبانی، سنی و جنسی خود با پرستاران، زیاد بودن حجم کاری پرستاران و

بداخلاقی آن‌ها را به عنوان موانع عمده برای ارتباط ذکر می‌کنند و پرستاران حجم کاری زیاد، سختی کار، کمبود امکانات رفاهی برای خود، خستگی جسمی و روحی و فقدان سیستم قردانی از پرستار را در ضعف ارتباطی خود با بیماران مهم می‌دانند (۲۴). مطالعه‌ی این موانع از دید تمام افراد درگیر در تعاملات پرستار-بیمار می‌تواند به تعمیق و گسترش درک ما از این عوامل بازدارنده کمک کند و این امکان را فراهم کند که مداخلات و سیاست‌گذاری‌ها در بخش سلامت به طور واقع‌بینانه‌تری برای حذف یا تعدیل موانع به کار گرفته شود.

با توجه به این‌که تاکنون موانع ارتباط بیمارمحور در مراقبت سرطان بررسی نشده است و با توجه به اهمیت تحقیقات کیفی در شناسایی و کشف تجارب واقعی مشارکت‌کنندگان از زاویه دید آن‌ها، این تحقیق با روش کیفی جهت تبیین موانع برقراری ارتباط بیمارمحور بین بیماران مبتلا به سرطان و پرستاران آن‌ها انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه با روش تحلیل محتوای کیفی، برای کشف تجارب مشارکت‌کنندگان از موانع ارتباط بیمارمحور در مراکز اصلی انکولوژی در شهر تبریز شامل دو بیمارستان عالی نسب و بیمارستان شهید آیت الله قاضی طباطبایی انجام شد که تقریباً کلیه بیماران مبتلا به سرطان در منطقه شمال غرب ایران به این دو مرکز ارجاع داده می‌شوند. مشارکت‌کنندگان مطالعه عبارت بودند از ۹ بیمار، ۳ عضو خانواده و ۵ پرستار که با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. معیارهای ورود برای بیماران عبارت بود از، داشتن حداقل ۲۰ سال سن و اینکه با توجه به پرونده و نظر پزشک معالج از نظر روانی سالم باشند. خانواده‌ی بیماران مصاحبه شونده نیز باید حداقل ۲۰ سال سن داشته و دارای تجربه همراه بودن برای بیمار در طی دوران بستری باشند. برای پرستاران معیارهای ورود شامل داشتن حداقل یک سال سابقه کار در بخش انکولوژی و حداقل مدرک کارشناسی پرستاری بود.

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته انجام شد. به این ترتیب که پس از توضیح هدف از مطالعه به مشارکت‌کنندگان و گرفتن رضایت آگاهانه مبنی بر شرکت در پژوهش و ضبط مصاحبه‌ها، روند مصاحبه با سؤالات عمومی‌تر شروع و با روند پیشرفت مصاحبه و تحلیل هم‌زمان داده‌ها سؤالات، جزئی‌تر شد. نوع پاسخ مشارکت‌کنندگان، نوع و تعداد سؤالات در مصاحبه را مشخص می‌کرد. برای مثال نمونه‌ای از سؤالات مصاحبه با بیماران و پرستاران در جدول ۱ آمده است. در موارد مورد نیاز محقق با سؤالات پیگیری، مشارکت‌کنندگان را

¹ Agency For Healthcare Research And Quality

به بیان تجارب، خاطرات و تشریح بیشتر ادراکشان از چیزی که بیان می‌کردند، هدایت می‌نمود.

فرایند تحلیل داده‌ها در تحلیل محتوای قراردادی با توجه به مراحل پیشنهادی گرانهیم و لاندمن (Graneheim&Lundman) (۲۵) انجام شد، به نحوی که ابتدا مصاحبه به متن تبدیل شده و پس از چند بار خواندن متن آنها، کلمات، جملات و یا پاراگراف‌ها به عنوان واحدهای معنایی در نظر گرفته شده و با توجه به مفهوم نهفته در آنها به سطح انتزاع و مفهوم‌پردازی رسیده و توسط کدها نام‌گذاری شدند و کدها از نظر تشابهات و تفاوت‌هایشان با یکدیگر مقایسه شدند و تحت طبقات انتزاعی‌تر با برچسب مشخص دسته‌بندی گردیدند. تمام مصاحبه‌ها در اولین فرصت پس از چند بار گوش دادن بر روی کاغذ پیاده شد و پس از تایپ، کدگذاری گردید. طول مصاحبه‌ها بین ۲۳ تا ۸۹ دقیقه متغیر بود. روند کددهی و طبقه‌بندی داده‌ها در زیرطبقات و طبقات در گروه تحقیق به طور مداوم بحث می‌شد تا گروه به اتفاق نظر در رابطه با روند کددهی و طبقه‌بندی داده‌ها رسید. جمع‌آوری داده‌ها تا اشباع داده‌ها در طبقات ظهور یافته ادامه یافت به طوری که در سه مصاحبه آخر محققین مطمئن شدند که ایده‌ها، مفاهیم و طبقات جدیدی از داده‌ها حاصل نمی‌شود (۲۶).

صحت و استحکام داده‌ها توسط روش‌های کنترل توسط خود مشارکت‌کنندگان و کنترل خارجی بررسی شد. در کنترل توسط مشارکت‌کنندگان بخشی از متن، همراه با کدهای اولیه به مشارکت‌کننده داده می‌شد تا میزان تجانس ایده‌های مستخرج محقق از داده‌ها را با تجارب خود مقایسه و تایید نمایند. در روش کنترل خارجی دو قسمت از متن مصاحبه به دو محقق دارای

سابقه پژوهش کیفی در زمینه سرطان ارسال شد و از آنها خواسته شد که با توجه به اهداف و سؤالات پژوهش آنها را کدگذاری نمایند سپس میزان توافق بین کدگذاران خارجی با کدهای خود محققین با استفاده از روش Holsti (۲۷)، سنجیده شد که میانگین آن ۷۸ درصد بود. در روند تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از جلسات بحث در گروه تحقیق نیز سعی شد صحت و استحکام یافته‌ها افزایش یابد.

یافته‌ها

تمام پرستاران مشارکت‌کننده در پژوهش، دارای مدرک کارشناسی بوده و طول مدت سابقه کار آنها در انکولوژی یک و نیم سال تا ۲۹ سال بود. یک نفر مرد و بقیه زن بودند. دو نفر دارای پست سرپرستاری و بقیه به عنوان پرستار دوم در شیفت‌های مختلف در گردش بودند. بیماران شرکت‌کننده در رده سنی ۲۰ تا ۵۹ سال بوده ۳ نفر زن و بقیه مرد بودند. از سه همراه، یک نفر مادر بیمار و دو نفر از فرزندان بیمار بودند. بیماران با تشخیص سرطان خون، پستان، روده، لنفوم، سارکوم، معده و کبد تحت درمان بودند. تمام بیماران تجربه شیمی درمانی را داشتند. نتایج مطالعه‌ی ما نشان داد که علیرغم تمایل پرستاران و بیماران به برقراری یک ارتباط بیمارمحور و مبتنی بر شرایط منحصر به فرد بیمار و مراقب، همواره این نوع ارتباط از طریق عوامل بازدارنده‌ای محدود می‌شود. این موانع در سه طبقه شامل موانع سازمانی، روان‌شناختی و فرهنگی اجتماعی طبقه‌بندی شد که در ادامه در مورد زیرطبقات در هر طبقه بحث می‌شود (جدول ۲).

جدول شماره (۱): نمونه سؤالات مصاحبه از بیماران، اعضای خانواده و پرستاران مشارکت‌کننده در پژوهش

نمونه سؤالات مصاحبه با بیماران	نمونه سؤالات مصاحبه با اعضای خانواده	نمونه سؤالات مصاحبه با پرستاران
پرستاران در ارتباط با شما چگونه عمل می‌کنند، که نشان دهند تمام نیازهای شما برای آنها مهم است؟	پس از آگاهی از تشخیص بیماران چه مشکلات و نگرانی‌های داشتید؟	آیا بیماران و خانواده‌ی آنها با شما در مورد مشکلات، نیازها و انتظاراتشان صحبت می‌کنند؟
پرستاران چگونه از نظرات شما مطلع می‌شوند؟ آیا رفتار ارتباطی پرستاران با نیازها و انتظارات شما مطابق بود؟	چگونه مشکلات و نگرانی خود را به پرستاران نشان می‌دادید؟	اگر نه، به نظراتان چرا این اتفاق نمی‌افتد؟ چگونه از نیازها، مشکلات، دغدغه‌ها و نگرانی‌های بیماران و خانواده‌ی آنها مطلع می‌شوید؟
آیا با پرستاران در مورد نیازها، مشکلات و نگرانی‌های خود صحبت می‌کنید؟	شما چگونه واکنش نشان می‌دادند؟	طبق تجارب خود از کار در انکولوژی چه موانعی را در ارتباط خود با بیماران مهم می‌دانید؟
چه موانعی باعث می‌شود، نتوانید با پرستاران در مورد نیازها، مشکلات و نگرانی‌های خود صحبت کنید؟	آیا رفتار ارتباطی پرستاران با نیازها و انتظارات شما مطابق بود؟	چه موانعی باعث می‌شوند اطلاعات مربوط به بیماری، درمان و مراقبت به بیمار و خانواده‌ی او داده نشود؟
از تجارب خود در مورد این موانع با من صحبت کنید.	چه موانعی وجود داشت که پرستاران نمی‌خواستند یا نمی‌توانستند با شما و بیمارتان ارتباط برقرار کنند؟	چه موانعی باعث می‌شوند بیماران در تصمیمات درمانی و مراقبتی نقش کمی داشته باشند؟

جدول شماره (۲): طبقات و زیرطبقات تبیین‌کننده موانع ارتباط بیمارمحور از دید مشارکت‌کنندگان در پژوهش

مفهوم مورد مطالعه	طبقات	زیرطبقات
	موانع سازمانی	ناهماهنگی حجم کار و زمان فرهنگ سازمانی: بی‌توجهی به نیاز پرستار و بیمار روتین‌محوری به جای بیمارمحوری شیف‌های اضافی: تداخل کار با زندگی فقدان نظارت
موانع ارتباط بیمارمحور	موانع روان‌شناختی	مشکلات روان‌شناختی بیمار حس آسیب‌پذیری در پرستاران
	موانع فرهنگی - اجتماعی	غیرهم‌زبانی جنسیت ناهماهنگ بی‌سوادی / کم‌سوادی / سواد سلامت موانع فرهنگی: ناپسندیداری صمیمیت درمانی

موانع سازمانی:

این عوامل، در سطح سازمان و زمینه‌ی مراقبت منجر به کاهش کمیت و کیفیت ارتباط پرستار- بیمار می‌شدند و پنج زیرطبقه‌ی «ناهماهنگی حجم کار و زمان»، «فرهنگ سازمانی: بی‌توجهی به نیاز پرستار و بیمار»، «روتین‌محوری به جای بیمارمحوری»، «شیف‌های اضافی: تداخل کار با زندگی» و «فقدان نظارت» را شامل می‌شد.

ناهماهنگی حجم کار و زمان:

تعداد زیاد بیمار، حضور همراه برای هر بیمار در بخش، شرایط بی‌ثبات بخش در کنار کمبود پرستار منجر به عدم تعادل بین زمان و کار پرستاران می‌شد. بیماران به دلیل طولانی بودن مدت بستری اکثراً رگ سالمی نداشتند و باید ساعت‌ها برای یک رگ‌گیری زمان صرف شود. این موارد استرس شدیدی را به پرستاران وارد نموده و فرصت برقراری ارتباط با بیمار را به حداقل می‌رساند.

«مشارکت‌کننده ۱۰ (پرستار): حجم کاری تو انکولوژی افتضاحه. به خاطر حجم کار زیاد ارتباط با بیمار کمتر می‌شه. بعضاً هم آدم احساس فشار زیادی رو تحمل می‌کنه... گاهی داروی شیمی‌درمانی بالا سر بیماره ولی بیمار رگ نداره و نمی‌تونن رگ بگیرن. آدم حس می‌کنه تو منگنه است.»

این عدم توازن از دید بیماران نیز پنهان نبود، به‌نحوی که باعث می‌شد بیماران تنها به بیان مشکلات جسمی خود کفایت نموده و نیازهای روانی خود را کمتر با پرستاران مطرح نمایند. کمبود وقت منجر به کاهش حمایت عاطفی از بیمار می‌شد.

«مشارکت‌کننده ۴ (بیمار) در پاسخ به این سؤال که آیا شده که با پرستاران درددل کنید، جواب داد: نه دیگه چه درددلی، اونا کار دارن. فقط من نیستم که بشینم یه ساعت باهاشون درددل

کنم. این همه مریض است. خوب کارا تو اولویت قرار داره نسبت به درد دل کردن من.»

فرهنگ سازمانی: بی‌توجهی به نیاز پرستار و بیمار
پرستاران در انکولوژی مجبور بودند شرایطی را که ناشی از فرهنگ سازمانی، کمبود نیروی انسانی، بی‌توجهی به نیازهای شخصی و حرفه‌ای پرستاران و حاکمیت پزشکان بر درمان و مراقبت بود، تحمل نمایند. این تحمل حسی از تحمیل را در آن‌ها ایجاد می‌کرد که مانع از ارتباط موثر با بیماران می‌شد.

یکی از اشکال تحمیل در انکولوژی اضطراب تحمیل شده توسط پزشکان برای انجام رویه‌های تشخیصی و درمانی متعدد در زمان محدود بود که فرصت برقراری حداقل ارتباط برای توضیح دادن مراقبت، آماده نمودن بیمار از نظر روانی و آموزش به بیمار را از پرستار می‌گرفت. پزشک‌سالاری در انکولوژی عاملی است که بر ارتباط اثر منفی می‌گذارد.

«مشارکت‌کننده ۹ (پرستار): مریض داشتیم هشت صبح بستری می‌شد. هشت و ربع بیوپسی داشت. هشت و نیم سونوگرافی و نه باید اسکن می‌شد. دکتر می‌خواد همه این کارها رو تو بخش بکنه. بعد بره درمانگاه و بعد مطبش. تو این سیستم محور پزشک هست. دکتر هر جور بخواد سیستم همون کار رو می‌کنه. به شما دیگه فرصت توضیح و آماده کردن روحی بیمار رو نمی‌ده.»

یکی از اشکال تحمیل، اجبار به آموزش‌های غیرمنطبق با نیاز پرستار بود. پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش معتقد بودند، آموزش‌های ارائه شده آن‌ها را برای ارتباط با بیمار مبتلا به سرطان مهیا نمی‌کند و حالت عمومی را دارد که منطبق با نیاز آن‌ها برای کار و ارتباط با بیمار سرطانی نیست.

«مشارکت کننده (پرستار) ۹: اینجا دوره‌های آموزشی تفکیک شده در سطح بیمارستان یا سطح سازمان نداریم. دوره‌های ارتباط با بیمار می‌دارن ولی آیا واقعاً ارتباط تو انکولوژی با آی سی یو یکیه؟»

روتین محوری به جای بیمارمحوری:

فرهنگ غالب بین پرستاران انکولوژی روتین محوری است، که به جای یک مراقبت و ارتباط منحصر به فرد، انجام وظایف از پیش تعیین شده را دیکته می‌کند. پرستاران به دلیل حجم کاری زیاد، زمان محدود و نیز درک ناکامل از نقش‌های حرفه‌ای خود به جای مراقبت کل نگر به مراقبت وابسته می‌پرداختند و در طیفی از ارتباط بیمارمحور و وظیفه محور عمل می‌کردند. حرکت به سوی ارتباط فراتر از روتین‌ها و وظایف منجر به توجه آن‌ها به کلیه نیازهای بیماران می‌شد.

«مشارکت کننده ۱ (همراه بیمار): کار زیاد دلیل نمی‌شه که اونا ارتباط با بیمار رو کم کنن یا وقتی بالا سر بیمار میان باهاش حرف نزنن. اونا حتی در حال کار کردن هم می‌تونن باهاش ارتباط داشته باشن و به حرفاش گوش بدن. روح بیمار از جسمش مهمتره. اونا فقط از جسم بیمار مراقبت می‌کنن.»

شیف‌های اضافی: تداخل کار با زندگی:

هرچند که مدیران پرستاری به سختی کار در انکولوژی اذعان داشتند ولی در شرایط شلوغی بخش و بدحالی بیماران مجبور می‌شدند شیف‌های اضافی به دنبال شیفت موظفی پرستاران را به آن‌ها واگذار نمایند. این مسئله منجر به رفتارهای بازدارنده از ارتباط در پرستار به شکل بد اخلاقی، بی‌حوصلگی، خشونت کلامی و رفتاری نسبت به بیماران، کاهش کیفیت ارتباط و رسیدگی به بیمار و نارضایتی بیماران می‌شد. شیفت اضافی با ایجاد تداخل با کار و زندگی شخصی پرستار نارضایتی شغلی را نیز افزایش می‌داد.

«مشارکت کننده ۲ (پرستار): بد اخلاقی پرستار با بیمار به خصوص تو پرستاری که شیفت اضافی بهشون دادن، بیشتر دیده می‌شه. بچه‌اش مونده. با شوهرش دچار مشکل شده. از شغلش ناراضیه... خسته است... کار با بیمار سرطانی به راش عادی شده، به درد بیمار اهمیتی نمی‌ده... پانمی‌شه بره به بیمار سر بزنه. حمایتش کنه.»

فقدان نظارت:

بیماران انتظار داشتند سیستم بیمارستان بر کار و ارتباط پرستاران نظارت داشته باشد. حتی پرستاران معتقد بودند سیستم از آن‌ها نمی‌خواهد که توانمندی خود در ارتباط با بیمار را بیشتر کنند و بیشتر از آن‌ها می‌خواهد تا در شیف‌های خود حاضر شده و وظایف خود را انجام دهند. فقدان نظارت از سوی مدیران بر رفتارهای ارتباطی باعث می‌شود، پرستاران بر انجام وظایف وابسته

و اجرای دستورات پزشک گرایش داشته باشد و به ارتباط با بیمار در طی مراقبت کمتر اهمیت دهند.

«مشارکت کننده ۱ (همراه): باید سیستم از پرستاران بخواد که همگی مهارت‌های خودشونو ارتقاء بدن و نظارت بیشتری باید بر نحوه‌ی برخورد اونها با بیمار به شه. باید سیستم از پرستار بخواد اطلاعاتش رو تقویت کنه که بیمار اگر دچار مشکل شد، بتونه تشخیص بده.»

موانع روان‌شناختی:

این طبقه اشاره به موانعی دارد که از نظر روانی منجر به کاهش ارتباط بیمارمحور که لازمه آن دوستی، اشتراک احساسات و حمایت عاطفی است، می‌شود. این طبقه شامل دو زیرطبقه‌ی «مشکلات روان‌شناختی بیمار» و «حس آسیب‌پذیری در پرستار» است.

مشکلات روان‌شناختی بیمار:

سرطان و به خصوص درمان‌هایی چون ماستکتومی، کلستومی و شیمی‌درمانی منجر به تغییرات ظاهری شدید در بیمار و تغییر در تصویر ذهنی بیماران از خود می‌شد که بر خلق بیماران به خصوص در جوانان تأثیرات شدیدی داشت. بسیاری از بیماران به دلیل این تغییرات ظاهری، نیازهای روانیشان تغییر می‌یافت و تمایل کمی برای برقراری ارتباط از خود نشان می‌دادند.

«مشارکت کننده ۲ (پرستار): تو جوونا مشکلاتشون فرق می‌کنه، قیافه‌شون که تغییر می‌کنه، این اغلب باعث افسردگی مریض می‌شه و کار مارو سخت می‌کنه، چون به راحتی ارتباط برقرار نمی‌کنن و نسبت به توصیه‌های ما و ادامه درمان بی‌تفاوت می‌شن.»

مشکلات روان‌شناختی و عاطفی بیماران باعث می‌شد، در محیط بخش کمتر تمایلی به صحبت با پرستاران داشته باشند، تماس چشمی برقرار نمی‌کردند و از توصیه‌های درمانی و خودمراقبتی تبعیت نمی‌کردند و گاه واکنش‌هایی چون عصبانیت و پرخاشگری را در ارتباط با پرستاران نشان می‌دادند. این وضعیت منجر به این می‌شد که پرستاران ارتباط کلامی خود را با آن‌ها محدود کنند و آن‌ها را در دنیای خود تنها رها کنند تا با واکنش‌های منفی از سوی بیمار روبرو نشوند.

«مشارکت کننده ۱۰ (پرستار): وقتی چند دوره می‌گذره و می‌بینن نتیجه‌ای نگرفتن، می‌رن تو فاز افسردگی که برقراری ارتباط خیلی سخت می‌شه، چون حس می‌کنن کار شما و دکتر بی‌فایده است، وقتی بالا سر بیمار می‌ری کاملاً بی‌تفاوت هست و بهتون توجه نمی‌کنه. تو اینجور بیمار ما حداقل اطلاعاتی رو که نیاز دارن، بهشون می‌دیم چون وقتی روی توصیه‌های مراقبتی اصرار کنی، پرخاشگر می‌شن.»

حس آسیب‌پذیری در پرستاران:

این ویژگی توسط پرستاران به عنوان حس در معرض آسیب جسمی و روانی بودن در طی مراقبت و ارتباط با بیمار سرطانی توصیف شد. این حس ریشه در سه باور پرستاران داشت که به عنوان «تأثیر نامحسوس داروهای شیمی‌درمانی بر سلامتی پرستار»، «سرایت خلق افسرده از بیمار» و «فراق در پی موانست با بیمار» نامگذاری شد. این حس آسیب‌پذیری باعث می‌شد پرستاران ارتباط خود را با بیماران محدود نمایند و کمتر در فرایندهای ارتباطی، به آن‌ها نزدیک شوند. منظور نزدیک شدن جسمی و احساسی بود. ارتباط سطحی بود، طوری که موضوعات عاطفی و احساسی بین پرستار و بیمار ردوبدل نمی‌شد. احساسات بیماران تجسس نمی‌شد و تماس جسمی و چشمی بین آن‌ها محدود بود. این حس همچنین باعث کاهش صمیمیت در ارتباط، ناراضیاتی شغلی و ترک بخش انکولوژی می‌شد.

پرستاران معتقد بودند کار در بخش انکولوژی و آماده سازی داروها، تماس نزدیک با بیماران تحت شیمی‌درمانی، آن‌ها را در درازمدت می‌تواند دچار عوارض دارویی کند.

«مشارکت‌کننده ۹(پرستار): آدم کار می‌کنه و حس می‌کنه که حتی اگر معیارهای ایمنی رو رعایت کنه، باز داروها تأثیر بدی ممکنه ایجاد کنه. همین ترس از عوارض شیمی‌درمانی باعث افزایش ناراضیاتی شغلی می‌شه و باعث می‌شه پرستار ارتباطش رو با بیمار کم کنه.»

پرستاران احساس می‌کردند، تماس مکرر با بیماران افسرده و ارتباط همدلانه با آن‌ها منجر به تضعیف روحیه‌ی آن‌ها می‌شود. پرستاران در موارد رویایی با این حس ارتباط خود را با بیماران کم می‌کردند یا بخش کاری خود را عوض می‌کردند.

«مشارکت‌کننده ۹(پرستاری که بخش انکولوژی را ترک کرده بود): ناخودآگاه کار در انکولوژی روی آدم اثر می‌گذاشت، آدمو افسرده می‌کرد. فکر می‌کردی اینی که اینجا خوابیده ممکنه خودت باشی یا اعضای خانواده‌ات. حتی بعضی وقتا نمی‌تونستم بهشون نگاه کنم. این باعث شد، من درخواست بدم از انکولوژی برم.»

پرستاران از حس حزن و اندوهی در رنج بودند که در پی مرگ بیماران به سراغشان می‌آمد. به دلیل ارتباط طولانی‌مدت با بیماران نوعی دوستی، صمیمیت و الفت بین آن‌ها ایجاد می‌شد و مرگ بیمار رشته‌های دوستی بین پرستار و بیمار را قطع می‌کرد و او را در حزن از دست دادن یک دوست قرار می‌داد. پرستاران به دلیل ترس از قرارگیری در این موقعیت ارتباط خود را با بیماران محدود می‌کردند تا صمیمیت و دوستی بین آن‌ها اتفاق نیفتد.

«مشارکت‌کننده ۹(پرستار): مدت بستری بیماران زیاد بود، ممکن بود مریض چهل روز اونکولوژی باشه، هر روز باهاش بودی و وقتی اون می‌مرد تا اونو از ذهنت پاک کنی، طول می‌کشید... وقتی مریض می‌مرد مثل این بود که پرستار دوستش مرده. بعضی‌ها به‌خاطر این حس سعی داشتن با مریض‌ها از نظر عاطفی درگیر نشن.»

موانع فرهنگی - اجتماعی:

این طبقه اشاره به موانعی دارد که در سطح اجتماعی - فرهنگی منجر به کاهش ارتباط بیمارمحور می‌شود. این طبقه شامل چهار زیرطبقه‌ی «غیرهم‌زبانی»، «جنسیت ناهماهنگ»، «بی‌سوادی و کم بودن سواد سلامت» و «موانع فرهنگی: ناپسندپنداری صمیمیت درمانی» است.

غیرهم‌زبانی:

غیرهم‌زبانی به عنوان یک ویژگی اثرگذار، نقش بازدارنده از ارتباط را بازی می‌کرد. در این موارد استفاده از نفر سوم یعنی همراهی که آشنا به زبان پرستار و بیمار بود می‌توانست تنها راه حل ممکن برای رفع مانع غیرهم‌زبانی در ارتباط پرستار - بیمار باشد.

«مشارکت‌کننده ۶(همراه بیمار): خوب مادرم کُردی حرف می‌زنه. سواد هم نداره. اگه من نباشم پرستارا نمی‌تونن منظورشون رو بهش برسونن وقتی من هستم حرفای پرستار رو به کُردی به راش ترجمه می‌کنم. پرستارا درسته زبونش رو نمی‌فهمن ولی سعی می‌کنن ارتباط غیرکلامی داشته باشن.»

جنسیت ناهماهنگ:

با توجه به کمبود پرستار مرد، مردان شرکت‌کننده در پژوهش، تفاوت جنسیتی را یک مانع عمده در برقراری ارتباط ذکر کردند. مطالعه ما نشان داد که پرستاران زن جوان و مجرد نیز در ایجاد ارتباط دوستانه و صمیمانه با بیماران مرد مشکل دارند و از ترس وابستگی عاطفی بیمار سعی می‌کنند ارتباط دوستانه را محدود کنند.

«مشارکت‌کننده ۱۱(پرستار زن و مجردی است که در این رابطه می‌گوید): بعضی موارد شده که وقتی با مریض مرد راحت ارتباط برقرار می‌کنی، مشکل پیش میاد. من به ارتباط از جنبه درمانی نگاه می‌کنم ولی اون یه برداشت دیگه داره. من سعی می‌کنم ارتباط با مردای جوون رو محدود کنم که بیمار باهام خودمونی نشه.»

بی‌سوادی و کم بودن سواد سلامت:

سطح سواد پایین در بیماران منجر به ناآگاهی، غیرفعال شدن بیمار و عدم مشارکت در درمان و مراقبت می‌شد. برای رفع این مانع پرستاران باید سطح آگاهی بیمار را ارزیابی و بر اساس نیاز،

اطلاعات مورد نیاز به آنها می‌دادند ولی بارکاری زیاد در بخش گاه فرصت سنجش سطح آگاهی بیماران را از پرستاران می‌گرفت.

«مشارکت کننده ۱۱ (پرستار): مریضا از نظر سطح آگاهی مثل هم نیستن، افراد کم‌سواد یا بی‌سواد بی‌خیال هستن، می‌بینی پلاکتش پایینه و داره با دندونش ور می‌ره. گلبول سفیدش ۲۰۰ هست و داره میوه می‌خوره. فقط سواد به شکل مدرک کافی نیست، ممکنه مهندس باشه ولی بازم آگاهی کم باشه. می‌شه گفت به خاطر بار کاری زیاد همیشه فرصتی برای سنجش آگاهی بیماران نیست.»

موانع فرهنگی: ناپسندپنداری صمیمیت درمانی

در پژوهش حاضر تاکید بیشتر پرستاران به نقش‌های درمانی بدون توجه به بستر ذهنی و احساسی که مراقبت در آن انجام می‌شد، بود. اشتراک در احساسات، دغدغه‌ها و نگرانی‌های بیمار لازمه‌اش یک ارتباط باز، صمیمی و دوستانه، نزدیکی فیزیکی، لمس و تماس چشمی بود که از نظر بسیاری از مشارکت‌کنندگان فرهنگ جامعه‌ی ما آن را نمی‌پسندد. جامعه، بیشتر پرستار را به عنوان یک درمانگر و مراقب می‌شناسد و کمتر با نقش‌های حمایتی او مانوس است.

«مشارکت کننده ۸ (پرستار): وقتی با مریض راحت ارتباط برقرار می‌کنی، با لحن مهربون و صمیمانه که صحبت می‌کنی، بعضی‌ها ممکنه جور دیگه تفسیر کنن. درسته این صمیمیت درمانی هست، ارتباط درمانی هست ولی هنوز تو جامعه‌ی ما جا نیفتاده. یه بار بیمار جوونی داشتم، بهش دلداری می‌دادم و قصد داشتم از نظر عاطفی حمایتش کنم ولی دیدم اون یه برداشت دیگه کرده و قصد خواستگاری از منو داره.»

بحث و نتیجه‌گیری

بحث: این مطالعه با هدف تبیین موانع ارتباط بیمارمحور بین بیماران مبتلا به سرطان و پرستاران آنها انجام شد. نتایج مطالعه نشانگر این بود که در ارتباط بیمارمحور در مراقبت سرطان، عوامل متعددی می‌تواند نقش بازدارنده‌ای در اثربخشی و منحصر به فردسازی این ارتباط بازی کند. به این موانع ارتباطی در مطالعات مختلف نیز اشاره شده است (۱۷، ۱۹، ۲۸-۳۲). در مطالعه‌ی ما حجم کار و زمان و نیز ناهماهنگی این دو از عوامل تأثیرگذار بر ارتباط بود که علاوه بر افزایش تنش کاری در پرستاران، ارتباط با بیمار را به حداقل می‌رساند. Maguire و همکاران ذکر می‌کنند که در شرایط شلوغی کار، فشار کاری برای مراقبین و زمان انتظار برای بیماران افزایش می‌یابد. افزایش فشار کاری منجر به خستگی شده و در این شرایط پرستاران زمان کافی برای تجسس و کشف نگرانی‌های بیماران ندارند (۳۳). مطالعات Cleary (۳۴) و

فخرموحدی و همکاران (۱۹) نیز نشان داد که کمبود وقت، حجم کاری سنگین، کار در شیفت‌های اضافی و خستگی پرستاران از ارتباط پرستار- بیمار ممانعت می‌کند (۳۴). در مقابل نتایج مطالعه‌ی Chan و همکاران نشان داد که پرستاران با یکپارچه‌سازی ارتباط در درون روتین‌هایی که در صدد انجام آنها هستند، در عمل ثابت می‌کنند که ایجاد ارتباط با بیمار نیاز به وقت اضافی ندارد و ارتباط خوب نه تنها وقت پرستاران را نمی‌گیرد بلکه به پرستاران کمک می‌کند تا در وقت خود صرفه جویی نمایند (۳۵).

مرور سیستماتیک Gysels و همکاران نشان‌دهنده اثربخشی متوسط دوره‌های آموزش ضمن خدمت در افزایش مهارت‌ها و رفتارهای تسهیل کننده بوده و بر این مسئله تاکید دارد که اثربخشی دوره‌ها، مرتبط با سه عامل بلندمدت بودن، یکپارچه‌سازی مباحث تئوری با تمرینات عملی و کسب بازخورد از همکاران است (۴۳، ۴۴). مطالعه‌ی ما نیز نشان داد که پرستاران نوع و کیفیت آموزش‌های ضمن خدمت را در ارتقای مهارت‌های ارتباطی خود نارسا درک می‌کنند و خواستار گذراندن آموزش‌هایی هستند که منطبق با نیازهای ارتباطی آنها در انکولوژی باشد. مطالعه‌ی Wilkinson و همکاران نیز نتایج ما را تایید می‌کند (۳۲). در مطالعه‌ی Anoosheh و همکاران نیز دو سوم از پرستاران ذکر کردند که هیچ آموزشی در مورد مهارت‌های ارتباط با بیمار نگذرانده‌اند (۲۸).

طبق یافته‌های ما فقدان دیدگاه و فلسفه‌ی کل‌نگری در پرستاران، آنها را به مراقبت جسمی و انجام دستورات پزشک متمایل می‌ساخت. وجود دید زیست‌پزشکی در پرستاران در موقعیت‌های بالینی مانعی بود که از حمایت عاطفی و ارتباط بیمارمحور در جهت ارائه‌ی یک مراقبت جسمی روانی اجتماعی جلوگیری می‌کرد. مطالعه‌ی زمان زاده و همکاران نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان و پرستاران آنها جنبه‌ی فیزیکی مراقبت را با ارزش تر درک می‌کنند (۳۶). مشارکت‌کنندگان ما انتظار داشتند که پرستاران به جنبه‌ی حمایتی مراقبت نیز همانند جنبه‌ی جسمی مراقبت اهمیت قائل شوند. Turner و همکاران نشان دادند که هرچند پرستاران به اهمیت مراقبت حمایتی در انکولوژی واقف هستند ولی رویارویی با این نقش را از نظر عاطفی به عنوان یک چالش عمده درک می‌کنند. (۳۷) Sivesind و همکاران نیز نشان دادند که پرستاران در برطرف‌سازی مشکلات و نیازهای عاطفی بیماران کمتر به خود اعتماد دارند (۳۸).

طبق یافته‌های این پژوهش، تحمیل وظایف مراقبتی به پرستاران در جو سازمانی وظیفه‌محور و داشتن شیفت‌های اضافی از ارتباط با بیمار می‌کاهد، توجه سازمان به نیازهای پرستاران و

درخواست از آن‌ها برای ایفای نقش‌ها، فراتر از روتین‌ها و وظایف منجر به توجه پرستاران به کلیه نیازهای بیماران می‌شود. Anooosheh و همکاران نشان دادند که روتین کاری و راهکار وظیفه‌محور در مراقبت بر ارتباط پرستاران با بیماران تأثیرات بازدارنده دارد (۲۸). طبق یافته‌های McCabe نیز پرستاران ارتباط خوب با بیماران را زمانی می‌توانند شکل دهند که در یک سیستم سازمانی بیمارمحور به جای وظیفه‌محور کار کنند (۳۰). یافته‌های ما نشان داد که گرایش بیشتر پرستاران به انجام وظایف وابسته، سایه‌ی پارادایم پزشکی و زیستی بر مراقبت از بیمار و پزشک‌سالاری در سیستم سلامت از ارتباط بیمارمحور ممانعت می‌کند. نتایج مطالعات گویای چند محور است: پرستاران بیشتر از اینکه متمرکز بر نیازهای بیمار باشند به اجرای دستورات پزشک می‌پردازند (۱۹) و برخی از سیاست‌های صرفه‌جویی در هزینه‌ها و محدودیت بودجه در بیمارستان‌ها منجر به هدایت سیستم مراقبت پرستاری به صورت پزشک‌محور شده است (۳۹) که این سیستم باعث می‌شود، بیماران حس کنند وظایف پرستاران بیشتر از خود بیماران مهم است (۳۰) و پرستاران بیشتر از اینکه به مشکلات روانی بیماران اهمیت دهند، با موضوعات عملی و نیازهای جسمی بیماران مشغول شوند (۸). یافته‌های ما نشان داد که فقدان نظارت بر فرایندهای ارتباطی از سوی مدیران پرستاری و توجه آن‌ها تنها به انجام وظایف پرستاران بر ارتباط در انکولوژی موثر است. در سیستم وظیفه‌محور که در آن پرستاران از سوی مدیران پرستاری در فرایندهای ارتباط با بیمار حمایت نمی‌شوند، کاهش ارتباط مورد انتظار است (۳۰، ۳۲). در تایید این یافته Anooosheh و همکاران دریافتند که فقدان قردانی مدیران پرستاری نسبت به رفتارهای ارتباطی پرستاران از ارتباط با بیمار می‌کاهد (۲۸).

تضعیف روحی‌روانی بیمار در اثر آگاهی از تشخیص سرطان و تصور ناعلاج بودن آن به طور مکرر توسط مشارکت‌کنندگان در مطالعه به عنوان عامل بازدارنده از ارتباط بیان شد. آن‌ها توضیح می‌دادند که چطور تأثیرات بیماری بر ابعاد جسم، روان و زندگی فردی و اجتماعی، بیماران را با مشکلاتی روبرو کرده است که توجهی همه‌جانبه به این مشکلات از سوی پرستاران ارتباط را تسهیل می‌کند. نتایج مطالعه McCabe نیز نشان داد که توجه به مشکلات و نیازهای بیماران نکته‌ی اساسی در ارتباط بیمارمحور است که پرستاران را درگیر صحبت با بیماران به عنوان افراد منحصر به فرد می‌کند (۳۰). نتایج این مطالعه نشان داد که تغییرات ظاهری ناشی از بیماری و درمان آن منجر به تغییر خلق بیماران می‌شود که برقراری ارتباط با آن‌ها را پیچیده و مشکل می‌سازد. شناخت این تغییرات و آماده‌سازی بیمار و خانواده برای مواجهه با آن‌ها می‌تواند از شدت واکنش‌های عاطفی در بیمار

بکاهد. در بیماری‌هایی چون سرطان با پیشرفت سریع و تغییرات شدید و ناگهانی، ممکن است درمان و سپس مراقبت تسکینی، مکاتیس‌های تنظیم‌کننده‌ی روانی بیمار را در هم شکسته و احساس غم و بدبختی پیش آورد. زیرا در مرحله حاد بیماری و درمان، آن‌ها در رویای بازگشت به زندگی قبلی بوده و وقتی می‌فهمند که این اتفاق نمی‌افتد، اضطراب و افسردگی رخ می‌دهد. این موقعیت می‌تواند تعاملات با مراقبین را مختل کند، زیرا بیماران از منابع حمایت دوری می‌کنند و واکنش‌های خشم و ناراحتی را از خود نشان می‌دهند (۱۸).

پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش ما یکی از عوامل بازدارنده از ارتباط را حس آسیبی ذکر کردند که در اثر ارتباط بلندمدت و دوستانه با بیماران در پرستاران ایجاد می‌شد. این حس آسیب می‌تواند ناشی از ترس از اثرات داروهای شیمی‌درمانی و نیز تأثیر روانی مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان باشد. Jeffrey و Owen معتقدند که در طی مراقبت طولانی مدت از بیماران مبتلا به سرطان، ارتباط عاطفی نزدیک با آن‌ها و خانواده‌شان و نیز سهیم شدن در بعضی از دیسترس‌های آن‌ها، به درگیری احساسی پرستار منجر می‌شود که برای پرستار آسیب‌زا است (۱۸). رسولی و همکاران نشان دادند که خستگی در پرستاران شاغل در بخش‌های انکولوژی بیشتر مرتبط با عوامل عاطفی می‌باشد (۴۵). Aycocock و Boyle از این پدیده در انکولوژی به عنوان استهلاک ناشی از غمخواری نام برند (۴۶) و Anselm و همکاران نیز بیان می‌کنند که تحت این چنین فشار روانی و تنش، مراقبین قادر به برقراری ارتباط موثر نیستند (۴۷) مطالعه‌ی ما نشان داد که پرستاران همواره از مرگ بیماران و حزن ناشی از آن، احساس آسیب می‌کنند. نتایج مطالعات دیگر نیز به پدیده‌ی ترس از مرگ در انکولوژی و تأثیر آن بر ارتباط با بیمار اشاره نموده‌اند (۱۷، ۱۸، ۳۲).

غیرهم‌زمانی در مطالعه‌ی ما نقش بازدارنده از ارتباط را بازی می‌کرد. بسیاری از متون از این یافته‌ی ما حمایت می‌کنند (۱۹، ۲۸، ۴۰، ۴۱). به علاوه اختلاف جنسیتی بین بیمار و پرستار از موانعی بود که از ارتباط دوستانه ممانعت کرده و بیشتر از سوی پرستاران زن و بیماران مرد مشارکت‌کننده در پژوهش بیان شد که این یافته با توجه به کمبود پرستار مرد در بخش‌های مراقبتی ایران که اغلب مراقبت از بیماران مرد توسط پرستاران زن انجام می‌شود، قابل پیش‌بینی است. در مطالعات، به ترجیح بیماران به دریافت مراقبت از پرستار هم‌جنس، به عنوان یک مسئله‌ی فرهنگی اشاره شده است (۲۸، ۱۹). Zaharias و همکاران نیز دریافتند که وقتی مراقب و بیمار هم‌جنس هستند، مراقبین علاقه بیشتری به بحث در مورد مسایل شخصی بیمار نشان می‌دهند (۴۲).

فرهنگ سازمانی باید از سطح مدیران و از طریق آموزش‌های مناسب و مورد نیاز به پرستاران تسری یابد. در این آموزش‌ها باید درک پرستاران از نقش‌های مختلف خود در مراقبت و حمایت از بیمار سرطانی ارتقا یابد. مخصوصاً در این آموزش‌ها باید راهکارهای کل‌نگر، بیمارمحور و همدلانه مورد تاکید قرار گیرد. مدیران باید با توجه به مشکلات پرستاران در زندگی شخصی و حرفه‌ای و توجه به احساسات آنها در مواجهه طولانی‌مدت با بیماران مبتلا به سرطان و مرگ آنها بتوانند، آنها را از نظر عاطفی حمایت نموده و با ایجاد تعادل بین حجم کار و نیروی انسانی از فرسودگی شغلی جلوگیری نمایند. این مطالعه در شمال غرب کشور و بر اساس تجارب بیماران مبتلا به سرطان، خانواده‌ی آنها و پرستاران آنها انجام شده است و احتمال دارد که نتواند کلیه عوامل بازدارنده از ارتباط بیمارمحور را در مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان در ایران تبیین نماید.

تقدیر و تشکر

محققین از تمام مشارکت‌کنندگان در پژوهش، مدیران و مسئولین بیمارستان‌های عالی نسب و شهید آیت الله قاضی طباطبایی تشکر می‌نمایند. این مطالعه با تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان به شماره کد ۹۱/۱۲۵/کا انجام شده است.

References:

1. Jarrett NJ, Payne SA. Creating and maintaining 'optimism' in cancer care communication. *Int J Nurs Stud* 2000; 37(1): 81-90.
2. Bonds DE, Zaccaro DJ, Karter AJ, Selby JV, Saad M, Goff DC, Jr. Ethnic and racial differences in diabetes care: The Insulin Resistance Atherosclerosis Study. *Diabetes Care* 2003;26(4): 1040-6.
3. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51(7): 1087-110.
4. McCormack LA, Treiman K, Rupert D, Williams-Piehot P, Nadler E, Arora NK, et al. Measuring patient-centered communication in cancer care: a literature review and the development of a systematic approach. *Soc Sci Med* 2011;72(7): 1085-95.

نتایج این مطالعه نشان داد که تقاضای اطلاعات با توجه به سطح سواد بیماران متفاوت است، به نحوی که بیماران با سطح سواد بالاتر تمایل بیشتری برای کسب اطلاعات دارند. Owen و Jeffrey اشاره می‌کنند که نیاز و تقاضای اطلاعات در بیماران متفاوت است و بستگی به درک بیمار از مسایل و اطلاعات پزشکی دارد. مراقبین باید بدانند اگر مقدار و نوع اطلاعات ارائه شده به بیمار درست انتخاب نشود، موجب افزایش دیسترس، رنجش و شکایات بیماران می‌شود (۱۸). فخرموحدی و همکاران نشان دادند که عدم ارائه اطلاعات از سوی پرستاران به بیماران یکی از موانع ارتباط پرستار - بیمار می‌باشد که منجر به از دست دادن اعتماد بیمار می‌شود و باعث می‌شود آنها پرستار را نه به عنوان فرد حرفه‌ای بلکه به عنوان کارمند بشناسند (۱۹).

نتیجه‌گیری: درک موانع ارتباط بیمارمحور می‌تواند اولین قدم برای حل مشکلات ارتباطی باشد. به طوری که می‌توان گفت، برقراری ارتباط رضایت‌بخش بدون درک کامل و کافی از دیدگاه پرستاران و بیماران در مورد عوامل بازدارنده از آن غیرممکن است. در این مطالعه در بستر ارتباط بیمارمحور بین بیمار و پرستار، روتین محوری و راهکار وظیفه محور از کمیت و کیفیت ارتباط می‌کاست و باعث می‌شد، ارتباط با بیمار در اولویت قرار نگیرد. تغییر در فلسفه و فرهنگ حاکم بر محیط‌های مراقبت پرستاری مورد نیاز است تا بیماران حس کنند فردیت آنها بیشتر از کارهایشان مورد توجه پرستاران قرار می‌گیرد. این دیدگاه و

5. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 2005;61(7): 1516-28.
6. Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L. Communicator styles of hospital patients during nurse-patient counseling. *Patient Educ Couns* 2000;41(2): 161-80.
7. 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.
8. Naish J. The route to effective nurse-patient communication. *Nurs Times* 1996;92(17): 27-30.
9. Agency For Healthcare Research And Quality (AHRQ). National healthcare disparities report.

- Washington: Department of Health and Human Services; 2005a.
10. Butow PN, Brown RF, Cogar S, Tattersall MH, Dunn SM. Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psycho-oncology* 2002;11(1): 47-58.
 11. Charlton CR, Dearing KS, Berry JA, Johnson MJ. Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: an integrated literature review. *J Am Acad Nurse Pract* 2008;20(7): 382-8.
 12. Gilbert DA, Hayes E. Communication and outcomes of visits between older patients and nurse practitioners. *Nurs res* 2009;58(4): 283-93.
 13. Jackson C, Macdonald M, Anderson M, Stevens P, Gordon P, Laxer R. Improving communication of critical test results in a pediatric academic setting: key lessons in achieving and sustaining positive outcomes. *Healthc Q* 2009;12: 116-22.
 14. McGilton K, Irwin-Robinson H, Boscart V, Spanjevic L. Communication enhancement: nurse and patient satisfaction outcomes in a complex continuing care facility. *J adv nurs* 2006;54(1): 35-44.
 15. Uitterhoeve RJ, Bensing JM, Grol RP, Demulder PH, T VANA. The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a systematic review of the literature. *Eur J Cancer Care* 2010;19(4): 442-57.
 16. Sherman SR. Closing the communication gap in cancer care. *Calif Med* 1972;116(5): 76-8.
 17. Tay LH, Hegney D, Ang E. Factors affecting effective communication between registered nurses and adult cancer patients in an inpatient setting: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc* 2011;9(2): 151-64.
 18. Owen R, Jeffrey D. Communication: common challenging scenarios in cancer care. *Eur J Cancer* 2008;44(8): 1163-8.
 19. Fakhri-Movahedi A, Salsali M, Negharandeh R, Rahnavard Z. A qualitative content analysis of nurse-patient communication in Iranian nursing. *Int Nurs Rev* 2011;58(2): 171-80.
 20. de Leeuw J, Prins JB, Uitterhoeve R, Merckx MA, Marres HA, van Achterberg T. Nurse-Patient Communication in Follow-up Consultations After Head and Neck Cancer Treatment. *Cancer nursing*. 2013 Mar 23. [cited 2013 July 1]. Available from: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23519036>
 21. Morrow DG, Conner-Garcia T. Improving comprehension of medication information: implications for nurse-patient communication. *J Gerontol Nurs* 2013;39(4): 22-9.
 22. Raingruber B, Teleten O, Curry H, Vang-Yang B, Kuzmenko L, Marquez V, et al. Improving nurse-patient communication and quality of care: the transcultural, linguistic care team. *J nurs admin* 2010;40(6): 258-60.
 23. Lahoti V. Evaluation of barriers contributing in the demonstration of an effective nurse-patient communication in educational hospitals of Tehran. [dissertation]. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical sciences; 1996.
 24. Baraz-Pordanjani Sh, Shariati A, Alijani H, Moein-Mosavi BS. Assessing barriers of nurse-patient effective communication in educational hospitals of Ahvaz. *Nurs res* 2010;5(16): 45-52. (Persian)
 25. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Educ Today* 2004;24(2): 105-12.
 26. Streubert H J, Carpenter D R. Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative 4th ed. Philadelphia: Lippincott Co; 2007.
 27. Rourke L. Methodological Issues in the Content Analysis of Computer Conference Transcripts. *Int J Artificial Intelligence Educ* 2001;12: 8-22.
 28. Anoosheh M, Zarkhah S, Faghihzadeh S, Vaismoradi M. Nurse-patient communication barriers in Iranian nursing. *Int Nurs Rev* 2009;56(2): 243-9
 29. Iranmanesh S, Axelsson K, Savenstedt S, Haggstrom T. A caring relationship with people who have cancer. *J adv nurs* 2009;65(6): 1300-8.

30. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs* 2004;13(1): 41-9.
31. Rodin G, Mackay JA, Zimmermann C, Mayer C, Howell D, Katz M, et al. Clinician-patient communication: a systematic review. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2009;17(6): 627-44.
32. Wilkinson S. Factors which influence how nurses communicate with cancer patients. *J Adv Nurs* 1991;16(6): 677-88.
33. Maguire P, Faulkner A, Booth K, Elliott C, Hillier V. Helping cancer patients disclose their concerns. *Eur J Cancer* 1996;32A(1): 78-81.
34. Cleary M, Edwards C, Meehan T. Factors influencing nurse-patient interaction in the acute psychiatric setting: an exploratory investigation. *Aust N Z J Ment Health Nurs* 1999;8(3): 109-16.
35. Chan EA, Jones A, Fung S, Wu SC. Nurses' perception of time availability in patient communication in Hong Kong. *J Clin Nurs* 2012;21(7-8): 1168-77.
36. Zamanzadeh V, Azimzadeh R, Rahmani A, Valizadeh L. Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *BMC Nurs* 2010;9: 10
37. Turner J, Clavarino A, Yates P, Hargraves M, Connors V, Hausmann S. Oncology nurses' perceptions of their supportive care for parents with advanced cancer: challenges and educational needs. *Psycho-oncology* 2007;16(2): 149-57.
38. Sivesind D, Parker PA, Cohen L, Demoor C, Bumbaugh M, Throckmorton T, et al. Communicating with patients in cancer care; what areas do nurses find most challenging? *J Cancer Educ* 2003;18(4): 202-9.
39. Williams AM, Irurita VF. Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: the patient's perspective. *J Clin Nurs* 2004;13(7): 806-15.
40. Park EK, Song M. Communication barriers perceived by older patients and nurses. *Int J Nurs Stud* 2005;42(2): 159-66.
41. Magnusdottir H. Overcoming strangeness and communication barriers: a phenomenological study of becoming a foreign nurse. *Int Nurs Rev* 2005;52(4): 263-9.
42. Zaharias G, Piterman L, Liddell M. Doctors and patients: gender interaction in the consultation. *Acad Med* 2004;79(2):148-55.
43. Gysels M, Richardson A, Higginson IJ. Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of training methods. *Support Care Cancer* 2005;13(6):356-66.
44. Gysels M, Richardson A, Higginson IJ. Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of effectiveness. *Support Care Cancer* 2004;12(10):692-700.
45. Rassouli M, Zandiye S, Noorian M, Zayeri F. Fatigue and Its Related Factors in Pediatric and Adult Oncology Nurses. *Iran J Nurs* 2011;24(72): 37-47. (Persian)
46. Aycock N, Boyle D. Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clin J Oncol Nurs* 2009;13(2):183-91.
47. Anselm AH, Palda V, Guest CB, McLean RF, Vachon MLS, Kelner M, et al. Barriers to communication regarding end-of-life care: perspectives of care providers. *J Crit Care* 2005;20(3):214-23.

PATIENT-CENTERED COMMUNICATION BARRIERS: EXPERIENCES OF PATIENTS WITH CANCER, THEIR FAMILY MEMBERS AND NURSES

Rassouli M¹, Zamanzadeh V², Abbaszadeh A³, Nikanafar AR⁴, Alavi-Majd H⁵,
Mirza Ahmadi F⁶, Ghahramanian A^{7*}

Received: 28 Aug, 2013; Accepted: 2 Nov, 2013

Abstract

Background & Aims: It is suggested that nurses unable to communicate with patients based on the needs and preferences and to individualize relationship with their patients so that dissatisfaction of patient is the most important outcome of this issue. This study was conducted for detecting patient-centered communication barriers based on experiences of patients with cancer, their family members and nurses.

Materials & Methods: This study was conducted with a conventional content analysis approach with nine patients, three family members and five nurses in oncology wards of Tabriz hospitals. Data was collected through purposive sampling by semi-structured deep interviews and analyzed simultaneously. Robustness of data analysis was evaluated by the participants and external control.

Results: Despite the willingness of patients and nurses for patient-centered communication, there are barriers that limit it. At the organizational context, workload and time imbalance, organizational culture: neglecting to nurses and patients needs, routine-based instead of patient-centeredness, extra shifts and lack of supervision; and at the psychological context, emotional problems of patients due to cancer diagnosis and invasive treatments and sense of vulnerability in nurses resulted from emotionally and physically perilous sense of working with cancer patient was introduced. At the sociocultural context, language and gender differences, illiteracy, poor health literacy and misconceptions about therapeutic intimacy were identified.

Conclusion: In order to communicate with cancer patients, change in philosophy and culture of care environment is essential. Nurses must receive proper trainings conform to their needs which focus on holistic and patient-centered approach. Nursing administrators must monitor the communication functions of the nurses and pay attention to the personal and emotional needs of them.

Key words: cancer, patient-centered communication, barriers, qualitative content analysis

Address: Nursing and Midwifery School, Kerman University of Medical sciences, Kerman, Iran

Tel: (+98)09123879247

Email: ghahramaniana@gmail.com

¹ Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Nursing and Midwifery School, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³ Nursing and Midwifery School, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

⁴ Hematology and Oncology Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁵ Para Medicine School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁶ Young Researchers Club and Elites, Bonab Branch, Islamic Azad University, Bonab, Iran

⁷ Nursing and Midwifery School, Kerman University of Medical sciences, Kerman, Iran (Corresponding Author)