

تبیین تجربیات پرستاران از صمیمیت با بیمار در بخش کودکان مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و گلستان سال ۱۳۹۵

فرشته عراقیان مجرد^۱، اکرم ثناگو^۲، لیلا جویباری^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: صمیمیت، کیفیتی از ارتباط است که افراد باید نسبت به هم اعتماد دوجانبه و نزدیکی عاطفی داشته باشند و قادر به آشکارسازی افکار و احساسات هم باشند. پرستار کودکان نیاز به برقراری ارتباط معنی‌دار با کودک و خانواده دارد. هدف از انجام مطالعه حاضر، تبیین تجربه صمیمیت پرستار با بیمار در بخش کودکان بود.

روش: مطالعه از نوع پدیدارشناسی در سال ۱۳۹۵ در دو مرکز آموزشی درمانی دانشگاهی بر روی ۱۲ پرستار در بخش کودکان با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و با حداکثر تنوع صورت گرفت. برای جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با حداقل یک سؤال مشترک «وقتی می‌گویم صمیمیت با بیمار چه چیزی به ذهن شما می‌آید؟ آن را برایم بازگو نمایید؟» شروع شد. از سؤالات کاوشی چرا، چگونه، مثال بزنید به کرات برای عمیق شدن مصاحبه‌ها استفاده گردید. مصاحبه‌ها ضبط، بلافاصله دست‌نویس و سپس، با استفاده از روش ۷ مرحله‌ای Collaizzi تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: با تحلیل داده‌ها یک مضمون اصلی «صمیمیت، کلید ارتباط موفق» با سه زیرمضمون «تعامل برای آموزش به بیمار»، «تعامل برای مراقبت با کیفیت» و «تعامل برای مراقبت‌های انسان‌دوستانه» استخراج شد.

نتیجه‌گیری: درک پرستاران از صمیمیت با بیمار و خانواده او، چیزی جز داشتن ارتباطات حرفه‌ای برای آرایه مراقبت با کیفیت نبود. پرستاران با هنر صمیمیت، پل ارتباطی با بیمار برقرار کرده و هنر و علم پرستاری خود را با آموزش، مراقبت، پیگیری و رفتارهای انسان‌دوستانه به بیمار و خانواده آرایه می‌دهد.

کلید واژه‌ها: پرستار، کودک بیمار، خانواده بیمار، ارتباطات، پدیدارشناسی

ارجاع: عراقیان مجرد فرشته، ثناگو اکرم، جویباری لیلا. تبیین تجربیات پرستاران از صمیمیت با بیمار در بخش کودکان مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و گلستان سال ۱۳۹۵. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۲): ۱۵۶-۱۴۷.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۲/۷

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۳۰

۱- دانشجوی دکتری پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی بویه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۲- دانشیار، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

Email: jouybari@goums.ac.ir

نویسنده مسئول: لیلا جویباری

مقدمه

ارتباط پرستار و بیمار منجر به رفتارهای مراقبتی متعددی می‌شود که زیربنای ارایه مراقبت پرستاری با کیفیت قلمداد می‌گردد (۱، ۲)؛ به طوری که برقراری ارتباط مناسب بین پرستار و بیمار منجر به ارتقای سلامت بیماران شده (۳) و بسیاری از اقدامات پرستاری نظیر تأمین مراقبت جسمی، حمایت روحی و تبادل اطلاعات با بیماران معطوف به اعمال نقش ارتباطی پرستاران می‌باشد (۴). در این راستا، با توجه به این که تأمین مراقبتی منحصر به فرد برای بیمار مستلزم آشنا شدن با بیمار و برقراری رابطه با او می‌باشد (۵، ۶). نشان داده شده است که زمانی می‌توان از تأمین نیازهای کودک اطمینان یافت که پرستار از طریق مشارکت با کودک و والدین در خصوص تأمین نیازها و ارایه خدمات مورد نیاز برای برآوردن نیازهای کودک عمل کند (۷، ۸). پرستار کودکان نیاز به برقراری ارتباط معنی‌دار با کودک و خانواده دارد (۹). پرستاران می‌توانند به عنوان یک مشاور در یک موقعیت مناسب جهت کمک و یاری به خانواده، تدابیر سازنده‌ای را اتخاذ نمایند و راهنمایی و آموزش‌های لازم را به والدین کودک ارایه نمایند (۱۰). دیدگاه این دوره در پرستاری بر این باور است که ارتباط صمیمی بین پرستار و بیمار در سلامتی، رفاه و بهبودی بیماران اساسی است (۱۱، ۱۲). صمیمیت، کیفیتی از ارتباط است که افراد باید نسبت به هم اعتماد دوجانبه و نزدیکی عاطفی داشته باشند و قادر به آشکارسازی افکار و احساسات هم باشند (۱۳). درمان مؤثر و کیفیت مراقبت با سطح صمیمیت بین پرستاران و بیماران در ارتباط است (۱۴). در مطالعه فخر موحدی و همکاران اکثر پرستاران در مواجهه با نیازهای بیماران از رفتارهایی احترام‌آمیز، توجهی و صمیمی استفاده می‌کردند که خود باعث رضایتمندی بیمار از نحوه ارتباط پرستاران و احساس آرامش و اطمینان خاطر در آن‌ها شده بود؛ به طوری که تمامی بیماران مشارکت‌کننده در مطالعه ارتباط پرستار را به صورت خوب توصیف نمودند و این خوب بودن را با مشخصاتی مثل رسیدگی به موقع، صمیمیت، همدردی، اعمال رویکرد حمایتی و

احترام‌آمیز تفسیر کردند (۶). در مطالعه برهانی و همکاران تجربه پرستاران انکولوژی اطفال در مراقبت از بیماران دلبستگی، مراقبت‌های حمایتی، در تلاش برای سرکوب احساسات، احساس ضعف، ناتوانی و نیاز به حمایت می‌باشد (۱۵). در مطالعه‌ای بیان شد که نزدیک شدن یا فاصله گرفتن از بیمار به تجربه پرستار وابسته است که نقش تسهیل‌کنندگی دارد و نزدیک شدن به بیماران بستگی به دیدگاه کارکنان بهداشتی، قضاوت آنان از بیمار و خودآگاهی آنان بستگی دارد (۱۶). برهانی و همکاران در مطالعه خود بیان داشتند که پرستاران، بیماران را به عنوان دوستان حرفه‌ای خود و محیط مراقبتی را نیز به عنوان مکانی برای تجربه صمیمیت قلمداد می‌نمایند (۱۵). Mottram در تبیین رفتارهای درمانی در روز جراحی، رفتارهای ارتباطی ذیل از جانب پرستاران را به عنوان ارتباط درمانی تلقی می‌کند: توضیح دادن، پاسخ به موقع به نیاز بیمار، صمیمیت داشتن، رفتار دوستانه با بیمار و آرامش داشتن پرستار در هنگام کار با بیمار که خود منجر به آرامش بیمار می‌شود (۱۷). از نظر Finch، بیماران انتظار داشتند که پرستاران در مورد آن‌ها از رفتارهای توجهی، حرفه‌ای، درک کردن و احترام‌آمیز استفاده نمایند که از میان این رفتارها، حرفه‌ای، ماهر بودن، همدردی و صمیمیت، فراوانی بیشتری را به خود اختصاص داده بود (۱۸). Stavropoulou و همکاران به این نتیجه دست یافتند که صمیمیت جزء مهمی از کیفیت مراقبت می‌باشد که رابطه قوی با زمینه مراقبت و کاربرد مراقبت دارد (۱۹).

تحقیق کیفی فرصت مناسبی برای تولید دانش عمیق پرستاری از طریق تجربیات افراد فراهم کرده و به جمع‌آوری داده درباره درک معنایی پدیده‌ها از دیدگاه افراد کمک می‌کند (۲۰). مقالات تحقیقی اندکی در خصوص ماهیت صمیمیت در پرستاری و اجرای آن در ارتباط نزدیک پرستار و بیمار پرداخته است و از آنجایی که در ارتباط با تجارب پرستاران اطفال در خصوص صمیمیت با کودکان، مطالعه‌ای در ایران انجام نشده، از این‌رو، با توجه به اهمیت صمیمیت در ارتباط پرستاران و بیماران، نقش آن در فعالیتهای پرستاری و درک عمیق

جدول ۱. برخی خصوصیات پرستاران شرکت کننده در مطالعه

نمونه‌ها	سن	جنس	سابقه بر حسب سال	نوع بخش
۱	۳۶	زن	۱۰	داخلی عفونی
۲	۲۴	زن	۱	جراحی
۳	۳۵	زن	۷	انکولوژی
۴	۲۷	مرد	۲	اورژانس
۵	۲۹	زن	۴	غدد و نورولوژی
۶	۴۴	زن	۲۰	داخلی عفونی
۷	۴۰	زن	۱۶	غدد و نورولوژی
۸	۳۸	مرد	۱۰	اورژانس
۹	۴۸	زن	۲۲	ویژه
۱۰	۳۳	زن	۱۱	جراحی
۱۱	۲۶	زن	۱	ویژه
۱۲	۴۵	زن	۲۲	انکولوژی

مصاحبه‌ها با یک سؤال باز «یک روز کاری خود را بیان دارید؟» آغاز و سپس، سؤالات نیمه ساختار یافته «وقتی می‌گویم صمیمیت با بیمار چی به ذهن شما می‌آید، برایم بازگو نمایید؟»، «تجربه خود را از صمیمیت با بیمار برایم بیان دارید؟» ادامه می‌یافت. در پاسخ به این سؤال، آن‌ها به توصیف تجارب خود از صمیمیت با بیمار پرداختند. زمانی که نیاز به روشن‌سازی اطلاعات در زمینه‌ای خاص بود، از سؤال‌های ریزتر و کاوشگرانه‌تری استفاده شد. پژوهشگر سعی کرد از سؤالات کاوشی، از قبیل «می‌توانید برایم یک مثال بزنید؟ آیا منظور این است که...، چگونه... و...» در طول مصاحبه استفاده کند. میانگین طول زمان مصاحبه ۵۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها بلافاصله دست‌نویس، تایپ و از روش ۷ مرحله‌ای Collaizzi برای تجزیه و تحلیل استفاده شد.

مروری بر تمام اطلاعات: در این مرحله، اطلاعات مکتوب مربوط به مصاحبه‌ها چندین مرتبه خوانده شد تا محتوای کلی آن درک شود. این کار همراه با گوش دادن به بخش‌هایی از اطلاعات ضبط شده صورت گرفت.

بیرون کشیدن جملات مهم: عبارات، جملات یا پاراگراف‌هایی که مربوط به سؤالات پرسیده شده در مصاحبه‌ها بود، جدا شده و در فایل‌های جداگانه‌ای نگهداری

تجارب پرستاران به عنوان ارایه کنندگان مراقبت و عدم وجود مطالعه‌ای در این خصوص، پژوهش کیفی حاضر با هدف تبیین دیدگاه و تجارب پرستاران درباره صمیمیت با بیماران در بخش اطفال انجام شد. تلاش بر این بود تا مشخص نماید که پرستاران چگونه ماهیت صمیمیت حرفه‌ای را درک کنند و با ارایه تصویری روشن از تجارب انسانی و اخلاقی در بافت فرهنگی - اجتماعی ایران، زمینه برای مداخله مؤثر در ارتقای کیفیت مراقبت و سلامت بیماران و بهبود عملکرد پرستاری فراهم گردد.

روش

مطالعه حاضر، کیفی و از نوع پدیدارشناسی بود. بیشتر مطالعات کیفی بر این عقیده استوار است که به دست آوردن دانش درباره انسان‌ها امکان‌پذیر نیست، مگر از طریق توصیف تجربه انسانی به همان صورتی که توسط افراد تجربه کننده توصیف می‌شود. پدیدارشناسی، مناسب‌ترین روش برای شناخت عمیق تجربه و معنای یک مفهوم پیچیده و چندبعدی همانند تجربه صمیمیت است. رویکرد پدیدارشناسی با آشکار ساختن ماهیت معنی نهفته در تجربیات سر و کار دارد. هدف پژوهشگر، درک معنی تجربه به همان صورتی می‌باشد که فرد تجربه کرده است. در حقیقت، پدیدارشناسی به روشن کردن ساختار یا جوهره تجربه زنده یک پدیده، به منظور پیدا کردن وحدت معنی و توصیف صحیح آن می‌پردازد (۲۱). مطالعه حاضر، به منظور درک تجربه زندگی و به حداکثر رساندن تنوع نمونه‌ها در دو مرکز آموزشی درمانی کودکان دانشگاه علوم پزشکی مازندران و گلستان از تیر تا شهریور سال ۱۳۹۵ انجام شد. برای تعیین حجم نمونه، از اشباع داده‌ها استفاده شد. ۱۲ پرستار بخش کودکان از مشارکت کنندگان بودند (جدول ۱). نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با حداکثر تنوع (سابقه کار، سمت، بخش، جنسیت، تأهل و بیمارستان) استفاده شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه باز و نیمه ساختار یافته استفاده شد. مصاحبه‌ها در مکانی خلوت (اتاق استراحت هر بخش) در مرکز درمانی، صورت گرفت.

شد. این کار به این دلیل انجام گرفت که اطلاعاتی که درصد اهمیت کمتری داشت، از دست نرود؛ چرا که ممکن بود در مراحل بعدی اهمیت آن‌ها مشخص شود.

ایجاد معانی فرموله شده: برای هر جمله مهم، یک توصیف کوتاه از معنی پنهان در آن نوشته شد. این فرایند توسط دو نفر به صورت جداگانه انجام شد و سپس، معانی بیرون کشیده از جملات با هم ترکیب شد تا یک معنی مشترک حاصل گردید.

قرار دادن معانی فرموله شده در داخل دسته‌ها و شکل دادن مضامین (تم‌ها) در درون دسته‌های مختلف: مضامین در این مرحله، عبارات و جملات کوتاهی از معانی فرموله شده بود. مضامین توسط هر یک از نفراتی که مرحله چهارم را به انجام رساندند، به طور جداگانه در دسته‌ها ایجاد شده و پس از آن به بحث گذاشته شد. تکرار مضامین، یکی از شاخص‌های اعتبار است. برای تعیین اعتبار داده‌ها در این مرحله، یک نفر از افراد ذی‌صلاح مضامین به دست آمده را با اطلاعات تطبیق داد.

ایجاد یک توصیف روایتی مختصر: مفاهیم کلیدی اطلاعات که با اتفاق نظر پژوهشگران انتخاب شده بود، به صورت خلاصه‌ای روایت‌وار نوشته شد. توصیف روایتی، به منظور بیان یافته‌ها در قالب جملات بدون ابهام و به صورت خلاصه است. این خلاصه توسط پژوهشگر نوشته شد و سپس، نفر دوم به اتفاق پژوهشگر به تصحیح آن پرداختند.

بازگشت به منظور تعیین اعتبار: نتایج برای شرکت کنندگان شرح داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا نظرات و واکنش‌های خود را راجع به نتایج ارایه دهند.

به منظور تعیین قابلیت پیگیری: فعالیت‌های روزانه فرایند تحقیق، توسط پژوهشگر به صورت گزارش کتبی نوشته شد و تجربه شخصی پژوهشگران در برخورد با شرکت کنندگان ثبت شد.

به منظور دستیابی به صحت و اعتبار مطالعه معیارهای ارایه شده یعنی مقبولیت، اعتمادپذیری، انتقال‌پذیری و تصدیق‌پذیری مورد توجه و استفاده گروه

پژوهش قرار گرفت (۲۲)؛ به طوری که پژوهشگر با شرکت طولانی مدت، مشارکت و تعامل کافی با شرکت کنندگان، جمع‌آوری اطلاعات معتبر و تأیید اطلاعات توسط مشارکت کنندگان، تلاش بر افزودن اعتبار تحقیق (Credibility) خواهد نمود. تکرار گام‌به‌گام، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، بهره‌گیری از بازبینی توسط استاد راهنما، مشاور و افراد صاحب‌نظر، جهت افزایش اعتماد داده‌ها (Dependability) صورت گرفت. جهت افزایش معیار تأییدپذیری داده‌ها از (Confirmability) از تأیید استادان هیأت علمی دانشگاه و نظرات تکمیلی آنان استفاده شد. قابلیت انتقال داده‌ها (Transferability) مطالعه با تلاش جهت ارایه توصیف غنی از گزارش تحقیق به منظور ارزیابی و قابلیت کاربرد تحقیق در سایر زمینه‌ها صورت پذیرفت تا سایر محققان نیز بتوانند قادر به درک تجربه پرستاران از صمیمیت با بیمار و دستیابی مشابه آن باشند و همچنین، نقل قول‌های مشارکت کنندگان به همان صورتی که گفته شده، ارایه شد. پژوهشگران اقدام به کنارگذاری پیش‌فرض‌های خود در مورد پدیده مورد مطالعه (پرانترگذاری) نمودند تا به این ترتیب به استحکام داده‌های خود کمک کنند.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی و محافظت از حقوق مشارکت کنندگان، محقق بعد از تأییدیه کمیته اخلاق و اخذ معرفی‌نامه از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان و ارایه آن به دانشگاه محل مطالعه، با معرفی خود به مشارکت کنندگان و توضیح اهداف پژوهش از آن‌ها رضایت آگاهانه جهت ضبط صدا گرفته شد و به آن‌ها در خصوص محرمانه بودن اطلاعات و امانت‌داری در متن مصاحبه اطمینان داده شد. به خروج آزادانه در هر مرحله از مطالعه به دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری تأکید شد.

یافته‌ها

در پژوهش، ۱۲ پرستار شرکت کننده دارای سن ۳۴ تا ۴۸ سال حضور داشتند که ۲ نفر مرد و ۱۰ نفر خانم بودند و در بخش‌های مختلف اطفال مشغول به کار بودند. طی فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها، ۴ درون‌مایه اصلی شامل تعامل برای

جدول ۲. مضامین، کدها و متن مصاحبه

مضمون	کدها	متن مصاحبه
تعامل برای آموزش به بیمار	ایفای نقش، مثال آوردن	«من باید ارتباط نزدیکی داشته باشم تا آموزش دیالیز صفاقی را به مریضم بدم. مثلاً در دیالیز صفاقی بیمار و خانواده با بحرانی مواجه است. می‌خواهی یک کاری را به خانواده بسپاری، باید حدود یک ماه آموزش بدی تا خانواده بدون چاره کار کنه. نگران، من به مادر می‌گم از این به بعد باید بتونی آزمایش بچتو بخونی، تو مادر معمولی نیستی، تو باید هم پزشک و هم پرستار برای بچه‌ها باشی، برای بچه‌های عادی آزمایش را می‌تونی به یک پزشک متخصص ریه یا عفونی نشون بدی، ولی این مجبوره بدون چاره کار کنه. اگر سدیسم و پتاسیم بچه کم و زیاد شد، چی کار کنه».
تعامل برای مراقبت با کیفیت	اعتماد- خوداظهاری	«صمیمیت یعنی آموزش به بیمار و خانواده تا نباشه، نمی‌شه ارتباط برقرار بشه و آموزش به بیمار داد».
تعامل برای مراقبت‌های انسان‌دوستانه	رفتار نیک- گفتار نیک	«صمیمیت یعنی صداقت در آموزش» «مادره نگران و استرس داره. آیا به نظر شما این وظیفه پرستار نیست که اطلاعات به این خانواده بده». «یعنی این که بیمار آن قدر با من راحت باشه که مشکلاتشو بهم بگه و به من اعتماد داشته باشه تا بتونم با پزشک در میان بگذارم و بهترین درمان را براش انتخاب کنه». «وقتی می‌خوام از شون اطلاعات بگیرم، راحت‌تر اطلاعات بدهند و چیزی را از من پنهان نکنه، چون من باید از مریض یک اطلاعات اولیه داشته باشم و بدونم چه مریضیهایی داره و ازش شرح حال بگیرم». «چون می‌ترسه نمی‌تونه به ما اعتماد کنه، بترسه سؤال نمی‌کنه، خیلی چیزها براش مفهوم نیست، خیلی چیزها براش جا نمی‌افته و حس خوبی نداره. بنابراین، هرچه بیشتر سؤال کنه و ما با روی خوش جواب بدیم، فکر می‌کنه ما خواهرشیم و یا یکی از نزدیکانشیم و به ما اعتماد کنه و تمام حرفاشو به ما می‌زنه».
		صمیمیت همان رفتار درست با بیمار صمیمیت یعنی این که کودک از ما و لباسمان نترسد. اولین صحبت من با مادرا اینه که این بچه‌ها تا زمانی که توی بخش منند، بچه منند، مادرها می‌خندند. برای این که تو درماتشون کمک می‌کنند و هم من سود می‌برم و هم اونا. من فکر می‌کنم همه سود می‌بریم. هم این که بچه زود خوب می‌شه، به اضافه این که انسان‌دوستیه دیگه، می‌خواهیم خیالشون راحت باشه. آدم باید انرژی بذاره، ببین با بی‌حوصلگی به همراه نگاه کنه و حوصله نداشته باشه.

آموزش به بیمار، تعامل برای مراقبت با کیفیت، تعامل برای پیگیری بیمار و مراقبت‌های انسان‌دوستانه استخراج گردید. با تحلیل داده‌ها یک مضمون اصلی صمیمیت کلید ارتباط موفق با سه زیرمضمون تعامل برای آموزش به بیمار، تعامل برای مراقبت با کیفیت و مراقبت‌های انسان‌دوستانه استخراج شد (جدول ۲).

صمیمیت کلید ارتباط موفق: مضمون اصلی مطالعه

حاضر، صمیمیت کلید ارتباط موفق بود، یک ارتباط خوب منجر به ایجاد صمیمیت استخراج شد. پرستاران در این مطالعه برای ارائه نقش خود به عنوان پرستار در پرستاری از کودک بیمار از طریق ایجاد صمیمیت با خانواده و بیمار ارتباط و تعامل برقرار می‌کردند تا بتوانند مراقبت با کیفیت بهتری را ارائه نمایند. پرستاران در تجربیاتشان در بخش کودکان یاد گرفته بودند که بدون ایجاد صمیمیت قادر نیستند تا بتوانند

ارتباط با کودک و والد او برقرار کنند و از طرف دیگر، به این مهم هم دست یافته بودند که بدون ارتباط قادر به ارائه مراقبت با کیفیت نخواهند بود. در واقع، صمیمیت راهی برای پرستاری کردن از کودک بیمار در بخش کودکان بود. جالب این جا بود که پرستاران به این مهم هم پی برده بودند که درست است که با ایجاد صمیمیت قصد ایجاد ارتباط را داشتند، اما شاهد این هم بودند که ایجاد یک ارتباط خوب، منجر به صمیمیت می‌شد که در واقع این دو «صمیمیت و ارتباط» و از طرف دیگر، «ارتباط خوب و صمیمیت» به صورت مفهومی پویا و قابل رشد در جریان مراقبت پرستاری از کودک بیمار در بخش به صورت تقویت کننده یکدیگر در جریان بودند. پرستاران در تجربیات خود پی برده بودند که صمیمیت پلی برای ارتباط برقرار کردن می‌باشد. مشارکت کننده ۳ بیان داشت «ایجاد صمیمیت باعث می‌شود بدون

هیچ تلاشی بیمار و همراه بیمار در ارتباط با شما پیش قدم شود». مشارکت کننده ۶ بیان داشت «الان همراه‌های مریض دم در که می‌ری باهات سلام و علیک می‌کنند و حالتو می‌پرسند، خسته نباشید بهت می‌گن یا شنبه که می‌آیی، می‌گن دیروز که نبودى این جا چقدر خلوت بود. ببین اینا دیگه نیست، صمیمیت کلید ارتباطه. اگه نباشه اون به خودش اجازه نمی‌ده با تو ارتباط برقرار کنه». از طرف دیگر، تجربیات پرستاران بیانگر این بود که ایجاد یک ارتباط خوب و مناسب خود منجر به صمیمیت می‌شود. مشارکت کننده ۳ اظهار کرد «بیماری داشتیم که بچه‌ای تو خونه داشت و نمی‌تونست به کسی بگه. روش نمی‌شد و با کسی راحت نبود. همین جوری بچه‌شو گذاشت و رفت خونه. اگر آدم بتونه خوب ارتباط برقرار کنه و اعتماد مریضا شو جلب کنه، به نظر من یک ارتباط خوب منجر به ایجاد صمیمیت می‌شه».

پرستاران صمیمیت در بالین کودک، بیمار را چیزی جدا از پرستاری نمی‌دانستند. مشارکت کننده ۱۲ بیان داشت «در واقع، صمیمیت راهی برای پرستاری کردن از کودک بیمار در بخش کودکان است». الزام جدایی ناپذیر بودن همراهی «صمیمیت» با پرستاری در بخش کودکان چنان به هم آمیخته بود که گویی بدون صمیمیت نمی‌توان ارایه مراقبت نمود. پرستاران برای کمک به بیماران، همدلی با والدین و به آرامش رساندن آن‌ها راهی جز صمیمیت با آن‌ها نداشتند. مشارکت کننده ۷ بیان کرد «همه خوبی‌ها تو صمیمیت است. همه چیز اگر می‌خوای کمکی کنی، اول باید صمیمی بشی. مادر می‌آد باهات نیم ساعت درد و دل می‌کنه، گریه می‌کنه، باهات همدلی می‌کنی و بهش می‌گی این طوری نیست که تو فکر می‌کنی و راه‌ها رو بهش نشون می‌دی. بهش مشاوره می‌دی. این صمیمیت‌ها باعث آرامش می‌شه، این خیلی مهمه».

تعامل برای آموزش به بیمار یکی از مضامین مطالعه حاضر به جهت برقراری تعامل با بیمار برای آموزش دادن به او بود. مشارکت کننده ۱۰ اظهار نمود «من مجبورم با بیمار صمیمی بشم تا آموزش کامل بدم تا کار درست انجام بشه. این صمیمیت باید باشه، نمیشه نباشه». الزام ارایه آموزش به بیمار، بدون ایجاد صمیمیت غیر ممکن بود. تجربیات یکی از

پرستاران بیانگر این مهم می‌باشد.

«من باید ارتباط نزدیکی داشته باشم تا آموزش دیالیز صفاقی را به مریضم بدم. مثلاً در دیالیز صفاقی بیمار و خانواده با بحرانی مواجه است، می‌خوای یک کاری را به خانواده بسپاری، باید حدود یک ماه آموزش بدی تا خانواده بدونه چیکار کنه. نگرانه، من به مادر می‌گم که از این به بعد باید بتونی آزمایش بچتو بخونی، تو مادر معمولی نیستی، تو باید هم پزشک و هم پرستار برای بچه‌ات باشی. برای بچه‌های عادی آزمایش را می‌تونی به یک پزشک متخصص ریه یا عفونی نشون بدی، ولی این مجبور بدونه که اگر سدیم و پتاسیم بچه کم و زیاد شد چی کار بکنه». پرستاران به جهت نقش آموزشی دهنده، تأثیرپذیری و در واقع کیفیت اجرایی آن نیاز به ایجاد ارتباط نزدیک با بیمار داشتند تا بتوانند نقش آموزشی خود را خوب ایفا نمایند.

تعامل برای مراقبت با کیفیت مضمون دیگر مطالعه حاضر بود. پرستاران برای ارایه مراقبت با کیفیت نیاز به برقراری تعامل با بیمار داشتند و از طرف دیگر، برای این تعامل نیاز به ایجاد جو صمیمی بودند. مشارکت کننده ۱ بیان داشت «با بیمارانی که ارتباط زیاد و خوبی داریم با ما راحتند و دوست دارند رگش را ما بگیریم. حتی همکاران با تجربه دیگه‌ای هم هستند، اما... با برخوردی که داریم حرفاشونو راحت‌تر به ما می‌زنند. مثلاً، مریضی سونوگرافی داشت که از نظر هزینه مشکل داشت و به من گفت کارش را راه انداختم و زنگ زدم به رادیولوژی معمولاً در مورد مشکلات خانوادگی و مالی با ما درد دل می‌کنند و مشکلاتشان را راحت به ما می‌گویند». مشارکت کننده ۴ گفت «با من راحت‌تر کنار می‌آیند. به خصوص، در کار بالین مثل رگ‌گیری، خون‌گیری، وصل کردن سرم حرف ما را خوب گوش بدهند و کارا درست انجام بشه. اگر رفتار خوبی نداشته باشیم، حرفامونو گوش نمی‌دهند. بیمار احساس امنیت می‌کند و با من همکاری می‌کند».

تعامل برای مراقبت‌های انسان‌دوستانه پرستاران برای ارایه مراقبت انسان‌دوستانه نیاز به ایجاد صمیمیت داشت. یکی از مسائلی که پرستاران را وادار می‌کرد تا رفتار صمیمانه با بیمار داشته باشند، حس انسان دوستی و حفظ

کرامت انسان‌ها به خصوص در زمان آسیب‌پذیری آن‌ها بود. پرستاران معتقد بودند که با ایجاد صمیمیت ما می‌توانیم رفتار انسان‌دوستانه را با بیمار برقرار کنیم؛ همان طور که خودمون در جامعه در زمان آسیب‌پذیری انتظار داریم با ما رفتار شود. مشارکت‌کننده ۱۱ بیان داشت «اگه صمیمیت ایجاد نشه همکاری به وجود نیما. بچه الان چهار ماهه زیر دستگاهه. ممکنه خانواده قطع امید کنند و برن. این به درد بچه نمی‌خوره. به درد بخش نمی‌خوره. به اضافه این که من نمی‌تونم، غیر این نمی‌تونم باشم، نمی‌تونم. به عقیده من باید با همه انسان‌ها خوب برخورد بشه، با احترام رفتار بشه. بالاخره این آدم‌هایی از جنس ما و ما هم از جنس اون‌هاییم. اون چه برای خودمون انتظار داریم، من وقتی به بیمارستان دیگه که می‌رم، انتظار دارم که با من خوب برخورد بشه، اینا هم انتظاراتی دارند».

بحث

نتایج مطالعه حاضر در تبیین تجربیات پرستاران از صمیمیت با کودکان یک مضمون اصلی صمیمیت کلید ارتباط موفق با سه زیرمضمون تعامل برای آموزش به بیمار، تعامل برای مراقبت با کیفیت و مراقبت‌های انسان‌دوستانه از مواردی بود که پرستاران را در این تجربیات سهیم می‌کرد.

پرستاران برای ارتباط مؤثر با بیماران خود صمیمی شده تا از این طریق آموزش‌های لازم در مورد بیماری و اقدامات درمانی در بیمارستان و منزل را دریافت کنند. در حقیقت، آن‌ها صمیمیت را مترادف آموزش به بیمار می‌دانستند. ارتباط در حرفه پرستاری نیز اهمیت به سزایی دارد (۲۳). بیماران تعامل با پرستاران را به عنوان اساس درمان خود می‌دانند. ارتباط مؤثر ویژگی اساسی مراقبت‌های پرستاری است و در طول زمان به عنوان یک ضرورت در جهت‌گیری‌های بیمار مدار مورد توجه بوده است (۲۴). یکی از یافته‌های مطالعه برقراری صمیمیت جهت تعامل برای آموزش به بیمار بود. بیش از ۷۰ درصد افراد تیم بهداشتی- درمانی را پرستاران تشکیل می‌دهند که نقش ارزنده‌ای در آموزش به بیماران دارند؛ چرا که دسترسی بیشتری به بیمار و خانواده وی دارند و

زمان زیادی را صرف مراقبت می‌کنند و در نتیجه، فرصت‌های مکرری برای آموزش فراهم می‌شود و نیز می‌توانند کیفیت آموزش‌ها را ارزشیابی کنند. یکی از مهم‌ترین حقوق مددجویان، داشتن اطلاعات کامل از سیر بیماری و درمان خود است. Hummelinck و Pollock می‌نویسند که تبادل مؤثر اطلاعات جهت نمودن والدین به مشارکت در مراقبت ضروری است (۲۵). در واقع، تعاملات بین پرستار و بیمار می‌تواند به عنوان محکی برای مراقبت مؤثر و پویا مورد استفاده قرار گیرد (۲۶). در مطالعه فخر موحدی و همکاران نیز یافته‌ها نشان داد که باور پرستاران به اهمیت ارتباط با بیمار و تلاشی که آن‌ها برای پاسخگویی به نیازهای بیماران از خود بروز می‌دادند، منجر به ایجاد حس اعتماد در بیماران گردیده بود؛ به طوری که از ارتباط به عنوان جوهره مراقبت پرستاری یاد کردند (۶). این در حالی است که Hanoch و Pachur بیان می‌دارند که پرستاران مسؤول ارایه اطلاعات مهم به بیمار هستند (۲۷). در مطالعه Pytel و همکاران نتایج مطالعه نشان داد که تأمین اطلاعات در مورد آزمایش‌های تشخیصی و درمانی، از مهم‌ترین نیازهای بیماران و همراهان آن‌ها بوده که پرستاران نیز این کار را انجام داده بودند (۲۸). در مطالعه Thorne و همکاران، بیماران اهمیت ارتباط مراقبت سلامتی را در سه سطح داشتن تواضع، احترام قایل شدن و تعهد داشتن تعریف کردند (۲۹). در مطالعه Chiovitti نیز معنای مراقبت پرستاری از نگاه بیماران در خصوصیات نظیر احترام قایل شدن برای بیمار، ایمنی بیمار، تشویق بیمار به ارتقای سلامتی و آموزش تعاملی خلاصه شده بود (۳۰).

نتیجه دیگر مطالعه حاکی از آن بود که پرستاران با بیماران خود صمیمی شده تا از این طریق کیفیت مراقبت‌های خود را افزایش دهند. چون به نظر آنان صمیمیت یعنی این که بیمار و خانواده بتوانند به راحتی در مورد نگرانی‌ها و مشکلاتشان با آن‌ها صحبت نمایند. کیفیت مراقبت پرستاری به کارگیری ترکیبی از دانش حرفه‌ای و رفتارهای انسانی وابسته است. به همین منظور، برای مراقبت بهتر یک پرستار بایستی آن چه که در تجربه عملی به دست می‌آورد را درونی

از محدودیت‌های پژوهش خصوصیات فردی پرستاران بود که پژوهشگر سعی نمود که با توضیح بیشتر قبل از مصاحبه و انجام سؤالات عمیق این محدودیت را به حداقل برساند و وضعیت روحی روانی پرستاران و شلوغ بودن بخش بود که پژوهشگر سعی نمود که قبل از انجام مصاحبه به آن توجه نماید و در صورت عدم آمادگی، زمان دیگری را به انجام مصاحبه اختصاص دهد.

نتیجه‌گیری

در نهایت، از آن‌جا که مطالعات کیفی در پی تبیین پدیده‌های مختلف با توجه به تجارب زیسته افراد هر رشته می‌باشد، یافته‌های مطالعه حاضر مشخص می‌سازد که در عرصه تحت مطالعه، پرستاران و بیماران از چه راهبردی در برقراری صمیمیت با یکدیگر استفاده می‌کنند. یافته‌های مطالعه ممکن است که از منظر متولیان آموزش و مراقبت پرستاری منجر به انجام تحقیقات بیشتری از زوایای مختلف در محیط‌های بالینی متنوع‌تری گردد و با رسیدن به اجماع نظر و ادراکی جامع نسبت به فرایند صمیمیت بین پرستار و بیمار بتوان دستورالعمل‌ها و خط‌مشی‌های اثربخشی را برای ارتقای مراقبت پرستاری کشور تدوین نمود و تمهیدات لازم برای کنترل بهینه شرایط زمینه‌ای تأثیرگذار بر راهبردهای اتخاذی پرستاران در ارتباط صمیمیت با بیمار اندیشید.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاصل طرح تحقیقات دانشجویی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان می‌باشد. همچنین، محققان بر خود لازم می‌دانند از پرستاران گرامی که ما را در این تحقیق یاری رساندند، تشکر و قدردانی داشته باشند.

سازد. پرستاران با ارتباط صمیمی سعی در ارایه مراقبت با کیفیت برای بیمارانشان می‌نمودند. کیفیت مراقبت همواره یک بحث کلیدی برای پرستاران و بیماران بوده است و امروزه از زمانی که در تمام زمینه‌های پزشکی، به کارگیری روش‌ها و استانداردها در سطوح بالا انتظار می‌رود، ارتقای کیفیت مراقبت به عنوان یک هدف عمده در آمده است. کیفیت مراقبت پرستاری، پاسخ پرستاری به نیازهای روحی، اجتماعی، احساسی، روانی و اجتماعی بیماران در جهت بهبود، حفظ سلامت، داشتن زندگی طبیعی، رضایت بیماران و پرستاران می‌باشد. عناصر مراقبت شامل حمایت احساسی، تأمین آرامش، راحتی و برقراری ارتباط مناسب می‌باشد (۳۱).

نتیجه دیگر مطالعه حاکی از آن بود که پرستاران برای ارایه مراقبت انسان‌دوستانه با بیماران و همراهانشان صمیمی می‌شوند. به نظر آنان صمیمیت یعنی مراقبت انسان‌دوستانه که می‌تواند هم کودک و هم خانواده وی را شامل شود. پرستاری و تمایلات انسان‌دوستانه عده‌ای از پرستاران که اکثریت آنان را زنان تشکیل می‌دادند، در هنگام توصیف تجارب خود به احساسات عمیق «نوع دوستی» در تجربه خود از پرستاری اشاره داشتند. آن‌ها پرستاری را یک حرفه یا شغل مقدس فرض نموده و احساس خود را اساس یک مراقبت مطلوب می‌دانستند. پرستاری را کمک به یکدیگر، کمک به هم نوع خود می‌دانستند و دیدگاه انسانی آن‌ها به مراقبت مبتنی بر یک مبنای نظری مذهبی استوار بود. این نگرش، در عمل به آنان انرژی می‌داد تا مشکلات پرستاری را تحمل نمایند. همین خصوصیت بوده است که آن‌ها را جذب پرستاری نموده؛ چرا که آنان تمایل داشته‌اند به نیازمندان بیمار و یا بیماران نیازمند کمک نمایند. نگرستن از این منظر به حرفه بیشتر معطوف به «رویکرد انسانی» و عشق به هم نوع بوده تا رویکرد مذهبی (۳۲).

References

1. Cossette S, Cara C, Ricard N, Pepin J. Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective: Report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse-Patient Interactions Scale. Int J Nurs Stud 2005; 42(6): 673-86.
2. Thorsteinsson LS. The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illnesses: The magical touch of nursing. J Clin Nurs 2002; 11(1): 32-40.
3. Thomas RK. Health communication. Berlin, Germany: Springer Science & Business Media, 2006.

4. Caris-Verhallen W, Timmermans L, van Dulmen S. Observation of nurse-patient interaction in oncology: Review of assessment instruments. *Patient Educ Couns* 2004; 54(3): 307-20.
5. Bolster D, Manias E. Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: Qualitative observation and interview study. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(2): 154-65.
6. Fakhr-Movahedi A, Negarandeh R, Salsali M. Exploring nurse-patient communication strategies. *Hayat* 2013; 18(4): 28-46. [In Persian].
7. Espezel HJ, Canam CJ. Parent-nurse interactions: Care of hospitalized children. *J Adv Nurs* 2003; 44(1): 34-41.
8. Runeson I, Enskar K, Elander G, Hermeren G. Professionals' perceptions of children's participation in decision making in healthcare. *J Clin Nurs* 2001; 10(1): 70-8.
9. Sepehri Nia M, Rassouli M, Alaei Karahroudi F, Zayeri F, Zagheri Tafreshi M. Comparing perception of nurse-mother communication between nurses and mothers' hospitalized children. *Quarterly Journal of Nursing Management* 2013; 2(3): 52-9.
10. Modanloo S, Rohani C, Farahani Shirin Abadi A, Pourhossein Gholi A. Assessment of family function among parents of children with cancer. *Iran J Nurs Res* 2015; 10(1): 56-65.
11. McMahon R, Pearson A. Contemporary perspectives in nursing intimacy. *J Adv Nurs* 1991; 35(2): 188-96.
12. McMahon R, Pearson A. Nursing as therapy. Cheltenham, UK: Nelson Thornes; 1998.
13. Timmerman GM. A concept analysis of intimacy. *Issues Ment Health Nurs* 1991; 12(1): 19-30.
14. Kadner K. Therapeutic intimacy in nursing. *J Adv Nurs* 1994; 19(2): 215-8.
15. Borhani F, Abbaszadeh A, Mohsenpour M, Asadi N. Lived experiences of pediatric oncology nurses in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2013; 18(5): 349-54.
16. Udo C, Melin-Johansson C, Danielson E. Existential issues among health care staff in surgical cancer care-discussions in supervision sessions. *Eur J Oncol Nurs* 2011; 15(5): 447-53.
17. Mottram A. Therapeutic relationships in day surgery: A grounded theory study. *J Clin Nurs* 2009; 18(20): 2830-7.
18. Finch LP. Patients' communication with nurses: Relational communication and preferred nurse behaviors. *Int J Hum Caring* 2006; 10(4): 14-22.
19. Stavropoulou A, Kaba E, Obamwonyi VA, Adeosun I, Rovithis M, Zidianakis Z. Defining nursing intimacy: Nurses' perceptions of intimacy. *Health Science Journal* 2012; 6(3): 479-95.
20. Speziale, S, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
21. Sanagoo A, Jouybari L, Rezaiean M, Jafari SY, Hosseini S A. Explaining the Happiness Experience of the Students in Golestan University of Medical Sciences. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery* 2011; 8(1): 1-10. [In Persian].
22. Streubert Speziale H, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
23. Sedighi A. Knowledge of principles and attitudes of Nurses contact patients in teaching hospitals of Guilan. *Holist Nurs Midwifery* 1998; 8(32-33): 76-81. [In Persian].
24. Baraz Pordanjani S, Shariati A, Alijani H, Moein Mosavi B. Assessing barriers of Nurse-patient's effective communication in educational hospitals of Ahwaz. *Iran J Nurs Res* 2010; 5(16): 45-52. [In Persian].
25. Hummelinck A, Pollock K. Parents' information needs about the treatment of their chronically ill child: A qualitative study. *Patient Educ Couns* 2006; 62(2): 228-34.
26. de Almeida Araujo IM, da Silva RM, Bonfim IM, Fernandes AF. Nursing communication in nursing care to mastectomized women: A grounded theory study. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18(1): 54-60.
27. Hanoch Y, Pachur T. Nurses as information providers: Facilitating understanding and communication of statistical information. *Nurse Educ Today* 2004; 24(3): 236-43.
28. Pytel C, Fielden NM, Meyer KH, Albert N. Nurse-patient/visitor communication in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2009; 35(5): 406-11.
29. Thorne SE, Harris SR, Mahoney K, Con A, McGuinness L. The context of health care communication in chronic illness. *Patient Educ Couns* 2004; 54(3): 299-306.
30. Chiovitti RF. Nurses' meaning of caring with patients in acute psychiatric hospital settings: A grounded theory study. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(2): 203-23.
31. Ghafari S, Mohammadi F. Concept analysis of nursing care: A hybrid model. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 21(1): 153-64. [In Persian].
32. Nikbakht Nasrabadi A, Parsa Yekta Z, Emami A. Phenomenological study of nursing experiences in Iran and Sweden. *Hayat* 2004; 10(3): 23-30. [In Persian].

Nurses' Experiences of Intimacy with the Patient in Pediatric Wards Affiliated to Mazandaran and Golestan Universities of Medical Sciences, Iran, 2016

Fereshteh Araghian-Mojarad¹, Akram Sanagoo², Leila Jouybari³

Original Article

Abstract

Introduction: Intimacy is a kind of communication in which people need to have mutual trust and emotional closeness, and be able to detect each other's thoughts and feelings. Nurses need to establish a meaningful relationship with the child and his/her family. This study aimed to explain the quality of intimacy between nurses and patients in pediatric ward.

Method: This phenomenological study was done in two university medical centers affiliated to Mazandaran and Golestan universities of medical sciences in Iran during the year 2016. 12 nurses were chosen in pediatric wards via purposive sampling method. To collect the data, semi-structured interviews were performed with at least one common question "When I say intimacy with the patient, what comes to your mind? Tell me about it"; probing questions such as why, how, and for example, frequently were used to deepen interviews. Interviews were recorded and transcribed immediately, and then were analyzed using a 7-step Colaizzi method.

Results: A central theme of "intimacy as the key of successful relationship" with three subthemes "interaction for patient education", "interaction for qualified care", and "care for humanitarian interaction" were extracted.

Conclusion: Nurses' perception of intimacy with the patient and his/her family was nothing but professional communication for qualified care. Using the art of intimacy, nurses interact with patients and make a bridge to educate, take care, follow up, and treat the patient and family based on humanitarian behaviors.

Keywords: Nurses, Patient relationship, Family, Child, Phenomenology

Citation: Araghian-Mojarad F, Sanagoo A, Jouybari L. **Nurses' Experiences of Intimacy with the Patient in Pediatric Wards Affiliated to Mazandaran and Golestan Universities of Medical Sciences, Iran, 2016.** J Qual Res Health Sci 2017; 6(2): 147-56.

Received date: 22.10.2015

Accept date: 25.02.2017

1- PhD Student in Nursing, Student Research Committee, Buye School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

2- Associate Professor, Educational Development Center, Goletsan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

3- Associate Professor, Nursing Research Center, Goletsan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Corresponding Author: Leila Jouybari, Email: jouybari@goums.ac.ir