

August-September 2021, Volume 16, Issue 3

The Effect of Using a Communication Board on the Communication Dimension of the Quality of Nursing Care in Patients with an Artificial Airway: A Randomized Clinical Trial

Divani A¹, Manookian A^{2,3}, Haghani Sh⁴, Navidhamidi M^{5*}

1- Department of Medical-Surgical Nursing and Basic Sciences, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Associate Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, USERN CARE (TUMS) Office, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5- Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding author: Navidhamidi M, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: m-navid@tums.ac.ir

Received: 18 March 2021

Accepted: 4 June 2021

Abstract

Introduction: Communicating effectively with mechanically ventilated patients is difficult and challenging which can have a serious impact on the quality of nursing care. Communication board is one of the tools to communicate with these patients. In this study, we intended to investigate the effect of using a communication board on the communication dimension of perceived quality of nursing care in mechanically ventilated patients.

Methods: This randomized clinical trial was performed in the intensive care units of Imam Khomeini Hospital in Tehran. 60 patients were randomly divided into control and experimental groups. The instruments were used included two questionnaires of demographic characteristics and quality of nursing care questionnaire (Qualpacs) to measure the quality of nursing care in the communication dimension. In the intervention group, a communication board was used to communicate with the patient and in the control group, communication was done routinely. After the intervention, the Qualpacs questionnaire was completed by the research units. SPSS version 24 was used for statistical analysis.

Results: There was no significant difference in demographic characteristics between the two groups ($P > 0.05$). The mean score of perceived nursing care quality in the intervention group was significantly higher than the control group (19.06 ± 3.7 vs 12.9 ± 2.61). 96.7% of patients in the intervention group had optimal to ideal satisfaction with nursing care, while only 66.7% of patients in the control group had good satisfaction with the quality of care. ($p < 0/001$).

Conclusions: The results of this study show that using a communication board in mechanically ventilated patients leads to an increase in the perceived quality of nursing care in the communication dimension.

Keywords: Communication, Ccommunication board, Qquality of care, Nursing, Mechanical ventilation.

بررسی تاثیر به کارگیری تخته ارتباطی بر بعد ارتباطی کیفیت مراقبت پرستاری در بیماران دارای راه هوایی مصنوعی: یک مطالعه کار آزمایی بالینی

آناهیتا دیوانی^۱، آرپی مانوکیان^{۲،۳}، شیما حقانی^۴، مزده نوید حمیدی^{۵*}

- ۱- گروه پرستاری داخلی جراحی و علوم پایه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۲- دانشیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۳- دانشیار، دفتر یوسرن دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۴- مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
- ۵- گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مزده نوید حمیدی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
ایمیل: m-navid@tums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۲۴

چکیده

مقدمه: برقراری ارتباط موثر با بیمار تحت تهویه مکانیکی دشوار و چالش برانگیز است و میتواند تاثیر جدی بر کیفیت مراقبت پرستاری بگذارد. تخته ارتباطی، یکی از ابزارهای برقراری ارتباط با این بیماران محسوب می شود. هدف از انجام این مطالعه تعیین تاثیر استفاده از تخته ارتباطی بر کیفیت مراقب پرستاری درک شده در بعد ارتباطی را از منظر بیماران تحت تهویه مکانیکی بود.

روش کار: این کارآزمایی بالینی تصادفی در بخش های مراقبت ویژه بیمارستان امام خمینی (ره) تهران انجام شد. ۶۰ بیمار به روش بلوک بندی تصادفی در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده شامل دو پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری (Qualpacs) جهت اندازه گیری کیفیت مراقبت پرستاری در بعد ارتباطی بود. در گروه مداخله، برای برقراری ارتباط با بیماران، از تخته ارتباطی استفاده شد و در گروه کنترل برقراری ارتباط به روش روتین صورت گرفت. پس از مداخله، پرسشنامه Qualpacs توسط واحدهای پژوهش تکمیل شد. جهت تجزیه و تحلیل آماری داده ها از نرم افزار SPSS 24 استفاده شد.

یافته ها: تفاوت معناداری در مشخصات دموگرافیک بین دو گروه وجود نداشت ($P > 0/05$). میانگین نمره کیفیت مراقبت پرستاری درک شده در گروه مداخله بطور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($19/3 \pm 0/6/67$) در برابر $12/9 \pm 2/61$). $96/7$ درصد بیماران گروه مداخله از مراقبت پرستاری رضایت مطلوب تا ایده آل داشتند در حالی که تنها $66/7$ درصد بیماران گروه کنترل از کیفیت مراقبت، رضایت مطلوب داشتند. ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج حاصل از این پژوهش نشان می دهد که برقراری ارتباط با استفاده از تخته ارتباطی در بیماران تحت تهویه مکانیکی منجر به افزایش کیفیت مراقبت پرستاری درک شده در بعد ارتباطی می شود.

کلیدواژه ها: ارتباط، کیفیت مراقبت، پرستاری، تهویه مکانیکی، تخته ارتباطی.

مقدمه

نسبت به درمان بسیار تاثیر گذار است. برقراری ارتباط موثر منجر به بالا رفتن کیفیت مراقبت، افزایش رضایت مندی بیماران و بهبود همکاری بیماران با کادر درمان می شود. همچنین به کارگیری مهارت های ارتباطی منجر به بهبود نتایج اقدامات درمانی می شود به طوری که ارتباط صحیح

ارتباط یک امر چند بعدی، چند عاملی و پیچیده است. فلورانس نایتینگل برای اولین بار در قرن نوزدهم میلادی بر ارتباط پرستار - بیمار تاکید کرد. ارتباط یکی از مهم ترین ابعاد مراقبتی است که در ایجاد دیدگاه مثبت بیمار

آناهیتا دیوانی و همکاران

نیستند. برقراری ارتباط با این بیماران می تواند بسیار دشوار و چالش برانگیز باشد. پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه بیشترین سهم را در برقراری ارتباط با این بیماران دارند. در صورتی که پرستاران در برقراری ارتباط با این بیماران دچار مشکل شوند ممکن است دچار احساس گناه و بی کفایتی شوند. برقراری ارتباط با این بیماران تفاوت بسیاری با سایر بیماران بستری در بیمارستان دارد و نیازمند توجه همه جانبه پرستار مراقبت کننده است (۹). طبق پژوهش ها حدود ۶۲ درصد از بیماران تحت تهویه مکانیکی اظهار می کنند که حین تلاش برای برقراری ارتباط بارها دچار احساس یاس، ناامیدی و اضطراب شده اند. همچنین این بیماران معتقدند که توسط ارایه کنندگان خدمت به ویژه پرستاران درک نمی شوند. زیرا نمی توانند نیازهای خود را به آسانی با پرستاران در میان بگذارند. یکی از مهم ترین موانع ارتباطی میان پرستاران و بیماران تحت تهویه مکانیکی عدم وجود روش های ارتباطی مناسب است. از این رو با شناسایی و ایجاد روش های ارتباطی مناسب و موثر میتوان مشکلات ارتباطی این بیماران را تا حد قابل توجهی کاهش داد (۱۰).

انجمن گفتار، زبان و شنوایی آمریکا روش های ارتباطی مکمل و جایگزین (AAC) را به صورت روش های ارتباطی مورد استفاده در موقعیت هایی که ارتباط کلامی میسر نباشد تعریف کرده است. روش های ارتباطی مکمل و جایگزین کاربردهای متعددی دارند. از جمله بیماران مبتلا به آفازی، بیماران مبتلا به اختلالات دژنراتیو، دمانس و مشکلات شناختی. همچنین بیمارانی که از راه هوایی مصنوعی و تهویه مکانیکی بهره می برند نیز می توانند با استفاده از این روش ها ارتباط برقرار کنند (۱۱). تخته ارتباطی (CB) یکی از بهترین ابزارها جهت شناسایی نیازهای بیماران است. تخته ارتباطی شامل حروف، کلمات، سمبل ها و اشکال است که می تواند فعالیت ها، احساسات، اجسام و افراد را به نمایش بکشد به طوری که بیمار با اشاره به هر کدام از این موارد می تواند نیاز و درخواست خود را با سایر افراد در میان بگذارد (۱۲).

کاروترز و همکاران در مطالعه ای نشان دادند که روش های ارتباطی مکمل و جایگزین از جمله تخته ارتباطی منجر به افزایش رضایت مندی بیماران تحت تهویه مکانیکی شده است (۱۳). همچنین یانگ و همکاران نشان دادند که بیماران تحت تهویه مکانیکی تمایل دارند از روش های ارتباطی مکمل و جایگزین بهره ببرند و متعقد هستند که استفاده از این وسایل منجر به سهولت در برقراری ارتباط

منجر به کاهش ترس، درد و اضطراب بیماران می شود (۱). حرفه پرستاری تنها نیازمند آموزش آکادمیک و دانشگاهی نیست، بلکه لازم است پرستاران درباره ارتباطات بین فردی نیز دانش و آگاهی داشته باشند. ارتباط بین فردی در کلیه امور بالینی از جمله پیشگیری، درمان، مراقبت، بازتوانی و آموزش نقش اساسی دارد. لذا پرستاران می توانند از طریق برقراری ارتباط مناسب با بیماران به تسریع روند بهبودی و افزایش کیفیت مراقبت از بیمار کمک کنند (۲، ۳).

کیفیت خدمات سلامت به معنای دستیابی به مطلوب ترین برآیندهای سلامتی است، به گونه ای که خدمات ارایه شده بتوانند بهترین نتیجه را برای مددجو فراهم کنند (۳). افراد بسیار زیادی در سیستم سلامت ایفای نقش می کنند اما پرستاران بخش عظیمی از این سیستم را تشکیل می دهند. همین امر موجب می شود که فعالیت های پرستاران بر خروجی و برآیند سیستم سلامت بسیار تاثیر گذار باشد. در بسیاری از کشور ها بیمارستان ها بر اساس کیفیت مراقبت پرستاری ارایه شده در آنها سطح بندی می شوند (۴). رضایت بیماران نسبت به مراقبتی که به آن ها ارایه می شود، یکی از مهم ترین روش های اندازه گیری سطح کیفیت مراقبت های بالینی ارائه شده به آن ها است. با توجه به اینکه پرستاران بیشترین میزان مراقبت را در رابطه با درمان بیماران ارائه می دهند بنابراین نقش بسزایی در ارتقاء کیفیت خدمات دارند (۵). یکی از مهم ترین عواملی که منجر به ارتقا کیفیت مراقبت پرستاری می شود ارتباط پرستار- بیمار است (۶). با این حال در برخی شرایط مانند مواردی که بیمار تحت تهویه مکانیکی قرار دارد، برقراری ارتباط پرستار- بیمار دشوار و چالش برانگیز خواهد بود (۷).

تهویه مکانیکی که عمدتاً در بخش های مراقبت ویژه به کار گرفته می شود، یک تکنولوژی حیاتی حمایت کننده از زندگی بیمار است. امروزه تهویه با فشار مثبت به صورت تهاجمی با استفاده از لوله اندوتراکئال یا لوله تراکئوستومی اعمال می شود. هدف از تهویه مکانیکی اکسیژناسیون و تهویه کافی آلوئول ها می باشد. اگرچه تهویه مکانیکی می تواند زندگی فرد را نجات دهد و استفاده از آن، به عنوان یک اقدام درمانی مهم، در بیماران شدیداً بدحال بستری در بخش های مراقبت ویژه قابل اجتناب نیست، با این حال تهویه مکانیکی ممکن است پیامدهای نامطلوبی نیز داشته باشد (۸).

بیمارانی که تحت تهویه مکانیکی قرار دارند به علت عدم عبور هوا از خلال تارهای صوتی قادر به صحبت کردن

شرکت کنندگان از قبیل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل و شغل و همچنین سوالاتی در مورد بیماری، نوع راه هوایی مصنوعی و مدت زمان استفاده از آن و سوابق بالینی بیماران بود.

پرسشنامه بررسی کیفیت مراقبت پرستاری از سال ۱۹۷۵ میلادی در بسیاری از کشورها مورد استفاده قرار گرفته است و در سال ۱۳۸۲ در تبریز مورد بررسی قرار گرفته و با فرهنگ ایران تطبیق داده شده است. این ابزار با ۵۸ گویه، کیفیت مراقبت پرستاری را در ۶ بعد روانی - اجتماعی فردی (۱۶ گویه)، روانی - اجتماعی گروهی (۷ گویه)، ارتباطی (۱۱ گویه)، فیزیکی (۱۴ گویه)، عمومی (۴ گویه) و مداخلات حرفه ای (۶ گویه) که بر اساس لیکرت ۴ گزینه ای شامل هرگز (صفر)، گاهی (۱ امتیاز)، اغلب (۲ امتیاز) و همیشه (۳ امتیاز) سنجیده میشود. با محاسبه میانگین نمره سوالات، نظرات به سه دسته نامطلوب (۰ الی ۱۱)، تا حدودی مطلوب (۱۱)، مطلوب (۱۱ الی ۲۲) و ایده آل (۲۲ الی ۳۳) طبقه بندی می گردد (۱). هر پرسش از دیدگاه پرستاران و از دیدگاه بیماران درباره بعد ارتباطی تکمیل شد که شامل ۱۱ سوال با لیکرت ذکر شده بود (۱۵).

روایی ابزار مورد استفاده پیش از این در مطالعه بقایی و همکاران مورد تایید قرار گرفته است (۱۵). جهت تعیین اعتبار مجدد ابزار از روش روایی محتوا توسط ده تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران استفاده شد. برای تعیین پایایی این پرسشنامه، از روش همسانی درونی در مورد بیست و دو نفر از بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه استفاده شد. میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد که نمایانگر پایایی مطلوب پرسشنامه است.

پژوهشگر پس از کسب مجوز انجام پژوهش از کمیته اخلاق در پژوهش دانشکده پرستاری مامایی و دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و کسب معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامایی به مراکز آموزشی درمانی مورد نظر مراجعه کرد. پس از مشخص شدن بیماران در هر یک از گروه های مطالعه، پژوهشگر ضمن معرفی خود، اهداف پژوهشی به بیماران توضیح داده و جهت شرکت در مطالعه، رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی را اخذ کرد. به بیماران تاکید گردید هر زمان که تمایل به شرکت در پژوهش نداشتند می توانند از مطالعه خارج شوند. ابتدا پرسشنامه دموگرافیک با استفاده از پرونده پزشکی بیماران تکمیل شد. در گروه مداخله، علت و نحوه استفاده از تخته ارتباطی بیان شد.

با کادر درمان می شود (۱۴). با توجه به اهمیت برقراری ارتباط موثر با بیماران تحت تهویه مکانیکی و با عنایت به مطالب فوق این مطالعه با هدف تعیین تاثیر استفاده از تخته ارتباطی بر سطح کیفیت مراقب پرستاری درک شده در بعد ارتباطی در بیماران دارای راه هوایی مصنوعی و تحت تهویه مکانیکی انجام شده است.

روش کار

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران دارای راه هوایی مصنوعی بستری در بخش های مراقبت ویژه بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. نمونه پژوهش شامل بیماران دارای راه هوایی مصنوعی بستری در بخش های مراقبت ویژه مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، حجم نمونه در هر گروه ۲۶ نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن ریزش در هر گروه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است انحراف معیارهای برآورد شده از مقاله بقایی و همکاران تحت عنوان «تاثیر استفاده از مدل SBAR در تحویل شیفت کاری پرستاران، بر بعد ارتباطی کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه بیماران» بدست آمده است (۱۵).

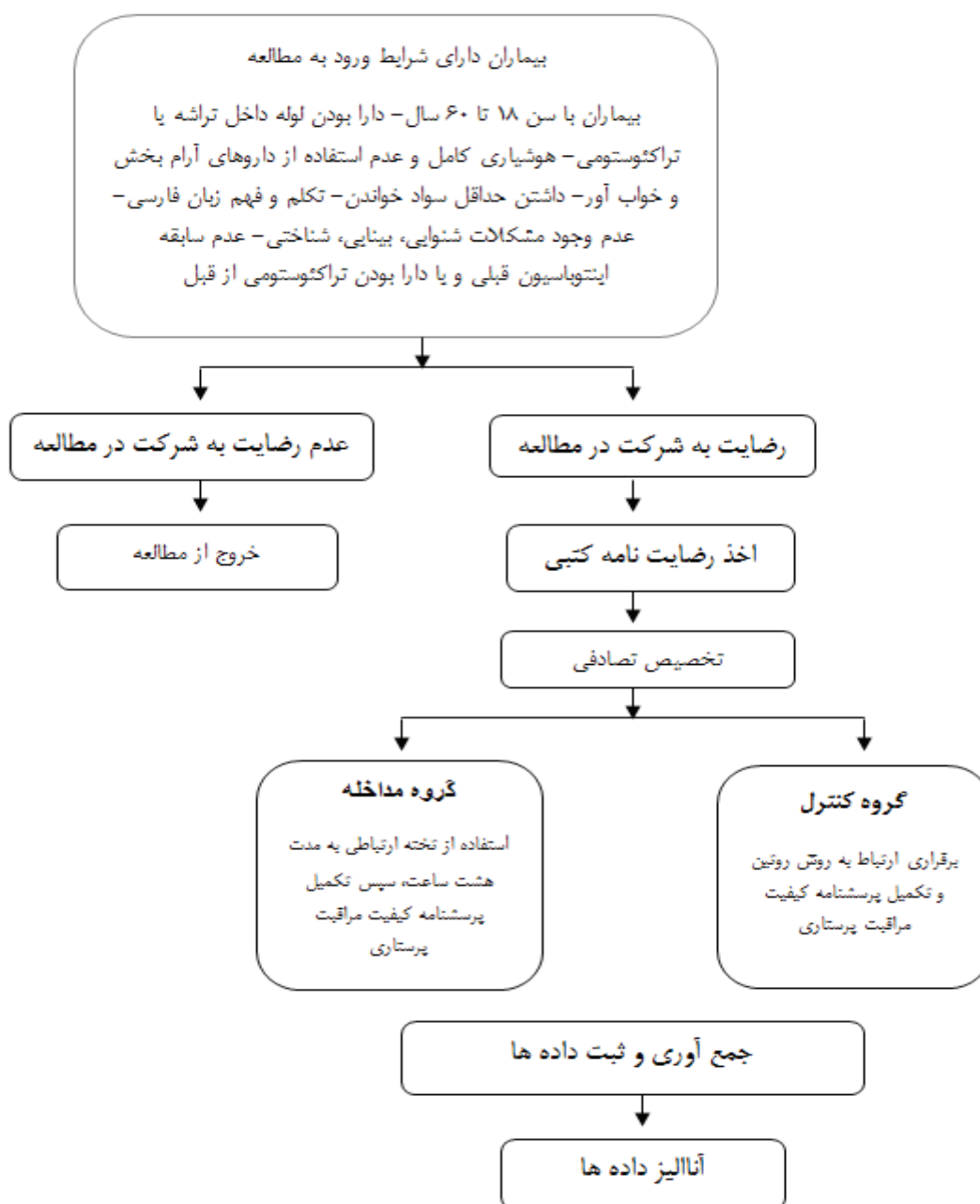
جهت تخصیص تصادفی بیماران به دو گروه کنترل و آزمون از روش بلوک بندی تصادفی استفاده شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل بیمارانی بود که سن آن ها بین ۱۸ الی ۶۰ سال قرار داشت، دارای لوله داخل تراشه دهانی، بینی یا تراکتوستومی بودند، کاملاً هوشیار بودند و هیچ گونه داروی آرام بخش و خواب آور دریافت نکرده بودند، حداقل سواد خواندن، تکلم و فهم زبان فارسی را دارا بودند، به بیماری های مختل کننده توانایی های شنوایی، بینایی و شناختی مبتلا نبودند و سابقه اینتوباسیون و تعیبه تراکتوستومی پیش از مطالعه نداشتند. معیارهای خروج از مطالعه شامل نیاز به احیای قلبی ریوی بیمار در طول مطالعه، عدم تمایل بیمار به ادامه همکاری، فوت بیمار، افت سطح هوشیاری، خارج شدن راه هوایی مصنوعی به هر علت و به دنبال آن عدم نیاز به اینتوباسیون مجدد و همچنین نیاز به انتقال فوری بیمار به اتاق عمل بود.

ابزار گرد آوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی نمونه ها و پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری (Qualpac) در بعد ارتباطی بود. پرسشنامه مربوط به مشخصات فردی نمونه ها حاوی سوالاتی درباره اطلاعات دموگرافیک

آناهیتا دیوانی و همکاران

در انتهای شیفت صبح (ساعت ۱۴) در هر دو گروه، به روش مصاحبه با بیماران تکمیل و نتایج مقایسه شد (شکل ۱). جهت ارزیابی نتایج پژوهش، داده های بدست آمده از واحدهای پژوهش کد گذاری شده و توسط نرم افزار آماری SPSS ورژن ۲۴، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تحلیل داده ها از فراوانی، درصد، کمینه و بیشینه، میانگین و انحراف معیار و آزمون های آماری تحلیلی شامل کای دو، دقیق فیشر، تی مستقل در سطح معنی داری ۰/۰۵ بهره برده شد.

تخته مورد استفاده در این پژوهش از سه بخش اصلی شامل حروف الفبا، اعداد و نیازهای رایج تشکیل شده بود. بخش نیازهای رایج به صورت تصاویر ساده به همراه جملات کوتاه در تخته جای گذاری شده بودند. این ابزار در شیفت صبح از ساعت ۷ الی ۱۴ در اختیار بیماران قرار گرفت. تا با استفاده از تخته نیازهای خود را به پرستار اعلام کنند. در گروه کنترل روش ارتباط پرستار-بیمار به صورت معمول و روتین بخش، به صورت پرسش های مکرر توسط پرستار و پاسخ دادن بیمار توسط حرکات بدن و به صورت غیر کلامی بود. سپس پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری در بعد ارتباطی



شکل ۱: دیاگرام مطالعه

یافته ها

معیار ۷/۱۸ سال و در گروه آزمون ۴۳/۳۳ با انحراف معیار ۶/۶۵ سال بوده است. نتیجه آزمون های آماری نشان داد دو گروه از نظر سن، جنسیت، وضعیت تاهل، شغل و تحصیلات تفاوت آماری معنی داری نداشتند (جدول ۱).

داده های مربوط به بخش دموگرافیک نشان داد که میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه کنترل ۴۵/۵۰ با انحراف

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش

نتیجه آزمون آماری	آزمون (n=۳۰)		کنترل (n=۳۰)		مشخصات فردی	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
df=۱ t=۰/۲۸۷ P=۰/۵۹۲	۶۰	۱۸	۶۶/۶	۲۰	مرد	جنسیت
	۴۰	۱۲	۳۳/۳	۱۰	زن	
	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	جمع کل	
Fisher=۱/۳۴۷ P<۰/۹۹۹	۶/۷	۲	۳/۳	۱	مجرد	تاهل
	۹۳/۳	۲۸	۹۳/۳	۲۸	متاهل	
	۰	۰	۳/۳	۱	سایر	
t=-۱/۱۳۰ df=۵۸ p=۰/۲۶۳	۴۳/۷±۲/۶۵ ۲۳-۵۷		۴۵/۷±۵/۱۸ ۱۹-۵۶		انحراف معیار ± میانگین بیشینه-کمینه	سن
	۶/۷	۲	۱۰	۳	بیکار	شغل
	۲۰	۶	۱۰	۳	کارگر	
۱۳/۳	۴	۱۰	۳	کارمند		
۲۰	۶	۳۰	۹	شغل آزاد		
۳۳/۳	۱۰	۲۰	۶	خانه دار		
۶/۷	۲	۲۰	۶	بازنشسته		
۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	جمع کل		
Fisher=۴/۸۹۲ P=۰/۴۴۳	۳/۳	۱	۱۳/۳	۴	زیر دیپلم	تحصیلات
	۶۷/۷	۲۳	۷۳/۳	۲۲	دیپلم تا لیسانس	
	۲۰/۰	۶	۱۳/۳	۴	لیسانس بالاتر	

روتین، ۲۳/۳ درصد بیماران کیفیت مراقبت های پرستاری را نامطلوب، ۱۰ درصد تا حدودی مطلوب، ۶۶/۷ درصد مطلوب ارزیابی کردند. در این میان هیچ بیماری کیفیت مراقبت های پرستاری را ایده آل ذکر نکرد. در گروه آزمون پس از برقراری ارتباط به مدت هشت ساعت با استفاده از تخته ارتباطی ۳/۳ درصد بیماران کیفیت مراقبت های پرستاری را نامطلوب، ۷۶/۷ درصد مطلوب و ۲۰ درصد ایده آل ذکر کردند.

اطلاعات مربوط به بیماری نشان داد که واحدهای پژوهش از نظر ابتلا به بیماری های زمینه ای تفاوت آماری معنی داری نداشتند. در میان نمونه ها، در گروه کنترل ۶۳/۳ درصد از بیماران و در گروه آزمون ۷۰ درصد بیماران دارای لوله تراشه دهانی بودند. همچنین در گروه کنترل ۶۳/۳ درصد افراد و در گروه آزمون ۵۶/۷ درصد افراد کمتر از سه روز از راه هوایی مصنوعی استفاده کردند. هیچ یک از بیماران سابقه استفاده از راه هوایی مصنوعی نداشتند (جدول ۲).

در گروه کنترل پس از هشت ساعت برقراری ارتباط به روش

آناهیتا دیوانی و همکاران

جدول ۲: شاخص های توصیفی سوابق بیماری در واحدهای پژوهش

نتیجه آزمون	آزمون (n=۳۰)		کنترل (n=۳۰)		مشخصات مربوط به بیماری
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
Fisher=۳/۹۱۵ P=۰/۴۲۴	۰	۰	۳/۳	۱	فشار خون
	۶/۷	۲	۳/۳	۱	بیماری قلبی
	۳/۳	۱	۰	۰	روان
	۶۳/۳	۱۹	۵۰	۱۵	سایر
Fisher=۴/۰۰ P=۰/۱۷۱	۲۶/۷	۸	۴۳/۳	۱۳	ندارد
	۱۳/۳	۴	۱۰/۰	۳	لوله تراشه بینی
	۷۰	۲۱	۵۰	۱۵	لوله تراشه دهانی
	۱۶/۷	۵	۴۰	۱۲	تراکئوستومی
Fisher=۰/۸۵۷ P=۰/۷۲۴	۵۶/۷	۱۷	۶۳/۳	۱۹	کمتر از سه روز
	۳۶/۷	۱۱	۲۶/۷	۸	سه تا هفت روز
	۶/۷	۲	۱۰	۳	بیشتر از هفت روز
	۰	۰	۰	۰	بله
---	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	خیر
	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	جمع کل

نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین نمره کیفیت مراقبت پرستاری درک شده در گروه آزمون بیشتر از گروه کنترل بود و این اختلاف از لحاظ آماری نیز معنی دار بود ($P < 0.001$). (جدول ۳).

نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین نمره کیفیت مراقبت پرستاری درک شده در گروه آزمون بیشتر از گروه کنترل بود و این اختلاف از لحاظ آماری نیز معنی دار بود ($P < 0.001$). (جدول ۳).

جدول ۳: شاخص های عددی مربوط به بعد ارتباطی کیفیت مراقبت پرستاری درک شده

آزمون (n=۳۰)		کنترل (n=۳۰)		کیفیت مراقبت پرستاری درک شده (بعد ارتباطی)
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۳/۳	۱	۲۲/۳	۷	نا مطلوب (۰-۱۱)
۰	۰	۱۰	۳	تاحدودی مطلوب (۱۱)
۷۶/۷	۲۳	۶۶/۷	۲۰	مطلوب (۱۱-۲۲)
۲۰	۶	۰	۰	ایده آل (۲۲-۳۳)
۱۹/۳±۰.۶/۶۷ ۱۰-۲۶		۱۲/۲±۹.۰/۶۱ ۹-۱۹		انحراف معیار ± میانگین بیشینه-کمینه
t=۷/۴۸ df=۵۸ P<۰/۰۰۱				نتیجه آزمون تی مستقل

اختلال ارتباطی، کیفیت و امنیت خدمات درمانی خواه ناخواه کاهش خواهد یافت. (۲۲) در بین کلیه خدمات ارائه شده در بیمارستان، مراقبت های پرستاری از اهمیت بسزایی برخوردار است و در بسیاری از کشورها، رتبه بندی و اعتبار بخشی بیمارستانها تحت تاثیر مراقبت پرستاری و کیفیت آن است (۲۳) که این اعتبار بخشی می تواند بر اساس نظر و رضایت بیماران و بستگان آنها از این خدمات اندازه گیری شود (۲۴). (۲۵) چرا که رضایت بیماران از بیمارستان به مقدار زیادی بستگی به رضایت آنها از خدمات پرستاری دارد (۲۶). یکی

بحث

عدم توانایی برقراری ارتباط از بدترین تجارب بیماران تحت تهویه مکانیکی به شمار می آید. (۱۶-۱۹) بسیاری از این بیماران جان خود را از دست می دهند، بدون این که بتوانند نیازها یا آرزوهای لحظات آخر عمر خود را بیان کنند (۲۰). از طرفی، بسیاری از نیازهای بیماران هنگام برقراری ارتباط با پرستار آشکار می شوند (۲۱) و اختلال در برقراری ارتباط می تواند باعث بروز عوارضی شود که قابل پیشگیری بودند. به عبارت دیگر با وجود

این مطالعه آنها تاثیر آموزش مبتنی بر مدل SPEACS را بر کیفیت خدمات پرستاری بررسی کردند. در این مطالعه اگرچه برنامه آموزشی، دانش، رضایت و راحتی پرستاران را در برقراری ارتباط با بیماران افزایش داد اما تاثیری بر کیفیت خدمات پرستاری نداشت. کیفیت خدمات پرستاری با ابزارهای مختلفی قابل سنجش است. در مطالعه ما و نیز مطالعه کریمی و همکارانش، از ابزار QUALPAC که کیفیت خدمات پرستاری را براساس رضایت بیمار میسنجد استفاده شد. اما در مطالعه هپ، آنها در ارزیابی کیفیت خدمات پرستاری از فاکتورهای دیگری شامل میزان ثبت درد، محدودیت فیزیکی و آرام بخشی اعمال شده و فراوانی زخم های فشاری برای ارزیابی کیفیت خدمات استفاده کردند و رضایت بیماران از کیفیت خدمات پرستاری ارزیابی نشد. بنابراین مبنای سنجش کیفیت خدمات در مطالعه ما و مطالعه هپ متفاوت است. بطور کلی، جهت افزایش درجه اعتبار بیمارستان ها باید سطح رضایت بیماران و همراهان آنها را افزایش داد و مطالعه ما نشان داد که یکی از مهم ترین راه های افزایش این رضایت، بهبود کیفیت ارتباطی بین پرسنل درمانی و بیماران میباشد.

نتیجه گیری

مشاهده شد که دشواری در برقراری ارتباط با بیماران تحت تهویه مکانیکی باعث نارضایتی این بیماران و کاهش کیفیت خدمات پرستاری می شود که این موضوع علاوه بر پیامدهای نامطلوب بر روند درمان بیمار، بر رتبه بندی و اعتبار بخشی بیمارستان از نظر بیمار نیز تاثیر گذار است. نتایج این پژوهش نشان داد که استفاده از تخته ارتباطی به عنوان یک روش ارتباطی مکمل و جایگزین در بیماران دارای راه هوایی مصنوعی و تحت تهویه مکانیکی، منجر به بهبود دیدگاه آنها نسبت به کیفیت مراقبت های پرستاری به ویژه در بعد ارتباطی می شود. با عنایت به نتایج حاصل از این مطالعه، مدیران پرستاری می توانند با نظارت و تاکید بر ساخت یک تخته ارتباطی با طرحی واحد، در دسترس بودن تخته های ارتباطی در بخش های مراقبت ویژه و آموزش پرسنل بخش های مراقبت ویژه در رابطه با استفاده از این ابزار در جهت رفع هرچه بیشتر نیازهای بیماران و بهبود کیفیت مراقبت های پرستاری در بیماران تحت تهویه مکانیکی گام بردارند.

محدودیت ها

از محدودیت های مطالعه حاضر می توان به این مورد اشاره کرد که در برخی موارد نیاز و پیام بیمار با هیچ

از فاکتورهای موثر بر رضایت بیماران، بعد ارتباطی بین بیمار و پرستار است (۲۳) که می توان با بهبود آن، میزان رضایت بیماران را از خدمات پرستاری افزایش داد. در مطالعه ما، میزان رضایت از بعد ارتباطی کیفیت مراقبت پرستاری در گروه مداخله که از تخته ارتباطی برای آنها استفاده شده بود در مقایسه با گروه کنترل به مراتب وضعیت بهتری داشت به صورتی که ۹۶/۷ درصد بیماران از کیفیت مراقبت، رضایت مطلوب تا ایده آل داشته اند در حالی که در گروه کنترل، ۶۶/۷ درصد آنها رضایت مطلوب تا ایده آل داشتند. در مطالعه ای مشابه که توسط آل سوسی و همکارانش (۲۷) در سال ۲۰۱۵ انجام شد، مشاهده شد که مطابق با پرسشنامه رضایت بیمار (PSQ) که ابعاد مختلف رضایت بیماران از خدمات مراقبتی از جمله بعد ارتباطی آن را می سنجد، ۵۳ درصد بیماران اینتوبه در گروه کنترل، از خدمات مراقبتی بسیار ناراضی و تنها ۶/۶ درصد آنها بسیار راضی بودند در حالی که در گروه مداخله که تخته ارتباطی برای آنها فراهم شده بود ۱۰ درصد بیماران بسیار ناراضی و ۴۰ درصد آن ها بسیار راضی بودند که نشان می دهد مداخله آنها رضایت بیماران را به مقدار زیادی افزایش داده است. همچنین در مطالعه راتی و همکارانش (۲۸) نیز استفاده از تخته ارتباطی در گروه مداخله با افزایش قابل توجه رضایت بیماران تحت تهویه مکانیکی در زمینه نیازهای فیزیولوژیک، سایکولوژیک و اجتماعی همراه بود.

برای برقراری یک ارتباط موثر، آشنایی با مهارت های ارتباطی ضروری است و ضعف در این مهارت ها بر عملکرد پرستاران اثر منفی دارد (۲۹). استفاده از ابزارهای کمک ارتباطی و برگزاری جلسات آموزش مهارت های ارتباطی می تواند میزان رضایت بیماران و کیفیت درک شده خدمات پرستاری را افزایش دهد (۲۳، ۳۰). علی رغم تجربه و مهارت بالای پرستاران، آنها در برقراری ارتباط با بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه دچار مشکل می شوند. اگرچه فاکتورهایی مانند بار کاری سنگین، نداشتن مهارت ارتباطی مناسب و نبود ابزار کمک ارتباطی بر برقراری ارتباط مناسب تاثیر گذارند اما این اختلال عمدتاً به علت دشواری در برقراری ارتباط کلامی با بیماران تحت تهویه مکانیکی است. (۳۱) در مطالعه کریمی و همکارانش (۳۲) مشاهده می شود که برگزاری کارگاه های آموزش مهارت های ارتباطی، کیفیت خدمات پرستاری را که با پرسشنامه QUALPAC ارزیابی شد را افزایش می دهد. برخلاف این مطالعه، مطالعه ای مورد شاهی که توسط هپ و همکارانش (۳۰) انجام شد نتایج متفاوتی دارد. در

به تایید کمیته اخلاق در پژوهش دانشکده پرستاری مامایی و دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد IR.TUMS.FNM.REC.1398.108 رسیده است. همچنین این پژوهش در مرکز ثبت کارآزمایی های بالینی ایران با کد IRCT20190914044768N ثبت شده است. بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشکده پرستاری مامایی تشکر و قدردانی می گردد. همچنین از همکاری واحدهای مورد پژوهش و پرسنل محترم مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) که ما را در دستیابی به اهداف پژوهش یاری رسانیدند، صمیمانه قدردانی می شود.

References

1. Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E. Communication barriers perceived by nurses and patients. *Global journal of health science*. 2016;8(6):65. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p65>
2. Motaarefi H. The Effects of Teaching Communication Skills to Nursing Students on the Quality of Care for Patients. *Asian Journal of Pharmaceutics (AJP): Free full text articles from Asian J Pharm*. 2019;12(04).
3. Marquis BL, Huston CJ. Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
4. Salimi SS, Lolaty HA, Moosazadeh M, Shafipour V. The effect of nursing empowerment on the quality of patient care. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research* | Oct-Dec. 2018;8(S2).
5. Gholjeh M, Dastoorpour M, Ghasemi A. The relationship between nursing care quality and patients satisfaction among hospitals affiliated to Zahedan University of medical sciences in 2014. *Jorjani Biomedicine Journal*. 2015;3(1):68-81.
6. 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. *International journal of nursing studies*. 2005; 42 (6): 673-86. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.10.004>
7. Noguchi A, Inoue T, Yokota I. Promoting a nursing team's ability to notice intent to communicate in lightly sedated mechanically ventilated patients in an intensive care unit: An action research study. *Intensive*

یک از موارد موجود در محتوای تخته ارتباطی تطابق نداشت. اگرچه در طراحی این تخته ارتباطی از مطالعات پیشین و همچنین تجربه پژوهشگر در زمینه ارتباط با این بیماران ایده گرفته شده بود. همچنین در این پژوهش به منظور دست یابی به اطلاعات از پرسشنامه استفاده گردید، در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده باشند.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد پژوهشگر است. این طرح پژوهشی (۱۰۰-۱-۹۹-۴۶۳۰۴)

- and Critical Care Nursing. 2019;51:64-72. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.10.006>
8. Salem A, Ahmad MM. Communication with invasive mechanically ventilated patients and the use of alternative devices: integrative review. *Journal of Research in Nursing*. 2018;23(7):614-30. <https://doi.org/10.1177/1744987118785987>
9. Holm A, Dreyer P. Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in critical care*. 2018;23(2):88-94. <https://doi.org/10.1111/nicc.12297>
10. Fink RM, Makic MBF, Poteet AW, Oman KS. The ventilated patient's experience. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2015;34(5):301-8. <https://doi.org/10.1097/DCC.000000000000128>
11. Franco NM, Medeiros GF, Silva EA, Murta AS, Machado AP, Fidalgo RN, editors. A model-Driven Approach to Customize the Vocabulary of Communication Boards: Towards More Humanization of Health Care. *MedInfo*; 2015.
12. Kourkouta L, Papatheasiou IV. Communication in nursing practice. *Materia socio-medica*. 2014; 26 (1):65. <https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.65-67>
13. Carruthers H, Astin F, Munro W. Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2017;42:88-96. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.003>
14. Ju X-X, Yang J, Liu X-X. A systematic review on voiceless patients' willingness to adopt high-technology augmentative and alternative communication in intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2020:102948.

- <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102948>
15. Baghaei R, PourRashid S, Khalkhali H. THE EFFECT OF USING SBAR MODEL IN NURSING HANDBOOK ON COMMUNICATION DIMENSION OF NURSING CARE FROM THE PATIENTS' VIEW. *Nursing And Midwifery Journal*. 2016;14(6):562-70.
 16. Patak L, Gawlinski A, Fung NI, Doering L, Berg J. Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. *Heart & Lung*. 2004;33(5):308-20. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2004.02.002>
 17. Patak L, Gawlinski A, Fung NI, Doering L, Berg J, Henneman EA. Communication boards in critical care: patients' views. *Applied Nursing Research*. 2006;19(4):182-90. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2005.09.006>
 18. Carroll SM. Silent, slow lifeworld: the communication experience of nonvocal ventilated patients. *Qualitative Health Research*. 2007;17(9):1165-77. <https://doi.org/10.1177/1049732307307334>
 19. Hosseini S-R, Valizad-Hasanloei M-A, Feizi A. The effect of using communication boards on ease of communication and anxiety in mechanically ventilated conscious patients admitted to intensive care units. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2018;23(5):358. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_68_17
 20. Radtke JV, Baumann BM, Garrett KL, Happ MB. Listening to the voiceless patient: case reports in assisted communication in the intensive care unit. *Journal of palliative medicine*. 2011;14(6):791-5. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0313>
 21. Bertucci M, Wiedemann A, Summer M. Family Meetings: Impact on Length of Stay and Disposition (710). *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010;39(2):426-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.192>
 22. Nilsen ML, Sereika SM, Hoffman LA, Barnato A, Donovan H, Happ MB. Nurse and patient interaction behaviors' effects on nursing care quality for mechanically ventilated older adults in the ICU. *Research in gerontological nursing*. 2014;7(3):113-25. <https://doi.org/10.3928/19404921-20140127-02>
 23. Hosieni F, Ravari A, Akbari A. The effect of communicating with patients using peplau model on patients' satisfaction with the provided nursing cares at the cardiac intensive care unit. *Iran Journal of Nursing*. 2017;29(104):36-45. <https://doi.org/10.29252/ijn.29.104.36>
 24. Karaca A, Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing open*. 2019;6(2):535-45. <https://doi.org/10.1002/nop2.237>
 25. Ali M. Communication skills 1: benefits of effective communication for patients. *Nursing Times*. 2017;113(12):18-9.
 26. Ozlu Z, Uzun O. Evaluation of satisfaction with nursing care of patients hospitalized in surgical clinics of different hospitals. *International Journal of Caring Sciences*. 2015;8(1):19-24.
 27. El-Soussi AH, Elshafey MM, Othman SY, Abd-Elkader FA. Augmented alternative communication methods in intubated COPD patients: Does it make difference. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*. 2015;64(1):21-8. <https://doi.org/10.1016/j.ejcdt.2014.07.006>
 28. Rathi R, Baskaran M. Communication Board Satisfaction among Clients on Mechanical Ventilator. *International Journal of Nursing Education*. 2015;7(3):216-21. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2015.00168.3>
 29. Coeling HVE, Cukr PL. Communication styles that promote perceptions of collaboration, quality, and nurse satisfaction. *Journal of nursing care quality*. 2000;14(2):63-74. <https://doi.org/10.1097/00001786-200001000-00009>
 30. Happ MB, Sereika SM, Houze MP, Seaman JB, Tate JA, Nilsen ML, et al. Quality of care and resource use among mechanically ventilated patients before and after an intervention to assist nurse-nonvocal patient communication. *Heart & Lung*. 2015;44(5):408-15. e2. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.07.001>
 31. Momennasab M, Ardakani MS, Rad FD, Dokoohaki R, Dakhesh R, Jaberi A. Quality of nurses' communication with mechanically ventilated patients in a cardiac surgery intensive care unit. *Investigacion y educacion en enfermeria*. 2019;37(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e02>
 32. Karimi Moonaghi H, Taheri NK, Behnam Vashhani H, Vaghee S, Yavari M. The effect of communication skills training on the quality of nursing care of patients. *Evidence Based Care*. 2013;2(4):37-46.