

موانع هم‌دلی در پرستاران بخش مراقبت ویژه: یک مطالعه تحلیل محتوا

نویسندگان:

مرضیه محمدی^۱، زهره پارسا یکتا^{۲*}، حمید پیروی^۳، نعمت‌الله فاضلی^۴

- ۱- مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 ۲- استاد گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
 ۳- استاد مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
 ۴- استاد بازنشسته، پژوهشکده علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.21, No.4, Winter 2024

چکیده:

مقدمه: هم‌دلی یکی از شاخص‌های موثر در عملکرد پرستاری است و درک مفهوم آن برای ارائه مراقبت بهتر در محیط پرچالش بخش مراقبت ویژه ضروری است. با این حال، هم‌دلی در این بخش با موانعی مواجه است. این مطالعه با رویکرد تحلیل محتوا با هدف تبیین عوامل بازدارنده هم‌دلی در پرستاران بخش مراقبت ویژه انجام شد.

روش کار: در این مطالعه کیفی دوازده مورد مصاحبه نیمه ساختاریافته با میانگین زمان ۳۰ تا ۴۵ دقیقه با پرستاران بخش مراقبت ویژه که به روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شده بودند، در بازه زمانی سال‌های ۱۴۰۰-۱۴۰۱ انجام شد. اظهارات مصاحبه‌شونده‌ها پس از ضبط و تبدیل به نوشتار با نرم‌افزار MAXQDATA ۱۱ با روش تحلیل محتوای قراردادی تحلیل شدند.

یافته‌ها: فرآیند کدگذاری پس از حذف کدهای تکراری و ادغام کدهای مشابه به صورت تحلیل مقایسه‌ای پیوسته انجام شد. بدین ترتیب یازده زیرطبقه و سه مضمون اصلی شامل: موانع سازمانی، موانع فردی و موانع مرتبط با عوامل محیطی و فرهنگی شناسایی شد. در نهایت درون مایه کلی (تم اصلی) با عنوان موانع هم‌دلی در پرستاران مشخص شد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد پرستاران بخش مراقبت ویژه با موانع مهمی در زمینه هم‌دلی روبرو هستند. با توجه این‌که شناخت موانع هم‌دلی و رفع آن‌ها کمک زیادی به بهبود مراقبت از بیماران، به ویژه بیماران در محیط پیچیده بخش مراقبت ویژه می‌کند، لازم است موانع یادشده توسط مدیران و سیاست‌گذاران به درستی شناسایی و برطرف شوند.

واژگان کلیدی: هم‌دلی، پرستاران، بخش مراقبت ویژه، مطالعه کیفی

Pars J Med Sci 2024;21(4):26-35

مقدمه

هم‌دلی نمادی از ایستادن در جای دیگری برای درک بهتر احساسات و تجربیات فرد در طول یک تعامل است [۱]. هم‌دلی مؤثرترین مؤلفه یک ارتباط مؤثر است و در واقع میان‌برهایی را برای ارتباط با دیگران فراهم می‌کند. علاوه بر این، کیفیت روابط را نیز بهبود می‌بخشد [۲، ۳]. همچنین هم‌دلی یکی از اجزای بسیار مهم ارتباط بین ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی

با بیماران به شمار می‌رود. هم‌دلی با بیماران راهی برای درک وضعیت، عواطف و احساسات آن‌ها در راستای ارائه مراقبت مؤثرتر و با کیفیت بوده و پیامد آن افزایش کیفیت مراقبت و رفع مشکلات بیماران خواهد بود [۴، ۵].

هم‌دلی حیاتی‌ترین مؤلفه در روابط پرستار و بیمار به شمار می‌رود که هم جنبه عاطفی و هم جنبه شناختی دارد [۶] به علاوه تأثیر

* نویسنده مسئول، نشانی: استاد گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

پست الکترونیک: zparsa@tums.ac.ir

تلفن تماس: ۰۹۱۲۳۲۷۰۴۳۳

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۱/۲۰

اصلاح: ۱۴۰۲/۱۱/۲۴

دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۰۳

ویژگی‌های شخصیتی، جنسیت، و یا تحصیلات را بر هم‌دلی تأثیر گذار دانسته‌اند [۲۰، ۲۱].

ضرورت این بحث در بخش مراقبت ویژه از آن رو است که اگرچه پیشرفت در امر مراقبت‌های جسمی در این بخش زیاد بوده، اما مراقبت کل‌نگر که شامل مراقبت روانی بیماران نیز می‌باشد نادیده گرفته شده [۲۲] و بیماران از فقدان ارتباط مناسب، عدم توجه و هم‌دلی و ارتباط دوستانه از طرف پرستاران گله‌مند و ناراضی هستند [۲۳]. با وجود چالش‌های موجود در بخش مراقبت ویژه و موانعی که در هم‌دلی با بیماران وجود دارد، پژوهش‌هایی که این موانع را بررسی کرده‌اند، اندک هستند [۱۸، ۲۴] و در ایران نیز مطالعه‌ای در این زمینه انجام نشده‌است. همچنین با وجود این‌که رویکردهای کیفی برای کشف مسائل مفهومی یا شناسایی عوامل تقویت‌کننده یا بازدارنده هم‌دلی ارزشمند هستند، به میزان زیادی مورد استفاده قرار نگرفته‌اند [۲۵-۲۸]. از این رو، پژوهش حاضر با رویکرد کیفی تحلیل محتوا و با هدف تبیین عوامل بازدارنده هم‌دلی در پرستاران بخش مراقبت ویژه طراحی و انجام شد.

روش کار

این مطالعه با طرح پژوهش کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی در بخش مراقبت ویژه جراحی قلب در یکی از مراکز آموزشی پژوهشی درمانی پیشرفته کشور وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. داده‌ها بر اساس یک مطالعه مردم‌نگارانه روی ۱۲ نفر پرستار شامل ۸ زن و ۴ مرد انتخاب شده براساس نمونه‌گیری هدفمند جمع‌آوری شدند. نسبت پرستار به بیمار در این بخش در هر شیفت ۱:۲ یا ۱:۳ بود. پرستاران با حداقل سه ماه سابقه کار در بخش مراقبت ویژه جراحی قلب وارد مطالعه شدند و با طیف متنوعی از نظر سن، جنسیت و سابقه کار مصاحبه به عمل آمد. پس از کسب رضایت و هماهنگی با هر شرکت‌کننده، مصاحبه‌ها آغاز شد. پژوهشگر در ابتدا ماهیت و هدف مطالعه را برای شرکت‌کنندگان تشریح کرد. همگی به جز یک نفر که دانش آموخته کارشناسی ارشد بود، دارای مدرک کارشناسی در رشته پرستاری بودند. سن شرکت‌کنندگان بین ۲۳ تا ۴۷ سال و مدت زمان اشتغال آن‌ها بین ۱ تا ۲۷ سال بود (جدول ۱).

مستقیمی بر نتایج درمان، رضایت بیمار و پایداری بیمار به رویه‌های درمانی دارد [۷]. در مطالعه یانگ در سال ۲۰۱۸ مشخص شد که در بیماران مبتلا به سرطان ریه که تحت مراقبت پرستارانی با هم‌دلی بالاتر بودند، ایمنی سلولی بیشتری به وجود آمده‌است [۸]. همچنین مطالعه رحیمی نشان داد که هم‌دلی پرستاران و سایر کارکنان مراقبتی با بیماران نیازمند پیوند عضو موجب تسهیل روند درمان اهدای عضو می‌شود [۹].

هم‌دلی جنبه مهمی از مراقبت پرستاری در بخش مراقبت ویژه است، جایی که بیمار و خانواده او دائماً با موقعیت‌های دشوار و چالش‌برانگیز احساسی مواجه هستند [۱۰]. در این بخش به دلیل قرار گرفتن بیماران تحت تهویه مکانیکی [۱۱] و دریافت داروهای آرام‌بخش [۱۰] امکان برقراری ارتباط کلامی برای بیمار با کارکنان بخش و اطرافیان به سختی برقرار می‌شود [۱۱] و درک پرستار از احساسات و نیازهای بیماران کار ساده‌ای نیست [۱۲]. از این رو در این بخش، هم‌دلی هسته اصلی تعامل بین پرستاران و بیماران را تشکیل داده و موجب می‌شود پرستاران شرایط، نیازها و احساسات بیماران را در انجام مراقبت ویژه پرستاری درک کرده و برای رفع آن‌ها گام بردارند [۱۱]. پژوهش پوربهرام و همکاران نشان داد پرستاران توانمند به هم‌دلی با بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌ها نقش موثری در تشویق خانواده بیماران مرگ مغزی نسبت به اهدای عضو دارند [۱۳].

تیم مراقبت‌های بهداشتی در بخش مراقبت ویژه با یک محیط کاری سخت با چالش‌های روزانه روبرو هستند که ممکن است بر کیفیت کار و رضایت شغلی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد [۱۴]. در این محیط پرچالش، عوامل متعددی به عنوان عوامل بازدارنده در ادغام هم‌دلی در مراقبت‌های پرستاری شناخته شده‌اند [۱۵]. پرستاران در این بخش دائماً در معرض فشارهای شغلی مزمن از قبیل شرایط وخیم بیمار، مسئولیت زیاد، کار با فناوری‌های پیشرفته، مراقبت از خانواده‌ها در بحران و درگیر شدن در شرایط پریشانی قرار دارند [۱۶-۱۸]. از این رو، خستگی ناشی از شفقت و فرسودگی شغلی در چنین محیط‌های استرس‌زا می‌تواند باعث کاهش هم‌دلی به عنوان یک سازوکار محافظت از خود شود [۱۵]. همچنین الگوی فعلی سازمان‌های مراقبتی و بهداشتی نیز بر مراقبت از طریق دانش و مهارت‌های فنی، بیشتر از توسعه مهارت‌های انسان دوستانه کارکنان از جمله هم‌دلی تأکید می‌کنند [۱۹]. تعدادی از مطالعات نیز عواملی مثل عوامل فردی،

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی افراد شرکت کننده در مطالعه

مشخصه	تعداد (درصد)
سن (mean ±SD)	(۷,۳۷±۳۵,۶۶)
جنسیت	
مرد	۸(۶۶,۷)
زن	۴(۳۳,۳)
وضعیت تأهل	
متاهل	۱۰(۸۳,۳)
مجرد	۲(۱۶,۷)
تحصیلات	
کارشناسی	۱۱(۹۱,۷)
کارشناسی ارشد	۱(۸,۳)
مدت زمان مصاحبه (mean ±SD)	۴۰,۰۵±۱۲,۲۹
سابقه کار در بخش مراقبت ویژه (mean ±SD)	۱۱,۸۳±۲,۵۴

با بیمار تاثیر دارد؟"، "چه عواملی هم‌دلی شما با بیماران را با چالش مواجه کرده است؟" و "آیا این عوامل بر درک شما از بیمار تاثیر داشته است؟". در مرحله پایانی نیز سؤال نهایی از شرکت‌کنندگان پرسیده شد و از آن‌ها خواسته شد اگر نکته و یا سؤال خاصی دارند بیان کنند [۳۰]. مصاحبه‌ها پس از رسیدن به اشباع داده‌ها پایان گرفت. اشباع زمانی بود که داده‌های جمع‌آوری شده تکرار و تایید می‌شد [۳۱].

تحلیل داده‌ها

در این پژوهش، جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت هم‌زمان انجام شد. برای تجزیه و تحلیل کلمه به کلمه از تحلیل محتوای کیفی استفاده شد. در مرحله اول تحلیل، مصاحبه‌های ضبط شده تایپ و وارد نرم‌افزار MAXQDATA ۱۱ شدند. کلمات و عبارات، عناصر تجزیه و تحلیل را تشکیل دادند. در مرحله دوم، متن مصاحبه‌ها به واحدهای معنایی تقسیم و سپس خلاصه‌سازی و به کدهای اولیه تبدیل شدند. در ادامه، واحدهایی که مفاهیم مشابه داشتند، در دسته‌های بزرگ‌تر دسته‌بندی شدند. در مرحله سوم، مضامین ایجاد و مضمون‌های فرعی تحت این مضامین گروه‌بندی شدند [۳۲]. کدهای استخراج‌شده طی فرایند تقلیل و تلخیص طبقه‌بندی شدند. برای ارزیابی روایی، دقت و استحکام داده‌ها شاخص‌های چهارگانه گوبا و لینکن شامل چهار معیار اعتبار، وابستگی، تاییدپذیری و انتقال‌پذیری اعمال شد [۳۳]. اعتبار داده‌ها از طریق تعامل طولانی مدت با شرکت‌کنندگان، مقایسه مداوم داده‌ها، بررسی اعضا و بررسی هم‌تایان تضمین شد. برای اطمینان از انطباق داده‌ها از براکتینگ استفاده شد. همچنین قابلیت اطمینان از طریق حسابرسی توسط دو پژوهشگر دیگر تیم تایید شد. در نهایت، توصیف تحلیلی

داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته چهره به چهره در بازه زمانی آذر ۱۴۰۰ تا آذرماه ۱۴۰۱ با رعایت حریم خصوصی افراد جمع‌آوری شدند. این نوع مصاحبه به شرکت‌کنندگان در مطالعه اجازه می‌دهد تا اطلاعات زیادی را با پاسخ دادن خود به خود در مورد مسائل پیچیده عرضه کنند [۲۹]. قبل از شروع مصاحبه، رضایت آگاهانه و کتبی از هر شرکت‌کننده گرفته شد که شامل کلیه اطلاعات مرتبط با مطالعه و همچنین موارد مربوط به ناشناس ماندن و محرمانه بودن اظهارات شرکت‌کنندگان بود. همچنین ماهیت داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش و حق انصراف از مطالعه در هر زمان بدون هیچ گونه اشکالی برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. مجوز استفاده از ضبط صوت در هنگام مصاحبه نیز از شرکت‌کنندگان اخذ و برای آنان توضیح داده شد که با اختصاص یک شماره شناسایی منحصر به فرد (کد) به هر نفر هویت آن‌ها ناشناس باقی می‌ماند. میانگین زمان انجام هر مصاحبه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بود.

پروتکل مصاحبه

فرآیند مصاحبه در چهار مرحله انجام شد. پژوهشگر در مرحله آشناسازی به معرفی خود، عنوان، اهداف کلی و جزئی، زمان احتمالی مصاحبه، اجازه ضبط و اجازه مراجعه مجدد به شرکت‌کنندگان پرداخت. در مرحله دوم سؤال اصلی پژوهش (نحوه مراقبت پرستاران از بیماران چگونه است؟) از شرکت‌کنندگان پرسیده شد. در مرحله سوم سؤالات اکتشافی برای فهم بهتر تجربیات و شفاف شدن ابهامات از شرکت‌کنندگان پرسیده شد که برخاسته از تجارب بیان شده آن‌ها بود. سؤالاتی همچون: "آیا می‌توانید به من بگویید چه عواملی بر ارتباط شما

باشد. پرستاری در این زمینه می‌گفت: "شرایط سختی که در کار نرسینگ هست مثل کار شیفیتی و... باعث این موضوع میشه... درسته که بحث های پولی حالا همه جا هست ولی به هر حال توی رضایت شغلی و انگیزه آدم برای کار، اون هم توی این کار سخت خیلی تاثیر داره". (پرستار شماره ۹)

دیگر مانع سازمانی که مشکل دیرینه پرستاری در سازمان‌های مختلف است و بارها گفته شده است، مسئله کمبود تعداد پرستار در مقایسه با تعداد بیماران و حجم بالای کار پرستاران است. در این مطالعه نیز کمبود زمان و بار کاری زیاد از عواملی بودند که مانع ارتباط پرستار با بیمار می‌شدند و همین دلیل، مانعی برای هم‌دلی آن‌ها با بیمار نیز بود.

"همه ما باید کاری کنیم که هم‌دلی در این محیط ایجاد بشه و قاعدتاً آدم باید تایم بیشتری را با یه مریض بگذرونه و با این سیستمی که وجود داره من فکر نکنم وقتی برای این کار برای پرستار باشه... نهایتاً در حد یکی دوتا ارتباط بتونیم باهاشون بگیریم... مثلاً بیروسیم درد داری؟ در حد همین می‌تونیم ارتباط بگیریم متأسفانه بیشتر ازین فرصت نمیشه". (پرستار شماره ۷)

همچنین پرستار دیگری الزامات اداری را دلیل محدودیت زمانی و نداشتن فرصت برای هم‌دلی می‌دانست:

"به هر حال حجم کار خیلی زیاده... کار آی سی یو خیلی سنگینه... وقتی خیلی خسته بشم آره، قطعاً تو رفتارم تاثیر میندازه... شاید کارم با اون کیفیتی که می‌خوام ارائه بدم انجام نشه... من باید همه این کارهای کاغذی را انجام بدم... اصلاً فرصت ندارم به صحبتای مریض گوش بدم". (پرستار شماره ۱۲)

از شناخته‌شده‌ترین و در عین حال مغفول مانده‌ترین مشکلات پرستاری کمبود درآمد یا پرداخت کم است. این موضوع علاوه بر کاهش انگیزه پرستاران برای کار، مانعی برای هم‌دلی آن‌ها با بیمار نیز محسوب می‌شود.

"واقعا مسائل مالی خیلی مهمه... زندگی من نمی‌چرخه اینجوری... داریم در مورد واقعیت زندگی صحبت می‌کنیم... دیگه زمان این گذشته که بگیریم در راه رضای خدا... حالا چرا به خدا واگذار میشه؟... و متأسفانه همین چیزا باعث میشه که من نوعی بعد ۱۲ سال کار تو این رشته تصمیم می‌گیرم ۲ ماه دیگه کلا تو این رشته نباشم و برم بیرون...". (پرستار شماره ۷)

موانع فردی

این طبقه شامل زیرطبقه‌ها عدم درک متقابل، عدم مسئولیت‌پذیری و ترس از آسیب بود. در بخش مراقبت ویژه جراحی قلب پرستاران، بیماران و همراهان بیمار به صورت متقابل درک ضعیفی از یکدیگر داشتند. برای نمونه، بیماران انتظار داشتند پرستاران در مواقع نیاز، سریع به آن‌ها رسیدگی کنند، ولی گاهی

مفصلی از فرآیند مطالعه، روش‌شناسی و محدودیت‌ها برای قابلیت انتقال ارائه شد. اصل حداکثر تنوع نیز در طول نمونه‌گیری در نظر گرفته شد. تیم پژوهشی سعی کردند این معیارها را در فرآیند جمع‌آوری داده‌ها رعایت کنند.

یافته‌ها

در این مطالعه، دوازده مصاحبه انجام و ۵۶۰ کد شناسایی شد. فرآیند کدگذاری پس از حذف کدهای تکراری و ادغام کدهای مشابه به صورت تحلیل مقایسه‌ای پیوسته انجام که یازده زیرطبقه و سه مضمون اصلی شامل موانع سازمانی، موانع فردی و موانع مرتبط با عوامل محیطی و فرهنگی شناسایی شدند. در نهایت درون‌مایه کلی (تم اصلی) با عنوان موانع هم‌دلی در پرستاران مشخص شد که در ادامه تشریح خواهند شد (جدول ۲).

موانع سازمانی

این طبقه شامل زیرطبقه‌ها عدم حمایت سازمانی، کمبود نیرو، حجم زیاد کار و پرداخت کم بود. یکی از موانع مهم هم‌دلی پرستاران با بیماران که اغلب پرستاران نیز به آن اذعان داشتند عدم حمایت سازمانی بود. آن‌ها در قبال کار درست و انجام وظایف انتظار حمایت از سوی سازمان داشتند و در اغلب موارد این حمایت را دریافت نمی‌کردند. آن‌ها بیان کردند که دریافت حمایت از طرف سازمان می‌تواند عامل مهمی برای هم‌دلی با بیماران باشد. بعضی از آن‌ها نیز اظهار داشتند که اجحاف‌هایی که از طرف سازمان به آن‌ها می‌شود مانع هم‌دلی با بیمار می‌شود. یک پرستار در مصاحبه به این نکته اشاره داشت:

"شاید یکی از دلایل ضربه‌هایی باشه که از سیستم خوردم... ضربه‌های بدی خوردم و به حق هم نبوده... واسه همین این مسائل من را اینطوری طراحی کرده که وارد فاز احساسی با مریض نشم و نتونم با مریض هم‌دلی کنم. قطعاً مسائل سازمان توی روحیه آدم تاثیر میندازه". (پرستار شماره ۱۰)

از مهم‌ترین اثرات این مسائل سازمانی کاهش کیفیت کار، کیفیت مراقبت پرستاران و انجام مراقبت فقط در حد انجام وظیفه بود.

"الان ممکنه یه پرستاری که داره با حداقل کار، کارو انجام میده هم مدیریت راضی باشه هم حقوقش حلال باشه هم حرفه‌ش رو بنا بر جزوه هاش درست انجام داده باشه ولی از اون زیبایی کار کاسته میشه... اون تعالی که ممکنه آدم تو وجودش حس کنه دیگه نباشه... هرچند ممکنه نتیجه‌ش یکی باشه و خیلی فرقی نکنه". (پرستار شماره ۳)

همان‌طور که گفته شد از جمله موانع مهم هم‌دلی که مطالعات پیشین نیز به آن پرداخته‌اند و شرکت‌کنندگان در این مطالعه نیز به آن اشاره داشتند، سختی کار پرستاری و در مقابل، درآمد پایین

کردن باید به محدوده‌ای داشته باشد که آدم بتونه کارشو بکنه".
(پرستار شماره ۳)

موانع مرتبط با عوامل محیطی و فرهنگی

همان طور که مشخص است محیط سه‌مهمی در ایجاد هم‌دلی دارد و البته این موضوع اغلب از سوی مدیران مورد غفلت واقع می‌شود. پرستاران با مقایسه محیط‌های مختلفی که با آن‌ها آشنا می‌باشند یا کار می‌کردند به این نتیجه رسیده بودند که این تاثیر محیط است که باعث تفاوت در رفتار افراد می‌شود: "من الان جای دیگه هم کار می‌کنم و دیدم یه شخص توی دوتا محیط متفاوت دوتا رفتار متفاوت داره و همین مشخص می‌کنه که اون محیط مشکل داره... من بیشتر ایراد رو محیط میدونم تا شخص... چون همون شخص تو محیط دیگه اگه ازش خواسته بشه، اگه حس کنه که دیده میشه، حس کنه که تشویق میشه، حس کنه که تاثیرگذاره کارش قطعاً این کارو میکنه و اصلاً با تغییر محیط رفتار متفاوت میشه". (پرستار شماره ۶)

در برخی موارد شرایط محیطی بخش مثل نور، سروصدا، انجام رویه‌های متعدد و... باعث می‌شود نیازهای اولیه بیمارانی تامین نشود. بعضی از پرستاران با درک این موارد سعی در ایجاد آرامش و راحتی برای بیمار داشتند و در مقابل پرستارانی هم بودند که نسبت به این موضوع بی تفاوت بودند و درکی از آن نداشتند. البته شرایط بیمار بخش مراقبت ویژه نیز در هم‌دلی با او بسیار مؤثر است. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کرد:

"من خودم خیلی دوست دارم با بیمار ارتباط برقرار کنم، خیلی وقتاً هم پیش اومده که ارتباط برقرار کردم. ولی خب مرضی ما اغلب بیهوش هستند و این خیلی سخت میکنه کار ما رو".
(پرستار شماره ۵)

مراقبت در بخش مراقبت ویژه وابستگی زیادی به تجهیزات داشته و در حقیقت نوعی مراقبت فناورانه محسوب می‌شود. البته درست است که مراقبت در این نوع بخش‌ها با فناوری در هم آمیخته است، ولی وابستگی زیاد به فناوری نیز می‌تواند پرستار را از هم‌دلی با بیمار غافل کند. چه بسا در بسیاری از موارد پرستاران با تکیه بر اطلاعات دریافتی از تجهیزات، از حضور در کنار بیمار خودداری کرده و حتی استفاده از فناوری شاید باعث می‌شد از لمس بیمار نیز غفلت کنند. یک پرستار در این زمینه می‌گفت:

"به نظر من مراقبت در جراحی قلب خارج از سیستم پرستاری هست... چون باید هم پزشک باشی... هم پرستار باشی... هم اتاق عملی، هم بیهوشی باشی... یعنی همه چیو باید یه گوشه ایش رو بدونی... آدم یه آریتمی رو توجه نکنه یه درناژ رو توجه نکنه... مرخص میس میشه... ما باید حواسمون بیشتر به این چیزها باشه..."

اوقات شرایط کاری پرستار و همچنین شرایط بیمار اجازه رسیدگی به خواسته‌های بیمار در اسرع وقت را نمی‌داد. در مقابل پرستاران هم برخی از خواسته‌های بیمار را اضافی و خارج از محدوده وظایف خود می‌دانستند. همچنین همراهان بیمار نیز دیدن بیمار و آگاهی از شرایط بیمار را حق خود می‌دانستند و عدم رعایت قوانین توسط آن‌ها باعث اختلال در کار پرستاران و اقدامات درمانی برای بیمار می‌شد. یکی از پرستارها می‌گفت:

"مریضا همیشه به ما غر میزنند و پزشک را که می‌بینند هیچی نمیکن... مثلاً مریض امروز عملش کنسل شده به من میگه: "عمل من کی میشه؟ من الان ۴ ماهه تو نوتیم"... خب این دیگه وظیفه من نیست... دکتر دیده هیچی بهش نگفته هی به ما غر میزنه". (پرستار شماره ۷)

در بسیاری مواقع مسئولیت نپذیرفتن فرد باعث می‌شد درک دیگران برایش سخت باشد، چه طرف مقابل بیمار باشد، چه همراه بیمار و چه همکارش که در نهایت منجر به شکایت، نارضایتی و خستگی پرستاران و حتی گاهی بیمارانی از این بی‌مسئولیتی‌ها می‌شد. در مصاحبه با یک نفر از پرستاران، وی اعتقاد داشت که مسئولیت‌پذیری در این بخش در همه رده‌ها پایین است:

"کارهای بالینیمون خوبه ولی از نظر روحی روانی ضعیفیم... خیلی ضعیفیم... از نوع ارتباطمون با همدیگه... با مریض... با همراه... وجدان کاری که برای مریض انجام میدیم... اون هم‌دلی که باید بین پرسنل باشه و کاری که برای مریض انجام میشه... احساس مسئولیت نسبت به مریض متاسفانه پایینه... توی بقیه فیلدها هم همینه... از مدیریت شروع میشه تا پایین". (پرستار شماره ۶)

گاهی هم انجام ندادن وظایف پاسخی بود که فرد به طور غیرمستقیم به نارضایتی از شرایط کاری می‌داد و بعضی از آن‌ها اظهار داشتند که مگه ما چقدر پول می‌گیریم؟ کی قدر میدونه؟ یا این همه درست کار کردیم کی دید؟

برخی از پرستاران هم در مقابل رنج بیمارانی عقب نشینی می‌کردند مبدا آسیب ببینند. در حقیقت آن‌ها با هم‌دلی نکردن با بیمار می‌خواستند از خود در برابر موقعیتهایی که پیش می‌آید و شاید بعضی آن‌ها قبلاً تجربه کرده بودند محافظت کنند. یک پرستار در این مورد اعتقاد داشت:

"البته شاید بیش از اندازه از درگیر شدن عاطفی و دلسوزی هم ضرور آسیب بزنه به کار من... من اینو بهش رسیدم و سعی کردم یکمی کنترلش کنم". (پرستار شماره ۱۳)

برخی از آن‌ها هم اعتقاد داشتند هم‌دلی نیاز حرفه و کار آن‌ها نیست و به دخالت دادن احساسات در انجام کار اعتقادی نداشتند: "چیزی که مریض از طرف ما نیاز داره تکنیک مراقبتی هست و نجات جانسه... این که من بخوام حس کنم مثلاً خانواده منه شاید کمکی واقعا به مریض نکنه... به نظرم این اشتباهه... هم‌دلی"

"من واقعا با آقایون زیاد نمیتونم ارتباط برقرار کنم حالا یا هم‌دلی کنم. درمورد بیماری که سنشون کمتره و جوان تر هستند هم سعی میکنم فاصله ی خودم رو حفظ کنم... چون آدم به چیزایی میشنوه که خوب نیست". (پرستار شماره ۱۱)

برقراری ارتباط و یا تماس فیزیکی برای برخی پرستاران با توجه به جنسیت بیماران دشوار بوده و تابوهای اجتماعی در این زمینه دخیل هستند. آنان مجموعه ای از عوامل را در نشان دادن این درک و برقراری ارتباط مؤثر با بیمار مؤثر می‌دانستند:

"ارتباط با جنس مخالف میتونه من رو اذیت کنه اگه بخوام توی فاز احساسی برم... خب من یک درمانگرم و اون یک بیماره... من توی یک محیطی هستم که بالاخره باید حواسم به خودم باشه". (پرستار شماره ۱۲)

در حقیقت خیلی اوقات آن‌ها از برقراری ارتباط با جنس مخالف اجتناب می‌کردند و این اجتناب یک اجتناب آگاهانه بود تا مبادا با توجه به فرهنگ جامعه مورد قضاوت قرار گیرند.

"توی مملکت ما و دید جامعه ما نسبت به بیمارستان و پرستار واقعی نیست... به چیزی دیدن و بر همین اساس قضاوت می‌کنن... اینه که آدم زیاد نمیتونه ارتباط بگیره... ولی خب من چون خودم خانمم با خانما راحت ترم". (پرستار شماره ۹)

غفلت بکنیم از مانیتور مریض یه دفعه از دست رفته". (پرستار شماره ۱)

البته در بسیاری موارد ساختار فیزیکی بخش و در نظر نگرفتن فضای مناسبی برای ملاقات همراهان با بیمارانشان منجر به بحث و مشاجره بین پرستاران و همراهان بیمار می‌شد. بسیاری از پرستاران این موضوع را درک می‌کردند و به همراهان بیمار حق می‌دادند، ولی چاره‌ای جز رعایت قوانین تعیین شده از طرف سازمان نداشتند. یکی از پرستاران در این زمینه می‌گفت:

"این بخش کلاً از نظر فیزیکی مشکل داره... وقتی ما قانون گذاشتیم به هیچ وجه ملاقات نباشه... ما نمیتونیم توقع داشته باشیم که خب همراه بیمار، مریضشو نبینه؟ اگه خودمونو جای اون بذاریم منطقی نیست... این قضیه به فیزیک بخش برمیگرده و شاید پرسنل خیلی مقصر نباشن... ما هم مجبوریم به قانونایی را رعایت کنیم".

از دیگر عوامل مهم مؤثر در هم‌دلی پرستاران با بیماران عوامل فرهنگی بود. هر کدام از پرستاران در زمینه هم‌دلی با بیمار الگوهای فرهنگی خاص خود را داشتند. یک نفر از شرکت‌کنندگان بیان می‌کرد که:

جدول ۲: درون مایه کلی، مضامین اصلی و زیرطبقات استخراج شده از داده‌ها

زیرطبقات	مضامین اصلی	درون مایه کلی
کمبود نیرو حجم زیاد کار پرداخت کم عدم حمایت سازمانی	موانع سازمانی	موانع هم‌دلی در پرستاران
عدم درک متقابل عدم مسئولیت پذیری ترس از آسیب	موانع فردی	
ویژگی‌های بخش مراقبت ویژه تکیه بر فناوری در انجام مراقبت تابوها اجتناب از برقراری ارتباط با جنس مخالف	موانع مرتبط با عوامل محیطی و فرهنگی	

بحث

در سال ۲۰۱۳ بیان کردند فقدان هم‌دلی - یا میزان پایین هم‌دلی - به دلایل مختلفی از جمله تعداد مددجویان، کمبود زمان کافی، تمرکز بر درمان و عدم آموزش هم‌دلی بستگی دارد [۳۴]. همچنین، هم‌راستا با یافته‌های این مطالعه، شرکت‌کنندگان در مطالعه استاورپولا و همکاران نیز معتقد بودند که حمایت سازمانی یک عامل کلیدی برای حمایت از بیمار، رفع نیازهای وی،

هدف از مطالعه حاضر تبیین موانع هم‌دلی پرستاران بخش مراقبت ویژه با بیماران بود. یافته‌های مطالعه نشان داد که عوامل مختلفی مانع هم‌دلی پرستاران بخش مراقبت ویژه با بیماران می‌شود. اولین طبقه، موانع سازمانی و از جمله زیرطبقات مانع هم‌دلی، عدم حمایت سازمانی بود. شرکت‌کنندگان معتقد بودند که این حمایت از طرف سازمان وجود ندارد. حجت و همکاران نیز در مطالعه خود

دیگری نیز با دید موافق و مخالف به آن پرداخته اند، ولی به نظر می‌رسد وابستگی زیاد به آن هم می‌تواند پرستار را از حوزه انسانی مراقبت دور کند.

تونلیند و همکاران معتقدند که بخش زیادی از زمان پرستاران در مقابل تجهیزات پیچیده صرف می‌شود و این خطر را به همراه دارد که پرستاران منحصر به فردترین وظیفه خود که مراقبت بیمار محور است را نادیده بگیرند [۴۱]. در عین حال آل‌مروند و همکاران نیز در مطالعه خود استدلال می‌کنند که توجه بیش از اندازه به فناوری به تغییر اولویت از گوش دادن به بیمار که باعث جلب اعتماد و اطمینان می‌شود، به سمت تجهیزات فناورانه شود [۴۲]. همان طور که ملاحظه می‌شود مطالعات به نوعی به مزایا و معایب استفاده از فناوری در مراقبت اشاره کرده اند، ولی در نهایت باید یادآور شد که برقراری تعادل بین جنبه‌های مختلف مراقبت از بیمار ضروری است و استفاده از فناوری نباید هم‌دلی با بیماران را تحت تاثیر قرار دهد.

مورد دیگری که باید در هم‌دلی با بیماران مورد توجه قرار گیرد عوامل فرهنگی هستند. پرستاران معمولاً با بیمارانی از فرهنگ‌های مختلف سروکار دارند [۴۳] همان گونه که در این مطالعه هریک از شرکت‌کنندگان از الگوهای فرهنگی خاص خود پیروی می‌کردند، به گونه ای که در مواردی برقراری ارتباط و یا تماس فیزیکی برای برخی شرکت‌کنندگان با توجه به جنسیت بیماران دشوار بود. هرچند که این مورد در همه افراد یکسان نیست، ولی مسائل فرهنگی و مذهبی همیشه از اهمیت خاصی برخوردار است. در همین راستا، اوکوکا در مطالعه خود بیان کرده‌است که نیازهای ارتباطی و شیوه‌های ابراز احساسات در فرهنگ‌ها و آیین‌های مختلف متفاوت است [۴۴]. همچنین کلیی در مطالعه خود بیان کرده که هم‌دلی ممکن است تحت تاثیر عوامل وضعیتی و فرهنگی باشد [۱۹]. در حالی که مطالعات نشان می‌دهند هم‌دلی می‌تواند باعث تقویت روابط درمانی با بیماران، بهبود نتایج بالینی، کاهش فرسودگی شغلی و حتی کاهش خطرات دادخواهی علیه کارکنان مراقبت‌های بهداشتی شود، توجه به این نکته نیز مهم است که این مشاهدات در کدام زمینه فرهنگی انجام می‌شود [۷، ۴۵، ۴۶]. به هر حال تاثیر عوامل فرهنگی در رفتارهای همدلانه افراد دیده شده است. بابایی و همکاران در مطالعه خود در ایران معتقدند که پرستاران ایرانی نمی‌توانند از الگوهای سایر فرهنگ‌ها برای هم‌دلی استفاده کنند [۴۷]. این یافته و مطالعات دیگر از توجه به نقش مهم محیط و فرهنگ در هم‌دلی پرستاران با بیماران سخن گفته است که باید مورد توجه مدیران قرار گیرد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، مشکل بودن مصاحبه با شرکت‌کنندگان به دلیل شرایط حاد بخش ویژه و پیشامدهای

برقراری ارتباط موثر و امکان هم‌دلی در عمل است. آن‌ها در مطالعه خود از مسائل سازمانی و عملکردی، کمبود کارکنان، افزایش حجم کار و فرسودگی شغلی به عنوان موانع هم‌دلی یاد کرده‌اند که در مطالعه حاضر نیز حجم کاری زیاد و کمبود نیرو از موانع هم‌دلی شناخته شد [۱۵]. به طور مشابه، پرستاران بخش مراقبت ویژه در مطالعه چوو و همکاران دو مورد کمبود کارکنان و حجم کاری سنگین را مانع ارائه مراقبت‌های جامع بیان کردند [۳۵]. توجه به این یافته مهم مطالعه نشان می‌دهد که حمایت‌های سازمانی هم از نظر تامین نیروی کار کافی، پرداخت مناسب و نیز مشوق‌ها و حمایت‌های سازمان موجب تقویت هم‌دلی و به دنبال آن کاهش پیامدهای منفی آن می‌شود.

یکی دیگر از طبقات شناخته شده به عنوان مانع هم‌دلی، موانع فردی بودند. عدم درک متقابل و دوسویه از چالش‌های مهم بخش مراقبت ویژه بود که در روابط پرستاران با بیماران و به خصوص همراهان بیمار دیده می‌شد. به طور مشابه، مطالعه لقمانی و همکاران در ایران نیز نشان داده‌است که ارتباط بین پرستار و خانواده بیمار و عدم رعایت قوانین بخش توسط آن‌ها یکی از چالش‌های مهم در این هم‌دلی محسوب می‌شود [۳۶]. در مطالعه کامپوس و همکاران نیز ارتباط بین اعضای خانواده و کارکنان درمانی شکننده، مناقشه برانگیز و حتی خصومت‌آمیز بود [۳۷]. با عنایت به این که تعامل با خانواده و همراهان بیمار از نکات مهم در مراقبت از بیمار و به خصوص فرد بستری در بخش مراقبت ویژه است، به نظر می‌رسد توجه بیشتر به آن در مطالعات ضروری است.

ترس از آسیب مورد دیگری بود که در این مطالعه به عنوان مانع هم‌دلی ذکر شده‌است. در مطالعه استاورپولا نیز پرستاران معتقد بودند که ارائه مراقبت از طریق هم‌دلی می‌تواند برای آن‌ها مضر باشد و آن‌ها حفاظت از خود را به عنوان راهبردی برای مقابله آن ذکر کردند [۱۵]. روستون و همکاران نیز بیان کرده‌اند که اگر پرستاران چگونگی محافظت از خود در مواجهه با احساسات بیمار را یاد نگیرند، این خطر وجود خواهد داشت که میزان بالایی از فرسودگی شغلی و خستگی عاطفی را تجربه کنند [۳۸]. بنا بر این به نظر می‌رسد که آموزش به پرستاران در این زمینه برای پیشگیری از پیامدهای منفی ذکر شده می‌تواند مفید باشد.

عوامل محیطی و فرهنگی از دیگر طبقات شناسایی شده به عنوان مانع هم‌دلی بود. پیش از این نیز مطالعات نشان داده‌اند که محیط اطراف و عوامل محیطی رفتارهای افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۳۹]. مطالعات هم‌راستا با نتایج این مطالعه بیان کرده‌اند که محیط کار می‌تواند به طور مثبت یا منفی بر میزان هم‌دلی تأثیر بگذارد [۴۰]. یکی از یافته‌های مطالعه وابستگی به فناوری در مراقبت از بیمار در محیط بخش مراقبت ویژه بود که مطالعات

کمک زیادی به بهبود مراقبت از بیماران می‌کند، لازم است موانع موجود توسط مدیران و سیاست‌گذاران شناسایی و برطرف شوند. با توجه به نتایج این مطالعه از یک سو و تأثیر مهم فرهنگ، زمینه و ساختاری که پرستاران در آن فعالیت می‌کنند بر هم‌دلی از سوی دیگر، انجام مطالعه‌ای به منظور شناخت موانع هم‌دلی در سایر بخش‌های بیمارستانی پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بخشی از رساله دکتری مرضیه محمدی است که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران به شماره (IR.IAU.TMU.REC.1400.069) تأیید شده است. تیم پژوهش از کلیه شرکت‌کنندگان برای ارائه تجارب خود تشکر می‌کند.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

ناگهانی بود. برای رفع این مشکل معمولاً مصاحبه‌ها در زمان استراحت افراد یا بعد از شیفت انجام شد. از نقاط قوت مطالعه نیز انجام پژوهش با رویکرد کیفی در محیط کار واقعی بود که منجر به شناخت همه جانبه پدیده مورد مطالعه می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت درک عوامل بازدارنده هم‌دلی در راستای تبدیل آن به فعالیتی سودمند، این مطالعه بر موانع و عوامل بازدارنده هم‌دلی پرستاران بخش مراقبت ویژه متمرکز شد. یافته‌های مطالعه حاضر پیامدهای کاربردی مهمی در حوزه مراقبت‌های بهداشتی و به ویژه پرستارانی دارد که در بخش‌های مراقبت ویژه کار می‌کنند. با توجه به نقش مهم سازمان در توسعه یا مهار هم‌دلی اگر محیطی که پرستاران در آن فعالیت می‌کنند از ارتقا هم‌دلی حمایت نکند، کمتر احتمال می‌رود افراد فرصت توسعه آن را داشته باشند. همچنین از آنجایی که شناخت موانع و رفع آن

References:

- Hojat M. Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes. Vol. 77. New York: Springer; 2007.
- Rasoulilian M, Salehian R. Empathy, the most effective. Tehran: Ghatre. 2011.
- Khodabakhsh MR, Mansoori P. Empathy and its impact on promoting physician-patients relationship. Iran J Med Ethics Hist Med. 2011;4(3):38-46.
- Williams B, Boyle M, Brightwell R, Devenish S, Hartley P, McCall M, et al. An assessment of undergraduate paramedic students' empathy levels. IJME. 2012;3:98-102.
- Ozcan C, Oflaz F, Sutcu Cicek H. Empathy: the effects of undergraduate nursing education in Turkey. Int. Nurs. Rev. 2010;57(4):493-9.
- KUO JC, CHENG JF, CHEN YL, Livneh H, TSAI TY. An exploration of empathy and correlates among Taiwanese nurses. Jpn. J. Nurs. Sci. 2012;9(2):169-76.
- Gleichgerricht E, Decety J. Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. PloS one. 2013;8(4):e61526.
- Yang N, Xiao H, Cao Y, Li S, Yan H, Wang Y. Influence of oncology nurses' empathy on lung cancer patients' cellular immunity. Psychol Res Behav Manag. 2018;11:279.
- RAHIMI Z. Evaluation of perceived social support of patients undergoing hemodialysis and its relation to treatment adherence and clinical outcomes in educational institutions in West Azerbaijan Province, 2016. 2017.
- Jakimowicz S, Perry L. A concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care unit. J. Adv. Nurs. 2015;71(7):1499-517.
- Hoonakker P, Carayon P, Douglas S, Schultz K, Walker J, Wetterneck TB. Communication in the ICU and the Relation with Quality of Care and Patient Safety from a Nurse Perspective. Int J Healthc Inf Syst Inform. 2011;1(6):1.
- Shalaby SA, Janbi NF, Mohammed KK, Al-harthi KM. Assessing the caring behaviors of critical care nurses. J Nurs Educ Pract. 2018;8(10):77-85.
- Purbahram R, Ashktorab T, Barazabadi Farahani Z, Nasiri M. Knowledge and attitude of the intensive care unit nurses in Mazandaran province towards organ donation. Iran J Nurs. 2017;30(107):1-9.
- Zhang A, Tao H, Ellenbecker CH, Liu X. Job satisfaction in mainland China: comparing critical care nurses and general ward nurses. J. Adv. Nurs. 2013;69(8):1725-36.
- Stavropoulou A, Rovithis M, Sigala E, Pantou S, Koukoulis S. Greek nurses' perceptions on empathy and empathic care in the Intensive Care Unit. Intensive Crit. Care Nurs. 2020;102814.
- Beckstrand RL, Hadley KH, Luthy KE, Macintosh JL. Critical care nurses' suggestions to improve end-of-life care obstacles: minimal change over 17 years. Dimens. Crit. Care Nurs. 2017;36(4):264-70.
- Epp K. Burnout in critical care nurses: a literature review. Dynamics. 2012;23(4):25-31.
- Van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. PloS one. 2015;10(8):e0136955.
- Kelly J. Barriers to achieving patient-centered care in Ireland. Dimens. Crit. Care Nurs. 2007;26(1):29-34.
- Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the

- third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad. Med.* 2009;84(9):1182-91.
21. Ouzouni C, Nakakis K. An exploratory study of student nurses' empathy. *Health Sci. J.* 2012;6(3):534.
 22. Loghmani L, Borhani F. Determination of the content of communication between the care team and family members of patients in the intensive care unit: The experience of nurses and patients' families. *J. Qual. Res. Health Sci.* 2014;3(3):257-68.
 23. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *J. Clin. Nurs.* 2004;13(1):41-9.
 24. Moghaddasian S, Dizaji SL, Mahmoudi M. Nurses empathy and family needs in the intensive care units. *J. Caring Sci.* 2013;2(3):197.
 25. Charlesworth M, A Foëx B. Qualitative research in critical care: Has its time finally come? *J Intensive Care Soc.* 2016;17(2):146-53.
 26. Jones J, Winch S, Strube P, Mitchell M, Henderson A. Delivering compassionate care in intensive care units: nurses' perceptions of enablers and barriers. *J. Adv. Nurs.* 2016;72(12):3137-46.
 27. Monks J, Flynn M. Care, compassion and competence in critical care: A qualitative exploration of nurses' experience of family witnessed resuscitation. *Intensive Crit. Care Nurs.* 2014;30(6):353-9.
 28. Strube P, Henderson A, Mitchell ML, Jones J, Winch S. The role of the nurse educator in sustaining compassion in the workplace: a case study from an intensive care unit. *J. Contin. Educ. Nurs.* 2018;49(5):221-4.
 29. Polit D, Beck C. *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*: LWW. Philadelphia; 2006.
 30. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Principles and methods*: LWW; 2004.
 31. Ritchie J, Lewis J, Nicholls CM, Ormston R. *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*: sage; 2013.
 32. Erlingsson C, Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. *AfJEM.* 2017;7(3):93-9.
 33. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ. Today.* 2004;24(2):105-12.
 34. Hojat M, Louis DZ, Maio V, Gonnella JS. *Empathy and health care quality*. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2013. p. 6-7.
 35. Choe K, Kang Y, Park Y. Moral distress in critical care nurses: a phenomenological study. *J. Adv. Nurs.* 2015;71(7):1684-93.
 36. Loghmani L, Borhani F, Abbaszadeh A. Factors affecting the nurse-patients' family communication in intensive care unit of kerman: a qualitative study. *J. Caring Sci.* 2014;3(1):67.
 37. Campos CACAd, Silva LBd, Bernardes JdS, Soares ALC, Ferreira SMS. Desafios da comunicação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para profissionais e usuários. *Saúde em Debate.* 2017;41:165-74.
 38. Rushton CH, Kaszniak AW, Halifax JS. A framework for understanding moral distress among palliative care clinicians. *J. Palliat. Med.* 2013;16(9):1074-9.
 39. Ghaljaei F, Naderifar M, Irajpour A. Challenges of Inter professional Collaboration in Iranian NICUs (Neonatal Intensive care Units): An ethnographic study. *IJMRHS.* 2016;5(11):73-8.
 40. Gleichgerricht E, Decety J. The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Front. Behav. Neurosci.* 2014;8:243.
 41. Tunlind A, Granström J, Engström Å. Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive Crit. Care Nurs.* 2015;31(2):116-23.
 42. Almerud S, Alapack RJ, Fridlund B, Ekebergh M. Beleaguered by technology: care in technologically intense environments. *Nurs. Philos.* 2008;9(1):55-61.
 43. Aghabarary, Varvani-Farahani, Mohammadi. Barriers to Application of Communicative Skills by Nurses in Nurse-Patient Interaction: Nurses and Patients' Perspective. *Iran J Nurs.* 2009;22(61):19-31.
 44. Okougha M, Tilki M. Experience of overseas nurses: the potential for misunderstanding. *Br J Nurs.* 2010;19(2):102-6.
 45. Riess H. Empathy in medicine—A neurobiological perspective. *Jama.* 2010;304(14):1604-5.
 46. Howick J, Moscrop A, Mebius A, Fanshawe TR, Lewith G, Bishop FL, et al. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *J R Soc Med.* 2018;111(7):240-52.
 47. Babaii A, Mohammadi E, Sadooghiasl A. The meaning of the empathetic nurse-patient communication: A qualitative study. *J. Patient Exp.* 2021;8:23743735211056432.

Barriers to empathy in nurses working in the intensive care unit: a content analysis study

Marziyeh Mohammadi¹, Zohreh Parsa Yekta^{2*}, Hamid Peyrovi³, Nematollah Fazeli⁴

Received: 2024.01.23

Revised: 2024.02.13

Accepted: 2024.04.08

1. Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran
3. Nursing and Midwifery Care Research Center/ School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Professor Emeritus, Institute for Humanity and Cultural Studies, Iran

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.21, No.4, Winter 2024

Pars J Med Sci 2024;21(4):26-35

Abstract:

Introduction:

Empathy is one of the most effective indicators of nursing performance, therefore understanding the concept of empathy in the ICU seems necessary to provide better care in this challenging environment. However, empathy faces barriers in this area. This study was conducted using the content analysis approach with the aim of explaining the factors that inhibit among in intensive care nurses.

Materials & Methods:

In this qualitative study, 12 semi-structured interviews were conducted with an average duration of 30-45 minutes with ICU nurses selected by purposive sampling during the period 2021-2022. The interviewees' statements were analysed after being recorded and converted into text using MAXQDATA 11 software and conventional content analysis methods.

Results:

The coding process was carried out after removing duplicate codes and merging similar codes as a continuous comparative analysis. Eleven subcategories and three main themes were identified, including "organisational barriers", "individual barriers" and "barriers related to environmental and cultural factors". Finally, the general theme (the main theme) was obtained under the title 'Barriers to empathy in nurses'.

Conclusion:

The results of this study showed that intensive care nurses face significant barriers to empathy. Given that knowledge of the barriers to empathy and their removal will contribute greatly to improving patient care, it is necessary to identify and remove the existing barriers known to managers and policy makers.

Keywords: Empathy, Nurses, Intensive Care Unit, Qualitative Study

* Corresponding author Email: zparsa@tums.ac.ir