

زجر بی‌زبانی و تلاش برای ابراز نیاز در بیماران تحت تهویه مکانیکی هوشیار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه: یک مطالعه کیفی

عباس حیدری^۱، فاطمه حاجی‌آبادی^{۲*}، زهرا سادات منظری^۳

^۱ استاد، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۲ استادیار، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۲۰

چکیده

مقدمه: بیماران هوشیار تحت تهویه مکانیکی به‌خاطر داشتن لوله داخل تراشه و نیز به علل دیگر قادر به برقراری ارتباط نیستند و مشکلات زیادی را در این رابطه تجربه می‌کنند. مطالعه حاضر با هدف کشف تجربیات بیماران هوشیار تحت تهویه مکانیکی از ناتوانی در صحبت کردن و نیز کشف اشارات غیرکلامی استفاده‌شده توسط آن‌ها برای ابراز نیاز انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه تحلیل محتوای کیفی حاضر روی ۱۵ بیمار تحت تهویه مکانیکی هوشیار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در سال ۱۳۹۵ در ایران انجام شد. برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و مشاهده استفاده شد. نمونه‌گیری به روش هدفمند با انتخاب افراد دارای تجربیات غنی انجام شد. از روش تحلیل محتوای کیفی نوع مرسوم برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. **یافته‌ها:** چهار مضمون اصلی «ناتوانی در حرف‌زدن ریشه مشکلات، بلوک عجزآور کانال‌های ارتباط، اشارات درک‌نشده و تلاش برای برقراری ارتباط» از توصیف‌های عمیق مشارکت‌کنندگان حاصل شد.

نتیجه‌گیری: بیماران هوشیار بخش مراقبت‌های ویژه مشکلات ارتباطی بسیاری را در حین بودن تحت تهویه مکانیکی متحمل می‌شوند، به‌طوری‌که قادر به ابراز نیازهای خود نیستند و این موضوع می‌تواند ترس، ناامیدی و آشفتگی را برای بیمار به همراه داشته است. این بیماران از روش‌های مختلف اعم از ایماواشاره، ضربه‌زدن به تخت و لب‌خوانی برای ابراز نیازهای خود استفاده می‌کنند.

کلمات کلیدی: ارتباط، بخش مراقبت‌های ویژه، بیمار هوشیار، تحلیل محتوا، تهویه مکانیکی

مقدمه

بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه عموماً شرایط تهدیدکننده حیات دارند، به طوری که حفظ حیات بیمار نیازمند به کارگیری حمایت‌های وسیع فناورانه و استفاده از روش‌های تهاجمی و غیرتهاجمی پیشرفته است (۱،۲). کاربرد گسترده این نوع درمان‌ها به همراه پیشرفت در تکنیک‌های مانیترینگ و درمان‌های دارویی باعث ارتقای درمان این بیماران شده است. قراردادن بیمار تحت تهویه مکانیکی بدون نیاز به بیهوش‌بودن بیمار طی آن، از جمله این پیشرفت‌هاست که امکان هوشیاربودن بیمار را طی تهویه مکانیکی فراهم می‌آورد. این هوشیاری باعث می‌شود بیماران نسبت به درمان و شرایط خود آگاه باشند، اگرچه آگاهی بیمار از درمان و شرایطش، پیامد مثبت تسهیل در روند بهبودی را دربر دارد (۳).

از آنجاکه بیشتر بیماران تحت تهویه مکانیکی با وجود هوشیاربودن، به خاطر داشتن لوله داخل تراشه و نیز بسیاری علل دیگر قادر به برقراری ارتباط نیستند، مشکلات و سختی‌های بسیار زیادی را تجربه می‌کنند (۳-۵)، به طوری که مشکلات ارتباطی به عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات بیماران تحت تهویه مکانیکی مطرح شده است (۶) که خود مشکلاتی از قبیل ناتوانی در بیان تفکرات، عقاید، نیازها و عدم شناخت درد بیمار را دربر دارد (۳-۵). این در حالی است که در حرفه پرستاری، برقراری ارتباط مؤثر با بیماران با عملکرد و مراقبت مؤثر و خوب گره خورده است. برقراری ارتباط مؤثر و عملکردی جزء ملزومات پرستاری اثربخش است و باعث رفع بسیاری از مشکلاتی می‌شود که ناشی از عدم درک و فهم کامل خواسته‌ها و ترجیحات بیمار است (۹-۳،۷).

ناتوانی بیماران در رساندن پیام‌های مهم به اطرافیان و کارکنان موجب ایجاد ناامیدی، مسخ شخصیت، اضطراب، ترس، دیسترس و دیگر احساسات منفی و حتی گوشه‌گیری

در بیماران می‌شود (۱۱،۱۰،۵). هنگامی که بیمار به دلیل ناتوانی در برقراری ارتباط نتواند نیازهای خود را حین تهویه مکانیکی ابراز کند، عصبی می‌شود که می‌تواند منجر به عقب‌نشینی بیمار و خودداری او از تعامل با خانواده و مراقبان شود و بر شرکت مؤثر و فعال بیمار در درمان و فرایند بهبودی‌اش تأثیرگذار باشد (۱۱،۵). بیماران تحت تهویه مکانیکی ناتوانی در برقراری ارتباط را وحشتناک و ترس‌آور معرفی کرده‌اند (۱۲،۱۱). ناتوانی بیمار در برقراری ارتباط، مشکلات و مشقات زیادی را برای پرستاران و دیگر اعضای تیم درمان به همراه دارد (۹،۵)، به طوری که ناتوانی در دریافت بازخورد مؤثر از طرف بیمار، انجام مراقبت مؤثر را مختل می‌کند (۱۳،۱۱،۷،۴) و چرخه‌ای از گنجی پی‌درپی ایجاد می‌شود که شامل عدم فهم و ارتباط ناقص بین پرستار و بیمار در زمان تلاش بیمار برای نشان‌دادن پیام خود است (۱۱).

بررسی متون نشان می‌دهد پرستارانی که در محیط‌های مراقبت ویژه کار می‌کنند، اغلب در توانایی ارتباط مؤثر با بیمارانشان چالش دارند. لوله‌گذاری داخل تراشه، فعالیت‌های خطیر وقت‌گیر و محیط کاری شلوغ و پرسروصدا باعث ایجاد محیطی می‌شود که در آن ارتباط به سهولت صورت نمی‌گیرد. شکسته‌شدن ارتباط با بیمار به طور خاص در ارائه مراقبت و درمان توسط اعضای تیم چند رشته‌ای منجر به ناامیدی و کاهش دانش استراتژی‌های تسهیل ارتباط و دسترسی به کمک‌های ارتباطی می‌شود (۵). طبق مطالعات، پرستاران به اندازه بیماران مشکلات ارتباطی را جدی نمی‌گیرند و اختلاف بسیاری بین درک پرستاران و بیماران از مشکلات ارتباطی وجود دارد (۳، ۵). همچنین پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیشتر درگیر موضوعات عملی و رفع نیازهای فیزیولوژیک به جای رسیدگی به نیازهای سایکولوژیک

بیماران هستند (۳).

اگرچه ارتباط با بیمار طی تهویه مکانیکی به‌عنوان یک اولویت تحقیقی مراقبت ویژه در نظر گرفته شده است، مطالعات منتشرشده در این زمینه اندک هستند. البته این موضوع که بیماران بخش مراقبت‌های ویژه به علت اتصال به دستگاه تهویه مکانیکی قادر به صحبت کردن نیستند و مشکلات ارتباطی دارند به‌خوبی شناخته شده است. چیزی که به بررسی و شناخت وسیع‌تر نیاز دارد، فهم و کشف رفتارهای غیرکلامی بیماران و اشاراتی است که این بیماران در ارتباطات غیرکلامی برای ابراز نیازهای خود از آن‌ها استفاده می‌کنند. کاهش دانش و فهم در این زمینه باعث نقص در آموزش پرستاران در رابطه با تکنیک‌های ارتباط غیرکلامی شده است؛ بنابراین، ناتوانی آن‌ها در برقراری ارتباط غیرکلامی با بیماران و عدم فهم اشارات غیرکلامی آن‌ها، بر گنجی و نامیدی بیماران دامن زده است (۱۱).

با توجه به این نکته که توانایی برقراری ارتباط با این بیماران در ارائه مراقبت مؤثرتر به آن‌ها تأثیر بسزایی دارد و استفاده از اشارات تنها راه برقراری ارتباط بیمار تحت تهویه مکانیکی با تیم درمان است، لذا فهم و کشف این اشارات می‌تواند راهگشای برقراری ارتباط مؤثرتر با این بیماران باشد. از این‌رو مطالعه کیفی حاضر با هدف کشف تجربیات بیماران هوشیار تحت تهویه مکانیکی از ناتوانی در صحبت کردن و نیز کشف اشارات غیرکلامی استفاده‌شده توسط آن‌ها برای ابراز نیازهایشان طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش‌ها

در پژوهش حاضر برای کسب اطلاعات عمیق و غنی از روش کیفی تحلیل محتوا استفاده شده است. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۵ بیمار تحت تهویه مکانیکی هوشیار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بودند که قادر به به‌خاطر آوردن و بازگویی تجربیات خود بودند. نداشتن

اختلال روانی مشخص، توانایی صحبت کردن به زبان فارسی، بودن حداقل ۲۴ ساعت تحت تهویه مکانیکی و داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه از معیارهای انتخاب مشارکت‌کنندگان بود. روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته بود. بدین ترتیب پژوهشگر بعد از انتخاب هر مشارکت‌کننده و معرفی خود و ارائه توضیحاتی درباره هدف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کننده، به او در زمینه لزوم ضبط مصاحبه‌ها و محفوظماندن صداهای ضبط‌شده به مشارکت‌کنندگان اطلاعات داد و اجازه ضبط گرفت. سپس با پرسیدن این سؤال که چطور شد در آی‌سی‌یو بستری شدید، سعی در برقراری ارتباط دوستانه با مشارکت‌کننده کرد. در ادامه از بیماران درخواست می‌شد تجربیات خود را از زمانی بیان کنند که تحت تهویه مکانیکی و هوشیار بودند و قادر به صحبت کردن نبودند. در ادامه روند مصاحبه و با توجه به طبقات اصلی ایجادشده، سؤالات کنکاشی دیگری از این قبیل مطرح می‌شد که آن موقع چه می‌کردید؟ چه احساسی داشتید؟ چطور خواسته‌ها و نیازهایتان را ابراز می‌کردید؟

در این مطالعه ۱۹ مصاحبه با ۱۵ بیمار انجام شد که مدت‌زمان آن‌ها در مصاحبه‌های اولیه و تکمیلی حداقل ۲۵ دقیقه و حداکثر دو ساعت و ۳۶ دقیقه بود. انتخاب مکان انجام مصاحبه طبق نظر مشارکت‌کنندگان انجام شد که بیشتر در منزل آن‌ها و تعداد محدودی نیز در بخش‌های آی‌سی‌یوی بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد بود که بیماران بعد از ترخیص از آی‌سی‌یو به آنجا منتقل شده بودند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، علاوه بر مصاحبه، برای اعتباربخشیدن بیشتر به داده‌ها، از تکنیک مشاهده برای مشاهده بیماران هوشیار تحت تهویه مکانیکی در زمان بستری در بخش آی‌سی‌یو نیز استفاده شد. به‌طوری‌که پژوهشگر بعد از هماهنگی با مسئولان آی‌سی‌یو، در بخشی

استفاده از بازنگری ناظران (External check) و بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان (Member check) برای تأیید داده‌ها انجام شد (۱۹-۱۴،۱۷).

نتایج

مشارکت‌کنندگان ۱۵ بیمار هوشیار تحت تهویه مکانیکی با دامنه سنی ۲۲ تا ۵۲ سال بودند که ۵ نفر از آن‌ها مرد و بقیه زن بودند. سایر ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ آورده شده است. در پایان مرحله تجزیه و تحلیل داده‌ها، چهار مضمون اصلی «ناتوانی در حرف زدن ریشه مشکلات، بلوک عجزآور کانال‌های ابراز نیاز، اشارات درک‌نشده و تلاش برای ابراز نیاز» از توصیف‌های عمیق مشارکت‌کنندگان حاصل شد. جدول ۲ نشان‌دهنده طبقات و زیرطبقات حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های این مطالعه است.

مضمون ۱: ناتوانی در حرف زدن ریشه مشکلات

داشتن لوله داخل تراشه مهم‌ترین دلیل ناتوانی بیماران هوشیار تحت تهویه مکانیکی برای صحبت کردن و برقراری ارتباط کلامی است. ناتوانی در برقراری این‌گونه ارتباط از دید مشارکت‌کنندگان این مطالعه به‌عنوان ریشه همه مشکلات آن‌ها طی بستری در آی‌سی‌یو مطرح شد. این طبقه بیانگر مشکلات و سختی‌هایی است که در نتیجه ناتوانی در حرف زدن، دامن‌گیر بیمار بوده است که خود مشتمل بر ۳ زیرطبقه اصلی است.

که بیمار تحت تهویه مکانیکی هوشیار بستری بود حضور می‌یافت و در جایی از بخش مستقر می‌شد که بیمار مورد نظر کاملاً در تیررس دید او باشد و شروع به مشاهده و ثبت حالات و واکنش‌های بیمار می‌کرد. مدت‌زمان این مشاهدات از هر بیمار از ۲ تا ۵ ساعت متفاوت بود. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام شد و تا اشباع داده‌ها پیش رفت. به‌این‌ترتیب، زمانی که در ۳ مصاحبه پایانی و نیز در مشاهدات، کدهای جدیدی به‌دست نیامد، نمونه‌گیری پایان یافت.

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای مرسوم (Conventional) استفاده شد (۱۴،۱۵). به‌این‌ترتیب که بعد از تهیه دست‌نوشته هر مصاحبه، برای دید کامل و جامع از داده‌ها و غوطه‌ور شدن در آن‌ها، ابتدا متن مصاحبه چندین مرتبه خوانده شد و به‌طور مکرر به مصاحبه گوش داده شد. در مرحله بعد کدگذاری بر اساس نمونه متن انجام شد. بعد از تبدیل نمونه‌ای از متن به کد، ثبات کدگذاری بررسی شد. این اقدام برای افزایش اعتبار داده‌ها انجام شد. در مرحله بعد تمام متن کدگذاری شد که به تولید طبقات و کشف ارتباطات بین آن‌ها و آشکار شدن مضامین درونی منجر شد. استفاده از روش مقایسه مداوم به کشف افتراق بین طبقات کمک بسزایی کرد. سپس با توجه به کل داده‌ها، این مضامین درونی بازبینی شد (۱۶،۱۷). در فرایند تحلیل، ۲۱۵ کد اولیه طی روند طبقه‌بندی ۱۳ زیرطبقه و ۴ مضمون اصلی حاصل شد. استفاده از روش‌هایی نظیر کسب نظرات همکاران (Peer debriefing)،

جدول ۱: خلاصه ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان

نوع ویژگی	(درصد)
جنس (مرد، زن)	۶۶/۶، ۳۳/۴
سن (۱۸ تا ۳۰، ۳۰ تا ۴۰، ۴۰ تا ۵۰)	۴۴/۶، ۲۰، ۳۳/۴
سطح تحصیلات (بی‌سواد، ابتدایی، متوسطه، عالی)	۳۳/۴، ۶۰، ۲۰، ۶/۶
زمینه بیماری (داخلی، اعصاب، جراحی، تروما)	۲۶/۶، ۲۰، ۲۶/۶، ۲۶/۶
مدت‌زمان بودن تحت تهویه مکانیکی (۳ تا ۱۰ روز، ۱۰ تا ۲۰ روز، بیشتر از ۲۰ روز)	۲۶/۶، ۴۰، ۳۳/۴

جدول ۲: طبقات و زیرطبقات حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها

ناتوانی در برقراری ارتباط	۱- ناتوانی در حرف زدن ریشه مشکلات
ناتوانی در ابراز نیاز	
ناتوانی در درودل کردن	
ناتوانی در رساندن اطلاعات صحیح به پزشک	
بلوک کانال ارتباط کلامی	۲- بلوک عجز آور کانال‌های برقراری ارتباط
بلوک کانال ارتباط نوشتاری	
بلوک کانال ارتباط غیر کلامی	
عدم فهم اشارات	۳- اشارات درک نشده
تعبیر اشتباه اشارات	
مشقت و اضطراب به دنبال عدم فهم نیاز	۴- تلاش برای برقراری ارتباط
ایماواشاره، راهی برای برقراری ارتباط	
لب‌خوانی، راهی برای ارتباط و ابراز نیاز	
نوشتن، راهی برای بیان درخواست	

زجر
بی‌زبانی

۱-۱. ناتوانی در برقراری ارتباط

مشارکت‌کنندگان این مطالعه یکی از مشکلات بسیار آزاردهنده خود را در زمان داشتن لوله داخل تراشه بیماران، ناتوانی در برقراری ارتباط با اطرافیان ذکر کرده‌اند. اظهارات یکی از مشارکت‌کنندگان در این رابطه به شرح زیر است:

یک حسی بود که می‌خواستی صحبت کنی، نمی‌تونستی صحبت کنی. می‌خواستی یک چیزی رو به کسی برسونی، نمی‌تونستی حرفت رو به کسی برسونی. بعد دیگه هیچی دیگه نمی‌تونستی صحبت کنی. P3

مشارکت‌کننده دیگری گفت:

خیلی وقت‌ها اشاره می‌کردم می‌اومدن. ولی بعضی وقت‌ها اون اوایلش خوب متوجه نمی‌شدن من چی می‌گم. منم نمی‌تونستم بگم. بعداً که می‌تونستم بگم خوب بود. می‌دونین خیلی مشکلاتم به خاطر همین بود که نمی‌تونستم حرف بزنم. زمانی که نمی‌تونستم بگم دیگه هیچ کاری نمی‌تونستم بکنم. P1

۱-۲. ناتوانی در ابراز نیاز

از آنجاکه این بیماران به دلایل متعدد از جمله اتصال به

دستگاه تهویه، ضعف و ناتوانی و نظیر آن قادر به برآوردن نیازهای خود نبودند، لذا در رفع نیازهای خود بسیار به اطرافیان و کارکنان وابسته بودند، ولی با توجه به ناتوانی ایشان در برقراری ارتباط کلامی، یکی دیگر از مشکلات آزاردهنده‌ای که با آن دست‌وپنجه نرم می‌کردند، ناتوانی در ابراز نیازهای خود بود. یکی از مشارکت‌کنندگان از ناتوانی در ابراز درد می‌گوید:

پاهام رو می‌بستن تا صبح با همون آتل‌ها، بعد بعضی وقت‌ها یک‌جوری می‌شد پاهام این‌جوری که بسته بودن. بعد این‌قدر این پای زیریم درد می‌کرد، منم نمی‌تونستم بهشون بگم که. نه خودم توان این رو داشتم که این پام رو تکان بدم و بردارم از روی این یکی، نه هم که می‌تونستم بگم. موقعی هم بود که نه می‌تونستم بنویسم، نه چیزی. حرف هم نمی‌تونستم بزنم، ولی بیهوش هم نبودم. هوشیار بودم. بعد این‌قدر پاهام درد می‌کرد، تا صبح همین‌جوری این پای دردناکم بود تا اینکه صبح می‌شد، می‌اومدن باز می‌کردن. باز روز بعد، باز روز بعد، اصلاً نمی‌تونستم بگم بابا من با این آتل مشکل دارم. اینا برام مثل آهنه. خیلی زجرآور و واسم. از این بیشتر زجر

می‌کشیدم که نمی‌تونستم بگم. p1

شرح حال می‌گرفتن. من که نمی‌تونستم صحبت کنم. بعد داداشم می‌گفت آره ۱۵ روزیه که اینطوری شده، درحالی که دو ماه بود. بعد اعصابم خرد می‌شد که این بد داره می‌گه. بعد فکر می‌کردم که تک‌تک این کلمات رو که پزشک می‌خواد شرح حال بگیره، تو درمان من مهمه و می‌خواستم این‌ها گفته بشه و مهمه. بعد می‌دیدم داداشم بد می‌گه. می‌خواستم بگم نه اینطوری نیست و با خودم می‌گفتم چون این اشتباه می‌گه، این یک داروی بد می‌نویسه. p7

۳-۱. ناتوانی در درودل کردن

در شرایط درد و رنج و بدحالی، درودل کردن با نزدیکان در تخفیف و تسکین آلام نقش مؤثری دارد و لازمه آن توانایی برقراری ارتباط کلامی است. ناتوانی بیمار تحت تهویه مکانیکی در برقراری ارتباط کلامی منجر به ناتوانی در درودل کردن و گفتن حرف دل به اطرافیان می‌شود. اظهارات مشارکت‌کنندگان در این رابطه این‌گونه بود:

یعنی اینکه اصلاً یک چیزی است که آدم باید صحبت کنه، نمی‌شه که صحبت نکنه، باید صحبت کنه. انگار یک چیزی تو دلت هست نمی‌تونی بگی. نمی‌تونی حرفت رو بزنی. اون چیزی که تو دلتون هست رو بگی. P3

داداشم اومد بالاسرم و من نمی‌تونستم باهاش صحبت کنم و خیلی رو روحیه من تأثیر گذاشت. دوست داشتم احوال بچه رو ببرسم، احوال پدر مادرم و خودش رو ببرسم. از چشمم کمک می‌گرفتم، با چشمم صحبت می‌کردم. گریه‌ام گرفت. به‌زور تحمل کردم. داداشم می‌خواست ازم عکس بگیره، نمی‌تونست عکس بگیره. داداشم هم گریه‌اش گرفت. نمی‌تونستم صحبت کنم. دلداری بدم که داداش من خوبم، گریه نکن، هیچ مشکلی پیش نمباد. نمی‌تونستم صحبت کنم. می‌گفتم خدایا چی کار کنم. P15

۴-۱. ناتوانی در رساندن اطلاعات صحیح به پزشک

یکی از مشکلاتی که بیماران به دلیل ناتوانی در صحبت کردن با آن دست‌وپنجه نرم می‌کردند، نگرانی از نرسیدن اطلاعات صحیح به پزشک در مورد تاریخچه بیماری‌شان بود. تجربه یکی از مشارکت‌کنندگان در این رابطه به شرح زیر است:

مثلاً یک چیزی بود که چون نمی‌تونستم صحبت کنم، وقت زیادی نبود. مثلاً داداشم اونجا بود و اون‌ها می‌اومدن

مضمون ۲: بلوک عجزآور کانال‌های ارتباط

ناتوانی بیمار تحت تهویه مکانیکی در برقراری ارتباط به ناتوانی در ارتباط کلامی محدود نیست، بلکه به دلایل متعدد از جمله ضعف و سستی اندام‌ها، گیجی و نیز ناآشنایی خود و کارکنان با لب‌خوانی و تکنیک‌های ارتباط غیرکلامی باعث برهم خوردن و ناکارآمدی تمام مسیرهای ارتباطی بیمار می‌شود. به‌طوری‌که بیمار از هیچ طریقی قادر به بیان نیازهای خود نیست.

۲-۱. بلوک کانال ارتباط کلامی

همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد، بیمار تحت تهویه مکانیکی به دلیل داشتن لوله تراشه و دیگر علل شناختی و جسمی از جمله گیجی قادر به صحبت کردن نیست؛ بنابراین، مسیر اصلی ابراز نیاز بیمار ناکاراست. یکی از مشارکت‌کنندگان در این رابطه می‌گوید:

یادم میاد لوله رو که دادن تو دهنم، نمی‌تونستم صحبت کنم. وقتی که نمی‌تونستم صحبت کنم یادمه. هر چی می‌خواستم بگم نمی‌تونستم بگم. P3

۲-۲. بلوک کانال ارتباط نوشتاری

ضعف شدید اندام‌ها و علی‌الخصوص دست‌ها و ناتوانی

۱-۳. عدم فهم اشارات

مشارکت‌کنندگان این مطالعه اظهار داشتند که در زمانی که قادر به صحبت کردن نبودند و از اشارات غیرکلامی برای ابراز نیازهای خود استفاده می‌کردند، در موارد بسیاری کارکنان قادر به فهم اشارات آن‌ها نبودند و متوجه منظور آن‌ها نمی‌شدند.

من هی گفتم می‌خوام به پهلو بشم، بعد متوجه نمی‌شدن که من چی میگم. من با اشاره نمی‌تونستم بگم. بعد همش می‌خواستن متکام رو درست کنن. فکر می‌کردن این تنفسه داره من رو اذیت می‌کنه یا مثلاً یک چیز دیگه‌ای داره من رو اذیت می‌کنه. هی می‌خواستن بفهمن. بعد دیر متوجه شدن، من اذیت می‌شدم. مثلاً همش این‌جوری با سر اشاره می‌دادم که نه منظورم این نیست. p5 مشارکت‌کننده دیگری اظهار می‌دارد:

هر چی بهشون می‌گفتم، دست و بال می‌زد، هر چی یک جورایی تلاش می‌کردم بهشون می‌فهموندم. هر کاری می‌کردم مثلاً می‌گفتم اینجام درد می‌کنه. با اشاره بهشون می‌گفتم که مثلاً اینجا پام درد می‌کنه، نمی‌فهمیدن. P6

۲-۳. تعبیر اشتباه اشارات

مشکل حادثی که مشارکت‌کنندگان در رابطه با طبقه اشارات درک‌نشده بیان داشتند، تعبیر اشتباه پرستاران از اشارات و رفتارهای بیمار و تصمیم‌گرفتن و رفتارکردن بر اساس آن تعبیر بوده است که مشکل بیمار را مضاعف می‌کرد؛ برای مثال یکی از مشارکت‌کنندگان بیان می‌کند:

می‌خواستن برام کاتتر CVP بذارن، می‌خواستم بهشون بگم حتماً برای من از سمت راست بذارین. این آقای دکتر می‌خواست از سمت چپ بذاره. بعد من دست‌وپا می‌زد. اون هم می‌گفت فقط ساکت باش، هیچی نگو. فکر می‌کرد که من دوست ندارم برام کاتتر بذارن و مقاومت می‌کنم، ولی من می‌خواستم بگم برای من حتماً از راست بذارین.

در نگه‌داشتن قلم، باعث ناتوانی بیمار تحت تهویه مکانیکی از بهره‌گیری از این کانال ارتباطی برای بیان نیازهای خود و برقراری ارتباط می‌شود.

این هم که نمی‌تونستم بنویسم خیلی برام اون موقع سخت بود. چون کارهایی رو که می‌خواستم برام انجام بدن، نمی‌تونستم بهشون بگم این کار رو برام انجام بدین، حرکت بدین. خیلی برام سخت بود نمی‌دونستم چه جوری باید نیازم رو بهشون بگم. چه جوری بهشون بگم من چه کاری دارم و توضیح بدم. p9

۳-۲. بلوک کانال ارتباط غیرکلامی

بیماران تحت تهویه مکانیکی که به دلایل متعدد از جمله داشتن لوله داخل تراشه قادر به برقراری ارتباط کلامی نیستند، تمامی تلاش خود را برای برقراری ارتباط غیرکلامی به کار می‌برند، ولی ناآشنایی این بیماران و نیز پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه با تکنیک‌های ارتباط غیرکلامی از جمله لب‌خوانی باعث شکست در برقراری این نوع ارتباط می‌شود. مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه می‌گوید:

خیلی چیزها رو می‌خوای بگی، اما نمی‌تونی. مثلاً ساکشن کنین. می‌خوای بگی مثلاً سرم رو حرکت بدین، گردنم رو حرکت بدین. لب خونی هم خب سخته. بیشتر پرستارها نمی‌تونن لب‌خونی کنن. pp9

مضمون ۳: اشارات درک‌نشده

این طبقه بیانگر تجربه بیماران از عدم درک یا دریافت اشتباه پرستاران از اشارات بیماران است که رنج و سختی زائدالوصفی را برای بیماران به همراه داشته است. مفاهیم عدم فهم اشارات، تعبیر اشتباه از اشارات و نیز مشقت و اضطراب به دنبال عدم فهم نیاز، زیرطبقات تشکیل‌دهنده این مضمون هستند.

۳-۳. مشقت و اضطراب به دنبال عدم فهم نیاز

مشارکت‌کنندگان این مطالعه اظهار داشتند که به دنبال عدم فهم اشارات یا تعبیر اشتباه از اشارات بیمار و ناتوانی آن‌ها در برقراری ارتباط و بیان نیازهای خود، رنج و سختی بسیار زیادی را متحمل می‌شدند، به طوری که دچار احساساتی نظیر برآشفستگی و خشم، درماندگی و عجز، وحشت و نگرانی و تحمل شرایط مافوق تحمل می‌شدند.

وقتی که مثلاً پاهام رو می‌بستن، خیلی دلم می‌خواست بهشون بگم این کار رو نکنین. هی سعی می‌کردم حرف بزنم، ولی هیچ صوتی خارج نمی‌شد. خیلی عذاب می‌کشیدم از این که چرا نمی‌تونم مثلاً بگم بهشون بفهمونم که مثلاً من پاهام درد می‌کنه. بعد تا اینکه خودشون طبق روتین می‌اومدن هر دو ساعت تغییر پوزیشن می‌دادن. Pp1

یا در جایی دیگر می‌گوید:

حتی واسه دستشویی این‌ها هم خیلی وقت‌ها بعدش می‌فهمیدن که دیگه کثیف می‌شد و مثلاً می‌اومدن زیرم رو عوض می‌کردن. خیلی هم ناراحت می‌شدم. Pp1

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان نیز از درماندگی خود هنگام ناتوانی در فهماندن منظور خود به پرستاران این‌گونه می‌گوید:

بعد با حرکات با این (اشاره به پالس اکسی‌متری) می‌زدم به تخت، بعد پرستارا ناراحت می‌شدن. می‌گفتن زن به این. بعد می‌گفتم چی کار کنیم؟ با حرکات دست هم که نمی‌فهمیدن، نمی‌دونستیم چی کار کنیم. اصلاً یک چیزیه این لوله، یک چیز مسخره است. P3

مضمون ۴: تلاش برای برقراری ارتباط

این طبقه بیانگر تلاش‌های بیمارانی است که قادر به صحبت کردن نیستند و با سماجت تمام از هر راهی برای ابراز نیازهای خود استفاده می‌کنند. «ایماواشاره راهی برای

ابراز نیاز»، «لب‌خوانی، راهی برای ارتباط و ابراز نیاز» و درنهایت «نوشتن، راهی برای بیان درخواست» زیرطبقات این مضمون اصلی هستند که هر کدام بیانگر یکی از روش‌های مورد استفاده بیماران در برقراری ارتباط هستند.

۱-۴. ایماواشاره راهی برای برقراری ارتباط

یکی از راه‌های در دسترس بیماران برای برقراری ارتباط و بیان نیازهای خود، استفاده از اشاره است. بر اساس اظهارات مشارکت‌کنندگان، استفاده از اشارات دست، چشم، صورت، سر و در مواردی که پرستاران متوجه بیمار نبودند دست‌وبال‌زدن به‌عنوان ابراز بی‌قرارانه نیاز به کمک بیشترین کاربرد را در بیان نیازها و فهم آن به پرستاران داشته است. موارد زیر یافته‌های حاصل از مشاهدات و مصاحبه با بیماران در این رابطه است:

دستش را بلند کرد و با اشاره به پرستار فهماند که نیاز به ساکشن دارد. پرستار پرسید ساکشن؟ و او با اشاره سر تأیید کرد بله. بعد از چند لحظه پرستار برای ساکشن آمد. (مشاهده: بیمار ص ک: شیفت صبح روز ۱۳۹۴/۹/۱۸ ساعت ۱۲،۰۰ بخش آی‌سی‌یو جراحی)

با حرکات دست و اینا نشون می‌دادم می‌گفتم بیان. پرستارا رو اگر کار داشتم با حرکات دست می‌گفتم بیان. مثلاً با حرکات دهنم صحبت می‌کردم. مثلاً می‌خواستم بگم گرسنمه یا می‌خواستم بگم تشنمه، می‌گفتم بهشون که تشنمه یا گرسنمه. p3

۲-۴. لب‌خوانی، راهی برای ارتباط و ابراز نیاز

هنگامی که بیمار در زمینه لب‌خوانی تجربیاتی داشت یا توسط پرستاران آموزش دیده بود و همچنین خود پرستاران تکنیک لب‌خوانی و استفاده از آن را می‌دانست، استفاده از لب‌خوانی کمک شایانی به بیمار در ابراز نیاز و نیز برقراری ارتباط می‌کرد. مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه می‌گوید:

دستم نوشتم که حالم خیلی بد. به دکتر بگین بیاد. p8

بحث

با توجه به هدف این پژوهش مبنی بر کشف تجربیات بیماران هوشیار تحت تهویه مکانیکی از ناتوانی در صحبت کردن و نیز کشف اشارات غیرکلامی استفاده شده توسط آن‌ها برای ابزار نیاز، یافته‌ها نشان می‌دهد ناتوانی در صحبت کردن به هر دلیلی این بیماران را در شرایط سخت قرار می‌دهد که به تعبیری می‌توان آن را زجر بی‌زبانی نامید. همان‌طور که یافته‌ها نشان می‌دهد، ناتوانی در صحبت کردن به‌عنوان سردسته مشکلات بیماران در آی‌سی‌یو مطرح شده است؛ چراکه با توجه به شرایط بیش‌ازحد وابسته‌بودن بیمار بخش مراقبت‌های ویژه و نیاز به کمک‌گیری از دیگران برای انجام کوچک‌ترین و جزئی‌ترین کارها، توانایی برقراری ارتباط ضروری‌ترین نیاز است که این توانایی به علل مختلف مختل شده است. از طرفی بیمار دردمند آی‌سی‌یو نیاز مبرم به همدردی و درودل کردن با همراهیان دارد که ناتوانی در صحبت کردن این موقعیت را از بیمار سلب می‌کند.

یکی دیگر از نگرانی‌های اصلی بیماران، ناتوانی در رساندن اطلاعات صحیح به پزشک بود که به دلیل ناتوانی در صحبت کردن، قادر به این کار نبودند. ناتوانی در صحبت کردن از یک‌طرف و از طرفی دیگر بلوک همه کانال‌های ارتباطی از جمله کانال نوشتاری به دلیل ضعف دست‌ها و نبود امکانات نوشتاری مخصوص این بیماران و ناتوانی در کمک‌گیری از لب‌خوانی به دلیل ناآشنایی بیمار و بعضاً کارکنان با این تکنیک، مشارکت‌کنندگان را در وضعیت استیصال و درماندگی قرار می‌داد و به‌تبع آن احساساتی نظیر برآشفتگی و خشم، وحشت و نگرانی و تحمل شرایط بسیار سخت را در آن‌ها ایجاد می‌کرد.

نتایج مطالعات متعدد انجام‌شده در این زمینه نیز

شصت هفتاد درصد می‌تونستم از لحاظ نوع لب‌خوانی حالیشون کنم و خودم هم خیلی دقیق بهشون حالی می‌کردم. این‌قدر تلاش می‌کردم تا کلمه من رو بفهمن و اگر نمی‌فهمیدن بهشون اشاره می‌کردم. همون روزهای اول، شش هفت روز اول رو بهشون اشاره می‌کردم. p8
اظهارات دیگر مشارکت‌کننده:

آخر کاری یک‌جوری شده بود که مثل این کرولال‌ها لب‌خوانی قشنگ یاد گرفته بودم. من لب‌خوانی می‌کردم و طرف مقابلم تا حدودی مثلاً ۷۰ یا ۸۰ درصد منظورم رو متوجه می‌شد که چی می‌خوام. P10

۳-۴. نوشتن، راهی برای بیان درخواست

در مواردی که دست‌های بیمار توانایی کافی داشت و نیز ابزارهای لازم از جمله کاغذ و قلم یا وایت‌برد در اختیار بیمار قرار داشت، نوشتن بهترین راه برای بیان کامل منظور محسوب می‌شد؛ چراکه امکان تعبیر اشتباه نیز به حداقل می‌رسید. مشارکت‌کنندگان زیادی اشاره کردند که هر زمان می‌توانستند از نوشتن کمک بگیرند، این روش کمک مؤثری برای آن‌ها در برقراری ارتباط بود:

بیشترین چیزی که بود یک دفترچه یا کاغذی بود که می‌نوشتم. بعد مثلاً خودکار نمی‌نوشت یا برعکس بود، من دراز کشیده بودم، بعد به فکرم رسید، باز می‌گفتم برام مداد بیارین. مداد و پاک‌کن و مدادتراش جور کردم و بعد من فقط می‌نوشتم. از دست من عاصی شده بودن. می‌گفتن تو فقط می‌نویسی. هر کار داشتم می‌نوشتم و بعد برام خیلی مهم بود که مداد که داشتم یا دفترم از من دور می‌شد، من نگران می‌شدم. p7

قشنگ یادمه با اون حالم کف دستم، با اون دست لمسم بهشون گفتم خودکار بدین. چون دستگاه تو دهنم بود. بهشون گفتم خودکار بدین بنویسم، چون نمی‌تونستم حالیش کنم. بعد نوشته بودم که به دکتر بگید بیاد. کف

که به دلیل انتوباسیون اغلب قادر به ابراز خود به صورت کلامی نیستند)، حس بی‌کمکی به صورت تجربه فقدان معنی و بروز استرس نمایان می‌شود. مشارکت‌کنندگان مطالعه Engstorm نیز که بیماران تحت تهویه مکانیکی بودند که به دلیل ضعف و داشتن لوله تراشه قادر به صحبت نبودند، ابراز داشته‌اند که ناتوانی در فهماندن خود به دیگران منجر به احساس وحشت و ناامیدی می‌شود (۲۱).

همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که بیماران تحت تهویه مکانیکی که قادر به صحبت کردن نیستند تمامی راه‌های ممکن ارتباطی را برای ابراز نیازهای خود به کار می‌گیرند تا به هر صورت ممکن خود و نیازهایشان را بیان کنند. کانال‌های ارتباطی که مشارکت‌کنندگان این مطالعه عنوان کرده‌اند، اغلب استفاده از ایماواشاره (شامل استفاده از اشارات دست و صورت و دست‌وبال زدن)، استفاده از لب‌خوانی و تلاش برای فهماندن منظور خود از این طریق و نیز روش نوشتاری به هر طریق ممکن از جمله نوشتن بر کف دست بوده است.

مشارکت‌کنندگان مطالعه Engstorm نیز بیان کرده‌اند که آن‌ها نیز تمام تلاش خود را به کار می‌برده‌اند تا از هر روش ممکن برای ابراز خود استفاده کنند. آن‌ها سعی می‌کردند از طریق تقلیدکردن و نوشتن پیام صحبت کنند، ولی اغلب ناموفق بودند. همچنین تلاش می‌کردند از وسایل تکنیکی کمکی نظیر نوشتن روی تخته استفاده کنند، ولی به دلیل ضعف بازوها و لرزش دستانشان شکست می‌خوردند و نیز ابراز کردند که برایشان مشکل بوده است که از طریق حرکات دهان و شکلک درآوردن، حرف و نیاز خود را بیان کنند. ضربه‌زدن بر تخت با استفاده از انگشتی دستگاه پالس اکسی‌متری در زمان ابراز تشنگی یکی دیگر از راه‌های ابراز نیاز بود که مشارکت‌کنندگان این مطالعه عنوان کردند (۲۱).

در این مطالعه مشارکت‌کنندگان ابراز داشته‌اند که

تأییدکننده زجر و ناراحتی و نگرانی‌هایی است که بیماران تحت تهویه مکانیکی به دلیل ناتوانی در صحبت کردن متحمل می‌شوند. در مطالعه Patak و همکاران (۱۱) مشارکت‌کنندگان احساس ناامیدی زیادی را به علت ناتوانی در صحبت کردن و در نتیجه ناتوانی در ابراز نیازهایشان گزارش کرده‌اند. در این مطالعه میزان ناامیدی بیماران بعد از دادن یک تخته ارتباطی نیز بررسی شد و مشارکت‌کنندگان ابراز کردند که سطح ناامیدی آن‌ها به میزان قابل توجهی کاهش یافته است؛ چراکه این تخته به‌عنوان یک وسیله ارتباطی کمک زیادی به آن‌ها در بیان احساسات و نیازهایشان کرده است. در همین راستا نتایج مطالعه Magnus و Turkington نیز بیانگر این است که بیماران تحت تهویه مکانیکی هوشیار بخش مراقبت‌های ویژه که قادر به برقراری ارتباط نبوده‌اند، با بیان عباراتی نظیر «خسته‌کننده‌ترین چیز، وحشتناک، احساس بودن در زندان، ترس و ازدست‌دادن کنترل» احساس خود را بیان کرده‌اند. نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که بین درک پرستاران و بیماران از مشکلات ارتباطی هماهنگی و تطابق وجود ندارد (۵).

Leur و همکاران (۶) نیز ناتوانی در صحبت کردن را یکی از علل اصلی ناراحتی معرفی کرده‌اند که بیماران بخش مراقبت‌های ویژه گزارش داده‌اند. یافته‌های مطالعه Bartlett و همکاران (۱۰) نیز نشان داد بیماران بستری در بخش حاد که مشکلات ارتباطی داشتند، به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیمارانی که این مشکلات را نداشتند، عوارض جانبی قابل پیشگیری را تجربه کرده‌اند.

در مطالعه Fredriksena (۲۰) عنوان شده است از آنجا که کلمات موجب می‌شود فرد برای دیگران قابل دیدن شود و بدن نیز این‌گونه تطابق یافته است که خود را از طریق کلمات و واکنش‌ها ابراز کند، هنگامی که فرد قادر به بیان کلمات نباشد (نظیر بیماران بخش مراقبت‌های ویژه

بیماران توسط پرستاران و ناتوانی پرستاران با تکنیک‌هایی نظیر لب‌خوانی مشکل بیمار را مضاعف می‌کرده است، لذا برنامه‌ریزی برای آموزش روش‌های غیرکلامی ارتباط به پرستاران و آگاهی‌دادن به آنان در مورد اشارات رایج مورد استفاده بیماران و معنی این اشارات و نیز ایجاد تسهیلاتی برای به‌کارگیری از وسایل تکنیکی نظیر تخته ارتباط برای آسایش و کاهش رنج و ناراحتی بیماران بخش مراقبت‌های ویژه ضروری به نظر می‌رسد.

حمایت مالی

مقاله حاضر حاصل طرح پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد (کد طرح ۹۲۲۳۷۹) است و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

تمامی ملاحظات اخلاقی در این پژوهش لحاظ شد، به‌طوری‌که پژوهشگر بعد از انتخاب هر مشارکت‌کننده، با معرفی خود و ارائه توضیحاتی در زمینه هدف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از او، درباره لزوم ضبط مصاحبه‌ها و محفوظماندن صداهای ضبط‌شده به مشارکت‌کنندگان اطلاع داد و اجازه ضبط گرفت. همچنین این مطالعه بعد از گرفتن مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد.

تضاد منافع

نتایج مقاله حاضر هیچ‌گونه تعارض منافی با فرد یا سازمان خاصی ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از حمایت‌های معاونت محترم پژوهشی و

ناتوانی در برقراری ارتباط کلامی بسیار سخت است. ناتوانی در فهماندن و ابراز خود منجر به احساس ترس و ناامیدی می‌شود. آن‌ها به دلیل ضعف و داشتن لوله‌های داخل دهان و گلویشان قادر به صحبت نبودند. همچنین بیان داشته‌اند که چقدر خوب بود اگر قادر بودند که یک زبان علامتی را استفاده کنند. Happ نیز در مقاله خود بیان می‌کند که بیماران بخش‌های ویژه از اشارات فیزیولوژیک (نظیر ضربان قلب، فشار خون و عدم تطابق ونتیلاتور) و رفتارهای غیرکلامی (نظیر شکلک‌های صورت و حرکات چهره) برای بیان درد و ناراحتی استفاده می‌کنند. اشارات چشم، چنگ‌زدن بازوی پرستار، اشاره و اداواصول، رایج‌ترین اشارات غیرکلامی مبنی بر درد بیماران بودند (۲۲).

محدودیت این مطالعه این بود که اگرچه درصد زیادی از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه وقایع بخش مراقبت‌های ویژه را به یاد داشتند و قادر به بازگویی آن بودند، این بیماران به دلیل دریافت آرام‌بخش متهم به فراموشی وقایع هستند. محقق به‌منظور اعتباربخشیدن بیشتر به داده‌ها از تکنیک مشاهده بیماران بخش مراقبت‌های ویژه در زمان بستری در بخش و بودن تحت تهویه مکانیکی برای گردآوری داده‌ها و رفع این محدودیت کمک گرفت.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بیماران هوشیار بخش مراقبت‌های ویژه مشکلات ارتباطی بسیاری را حین بودن تحت تهویه مکانیکی متحمل می‌شوند. به‌طوری‌که قادر به ابراز نیازهای خود نیستند و این موضوع ترس و ناامیدی و آشفتگی را برای بیمار به همراه دارد. این بیماران با روش‌های مختلف تلاش می‌کردند نیازهای خود را ابراز کنند. مهم‌ترین این روش‌ها استفاده از ایماواشاره، ضربه‌زدن به تخت، لب‌خوانی و استفاده از نوشتن بوده است. از آنجاکه بر اساس بیان مشارکت‌کنندگان، عدم درک معنی اشارات

پژوهش که بدون همکاری آن‌ها انجام این پژوهش مقدور نبود و تمام کارکنان و مسئولان بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد اعلام می‌داریم.

کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد، به‌ویژه حمایت‌های مالی ایشان کمال تشکر را داریم. همچنین تشکر خود را از بیماران شرکت‌کننده در این

References

1. Alasad J, Ahmad M. Communication with critically ill patients. *J Adv Nurs*. 2005; 50(4):356-62.
2. Carruthersa H, Astinb F, Munro W. Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? A systematic review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017; 42:88-96.
3. Wojnicki-Johansson G. Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations. *Intensive Crit Care Nurs*. 2001; 17(1):29-39.
4. Carroll SM. Silent, slow lifeworld: the communication experience of nonvocal ventilated patients. *Qual Health Res*. 2007; 17(9):1165-77.
5. Magnus VS, Turkington L. Communication interaction in ICU-patient and staff experiences and perceptions. *Intensive Crit Care Nurs*. 2006; 22(3):167-180.
6. van de Leur JP, van der Schans CP, Loeff BG, Deelman BG, Geertzen JH, Zwaveling JH. Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Crit Care*. 2004; 8(6):R467-73.
7. Carroll SM. Nonvocal ventilated patients perceptions of being understood. *West J Nurs Res*. 2004; 26(1):85-112.
8. Hofhuis JG, Spronk PE, van Stel HF, Schrijvers AJ, Rommes JH, Bakker J. Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008; 24(5):300-13.
9. Finke EH, Light J, Kitko L. A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *J Clin Nurs*. 2008; 17(16):2102-15.
10. Bartlett G, Blais R, Tamblyn R, Clermont RJ, MacGibbon B. Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *CMAJ*. 2008; 178(12):1555-62.
11. Patak L, Gawlinski A, Fung NI, Doering L, Berg J, Henneman EA. Communication boards in critical care: patients' views. *Appl Nurs Res*. 2006; 19(4):182-90.
12. Happ MB, Roesch TK, Garrett K. Electronic voice-output communication aids for temporarily nonspeaking patients in a medical intensive care unit: a feasibility study. *Heart Lung*. 2004; 33(2):92-101.
13. Radtke JV, Baumann BM, Garrett KL, Happ MB. Listening to the voiceless patient: case reports in assisted communication in the intensive care unit. *J Palliat Med*. 2011; 14(6):791-5.
14. Strubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2011.
15. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
16. Mayring P. *Qualitative content analysis*. *Compan Qualit Res*. 2004; 1(2004):159-76.
17. 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.
18. Boswell C, Cannon S. *Introduction to nursing research (Incorporating evidence-based practice)*. Boston: Jones and Bartlett Publisher; 2011.
19. Wood GL, Harber J. *Nursing research (Methods & critical appraisal for evidence-based practice)*. New York: Mosby Elsevier; 2010.
20. Fredriksen ST, Ringsberg KC. Living the situation stress-experiences among intensive care patients. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007; 23(3):124-31.
21. Engström Å, Nyström N, Sundelin G, Rattray J. People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013; 29(2):88-95.
22. Happ MB. Interpretation of nonvocal behavior and the meaning of voicelessness in critical care. *Soc Sci Med*. 2000; 50(9):1247-55.

Original Article

Difficulty of Voicelessness and Expression of Needs in Conscious Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study

Abbas Heydari¹, Fatemeh Hajiabadi^{2*}, Zahra Sadat Manzari³

¹ Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 10 August 2020

Accepted: 03 September 2020

Abstract

Introduction: Conscious mechanically ventilated patients are not able to communicate due to the internal tubes and many other reasons which cause them to experience many difficulties. In this regard, the present study aimed to explore the experiences of conscious mechanically ventilated patients, such as speech impairment and discovery of nonverbal communication used by them for the expression of their needs.

Materials and Methods: This qualitative content analysis was conducted on 15 conscious mechanically ventilated patients admitted to the intensive care unit in Iran during 2016. The required data were collected through semi-structured interviews and observations and the subjects were selected using the purposive sampling method from patients with enough experience in this regard. Moreover, the collected data were analyzed using conventional qualitative content analysis methods.

Results: Based on the results of data analysis, four main themes were found in the deep descriptions of the participants. These themes were the inability to speak as the root of problems, inconvenient blockage of communication channels, unsuccessful nonverbal communication, and attempt for communication.

Conclusion: Conscious patients in the intensive care unit have many communication problems while undergoing mechanical ventilation. Therefore, they are not able to express their own needs and this leads to fear and disappointment in them. These patients use different methods, such as communicating via signs, tapping on the bed, lip reading, and writing to express their needs.

Keywords: Communication, Conscious patients, Content analysis, Intensive care unit, Mechanical ventilation
