

تجارب خانواده از مراقبت از بیمار با پیوند عروق کرونری: یک مطالعه کیفی

فاطمه پاشایی^۱، فریبا طالقانی^۲، خسرو توکل^۳، عبدالله رضایی^۴

چکیده

مقدمه: بیماری‌های قلبی عروقی یکی از عوامل شایع مرگ و میر در کشورهای پیشرفته دنیا می‌باشد و در کشور ما پس از تصادفات بیشترین علت مرگ و میر را به خود اختصاص داده است. بیماری‌های قلبی عروقی افزون بر مرگ و میر ممکن است پیامدهای فردی، خانوادگی، اجتماعی، و مالی زیادی به همراه داشته باشد، درمان جراحی بای پس عروق کرونری که یک مداخله حیاتی برای بیمار قلبی است، ممکن است در طی دوره بهبودی مسایلی را برای بیمار، مراقبت‌کنندگان خانگی و پرستاران به وجود آورد که در مطالعات کمتر به کسب تجربیات مراقبتی این خانواده‌ها پرداخته شده است. هدف این مطالعه نیز توصیف تجارب زنده مراقبین خانوادگی بیماران با پیوند عروق کرونری بود.

روش: این تحقیق یک طرح کیفی است که با روش فنومنولوژی انجام شده است. بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، با ۱۴ شرکت‌کننده (که از اعضای خانواده بیمار بوده و مسؤولیت اصلی مراقبت او را بر عهده داشتند) مصاحبه شد روش جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه سازمان نیمه سازمان یافته بود و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از مصاحبه‌ها از متد کلایزی استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های این مطالعه شامل پنج مفهوم اصلی که شامل: ۱- مواجهه با تنش ۲- فشار نقش ۳- مقاومت در برابر آسیب‌پذیری، ۴- عملکرد و ۵- نیاز بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه نشان داد که خانواده‌های بیماران با عوامل تنش‌زای زیادی در طول دوره مراقبتی خود مواجه شده که این عوامل باعث برانگیخته شدن واکنش‌های جسمی و روانی آنان شده و عدم ارضای نیازهای اطلاعاتی و حمایتی از جانب تیم مراقبتی مسأله را بدتر می‌کند. عواملی همچون ارائه اطلاعات مناسب، عقاید مذهبی و برآوردن نیازهای خانواده تأثیر مهمی بر مقاوم نمودن اعضای مراقب خانواده دارد علاوه بر این مسایل، لزوم گنجاندن ارتباط مناسب با بیماران و مراقبین خانوادگی آنان نیز حایز اهمیت زیادی در برنامه‌ریزی تیم مراقبتی دارد.

کلید واژه‌ها: خانواده بیمار، پیوند عروق کرونری، مراقبت غیررسمی، فنومنولوژی

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۸/۳

۱ - عضو هیأت علمی گروه پرستاری بهداشت جامعه دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: pashaii1385@yahoo.com

۲ - دکترای پرستاری و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری مامایی اصفهان

۳ - هیأت علمی گروه پرستاری بهداشت جامعه دانشکده پرستاری مامایی اصفهان

۴ - عضو هیأت علمی گروه پرستاری بهداشت جامعه دانشکده پرستاری مامایی اصفهان

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی یکی از عوامل شایع مرگ و میر در کشورهای پیشرفته دنیا می‌باشد و در کشور ما پس از تصادفات بیشترین علت مرگ و میر را به خود اختصاص داده است (۱). به طوری که طبق گزارش مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی، این بیماری‌ها به خصوص بیماری‌های عروق کرونر از سر دسته علل منتهی به مرگ و میر در مردان و زنان همه قومیت‌ها می‌باشد (۲). بیماری‌های عروق کرونر هر ساله سبب مرگ و میر، ناتوانی قابل توجه و کاهش بهره‌وری افراد در جوامع انسانی می‌شود و در رأس علل هزینه‌ساز در مراقبت‌های بهداشتی درمانی قرار دارد (۳) به طور کلی بین ۴ تا ۶٪ مردم هر کشور به بیماری‌های قلب و عروق مبتلا هستند و به طور مثال ۱۵ میلیون نفر در آمریکا مبتلا به این نوع بیماری هستند، در ایران البته به علت جوان‌تر بودن جمعیت نرخ شیوع این بیماری کمتر است و اگر نرخ ۳٪ را برای شیوع بیماری‌های قلبی در ایران در نظر بگیریم حدود دو میلیون نفر در ایران مبتلا به این بیماری وجود دارد. درمان جراحی از جمله بای‌پس عروق کرونری (Coronary artery bypass graft)، یک روش اساسی و حیاتی در درمان بیماری‌های عروق کرونری می‌باشد و در حال حاضر جزء یکی از رایج‌ترین اعمال جراحی قرار گرفته است (۴). جراحی بای‌پس عروق کرونری یک مداخله حیاتی برای بیمار قلبی است اما در طی دوره بهبودی ممکن است مسایلی را برای بیمار، مراقبت‌کنندگان خانگی و پرستاران به وجود آورد (۵).

به طور کلی وقتی یکی از اعضای خانواده بیمار می‌شود، تمام اعضا متأثر از بیماری عضو خانواده خود می‌شوند (۶). از جمله بیمارانی که ممکن است در کل نظام خانواده تغییرات و دگرگونی‌هایی را باعث و مسابلی را برای خانواده‌هایشان به وجود آورند؛ بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر در مراحل قبل و بعد از عمل می‌باشند، آنان ممکن است نیازهای منحصر به فرد داشته باشند و خدمات بهداشتی ممکن است برای پیش‌بینی نیازهای آنان به خصوص جهت حمایت خانواده‌ها و سایر مراقبین آن‌ها پیش‌بینی نشده باشد (۷). به همین دلیل ممکن است، طی دوره انتقال بیمار از بیمارستان و دوره نقاهت این بیماران در منزل، مشکلات زیادی گریبانگیر

خود بیماران و به خصوص خانواده‌های مراقبت‌کننده از آنان گردد (۸). Munden هم با اشاره به این نکته می‌نویسد: زمانی که پرستار نیازهای مراقبتی بیمار با جراحی قلب را تعیین می‌کند، نباید نیازهای خانواده او را نادیده بگیرد، به خصوص زمانی که خانواده خود مسؤلیت مراقبت از بیمارش را بر عهده دارد (۹). بیشتر مطالعات مربوط به جراحی پیوند عروق کرونری روی آمار و ارقام و مسایل این عمل متمرکز و کمتر به کیفیت زندگی و رضایت این بیماران و خانواده‌های آنان به عنوان مراقب پرداخته شده است (۱۰). این مساله، نیاز به مطالعه‌ای کیفی و عمیق در مورد تجربه عضو اصلی خانواده به‌منظور پی‌بردن به تجارب آن‌ها در زمینه مراقبت‌کنندگی دارد؛ به همین دلیل در این مطالعه، پدیدارشناسی به عنوان یکی از انواع پژوهش‌های کیفی مورد استفاده قرار گرفته است. این نوع از پژوهش‌ها با توجه به شرایط و نظرات مشارکت‌کنندگان قابل تغییرند. برای کشف تجربه زنده از پدیده‌هایی که به نحوی با تعاملات انسانی روبه‌رو هستند، پژوهش‌های کمی، انعطاف و عمق (لازم را ندارند و سایر روش‌های کیفی نیز در این قلمرو بی‌تمکین هستند. لذا مناسب‌ترین روش برای شناخت کنه و عمق تجربه و معنای پدیده‌ای پیچیده به نام مراقبت‌کنندگی از عضو بیمار، پدیدارشناسی است (۱۱).

با توجه به این مسأله و اهمیت نقش خانواده در امر مراقبت از بیماران تحت جراحی بای‌پس عروق کرونری در مراحل قبل و بعد از عمل و به منظور درک عمیق و توصیف تجارب این خانواده‌ها در مراقبت از بیمار از زبان خود آن‌ها، انجام مطالعه‌ای کیفی با روش فنومنولوژیک را مسجل می‌سازد. هدف از این پژوهش، کشف و توصیف تجارب زنده مراقبین خانوادگی بیماران با پیوند عروق کرونری و درک عمیق تجربه مستقیم آنان بود.

روش مطالعه

این مطالعه با متد کیفی و از نوع پدیده‌شناسی (Phenomenology) به منظور درک تجربه مراقبین خانوادگی بیماران با پیوند عروق کرونری بیمارستان‌های چمران اصفهان و مرکز قلب تهران از بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌باشند، انجام شد. این نوع از پژوهش‌ها با توجه به شرایط و با نظرات مشارکت‌کنندگان

قابل تغییرند. برای کشف (Exploration) تجربه زنده (Lived experience) از پدیده‌هایی که به نحوی با تعاملات انسانی روبه‌رو هستند، پژوهش‌های کمی، انعطاف و عمق (deepness) لازم را ندارند، و سایر روش‌های کیفی، نیز در این قلمرو بی‌تمکین‌اند، لذا، مناسب‌ترین روش برای شناخت کنه و عمیق تجربه و معنای یک پدیده پیچیده؛ پدیدارشناسی می‌باشد (۱۲).

پایگاه اطلاعاتی در این مطالعه، اعضای درجه یک خانواده بیماران با پیوند عروق کرونری که مسؤلیت اصلی مراقبت از بیمار را بر عهده دارند. محیط اطلاعاتی در این مطالعه شامل درمانگاه جراحی قلب و بازتوانی قلب بیمارستان چمران اصفهان و مرکز قلب تهران و همچنین منزل مراقبین مذکور بود.

معیارهای ورود به مطالعه شامل اعضای از خانواده درجه اول بیمار با پیوند عروق کرونری که مسؤول اصلی مراقبت از بیمار بوده و تا یک سال بعد از جراحی بیمارشان در مصاحبه با پژوهشگر شرکت نمودند. معیارهای خروج از مطالعه نیز داشتن مشکلات گفتاری و شنوایی در مصاحبه شونده یا عدم علاقه او به شرکت در پژوهش بود. در مطالعه حاضر روش نمونه‌گیری، مبتنی بر هدف (Purposeful Sampling) بود. لازم به ذکر است که در پژوهش‌های کیفی پیش و بیش از تعداد نمونه‌ها، منابع غنی از اطلاعات حایز اهمیت است (۱۱). در این پژوهش محقق به وسیله مصاحبه با ۱۴ شرکت‌کننده (۱۲ زن و ۲ مرد) به اشباع اطلاعاتی رسیده است. بدین‌وسیله مصاحبه‌های عمیق و نیمه سازمان یافته (In-depth & semistructured interview) ابزار جمع‌آوری اطلاعات بود. متوسط زمان مصاحبه‌ها ۴۰-۶۰ دقیقه بود. تمام مصاحبه‌ها به طور کامل بر روی نوار کاست ضبط و به کلیه شرکت‌کنندگان بر اساس ترتیب زمانی انجام مصاحبه‌ها کد داده شد، هر مصاحبه به طریق زیر تجزیه و تحلیل و سپس مصاحبه بعدی انجام می‌شد (۱۳).

روند تعیین صحت و اعتبار در تحقیقات کیفی متفاوت از کمی می‌باشد (۱۴). مؤثق بودن (Truthworthiness) جهت استحکام و کفایت روش تحقیق تعریف شده است. در این پژوهش نیز سعی شده از چهار معیار «مؤثق بودن» تحقیقات کیفی یعنی قابلیت اعتبار (Credibility)، قابلیت اعتماد (Dependability)، قابلیت استناد (Transferability) و قابلیت تعمیم (Generalizability) استفاده شود (۱۵).

(Confirmability) و قابلیت انتقال (Trasforability) استفاده شود. جهت تضمین قابلیت اعتبار که عبارتست از میزان صحت یافته‌ها، گابا و لینکن تکنیک‌های مختلفی را برای ارتقای و مستند نمودن اعتبار داده‌های کیفی به کار برده‌اند که یکی از آن‌ها شرکت طولانی مدت و مشاهده مصراانه است، جهت نایل شدن به این مهم، محقق زمان زیادی برای جمع‌آوری داده‌ها اختصاص داد و در درمانگاه پیگیری و منزل مراقبین به مصاحبه و گاهاً چندین مصاحبه متعدد از یک شرکت‌کننده و در صورت مواجهه با نکات مبهم در هنگام تجزیه و تحلیل داده‌ها مجدداً اقدام به مصاحبه تلفنی برای روشن نمودن این ابهام نمود. همچنین برای ارتقای اعتبار، محقق از همکار متخصص کیفی برای نتیجه‌گیری آنچه حقیقت است، استفاده نمود و نیز شرکت‌کنندگان مطالعه را نیز از طریق انجام مصاحبه عمیق با آنان و همچنین ارایه بازخورد لازم به آنان برای کشف جنبه‌های مختلف حقیقت، دخالت داد (۱۲). محقق پس از تجزیه و تحلیل هر مصاحبه مجدداً به شرکت‌کنندگان مراجعه و صحت مطالب را تأیید و تغییرات لازم را اعمال نمود (۱۵). به منظور تعیین قابلیت تصدیق، محقق سعی نموده است که پیش‌فرض‌های خود را تا حد امکان در روند جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها دخالت ندهد. جهت دستیابی به قابلیت اطمینان که عبارتست از کفایت روند تجزیه و تحلیل داده‌ها و فرآیندهای تصمیم‌گیری، محقق از راهنمایی و نظارت اساتید صاحب‌نظر استفاده نموده است. به منظور افزایش قابلیت انتقال یافته‌ها به موقعیت‌ها و گروه‌های مشابه (۱۴)، از شرکت‌کنندگان در دو شهر متفاوت (تهران و اصفهان) استفاده نموده است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها در این مطالعه روش تجزیه و تحلیل ۷ مرحله‌ای کلایزی بود که شامل مراحل زیر است: برای تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه از روش هفت مرحله‌ای کلایزی استفاده شد. گام‌های زیر این روش تحلیل داده‌ها را شرح می‌دهند:

توصیفات همه شرکت‌کنندگان به منظور هم احساس شدن با آن‌ها خوانده می‌شود.

به هر کدام از پروتوکل‌ها رجوع می‌شود و عبارات مهم استخراج می‌شود.

معنی یا مفهوم هر عبارت مهم که تحت عنوان مفاهیم تنظیم شده مطرح است توسط محقق شکل می‌گیرد.

مفاهیم تنظیم شده درون دسته‌های موضوعی سازمان‌دهی می‌شود.

۱ - دسته‌های موضوعی به پروتکل‌های اصلی برای اعتباربخشی ارجاع داده می‌شود.

۲ - در این زمان اختلافاتی ممکن است میان دسته‌های موضوعی مورد توجه قرار گیرد. محققین باید وسوسه نادیده گرفتن اطلاعات یا موضوعات نامناسب را از سر باز کنند.

۳ - یافته‌ها به درون یک توصیف جامع از پدیده مورد نظر تلفیق می‌شود.

۴ - توصیف جامع از پدیده مورد تحقیق به شکل یک بیانیه صریح و روشن تنظیم می‌شود.

۵ - در مرحله آخر نتایج به شرکت‌کنندگان بازگردانده می‌شود و در مورد یافته‌ها از آن‌ها سؤال پرسیده می‌شود (۱۲).

ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل کسب رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش و ضبط مصاحبه آنان، عدم درج نام مصاحبه‌شوندگان در روی نوارها و متون پیاده شده، رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات، حفظ حق کناره‌گیری در هر مرحله از پژوهش بود.

یافته‌ها

در مجموع با ۱۴ شرکت‌کننده که از اعضای خانواده بیمار بوده و مراقبت اصلی از بیمار را بر عهده داشتند و دامنه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش ۶۵-۱۹ سال بود، این مطالعه دنبال شد. ۹۰٪ شرکت‌کنندگان زن بودند که شامل ۸ همسر، ۴ فرزند دختر، ۲ فرزند پسر بودند.

در مرحله اول مصاحبه‌های پیاده شده بر روی کاغذ چندین بار خوانده شد برای این که بینش کافی نسبت به مصاحبه ایجاد شود. در مرحله دوم، عبارات مهم و مرتبط با مطالعه از درون هر مصاحبه تعیین شد برای نمونه، بخشی از صحبت‌ها و توضیحات شرکت‌کنندگان آورده شده و استخراج عبارت مهم آن نشان داده شد.

شرکت‌کننده شماره ۱:

«واقعاً سخت بود، خودم مریض شده بودم، همش پرستاری اونو می‌کردم، همین این که پذیرایی مهمونارو، مواظب خونه زندگی بودن، خلاصه همه چی با هم»

شرکت‌کننده شماره ۲:

«وقتی پشت در اتاق عمل بودم، تمام بدنم می‌لرزید، خیلی اضطراب داشتم و دندونام رو هم می‌خورد.»

این بیانات مهم که زیر آن‌ها خط کشیده شده، داده‌های خام مطالعه هستند که توسط پژوهشگر معنادار شدند و در مرحله سوم برای هر کدام از این عبارات، مفهوم خاصی از سوی پژوهشگر تعیین شد.

در مورد شرکت‌کننده شماره ۱: عبارت زیر خطدار «واقعاً سخت بود، خودم مریض شده بودم، همش پرستاری اونو می‌کردم» به شکل مفهوم تنظیم شده «طاقت‌فرسا بودن مراقبت دایمی از بیمار (شماره ۴) درآمده است.»

یا در شرکت‌کننده شماره ۳، عبارت مهمی که با خط مشخص شده است به شکل «وجود اضطراب در موقع عمل جراحی بیمار»، که بدین صورت ۱۱۹ کد یا مفهوم (که به علت صرفه‌جویی در فضا و زمان آوردن ۱۱۹ کد اجتناب شده)، استخراج شد.

مطابق با گام چهارم از گام‌های تجزیه و تحلیل کلایزی دسته‌های موضوعی مختلف در ادغام شده و دسته‌های بزرگ‌تری را شکل دادند که به مفاهیم اصلی حاصل از تجزیه و تحلیل اطلاعات نزدیک‌تر بودند.

ساب‌تم‌ها در هم ادغام و تم‌های اصلی مطالعه را مطابق جدول تشکیل دادند، بدین ترتیب که تم‌های اصلی استخراج شده از تجارب شرکت‌کنندگان شامل پنج مفهوم اصلی شامل، مواجهه با تنش، فشار نقش، مقاومت در برابر آسیب‌پذیری، عملکرد، نیاز بود.

در مرحله پنجم کلایزی علاوه بر ارایه توصیفات شرکت‌کنندگان و استخراج جملات مهم و دسته‌بندی مطالب، کلیه عقاید و مفاهیم استخراج شده را به صورت یک توصیف جامع و کامل که دربرگیرنده همه جزئیات مورد نظر از مفهوم تحت مطالعه بوده را به صورت زیر تنظیم نموده است (۱۶).

۱ - مواجهه با تنش

یکی از تم‌های استحصال شده از توصیفات شرکت‌کنندگان پژوهش مواجهه با تنش بود یافته‌ها حاکی از آن بود که مراقبین به طروق مختلف نسبت به عمل جراحی قلب عضو خانواده‌شان واکنش نشان می‌دادند که این پاسخ‌های آنان به زیر دسته‌هایی چون پاسخ جسمی، روانی و یا سازش غیر مؤثر بود.

۱-۱- واکنش روانی

عمل جراحی بای پس عروق کرونری باعث برانگیخته شدن روحی- روانی بعضی از مراقبین شده بود، به طوری که یکی از شرکت کنندگان در این مورد اظهار کرد:

«وقتی پشت در اتاق عمل بودم، تمام بدنم می لرزید، خیلی اضطراب داشتم و دندونام رو هم می خورد». شرکت کننده شماره ۳

«از شب قبل از عمل به قدری اضطراب داشتم که تا چند روز اصلاً خوابم نمی برد».

شرکت کنندگان در این مطالعه به طروق متفاوتی همچون اضطراب، بی قراری نسبت به شرایط تهدیدآمیز زندگی عضو خانواده شان واکنش نشان دادند. شرکت کننده شماره ۵

۱-۲- واکنش جسمی

عده ای از خانواده ها نیز، هنگام مراقبت از بیمار خود و بیمارستان و به خصوص در منزل، دچار عوارض جسمی ناشی از سنگینی و تنش زا بودن امر مراقبت شده بودند:

«من توی این چند ماهه که دایم در بیمارستان و خونه مواظب مادرم بودم، ۱۵ کیلو وزن کم کردم». شرکت کننده شماره ۵

«توی این مدت که مراقب مادرم بودم، به قدری خسته و کوفته شدم که انگار تمام استخوان های بدنم خرد شده، بازو هام هنوز درد می کنه». شرکت کننده شماره ۲

۱-۳- سازش غیر مؤثر

یکی دیگر از راه های مواجهه مراقبین با تنش نیز استفاده از مکانیسم های غیرمؤثر همچون تحریف واقعیت، پناه بردن به عالم رویا بود. که یکی از اظهارات مراقبان در این مورد این چنین است:

«از شدت ناراحتی رفتم تو نماز خونه، یه خورده گریه کردم، خیلی اعصابم خرد بود، هر کسی چیزی می گفت ولی اصلاً گوش نکردم، انگار توی این عالم نبودم به خواب پناه بردم» شرکت کننده شماره ۱

«اصلاً نمی خواستم قبول کنم که بابام عمل قلب شده». شرکت کننده شماره ۱۰

۲- فشار نقش

یافته ها حاکی از آن بود که پذیرفتن نقش مراقب با پیچیدگی های خاص، جابه جایی و تغییر در

مسئولیت های قبلی و سنگین شدن نقش ها و مسئولیت های جدید، همراه بود.

۱-۲- رویارویی با پیچیدگی های مراقبتی

یکی از زیر مفهوم های به دست آمده از تجارب شرکت کنندگان در این مطالعه رویارویی با پیچیدگی های خاص مراقبتی بود، مراقب های خانوادگی شرکت کننده به تنها بودن در ارایه مراقبت، تحمل رنج و سنگینی این مسئولیت پراسترس اشاره کردند، این موضوع بر سلامت جسمانی و روانی مراقب هم تأثیر گذار بود:

«واقعاً سخت بود، خودم مریض شده بودم، همش پرستاری اونو می کردم، همین این که پذیرایی مهمونارو، مواظب خونه زندگی بودن، خلاصه همه چی با هم». شرکت کننده شماره ۴

«چهل روز رو تخت خوابید، زیرو روشو جمع کردم، بهش روحیه دادم، بیمارستان هم می آوردمش پیش دکترش، به رو خودمم نمی آوردم تا نکنه بگه خانمم خسته شده و بهش بر بخوره». شرکت کننده شماره ۷

«همش از کارم مرخصی می گرفتمو و پیشش بوده و بهش می رسیدم». شرکت کننده شماره ۸

۲-۲- تحول در نقش ها و مسئولیت های خانوادگی از دیدگاه خانواده های مراقب، هنگام برعهده گرفتن، مسئولیت مراقبتی در کنار نقش های دیگر خانوادگی، تحول در نقش ها و مسئولیت های قبلی ایجاد شده بود:

«فکر خونه رو داشتم، فکر این که می رم خونه چکار کنم، خونه زندگی در چه وضعی هست، بچه ها چیکار می کنند؟ فکر غذاشون و کارهای دیگر». شرکت کننده شماره ۹

«اصلاً تو این مدت فکر خونه زندگی و شوهرم نبودم، همه چیو ول کردم و از مامانم مراقبت می کردم و اونجا بودم». شرکت کننده شماره ۳

مسئولیت های متعدد همراه با برعهده گرفتن نقش مراقبتی و همچنین تنهایی و سنگینی نقش مراقبتی، پیامدهایی بود که به دنبال برعهده گرفتن نقش مراقبتی در خانواده ایجاد شده بود.

۳- مقاومت در برابر آسیب پذیری

یکی از مفاهیم اصلی دیگر که از تجربیات مطالعه حاضر به دست آمد، مقاومت در برابر آسیب پذیری بود. از

جسمی و روحی - روانی بود. مراقبین در تمامی امور مربوط به بیمار و مراقبت از او به او کمک می‌کردند.

۱-۴- مراقبت جسمی

شرکت‌کنندگان در پژوهش فعلی نیز در مراقبت از بیمار خود شرکت نموده و سهیم بوده‌اند. به طوری که مراقبین، پانسمان زخم‌های بیمار، دادن داروها با دوز صحیح و سایر مراقبت‌ها را تجربه کردند:

«مادرمو تشویق می‌کردم تو اون دستکش مخصوص فوت کنی». شرکت‌کننده شماره ۵

«تو پانسمان زخم‌هاش کمک می‌کردم».

شرکت‌کننده شماره ۸

«دستشو روزی اول بعد از عمل می‌گرفتمو و

همش راه می‌بردم». شرکت‌کننده شماره ۹

۲-۴- مراقبت روانی

در موقع بستری شدن یک بیمار در بیمارستان و انتظار عمل جراحی قلب باز و بالاخره دوره پس از عمل برای بیمار بسیار استرس‌زا می‌شود. مراقبین، مراقبت روحی - روانی از بیمار را نیز علاوه بر مراقبت جسمی تجربه کردند:

«دست مریضمو می‌گرفتم و می‌بردم اونهایی که عمل پیوند عروق شده بودند و الان خوب بودن و بهش نشون می‌دادم». شرکت‌کننده شماره ۳

«فقط کارم شده بود روحیه دادن به مریضم».

شرکت‌کننده شماره ۴

۵- نیاز

مراقبین برای انجام مراقبت جامع و کامل از بیمار نیازمند برآوردن نیازهای خود به عنوان مراقب بودند. یکی از مواردی که در کاهش اضطراب مراقبان نقش مهمی داشت، نیاز به اطلاعات و حمایت بود.

۱-۵- نیاز به آگاهی

داشتن آگاهی در کاهش اضطراب مراقبان نقش مهمی داشت، این نیاز به همواره در مراقبان در مورد بیماری عضو خانواده خود، بیماری، جراحی و مراقبت از بیمارشان به خصوص در فاز بهبودی در منزل وجود داشت:

«اگه بهمون آگاهی کافی می‌دادن بهتر می‌تونستم از عهده مراقبت از مریضم بر بیام» شرکت‌کننده شماره ۱۱ آنچه از تجارب مراقبین برآمد این است که دادن اطلاعات و آگاهی به خانواده نقش مؤثری در کاهش

مهم‌ترین عوامل آرامش‌بخش خانواده‌ها در مقابل تنش، اعتقادات مذهبی بود و حمایت افراد مهم زندگی بود.

۱-۳- اعتقادات مذهبی

مراقبین با وجود شرایط سخت و استرس‌زای متعدد در رابطه با بیماری عضو مورد علاقه خود و مشکلات ناشی از آن، نیروی برتر و مافوق بشری را عامل آرامش روحی و روانی خود معرفی کردند:

«پشت در اتاق عمل که بودیم، فقط کارمون دعا بود و گریه، فقط همین بهمون آرامش می‌داد».

شرکت‌کننده شماره ۲

«وقتی فهمیدم روز عمل شوهرم مصادف با تولد

حضرت علیست خیلی خوشحال و از ایشان خواستم شوهرمو به من بر گردونه». شرکت‌کننده شماره ۴

«تو این مدت نذر و نیاز زیاد کردم، صلوات می‌دادم،

اینا فقط بهم آرامش می‌داد». شرکت‌کننده شماره ۶

۲-۳- حمایت توسط اشخاص مهم زندگی

یکی دیگر از زیرمفهوم‌های استخراج شده از توصیفات شرکت‌کنندگان حاضر در مطالعه، حمایت توسط اشخاص مهم زندگی بود:

«همه اقوام و نزدیکان هر روز به دیدن ما می‌آیند و می‌گویند بابات خوب می‌شه که این به من خیلی آرامش می‌ده».

همراهان در توصیف‌هایشان به حمایت نزدیکان و اعضای خانواده‌شان به عنوان عاملی آرامش‌بخش برای خود یاد کردند.

خانواده‌های شرکت‌کننده، وقتی از سوی نزدیکان و افراد مهم در زندگی خود، حمایت لازم را دریافت می‌کردند، احساس آرامش می‌نمودند و عده‌ای دیگر از مراقبین تلاش می‌کردند تا موقعیت خود را پذیرفته و از موقعیت حاضر خود احساس رضایتمندی می‌کردند، به طوری که یکی از مراقبین در توصیفات خود بیان کرد:

«مراقبت با همه سختی‌هایش برام نتایج خوبی

داشت، مهم این که با هر موقعیتی آدم بتونه کنار بیاد»

بیماری یا بهتر بگوییم جراحی، باعث ایجاد تغییرات عمده‌ای در زندگی مراقبان شده بود ولی آنان سعی داشتند با موقعیت حاضر سازگار شوند.

۴- عملکرد

از مفاهیم استخراج شده از تجارب شرکت‌کنندگان پژوهش، عملکرد مراقبین خانگی در دو حیطه حمایت

به حمایت و همفکری از جانب سایر نزدیکان سایر نزدیکان، دوستان و تیم درمانی جهت کنار آمدن با مشکلات مراقبتی و کاهش تنش‌های مراقبتی و افزایش توانمندی خود نیاز داشتند:

«اگه بقیه اعضای خانوادمون همفکری و همیاری می‌کردند خیلی بیشتر انرژی می‌گرفتم» شرکت‌کننده شماره ۱۲

«هیچ‌کدام آن طوری که من مواظب مادرم بودم (خواهر و برادرم می‌گم)، مواظب مادرم نبودند» شرکت‌کننده شماره ۱۱

برآورده شدن این نیاز در مراقبین خانوادگی بیماران با پیوند عروق کرونری باعث افزایش کارایی و توان مراقبتی در آنان شده بود.

استرس خانواده داشته و باعث کارایی بیشتر مراقبین در حمایت از بیمارشان می‌شد.

«اگه بقیه اعضای خانواده مون همفکری و همکاری بیشتری داشتند، خیلی بیشتر انرژی می‌گرفتم» شرکت‌کننده شماره ۱۳

آن از نیاز به اخذ اطلاعات به صورت شفاهی، کتابچه و پمفلت نیز صحبت کردند.

«اگه پرسنل بمون موقع ترخیص دفترچه اطلاعاتی می‌دادند خیلی در مراقبت به ما کمک می‌کرد» شرکت‌کننده شماره ۱۴

۲-۵- نیاز به حمایت

یکی از زیر مفهومی‌های استخراج شده از تجارب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش نیاز حمایتی بود. آن‌ها

کدهای استخراجی (مفاهیم تنظیم شده)	ساب‌تم‌ها	تم‌ها
۶ کد استخراج شد	سازگاری غیر مؤثر	مواجهه باتنش
۱۲ کد استخراج شد	اثرات جسمی	
۱۳ کد استخراج شد	اثرات روانی	
۱۵ کد استخراج شد	رویارویی با پیچیدگی‌های مراقبتی	فشار نقش
	تحول نقش‌های خانوادگی	
۱۴ کد استخراج شد	اعتقادات مذهبی	مقاومت در برابر آسیب‌پذیری
۱۰ کد استخراج شد	حمایت افراد مهم زندگی	
۱۱ کد استخراج شد	حمایت جسمی	عملکرد
۱۰ کد استخراج شد	حمایت روحی روانی	
۱۲ کد استخراج شد	نیاز به حمایت	نیاز
۱۶ کد استخراج شد	نیاز به آگاهی	

می‌گردد که این یافته‌ها با مطالعه گانسک (۲۰۰۶) و کاترین (۲۰۰۴) نیز مطابقت دارد (۱۷).

هارتسهون ۱۳۷۹ در این مورد می‌نویسد: این مسایل تأییدکننده این است که شناسایی نیازهای خانواده و تلاش در جهت برآوردن آن‌ها مورد توجه قرار نگرفته و به همین علت افزایش نگرانی و استرس را در خانواده موجب گردیده است زیرا اکثر خانواده‌ها اظهار داشتند که نیازهای شخصی و دسترسی به امکانات حمایتی از جمله نیازهای مهم این دوره بوده است (۱۸).

مراقبت از بیماران و روبه‌رو شدن با مسایل متعدد مراقبتی در مراقبت‌کنندگان خانوادگی با پیوند عروق کرونر باعث ایجاد واکنش‌های جسمی و روانی در آنان شده که می‌توان به مسایلی چون سردرد، شوک، اختلال خواب و خستگی اشاره نمود. به طوری که این مسأله در بسیاری

بحث

بیشترین مسایلی که خانواده‌های شرکت‌کننده در این پژوهش آن را تجربه کردند، تنش و استرس ناشی از مواجهه با مسایل و جنبه‌های مختلف مراقبت‌کنندگی، فشار نقش، کمک به بیمار، یاری گرفتن از باورها و اعتقادات مذهبی برای کاهش تنش و آسیب‌پذیری خود و نیاز اطلاعاتی و حمایتی بود.

تنش‌زاهای مراقبتی چون تجربه ذهنی ناخوشایند قبلی، ترس از پیامدها، شرایط تهدیدآمیز و عوامل موقعیتی نامناسب از تنش‌زاهای این خانواده‌ها بودند.

بیماری عضوی خانواده می‌تواند روی زندگی کل خانواده تأثیرگذار باشد. جراحی قلب می‌تواند سبب نگرانی بیمار و خانواده او بشود، خصوصاً این که کمبود اطلاعات در این مورد و حمایت ناکافی نیز باعث تشدید این مسأله

وقایع قلبی، عامل عدم گسیختگی خانواده و جلوگیری از تأثیرات منفی ناشی از آن است (۲۴). نیاز به اطلاعات هم که از جمله نیازهای مهم اعضای مراقب خانواده بود که نیاز توسط پرسنل به طور کامل تأمین نشده بود.

در مطالعه انجام شده توسط Holroyd و همکاران (۲۰۰۱) مراقبین اهمیت آموزش توسط پرستاران را مهم ذکر کرده و بیان نمودند نه تنها این مسأله بر سلامت شخص مراقب بلکه بر سلامت کل خانواده تأثیرگذار است (۲۵). یکی از ابعاد کمک کننده به خانواده در این میان برای مقاومت در برابر تنش های مراقبتی و عواقب حاصله از آن، اعتقادات مذهبی بود.

همان طور که Kemp ۱۹۹۹ نیز در این چنین می نویسد با این که مفهوم خدا در هر جایی متفاوت است ولی او قدرتی ازلی و بی پایان است که در دسترس همه انسان هاست. این ویژگی اساسی خداوند را که برتر از انسان بوده و ماورای ترس، رنج و نقایص بشری است مایه آرامش انسان ها قرار داده است (۲۶). مراسم مذهبی همچون نماز خواندن، عبادت کردن، حاضر شدن در اماکن مذهبی و خواندن دعا و نیایش های مذهبی جملگی، تحمل اعضای خانواده را بیشتر نموده و سبب مقابله بهتر و مؤثرتر آن ها در مقابله با استرس و تنش به وجود آمده، می گردد (۲۷). البته قدرتمندسازی به وسیله اعتقادات مذهبی در سایر مطالعات همچون مطالعه سلطانی (۱۳۸۴) در رابطه با تجارب خانواده های بیمارانی بستری در آی سی یو و خادمی (۱۳۸۱) با عنوان تجارب همراهان بیمارانی سالمند که با متد کیفی پدیدارشناسانه انجام شده هم مطابقت دارد ولی در مطالعات خارج از ایران یافته ها نشان می دهد که مراقبین از منابع حمایت کننده دیگری نیز همچون حمایت افراد مهم زندگی بهره مند می شوند.

بهره گیری از حمایت توسط اشخاص مهم توسط شرکت کنندگان پژوهش حاضر نیز بیان شده است. Harkrider در این مورد چنین می نویسد: برآوردن نیازهای فرد بیمار توسط مراقب باعث ایجاد استرس روانی در شخص مراقب می شود که در صورت حمایت توسط سایر اعضای خانواده، استرس آنان به میزان قابل توجهی کاهش می یابد (۲۸). یک بعد از عملکرد خانواده های شرکت کننده در خصوص کمک به بیمار پس از جراحی، مراقبت جسمی از بیمار بود. در مطالعه انجام شده توسط Warrington و همکاران یافته های مطالعه نشان داد

مطالعات دیگر از جمله مطالعه Kurki و همکاران ۱۹۹۹ نشان داده شد که ۲۴٪ از اعضای خانواده پس از بستری شدن یکی از اعضای خود دچار علایم جسمی نظیر سردرد، افزایش فشارخون، درد معده، بی اشتها، ضعف و خستگی شدند (۱۹). البته عده ای از شرکت کنندگان در پژوهش نیز علایم عاطفی و روانی دیگری همچون شوک، افسردگی و استرس عصبی را تجربه نمودند. مطالعه دیگری توسط Albarran ۲۰۰۰ نشان داد که همسران بیماران تحت جراحی قلب به خصوص پس از عمل همسرانشان دچار افسردگی شدند (۲۰). همچنین مراقبت از بیمار با پیوند با عروق کرونری، عواقب و پیامدهای اجتماعی، خانوادگی و شخصی زیادی برای مراقبین به همراه دارد که آنان را علاوه بر مسؤلیت مراقبت از بیمار درگیر مسایل متعدد خانوادگی و شغلی دیگر نیز می کند، حال زمانی که این استرس مراقبتی و تحمل فشار نقشی همراه با کمبود ارتباط تیم درمانی و پرستاران، عدم حمایت کافی نیازهای اطلاعاتی و حمایتی بیمار و خانواده او باشد، این مسأله باعث افزایش آسیب پذیری خانواده خواهد شد، به طوری که این یافته ها با مطالعه Perry و همکاران ۲۰۰۵ هم تأیید شد. در مطالعه آنان خلوت، آزادی، کار و سایر فعالیت های مراقبین به علت مراقبت از بیمارشان تا حد زیادی سلب شده و آنان به علت مشقت و سختی مراقبت تنش زیادی را متحمل شدند (۲۱). همچنین آنان مجبور به پذیرفتن نقش های متعددی از جمله مراقبت از بیمار و سایر نقش ها شدند که آنان را در معرض نقش مراقبت کنندگی قرار داده است. Kurki و همکاران ۱۹۹۹ نیز تغییرات در زندگی بقیه اعضای خانواده را به هنگام بستری شدن یک عضو خانواده گزارش نمودند (۲۲) در این مطالعه مراقبین سیستم رسمی مراقبت را عامل کلیدی در حمایت و کاهش ترس از تنهایی خود می دانستند و همه آنان نیاز به برنامه جامعی جهت آگاهی مراقبتی خود را پیشنهاد می نمودند همان طور که در مطالعه Shyn ۲۰۰۰ گزارش شد که مراقبین غیر رسمی در بیمارستان احساس می کنند به تنهایی با مسؤلیت مراقبت از بیمارها شده اند و این درگیری بیش از حد در مراقبت باعث نارضایتی آغاز و خود بیمارانی از مراقبت شود که این مسأله می تواند به علت عدم حمایت آنان توسط سایرین باشد (۲۳). Webster نیز در یافته های مطالعه خود، بیان می دارد حمایت قوی خانوادگی از مراقبین بیماران در مراحل بهبودی پس از

استخراج شده از این مطالعه را به صورت یک ساختار واقعی و ضروری خلاصه نموده است. در مطالعه حاضر که در جستجوی کشف و توصیف تجارب مراقبین خانوادگی بیماران با پیوند عروق کرونری بود، یافته‌ها حکایت از آن دارند که خانواده بیمار به عنوان یک سیستم غیر رسمی تکمیلی بسیار مهم در امر مراقبت از بیماران در طی تمام مراحل جراحی قلب باز و به خصوص پس از ترخیص محسوب می‌شود و مراقبت از بیمار با پیوند عروق کرونری تجربه‌ای استرس‌زا، خسته‌کننده و آسیب رساننده می‌باشد و باعث فشار، تضاد نقش و اختلال عملکردی سایر ابعاد زندگی مراقب می‌شود، باید احساسات و نیازهای مراقبین بیماران با جراحی پیوند عروق کرونری را درک و با انجام برنامه‌ریزی و مداخله مناسب از قبیل تشکیل کلاس‌های آموزشی خانواده محور، ویزیت‌های پیگیری از منازل بیماران پس از ترخیص، نحوه ارتباط مؤثر پرسنل تیم درمانی با خانواده‌های بیماران و آشنا ساختن خانواده با منابع حمایتی در دسترس به خصوص اعتقادات مذهبی، آنان را در رسیدن به سازگاری با تغییرات ناشی از بیماری یکی از اعضای خانواده باری نمود.

مراقبین بیماران پس از جراحی بای‌پس، بیمار را در انجام امور منزل یاری و با قایل شدن محدودیت فیزیکی آن‌ها را حمایت کردند (۲۹). یک بعد از انتظارات مراقبین خانوادگی در رابطه با پرستاران به عنوان سیستم رسمی برقراری ارتباط صحیح و مؤثر درمانی بود. مطالعات از جمله مطالعه Wiles در ارتباط با تجارب منفی بیماران و خانواده‌های آنان از تیم مراقبتی بیان شده است (۳۰)، این مسأله، پرستاران را به شناخت و درک نگرانی‌های روانی-عاطفی و توجه به دلواپسی‌ها و اضطراب بستگان و نزدیکان مددجو هنگام پذیرش و در مراحل بعد از جراحی قلب از عمده‌ترین کارهایی است که پرستار باید در برنامه‌ریزی و مداخله باید مدنظر بگیرد و از جمله نیازهای خانواده برای مراقبت از بیمار بای‌پس کرونری به خصوص در فاز پس از ترخیص در خانه مطرح می‌شود، نیاز به آگاهی و حمایت است.

نتیجه‌گیری

در مرحله ششم کلایزی، محقق پس از پس از بحث و بررسی درخصوص مفاهیم اصلی و زیر مفاهیم

منابع

- 1 - Jahanbin F. Epidemiology and prevention of cardiovascular disease collection of reeducational articles of 12th internationals congeress of cardiovascular disease in Iran, Tehran, 1379.
- 2 - Woods S. Cardiac nursing. Philadelphia: Lippincot, williams & willins; fifth edition. 2005.
- 3 - Carpenter A, Grikz L. principale of Internal medicine, translators groups, editor by Bahram ghazi jahan, Tehran, golban pub, 1381.
- 4 - Finkelmier BA, Cardiothoracic. surgical nursing, Philadelphia :W.B.Lippincott co;2000:149.
- 5 - Theobaled K, Murray A.coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful. Journal of advance nursing. 2000; 7(5):483.
- 6 - Smeltzer, sc and bare, BG, Text book of medical surgical nursing, brunner and suddarth's, lippincott co, 2004.
- 7 - Rantanen A, Kaunonen M, Paivi A, tarkka M. Coronary artery bypass graft: Social Support for patients and significant others, Journal of clinical nursing. 2004; 13(2): 156-166.
- 8 - Theobaled K, Murray A.coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful. Journal of advance nursing. 2000; 7(5): 483.
- 9 - Hunt R. Community-based nursing. Phialdelphia: Lippincott; 2001.
- 10 - Lenz E, perkins SH. coronary artery byppas graft surgery patients and their family member corgivers; outcomes of a family - focused staged psychoeducational Intervntion, applied nursing Research. 2000; 19(2): 142-150.
- 11 - Holloway I, Wheeler. Qualitative research in nursing. 2th ed. London: Blackwell science; 2002.
- 12 - Burns N, Grove SK. Undersanding nursing research, Saunders co; 2003.
- 13 - Saneii A. Nikbakht Nasr Abadi A. Qualitative research in medical sciences. Tehran: barae farad pub; 1381.
- 14 - Abedi. Gualitative research in nursing, kankash pub, esfahan, 1385:15.
- 15 - Salsali M. parvizi S, adibe haj bagheri M. qualitative methodology, boshra pub, Tehran, 1382:2-4.
- 16 - Streuber H. carpenter D. qualitative research in nursing, lippincott Williams, wiking, 2003, p:67.

- 17 - Ganske K. Caring for Octogenarian Coronary artery bypass graft patients at home: Family Perspectives. 2006; 21(2):8-13.
- 18 - Hateshon J. Review of intensive nursing care, translation by mohamad reza heidari, daneshgah shahed pub, 1379.
- 19 - Kukri PA, Paavilainen E, Tammetie T. Interaction between adult patients family members and nursing staff on a hospital ward. Scandinavian Journal of Caring Science. 2001; 15(2): 142-155.
- 20 - Allbarran J, Tagney J, James J. partner of ICD Patients on exploratory study, Eur J cardiovasc narse. 2004; 13(3): 201-21.
- 21 - Perry J. Resisting vulnerability: the experiences of families who have kin in hospital a faminst ethnograph, international journal of nursing studies. 2006; 43: 173.
- 22 - Friedemann M-L. The Framework of Systematic Organization. A Conceptual Approach to Families and Nursing. Sage, Thousand Oaks CA; 1995.
- 23 - Shyn Y. Patterns of care giving when family caregivers face competing need. Journal of advanced nursing. 2000; 31(1): 35.
- 24 - Webster R. A. thompson D. R. mayou R. A, the experiences and needs of Gajarati hindiu patients and partner in the first month after a myocardial infarction. 2000; 1(1): 69-76.
- 25 - Holroyd El. Evaluating psychosocial nursing a case study of the community rehabilitation network in hong kong. Journal of Advanced Nursing. 2001; 35(3).
- 26 - Kemp C. Terminal illness: aguide to nursing care, 2th ed, Philadelphia: lippincott co; 1999.
- 27 - Soltani F. family experiences in intensive care university, thesis of MSc of medical sciences of isfahan university, 1382.
- 28 - Harkreader H. fundamentals nursing, caring and chinal jugement, Philadelphia: W.B.Saunders; 2000.
- 29 - Warrington A. Effectiveness of home- base patients, journal of advanced nursing. 2003; 41(2): 121.
- 30 - Wiles J. Informal Caregivers experiences of formal support in a changing context, health and social care in the community. 2003; 11(3): 189.

Family experiences from caregiving of patient with coronary artery bypass graft surgery: a qualitative study

Pashae¹ F (MSc.) - Taleghani² F (Ph.D) - Tavakol³ Kh (MSc.) - Rezae⁴ A (MSc.).

Introduction: Cardiovascular disease is one of the important mortality causes in developed country of the world and so in Iran. Coronary Artery bypass graft surgery as a lifesaving intervention in cardiac patients may presents a number of challenges for patients and their family caregivers. Little is known about the experience of caring for this patients. The purpose of this study was to describe the lived experiences of family caregivers of coronary artery bypass graft.

Methods: This is a qualitative study with phenomenology method. Using phenomenological methods, 14 family caregiver were interviewed at clinic or home during one year post discharge period.

Results: Five them emerge from participant experiences encompass; pressure of role, exposure to tension, resistance against vulnerability, functioning, and need.

Conclusion: The research finding showed that the patient's family faced with many stressor agents duration their caregiving period that this stress agents provoke somatic and mental reaction. Inappropriate interaction of medical team exacerbated this problems. In other hand, the devout believes, appropriate information and provided needs had important effect on protect them. Having a appropriate communication with patients and family caregivers should hold in nursing plans.

Key words: Family of patients, Coronary artery by pass graft, Informal care, Phenomenology

1 - Corresponding author: Nursing Faculty of Islami Azad University, Hamedan Branch, Iran
e-mail: pashaii1385@Yahoo.com

2 - Member of Faculty of Medical Science of Isfahan University

3 - Member of Faculty of Medical Science of Isfahan University

4 - Member of Faculty of Medical Science of Isfahan University