

عوامل مؤثر بر مراقبت از بیمار کمایی از دیدگاه مراقبین: یک مطالعه پدیدشناسی هرمنیوتیک

مصطفی شوکتی احمدآباد^۱، پرخیده حسنی^۲، هومان منوچهری^۳

چکیده

مقدمه: مراقبین در حین مراقبت از بیماران کمایی با عوامل منحصر به فردی رو به رو می‌شوند که دال بر عوامل مؤثر بر مراقبت از بیمار کمایی می‌باشد. مراقبت از این بیماران، یک مراقبت همه جانبه است که تحت تأثیر ویژگی‌های مراقب می‌باشد. هدف ما از این مطالعه استخراج عوامل مؤثر بر مراقبت از بیمار کمایی می‌باشد.

روش: در این مطالعه از روش پدیدشناسی هرمنیوتیک استفاده شد. جهت رسیدن به اشباع، ۱۰ مصاحبه نیمه ساختار یافته با مراقبین صورت پذیرفت. ابتدا زیردرون‌مایه‌ها و سپس درون‌مایه اصلی استخراج و عوامل مؤثر بر مراقبت از بیمار کمایی تبیین و تشریح گردید.

یافته‌ها: براساس روش ون‌مانن، ۷ زیردرون‌مایه؛ ارتباط مؤثر، رضایت متقابل، باور مرگ از سوی مراقب، امیدواری مراقب، خستگی و دل‌سردی مراقب، احساس گناه مراقب، و احساس دلسوزی مراقب استخراج گردید و سپس در یک درون‌مایه اصلی؛ ویژگی‌های مراقب؛ قرار گرفت. زیرا این مراقب است که به جای بیمار کمایی احساس، درک، عمل و نهایتاً ارزشیابی می‌کند و حتی رضایت بیمار را براساس رضایت خود ارزشیابی می‌کند.

نتیجه‌گیری: عوامل مؤثر بر مراقبت بیماران کمایی، حاکی از یک مراقبت همه جانبه است و این مراقب است که کاملاً خود را به جای بیمار کمایی می‌گذارد با توجه به تحقیقات انجام شده روی این مضمون مهم و مطالعه ما، براساس عوامل استخراج شده، ابزار معتبر و پایایی جهت بررسی روند مراقبت از بیمار کمایی طراحی و ارزشیابی گردید.

کلید واژه‌ها: مراقبت، کما، پدیدشناسی هرمنیوتیک

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۱

۱ - دانشجوی دکترای تخصصی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۲ - استادیار گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
 پست الکترونیکی: p_hasani@sbmu.ac.ir
 ۳ - استادیار گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

در بعد فیزیولوژیکی، آیا می‌توان انتظار داشت که پرستاران کم تجربه در این عرصه به مراقبت‌های روان‌شناختی هم مبادرت ورزند؟ پرستاران در مراقبت از این بیماران بیشتر سرگرم تجهیزات، نتایج آزمایشگاهی و درمان‌های رایج می‌شوند؟ (۳).

هدف و محور اصلی این تحقیق آشکار کردن عوامل مؤثر بر مراقبت در نزد پرستاران بیماران کمایی است. جهت درک این عوامل باید به بطن و عرصه مراقبت از بیماران کمایی رجوع کرد تا بتوانیم آن‌ها را به معنای واقعی و تمام و کمال درک کنیم.

روش مطالعه

در این پژوهش از پدیده‌شناسی هرمنیوتیک یا تفسیری که یکی از رویکرد‌های روش پژوهش کیفی با ریشه‌های فلسفی متمرکز بر تجارب زندگی انسان‌ها می‌باشد، استفاده شد (۵ و ۴). به منظور کاوش عوامل مؤثر بر مراقبت از بیماران کمایی به روش پدیده‌شناسی و نمان، شش فعالیت زیر را به عنوان رویکرد عملیاتی انجام پدیده‌شناسی هرمنیوتیک دنبال کردیم.

- توجه و جهت‌گیری به سمت ماهیت تجربه زندگی شده

- تبیین تجربه مورد توجه به همان صورتی که زندگی شده

- تأمل بر درون‌مایه‌های ذاتی که خصوصیات پدیده را مشخص می‌کند

- توصیف پدیده با کاربرد هنر نوشتن و بازنویسی

- برقراری و حفظ ارتباط قوی و آگاهانه با پدیده

- مطابقت بافت پژوهش با در نظر گرفتن اجزاء و کل

- توجه و جهت‌گیری به سمت ماهیت تجربه زندگی شده

۱۰ مراقب براساس روش نمونه‌گیری هدفمند در این پژوهش شرکت کردند (۶). تعداد نمونه این بخش از پژوهش براساس معیار رسیدن به اشباع اطلاعاتی مشخص خواهد شد (۸ و ۴-۶). در این پژوهش مراقبتی شرکت کردند که دارای مشخصات زیر بودند: - به زبان فارسی صحبت کنند. - به طور مستقیم و یا غیر مستقیم با بیمار کمایی در ارتباط باشند و از وی مراقبت کنند که به صورت کاملاً داوطلبانه و آگاهانه در پژوهش شرکت کنند.

حالت کما حالتی است که در آن بیمار هیچ عکس‌العملی از خود نشان نمی‌دهد در بالین پرستاران واژه‌های کما، در حال کما، فقدان سطح هوشیاری و عدم وجود عکس‌العمل را به جای یکدیگر به کار می‌برند (۱). در ایالات متحده آمریکا سالانه ۸ میلیون نفر دچار ضربه‌های مغزی می‌شوند که ۷۰۰ هزار نفر نیازمند بستری در بیمارستان هستند که اکثر این افراد در بخش‌های مراقبت‌های ویژه به دلیل کما توسط پرستاران مورد حمایت و مراقبت قرار می‌گیرند. تحقیقات نشان می‌دهد که برخی از این پرستاران در برخورد با بیماران دچار سردرگمی و احساس ناتوانی می‌شوند که نشان‌دهنده تجربه کم این پرستاران در مراقبت بیماران کمایی می‌باشد. از طرفی دیگر وظیفه مراقبین بیماران کمایی خارج کردن بیمار از سردرگمی، دادن اطمینان و تبیین اقدامات درمانی برای بیمار می‌باشد. برقراری ارتباط مناسب به تشریح واقعیت برای بیمار کمایی از اهمیت زیادی برخوردار است (۲).

از ۱۵ کتاب اصلی و مرجع پرستاری که در آن‌ها به مراقبت پرستاری از بیماران کمایی اشاره شده است، فقط ۶ کتاب (۴۰٪) علاوه بر عوامل جسمی به عوامل روان‌شناختی و برقراری ارتباط با بیمار کمایی اشاره کرده‌اند و کمتر از ۵۰٪ آن‌ها به دستورالعمل خاصی برای مراقبت از این بیماران توصیه می‌کنند (۳).

جهت مراقبت از این بیماران این کتاب‌ها ۴ دستورالعمل توصیه می‌کنند که اولین آن‌ها عبارتند از: در حضور بیمار مواظب صحبت‌ها و گفته‌های خویش باشید چون بیمار قادر به شنیدن صحبت‌های شماست. پس در برقراری ارتباط با بیمار کمایی باید بسیار دقت کرد که این حاکی از بالا بودن تجربه مراقبت از بیماران کمایی است. این پرستاران باید هم از صدا و هم از لمس جهت برقراری ارتباط استفاده کنند که اصل اساسی مراقبت از بیماران کمایی را ارتباط صحیح تشکیل می‌دهد. ۷۳٪ پرستاران آمریکا کمترین زمان را صرف برقراری ارتباط با بیمار و خانواده وی می‌کنند. ۷۴٪ این بیماران به دلیل عدم برقراری ارتباط توسط پرستار دچار احساس عدم آسایش و امنیت می‌شوند و ۶۹٪ این پرستاران کمترین زمان را صرف مراقبت‌های اولیه می‌کنند. حال با این عدم مراقبت

در بخش حاضر پژوهشگر علاوه بر چندین جلسه که با اساتید محترم راهنما و مشاور داشته است حدوداً ۸ جلسه را با اساتید متخصص در زمینه پژوهش‌های کیفی و پدیده‌شناسی هرمنیوتیک در تهران و شهرستان‌های دیگر تشکیل داده است و از نظرات اساتید برای اصلاح، حذف و یا اضافه کردن و هر تغییر ضروری دیگر استفاده کرده است. با توجه به نظرات مطرح شده تغییرات و اصلاحات لازم در روند مصاحبه‌ها و تحلیل اطلاعات صورت پذیرفته است.

پژوهشگر به منظور تأیید صحت یافته‌های پدیده‌شناسی اقدامات زیر را انجام داده است:

۱- پژوهشگر در انتخاب شرکت‌کنندگان در پژوهش دقت کافی را نموده و شرکت‌کنندگانی را انتخاب نموده که تمایل به بیان تجربیات خود بوده و در پژوهش مشارکت کامل داشتند.

۲- پژوهشگر سعی نموده ایده‌ها و پیش‌فرض‌های خود را به منظور جلوگیری از تأثیر آن بر تحلیل و تفسیر داده‌ها کنترل نماید.

۳- داده‌ها توسط اساتید محترم راهنما، اساتید مشاور و افراد صاحب‌نظر به منظور تطبیق و اطمینان از هم‌خوانی طبقات با اظهارات شرکت‌کنندگان مورد بررسی قرار گرفته است.

۴- پس از اعمال اصلاحات لازم، هر مصاحبه به همان شرکت‌کننده برگردانده شده و در یک نشست دیگر، نظرات نهایی شرکت‌کننده نیز اعمال گردید.

یافته‌ها

با ۱۰ مراقب مصاحبه صورت گرفت (با رسیدن اشباع) که ۵ نفر آن‌ها مرد و بین ۲۶ تا ۴۲ سال سن داشتند که در جدول شماره ۱ این ویژگی‌ها ارائه شده است. مدت زمان مصاحبه‌های صورت گرفته از ۳۲ تا ۷۵ دقیقه متغیر بوده است. بر این اساس ابتدا ۱۲ و نهایتاً ۷ زیردرون‌مایه استخراج گردید. سپس این ۷ زیردرون‌مایه در یک درون‌مایه اصلی قرار گرفتند.

این ۷ زیردرون‌مایه به شرح زیر می‌باشند: ارتباط مؤثر، رضایت متقابل، باور مرگ از سوی مراقب، امیدواری مراقب، خستگی و دل‌سردی مراقب، احساس گناه مراقب، و احساس دل‌سوزی این زیردرون‌مایه‌ها در یک درون‌مایه

به منظور تبیین عوامل مؤثر بر مراقبت از بیماران کمایی با توجه به نظرات اساتید راهنما و مشاور و با کمک اساتید صاحب‌نظر در مطالعات کیفی، اقدام به تدوین سؤالات و برنامه مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته گردید. سپس به مراکز اجرای پژوهش مراجعه و با همکاری کارکنان و مسؤولین مراکز و کسب اعتماد شرکت‌کنندگان به انتخاب و جلب موافقت آنان برای مصاحبه‌ها اقدام می‌گردد. به طور معمول برنامه مصاحبه چند روز قبل به صورت حضوری به شرکت‌کننده اعلام می‌گردد تا شرکت‌کننده آمادگی لازم برای شرکت در مصاحبه را داشته باشد. در جلسه مصاحبه پژوهشگر پس از معرفی خویش و بیان اهداف و محرمانه ماندن اطلاعات گرفته شده و کسب اجازه از شرکت‌کننده، اقدام به انجام مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با شرکت‌کننده براساس فرم سؤالات مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته کرد. مصاحبه‌ها در محیط ترجیح داده شده توسط شرکت‌کننده صورت پذیرفته است و با استفاده از ضبط صوت دیجیتالی ضبط گردیده است. با ۱۰ شرکت‌کننده (۸ پرستار و ۲ مراقب) (۵ مرد و ۵ زن) (۲۶ تا ۴۲ سال) مصاحبه صورت پذیرفته است. مدت زمان جلسات مصاحبه صورت گرفته از ۳۲ دقیقه تا ۷۵ دقیقه متغیر بوده است. پس از انجام هر مصاحبه در کوتاه‌ترین زمان ممکن پس از مصاحبه، اطلاعات ضبط شده، چند بار به طور دقیق گوش داده شد. پس از این گوش دادن، مصاحبه‌ها کلمه به کلمه بر روی کاغذ منتقل گردید. سپس اطلاعات منتقل شده بر روی کاغذ در ضمن گوش دادن نوار ضبط صوت، مرور گردید. این عمل بدین منظور انجام می‌گیرد تا دقت اطلاعات منتقل شده بر روی کاغذ افزایش یابد و پژوهشگر تسلط بیشتری بر روی اطلاعات مذکور پیدا کند. از این مرحله به بعد، اطلاعات منتقل شده بر روی کاغذ، منبع اطلاعات خام این پژوهش جهت تحلیل بوده است. به منظور تحلیل و جدا کردن بیانات درون‌مایه‌ای از رویکردهای کل نگر و انتخابی روش و نمانن استفاده شده است. بر این اساس ۱۰ توصیف کلی از ۱۰ مصاحبه انجام شده است. این توصیف‌ها پژوهشگر را در مرحله تحلیل انتخابی به منظور استخراج درون‌مایه‌ها کمک می‌نماید. در مرحله تحلیل انتخابی اقدام به استخراج درون‌مایه‌ها و زیردرون‌مایه‌های مربوط به مفهوم مراقبت از بیمار کمایی شده است.

بسی امید است یعنی این که تا آخرین لحظه دست از کارت بر نداری ...»

احساس گناه مراقب

{زن ۲۶ ساله با ۶ سال سابقه کار و لیسانس پرستاری}

«... وقتی از بیمار کمایی که بهم دادن مراقبت می‌کنم خیلی مواظبم کار اشتباهی نکنم خیلی سعی می‌کنم وجدانمو زیرپا نذارم ولی با این وجود مریض که می‌میره خیلی ناراحت می‌شم و حتی می‌شینم گریه می‌کنم ولی بعضی وقتاهم به خودم می‌گم شاید کم کاری کردم و گناهشو میندازم گردن خودم ... دو سه روزی درگیرم می‌کنه ... همیشه خدا خدا می‌کنم مریضم وقتی نیستم فوت کنه چون می‌ترسم اشتباه از من باشه می‌ترسم گناه مردنش بیفته به پای من ... بعضی وقتا خدای نکرده احساس گناه به آدم دست می‌ده ...»

{زن ۴۲ ساله با لیسانس دبیری}

«... توی مراقبت از مادرم وقتی حالش بد می‌شد و زنگ می‌زدم به خواهر که نرسه می‌گفت اینکارو که نکردی اونکارو که نکردی ... به خودم می‌گفتم مگه تقصیر من بوده واسه همون هر وقت حالش بد می‌شد تقصیرارو همه رو مینداختم گردن خودم ... با خودم می‌گفتم اگه مادرم بمیره حتما می‌گن من کشتمش ... همیشه این احساس ترس و گناه توی وجودم بود و متأسفانه همین طورم شد و بعد فوت مادرم که چندین ماه منو خواهرم که ازش مراقبت کرده بودم شدید گناهکار شدید مقصر و حالا هم به خودمون داریم اینو می‌قبولونیم که آره شاید تقصیر ما بوده ولی خدا شاهده از خودم بیشتر مراقبش بودم از تموم زندگیا اینا زده بودم ولی خب رفت ...»

با توجه به تمامی درون‌مایه‌های استخراج شده می‌توانیم عوامل مؤثر بر مراقبت از بیمار کمایی را اینگونه تشریح کنیم.

برخی از مراقبین معتقدند که مراقبت از بیمار کمایی یعنی انس گرفتن، خو گرفتن، نزدیک شدن، یعنی برقراری ارتباط هرچند که بیمار به اصطلاح شاید آزاری نداشته باشد اما برقراری ارتباط بدون فیدبک در مراقبت از وی مهم‌ترین مراقبت پرستاری است. بیمار کمایی بیماری است که ارتباط با او سخت است و کلامی نیست، که معمولاً ارتباطی ندارد.

اصلی به حداکثر انتزاع رسیدند که عبارت است از ویژگی‌های مراقب.

برخی از واحدهای معنایی مربوط به برخی شرکت‌کنندگان را می‌توان در زیر مشاهده کرد:

باور مرگ از سوی مراقب

{زن ۲۶ ساله با ۶ سال سابقه کار و لیسانس پرستاری}

«... گاهی پیش خودم می‌گم زندگی چقدر بی‌ارزشه ... چون بیمار کمایی در وضعیتی افتاده که من متوجه می‌شم بین مرگ و زندگی داره دست و پا می‌زنه ... همین نشون می‌ده که زندگی چقدر بی‌ارزشه ... زندگی خیلی بی‌ارزشه ...»

{مرد ۳۰ ساله با ۹ سال سابقه کار و لیسانس پرستاری}

«... وقتی با بیمارم ارتباط برقرار می‌کنم کم متوجه می‌شم که چشمه ... چی می‌خاد و ... بهتر بگم که می‌مونه یا می‌ره ... پیش‌بینی نمی‌کنم ولی می‌فهمم ... به حس درونی بهم می‌گه که این بیماری می‌ره ولی خدا شاهده که دست ازش برنمی‌دارم ولی می‌دونم که می‌ره ... شاید بعضیا بگن مگه می‌شه ولی من می‌گم اگه با بیمارم عجین بشی ... زندگی کنی زندگی کنی می‌تونی بفهمی که می‌ره یا می‌مونه ...»

امیدواری مراقب

{زن ۳۴ ساله با ۱۲ سال سابقه کار و لیسانس پرستاری}

«... شما چه به بیمار کمایی امید دارین ... یا اصلاً بگم امیدی بهش نیست ... باید ما امیدمونو هیچ وقت از دست ندیم ... اگر تو هم بخوای ناامیدش کنی هی بهش بگی ... ولی برای کمایی‌ها ... باز هم باید امید داد ... من می‌گم حتی اگه پزشک می‌گه می‌ره باز هم تو بهش امید بده ... ولی بخوای امید بدی بهتره چون همراهی هم به ذره امید پیدا می‌کنه ...»

{مرد ۳۰ ساله با ۹ سال سابقه کار و لیسانس پرستاری}

«... همیشه بار مثبت داشتن خوبه ... هر روز می‌ای اول از همه اونجا رو نگاه می‌کنی! هست یا نیست ... یعنی این که امید دادن، امیدوار بودن ... بیشتر امید دادن به بیماره ... که از همه مهم‌تره ... یعنی این که در ناامیدی

با خانواده‌شان بیشتر ارتباط دارند، معنوی‌تر شدند، معقولانه‌تر فکر می‌کنند، صبورتر، دلسوزتر، با گذشت و خوش اخلاق شده‌اند.

مراقبین بیماران کمایی می‌گویند که این بیماران زنده هستند و نفس می‌کشند و نباید فراموش شوند و توجه به وی از ارکان اصلی مراقبت است. غفلت از بیمار و عدم توجه به وی باعث فراموشی بیمار می‌شود. برای بیمار کمایی زندگی بی‌معنی شده، مرگ تهدیدش می‌کند، در لبه پرتگاه مرگ و زندگی است و نیازمند مراقبت و توجه کامل و برقراری ارتباط است، وی می‌خواهد از زندگی لذت ببرد و تحت هر شرایطی می‌خواهد زنده بماند.

مراقبین می‌گویند رضایت بیماران مهم‌ترین عاملی است که آن‌ها را در پرستاری نگه داشته است. این مراقبین رضایت بیمارشان و در نهایت رضایت خودشان از مراقبت بسیار اهمیت دارد. اگر بیمار کمایی برگردد بیشتر رضایت ایجاد می‌کند و احساس می‌کنید کارتان نتیجه بخش بوده و چون برگشته است نتیجه رضایت بخش بوده، احساس خوبی به شما دست می‌دهد.

ایجاد رضایت جسمی و روانی در بیمار کمایی نیز یعنی درک بیمار ولی شناسایی این رضایت بسیار سخت است و الزامی هم ندارد که آن را تشخیص داد ولی این پرستار هوشمند و هوشیار است که با رضایت روحی و روانی خود به این می‌رسد که بیمار نیز رضایت دارد.

مراقبین معتقد هستند که برقراری ارتباط، احساس رضایت روحی و روانی پرستار و بیمار و پیروزی در امتحان و آزمون الهی اساس مراقبت از بیمار کمایی است.

علاوه بر این ایشان تأکید می‌کنند که برگشت بیمار به زندگی یعنی امید، یعنی رضایت بخشی. مرگ و عدم برگشت بیمار برای اکثر ایشان فیدبک منفی دارد و در مقابل مریضی که برمی‌گردد، راه می‌فتد و از حالت کما در می‌آید، خیلی زیباست و آن را خیلی لذت بخش و خیلی امیدوار کننده می‌دانند زیرا علاوه بر زندگی دادن به بیمار از عوارض احتمالی و عواقب وخیم عدم برگشت بیمار نیز جلوگیری می‌کنند.

برخی تأکید می‌کنند که مراقبت از بیمار کمایی خیلی سخت و آن‌ها می‌گویند مراقبت از بیمار کمایی یعنی برگرداندن زندگی و احیای بیمار، یعنی امیدوار بودن، با هدف احیای زندگی بیمار، برگشت زندگی با کمترین عارضه و مشکل، رضایت پرستار، رضایت خانواده بیمار،

در ارتباط با بیمار کمایی باید پرستار زبان گویای مریض باشد و در حقیقت خواسته‌ها و نیازهای بیمار را درک کند. او معتقد است حس شنوایی بیمار از بین نرفته است و وجود دیگران را حس می‌کند پس از نظر روحانی و روحی می‌توان بیمار را حمایت کرد. پرستار یک رابط میان بیمار کمایی و دنیای خارج و در اصل پیوند دهنده وی با دنیای خارج است. پرستار با مریض کمایی ارتباط روحی و عاطفی برقرار می‌سازد و به وی وابسته می‌شود. مراقبت از بیمار کمایی چیزی نیست جز برقراری ارتباط کلامی و عاطفی با بیمار و خانواده وی و اورینته کردن بیمار.

ارتباط با همراهی خیلی مهم است هم برای شناخت بیمار و هم برای این که او را از وضعیت آگاه کنیم، بیمار کمایی مثل چوب خشک است و حرکت نمی‌کند، پرستار باید جای سه نفر کار کند، هم نیازش را تشخیص دهد هم ابرازش کند و هم رفعش کند، پس نیاز به یک مراقبت خاص دارد. رو به رو شدن با یک جسد، برقراری ارتباط یک طرفه، ارتباط فوق مادی داشتن، شناخت نیاز، ابراز آن و رفع آن از هنرهای مراقبت از بیمار کمایی است.

پرستار باید با بیمار کمایی ارتباط برقرار کند چون بیمار می‌شنود. پرستار بیمار کمایی باید به جای بیمار احساس نیاز کند، ابراز نیاز کند، نیازش را رفع کند و در نهایت ارزیابی هم بکند. رضایت خود و بیمار کمایی را باید مدنظر داشته باشد. به نظر برخی مراقبت از بیمار کمایی معیار مراقبت در آی‌سی‌یو محسوب می‌شود.

تمامی مراقبین، مراقبت از بستگانی که در کما بوده‌اند را ناراحت‌کننده‌تر، تلخ‌تر و ناگوارتر می‌دانند چون بیمار را می‌شناسید و ارتباط قوی‌تری با وی داشته‌اید.

این مراقبین معتقدند که بیمار کمایی نیازمند مراقبت و توجه کامل و برقراری ارتباط است ولی نهایتاً زندگی در دست خداست. وقتی بیمار کمایی برمی‌گردد، احساس می‌کنید خدا خیلی او را دوست داشته فرصت دوباره به او داده تا زندگی کند، خدا پرستار بیمار کمایی را بیشتر دوست دارد چون نماینده خودش می‌داند و ناجی هست و دستش را می‌گیرد. معتقد به یک نیروی ماوراء الطبیعه هستند که انسان را می‌آورد و می‌برد. کنترل زندگی وی در ماورا اتفاق می‌افتد.

برخی معتقدند که مراقبت از بیمار کمایی نشان می‌دهد که زندگی بی‌ارزش است و بعضی اظهار می‌کنند پس از مراقبت از بیمار کمایی ارتباطشان با خدا فرق کرده،

بیمار کمایی مانند یک نوزاد است و حتی شاید کمتر، چون نمی‌تواند ابراز نیاز کند و این مراقب است که باید نیاز را تشخیص دهد، رفع کند و اثر مراقبت را ارزشیابی کند و در کل بیمار را درک کند. مراقبت از بیمار کمایی نیازمند فردی صبور و باوجدان و زرتنگ است.

این مراقبت مستلزم انجام وظیفه، مسؤولیت‌پذیری، برقراری ارتباط، عدم پیش قضاوتی، داشتن اطلاعات کامل از بیمار، آی‌سی‌یو، دستگاه‌ها، داروها، تجهیزات و بررسی کامل بیمار، آموزش پرسنل، رهبری کردن تیم مراقبتی بهداشتی، وقت گذاشتن برای بیمار، فداکاری، داشتن وجدان کاری.

اعتقادات و وجدان پرستار را در مراقبت از بیمار و یا کوتاهی در مراقبت مؤثر می‌دانند. تفاوت قابل شدن بین بیماران کمایی را از هر نظر مردود و غیر اخلاقی می‌دانند. برخی معتقد هستند که بیماران کمایی متفاوت هستند و بین آن‌ها فرق می‌گذارند. بیماری که دارای تحصیلات عالی، جایگاه اجتماعی و خانواده دلسوزی است و در کل برای جامعه‌اش مفید باشد، باید بیشتر مراقبت کرد، باید پرستار از خودش مایه بگذارد، کم نگذارد و ولی این دید اخلاقی در بیماری که برای جامعه‌اش سود و منفعتی ندارد و یا حتی مضر است وجه دیگری پیدا می‌کند و رها کردن وی جهت رفتن به سمت مرگ و داشتن مرگی آرام، معنا می‌یابد. به نظر برخی پرسنل آی‌سی‌یو میل به کشتن دارند دلیل آن را برداشتن بار بی‌هدف کار کردن و بار عاطفی مراقبت از یک جسد می‌دانند. این پرستاران این کار را اخلاقی و وجدانی می‌دانند.

از سویی دیگر عدم برگشت بیمار یعنی ناراحتی، ناامیدی، افسردگی، در حد حتی گریه کردن و دست و دل به کار نرفتن. اغلب ایشان معتقداند با از دست رفتن بیمار مراقب دپرس می‌شوند و برای خیلی وقت‌ها، برای خیلی از مریض‌ها پیش آمده است که اشک ریختند و در شیفتی که هستند دیگر دست و دلشان به هیچ کاری نمی‌رود و داریم در فکر بیمار هستند و حتی عدم برگشت یعنی احساس گناه و کم کاری و ماخذ کردن خود.

برخی دیگر می‌گویند که عدم برگشت بیمار کمایی یعنی احساس افسردگی، ناراحتی، کم حوصلگی، خستگی و دل‌سردی. گاهی از مراقبت و کمک به بیمار راضی هستند ولی مریض فوت می‌کند و تمامی تلاش ایشان به هدر می‌رود، دل‌سرد و ناامید و افسرده می‌شوند.

نجات بیماری که در لبه پرتگاه هست، بین مرگ و زندگی دست و پنجه نرم می‌کند. برگشت بیمار یعنی احساس غرور، خوشحالی، عدم خستگی، دیدن نتیجه زحمات، مراقبت مؤثر، نشانه عدم بی‌تفاوتی به مریض و مراقبتی سودمند است.

مراقبت از بیمار کمایی خیلی سخت ولی باید دید مثبت داشته باشید که بیمار برمی‌گردد. مراقبت از بیمار کمایی یعنی بهبودی بیمار و برگشت وی، یعنی امیدوار بودن. برگشت بیمار یعنی احساس خوشحالی، عدم خستگی، دیدن نتیجه زحمات، مراقبت مؤثر.

حس تردید و دودلی در تصمیم‌گیری مهم‌ترین حس ایشان در لحظه مراقبت بوده است از طرفی دیگر احتمال برگشت بیمار کمایی خیلی ضعیف است، ولی همیشه امید داریم که بر می‌گردد، اگر امید داشته باشیم برگردد کار بیشتری می‌کنیم. پرستار نهایت سعی و تلاش خود را می‌کند تا بیمار برگردد. هرچند بیمار کمایی مراقبتش خاص و سخت‌تر است اما همیشه باید امیدوار کار کنید. امیدواری مداوم و نهایت سعی و تلاش برای بهبود بیمار منجر به بهبودی بیمار و تسریع آن می‌شود.

هدف مراقبت از بیمار کمایی بهبودی و برگشت بیمار است. مراقب وظیفه‌اش نجات مریض از مرگ است. پرستار همواره باید امیدوار باشد ولی امید واهی به همراهی ندهد. پرستار اگر مراقبت مؤثر و نتیجه بخشی داشته باشد امیدوار می‌شود و نقش خود را در بهبودی بیمار پررنگ‌تر می‌بیند.

اکثر بیماران کمایی فوت می‌کنند و روی لبه پرتگاه زندگی می‌کنند و پرستار در دریای موج امیدواری و ناامیدی شناور است. گاهی با تمامی تلاشی که کردید، ناامید و گاهی با تمامی ناامیدی به نتیجه و بهبودی بیمار دست می‌یابید.

گاهی هم به تعویق انداختن مرگ در مواردی که امید به بهبودی نیست از اهداف اصلی مراقبین بیماران کمایی است. در این موارد مراقبت از بیمار کمایی یعنی کاهش آلام بیمار- هم جسمی و هم روحی. یعنی مراقبت از روح بیمار، یعنی رسیدگی و در حقیقت توجه به روح بیمار که هنوز در جسم بیمار برنگردد، حتی اگر بیمار برنگردد، همین که بیمار با مرگش راحت شده راضی هستید. بیمار باید با آرامش به استقبال مرگ برود و حداقل اگر بر نمی‌گردد، او را راحت بگذارند تا مرگی راحت و آرام داشته باشد.

اخلاق بر می‌خیزد و پرسنل جهت راضی نگه داشتن بیمار کمایی و وجدان خود کار نمی‌کنند بلکه از روی ترحم و دلسوزی برای بیماری که امیدی بهش نیست کار می‌کنند. برخی هم معتقدند که هرچند مراقبت از نزدیکانی که در کما هستند بسیار ناراحت‌کننده و سخت است اما بین بیماران تفاوتی قایل نمی‌شوند و در صورت برگشت بیمار بسیار خوشحال و در صورت عدم برگشت بیمار بسیار ناراحت و افسرده می‌شوند.

لازم به ذکر است که نبود پرسنل کافی، امکانات و تسهیلات مناسب و کافی، فقدان پرسنل کارآمد و عالم و از همه مهم‌تر عدم رضایت پرستاران از نظر بارکاری و دستمزد ناچیز، از عوامل اصلی مراقبت نامناسب و نادرست در بالین بیمار کمایی است.

مراقبت از بیمار کمایی یعنی وجدان کاری. همه مراقبین کار با بیمار کمایی را یک پرستاری با وجدان می‌دانند. مراقبت از بیمار کمایی از نظر ایشان یعنی پرستاری با وجدان و مراقبت کامل و روتین در کنار انجام وظیفه از کارهای اساسی است که پرستاران به آنان معتقد هستند.

مراقبین احساس می‌کنند، بیمار کمایی بیماری هست که دستش از دنیا کوتاه است، مراقبت از بیمار کمایی یعنی ابراز نیاز کردن، مراقبت از شخصی که کمک می‌خواهد، شخصی که همیشه تنها است، شخصی که به جز شما کسی را ندارد.

برخی نسبت به بیمار کمایی به حس دلسوزی و ترحم و امیدواری و امید دادن دارند. این حس ترحم و دلسوزی در بین پرسنل وجود دارد و این حس از وجدان و

جدول ۱- ویژگی‌های شرکت‌کنندگان

شغل	سطح تحصیلات	دوره مراقبت	محل زندگی	سن	وضعیت تاهل	جنس	تعداد	شرکت‌کنندگان
۶ نفر پرستار بالین	۶ نفر کارشناسی	۶ تا ۲۶ سال	تهران	۲۶ تا ۴۲ سال	۷ متاهل	۵ مرد	۸	پرستاران
۲ نفر سرپرستار	۲ نفر کارشناسی ارشد				۱ مجرد	۳ زن		
دبیر	لیسانس	۲ تا ۷ ماه	تهران	۴۰ و ۴۲ ساله	مجرد	زن	۲	اعضای خانواده

بحث

مکانیکی و روتین بلکه براساس دانش قوی. در این تحقیق پرستاران به اهمیت لمس، محاوره، تحرک اندام و توجه دقیق به تمامی جوانب جسمی و روان‌شناختی بیماران کمایی اشاره کردند.

در مطالعه ما درون‌مایه اصلی و زیردرون‌مایه‌ها با وسواس خیلی زیادی استخراج و تعریف شده‌اند و از سویی دیگر عوامل مؤثر بر مراقبت از بیمار کمایی مفصلاً تعیین و تبیین شده‌اند. در حالی که در تحقیق Menck این عوامل تحت زیردرون‌مایه ارتباط مؤثر در تحقیق ما قرار می‌گیرد و مابقی عواملی که ما به دست آورده‌ایم تحت هیچ عنوان بحث نشده است.

در مطالعه‌ای دیگر که در دانشگاه میامی آمریکا، تحت عنوان تجربه مراقبت پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه از بیماران مبتلا به کمای تروماتیک یا فلج دارویی به روش نظریه پایه توسط Villanueva (۳) انجام شد؛ از طریق ۱۶ مصاحبه نیمه ساختار یافته با پرستاران، اطلاعات جمع‌آوری شد. تم اصلی استخراج شده در این مطالعه عبارت بود از: به بیمار شانس دوباره بدهیم. زیردرون‌مایه‌های آن عبارت بودند از: شناخت بیمار، کنار

تحقیقات کیفی بسیار کمی در این زمینه انجام شده است و از سوی دیگر هیچ گونه تحقیق کیفی در ایران در این زمینه صورت نگرفته است. تحقیقات کیفی هم که در این زمینه انجام شده است بسیار قدیمی و به روش‌های غیر از روش پدیدشناسی انجام شده‌اند در صورتی که روش پدیدشناسی اختصاصی‌ترین روش تبیین این عوامل می‌باشد که در مطالعه ما لحاظ گردیده است.

Menck (۱) در دانشگاه نیویورک رساله‌ای را به روش کیفی تحت عنوان تجربه مراقبت از بیماران کمایی: یک مطالعه موردی؛ با ۵ مشارکت‌کننده پرستار انجام داد. محقق پرستاران مذکور را مورد مصاحبه و مشاهده قرار داد و سپس مطالب به دست آمده را جهت درک تجربه مراقبت، تجزیه و تحلیل و ادغام کرد. وی از روش تعامل‌گرایی سمبولیک جهت انجام تحقیق استفاده کرد. نتایج نشان داد که تجربه مراقبت پرستاران از بیماران کمایی تجربه‌ای پویا و ارزشمند است. مراقبت از نظر پرستاران فعالیتی انرژی بخش و ایجاد یکپارچگی در بیمار است. مراقبت از بیمار کمایی یعنی تجربه مراقبت نه به شکل

وی به وجود نیاید. بیماران کمایی معمولاً پرکار هستند و از طرفی دیگر میزان فوت ایشان بسیار زیاد است و همین امر ممکن است مراقب را دچار احساس گناه و تقصیر کند ولی با باور مرگ و پذیرفتن آن و از سوئی دیگر نهایت تلاش برای برگشت بیمار به زندگی و رعایت وجدان کاری، می‌تواند مراقبت را به بهترین نحو انجام دهد.

مراقب بیمار کمایی باید به مراقبت و نجات جان بیمار امیدوار باشد ولی با تمامی این مسایل و رعایت وجدان کاری و مسؤولیت‌پذیری مراقبین، باز هم بالا بودن میزان مرگ و میر بیماران کمایی و وضعیت بغرنج و ناسمان این بیماران و عدم مشاهده بهبودی ملموس در ایشان باعث دلسردی و خستگی مراقب می‌شود و روی افکار مراقب تأثیر گذاشته و باعث می‌شود در موارد بعدی دست از تلاش بکشد و مراقبت را به نحو صحیح و کامل انجام ندهد.

مراقبت از بیمار کمایی بیشتر تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی و درونی مراقب است تا عوامل بیرونی و محیطی و بیمار کمایی. مراقبت از بیمار کمایی با ارتباط مؤثر شکل گرفته و احساس‌های متفاوت مراقب پیش می‌رود و از سوئی به باور مرگ از سوئی مراقب یا رضایت متقابل ختم می‌شود. مراقبت از بیمار کمایی تحت حس دلسوزی و انسان دوستی مراقب از سوئی و از سوئی دیگر حس امیدواری پیش می‌رود. حال اگر مراقبت به نتیجه نرسد مراقب دچار حس گناه و تقصیر و از سوئی دیگر خستگی و دلسردی بر وی مستولی می‌شود.

حال اگر مراقبت از بیمار کمایی می‌خواهد به یک مراقبت صحیح و کامل ختم شود و نتیجه معقول و مطلوب داشته باشد نیازمند ارتباط مؤثر بین مراقب و بیمار کمایی می‌باشد. مراقب بیمار کمایی باید تمامی تلاش خود را به کار گیرد و به بهبودی بیمار امیدوار باشد. حس دلسوزی وی به انجام کارهایی بیشتر از وظیفه ایشان کمک می‌کند و باعث می‌شود که مراقب بیشتر از خود مایه گذارد. مراقبت از بیمار کمایی همیشه نتیجه دلخواه و مطلوبی ندارد و اکثر اوقات منتهی به مرگ وی می‌شود پس مراقب نباید دچار حس گناه و خستگی و دلسردی شود و مرگ را باور کند و بپذیرد.

این پذیرش مرگ و از سوئی تلاش بی‌وقفه برای نجات جان بیمار کمایی می‌تواند به رضایت متقابل ختم شود. گاهی بیمار کمایی با مرگی آرام دنیای را ترک می‌کند و مراقب حس رضایت بیشتری دارد و از سوئی

بیمار مانند و مشاهده وی، محاوره با بیمار، کار با خانواده، استقامت و مقابله با وضعیت بغرنج و کسب تجربه جهت کمک به بیمار برای رسیدن به بهترین نتیجه ممکن. مهم‌ترین عامل مؤثر در این بین زیردرون‌مایه‌ها «تغییر در تجارب پرستاران» بود.

در پژوهش ما درون‌مایه اصلی همان‌گونه که ذکر شد ویژگی‌های مراقب می‌باشد که به دلیل تفاوت روش‌گراندتئوری و پدیده‌شناسی می‌باشد. برای تعریفی باز، غنی، انتزاعی، مربوط و دقیق از عوامل مؤثر بر یک تجربه، روش پدیده‌شناسی اختصاصی‌ترین و مفیدترین روش محسوب می‌شود و دلیل عدم تعریف و تبیین دقیق این عوامل از سوی Villanueva همین امر است. از سوئی دیگر نرسیدن به حداکثریت انتزاع در زیردرون‌مایه‌های این محقق، انتزاع بیشتر زیردرون‌مایه‌ها و درون‌مایه اصلی مطالعه ما را بیش از پیش نشان می‌دهد.

در این دو پژوهش از رویکردهای روش پژوهش کیفی غیر از پدیده‌شناسی استفاده شده است و این خود دلیلی بر تفاوت اساسی این مطالعات با پژوهش ما است و از سوئی دیگر تعریف و تبیین عوامل مؤثر بر مراقبت از بیمار کمایی که در فوق ذکر شد تنها به روش پدیده‌شناسی هرمنیوتیک میسر و ممکن است.

نهایتاً در مطالعه ما، عوامل مؤثر بر مراقبت از بیمار کمایی اینگونه تبیین گردید: مراقبت از بیمار کمایی مستلزم تسلط کامل مراقب بر مراقبت می‌باشد که در مراقبت از بیمار کمایی این مراقب است که به جای بیمار کمایی باید حس کند، عمل کند و ارزشیابی کند و مهم‌تر این که پرستار در مراقبت از بیمار کمایی در واقع با بیمار زندگی می‌کند.

مراقبت از بیمار کمایی مستلزم برقراری ارتباط مؤثر با بیمار از طریق شناخت بیمار کمایی و توجه به وی است. اگر مراقب بیمار کمایی قادر به برقراری ارتباط با بیمار کمایی نباشد عملاً نمی‌تواند رضایت بیمار را درک کند و در خویش رضایت ایجاد کند.

از سوئی دیگر مراقب بیمار کمایی باید حس دلسوزی و امیدواری را در خود تقویت کند تا بتواند با وجدانی راحت و مسؤولیت‌پذیری از وی مراقبت کند. مراقب بیمار کمایی اگر با مرگ بیمار کمایی رو به رو شود باید مرگ را بپذیرد و آن را باور کند و از سوئی دیگر به خاطر مرگ وی خود را سرزنش نکند و احساس گناه در

می‌شود. از سویی دیگر تنها مطالعه روی پرستاران و در نظر نگرفتن اعضای خانواده که در مراقبت بیمار بسیار درگیر هستند، کافی نمی‌باشد و پیشنهاد می‌شود که از اعضای خانواده بیمار کمایی که در امر مراقبت نقش اصلی را بازی می‌کنند، نیز به عنوان شرکت‌کننده استفاده شود. با توجه به این که مراقبت از بیمار کمایی به گفته و تأیید تمامی شرکت‌کنندگان و پژوهشگران مهم‌ترین معیار سنجش مراقبت در تمامی بیماران محسوب می‌شود، بهتر است جهت استخراج فرآیند این مراقبت از روش گراند تئوری در ایران نیز بهره جست.

تشکر و قدردانی

نویسندگان کمال تشکر را از تمامی پرستاران و محققین و استادان گرامی که در تمامی مرحله‌های تحقیق ما را یاری رساندند، دارند.

گاهی تحت فشار و اقدامات تهاجمی می‌میرد و این حس رضایت مراقب را کم و از آرامش بیمار کمایی می‌کاهد.

نتیجه‌گیری

مراقبت از بیمار کمایی زمانی مطلوب است که در سایه یک مراقب با ویژگی‌های زیر صورت گیرد: برقرار کننده یک ارتباط مؤثر، امیدوار به بهبودی بیمار، با حس دلسوزی و انسان دوستی، نداشتن حس گناه و دلسردی و خستگی در قبال فوت بیمار و از سویی دیگر باور مرگ و یقین به دنیای غیر مادی و آخرت و نهایتاً رسیدن به رضایت و ایجاد رضایت در بیمار کمایی.

مراجعه سخت به مراکز درمانی و عدم همکاری بعضی از مؤسسات و از سویی دیگر عوامل مداخله‌گر چون سروصدا و نبود محیط کاملاً مناسب و شایسته و صمیمی برای مصاحبه از محدودیت‌های مطالعه ما محسوب

منابع

- 1- Menck TP. The experience of caring when the patient is comatose: A case study of 5 nurses. Doctoral Dissertation in Philosophy. New York University, 1998.
- 2- Villanueva N. Experiences of critical care nurses caring for unresponsive patients. Journal of Neuroscience Nursing. 1999; 31(4): 216-222.
- 3- Villanueva N. Experiences of critical care nurses caring for patients in traumatic coma or pharmacological paralysis. Doctoral Dissertation in Philosophy. Florida University, 1997.
- 4- Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization. 5th ed. USA: Lippincott Co; 2011.
- 5- Van Manen M. Researching on Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. Canada: University of Western Ontario; 2001.
- 6- Strubert HJ, Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 4th ed. USA: Lippincott Co; 2011.
- 7- Carr LT. The strengths and weaknesses of quantitative and qualitative research: What method for nursing?. Journal of Advanced Nursing. 1994; 20: 716-721.
- 8- Polit DF, Hungler BP. Nursing Research: Principles and Methods. 6th ed. USA: Lippincott Co; 2010.

The effective factors on comatose patient's caring: A hermeneutic phenomenology approach

Shokati Ahmad Abad¹ M (MSc.) - Hasani² P (Ph.D) - Manoochehri³ H (Ph.D).

Introduction: During of caring of comatose patients, caregivers involve in a lot of factors which effect on caring. This caring is a holistic care undergoing caregiver's preferences. Our purpose was to examine the effective factors on comatose patient's caring.

Methods: Van Manen's conception of hermeneutic phenomenology with purposeful sampling of caregivers of comatose patients was used in Tehran in 2012. The data were collected through 10 semi-structured interviews and were analyzed using Van Manen's phenomenology.

Results: The participants were 5 males and 5 females, 8 nurses and 2 family members and working in critical care units between 6 and 23 years and working as a teacher. 7 essential sub themes were elicited: effective communication, mutual satisfaction, Depression and disappointment of caregiver, Hopefulness of caregiver, Guilty feeling of caregiver, Belief of death in caregiver and Compassion and sympathy then were classified into 1 theme: caregiver's preferences. This caring means that the caregivers have to realize, percept, understand and evaluate of the caring because the comatose patients are unable to do them. The trustworthiness of sub themes and themes were achieved in our study.

Conclusion: The caring in coma is a holistic care and the caregiver is instead of comatose patient. To enhance caring process and to achieve our goals, we created an assessment tool based on the findings of our study; it seems that the results can be used in this regard.

Key words: Coma, caring, hermeneutic phenomenology

Received: 20 January 2013

Accepted: 6 April 2013

1 - Ph.D Student of Nursing of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 - Corresponding author: Assistant Professor of Nursing of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

e-mail: p_hasani@sbmu.ac.ir

3 - Assistant Professor of Nursing of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran