

آسودگی بیماران بستری: مفهومی که به فراموشی سپرده می شود

...

چکیده

: همواره در طول تاریخ از آسودگی به عنوان پیامد مطلوب مراقبت از بیمار یاد شده است با وجود این مفهوم آسودگی کمتر از دیدگاه بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. هدف مطالعه ارائه تجارب و دیدگاه‌های بیماران از آسودگی در دوران بستری در بخش‌های داخلی جراحی می باشد. : این مطالعه کیفی با استفاده از روش نظریه پایه انجام شد. از مصاحبه‌های نیمه ساختار با ۳۱ بیمار و ۱۱ همراه و همچنین مشاهدات متمرکز و نیمه متمرکز برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش مقایسه مداوم استفاده گردید. : تجربیات ناآسودگی در یافته‌ها بحدی بارز است که یکی از عمده‌ترین مفاهیم را شکل داده است. خودیاری و تشکیل شبکه مراقبتی غیررسمی، راهبردهای بیماران بستری برای مدیریت ناآسودگی‌ها بوده است. : نتایج گویای آن است که بستری بودن در بیمارستان همواره معادل رفع مؤثر نیازهای مراقبتی و درمانی نیست. بیماران در ارتباط با سیاست‌ها و قوانین و مقررات بیمارستانی و اولویت‌های سازمانی تنش‌های زیادی را تجربه می‌کنند. نقش فعال بیماران در اداره ناآسودگی در این مطالعه بیش از آنچه که قبلاً تصور می‌شده نشان داده شده است. نقش مراقبین غیر حرفه‌ای در بیمارستان‌ها بسیار پررنگ است و نبود آن‌ها آسیب جدی به کیفیت مراقبت دریافتی وارد می‌کند.

کلید واژه‌ها:

/ / : / / :

()

حاصله می تواند بر افزایش کیفیت مراقبت های پرستاری مؤثر باشد.

روش بررسی

این مطالعه یک پژوهش کیفی است که به روش نظریه پایه انجام شده است. نظریه پایه یکی از روش های تحقیقی است که برای مطالعه درباره پدیده هایی که بخوبی شناخته شده نیستند و یا در مورد پدیده مورد نظر توافق چندانی وجود ندارد، مناسب است.^(۶)

مشارکت کنندگان در پژوهش شامل طیف وسیعی از بیماران و همراهان زن و مرد بستری در بخش های داخلی، جراحی و ارتوپدی در پنج مرکز آموزشی درمانی و تأمین اجتماعی، شهر تهران بودند. نمونه گیری مبتنی بر هدف بود و طی هشت ماه صورت گرفت. از ۳۱ مشارکت کننده، ۱۷ تن مرد و ۱۴ تن زن در طیف سنی بین ۶۹-۱۸ سال بودند. ۴ تن از مشارکت کنندگان سابقه بستری نداشته و مابقی بین ۱-۱۰ بار سابقه بستری را ذکر کردند. مدت اقامت بین ۶۰-۲ روز متفاوت بود. گردآوری داده ها از طریق مصاحبه های نیمه ساختار و مشاهده بود. چند سؤال اصلی تقریباً در تمام مصاحبه ها تکرار شد: "آیا زمان، مکان و یا موقعیتی بوده که در مدت زمان بستری احساس راحتی بیشتری داشتید؟ آیا زمان، مکان و موقعیتی بوده که در مدت بستری احساس ناراحتی بیشتری داشتید؟ آن موقعیت یا شرایط را برایمان تعریف کنید." مصاحبه ها بین ۲۰ الی ۶۰ دقیقه متناسب با وضعیت جسمی بیمار به طول انجامید. از آن جایی که اولین مشاهدات گویای اهمیت حضور همراه در آسودگی بیمار بوده است، لذا تصمیم گرفته شد تا با همراهان دائمی بیماران نیز مصاحبه به عمل آید. ایده های حاصل از این قبیل مصاحبه ها، حمایتی برای

از بدو تولد انسان خواهان آسایش بوده است. نوزاد با در آغوش گرفتن آرام می شود، کودکی که زانویش ضرب دیده است با بوسیدن، فرد سالمند با لمس و سخن ملایم، آرامش می یابد. آسودگی یک نیاز اساسی بشر در تمام مراحل زندگی است. از این رو برقراری آسودگی باید به عنوان بخش جدایی ناپذیر مراقبت پرستاری کل نگر در نظر گرفته شود.^(۱) آسودگی و امنیت بیماران از مسئولیت های اولیه پرستاران بالینی است با وجود این، آسایش بیمار و اقدامات مرتبط با آسودگی بتدریج به یکی از اولویت های کم اهمیت پرستاری تبدیل شده است.^(۲) این امر می تواند ناشی از محدودیت های اقتصادی و پیشرفت تکنولوژی باشد به این معنی که عمده وقت پرستاران صرف کارهای تکنیکی شده و در نتیجه به امنیت روانی بیماران کمتر توجه می شود.^(۳) بیماران آسوده بهتر درمان می شوند، سریعتر ترخیص می شوند و از هزینه های درمانی نیز می کاهند.^(۴) مطالعات نشان می دهد علی رغم تأکید برنامه ریزی های مراقبتی بر توجه به نیازها از جمله نیاز به آسودگی به عنوان یک نیاز اساسی و ارائه مراقبت منحصر بفرد، پرستاران بیماران خود و انتظارات آنان را بخوبی نمی شناسند و در اغلب مواقع نیازهای آنان به طور صحیح بررسی نمی شود. پرستاران می بایست تجربیات را از نگاه بیماران ببینند تا بتوانند به رفع نگرانی ها و ناتوانی های بیماران خود کمک کنند.^(۵) هدف کلی از این پژوهش، کاوش درباره تجربیات بیماران بستری از آسودگی و ناآسودگی در بیمارستان بوده است. امید آن که پرستاران بتوانند شناخت به دست آمده از تجربه آسودگی و ناآسودگی بیماران را در موقعیت های مشابه به کار برند. شناخت

. آسودگی روانی اجتماعی در واقع به معنای احساس بیماران از مورد حمایت واقع شدن، امنیت و مراقبت شدن طی دوران بستری می‌باشد؛ اگرچه این طبقه آسودگی روانی اجتماعی نامیده شده است ولی در بردارنده تجارب منفی (ناآسودگی) متعددی نیز می‌باشد. مضامین "آگاهی از وضعیت خود، در دسترس بودن، نظارت و پاییده شدن، برخورد انسانی، و صلاحیت حرفه ای" از مفاهیم برجسته ای هستند که گویای تجربه و دیدگاه مشارکت کنندگان در این پژوهش از احساس آسودگی می‌باشد (متن مصاحبه ها به منظور تفکیک از متن مقاله در گیومه قرار داده شده اند).

۱-۱- آگاهی از وضعیت خود: محور عمده نیازهای اطلاعاتی بیماران و همراهان درباره بیماری، ترخیص و داروها بوده است. گاه بیماران کسی را نمی‌یافتند که اطلاعات لازم را در اختیار آنها قرار دهد، تا این که به احساس رضایت، امنیت و آسودگی روحی روانی دست یابند.

"... دکتر بیاد بالای سر مریض بگه دردش چیه. من الان از دکترم می‌پرسم برای چی شکمم خونریزی کرده میگه!... اعلم! من باید بدونم مشکلم چیه، من در عرض یک هفته شکمم دوباره خونریزی کرده، بدونم مشکلم چیه...."

وقتی شرکت کنندگان اطلاعات لازم را دریافت نمی‌کردند احساس عدم اطمینان، حس کاهش کنترل شخصی و ناآسودگی روحی داشتند.

۱-۲- در دسترس بودن: بیماران هنگامی آسوده خاطر بودند که پرستار در دسترس بود. پرستاران از نظر بیماران در دسترس هستند، اگر که فوری به زنگ جواب دهند، بیمار را معطل نگه ندارند و آن چیزی را

مشاهدات محقق بودند. در مجموع ۱۱ مصاحبه باز صورت گرفت. اگرچه منبع اصلی داده ها در این مطالعه مصاحبه ها بوده است اما همزمان با آن از مشاهدات^(۷) بدون ساختار و متمرکز نیز استفاده شد.

داده ها در این تحقیق به روش مقایسه مداوم و مطابق روش نظریه پایه استراوس و کوربین (۱۹۹۸) تحلیل شدند.^(۸) جمع آوری داده ها، کدگذاری، دسته‌بندی، طبقه بندی و تشکیل مفهوم همانند آنچه که در نظریه پایه مرسوم است به طور همزمان انجام شد. برای اطمینان از این که تفسیر داده ها منعکس کننده پدیده مورد مطالعه است از بازنگری توسط مشارکت کنندگان، مرور توسط متخصصین و همتایان، مثلث سازی (triangulation) زمانی، مکانی و ایجاد تنوع در منابع داده ها استفاده شد. جمع آوری داده ها در ایام مختلف هفته و ساعات مختلف شبانه روز صورت گرفت. همچنین شرکت کنندگان بستری در مراکز درمانی مختلف وارد مطالعه شدند. نمونه گیری با حداکثر تنوع، تأییدپذیری داده ها را نشان داد. بازنگری توسط شرکت کنندگان برای تأیید داده ها یکی از مهم‌ترین فعالیت ها برای پی بردن به اعتبار داده بود.^(۹)

یافته ها

طبقات پدیدار شده شامل "آسودگی روانی اجتماعی، ناآسودگی جسمی، ناآسودگی روانی اجتماعی، ناآسودگی به دلیل مسائل محیطی، ناآسودگی ناشی از مسائل سازمانی و ناآسودگی به دلیل مسائل مالی" گویای تجارب و دیدگاه‌های بیماران از آسودگی و ناآسودگی بودند. برای مشخص شدن بیشتر تعاملات اجتماعی توصیف طبقات همراه با مثال هایی از متن مصاحبه ها به کار رفته است.

۱-۲- هرگاه پرستاران رفتار دوستانه‌ای داشتند، مهربان و خوش برخورد بودند، و یا به موقع کارها را انجام می‌دادند موجب آسایش خاطر بیمار می‌شدند.

"... این پرستارها رسیدگی می‌کنند با خوش اخلاقی. باور کن هر بخشی هم که عوض شدم پرستارها واقعاً محبت آمیز هر چیز می‌خواستم آوردن بهم دادن". آنچه بیمار می‌خواهد دریافت مراقبتی با ملاحظت و خوشرویی است

"... خوشرویی با مریض باور کنید شفا دهنده است مثلاً بگم یه لیوان آب بدید سر آدم داد نزنند ... بیمار میتونه از پرستار خوشرو دوباره تقاضا کنه...".

اهمیت ارتباطات انسان دوستانه با بیماران به حدی است که یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت "اگر دکتر با بیمار برخورد خوبی برقرار کنه پنجاه درصد از بیمار بهایش کم و بهبودی سریع‌تر می‌شه".

"... من هیچ دکتری را ندیدم با مریض دست بده، ایشان بارها و بارها هر موقع اومدن با من دست دادن و یا دست روی موهام کشیدن ...".

۱-۵- صلاحیت حرفه‌ای: مضمون دیگری در این طبقه صلاحیت حرفه‌ای پزشکان و پرستاران بوده است.

"... من به دکترم اطمینان دارم ... داخل اتاق عمل با مریض بازی نمیکنه ... دکترهای (دیگه) همشان با مریض بازی می‌کنند، به فکر منفعت خودشانند نه به فکر آسایش مریض ...". بیماران هنگامی آسودگی دارند که دریابند توسط کسانی مراقبت و درمان می‌شوند که خدمات حرفه‌ای خود را توأم با رویکرد انسانی ارائه می‌نمایند.

"خیلی دکتر خوبییه اما خیلی بد اخلاقه از لحاظ کارش خیلی خوبه من دیدم یک مقداری با مریض‌ها درد دل

که می‌خواهند برایشان آماده کنند. برای مثال چنانچه تعویض ملافه یا پانسمان و وصل کردن سرم به‌موقع انجام می‌شد یا داروها، به ویژه مسکن‌ها به‌موقع داده می‌شد آنگاه بیمار احساس می‌کرد که پرستار در دسترس است.

"... هر آنچه که بخواهید بنده خداها میان، بنده خداها حاضر میشن، اگر ده دفعه هم اونها را بخواهی نه نمیگن، میان...".

۱-۳- نظارت و پاییده شدن: مشارکت کنندگان اغلب پرستار خوب را با مداومت در نظارت بر بیمار توصیف کردند. انتظار می‌رفت که پرستار به دفعات بیماران را چک کند. از نظر شرکت کنندگان، پرستارانی که می‌آمدند و می‌رفتند در واقع آنان را مورد پایش قرار می‌دادند.

"... می‌دونید اینجا بیمارستانه ... کنترل میکنن که ناراحتی نداشته باشه، سر ساعت نگاه میکنن... حفاظت حرفه شونه... بیمار یه مقدار احساس امنیت می‌کنه از این‌که پرستار بهش توجه میکنه، داره نگاه می‌کنه...". پاییدن، یکی از معیارهای بیماران در ارزیابی پرستاران و پزشکان بود.

"... دکترهاش هم خیلی خوبند. دکترهاش مرتب میان سر می‌زنن. روزی سه مرتبه میان، صبح میان، ظهر میان، عصر میان سر می‌زنن، می‌پرسن کم و کسری چی دارید؟ ناراحتی چی دارید؟ ...".

پاییدن و نظارت کردن موجب کاهش اضطراب می‌شد. گاه این پاییدن حالت روتین به خود می‌گرفت و چیزی که شرکت کنندگان می‌خواستند نبود. اگر چه روتین‌ها هم موجب آرامش می‌شد ولی رضایت واقعی حاصل نمی‌آمد.

می کنه که مثلاً مریض زیرپاش تخته نداره از این جور چیزها..."

داده ها نشان داد که ناآسودگی یک مشکل اصلی برای مشارکت کنندگان در این تحقیق است. ناآسودگی در اینجا به عنوان مفهومی به کار می رود که دلالت بر یک یا چندین موقعیت ناخوشایند دارد که موجب ایجاد عواطف منفی می شود. ناآسودگی و عواطف منفی ماحصل آن، اغلب ناشی از شرایط جسمی نامطلوب، روانی اجتماعی، محیطی، سازمانی و مالی بوده است که در پنج طبقه فرعی سازماندهی شد.

ناآسودگی جسمی به صورت درد

گذارا و یا مداوم، زخم ها و پانسمان ها، تشک سفت و نامناسب، حمام نرفتن برای مدت طولانی، ناآسودگی ناشی از انواع وسایل تهاجمی و دیگر عوامل بوده است. "توی دماغم سند بود، نفس نداشتم بکشم سه روز خیلی عذاب کشیدم... هشت روز به من غذا ندادند فقط سرم وصل بود..."

داده ها نشان داد اگر ناآسودگی ها مورد انتظار باشند احساسات منفی کمتری را ایجاد می کنند.

ناآسودگی های روانی

اجتماعی به عنوان پیامدی از عواطف منفی پدیدار شد. شرکت کنندگان ناآسودگی را به صورت احساس آسیب پذیری، عدم امنیت، انزوا، احساس عدم سرپرستی، احساس بلا تکلیفی و عدم اطلاع از تشخیص و یا رسیدن به درمان قطعی بیان کردند.

"... پانزده روزه آزمایشم رفته هنوز جوابش نیامده خیلی سخته ... باور کن چقدر برام سخته اصلاً یک ذره بگی رسیدگی بهم نمی کنند. ما که هر چه به اپنا می گیم هیچ اقدامی نمی کنند."

این نوع ناآسودگی، از تعاملات و ارتباطات منتج می شد و با احساس ناامیدی، بی اهمیت بودن، یا احساس وابستگی کامل به دیگران همراه بود. ناآسودگی گاه به صورت احساس عدم تمایل برای تقاضای کمک از فرد خاصی بیان شد. همه کارکنان درمانی و مراقبتی از نظر شرکت کنندگان خوب یا آسودگی بخش نبودند. ارتباط با پرستاری که همدلی نداشت منجر به احساس ناامیدی و یا خشم می شد. شرکت کنندگان گاه کارکنان را فاقد همدلی توصیف کردند.

"...یه جوری برخورد میکنه که آدم پشیمون میشه که چرا پیش ایشون رفت..."

: غالب

مشارکت کنندگان به دلیل محیط اطراف خود، احساس ناآسودگی داشتند. ناآسودگی در ارتباط با صدا (شلوغی های ناشی از بیماران، همراهان و یا کارکنان)، بو (گرفتن لگن توالت در اتاق، بوی نشست فاضلاب از لوله ها)، نور (روشن ماندن چراغ ها)، بحران ها (احیای بیمار در حال مرگ)، رنگ و نمای تیره دیوارها، محیط تنگ و تاریک و آلوده اتاق تجربه شد. بیماری که مدتهای طولانی در بخش ارتوپدی و در یک اتاق سه نفره کوچک بستری بود چنین گفت:

"... فقط بگم جا، اینجا خیلی تنگه، آدم نفسش می گیره اینجا نفس یه جوان خیلی گرفته میشه روحیه اش باخته میشه کلاً باید جایی باز باشه..."

ساختار محیط های درمانی فعلی به گونه ای است که اهمیت جایگاه همراهان در آسایش بیماران را نادیده گرفته است. فضای فیزیکی محدود بخش ها و تسهیلات ناچیز موجب می شود علی رغم ضرورت وجود همراه برای حمایت مراقبتی، حضور آنها در بخش برای بیماران، پرستاران و بیمارستان دردسر آفرین باشد.

در طی اقامت در بیمارستان، نمی توان از این موضوع چشم پوشی کرد. تمامی بیمارانی که همراه داشتند بدون استثنا از نبود امکانات برای همراهان شکایت داشتند. بیماران می گفتند که خدمات را همراهان ارائه می دهند پس بیمارستان هم باید در قبال آن، امکاناتی در اختیارشان قرار دهد.

"... شبی دو هزار تومان باید می داد و نه پتویی بهش می دادن که بخواد بخوابد و نه چیزی دیگه و حتی صندلی هم نبود این بدبخت مجبور بود که وایسه بالای سر ما و تازه دوهزار تومان هم پول بده."

از دیگر ناآسودگی هایی که به کرات در مصاحبه ها در ارتباط با سازمان اشاره شد کمبود امکانات بود.

"... حساب کن کسی که می خواد از شهرستان بیاد اینجا بستری بشه از اول فکرش را بکن اینجا شب اول ببیند که چه شرایطی دارد و هیچ امکاناتی در اختیارش نیست ... بعضی وقتها درمان نیشدارو می شه ..."

یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت راحتی بیمار در مرحله نخست بستگی به تأمین روحی وی دارد و امکاناتی که در اختیارش قرار می دهند. سایر بیماران و یا خانواده آنان در مصاحبه های دیگر تا حدی از بی نظمی های موجود در مدیریت بیماران شاکی بودند. این مسأله در بیماران بستری در بخش های ارتوپدی شدت بیشتری داشت.

: در این حال،

احساس ناآسودگی یعنی عدم برخورداری از حمایت های دولتی برای هزینه های سنگین درمان و متعهد نبودن بیمه. "مثلاً بیمه خدمات درمانی هستیم ولی برای تعویض مفصل هیچ کمکی نمی کنند ... پانصد هزار تومان برای پلاتین دادیم ... الان ما هزینه اینجا را نداریم"، نداشتن آرامش اعصاب و نگرانی از این که

"همراه ها مثلاً اذیت می کنن ... مثلاً می شینن تلویزیون باز می کنن همش میگی خاموش کن میگن شما بخوابید چکار دارید دیگه! تلویزیون نگاه نکنید. ... آدم ناراحت میشه آدم عصبی میشه ناراحت میشم ..."

محیط بیمارستان اغلب غمگین و کسل کننده توصیف شد و امکانات سرگرمی نیز در بخش ها وجود نداشت. مشارکت کننده جوانی اظهار داشت:

"عصرها، غروب، غروب، غروب های بندر که شنیدی (چقدر دلگیره) اینجا هم همینطوره".

ناخوشایند بودن بیمارستان گاه ناشی از ماهیت درمانی آن بود.

"... بیمارستان محیطش خیلی کسل کننده است. بالاخره آدم اطراف شو می بینه، بیمارهای دیگه رو می بینه توی روحیه اش اثر میذاره ..."، شرکت کننده دیگری نیز اظهار داشت:

"اینجا محیطی غم انگیزه، خود بیمارستان محیطی غم انگیزه."

: ناآسودگی در

موارد متعددی، سیستماتیک و ناشی از بوروکراسی، مقررات و مراقبت های روتین بود. همراه یکی از مشارکت کنندگان چنین گفت:

"... روز عمل اصلاً باید هر چی وسیله است آماده باشه حتی پلاتین ... اون روز ساعت پنج صبح اینو بردن اتاق عمل، آمدن واسه من نسخه نوشتن (برای تهیه پلاتین). صبح بردنش تا ۹ شب ولش کردن توی اتاق عمل، چی بسرش آمد خدا میدونه!..."

اگرچه مسائل مربوط به گذاشتن امکانات در اختیار همراهان به ظاهر جداً از آسودگی و یا ناآسودگی خود بیمار به نظر می رسد ولی به دلیل تأکید فراوان و نگرانی بیماران در مورد چگونگی وضعیت خانواده شان

خشک کرد بعد من رفتم بایگون خریدم زدم، بعد رفتم تو اتاق...".

داده ها نشانگر آن بود که تعهد مشارکت کنندگان نسبت به سلامتی خود، انگیزه آنان برای خود مراقبتی بوده است. خودیاری گاه به شکل تحلیل موقعیت به صورت مثبت و انطباق عاطفی با موقعیت در قالب نادیده گرفتن ناآسودگی، به تعویق انداختن در خواست خود، اجتناب کردن و عدم پافشاری نمایان شد

" من تو آی- سی- یو بودم پرستار یه سرم وصل کرد دفعه اول زد لوله سرم خم شد در آورد اینجا زد اگه من سرش داد و بیداد بخوام بکنم خوب بد اخلاقی کنم خوب اون تأثیر بدی روی پرستار هم داره دیگه سعی می کنه کمتر طرف من بیاد یا میاد سریع بره...".

درخواست لگن برای اجابت مزاج لحظه تنش زایی برای بیمارانی بود که در روز همراه نداشتند.

"... من از ترسم مایعات زیاد نمی خورم! صبح و شب فقط میرم دستشویی"

به عبارتی بیمارانی با برقراری گونه ای از خود تنظیمی سعی در کاهش تنش ناشی از درخواست کمک از دیگران را داشتند و با این کار برای دستیابی به درجاتی از آرامش تلاش می کردند.

شبکه مراقبتی غیر رسمی؛ شبکه مراقبتی غیر رسمی خود شامل "مراقبت توسط همراهان" و "مراقبت توسط سایر بیماران" می شد.

حضور همراهان (اغلب یکی از اعضای خانواده) در بالین بیمارانی فراتر از حمایت اجتماعی و دلگرمی عاطفی بود و آنان نقش غیر قابل انکاری را در راحتی جسمی، عاطفی و روانی بیمار ایفا کردند:

"... همراهم همه کار برام می کنه ... مثلاً تر و خشکم می کنه، لباسهام رو عوض میکنه، حمام میبره، دیگه

هزینه درمان باید از چه منبعی تامین شود، "... الان من چند روزه ناراحتم می گم خدایا اگه من اینجا مرخص شدم چی بدم به بیمارستان؛ چون الان پول ندارم ... ناراحتم به خاطر هزینه اش".

با تحلیل داده ها محقق به فرایند مشترکی پی می برد که شرکت کنندگان برای حل مسأله روانی اجتماعی خود مورد استفاده قرار می دادند. مشارکت کنندگان در این تحقیق از طریق راهبردهای مختلفی برای تعدیل ناآسودگی استفاده کردند. این راهبردها طبقات "خودیاری و شبکه مراقبتی غیر رسمی" را شکل دادند. شبکه مراقبتی غیررسمی، خود شامل "مراقبت توسط همراهان" و "مراقبت توسط سایر بیماران" بود.

خودیاری: داده هایی که گویای فعال بودن بیمار در امر مراقبت از خود و مسئولیت پذیری برای بهبودی و درمان بودند تحت طبقه خودیاری قرار گرفتند. این مراقبت ها شامل مراقبت جسمی محسوس و فعالیت هایی بود که به طور غیر مستقیم در افزایش دانش بیمار و در نتیجه مراقبت بهتر از خود، نقش داشت. از جمله این موارد می توان به خرید کتاب درباره بیماری که فرد به آن مبتلا است و افزایش اطلاعات درباره چگونگی مراقبت از خود و یا تعبیر مثبت از موقعیت در طبقه ای تحت عنوان "خودیاری" قرار گرفتند. برای مثال یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت در بیمارستان های زیادی بستری شده و بیمارستان ها برایش مانند هتل بوده اند. وی تشابه هتل به بیمارستان را چنین توصیف کرد.

"... من خودم برای خودم خیلی راحت گرفتم ... من اینجا که رسیدم تمام صندلی ها را آب کشیدم تمام جام را خودم آوردم. چیزها را تمیز نگه می دارم ... رفتم بیمارستان... اول پول دادم کارگره دو تا تخت را شست

ملاقات کننده، همراهان سایر بیماران) را می‌طلبید به طوری که یک شبکه همیاری تشکیل می‌شد. کار شبکه‌ای به منظور و مقاصد متعددی شکل می‌گرفت. حمایت‌ها گاه جنبه مراقبتی داشتند. احساس همدلی با بیمار تنها، و مشغول دانستن پرستار انگیزه قوی برای بیماران در کمک به یکدیگر بوده است.

"... زیر بغلش را می‌گیریم می‌بریم، پایین می‌اریمش، بلندش می‌کنیم، براش لگن می‌اریم، بهش رسیدگی می‌کنیم که دیگه این بنده خداها را هم صدا نکن. آگه یه وقت من هم نتونستم بیارم هم تختیم آورد، من هم عمل کنم بعد اینا میارن... یه وقت همراه داشته باشن همراه شون میاره..."

گاه حمایت‌ها رنگ و بوی روانی اجتماعی داشتند. محیط بیمارستان محیطی کسل کننده است و یکی از شیوه‌هایی که بیماران برای کاهش این احساس دلزدگی استفاده می‌کردند برقراری تعاملات اجتماعی بود. "همه (سایر بیماران) رو دوست دارم بیان اتاقم... جمع می‌شدند شبها اونقدر می‌خوندند، دکتره که رد می‌شد می‌گفت حاج خانم اینجا هتله یا بیمارستان!"

بحث و نتیجه گیری

"آسودگی روانی اجتماعی، ناآسودگی جسمی، ناآسودگی روانی اجتماعی، ناآسودگی به دلیل مسائل محیطی، ناآسودگی ناشی از مسائل سازمانی و ناآسودگی به دلیل مسائل مالی"، گویای طیف وسیعی از عواملی است که تجارب آسودگی/ ناآسودگی بیماران را احاطه کرده‌اند.

نیاز به رهایی از ناآسودگی، محور عمده تجربیات مشارکت کنندگان تحقیق حاضر بوده است. داده‌ها بیانگر آن است که بستری بودن در بیمارستان همواره

کارهایی که دکتر بهش می‌گه انجام می‌ده، آزمایشگاه می‌ره..."

همراهان در کاهش اضطراب و ترغیب بیماران به تحمل و مقاومت، بویژه به هنگام لحظات پر اضطراب رفتن به اتاق عمل نقش حمایتی ایفا می‌کردند. از همراه به عنوان مدافع بیمار نیز یاد می‌شد. بیماران با وجود همراه احساس امنیت کردند.

"... یه چیزی میشه سریع به پرستاری، به دکتری مراجعه کنه... اورژانس همراهام بودن کمکمون می‌کردند...". وجود همراه گاه صرفاً به دلایل نیازهای اجتماعی بیمار بوده است.

"تو آی-سی-یو خویشاوندان را کمتر می‌دیدم همراه نداشتم بیشتر حوصله ام سر می‌رفت چون همش به خودم بودم... تو بخش با اینکه پرستارها مثلاً کمتر از آی-سی-یو به آدم میرسن ولی توی بخش آدم راحت از نظر این که همراه هست، هم صحبت هست. بعد آدم با پرستار رو دروایی گیر می‌کنه بعضی مواقع، ولی با همراه راحت تره".

اگرچه نقش همراهان در کمک به مراقبت بهتر انکار ناپذیر بوده اما اکثر مشارکت کنندگان از پرداخت هزینه بابت همراه با وجود تقبل بار مراقبتی ناخرسند بودند. داشتن همراه به صورت یک نیاز اساسی برای آسودگی تلقی می‌شد. با توجه به کمبود پرسنل مراقبتی، بیماران استفاده از نیروی مراقبتی غیررسمی را ضروری و غیر قابل حذف می‌دانستند.

همیاری بین بیماران: هر گاه بیماران فاقد خویشاوندی بودند که به عنوان نیروی مراقبتی در کنار آنها بماند از همگنان خود کمک می‌جستند. در درجه اول همیاری توسط سایر بیماران صورت می‌گرفت اما بستری شدن موقعیتی بود که اغلب ضرورت همیاری سایر افراد

انطباق با بیماری خود صرف کنند. آن‌گونه که شرکت کنندگان اشاره کردند، عدم برخورداری از حمایت مالی (مددکاری بیمارستان و یا مراکز بیمه و ...) یکی از ناآسودگی‌های بارز تجربه شده در این مطالعه بود، که در مطالعات مرتبط دیگر نیز گزارش شده است. مطالعه رضایی (۱۳۸۳) در خصوص بررسی نیازهای روانی اجتماعی بیماران بستری نشان داد که بیشترین نیازهای روانی اجتماعی (بر اساس پاسخ‌های اصلاً برآورده نشده) دریافت کمک برای هزینه‌های بیمارستان و عدم حمایت مالی بوده است.^(۱۲) نگرانی از هزینه درمان در مطالعه شمس آزاد (۱۳۸۳) نیز جزء عوامل روانی تنش‌زا برای بیماران بستری در بخش ویژه بوده است. توجه همه جانبه پرستار به نیازهای بیماران - به عنوان اولین کسی که با نیازهای بیمار ارتباط دارد - و همچنین شناخت و تشخیص این نیازها و برنامه‌ریزی صحیح جهت ارضای آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.^(۱۳)

یک یافته مهم این مطالعه شناخت بیمار به عنوان کارمند در بیمارستان است. بیماران منتظر نمی‌ماندند تا آسودگی برایشان رخ دهد. آن‌ها در واقع خود، بررسی و برنامه‌ریزی کرده و راهبردهایی را برای دستیابی به بالاترین حد ممکن از آسودگی اجرا می‌کردند. Strauss و همکاران (۱۹۸۵) دریافتند که بیماران به‌طور مستمر در دوران بستری خود فعالند. آن‌ها اظهار داشتند که اغلب پرسنل از کاری که بیماران انجام می‌دهند آگاه نیستند.^(۳) این‌که بیماران در ایجاد آسودگی برای خود عامل فعالی بوده‌اند، تأییدی بر یافته‌های مطالعه Cameron (۱۹۹۳) است. وی آسودگی را به صورت یک فرایند پویا شناسایی کرد که بیماران به‌طور فعال برای افزایش آسایش شخصی خود درگیر آن بودند. با وجود این، نقش پرستاران در ایجاد

معادل رفع مؤثر نیازهای مراقبتی و درمانی نیست. بیماران در ارتباط با سیاست‌ها و قوانین و مقررات بیمارستانی و اولویت‌های سازمانی تنش‌های زیادی را تجربه کردند. مدیریت و برنامه‌ریزی صحیح امور درمانی/پرستاری از ارکان اساسی در مراقبت مبتنی بر آسودگی است، هر گاه سیستم درمان به گونه‌ای باشد که به نیاز بیمار به شکل مناسب و منسجم پاسخ داده نشود، پیامد آن افزایش تنش و ناآسودگی است. محیط مراقبت عامل مهمی در فرایند بهبودی، رضایتمندی بیماران و خانواده‌های آنان و مؤثر بر آسودگی است. عوامل محیطی لزوماً باعث بیماری نمی‌شود اما می‌تواند باعث توسعه و پیشرفت بیماری شود. علی‌رغم اهمیت و نقش محیط فیزیکی در حفظ و اعاده سلامت بیماران و احساس آرامش، مشارکت کنندگان به مشکلات متعددی مانند کوچکی اتاق‌ها و یا نامناسب بودن سرویس‌های بهداشتی در ارتباط با محیط بیمارستان اشاره کردند. برخی مطالعات نشان می‌دهد که بیماران در ارتباط با مراقبت کنندگان غیر رسمی (خانواده و دوستان) نقش یک حمایت‌کننده فعال را ایفا می‌کنند.^(۱۱) بنابر این جای تعجب نیست که در این تحقیق نیز مشارکت کنندگان از فقدان امکانات رفاهی برای همراهان (از قبیل روی زمین خوابیدن) شاکی بودند. در طراحی مراکز درمانی اغلب به جایگاه همراهان توجه نمی‌شود و امکانات اولیه رفاهی از قبیل صندلی و تخت نیز محدود است. مراکز درمانی به واسطه وجود محرک‌های تنش‌زای بسیار، محیط پرتنشی برای بیماران بوده و از آنجایی که بیماری، خود به عنوان یک عامل تنش‌به‌حساب می‌آید، بنابراین همواره بیماران تحت تنش جسمی و روحی شدید قرار دارند. از این رو جا دارد تا حد امکان از ناآسودگی‌های محیطی کاست تا بیماران بتوانند انرژی خود را برای

در شیفت روز و ۳ پرستار در شیفت شب قرار داشتند. کنار تخت‌ها نیز خانواده های بیماران واقع شده بودند. برخی از همراهان نیز روی تخت بیماران خود، می‌خوابیدند. این حالت نه تنها عادی به نظر می‌آمد بلکه مراقبت از بیمار بدون وجود همراه امکان پذیر نبود.^(۱۷) توجه به اعضای خانواده بیمار در واقع قسمتی از مراقبت بیمار محسوب شده و باعث آسایش و راحتی بیمار می‌شود. از سوی دیگر ارائه مراقبت مناسب به بیمار موجب تطابق مؤثر و کاهش تنش مراقبین می‌گردد. آگاهی از این موضوع به کادر مراقبتی کمک می‌کند تا در برنامه ریزی های خود به نیروی این منابع قوی نیز توجه داشته و آن‌ها را به عنوان مصرف کننده، عناصر پشت صحنه یا عوامل تنش در بخش، در نظر بگیرند بلکه با برنامه ریزی صحیح، اقدامات آن‌ها را به سوی ارتقاء کیفیت خدمات جهت دهند.

یافته قابل توجه دیگر در این مطالعه مربوط به حمایت اجتماعی بیماران از یکدیگر است. ادبیات مربوط به همیاری بیماران محدود است. احمدی (۱۹۸۵) طی مطالعه ای به اهمیت و وجود سیستم حمایت اجتماعی غیر رسمی بیماران پی برده و آن را مورد تقدیر قرار داد.^(۱۸) Norbeck (۱۹۸۲) می‌نویسد متغیرهای خاص حمایت اجتماعی که در سلامتی نقش دارد، همچنان ناآشکارند و هیچ راهنمای مشخصی برای هدایت عملکرد بالینی وجود ندارد.^(۱۹) نیاز فردی، ویژگی های روابط بین فردی و ویژگی های محیطی، متغیرهایی هستند که به تحقیق بیشتر نیاز دارند. می‌توان افراد را در خصوص تقویت حمایت اجتماعی آموزش داد. با توجه به این که حمایت اجتماعی، نقش حفاظتی دارد تحقیق در این حیطه می‌تواند در ارتقاء کیفیت مراقبت و سطح سلامت بیماران قابل ملاحظه باشد. به طوری

آسودگی برای بیماران با اهمیت بود. وضعیت جسمی، سن و شدت بیماری بر فعال بودن بیماران در فرایند آسودگی خود، مؤثر است.^(۱۴) Tutton (۲۰۰۱) در پژوهش خود پیرامون تجربه آسودگی بیماران سالمند، اظهار داشت وضعیت جسمی سالمندان عاملی بود تا آنان برای رفع نیازهای آسودگی خود، افرادی وابسته به سایرین باشند.^(۱۵) مشارکت کنندگان پژوهش حاضر هرگاه دریافتند که منابع فردی شان برای تعدیل ناآسودگی‌ها کافی نیست از نیروهای خارجی درخواست کمک کردند. درخواست کمک از همراهان بارزترین راهبرد برای تعدیل ناآسودگی‌ها بوده و نیروی مراقبتی غیر رسمی از منابع بسیار مؤثر و غیرقابل انکار در آسودگی بیماران به شمار می‌رفت. در مطالعه خادمی (۱۳۸۳) درباره تجارب همراهان بیماران سالمند بستری، مشخص شد که فعالیت همراهان در حیطه های حمایت روحی روانی و در قالب کمک به انجام فعالیت‌های روزانه زندگی، همکاری با تیم درمان با ارائه شرح حال و اطلاعات، تصمیم گیری در مورد برنامه های درمانی، انجام هماهنگی با سایر مراکز، انجام مراقبت های تکنیکی و حتی مراقبت های حیاتی و آموزش به بیمار بوده است.^(۱۶) وضعیت جاری مراکز درمانی به گونه ای است که درخواست یاری از همراهان را تقریباً ضروری و حتمی می‌سازد. برخی از همراهان بیماران نیز اظهار داشتند که باید حتماً خودشان در بیمارستان باشند تا جای پرسنل کار مراقبت از بیمار را انجام دهند. مشابه وضعیت جاری را در برخی از کشورهای آسیایی نیز می‌توان یافت. Jackson (۲۰۰۱) درباره مشاهده خود از یک بیمارستان عمومی در مانیل (فیلیپین) چنین توصیف می‌کند: "تعداد زیادی بیمار در یک بخش ۵۳ تختوابه (با یک توالی در انتهای یک بخش بزرگ) با ۸ پرستار

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران که این پروژه را مورد حمایت مالی قرار دادند و همچنین از مساعدت مسئولین محترم مراکز درمانی و مهم تر از همه بیماران عزیز و همراهان، قدردانی نمایند.

فهرست منابع

- 1- Malinowski A, Leeseberg LL. Comfort: explanation of the concept in nursing. *J Adv Nurs*; 2002. 39(6): 599-606.
- 2- McIlveen K, Morse JM. The role of comfort in nursing care: 1900-1980. *Clin Nurs Res Int J*; 1995. 4(2): 127-148.
- 3- Strauss A, Fagerhaugh S, Sucezek B, Weiner C. Social organization of medical work. Chicago: The University of Chicago; 1985. P. 86- 88.
- 4- Kennedy GT. A nursing investigation of comfort and comforting of the acutely ill patient, Ph.D Dissertation. University of Texas at Austin; 1991. P.120-125.
- 5- Widmark-Petersson V, Von Essen L, Sjoden PO. Perceptions of caring among patients with cancer and their staff: differences and disagreements. *Cancer Nurs*; 2000. 23(1): 32-39.
- 6- Morse JM, Field PA. *Qualitative Research Methods for Health Professionals*, 2nd ed. Sage; 1995. P.44-48.
- 7- Chentize WC, Swanson JM. Surfacing nursing process: A method for generating nursing theory from practice. In: W.C. Chentize & J.M. Swanson (Eds.). *From practice to grounded theory: Qualitative research in nursing*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1986. P 45.
- 8- Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research; techniques and procedures for developing grounded theory*. 2nd ed. Thousand oaks: Sage publication; 1998. P.50.

که مطرح شد، می توان گفت که تمامی یافته های تحقیق حاضر به نحوی با مطالعات مرتبط با آسودگی، مراقبت و رضایت مندی تأیید می شود.^(۲۰) همچنین داده ها با مطالعه Walker (۲۰۰۲) و Williams (۲۰۰۳) که بیماران را به عنوان افرادی فعال در فرایند آسودگی و دارای قدرت انطباق و تحمل ناآسودگی ها توصیف کرده اند،^(۲۱،۲۲) و با بینش حاصله از مطالعه Hamilton در مورد ابعاد آسودگی/ناآسودگی همخوان است.^(۲۳)

با توجه به یافته های مطالعه حاضر مربوط به طبقات ناآسودگی جسمی، محیطی، سازمانی و مالی موارد ذیل پیشنهاد می شود: به کارگیری الگوهای مراقبتی که منجر به پاسخگویی سریع پرستاران به نیازهای بیماران از قبیل رفع درد شود. توجه مسئولین مراکز درمانی به افزایش تعداد پرستاران به ویژه در شیفت شب، نظافت محیط و کاهش سر و صدا به عنوان اصول اولیه آسودگی و اتخاذ راهکارهایی لازم. افزایش شبکه بیمه های درمانی، افزایش سهم بیمه و کاهش سهم بیماران در پرداخت هزینه ها و اختصاص بودجه بیشتر به درمان.

کلام آخر این که مشارکت کنندگان در این مطالعه عمدتاً از بیماران بستری در مراکز آموزشی درمانی بوده اند بنابراین تعمیم یافته ها برای بیمارانی که در مراکز درمانی خصوصی بستری می شوند بایستی با احتیاط صورت بگیرد. اگرچه هدف از مطالعات کیفی تعمیم داده ها نیست اما امید است این محدودیت در مطالعات بعدی با بسط دامنه نمونه گیری به مراکز درمانی خصوصی که از امکانات و پرسنل بیشتری برخوردارند، کاسته شود.

۱۶- خادیمان مژگان، تجارب همراهان بیماران سالمند بستری در بیمارستان، رساله کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان؛ ۱۳۸۳: ۶۰-۶۲.

17- Jackson BS. Reactions to families as hospital caregivers, A research perspective. *J Nurs Adm-home*; 2001. 31(10): 458-461.

18- Ahmadi KS. The experience of being hospitalized: stress, social support and satisfaction. *Int J Nurs Stud*; 1985. 22(2): 137-48.

19- Norbeck JS. The use of social support in clinical practice. *J Psychosocial Nurs Ment Health Serv*; 1982. 20(12): 22-29.

20- Yen M, Chen CH, Chou SM. Concerns of hospitalized care from patients perspectives. *J Nurs Res*; 2002. 10(2): 121-128.

21- Walker AC. Safety and comfort work of nurses glimpsed through patient narratives. *Int J Nurs Pract*; 2002. 8(1): 42-8.

22- Williams AM. The Contribution of Therapeutic Interpersonal Interactions to the Comfort of Hospitalized Patients. A Grounded Theory Study of the Patient's Perspective. Ph.D Dissertation, Curtin University of Technology, Perth, Western Australia; 2003. P.155-156.

23- Hamilton J. Comfort and the hospitalized chronically ill. *J Ger Nurs*; 1989. 15(4): 28-33.

9- Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 2003. P. 38-39.

10- Hutchinson S. Grounded theory: The method In nursing research: A Qualitative perspective, Appleton-Century-Crofts, Norwalk, CT; 1993. P 23-4.

11- Russell Ck, Bunting SM. Protective care-receiving: the active role of care-recipients. *J Adv Nurs*; 1997. 25(3): 532-540.

۱۲- رضایی محمد علی. بررسی نیازهای روانی اجتماعی بیماران در بخش مراقبتهای ویژه قلبی شهر شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۸۲. خلاصه مقالات چهاردهمین کنگره انجمن قلب و عروق ایران با همکاری انجمن قلب بریتانیا. تهران؛ ۱۳۸۳. ص. ۴۵.

۱۳- شمس آزاد مرضیه. بررسی عوامل تنش زا برای بیماران بستری در بخش های ویژه مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی با تکیه بر فرهنگ و اعتقادات آنان در سال ۱۳۸۲. خلاصه مقالات چهاردهمین کنگره انجمن قلب و عروق ایران با همکاری انجمن قلب بریتانیا. تهران؛ ۱۳۸۳. ص ۹۰.

14- Cameron BL. The nature of comfort to hospitalized medical surgical patients. *J Adv Nurs*; 1993. 18(3): 424-436.

15- Tutton E, Seers K. Comfort on a ward for older people. *J Adv Nurs*; 2004. 46(4): 380-389.

Comfort of Hospitalized Patients: A Missed Concept

L. Jouybari, PhD¹ SF. Oskouie, PhD² F. Ahmadi, PhD³

Abstract

Background & Aim: Historically, comfort has been an optimal outcome in caring of hospital patients though, the concept of comfort from patients' perspective is rarely assessed. The aim of this study was to explore hospitalized Medical-Surgical patients' experiences and perceptions regarding of comfort and discomfort.

Material & Method: A qualitative approach using grounded theory was adopted in this study. The data collected by semi-structured interviews and participants' observation, from a purposive sample of 31 medical-surgical patients, with 11 patients' accompanied relatives who were subjected to questions and constant comparative analysis. This study was conducted in five large teaching and semi-private hospitals in Iran.

Result: Data analysis covered a number of themes obviously included discomfort. In fact, experiencing discomfort was so persistent in the data, that it formed several categories including "physical, psychosocial and environmental discomfort". Self help and organizing of informal caring web, and seeking help from others, were the participants' main strategies to deal with discomfort.

Conclusion: The finding indicated that hospitalization of patients is not always necessarily equivalent to effective deal with caring and therapeutic needs. Patients experience a lot of distress related to hospital's policies, regulations and priorities. Patients can have active role for discomfort management. In addition, it is highlighted the roles of patients' relative and care-givers in hospitals. Therefore, without cooperation of care-givers (patients' relatives), the quality of nursing care could be disturbed seriously.

Key Words: Comfort, grounded theory, Hospitalized patients

¹ Assistant Professor in the Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Shast kela Rd., Gholestan University of Medical Sciences, Ghorgan, Iran. (Corresponding Author)

² Associate Professor in the Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences.

³ Associat Professor in the Department of Nursing, Tarbiat Modares University.