

درک بیماران جراحی قلب از منابع آسایش بخش: یک مطالعه کیفی

ویدا شفیعی پور^۱، عیسی محمدی^۲، فضل‌الله احمدی^۳

چکیده

مقدمه: آسایش نیاز اساسی بشر در تمام مراحل زندگی و پیامد اقدامات پرستاری است. شناخت نیاز آسایش در بیماران جراحی قلب باز بر اساس تجارب و ادراک خود بیماران - که با مشکلات جراحی و عوارض آن مواجه هستند - به جهت مراقبت، امری ضروری به حساب می‌آید. این مطالعه با هدف، تبیین درک بیماران جراحی قلب باز بستری از منابع آسایش بخش انجام گرفت.

روش: این مطالعه با رویکرد تحقیق کیفی و با روش تحلیل محتوای کیفی انجام شد. مشارکت کنندگان شامل ۲۰ بیمار تحت جراحی قلب بودند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های بدون ساختار و با نمونه‌گیری هدفمند جمع‌آوری و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. تجزیه و تحلیل داده‌ها به طور مستمر و همزمان با جمع‌آوری داده‌ها و به صورت مقایسه‌ای انجام گردید.

یافته‌ها: در طی فرایند تحلیل داده‌ها، چهار درون‌مایه که بیانگر تجربه و ابعاد درک بیماران از منابع آسایش است، شامل "احساس رابطه نزدیک و انسانی با پرستار"، "درک حضور و پایش مداوم پرستار"، "حمایت خانواده و بیماران هم‌تا" و "قرار گرفتن در محیط بستری ایمن و آسوده" آشکار شد. این درون‌مایه‌ها بیانگر منابعی است که بیماران، آسایش خود را از آن‌ها کسب می‌کردند.

نتیجه‌گیری: بر طبق نتایج، بیماران آسایش حاصل از منابع انسانی را بیش از محیط و امکانات مدرن دریافت می‌کنند. این موضوع بیانگر اهمیت و نقش پررنگ پرستاری و پرستاری انسانی بر خلاف نیاز به پرستاری تکنیکی و با امکانات تخصصی مدرن است. بنابراین توجه به پرستاران و استاندارد سازی منابع انسانی در بخش‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی بیشتر از استاندارد سازی فیزیکی اهمیت دارد تا اقدامات پرستاری با شناخت واقعی نیاز بیماران صورت پذیرد.

کلید واژه‌ها: درک بیماران، منابع آسایش، تحلیل محتوای کیفی، جراحی قلب.

نوع مقاله: تحقیقی

تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۲۷

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۴

ارجاع: ویدا شفیعی پور، دکتر عیسی محمدی، دکتر فضل‌الله احمدی. درک بیماران جراحی قلب از منابع آسایش بخش: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۱؛ ۱ (۲): ۱۳۴-۱۳۳.

مقدمه

(۳). در ایران نیز سالانه ۳۵ تا ۵۰ هزار مورد عمل جراحی قلب انجام می‌شود (۴).

هر چند جراحی قلب عمل موفقیت‌آمیزی در مراقبت قلبی است، ولی برای بسیاری از بیماران تجربه‌ای استرس‌زا، ناخواسته و تهدید کننده زندگی به همراه ترس و اضطراب است و جنبه‌های متعدد زندگی شخصی افراد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (۵). جستجوی آسودگی و ابراز آسایش بیشترین خواسته بیماران و خانواده‌های آنان

بیماری‌های قلبی - عروقی علت اصلی مرگ و میر در جهان مدرن امروز و عامل مرگ بیش از ۱۶ میلیون نفر در سال است. بیش از ۸۰ درصد از این مرگ‌ها سهم کشورهای با درآمد پایین و متوسط می‌باشد (۱). جراحی قلب نیز شایع‌ترین مداخله درمانی برای بیماری ایسکمیک (Ischemic) و مشکلات دریچه‌ای است (۲). سالانه در آمریکا صدها هزار بیمار تحت جراحی قلب و عروق قرار می‌گیرند

^۱ دانشجوی دکترا، گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

^۲ دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

^۳ استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

(۶) برای رهایی از این وضعیت سخت و تنش‌زا است (۷).

آسایش که به عنوان یک نیاز حیاتی در پرستاری (۹، ۸) بیان شده است، دارای مفهومی چندبعدی می‌باشد (۱۱، ۱۰) و از نظر لغوی معانی زیادی دارد (۱۰). آسایش یک مفهوم پیچیده (۱۱)، مبهم (۱۰-۶)، کل‌نگر، ارزشمند و ضروری در مراقبت سلامتی است (۱۱). آسایش بخشی نیز پیامد اقدامات پرستاری و موضوع اصلی در مراقبت بیمار است (۱۲، ۱۰، ۷).

آسایش مفهومی است که تئوری پردازان و محققان پرستاری متعددی مانند Paterson Zderad و Watson و Hall، Lininger، Roper، Orlando (به نقل از Tutton و Seers) به بررسی آن از دیدگاه خاص خود پرداخته‌اند (۷) و آن را به عنوان نتیجه یا عملکرد مراقبت‌های پرستاری، نیاز اساسی انسان و یا فرایند، مورد توجه قرار دادند (۱۲).

آسایش از منظر Orlando (به نقل از Kolcaba) یک پیامد (۱۰)، از نگاه Watson و Lininger (به نقل از Malinowski و Stamler) جزئی از طبقات مفهومی (۱۲) و از نگاه Morse شناسایی در سه جزء لمس، گفتگو و شنیدن می‌باشد (۱۳، ۱۲). Hamilton نیز از نگاه تجارب انسانی آسایش را مورد بررسی قرار داد (۱۴). در این بین، Kolcaba به صورت خاص و متمرکز در طیفی از حیطه‌های جسمی، روحی- روانی، اجتماعی و محیط به بررسی آسایش پرداخت (۱۰).

آسایش دارای تعریف وسیعی با دیدگاه‌های مختلف است (۹)؛ چرا که هر یک از پژوهشگران با درک فردی، ذهنی و زمینه‌ای خود به بررسی جنبه‌ای از آسایش پرداخته‌اند. برخی محققین بر روی مفهوم متمرکز شده و برخی سعی کردند از منظر بیماران آسایش را مورد بررسی قرار دهند، با این حال شکاف‌هایی از آن باقی مانده و پاسخ بیماران به آرامش، آسایش و راهبرد به کار گرفته شده توسط پرستاران، نیاز به شناسایی و توصیف دارد (۱۳).

به نظر می‌رسد در زمینه جراحی قلب، به دلیل شرایط حساس و پرخطر این بیماری و پیامدهای جراحی، دستیابی بیماران به منابع آسایش متفاوت باشد. بیماران از زمان تشخیص بیماری قلب و نیاز به جراحی تا تصمیم‌گیری برای انجام عمل، تجربیات آسیب‌زا، زمان نگران‌کننده و ناامنی (۵) مانند ترس از مرگ (۱۵) ترس از وقوع سکنه قلبی در زمان انتظار عمل (۱۵-۵)، اضطراب، تردید، افسردگی و دل‌تنگی را می‌گذارند (۵).

مشکلات جسمانی قبل عمل (درد سینه، تنگی نفس و عدم توانایی انجام کارهای شخصی و حرفه) و بروز عوارض جسمانی بعد

عمل (تهوع، موقعت‌یابی ضعیف، اختلال هموستاز، اختلال خواب، کاهش قدرت جسمی و شنیدن صدای تیک در تعویض دریچه قلب) در بیماران همراه با احساس عدم آسایش جسمانی است (۱۶). همچنین برای بسیاری از بیماران تجربه گذراندن دوره‌ای از درمان در ICU قلب در کنار محدودیت فعالیت، توأم با کاهش آسایش است (۱۱).

فراهم سازی آسایش به عنوان جنبه‌ای از بهبودی و عامل مهم کیفیت زندگی بیماران در نظر گرفته می‌شود (۸) و شناسایی نیازهای آسایش از منظر بیماران برای ارایه مراقبت پرستاری یک ضرورت محسوب می‌گردد. هر چند تدارک آسایش و امنیت بیماران از اهداف و مسؤولیت‌های پرستاری بالینی است (۱۷)، اما به نظر می‌رسد که فراهم سازی آسایش بیمار به تدریج جزء اولویت‌های کم‌اهمیت پرستاری قرار گرفته و این نقش مهم پرستاران به مرور زمان تغییر کرده است.

گاهی این امر ناشی از ارایه خدمات تنها از نگاه تیم درمان است، یعنی در برنامه‌ریزی مراقبتی، انتظارات، نگرانی‌ها و تجربیات بیماران در نظر گرفته نمی‌شود (۱۸) و گاهی همگام با پیشرفت در تکنولوژی پزشکی، بیشترین تمرکز و وقت پرستاران بر روی وظایف تکنیکی است و به مراقبت آسایش روان بیماران کمتر توجه می‌شود. در این فضا آسایش بیماران با وجود درد یا عدم درد مشخص می‌گردد؛ در حالی که تأمین آسایش موضوعی فراتر از تسکین مشکلات جسمی است (۱۹).

هر گاه آسایش بیماران فراهم یا ارتقا یابد، بیماران راحت‌تر قادر به بروز رفتارهای سلامتی هستند و با شرایط استرس‌زای بیماری کنار می‌آیند (۱۶). فراهم سازی آسایش می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری جلوگیری نموده و تأثیر مثبتی بر وضعیت جسم و روان بیماران گذاشته و سبب بهبودی و ترخیص سریع‌تر آنان شود (۱۰). بر همین اساس تعدادی از نویسندگان با به کارگیری مداخلات آسایش به بررسی اثرات آسایش بر رفتارهای سلامتی بیمار توجه داشتند، مانند تأثیر آسایش گرمایی بر کاهش اضطراب قبل از عمل (۲۰)، کاهش Tachycardia (تند شدن غیر طبیعی ضربان قلب)، Dysrhythmia (اختلال ضربان قلب) و درد بیماران جراحی (۲۱). به کارگیری موسیقی در آرام سازی عضلات، کاهش خستگی و آرامش روحی (۱۱)، همچنین بهبود روابط با فراهم سازی آسایش از طریق ماساژ دست (۱۷) و برخی از نویسندگان نیز به بررسی تجارب آسایش در بیماران سالمند (۱۴)، سرطانی (۶)، کودکان (۲۲)، بیماران بخش اورژانس (۱۳) و بیماران

بستری در بخش‌های داخلی، جراحی عمومی و ارتوپدی (۲۳) پرداختند، اما به طور اختصاصی به بررسی درک و تجربه بیماران جراحی قلب باز از منابع آسایش بخش پرداخته نشده است.

همه بیماران انواعی از عدم آسایش را در همه زمینه‌های استرس‌زای سلامتی تجربه می‌کنند (۸). از آن جایی که آسایش نتیجه مداخلات فیزیکی، روانی و محیطی است، بنابراین نیاز به بررسی جدید در محیط‌های مختلف بالینی ضروری به نظر می‌رسد (۱۱) و این مفهوم باید به وضوح برای سایر بیماری‌ها نیز شفاف سازی شود (۸).

آسایش هدف مهم و حیاتی مراقبت است (۶) و تأمین آسایش جزء وظایف ارایه دهندگان خدمات سلامت از جمله پرستاران به بیماران می‌باشد. بیماران تحت جراحی قلب باز در مواقع به خطر افتادن آن، فعالانه منابع آسایش را جستجو و اقدام به تأمین آن می‌کنند. بررسی منابع تأمین آسایش بر اساس تجارب بیماران برای پرستاران که مراقبین حرفه‌ای و مسؤول تأمین آسایش آن‌ها هستند، حایز اهمیت بوده و شناسایی این منابع می‌تواند در برنامه‌ریزی مراقبتی به آن‌ها کمک نماید. بنابراین این مطالعه با هدف، تبیین درک و تجربه بیماران جراحی قلب از منابع آسایش طراحی و انجام شد.

روش

هدف مطالعه حاضر، تبیین درک و تجربه بیماران جراحی قلب از منابع آسایش بود. برای دستیابی به این هدف، از روش تحلیل محتوای کیفی مرسوم (Conventional) استفاده شد. تحلیل محتوای کیفی به عنوان روش تحقیق، به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی است که از طریق فرایند طبقه‌بندی منظم، درون مایه‌ها یا الگوهای آشکار و پنهان در متن مورد شناسایی قرار می‌گیرد و هدف از تحلیل محتوای مرسوم، شرح پدیده و بیان واکنش‌های احساسی بیماران می‌باشد (۲۴).

محیط پژوهش در این مطالعه، بخش‌های جراحی قلب و Post ICU قلب در سه مرکز درمانی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاهی شهر تهران بود. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف شروع شد. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از هر مصاحبه، راهنمایی برای مصاحبه بعدی بوده و بدین ترتیب نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. در این مطالعه از مصاحبه ۱۷ به بعد، داده یا کد جدیدی حاصل نشده و کدهای قبلی تکرار می‌گردید، اما با این وجود برای اطمینان بیشتر ۳ مصاحبه دیگر هم انجام گردید و اطلاعات جدیدی دریافت نشد که منجر به کدگذاری و تشکیل طبقات جدید گردد. در

مجموع با ۲۰ مشارکت کننده مصاحبه انجام پذیرفت.

ملاک انتخاب بیماران شرکت کننده در مطالعه، داوطلب جراحی قلب یا جراحی شده بستری در بیمارستان، هوشیار و قادر به گفتگو به زبان فارسی، تمایل به شرکت در مطالعه و بازگویی تجارب خود به محقق بود.

قبل از جمع‌آوری اطلاعات و پس از تصویب پروپوزال در شورای پژوهشی دانشکده علوم پزشکی، اخذ مجوز ورود به عرصه بالینی از کمیته اخلاقی دانشگاه تربیت مدرس و مسؤولان بیمارستان‌های مربوط اخذ گردید و اصول اخلاقی در پژوهش مانند رضایت آگاهانه، حفظ بی‌نامی، رازداری و اختیار شرکت کنندگان برای ترک مطالعه رعایت شد.

روش جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه بدون ساختار در کنار تخت بیماران و انفرادی صورت پذیرفت. قبل از شروع مصاحبه، در مورد هدف مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات و ضبط مصاحبه‌ها برای آن‌ها توضیح داده می‌شد، سپس در صورت تمایل شرکت در مطالعه، مصاحبه ابتدا با یک سؤال باز و کلی "لطفاً ممکن است قبل یا بعد از عمل جراحی زمان یا موقعیتی که در آن احساس راحتی داشته‌اید را برایم توضیح دهید؟" و یا "چه عواملی در ایجاد این راحتی و آرامش شما دخیل بودند؟" از مشارکت کنندگان آغاز گردید و سپس سؤالات بعدی و پیگیری کننده برای روشن‌تر شدن مفهوم مورد مطالعه بر اساس اطلاعاتی که شرکت کننده ارایه می‌کرد، مثل "لطفاً در این باره بیشتر توضیح دهید؟"، "منظورتان چیست؟"، "آیا می‌توانید با مثال عینی منظورتان را برایم روشن شرح دهید تا من حرف شما را بهتر بفهمم؟" در طول مصاحبه متناسب با پاسخ‌ها پرسیده شد.

طول مدت مصاحبه با توجه به وضعیت جسمی بیماران تنظیم می‌شد و به طور متوسط ۷۰ دقیقه و بین ۳۰ تا ۱۲۵ دقیقه متفاوت بود. تمام مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اصلی مطالعه انجام و همزمان ضبط و سپس کلمه به کلمه پیاده سازی و تایپ شد. سپس جهت غوطه‌وری محقق در داده‌ها، مصاحبه‌ها در چند نوبت به دقت گوش داده شد و متن تایپ شده آن چندین بار مرور، کدگذاری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در واقع تجزیه و تحلیل داده‌ها همزمان و به طور مستمر با جمع‌آوری داده‌ها انجام پذیرفت.

تحلیل داده‌ها در راستای هدف پژوهش و بر اساس توضیحات مشارکت کنندگان در مطالعه به ترتیب در ۸ مرحله انجام گرفت. آماده کردن داده‌ها (پیاده کردن یا تایپ متن مصاحبه‌ها)، تعیین واحدهای معنایی (مشخص کردن کلمات، جملات و یا

جدول ۱. یک نمونه از روند تحلیل داده‌ها

درون‌مایه	طبقات	کدها	داستان
احساس رابطه نزدیک و انسانی با پرستار	برخورد دوستانه	- ایجاد احساس خوب در بیمار با مورد توجه واقع شدن نزد پرستار	"... این برای آدم به احساس خوبی، این آقا علی رغم وظیفه‌اش به عواطف انسانی که در وجودش است پاسخ می‌ده و به شما محبت می‌کنه. می‌گه همراهت اومده شما براش مهمی"
		- احساس خوب در بیمار به دنبال پاسخگویی پرستار به نیاز عاطفی بیمار	
	اعتماد و اطمینان در ارتباط	- مسؤولیت‌پذیری پرستار در جوابگویی به بیمار	"... یک عده که احساس مسؤولیت می‌کنن، وقتی از شون سوآلی رو می‌پرسی، خیلی خوب و مهربون جوابتو می‌دهن"
		- توجه‌پذیری بیمار با لحن خوب و مهربان	

ثبت و گزارش نمود تا امکان پیگیری تحقیق برای دیگران فراهم شود. جهت انتقال‌پذیری یافته‌ها سعی شد، نقل قول‌های مشارکت کنندگان به همان صورتی که گفته شده، ارائه گردد. همچنین ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت کنندگان و زمینه مورد بررسی با جزئیات بیان گردد تا خواننده مطالعه بتواند در مورد استفاده از نتایج مطالعه تصمیم‌گیری کند.

پاراگراف‌هایی از بیان گفته‌های بیماران حاوی نکات مهم در مورد آسایش به عنوان واحدهای معنایی تعیین شد، کدگذاری متن (تبدیل واحدهای معنایی به برچسب‌ها، عنوان خلاصه‌ای که بیانگر معنای واحد انتخاب شده باشد)، بازنگری کدها با متن (مرور مجدد، مقایسه کدها از نظر تشابهات و تفاوت‌ها با یکدیگر و ادغام کدهای مشابه)، دسته‌بندی و توسعه طبقات بر اساس تشابه و تناسب، بازنگری طبقه‌ها و مقایسه مجدد با داده‌ها برای اطمینان از استحکام کدها، شناسایی درون‌مایه‌ها با تأمل دقیق، عمیق و مقایسه طبقات با یکدیگر و گزارش یافته‌ها (۲۴) (جدول ۱).

برای اطمینان از صحت و پایایی داده‌های کیفی از معیارهای دقت علمی مانند اعتبار (Credibility)، قابلیت اعتماد یا حساسی (Dependability)، تناسب (Transferability) و قابلیت تأیید (Confirm ability) Lincoln و Guba استفاده شد (۲۵).

روش‌های تعیین اعتبار شامل، درگیری طولانی مدت محقق با موضوع تحقیق و داده‌ها، کنترل توسط خود مشارکت کننده‌ها (یعنی بخشی از متن مصاحبه همراه با کدهای اولیه به رؤیت مشارکت کنندگان رسید و میزان تجانس ایده‌های استخراج شده محقق از داده‌ها با نظر مشارکت کنندگان مقایسه گردید)، تلفیق داده‌ها به صورت مصاحبه با بیماران در زمان‌های مختلف (مصاحبه‌ها در سه نوبت صبح، عصر و شب در تعیین این که آیا یافته‌های مشابه اتفاق می‌افتد یا نه؟) انجام شد و برای تناسب از تکنیک نمونه‌گیری با حداکثر تنوع یعنی انتخاب مشارکت کنندگان از لحاظ نوع عمل جراحی قلب، مدت زمان بستری قبل و بعد عمل، سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات و شغل استفاده شد (جدول ۲).

همچنین تأییدپذیری یافته‌ها با کنترل توسط ناظران خارجی آشنا به تحقیق کیفی سنجیده شد، به این معنی که بخش‌هایی از متن مصاحبه به همراه کدهای مربوط و طبقات پدیدار شده توسط دو ناظر آشنا به تحقیق کیفی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. برای حساسی تحقیق، محقق مراحل و روند تحقیق را به طور دقیق

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان	
جنس	۱۲ نفر مرد، ۸ نفر زن
سن	۴۹ تا ۶۵ سال
تأهل	۱۶ نفر متأهل، ۳ نفر بیوه، ۱ نفر متارکه
سطح تحصیلات	۵ نفر بی‌سواد، ۶ نفر کم‌سواد، ۵ نفر زیر دیپلم، ۲ نفر دیپلم، ۲ نفر لیسانس
مدت زمان بستری قبل و بعد عمل	۱۰ روز تا ۲ ماه
نوع عمل جراحی	۱۳ نفر Bypass عروق کرونر، ۴ نفر تعویض دریچه میترال، ۳ نفر تعویض دریچه آئورت
شغل	۲ زن و ۵ مرد بازنشسته، ۶ زن خانه‌دار، ۵ مرد شغل آزاد، ۲ مرد کارمند

یافته‌ها

از توصیف‌های غنی و عمیق مشارکت کنندگان، ۷۸۰ کد اولیه استخراج شد. این کدها پس از چند بار مرور، خلاصه سازی و بر اساس تشابه و تناسب طبقه‌بندی شدند. معنای درونی آن‌ها با تحلیل و مقایسه، به صورت چهار درون‌مایه اصلی شناسایی و این درون‌مایه‌ها بر اساس ماهیتشان به صورت مفهومی و انتزاعی نامگذاری گردیدند. این درون‌مایه‌ها شامل "احساس رابطه نزدیک و انسانی با پرستار"، "درک حضور و پایش مداوم پرستار"، "حمایت خانواده و بیماران همتا" و "قرار گرفتن در محیط بستری

"... از اتاق عمل رفتیم ICU، تو این فاصله که به هوش بیام، پرستار گفت: خواهر شما اومده بهتون سر زده شما به هوش نبود. این برای آدم به احساس خوبی، این آقا (پرستار) علاوه بر وظیفه‌اش، به عواطف انسانی که در وجودش است پاسخ می‌ده و به شما محبت می‌کنه. می‌گه همراهت اومده شما برات مهمی" (بیمار مرد ۱).

زیر طبقه بعدی، اعتماد و اطمینان بیماران در ارتباط با پرستاران بود که با برقراری این اعتماد در رابطه، بیماران احساس آسایش، راحتی و امنیت می‌کردند. بیماران به دلیل بستری شدن در بیمارستان، تحمل شرایط پرسترس جراحی و دوری از خانواده، خواهان هم‌صحبتی و همدردی با پرستاران بودند. هر گاه این اعتماد و اطمینان در رابطه آن‌ها با پرستار برای بیان نگرانی‌هایشان تأمین می‌شد، بیمار احساس آرامش و آسایش می‌نمود. شرکت کننده‌ای از درک موقعیتش توسط پرستار و کسب روحیه از او سخن گفت: "... قبل از این که عمل کنم، باهاشون درد دل کردم. پرستارها گفتن بابا الان عمل قلب، به عمل مثل آپاندیس، هیچ ترس. این جواری به قدری آرام شدم حرفش بهم تسلی داد" (بیمار زن ۵).

مهارت پرستار به ویژه در امور تکنیکی نقش مهمی در احساس آسودگی بیمار داشت در این باره یکی از شرکت کننده‌ها می‌گوید: "... من توی ICU کاملاً به کاری که برام انجام می‌دادن اعتماد داشتم، خیالم راحت بود. اون‌ها (پرستارها) می‌دونستن باید چه کارکنن، بلد بودن کارشون" (بیمار مرد ۱۱).

عدم تسلط پرستار به خصوص در رگ‌گیری، از شکایات برخی مشارکت کنندگان بود و این عدم مهارت سبب سلب اعتماد آنان به پرستار گشته و سبب عدم آسایش بیماران می‌شد. در این باره یکی از شرکت کننده‌ها می‌گوید: "... دیروز موقعی که پرستار می‌خواست دارو تزریق کنه. نتونست به رگ بگیره، دیگه نداشتیم بهم دست بزنه. برای شب به خانم پرستار خوبی بود خیلی خوب کارشو بلد بود. یک رگ برام گرفت. خب می‌دونی هر کاری تخصصی داره، آدم نمی‌تونه جوشو دست هر کسی بده" (بیمار مرد ۱۸).

همچنین رفتار مسؤولانه پرستار جنبه دیگری از درک مشارکت کنندگان از منابع آسایش بخش بود. هر گاه بیماران، پرستار را فردی متعهد و وظیفه‌شناس می‌یافتند، احساس آرامش می‌کردند. از دیدگاه آنان پرستاری وظیفه‌شناس و متعهد بود که بر خلاف مشغله کاری زیاد، به بیمار توجه داشته و درصدد رفع نیازهای همه جانبه بیمار برآمده و پاسخگوی سوالات آن‌ها باشد و با وجود او احساس رضایت و آرامش می‌کردند. تعهد و وظیفه‌شناسی پرستار در کار

ایمن" به دست آمد که حاصل تجربه و ابعاد درک بیماران از منابع آسایش بخش هستند.

هر گاه بیماران در فضای عدم آسایش قرار می‌گرفتند، فعالانه منابع آسایش بخش را در محیط پیرامون خود جستجو می‌کردند. در ابتدا آن‌ها سعی می‌نمودند از منابع انسانی پرستاری استفاده نمایند و هر گاه غیاب پرستاران به هر دلیلی مانع دستیابی آن‌ها به آسایش می‌شد، بیماران از منابع مراقبتی غیر پرستاری مثل خانواده و یا سایر بیماران بستری در تأمین آسایش بهره می‌بردند. همچنین بیماران احساس آسایش جسمی را با برقراری محیط فیزیکی مراقبتی مناسب دریافت می‌نمودند. در ادامه هر یک از درون‌مایه‌ها همراه با زیر طبقه مربوط توضیح داده شده‌اند.

احساس رابطه نزدیک و انسانی با پرستار: در میان منابع آسایش ذکر شده، مشارکت کنندگان اهمیت داشتن رابطه نزدیک و انسانی با پرستار را به صورت بسیار بارز در مصاحبه‌ها بیان نمودند. زیر طبقه این درون‌مایه شامل "برخورد دوستانه" و "اعتماد و اطمینان در ارتباط" است. تجارب مشارکت کنندگان نشان داد، هر گاه بیماران با برخورد دوستانه پرستار که با احترام، توجه و رفتاری مهربان همراه بود و با قرارگیری در فضای ارتباطی مطمئن که از طریق درک همدلی و همدردی و با احساس وظیفه‌شناسی و خبرگی پرستار رقم می‌خورد، رابطه نزدیک و انسانی با پرستار برقرار می‌کردند، در چنین شرایطی بیماران احساس آسایش، آرامش و امنیت می‌نمودند و در غیر این صورت احساس ناراحتی و ناآرامی را ابراز می‌داشتند.

برخورد دوستانه یعنی اخلاق و رفتار خوب پرستار که از بارزترین صفات مطرح شده توسط مشارکت کنندگان بود. پرستاری که با عطف و مهربانی با بیمار سخن می‌گوید و با خوش‌رویی و لبخند به نیاز مراقبتی بیمار پاسخ می‌دهد و با احترام با وی رفتار می‌کند، محیط گرم و آرامی را برای وی فراهم می‌سازد. در رابطه با دریافت دلگرمی و محبت از طرف پرستار مشارکت کننده‌ای می‌گوید: "... من از اون جا (ICU قلب) که اومدم، هیچ احساس ناراحتی که عمل کردم یا چیز دیگه نداشتیم این قدر این خانم (پرستار) محبت می‌کرد و کارش درست بود، رسیدگی‌اش خوب بود که آدم دلگرم و آرام می‌شد" (بیمار مرد ۱۴).

همچنین مشارکت کنندگان به دنبال مورد توجه واقع شدن نزد پرستار، احساس راحتی و آرامش نموده و احساس می‌کردند وجودشان برای پرستار مهم و بااهمیت است. شرکت کننده‌ای در این باره می‌گوید:

"... هر وقت صدا می‌کردم (در ICU قلب) می‌اومدن (پرستارها) جواب می‌دادن، هر لحظه‌ای صدا می‌کردم، کاری که داشتم انجام می‌دادن. می‌گفتم دستم درد می‌کنه، سریع دارو رو می‌آورد. سریع می‌رفت کار رو انجام می‌داد مثلاً قرص می‌آورد" (بیمار مرد ۱۴).

شرکت کننده دیگر نیز این تأثیر حضور مستمر پرستار بر ایجاد احساس امنیت و تعلق خاطر خود را این گونه بیان می‌کند:
 "... توی ICU (قلب)، وقتی به هوش اومدم دیدم پرستار بالای سرمه و فشارمو می‌گیره، احساس امنیت کردم. هر وقت چشممو وا می‌کردم بالای سرم بود. می‌دیدم داره دارومو می‌ده یا آب می‌ریزه تو دهنم قرص می‌ریزه تو دهنم. انگار پیش منه و فقط کار منو انجام می‌ده" (بیمار مرد ۱۸).

برای تعدادی از مشارکت کنندگان، مطلع بودن از اقدامات درمانی و شرایط جسمی نقش پراهمیتی در کاهش تنش و نگرانی آن‌ها داشت. در این باره یکی از شرکت کننده‌ها می‌گوید:
 "... وقتی ازش می‌پرسم جواب آزمایش قدم چنده؟ و یا فردا قراره چه کاری برام انجام بشه؟ به سؤالم درست جواب می‌ده انگار خیلی آروم می‌شم. اگه پرستار مرتب کنار آدم باشه، آدم خیالش راحت‌تره زودتر هم خوب می‌شه" (بیمار زن ۷).

برای برخی دیگر، توجه بیمار به تأثیر حضور و رسیدگی پرستار تنها منوط به به آسایش جسمی یا حضور رسانی پرستار با فشردن زنگ اخبار نمی‌شد. آنان نیازمند چشمان نظاره‌گر دایم بر بالین و رسیدگی نه تنها از لحاظ جسمی، بلکه از لحاظ روحی نیز بودند. شرکت کننده‌ای می‌گوید: "... اون جا (Post ICU) بیشتر بهم می‌رسیدن. آدماش (پرستارها) بهتر بود. اون‌ها (پرستارها) مرتب می‌اومدن و می‌رفتن و من روحیه می‌گرفتم" (بیمار مرد ۱۵).

یا شرکت کننده دیگر می‌گوید: "... اون ور (Post ICU) تلویزیون بالای سرم بود، یه پرستار مدام کنارم نشسته بود رو صندلی کنار تختم، منو نگاه می‌کرد، تلویزیون بالای سرمو نگاه می‌کرد. دایم حواسشون به من بود" (بیمار زن ۴).

حمایت خانواده و بیماران همتا: حمایت خانواده و بیماران همتا شامل دو زیر طبقه "حضور و همراهی خانواده" و "حضور و همیاری بیماران" می‌باشد. مشارکت کنندگان به ضرورت حضور و همراهی خانواده در تأمین آسایش جسمی و آرامش روحی، در مصاحبه‌ها به طور مکرر اشاره نمودند. حضور خانواده در تمام مراحل بستری، از زمان پذیرش جهت انجام جراحی تا ترخیص در اکثر بیماران مشهود بود و این امر سبب دلگرمی، تعلق خاطر و کسب

سبب فراهم سازی فضای مراقبتی مطلوب از نظر آرامش و آسودگی جسمی و روحی بیمار می‌شود؛ در حالی که کوتاهی و بی‌دقتی پرستار سبب ناراحتی و ناراضی‌تای بیمار گشته و وی در فضای ناآرام و بلا تکلیف رها می‌گردد.

شرکت کننده‌ای می‌گوید: "... تو ICU (قلب) که بودم نیم درجه که تیم بالا می‌رفت، پرستار بلافاصله خودشو بالا پایین می‌کرد که اون نیم درجه بیاد پایین، خنکم می‌کرد. یکی از کارهای خوب او همین بود من چه می‌دونم درجه‌ام رفته بالا یا رفته پایین" (بیمار مرد ۱۸).

مشارکت کننده دیگر پاسخگویی پرستار به سؤال خود را احساس تعهدپذیری پرستار تلقی می‌کند و می‌گوید: "... یک عده که احساس مسؤلیت می‌کنن، وقتی ازشون سؤالی رو می‌پرسی خیلی خوب و مهربون جوابتو می‌دن" (بیمار زن ۸).

این مسؤلیت‌پذیری پرستار برای برخی بیماران منوط به ارایه درست اطلاعات و آگاهی بود. بیماران وقتی نمی‌فهمیدند مشکل اصلی آنان چیست یا چه چیزی در انتظار هست، احساس عدم اطمینان می‌کردند و دچار نآسودگی روحی- روانی می‌شدند، ولی هر گاه می‌دانستند یا مطلع می‌شدند که چگونه باید رفتار کنند، احساس آسودگی و آرامش روانی بیشتری داشتند. در همین باره یکی از شرکت کنندگان چنین گفت:

"... همه چیز در سطح سواد ما نیست. ما نمی‌دونیم چیه بعضی‌ها که مهربونن خیلی قشنگ جواب منو با زبون ساده می‌دن مثلاً قراره این کارو برای شما انجام بدن یا فردا قراره این کار انجام بشه. وقتی می‌فهمم چه خبره، این جورری انگار ترسم کمتر می‌شه" (بیمار زن ۱۹).

درک حضور و پایش مداوم پرستار: شامل دو زیر طبقه "در دسترس بودن پرستار" و "پاییدن مداوم" بود. تجربیات مشارکت کنندگان بیانگر نیاز مبرم آن‌ها به در دسترس بودن پرستار برای همراهی و انجام به موقع کارهای بیمار و حضور و توجه دایم مراقبینی بود که آن‌ها را به طور مرتب مورد پایش قرار می‌دادند تا بدین وسیله احساس اطمینان خاطر و آرامش نمایند. توجه و نظارت مستمر پرستار در فراهم سازی آسودگی بیماران جراحی قلب نقش مهمی را ایفا می‌کرد، اما درک این توجه و حضور برای شرکت کنندگان متفاوت بود. برای تعدادی از مشارکت کنندگان، در دسترس بودن پرستار با رسیدگی به موقع از نظر دادن دارو، غذا و یا همراهی در انجام کارها کافی بود و احساس راحتی داشتند. در همین رابطه شرکت کننده‌ای می‌گوید:

باعث شد روحیه گرفتم و تونستم عمل قلب رو راحت تر بپذیرم، دلپره نداشته باشم" (بیمار مرد ۱۶).

برخی از بیماران آسودگی را منوط به انجام شدن کارهای اولیه خود می دانستند و در زمان غیبت پرستار و نبود نزدیکان خود از کمک همراهان سایر بیماران یا بیماران با شرایط جسمی بهتر استفاده می کردند. در همین رابطه شرکت کننده ای می گوید: " ... این جا خودمون به همدیگه کمک می کنیم، اون هایی که هنوز عمل نکردن، وضعشون بهتره می تونن دست ماها رو بگیرن بیرن دستشویی، راه بیرن. از این لحاظ این جا خیلی راحتیم" (بیمار مرد ۱۳).

قرار گرفتن در محیط بستری ایمن: از دیدگاه بیماران،

محیط بستری راحت و ایمن نقش مهمی در حفظ و بازگشت سلامتی، بهبودی و احساس آرامش آنان دارد و چنان چه به هر دلیلی این امر میسر نگردد، آنان دچار ناآرامی خواهند شد.

در واقع بیماران آسودگی و آرامش محیط بستری را به وجود تجهیزات مدرن، کنترل سر و صدا، ایمنی و تمیزی و بهداشت اتاق و سرویس های بهداشتی ربط می دادند. در حقیقت برای برخی بیماران وجود تجهیزات و وسایل مدرن مراقبتی سبب احساس امنیت و اطمینان خاطر شده و در پذیرش عمل، کاهش نگرانی و ترس از عمل تأثیر بسزایی داشت. در این رابطه یکی از شرکت کنندگان می گوید: " ... بعد از آنژیو دو هفته عملم رو عقب انداختم، خواستم یه دکتر خوب و بیمارستان مجهز پیدا کنم، فکر کردم، سؤال کردم که کجا امکانات و سرویس هاش بهتره این جا رو پیدا کردم" (بیمار مرد ۱۱)

سر و صدا، تنش زای محیطی است و بیماران از آن به عنوان عامل بر هم زدن آرامش اعصاب، خواب و استراحت نام بردند. مشارکت کنندگان انتظار دارند که محیط بیمارستان، محیطی آرام و بدون سر و صدا باشد. در این باره یکی از شرکت کنندگان می گوید: " ... آرامش بالا (ICU قلب) بهتره از پایینه، این جا (بخش جراحی قلب) سر و صدا زیاده، اذیت می شم و سرم درد می گیره، همراه های مریضا همش حرف می زنن. نمی تونم خوب بخوابم، سردرد می شم و اعصابم خرد می شه" (بیمار مرد ۱۰).

تمیز نبودن سرویس های بهداشتی از دیگر عوامل تأثیرگذار در ناآرامی بیماران بود. در این رابطه شرکت کننده ای می گوید: " ... یه توالت فرنگی، زن و مرد از اون استفاده می کنن. اصلاً تمیز نیست، یه وقت سیفونش عمل نمی کنه یا در و پنجره اش اون قدر بازه که سرده، هواش مساعد نیست" (بیمار مرد ۲).

آن چه در این بین بیش از همه برایشان آزاردهنده بود، ترس

روحیه در بیماران به خصوص برای پذیرش عمل قلب گردید. در همین رابطه مشارکت کننده ای بیان می دارد:

" ... من از درون خودم از عمل قلب می ترسیدم. به بچه هام نگرانی هامو گفتم، بچه هام بهم گفتن اصلاً ترس نداره. وقتی با بچه هام صحبت کردم، آروم شدم. خانواده ام به من دلگرمی داد. دیگه ترسم ریخت رفتم برای عمل" (بیمار مرد ۶).

و گاهی بیماران متأهل، نقش همسر را بیش از فرزند در دریافت احساس آرامش جهت انجام عمل بیان نمودند.

" ... تمام اضطراب قبل از عملم رو با همسرم در میون گذاشتم. همسرم به من شجاعت و دلداری داد. به همسرم گفتم به اولادم نگفتم، بعد شجاع شدم رفتم عمل کردم" (بیمار مرد ۱۷).

بیماران با حضور خانواده تنها حمایت عاطفی را دریافت نمی کردند، بلکه کمک خانواده نقطه اتکای آن ها در انجام کارهای اولیه شان در نبود حضور پرستار بود. در این باره یکی از شرکت کننده ها می گوید: " ... زیر بغلمو می گیره بلند می کنه، منو از تخت میاره پایین، یه وقت لگن بخوام برام میاره با همراهم راحت ترم. دیگه مجبور نیستم برای یه پایین اومدن پرستار رو صدا بزدم" (بیمار زن ۴).

در همین راستا، توجه و دلداری از جانب خانواده این اطمینان را به بیماران می داد که در مواجهه با جراحی تنها نبوده و این اشتیاق دوباره دیدن عزیزان روح امید را در آنان زنده کرده و آنان بر خلاف ترس از مردن، تن به جراحی می دادند. در همین رابطه مشارکت کننده ای می گوید: " ... می ترسیدم، اصلاً نمی تونستم جراحی قلب رو بپذیرم، دیگه وقتی شوهرم گفت برو عملتو بکن تا بریم یه زندگی راحتی داشته باشیم، در کنار هم زندگی کنیم برو عمل بکن خوب می شی و از اون حالت بیماری هم میای بیرون، بعد من قبول کردم عمل کردم" (بیمار زن ۴).

گاهی بیماران برای غلبه بر تنش های عمل قلب و دریافت آرامش روحی، از سایر بیماران جراحی شده بستری بهره می بردند. در حقیقت، دیدن بیماران مشابه سبب تقویت روحیه مشارکت کنندگان شده و گفتگو با این بیماران که خود نیز تحت جراحی قلب قرار گرفته بودند، سبب انتقال اطلاعات و راهنمایی به بیماران جدید بود و وقتی این انتقال اطلاعات رخ می داد، بیماران از آرامش نسبی برخوردار می شدند. در همین رابطه مشارکت کننده ای بیان می دارد:

" ... اولش همش از این مسأله خیلی می ترسیدم. از خود عمل قلب وحشت داشتم تا این که بلند شدم رفتم اتاق های مریضا، بچه هایی که عمل شدن رو دیدم و با اون ها صحبت کردم، بعد اون

موجب اطمینان بخشی و احساس همدلی، اعتماد و کاهش نگرانی از ندانسته‌های شرایط بیماری می‌شود (۱۳).

جویباری و همکاران نیز در مطالعه خود بیان داشتند، بیماران با برخورد انسانی پرستار احساس آسودگی خاطر و در نبود آن احساس نآسودگی دارند (۲۳). مطالعه Walker نشان داد که هر گاه پرستار اولویت مراقبت را به انجام کارهای کاغذی و روزمره خود می‌داد و در حین ارایه مراقبت با بیمار گفتگو نمی‌کرد، سبب نآسودگی بیمار می‌گردید (۲۶). بیشترین انتظار بیماران این مطالعه، دریافت روحیه همدلی و رفتاری مهربانانه از پرستار بود.

یوسفی و همکاران نیز در مطالعه‌ای بیان داشتند، بیماران در زمان بیماری و در نبود حضور خانواده از پرستار مصاحبت، همدردی و مهربانی را انتظار دارند و با گفتگو و همدردی پرستار تسلی و آرامش می‌گیرند و به ابراز نگرانی‌های خود می‌پردازند (۹). همچنین در این مطالعه، وجود اعتماد و اطمینان در برقراری رابطه دوستانه و نزدیک بیمار با پرستار نقش بسزایی داشت.

Carri نیز در مطالعه خود بیان داشت، پرستاران با ارتباط بین فردی با بیماران مبتلا به ایدز اعتماد زیادی ایجاد کردند (۲۷). همچنین اکثر بیماران این مطالعه زمانی که تحت مراقبت مستقیم پرستاری با صلاحیت فنی قرار می‌گرفتند، احساس آسودگی خاطر می‌نمودند. در مطالعه Baldursdottir و Jonsdottir نیز شایستگی، مهم‌ترین رفتار مراقبتی پرستار اورژانس از طرف بیماران گزارش شد (۲۸). مهارت و شایستگی پرستار در انجام کار سبب احساس اعتماد و امنیت در بیماران بخش اورژانس گردید (۱۳).

در این مطالعه مشارکت کنندگان، به عواملی مانند حضور و پایش مداوم و دسترس بودن پرستار برای همراهی در انجام کارها، پاسخگویی سریع به تقاضای مراقبتی یا ارایه اطلاعات، تجویز و ارایه به موقع دارو و غذا، کسب روحیه از طریق توجه و نظارت دایم با بازدیدهای مکرر پرستار در دوره بستری، بودن در کنار بستر و فراخوان به موقع پزشک اشاره داشتند که با حضور آن‌ها احساس آسودگی و با برآورده نشدن هر یک از این نیازها دچار ترس، نگرانی، اضطراب، عصبانیت و عدم آسودگی می‌شدند. در این بین نیاز به پاییدن مداوم پرستار محور عمده تجربیات مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر بود.

نتایج مطالعه زمان‌زاده و همکاران نیز نشان داد، مهم‌ترین خصوصیت رفتار مراقبتی پرستار از نگاه بیماران انکولوژی، پایش و در دسترس بودن پرستار است (۲۹)، اما Hawley بیان نمود که پراهمیت‌ترین یافته در تأمین آسودگی بیماران بخش اورژانس،

از ابتلا به بیماری بعدی بود. چنان چه یکی از شرکت کنندگان در این باره می‌گوید: " ... یکی از مریضا عفونت داره، وقتی دستشویی می‌ره، خونی می‌شه. همش ترسم از اینکه که وقتی مجبورم من هم از این دستشویی که این قدر کثیفه استفاده کنم مریضی، چیزی نگیرم که خوب نشه" (بیمار زن ۹).

و گاه مبتلا شدن به عفونت محل گرافت پا را به تمیز نبودن حمام ربط می‌دادند. شرکت کننده‌ای می‌گوید:

" ... الآن این قسمت پام عفونی شده (محل بنخیه‌های گرافت پا)، رفتم حمام این جوری شد. حمامش تمیز نیست، حمام خونه که نمی‌شه. آدم دلش بر نمی‌داره بره حمام" (بیمار زن ۵).

بحث

یافته‌های این مطالعه دربردارنده درون‌مایه‌ها یا مفاهیمی بود که در ارتباط با یکدیگر، درک و تجارب واقعی بیماران جراحی قلب از منابع آسایش بخش همراه با ویژگی‌های خاص آن را در محیط بستری بیمارستان‌های کشور نشان داد. تحلیل تجارب مشارکت کنندگان مشخص کرد که آن‌ها آسایش را از منابع، رابطه نزدیک و انسانی (بین خود و پرستار)، درک حضور و پایش مداوم پرستار، حمایت خانواده و بیماران همتا، قرار گرفتن در محیط بستری ایمن و آسوده دریافت یا تأمین می‌کنند.

یافته ارزشمند این مطالعه بیانگر این نکته است که از چهار منبع تأمین آسایش که بیماران در شرایط حساس جراحی قلب به آن توجه می‌کنند، سه مورد آن از منابع انسانی است و فقط یک مورد به منبع غیر انسانی یعنی خصوصیات محیط و امکانات مدرن برمی‌گردد. این یافته بیانگر نقش پررنگ پرستار و کیفیت حضور و ارتباطش با بیمار در تأمین آسایش می‌باشد.

یافته‌های مطالعه نشان داد، زمانی که مشارکت کنندگان می‌توانستند با پرستار برخورد دوستانه و همراه با احترام و توجه، رفتاری مهربان و با اعتماد و اطمینان برقرار کنند، احساس آسودگی و آرامش خاطر می‌نمودند. بیماران در مواجهه با عمل تنش‌زای جراحی قلب نیازمند پرستاری غمخوار، دلسوز، مهربان و متعهد در انجام وظایف بودند تا با شفقت، خوشرویی و رفتاری مسؤولانه به نیازهای آنان توجه نموده و به درددل‌های آنان گوش داده و ابراز همدلی و همدردی نماید. با این نوع رفتار پرستار، بیمار احساس آرامش و آسودگی خاطر می‌نمود.

نتایج سایر مطالعات در تأیید این یافته‌ها می‌باشد. مطالعه Hawley نشان داد، گفتگوی مثبت پرستاران اورژانس با بیماران

پراهمیتی در کاهش نگرانی، ترس از مردن پس از عمل، ایجاد و حفظ روحیه مثبت برای پذیرش جراحی قلب در این مطالعه داشت. در همین زمینه مطالعه یوسفی و همکاران نشان داد که در فرهنگ ایرانی، بیماران در زمان بستری به حضور اعضای نزدیک خانواده نیاز زیادی دارند (۹).

Northrop و Kutash نیز اظهار داشتند، برخی مشارکت کنندگان برای دریافت آرامش در زمان انتظار، حضور خانواده را بر حضور پرستار ترجیح می‌دادند (۳۴) و پرستاران نیز گاهی برای تأمین آسایش عاطفی بیمارانی که در زمان انتظار به شدت احساس تنهایی می‌کردند، حضور نزدیکان وی را خواستار می‌شدند (۱۳).

موافقت پرستاران به حضور همراه در دوره انتظار بر خلاف عرصه مطالعه حاضر بود. به نظر می‌رسد این محدودیت به دلیل مقررات موجود در برنامه پرستاری بیمارستان‌های آموزشی دانشگاهی باشد. با توجه به کمبود نیروی پرستار عرصه در این مطالعه، کمک خانواده بیمار قسمتی از مراقبت بیمار محسوب شده و سبب آسایش و راحتی بیمار می‌گردید نیاز حضور بستگان در زمان بروز عوارض جراحی قلب که بیمار باید دوره درمان طولانی‌تری را در بیمارستان بگذراند و ممکن است دچار احساس آسیب‌پذیری روحی شود، به شدت افزایش می‌یابد. Sepit و Badir در مطالعه خود بیان داشتند، اعضای خانواده نقش مهمی در سلامتی و بهبودی بیمار داشته و قسمتی از فرایند بهبودی بیمار هستند (۳۵).

تدارک محیط فیزیکی ایمن و آسوده عامل بعدی در تأمین آسایش بیماران است و پرستاران باید در فراهم سازی آن توجه لازم را بنمایند. یافته‌ها بیانگر توجه خاص بیماران نسبت به آرامش و ایمنی محیط بستری بود و آن را عامل مهم در فرایند بهبودی و رضایتمندی خود می‌دانستند.

اکثر مشارکت کنندگان این مطالعه، از نامناسب بودن سرویس‌های بهداشتی یا حمام از لحاظ تمیزی و تعداد کم، تمیز نبودن کف اتاق‌های بستری، کوچکی اتاق‌ها و خرابی دستگاه تشخیصی پزشکی در برخی مراکز، نبود تعداد کافی ملافه و پتو، بالا نبودن نرده کنار تخت، تراکم بیماران در بخش، نبود صندلی برای همراه و سر و صدای همراهان در زمان استراحت شکایت داشتند. Tutton و Seers در مطالعه خود بیان داشته‌اند، رعایت کم حریم شخصی، نبود بالش و عدم دسترسی راحت به ظرف ادرار و استفراغ از عوامل عدم آسایش در بیماران سالمند بود (۷).

جوئیاری و همکاران نیز علاوه بر تأیید یافته‌های مطالعه

اطلاع‌رسانی به موقع به پزشک و صلاحیت فنی عملکرد پرستار بود (۱۳). این موضوع می‌تواند به دلیل شرایط اضطراری مشارکت کنندگان در آن موقعیت باشد؛ در حالی که تأمین آسودگی از نگاه بیماران بخش ارتوپدی و داخلی یعنی در دسترس بودن پرستار که با پاسخ فوری به زنگ اخبار انجام می‌شد (۲۳).

همچنین مطالعه Holroyd و همکاران نشان داد، بالاترین نگرانی در بیماران چینی تأخیر در دادن دارو و درمان به موقع بود تا نشستن مداوم بر بالین بیمار (۳۰)؛ در حالی که در عرصه این مطالعه، حضور مستمر پرستار بر بالین مهم‌ترین عامل آرامش و آسایش بیماران بود. انتظار بیماران جراحی قلب از پرستاران، نشستن مداوم پرستار در کنار تخت و کنترل و پایش مرتب وضعیت جسمی آنان بود و با حضور مداوم پرستار احساس امنیت، آرامش و آسودگی می‌نمودند. ملازم و همکاران نیز در مطالعه‌ای بیان نمودند، حضور پرستار عامل احساس امنیت در بیماران جراحی عمومی است (۳۱).

یافته مهم دیگر این مطالعه، حمایت و استفاده بیمار از کمک خانواده و سایر بیماران بود. یافته‌ها بیانگر فعال بودن بیماران در فرایند تأمین آسایش شخصی خود در دوران بستری در بیمارستان است. بیماران منتظر رخداد آسودگی برای خود نبودند و هر گاه با عدم حضور پرستار و محدودیت توانایی فردی خود در انجام کارها مواجه می‌شدند، برای دستیابی به آسایش از کمک اعضای خانواده، دوستان، همراهان سایر بیماران و حتی بیماران با شرایط جسمی بهتر بهره می‌بردند. بیماران جراحی شده از وجود این منابع در تأمین آسایش جسمی به خصوص در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل در بخش برای رفع نیاز مراقبتی اولیه بهره می‌بردند.

مطالعه جوئیاری و همکاران نیز نشان داد، بیماران با قرار گرفتن در اتاق چند نفره روابط صمیمانه‌ای با هم برقرار می‌کنند و این عملکرد در غیاب پرستار سبب پدیدار شدن انگیزه قوی همیاری و بهبود تعاملات اجتماعی می‌شود. این که در این فرایند آن‌ها تنها نبودند، منبع امنیت و اطمینان خاطر است (۳۲). در این مطالعه بیماران از چنین تعاملاتی در تأمین احساس امنیت و حمایت عاطفی در دوران انتظار جراحی قلب بهره می‌بردند.

در همین راستا و در مطالعه تجارب بیماران در دوره انتظار جراحی قلب، Mooney و همکاران بیان داشتند که بودن با سایر بیماران سبب توسعه احساس تجارب مشترک برای همه مشارکت کنندگان است (۳۳). همچنین با توجه به بافت فرهنگی کشور ایران، توجه، حضور و همراهی خانواده به ویژه همسر نقش

بیماران در تأمین آسایش خود از منابع انسانی بیش از محیط و امکانات مدرن پزشکی بهره بردند. گفتگوی آزادانه و واقعی با بیماران بهترین راهنمای پرستاران جهت شناسایی نیازها و پاسخگویی صحیح و آماده سازی آن‌ها برای جراحی می‌باشد. این امر آگاهی و توانمندی پرستار را برای برخورد با نیازهای این افراد افزایش می‌دهد؛ بنابراین لازم است در فراهم سازی چنین بستر مراقبتی به نیازهای پرستاران به عنوان مهره کلیدی در تیم درمان توجه شود.

یافته‌ها بیانگر اهمیت و نقش پررنگ پرستاری و پرستاری انسانی به جای پرستاری تکنیکی بوده و همچنین نمایانگر اهمیت توجه به پرستاران و استاندارد سازی منابع انسانی در بخش‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی بیش از استاندارد سازی فیزیکی است. مدیران برای دستیابی به این هدف، یعنی آسایش دریافت کنندگان خدمات که هدف اساسی مدیریت خدمات نیز می‌باشد، باید به فراهم آوردن زمینه‌های آرامش و آسایش پرستاران توجه بیشتری داشته باشند؛ چرا که به کارگیری آسایش فرصتی برای ارتقای مراقبت پرستاری بیمار و بهبود عملکرد حرفه‌ای پرستار است.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به این موارد اشاره نمود. در عرصه تحت مطالعه، مشارکت کنندگان محدود به مراکز آموزشی دانشگاهی بودند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده، تجارب بیماران مراکز خصوصی نیز مورد کاوش قرار گیرد و همچنین با توجه به ماهیت کیفی بودن مطالعه، احتمال عدم بیان احساسات و فراموشی مواردی از تجارب مشارکت کنندگان نیز می‌تواند به عنوان محدودیت مطالعه تلقی گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب قدردانی خود را از کلیه مشارکت کنندگان و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس اعلام می‌دارند.

حاضر، دیدن احیای بیمار در حال مرگ را نیز از عوامل نآسودگی بیماران معرفی نمودند (۳۳). Northrop و Kutash در مطالعه خود به کمبود وسایل رفاهی مانند پتو و بالش تمیز، مبلمان راحت و نداشتن آب خنک برای همراهان بیماران بستری در ICU اشاره داشتند (۳۴).

برخی بیماران در این مطالعه، احساس سرمای شدید در اتاق عمل و در زمان به هوش آمدن را ابراز داشتند. یافته‌های مطالعه Leeth و همکاران نیز نشان داد، بالاترین عامل عدم آسایش بیماران در زمان جراحی سرپایی، احساس سرما در طول جراحی بود و بیماران با گرم شدن احساس آسایش و راحتی می‌کردند (۲۱).

سر و صدای محیط بستری ناشی از شلوغی بخش با حضور همراهان و زنگ هشدار دستگاه‌ها یک تنش‌زای محیطی عمده بود و مشارکت کنندگان این مطالعه از آن‌ها به عنوان ناآرامی اعصاب، اختلال در خواب و سردرد یاد کردند. در مطالعه Seers و Tutton و علاوه بر سر و صدا به بو نیز به عنوان عامل عدم آسایش محیط بیماران اشاره شد (۷).

فراهم سازی محیط فیزیکی بستری ایمن و آسوده در حفظ و اعاده سلامت مشارکت کنندگان نقش مهمی ایفا می‌نماید. بنابراین برای دستیابی بیماران به منابع آسودگی باید زمینه و شرایط آن را مهیا کرد و این مسأله باید مورد توجه برنامه‌ریزان حوزه سلامت قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

آسایش جزء حیاتی مراقبت پرستاری و بالاترین خواسته بیماران در زمان بستری در بیمارستان است. بیماران تحت جراحی قلب باز از زمان پذیرش، عمل و ترخیص دوران نگران کننده و استرس‌زایی را می‌گذرانند. یافته‌های این مطالعه نیز دیدگاه بیماران را در مورد منابع آسایش مشخص نمود.

References

1. Gersh BJ, Sliwa K, Mayosi BM, Yusuf S. Novel therapeutic concepts: the epidemic of cardiovascular disease in the developing world: global implications. *Eur Heart J* 2010; 31(6): 642-8.
2. Sendelbach SE, Halm MA, Doran KA, Miller EH, Gaillard P. Effects of music therapy on physiological and psychological outcomes for patients undergoing cardiac surgery. *J Cardiovasc Nurs* 2006; 21(3): 194-200.
3. Bauer BA, Cutshall SM, Wentworth LJ, Engen D, Messner PK, Wood CM, et al. Effect of massage therapy on pain, anxiety, and tension after cardiac surgery: a randomized study. *Complement Ther Clin Pract* 2010; 16(2): 70-5.
4. Montazer R. Not necessary surgeries or jobber surgeries. [Online]. 2012. Available from: URL:<http://tebbotahdidenarm.blogfa.com/category/16>.
5. Karlsson AK, Johansson M, Lidell E. Fragility--the price of renewed life. Patients experiences of open heart surgery. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2005; 4(4): 290-7.
6. Kim KS, Kwon SH. Comfort and Quality of Life of Cancer Patients. *Asian Nursing Research* 2007; 1(2): 125-35.

7. Tutton E, Seers K. Comfort on a ward for older people. *J Adv Nurs* 2004; 46(4): 380-9.
8. Rousseaux M, Perennou D. Comfort care in severely disabled multiple sclerosis patients. *J Neurol Sci* 2004; 222(1-2): 39-48.
9. Yousefi H, Abedi HA, Yarmohammadian MH, Elliott D. Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *J Adv Nurs* 2009; 65(9): 1891-8.
10. Kolcaba KY. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *ANS Adv Nurs Sci* 1992; 15(1): 1-10.
11. Besel JM. The effects of music therapy on comfort in the mechanically ventilated patient in the intensive care unit [MSc Thesis]. Bozeman, Montana: Montana State University; 2006.
12. Malinowski A, Stamler LL. Comfort: exploration of the concept in nursing. *J Adv Nurs* 2002; 39(6): 599-606.
13. Hawley MP. Nurse comforting strategies: perceptions of emergency department patients. *Clin Nurs Res* 2000; 9(4): 441-59.
14. Hamilton J. Comfort and the hospitalized chronically ill. *J Gerontol Nurs* 1989; 15(4): 28-33.
15. Shih FJ, Meleis AI, Yu PJ, Hu WY, Lou MF, Huang GS. Taiwanese patients' concerns and coping strategies: transition to cardiac surgery. *Heart Lung* 1998; 27(2): 82-98.
16. Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *J Perianesth Nurs* 2004; 19(3): 164-73.
17. Kolcaba K, Schirm V, Steiner R. Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. *Geriatr Nurs* 2006; 27(2): 85-91.
18. Widmark-Petersson V, von EL, Sjoden PO. Perceptions of caring among patients with cancer and their staff. Differences and disagreements. *Cancer Nurs* 2000; 23(1): 32-9.
19. Strauss AL, Fagerhaugh SH, Suczek B. *Social Organization of Medical Work*. Piscataway, NJ: Transaction Publishers; 1997.
20. Wagner D, Byrne M, Kolcaba K. Effects of comfort warming on preoperative patients. *AORN J* 2006; 84(3): 427-48.
21. Leeth D, Mamaril M, Oman KS, Krumbach B. Normothermia and patient comfort: a comparative study in an outpatient surgery setting. *J Perianesth Nurs* 2010; 25(3): 146-51.
22. Angstrom-Brannstrom C, Norberg A, Jansson L. Narratives of children with chronic illness about being comforted. *J Pediatr Nurs* 2008; 23(4): 310-6.
23. Jouybari LM, Haghdoost Oskouee SF, Ahmadi F. Comforting Nurse: Patients' Experiences and Perceptions. *Razi Journal of Medical Sciences* 2005; 12(45): 59-68.
24. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
25. Guba EG, Lincoln YS. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publication; 1985.
26. Walker AC. Safety and comfort work of nurses glimpsed through patient narratives. *Int J Nurs Pract* 2002; 8(1): 42-8.
27. Carr GS. Negotiating trust: a grounded theory study of interpersonal relationships between persons living with HIV/AIDS and their primary health care providers. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2001; 12(2): 35-43.
28. Baldursdottir G, Jonsdottir H. The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart Lung* 2002; 31(1): 67-75.
29. Zamanzadeh V, Azimzadeh R, Rahmani A, Valizadeh L. Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *BMC Nurs* 2010; 9: 10.
30. Holroyd E, Cheung YK, Cheung SW, Luk FS, Wong WW. A Chinese cultural perspective of nursing care behaviours in an acute setting. *J Adv Nurs* 1998; 28(6): 1289-94.
31. Molazem Z, Ahmadi F, Mohammadi E, Bolandparvaz SH. Nursing presence: Essential element of caring of patients' perceptions. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 3(3): 44-54. [In Persian].
32. Jouybari L, Oskouie SF, Ahmadi F. Comfort of Hospitalized Patients: A Missed Concept. *Iran J Nurs* 2006; 19(47): 89-101.
33. Mooney M, Fitzsimons D, Richardson G. "No more couch-potato!" Patients' experiences of a pre-operative programme of cardiac rehabilitation for those awaiting coronary artery bypass surgery. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007; 6(1): 77-83.
34. Kutash M, Northrop L. Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. *J Adv Nurs* 2007; 60(4): 384-8.
35. Badir A, Sepit D. Family presence during CPR: a study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(1): 83-92.

The Perception of Cardiac Surgery Patients on Comfortable Resources: A Qualitative Study

Vida Shafipour¹, Eesa Mohamadi², Fazlollah Ahmadi³

Received date: 24.5.2012

Accept date: 17.8.2012

Abstract

Introduction: Comfort is a basic human need throughout life and an outcome of nursing. Therefore, it is necessary to understand the comforting needs of cardiac surgery patients, who experience the complications and problems of this surgery. This study was performed to explain the perception of cardiac surgery patients of comfortable resources.

Method: This study was conducted with a qualitative, content analysis approach. The participants were 20 cardiac surgery patients. Data collection was performed through unstructured interview and purposive sampling, and continued until data saturation. Continuous analysis of data was performed concurrently with data collection and through a comparative method.

Results: During the content analysis process, 4 themes emerged that indicated the nature and dimensions of the patients' perception of comfortable resources. These themes included "Feeling a close and humanistic relationship with the nurse", "Understanding the constant presence and monitoring of the nurse", "Advocacy of family and peer patients", and "Being in a safe environment".

Conclusion: The results of the current study showed that patients receive more comfort from human resources than environment and modern equipment. This issue shows the importance of highlighting the role of nurses and humanistic nursing care, despite the need for specialized nursing with modern technical facilities. Therefore, considering nurses and the standardization of human resources in health centers is more important than the physical standardization. This will result in nursing interventions being done with real understanding of the patients' needs.

Keywords: Patient perception, Comfortable resources, Qualitative content analysis, Cardiac surgery.

Type of article: Original article

Citation: Shafipour V, Mohamadi E, Ahmadi F. **The Perception of Cardiac Surgery Patients on Comfortable Resources: A Qualitative Study.** Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2012; 1(2): 123-134.

1. PhD Student, Department of Nursing Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

3. Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Eesa Mohamadi PhD, Email: mohamade@modares.ac.ir