

موانع کنترل بستری مجدد بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب: یک مطالعه کیفی

داود حکمت پو^۱، دکتر عیسی محمدی^{۲*}، دکتر فضل اله احمدی^۲، دکتر سید حسن عارفی^۳

۱- دانشجوی دکترا تخصصی آموزش پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲- دانشیار، دکترا تخصصی آموزش پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳- استاد، فوق تخصص قلب و عروق، گروه قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت ۸۷/۷/۱۳، تاریخ پذیرش ۸۷/۱۰/۴

چکیده

مقدمه: بستری مجدد یک مشکل جهانی و رو به افزایش است. نارسایی احتقانی قلب یکی از شایع‌ترین عوامل منجر به بستری مجدد محسوب می‌شود. درباره موانع کنترل بستری مجدد شناخت کمی وجود دارد. هدف از این مطالعه تعیین موانع کنترل بستری مجدد در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب می‌باشد.

روش کار: این مطالعه به روش کیفی و رویکرد تئوری زمینه‌ای انجام شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه استفاده شد. مطالعه با نمونه‌گیری هدفمند شروع و در طی تکامل طبقات با نمونه‌گیری نظری ادامه یافت که به مدت ۶ ماه به طول انجامید و در طی آن تعداد ۴۲ نفر به مدت ۶ ماه در دو بیمارستان آموزش تهران، مورد مصاحبه قرار گرفتند. اعتبار و صحت داده‌ها با روش‌های آماری تأیید گردید.

نتایج: حساس نبودن نسبت به عوامل بستری مجدد، باورهای نادرست بهداشتی و انتظارات بیماران، آموزش ناقص، تمکین ناکافی رژیم دارویی، غذایی و سبک زندگی نادرست، نبود سیستم درمانی پی‌گیر، بی‌اعتمادی به پزشک و عدم ایجاد ارتباط با بیمار، مشکلات روحی بیمار و چالش‌های خانواده- بیمار به عنوان موانع کنترل بستری مجدد در این بیماران بوده‌اند.

نتیجه‌گیری: موانع کنترل بستری مجدد با رویکرد کیفی و استفاده از روش تلفیق منابع، بهتر از روش بیومدیک تک منبعی مورد شناسایی قرار گرفته‌اند. از طرفی حساس نبودن مشارکت کنندگان نسبت به بستری مجدد یک یافته جدید است. بنابراین به منظور کنترل میزان بستری مجدد علاوه بر شناخت موانع، حساس‌سازی افراد درگیر هم پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: نارسایی احتقانی قلب، بستری مجدد، مطالعه کیفی

*نویسنده مسئول: تهران، پل نصر، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی شماره ۵، طبقه ۴

مقدمه

بستری مجدد به معنی بستری شدن در همان مؤسسه درمانی با همان تشخیص اولیه در طی یک دوره زمانی نامشخص است (۱). نیاز به بهبود درک ما از بستری مجدد بیماران در بیمارستان بعد از ترخیص روز به روز افزایش یافته است چرا که میزان بستری مجدد در بیمارستان طی چند دهه گذشته سیر صعودی داشته است (۲). نارسایی احتقانی قلب (CHF-Congestive Heart Failure) یکی از شایع ترین عوامل منجر به بستری شدن مجدد در بیمارستان طی ۶۰ روز پس از ترخیص است. شواهد نشان می دهند که تا ۱/۳ بستری مجدد بیمارستانی ناشی از نارسایی احتقانی قلب جبران نشده ممکن است قابل پیش گیری باشد (۲، ۳). بیماری های قلبی عروقی اولین عامل منجر به مرگ در ایران محسوب می شوند. از طرف دیگر تخمین زده شده است که تعداد بیماران مبتلا به نارسایی قلب حدود ۳۵۰۰ نفر به ازای هر یکصد هزار نفر است (۴). CHF تنها بیماری قلبی است که از لحاظ بروز و شیوع رو به افزایش است که نشان می دهد این مسئله یک مشکل برای افرادی است که با آن زندگی می کنند و هم چنین یک معضل اجتماعی از لحاظ افزایش هزینه های بیمارستانی قلمداد می شود (۵). احمدی و همکاران (۱۳۸۴) در مطالعه شان نشان دادند که میزان بستری مجدد در بین بیماران مبتلا به بیماری های عروق کرونر در طی ۶ ماه پس از ترخیص از بیمارستان ۵۱ درصد است (۶). هم چنین هزینه بستری مجدد در بیماران مبتلا به نارسایی قلب در ایران حدود ۴۰۰ میلیون تومان در سال ۱۳۸۲ تخمین زده شده است (۷). چان و همکاران (۲۰۰۷) اظهار کردند که ارتباط بین بستری مجدد بیماران CHF با کیفیت مراقبت در بیمارستان و عوامل دموگرافیک به اثبات رسیده است. هر چند بسیاری از جنبه های این پدیده هنوز به طور کامل درک نشده اند (۸). مرور بر مطالعات قبلی پیرامون این پدیده (۲، ۵، ۸) نشان می دهد که شناخت ما از این پدیده ناقص است. پس از سه دهه مطالعه و مداخله این مسئله در حال حاضر به صورت یک معضل عمومی بهداشتی و اجتماعی در آمده است. به

نظر می رسد این حالت نتیجه نوع نگاه و مطالعاتی است که در رابطه با این پدیده وجود داشته و دارد. مرور گذرا به عناوین و روش های به کار رفته در مطالعات قبلی پیرامون این مساله در داخل و خارج حاکی از آن است که این پژوهش ها عموماً با رویکرد تحلیلی و تقلیلی تک عاملی به بررسی پدیده بستری مجدد پرداخته اند. براین اساس هر مطالعه با فرضیه ای از پیش تعیین شده، به طراحی مداخله و آزمون فرضیه های خود، حداکثر با یک یا دو عامل پرداخته است. در همین ارتباط، ویسمن (۲۰۰۱) می نویسد: بسیاری از خوانندگان بی شک با مثل قدیمی مردان کور و فیل آشنا هستند. هر مرد جایی از بدن فیل را که لمس می کرد ادعایی داشت که با دیگران متفاوت بود. بستری مجدد ممکن است فیل دنیای کیفیت مراقبت سلامتی باشد (۹). در بررسی تحقیقات قبلی ملاحظه می شود بیمار و خانواده هر کدام در بروز بستری مجدد نقش اساسی دارند ولی در هیچ مطالعه ای نقش و تعامل این عوامل و حتی نقش پزشک معالج، پرستار و جامعه با هم تبیین نشده است و هنوز سوالات زیادی وجود دارد، مثلاً چرا با وجود اهمیت این پدیده و عوارض شدید جسمی، روحی و روانی، اقتصادی، اجتماعی و ... که برای فرد، خانواده و جامعه به همراه می آورد هنوز بستری مجدد با شیوع بالا وجود دارد؟ چرا تاکنون این پدیده کنترل نشده است؟ با توجه به مستندات و دلایل فوق که نشان دهنده چالش روز آمد بستری مجدد در تمام دنیاست، لزوم درک بیشتر این پدیده و موانع کنترل آن بیش از پیش ضروری می نمایاند. به همین دلیل پژوهش حاضر در پاسخ به این سؤال که موانع کنترل پدیده بستری مجدد در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب چیست؟ انجام گردید.

روش کار

با توجه به نوع سوال پژوهش و ماهیت تعاملی و اجتماعی پدیده بستری مجدد در این پژوهش از روش تحقیق کیفی با رویکرد تئوری زمینه ای (Grounded Theory) استفاده شد. کمیته اخلاق و

تحقیقات دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس این پژوهش را تأیید کرده است. رضایت نامه مکتوب و اختیاری به تأیید مشارکت کنندگان رسید و تمامی مصاحبه‌ها بعد از کسب رضایت نامه مکتوب ضبط گردید. نمونه گیری در ابتدا با روش آسان و هدفمند انجام شده و سپس جهت تکامل طبقات و نظریه با روش نمونه‌گیری نظری ادامه یافت. تعداد ۱۷ بیمار، ۷ نفر از اعضاء خانواده، ۱۰ پرستار و ۸ متخصص قلب و عروق در طی ۶ ماه (آبان ماه ۱۳۸۶ لغایت فروردین ماه ۱۳۸۷) جهت جمع‌آوری یا تولید داده‌های غنی و مرتبط مورد مصاحبه قرار گرفتند. پژوهش در ۲ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران (بیمارستان شریعتی و مرکز قلب تهران) انجام شد. انتخاب ۲ محل برای پژوهش می‌تواند سبب افزایش کیفیت، عمق و غنی شدن یافته‌های پژوهش گردد. این دو مرکز از مراکز ارجاعی عمده و مهم برای پیگیری و درمان بیماری‌های قلب و عروق از سراسر کشور می‌باشند. بعد از توضیح درباره هدف پژوهش به مشارکت کنندگان، مصاحبه به روش گفتگوی دو طرفه (Conversational style) انجام می‌شد بگونه‌ای که مصاحبه با سوالات باز با توجه به سوال اصلی پژوهش آغاز می‌شد. این سوالات برای بیماران شامل: چند بار به خاطر بیماری قلبی بستری شدید؟ آیا می‌توانید در مورد شرایط، حالات و مسایلی که از ترخیص قلبی تا بستری فعلی برایتان اتفاق افتاد برایم صحبت کنید؟ و برای پزشکان و پرستاران شامل: آیا در طول فعالیت روزمره کاری با بیماران نارسایی قلبی مواجه می‌شوید که چند بار بستری شدند؟ لطفاً در برخورد با این نوع بیماران چه کار می‌کنید؟ آیا می‌توانید در مورد تجارب روزمره تان در برخورد با این بیماران خاص برایم توضیح دهید؟ سپس سوالات بعدی برای ادامه و کامل شدن مصاحبه و دست‌یابی به داده‌های غنی‌تر براساس نوع پاسخ‌های مشارکت کنندگان مطرح می‌گردید. مدت مصاحبه با خانواده، پرستار و پزشک حدود ۶۰ دقیقه و این مدت با بیماران در زمان کمتر معمولاً حدود ۳۰ دقیقه انجام شد. تمامی متن مصاحبه‌ها با دستگاه MP3 ضبط می‌شد و

طی ۲۴ ساعت کلمه به کلمه نگارش می‌گردید. مشاهده عملکرد پرستاران و پزشکان در طی نوبت کاری صبح انجام می‌شد. تمامی مشاهدات به صورت یادداشت‌های مشاهده در عرصه (Field notes) نگارش گردید تا مورد استفاده قرار گیرند. اشباع داده‌ها از مصاحبه با مشارکت کننده ۴۰ به بعد ایجاد شد ولی جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها تا تکامل طبقات ادامه یافت (اشباع نظری). اشباع داده‌ها سطحی است که اطلاعات جدیدی از مصاحبه‌ها و داده‌های موجود به دست نمی‌آید (۱۰). داده‌ها با روش آنالیز مستمر و چرخشی استروبرت و کارپنتر (۱۰) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و کدهای سطح اول و دوم استخراج شدند. از یادآورها (Memos) نیز به منظور تکمیل طبقات و فرآیند تجزیه و تحلیل مداوم داده‌ها استفاده گردید. در این پژوهش به منظور دستیابی به صحت داده‌ها از روش جمع‌آوری چند منبعی داده‌ها (Source triangulation) استفاده گردید. هم‌چنین به منظور افزایش اعتبار کدها، تمامی متن مصاحبه‌ها و لیست طبقات توسط سایر همکاران پژوهش‌گر موردبازبینی قرار می‌گرفت و هم‌چنین توسط فرآیند کنترل توسط سایر اعضاء (Member check process) کدگذاری اولیه هر مصاحبه در مرحله اولیه آنالیز به مصاحبه شونده برگردانده می‌شد تا صحت و سقم آنها را تعیین کند و در صورت تأیید، کدها معتبر شناخته می‌شد و کدهایی که از نظر شرکت کنندگان بیان‌گر دیدگاه آنها نبود اصلاح می‌شد. نمونه‌گیری با حداکثر واریانس (Maximum variance of sampling) (انتخاب نمونه از دو بیمارستان عمومی و تخصصی با مشارکت کنندگان مختلف از لحاظ سن، جنس، سطوح تجربه، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی و...) در دل نمونه‌گیری نظری سبب می‌شد که اعتبار داده‌ها بیشتر شود. از طرف دیگر اعتبار یافته‌ها با قراردادن بخش‌های مختلف طبقات در اختیار بعضی از اعضاء هیئت علمی و مقایسه نظرات و تفاسیر آنها که توافق زیادی را نشان می‌داد مورد تأیید قرار گرفت.

نتایج

در تجزیه و تحلیل مستمر و چرخشی داده‌ها تعداد ۱۶ طبقه یا کد ثانویه به عنوان موانع کنترل بستری مجدد در این پژوهش استخراج گردید که در ادامه به طور خلاصه به توصیف و تبیین نقش آنها به عنوان موانع کنترل بستری مجدد بیماران مبتلا به نارسایی قلب پرداخته می‌شود (این گزارش بخشی از یک مطالعه تئوری زمینه‌ای است).

حساس نبودن مشارکت کنندگان نسبت به بستری مجدد: حساس نبودن در این پژوهش به معنی عدم توجه به عوامل ایجاد کننده بستری مجدد می‌باشد. تقریباً تمامی بیماران به اهمیت ندادن به بستری مجدد اذعان داشتند. در این رابطه بیمار ۵ می‌گوید "هیچ چیزی پرهیز نمی‌کردم. احساس خطر نمی‌کردم. من کنترل وزن نمی‌کردم. وقتی پایم ورم می‌کرد برای رفع آن مراجعه می‌کردم و می‌دانستم که رعایت نکرده‌ام. خودم خوشم نمی‌آید که در قید باشم. مهم نبود که بستری شوم. نتیجه نخوردن دارو را طوری نمی‌دیدم که به ضررم باشد. تا رو به قبله نشوم نیازی به رعایت حس نمی‌کنم." پرستار ۹ می‌گوید "بیمار خسته می‌شود از بستری مجدد. برای آنها عادی شده است و دیگر اهمیتی به موضوع نمی‌دهند به بهانه‌های مختلف توصیه‌ها را رعایت نمی‌کنند در واقع همکاری نمی‌کنند." عادی شدن بستری مجدد در بین تیم درمان ناشی از نبود نظارت و کنترل در سیستم درمانی، عدم وجود شرح وظایف مدون و جاری، بار کاری زیاد، عدم وظیفه شناسی و وجدان کاری، نبود انگیزه در تیم درمان و عدم مسئولیت‌پذیری توسط مشارکت کنندگان در پژوهش اذعان شده بود. پرستار ۹ می‌گوید "تیم درمان همه بیماری را می‌شناسند ولی کسی به بستری شدن مجدد بیمار اهمیت نمی‌دهد در بیمارستان آموزشی سیستم نظارتی نداریم که چرا این بیمار برگشته است هفته پیش این بیمار اینجا بوده چرا دوباره برگشته و همه اینها را به شلوغی بخش‌ها ربط می‌دهیم و هیچ‌گونه نظارتی وجود ندارد. هیچ کس نمی‌پرسد چرا آمدی؟ به چه دلیلی دوباره بستری شدی؟ پرستاران این موضوع را پی‌گیری نمی‌کنند. و

پزشکان هم همین طور هستند. اساتید بیماران را کنترل نمی‌کنند که چرا دوباره آمده است. اگر اساتید پی‌گیری کنند بیمار حساب می‌برد و گوش می‌کند بیماران به حرف دانشجویان پزشکی و پرستاران زیاد گوش نمی‌دهند." یادداشت مشاهده در عرصه: آقای ج - ا در ۶ ماه گذشته ۵ بار بستری شده است. او در ساعت ۱۰/۵ صبح توسط پزشک معالج ویزیت شد. پزشک پس از سمع صداهای قلب و ریه و ملاحظه پرونده بیمار تعدادی از داروهای وی را تغییر داد و رفت. بیمار آهسته به پرستار گفت "دکتر دوباره به حرف‌های من گوش نداد و رفت." به نظر می‌رسید بیمار سوالات زیادی در ذهن داشت که فرصت پرسیدن به او داده نمی‌شد. ملاقات پزشک و بیمار بسیار کوتاه و در حد معاینه و تغییر داروها بود. پرستار هم پس از ویزیت دیگر بر بالین بیمار نیامد. همه طوری رفتار می‌کردند که گویی بیمار با همه چیز در بخش آشناست. حضور مکرر بیمار در بخش، برای پرسنل عادی شده بود و گاهی به هم می‌گفتند فلانی دوباره آمد.

باورهای بهداشتی و انتظارات بیمار: بعضی از بیماران براین باور بودند که مصرف داروهای گیاهی در درمان بیماری آنها مؤثر است و خودشان خودسرانه به طبابت خود می‌پرداختند و تمکین دارویی نمی‌کردند. ذهنیت بیماران مزید بر علت بود به نحوی که ذهنیت غلط آنها سبب قطع مصرف دارو و خوددرمانی با داروهای گیاهی و حتی مصرف تریاک به طور رایج شده بود. بیماران ذهنیت داشتند که داروهایی که دکتر داده است سبب بروز یبوست و ضعف در آنها شده است. پزشک ۶ می‌گوید "بیمار دوا نمی‌خورد فکر می‌کند یا ذهنیت پیدا می‌کند که مثلاً یبوست پیدا کرده به علت این دارو بوده است. اگر بی‌اشتها شده به علت این دارو بوده است. در صورتی که این طور نیست. بیمار ذهنیت پیدا می‌کند که این دواهاست که حال او را خراب کرده است پس همه را قطع می‌کند و ممکن است برود سنبولتئو بخورد." پرستار ۴ می‌گوید "بیماران انتظار دارند با یک نسخه خوب شوند. طول درمان را قبول

ندارند. مشکل اساسی آن است که بیمار گوش نمی‌کند و انتظار دارد با یک بار دارو خوردن خوب شود. " آموزش ناقص بیمار: تمامی همکاران تحقیق اظهار می‌کردند که توصیه‌ها و تجویزها آموزش نیستند و آموزش رایج در بیمارستان در حد یک توصیه و آموزش اندک است. بیمار ۱۰ می‌گوید " کسی به من یاد نداده بود که غذای ساندویچ نمک و چربی دارد و آموزش نگرفته بودم. هر بار بستری می‌شدم چیزی به من یاد ندادند تنها یک برگ غذایی دادند که آن را در منزل یک گوشه گذاشتم و استفاده نکردم. " پزشک ۲ می‌گوید " مهم‌ترین چیز برای بیماران نارسایی قلبی آموزش است ما رژیم دارویی و غذایی را به آنها می‌گوئیم ولی کافی نیست زیرا بیمار اهمیت آن را احساس نمی‌کند زیرا به عنوان یک Comment به او می‌دهیم و نمی‌توانیم به او توضیح دهیم چون بار کاری زیاد است. "

تمکین ناکافی رژیم دارویی: تمامی همکاران تحقیق به قطع مصرف دارو، فاصله افتادن در مصرف داروها، نخوردن کامل داروها و احساس خوب شدن پس از مصرف داروهای اولین نسخه و عدم پی‌گیری و تداوم مصرف داروها اذعان داشتند. بیمار ۴ می‌گوید "یادم نمی‌آید همه داروهایم را خورده باشم. وقتی داروهایم تمام شد دیگر مراجعه نکردم فکر کردم خوب شدم و چون راهم دور بود پیگیری نکردم. "

تمکین ناکافی رژیم غذایی: همگی مشارکت کنندگان اذعان کردند که غذای معمولی سرسفره بدون توجه به میزان نمک و چربی آن توسط بیمار مصرف می‌شود و خوردن غذای بیرون در بین آنها به وفور گزارش می‌شد. بیمار ۵ می‌گوید " وضع‌ام طوری بود که مشکل نداشتم. مهمانی هم می‌رفتم. مگر می‌شود مهمانی رفت و غذا نخورد (بیمار می‌خندد). نمک و چربی غذا هم بالا بود ولی من می‌خوردم. در خانه همه چیز می‌خوردم و رعایت نمی‌کردم. "

سبک زندگی نادرست: پزشک ۶ می‌گوید "سبک زندگی بیماران غلط است برعکس سابق اینها بایستی راه پیمایی کنند حتی فعالیت کنند و نرمش‌های سبک انجام دهند. بیماران می‌نشینند یک گوشه و بی‌تحرك هستند. سیگار می‌کشند و گاهی معتاد به تریاک هستند. همه اعتیادها برای اینها مضر است ولی نمی‌دانند. "

نبود سیستم درمانی پی‌گیر: پرستار ۱ می‌گوید " ما پرستاران بیماران را پس از ترخیص رها می‌کنیم و پی‌گیری هم نداریم مهم نیست که پی‌گیری کنیم یا نه. " پزشک ۶ می‌گوید " در ایران پی‌گیری بیمار نداریم. بیمار پس از ترخیص به امید خدا رها می‌شود. "

عدم اعتماد به پزشک: بیماران اذعان می‌کردند به سیستم درمانی به خصوص به پزشکان اعتماد ندارند. پزشک ۱ می‌گوید " بیماران چندین پزشک عوض می‌کنند. لابد نتیجه نمی‌گیرند. بالاخره مردم که بیکار نیستند از یک طرف تهران بروند طرف دیگر آن پیش فلان دکتر و این به خاطر این است که نتیجه نمی‌گیرند و گاهی به مصرف داروهای گیاهی بیشتر اعتماد دارند تا نزد پزشک رفتن. "

عدم ارتباط موثر با بیمار: تمامی همکاران تحقیق ذکر می‌کردند که ارتباط درمانی مؤثر و مناسبی بین تیم درمان با بیمار و خانواده وجود ندارد. پرستار ۱ می‌گوید "متأسفانه پزشکان و اساتید با بیماران ارتباط برقرار نمی‌کنند. خیلی پزشکان می‌توانند مؤثر باشند اما درگیری زیاد آنها سبب شده است که پزشکان اصلاً با بیماران صحبت نکنند و حتی روتین شده است که رزیدنت سال یک هم می‌گوید من حوصله ارتباط با بیمار و آموزش دادن به او را ندارم. "

مشکلات روحی بیمار: تمامی همکاران تحقیق به مشکلات بیماران نظیر افسردگی، عصبانی بودن، اضطراب، بیقراری و ناامیدی آنها که ناشی از عدم درمان قاطع بیماری بود اذعان داشتند. بیمار ۱۲ می‌گوید "چندین بار بستری شدم. آخرین بار گفتند برای شما نمی‌شود کاری کرد. اصلاً از درمان ناامید شدم. فقط می‌گویند بایستی تا آخر عمر دارو

بخوری. خسته شده‌ام. من از زندگی خیلی ناامید هستم. از مرگ می‌ترسم و ناامید ناامید هستم همه کار کرده‌ام ولی خوب نشدم."

چالش‌های خانواده و بیمار: از یک طرف بار بیماری بر بیمار و خانواده و از طرف دیگر عکس العمل ناشی از خستگی بیمار و خانواده همگی سبب تداوم دور باطل بستری مجدد شده اند بیمار ۶ می گوید "خانم به من کمک نمی‌کند. غذای سر سفره را مجبورم بخورم و فقط بچه هایم به من کمک می‌کنند. ظهر خانه می‌آیم می‌بینم خانم به فکر نبوده و مثلاً غذای چرب یا خوش نمک درست کرده و مجبورم غذای سفره رو بخورم."

بحث

نگاهی به طبقات شکل گرفته و استخراج شده از داده‌های این مطالعه نشان می‌دهد که هر یک از این طبقات به عنوان یک مانع در کنترل بستری مجدد بیماران موثر بوده‌اند. حساس نبودن بیمار، خانواده و تیم درمان به عنوان یک یافته و متغیر منحصر بفرد و زمینه‌ای بسیار مهم و معنی‌دار در این پژوهش می‌باشد. علیرغم بستری شدن مکرر بیمار در بیمارستان هیچ کدام از مشارکت کنندگان در تحقیق یعنی بیمار، خانواده و تیم درمان نسبت به بستری مجدد حساس نبوده‌اند و به نوعی احساس خطر نکرده و توجهی به دلایل آن نداشته‌اند. خاتمی و آصف زاده (۱۳۸۶) می‌نویسند از ۱۱۰ اینترن دانشکده پزشکی حین کار در بیمارستان فقط ۲۱/۸۲ آنها (۲۴ اینترن) همواره از خود حساسیت و دلسوزی نسبت به بیماران نشان می‌دادند و کار درمان آنها را پی‌گیری می‌کردند. پزشکان به بیماری فرد اهمیت می‌دهند نه به خود بیمار و خواسته‌های او و پرستاران هم فقط کارهای مراقبتی معمول بخش را انجام می‌دهند و فرقی برایشان نمی‌کند که بیمار بیاید و برود آنها فقط کارشان را انجام می‌دهند و تکراری بودن بیمار برایشان عادی شده است (۱۱، ۱۲).

در رابطه با باورهای بهداشتی و انتظارات درمانی بیمار، بعضی از بیماران بر این باور بودند که مصرف داروهای گیاهی در درمان بیماری موثر است و خودشان طبابت می‌کردند. بعضی از آنها معتقد بودند مصرف جوشانده گیاهی و حتی انداختن زالو و حجامت سبب بهبودی آنها می‌شود و بدون مشورت با پزشک معالج و خودسرانه این اقدامات را انجام می‌دادند. شیدفر و همکاران (۱۳۸۶) با انجام یک مطالعه مداخله‌ای بر روی ۱۸۰ بیمار بستری مبتلا به آتژین صدی در دو گروه مداخله و شاهد می‌نویسند که تمایل به قطع خودسرانه داروها به دلیل ترس از عوارض ناخوشایند و جانبی آنها در بیماران مشهود است (۱۳).

آموزش ناقص بیمار، تمکین ناکافی رژیم دارویی و غذایی و سبک زندگی نادرست از موانع مهم در کنترل بستری مجدد بودند که با یافته‌های سایر مطالعات هم‌خوانی دارند. هاگی هارا و همکاران (۲۰۰۶) می‌نویسند مطالعات زیادی نشان داده‌اند که بیماران حین ترخیص نیازمند کسب آگاهی هستند و باید توضیحات کافی را از پزشکان دریافت کنند در غیر این صورت دچار مشکل می‌شوند به خصوص در هنگام مصرف داروهای متعدد که پزشک تجویز کرده است (۱۴). گراتهام و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش خود می‌نویسند که بین ۲۵ درصد تا ۷۵ درصد بیماران سالمند داروهای خود را طبق تجویز مصرف نمی‌کنند و تمکین دارویی حدود ۵۰ درصد است و عوامل عدم تمکین دارویی شامل مصرف نادرست داروها، یادآوری ضعیف رژیم دارویی و ویزیت توسط پزشکان متعدد می‌باشد (۱۵). لئی و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود بر روی ۱۴۵ بیمار مبتلا به نارسایی قلب و بررسی آزمایش ادرار ۲۴ ساعته آنها از لحاظ دفع سدیم دریافتند که ۸۰ درصد بیماران اذعان کرده بودند که آموزش لازم را در مورد رعایت رژیم غذایی کم سدیم دریافت کرده‌اند ولی آزمایش ادرار ۲۴ ساعته از لحاظ وجود سدیم نشان داد که تنها ۲۵ درصد آنها تمکین کرده بودند و این نشان دهنده ۷۵ درصد عدم تمکین در رژیم

غذایی توسط بیماران مبتلا به نارسایی قلب مورد پژوهش بوده است (۱۶). آموزش ناقص و مقطعی و عدم آگاهی بیماران و خانواده آنها منجر به عدم تعدیل در سبک زندگی آنها شده بود و از طرفی اغلب بیماران از کیفیت پایین زندگی در رنج بودند. تمامی بیماران اذعان داشتند که زندگی آنها بدون ورزش و با بی‌تحرکی دایم همراه است حتی استعمال دخانیات دارند و گاهی تریاک مصرف می‌کنند. از سویی دیگر میرخانی و همکاران (۱۳۸۱) در تحقیق خود بر روی بیماران مبتلا به سکت قلبی دریافتند که وضعیت تغذیه، مصرف دخانیات، تجربه استرس زها و بالا بودن میزان استرس، خواب با کیفیت کم و فعالیت ورزشی ناکافی جز عوامل خطر زا در گروه مورد بررسی بوده است (۱۷). نبود سیستم درمانی پی‌گیر، بی‌اعتمادی به پزشک، عدم ایجاد ارتباط با بیمار و خانواده از جمله موانعی بودند که منجر به بستری مجدد شده بودند. پزشکان اقرار می‌کردند که در ایران سیستم درمان غیر فعال و غیر پی‌گیر است. پرستاران اذعان می‌کردند با خوردن مارک ترخیص به بیمار، آن بیمار از نظر ما مرخص شده است و به عبارتی دیگر آن بیمار رها شده است و ما کاری به کار او نداریم. این در حالی است که در اغلب نقاط دنیا پی‌گیری وضعیت سلامتی بیماران در جامعه با برنامه مدون ترخیص و برنامه‌های دیگر تحت عناوین بازتوانی و توانبخشی ادامه می‌یابد. به طور مثال در فنلاند، سوئد و چین از پرستاری توانبخشی استفاده می‌شود (۱۸). اما بر اساس داده‌های این مطالعه هیچ سیستم پی‌گیری کننده وضعیت بیمار در ایران وجود ندارد. هوشمند و همکاران (۱۳۸۵) می‌نویسند که مطالعات نشان می‌دهند عواملی مثل افزایش سطح تحصیلات و ارتقای آگاهی‌های عمومی، عدم اعتماد به متخصصین پزشکی، افزایش توجه به محوریت مصرف کنندگان و رشد نهضت حقوق شهروندی بر افزایش سطح توقع و انتظارات مردم از احراز حقوق خود به عنوان بیمار افزوده است (۱۹). تمامی همکاران تحقیق ذکر می‌کردند که ارتباط درمانی مناسبی بین تیم درمان با بیمار و خانواده وجود ندارد. ذکائی

یزدی و همکاران (۱۳۸۱) با بررسی ۱۰۴ پرستار شاغل در بیمارستان‌های علوم پزشکی تهران گزارش کردند که تنها ۵۷/۳ درصد (۵۹ پرستار) همیشه ضمن انجام مراقبت با بیمار ارتباط مناسب برقرار می‌کنند ۴۰ درصد (۴۲ پرستار) گاهی و ۲ درصد هرگز با بیماران ارتباط برقرار نمی‌کنند (۲۰). مشکلات روحی بیمار و چالش‌های خانواده و بیمار به عنوان موانع کنترل بستری مجدد استخراج شدند که با نتایج سایر مطالعات مشابه می‌باشند. قائمیان و همکاران (۲۰۰۶) می‌نویسند افسردگی در بیماری‌های مزمن به خصوص نارسایی قلب شایع است و میزان آن از ۱۳ درصد تا ۷۷ درصد متفاوت است (۲۱). وندر وال و همکاران (۲۰۰۷) پس از بررسی ۹۵۴ بیمار مبتلا به نارسایی قلب می‌نویسند این بیماران مبتلا به علائم افسردگی هستند و بیماران با علائم افسردگی و با سطح آگاهی کم با موانع بیشتری برای تمکین توصیه‌های درمانی در نارسایی قلب روبرو می‌شوند (۲۲). خانواده‌ها از بار بیماری، خسته شدن از بستری مجدد و کاهش حمایت از بیماران اذعان داشتند. وجود درگیری در منزل، مشکلات اقتصادی، وابستگی شدید به فرزندان و احساس ناامنی مواردی بودند که در تمامی مصاحبه‌ها اظهار شده بودند. نویدیان و همکاران (۱۳۸۰) با بررسی ۱۲۵ نفر مراقب خانوادگی بیماران روانی به این نتیجه رسیدند که ۲۶/۴ درصد دچار فرسودگی و خستگی روانی ضعیف، ۶۰/۸ درصد متوسط و ۱۲/۸ درصد فرسودگی و خستگی شدید داشتند. در مجموع ۷۳/۶ درصد مراقبین خانوادگی دچار فرسودگی و خستگی روانی متوسط تا شدید بودند (۲۳).

نتیجه گیری

این پژوهش نشان داد موانع کنترل بستری مجدد که در ابعاد مختلف در بین مشارکت کنندگان وجود داشته‌اند و به نحوی همگی در بروز بستری مجدد دخیل بوده‌اند با رویکرد کیفی و استفاده از روش تلفیق منابع بهتر از روش بیومدیک تک منبعی مورد شناسایی قرار گرفته‌اند.

chest pain in patients with coronary artery disease. JQUMS 2005; 35(9): 103-99.

7. Dabagh A, Sarrafzadegan N, Banifatemi V, Habibi HR, Rafiei M. Costs of therapeutic modalities of cardiovascular patients in Isfahan University hospitals. Hakim Journal 2003; 6(2): 19-25.

8. Chan M F, Wong F k Y, Chang K K P, Chow SKY, Chung LYF, Lee RP, Lee WM. A study on investigating unplanned readmission patterns. J Clin Nurse 2007; 1-11.

9. Weissman J. Readmission - are we asking too much? Int J Qual Health Care 2001;13(3): 183-185.

10. Streubert, H, Carpenter D. Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative, 4th ed, Philadelphia. Williams &Wilkins; 2007. p. 107-121

11. Khatami S, Asef zadeh S. Communication skills of medical interns of Qazvin UMS (short communication). JQUMS 2007; 11(3 (44)): 79-81.

12. Falahian M, Azhari SH, Amiri Z, Bina M. Approach to physician – patient communication in teaching hospitals in Tehran in 1999. Hakim Journal 2003; (3): 199-207.

13. Shid Far MR, Hosseini M, Shojaei Zadeh D, Asasi N, Majlesi F, Nazemi S. Effectiveness of an educational program on knowledge and attitudes of angina patients in Mashhad, Iran: results of an intervention. J of Birjand UMS 2007; 14(1 (30)): 18-26.

14. Hagihara A, Tarumi K. Doctor and patient perceptions of the level of doctor explanation and quality of patient- doctor communication. Scan J Caring Sci 2006; 20: 143-150.

15. Grantham G, McMillan V, Dunn SV, Gassner LA, Woodcock P. Patient self – medication – a change in hospital practice. J Clin Nurse 2005; 15: 962-970.

16. Lennie TA. Nutrition self care in heart failure: State of the science. Cardiovasc Nurse 2008; 23(3):197-204.

17. Mirkhani SH, Mohammad Hasani MR, Sanatkar M, Parvizi R, Radpoor M, Zamani J. Iranian population study of the risk factors of acute myocardial infarction as part of inter-heart" international project. TUMJ 2005;

از طرفی حساس نبودن مشارکت کنندگان نسبت به بستری مجدد و عوامل ایجاد کننده آن نشان داد که این یافته جدید، تا کنون مورد توجه مطالعات قرار نگرفته است. بنابراین پیشنهاد می‌گردد به منظور کنترل میزان بستری مجدد، علاوه بر شناخت ماهیت و الگوی کارکردی موانع آن، حساس سازی افراد درگیر هم انجام شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود فرض می‌دانند از دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، مدیریت بیمارستان‌های شریعی و مرکز قلب تهران به خاطر پشتیبانی و حمایت از طرح و از تمامی مشارکت کنندگانی که با حوصله و به گرمی تجارب ارزشمند خود را در اختیار ما گذاشتند تشکر و قدر دانی نمایند.

منابع

1. Timms J, Parker VG, Fallat EH, Jahnson WH. Documentation of characteristics of early hospital readmission of elderly patients. J Nurses Staff Dev 2002; 18(3): 136-145.
2. Hassan M. Readmission of patients to hospital: still ill defined and poorly understood. Int J Qual Health Care 2001; 13(3): 177-179.
3. Hamner JEK, Predictors of hospital readmission after discharge in patients with congestive heart failure. Heart & lung 2005; 34(4): 231-239.
4. Iranian Ministry of Health, Treatment and Medical [On line] [cited 2007 Nov.25] Education. Tehran: Non-Communicable Disease Risk Factor InfoBase, Available at: <http://www.sci.org.ir/portal/faces/public/census85/ens85.natayej>.
5. Nordgren L, Asp M, Fagerberg I. An exploration of the phenomenon of formal care from the perspective of middle- aged heart failure patients. EUR J Cardiovasc Nurse 2007; 6: 121- 129.
6. Ahmadi F, Ghofrani Pour F, Abedi HA, Arefi SH, Faghih Zadeh S. The effect of continuous consultation care model on rehospitalization and

62(9):785-793.

18. Jiang X, Sit JW, Wong T Ks. A nurse -led cardiac rehabilitation program improves health behaviors and cardiac physiological risk parameters: evidence from Chengdu, China. *J Clin Nurse* 2004; 16: 1886-1897.

19. Houshmand A, Joulaei S, Mehrdad N, Bahrani N. Nurses' information and their view points about patient's rights and practical facilitators in clinics. *Hayat* 2007; 12(4):57-66.

20. ZokaieYazdi S, Mosayyeb Moradi j, Mehran A. Perspective of the nursing staff at hospitals affiliated to the Tehran University of Medical Sciences on the roles and activities of the nurses. *Hayat* 2002; 8(16): 22-32.

21. Ghaemian A, Mohammad pour RA, Hosseini S. H, Emadi Sh. Depression in heart failure patients and the influence of age, gender and severity of depression on heart failure patients. *JTHC* 2007; 1: 31-34.

22. Van Der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Van Gilst WH, Van Veldhuisen DJ. Unraveling the mechanisms for heart failure patients, beliefs about compliance. *Heart lung* 2007; 36(4): 253-61.

23. Navidian A, Salar AR, Hasheminia A, Keikhaei A. Study of mental exhaustion experienced by family caregivers of patients with mental disorders (Zahedan psychiatric hospital; 2000). *JBUMS* 2001; 3(4 (12): 33-38.

Barriers of readmission control among patients with congestive heart failure: A qualitative study

Hekmatpou D¹, Mohammadi E^{2*}, Ahmadi F³, Arefi S³

1- PhD Candidate in Nursing Education, Nursing Department, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

2- Associate Professor, Nursing Department, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

3- Professor, Cardiologist, Cardiovascular Diseases Department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received 4 Oct, 2008

Accepted 24 Dec, 2008

Abstract

Background: Hospital readmission rate as a global health problem has increased over the last few decades. Congestive heart failure (CHF) is one of the most common causes of hospital readmission. Little is known about barriers of readmission rate control. The aim of this study was used for data exploring the barriers of readmission rate control.

Methods and Materials: A qualitative study was designed with grounded theory approach. Data were gathered with interview. This study was started with proposly sampling and continues with theoretical sampling during 6 months. A convenience sample of 42 people was recruited from two public educational hospitals in Tehran during 6 month. The data were analyzed using constant comparative analysis.

Results: Data analysis demonstrated lake of sensitivity on barriers of readmission; incorrect patient's health believes and expectations; insufficient patient education, drug and diet adherence, and incorrect life style; lack of active medical system , distrust on physicians and lack of communication; psychological issues and patient - family challenges, were as the barriers of readmission control.

Conclusion: This research had shown that the barriers of readmission control recognized by applying Qualitative research method with source triangulation better than the biomedical approach with single source. On the other hand, lack of sensitivity of participants on barriers of readmission control is a new finding. So, for controlling the barriers of readmission despite of exploring the barriers, making sensitive of involved people to readmission, is also proposed.

Key words: Congestive heart failure, Readmission, Qualitative study

*Corresponding author;

Email: emohamadas@yahoo.com

Address: 4th floor, No:5, Faculty of Medicine, Tarbiat Modaress, Nasr Briedge, Tehran, Iran.