

ماهیت و ساختار منابع رنج در همراهان سالمندان بستری

مژگان خادمی^۱، دکترحیدر علی عابدی^۱، رضا دریاییگی^۲، نصرالله علیمحمدی^۳

۱- مربی، کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

۲- دانشیار، دکترای پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۳- مربی، کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تاریخ دریافت ۸۵/۴/۲۵، تاریخ پذیرش ۸۵/۸/۱۰

چکیده

مقدمه: همان طور که بیماران سالمند در هنگام بستری شدن با یک بحران زیست شناختی به بیمارستان وارد می‌شوند مراقبت کنندگان آنان نیز با یک بحران روانشناختی به بیمارستان قدم می‌گذارند. اما از آنجایی که مراقبت کنندگان حرفه‌ای آگاهی چندانی از تجارب آنان ندارند این افراد که ممکن است به اندازه خود بیماران در رنج باشند را فراموش می‌کنند. با توجه به اهمیت مفهوم رنج در علم پرستاری و اهمیت شناخت و درک منابع رنج جهت ارائه مراقبت مناسب، این مطالعه با هدف شناخت ماهیت و ساختار منابع رنج در همراهان سالمندان بستری انجام گردیده است.

روش کار: این پژوهش کیفی بوده و به روش پدیده شناسی انجام شده است. نمونه‌ها از بین منابع اطلاعات (همراهان بیماران سالمند بستری در یکی از بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان) انتخاب گردیده‌اند. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف آغاز شده و تا اشباع اطلاعات ادامه یافته و در پایان، تعداد شرکت کنندگان به ۱۲ نفر رسید. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه عمیق و تفسیر داده‌ها به روش «پارسی» انجام شده است که برای اولین بار در ایران به کار گرفته شد.

نتایج: یافته‌های این پژوهش در مفاهیم محوری «بیمار و اقدامات درمانی به عنوان منبع رنج»، «بیمارستان به عنوان منبع رنج»، «اختلال در زندگی خانوادگی و اجتماعی به عنوان منبع رنج» و «غفلت از خود به عنوان منبع رنج» ارائه گردیده‌اند که در اصل مقاله به آن پرداخته خواهد شد.

نتیجه‌گیری: تجارب شرکت کنندگان نیاز به اتخاذ تدابیری جهت عملی شدن مراقبت کنندگی خانوادگی در محیط بیمارستان را منعکس می‌نماید. توسعه گروه‌های حمایتی، فراهم شدن تجهیزات و امکانات و حمایت مداوم همراهان در طی همراهی بیمار سالمند در محیط بیمارستان و ضرورت برنامه‌های آموزشی برای تطابق همراهان و خانواده‌های آنان گام‌های مفیدی در این زمینه می‌باشند.

واژگان کلیدی: بیمار سالمند، بستری شدن، تنش نقش، مراقبت کننده خانوادگی، رنج

*نویسنده مسئول: اراک، میدان بسیج، سردشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده پرستاری و مامائی

مقدمه

می‌شوند، مراقبت کنندگان آنان نیز با یک بحران روانشناختی به بیمارستان قدم می‌گذارند (۱۰). آنان از دیدن ضعف و ناتوانی وابستگان عزیز خود رنج می‌کشند (۱۱). ورود به محیط مراقبت حاد مشکلاتی هم چون تغییر نقش، تردید و از دست دادن حس کنترل را به دنبال دارد که سلامت آنان را در معرض خطر قرار می‌دهد (۱۲). اما از آنجایی که مراقبت کنندگان حرفه‌ای بر سلامت بیماران تأکید و توجه دارند و آگاهی چندانی از تجارب مراقبت کنندگان خانوادگی ندارند آنها را که ممکن است به اندازه خود بیماران در رنج و محنت باشند فراموش می‌کنند (۴). بنابراین شناخت و درک الگوی رنج‌های آنان توسط مراقبت کنندگان حرفه‌ای از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد و جهت کمک به حفظ سلامت آنان و در نتیجه تداوم حمایت آنها از سالمندان تحت مراقبت، ضروری می‌باشد (۱). از آنجایی که هدف پرستاری کمک به پیش‌گیری از تجربه رنج، تطابق با آن و پیدا کردن معنی برای رنج و رشد از طریق آن می‌باشد (۳)، شناخت ماهیت و ساختار رنج‌های حاصل از بستری شدن فرد سالمند در مراقبت کنندگان خانوادگی و دلایل و منابع آن به پرستاران کمک می‌کند تا جهت دستیابی به این هدف حرفه‌ای، به طور مؤثر مداخله نمایند به نحوی که منجر به کاهش رنج مراقبت کننده و آسایش فرد سالمند گردد. با توجه به آنچه گفته شد و با توجه به این که در این زمینه در ایران تحقیقی انجام نشده است، پژوهش‌گران بر آن شدند با هدف شناخت ماهیت و ساختار رنج و منابع آن در مراقبت کنندگان سالمندان بستری در بیمارستان به مطالعه تجارب همراهان سالمندان بستری بپردازند.

روش کار

از آنجایی که بشر موجودی ماورای بعد جسمی خود می‌باشد و شناسائی احساسات و عواطف بشری با روش‌های کمی مشکل می‌باشد، این پژوهش به صورت کیفی

رنج تجربه ای تاریک در زندگی و ستیزی غیرفاتحانه برای حفظ یا دستیابی به کنترل است (۱، ۲). تراول بی معتقد است رنج احساس ناخوشایندی است که محدوده آن از ناراحتی گذرای روانی، جسمانی یا روحی ساده تا غصه زیاد و مراحل آن از مرحله بدخیم ناامیدی تا مرحله نهایی یعنی بی تفاوت و بی عاطفه شدن متفاوت است (۳). از زمان فلورانس نایتینگل، رنج، مفهومی مهم در علم پرستاری بوده اما در عمل مطالعات زیادی درباره این تجربه زندگی انجام نشده به همین دلیل صاحب نظران معتقدند لازم است تحقیقات پرستاری بیشتری درباره تجربه رنج در گروه‌های مختلف انجام گردد (۲).

استتزر مطالعه تجارب گروه‌های مختلف مراقبت کنندگان خانوادگی را توصیه نموده است (۴). مطالعات انجام شده درباره کسانی که در منزل از سالمندان خود مراقبت می‌کنند حاکی از آن است که این افراد رنج را به اشکال مختلف تجربه می‌نمایند. آنها که نقش اصلی را در حمایت و مراقبت از جمعیت رو به رشد سالمندان بر عهده دارند «تولید کنندگان سلامت» نامیده می‌شوند (۵، ۶). اما در عین حال خود نیز در معرض پی‌آمدهای جسمی، عاطفی و خصوصاً افسردگی و انزوا قرار دارند و به همین دلیل «بیماران پنهان» نیز نامیده می‌شوند (۹-۷). بسیاری از مطالعات برافسردگی و اضطراب عمومی در این افراد تأکید دارند اما تعداد کمی از مطالعات به طور ویژه به بررسی تجارب آنان در هنگام بروز بیماری حاد و بستری شدن فرد سالمند، که در میان این گروه سنی پدیده ای رایج است، پرداخته‌اند. یافته‌های این مطالعات محدود نشان می‌دهد که بستری شدن نشانه بروز یک بحران برای سالمند است که به دلیل سن بالا و تعدد تشخیص‌های طبی مزمن تشدید می‌شود. این مسأله باعث نگرانی شدید مراقبت کنندگان می‌گردد. بنابراین همان طور که بیماران سالمند با یک بحران زیست شناختی به بیمارستان وارد

انجام شده است. هم‌چنین با توجه به این که پدیده مورد مطالعه در این پژوهش، تجارب انسانی می‌باشد از روش پدیده شناسی که هدف آن درک ساختار اصلی پدیده‌های تجربه شده انسانی از طریق تجزیه و تحلیل توضیحات شفاهی شرکت کنندگان می‌باشد، استفاده شده است.

منابع اطلاعات، همراهان بیماران سالمند بستری در یکی از بخش‌های ارتوپدی، جراحی، قلب و عروق، تنفس و نورولوژی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده‌اند. معیارهای پذیرش، علاقمندی به شرکت در مطالعه، آگاهی از پدیده مورد مطالعه و توانایی در انتقال اطلاعات بوده است. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف آغاز و تا اشباع اطلاعات یعنی عدم دریافت اطلاعات جدید ادامه یافت که در مجموع شمار شرکت کنندگان در پژوهش به ۱۲ نفر رسید. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه عمیق استفاده شده است. مصاحبه با یک سوال وسیع و کلی در مورد تجارب زندگی روزانه آنان از زمان حضور در بیمارستان شروع شده و سپس سوالات اکتشافی (از قبیل بیشتر توضیح بدهید، این یعنی چه؟ و...) جهت تشویق شرکت کننده و دستیابی به اطلاعات عمیق تر پرسیده شد. مدت مصاحبه ۲۰ تا ۹۰ دقیقه بوده است. مصاحبه‌ها ضبط شده و در پایان، کلمه به کلمه برگردانده شده و پس از تجزیه و تحلیل، مصاحبه بعدی انجام شده است.

در تجزیه و تحلیل از روش پارسی^۱ استفاده شده است. وی یک روش شناسی ویژه را توصیف نموده که عبارت است از گفت و شنود بدون ساختار بین محقق و شرکت کننده درباره یک تجربه زندگی. در صورت امکان این گفت و شنود ضبط شده و سپس جهت فرآیند استخراج - ترکیب پیاده می‌شود. استخراج - ترکیب، فرآیند حرکت توضیحات از زبان شرکت کننده به سطح انتزاعی زبان علم می‌باشد (۱۳).

استحکام و دقت^۲ تحقیق: جهت تضمین معتبر بودن^۳ که عبارت است از اطمینان به صحت داده‌ها، از تکنیک‌های تلفیق مکان (نمونه‌گیری در بخش‌های مختلف) و تلفیق زمان (نمونه‌گیری در سه نوبت صبح، عصر و شب) استفاده شده است. پس از تجزیه و تحلیل هر مصاحبه مجدداً به شرکت کننده مراجعه شده و صحت مطالب، با نظری بررسی گردید و در صورت نیاز، تغییرات لازم انجام شده است.

هم‌چنین محققین تلاش خود را بر جمع‌آوری اطلاعات مبتنی بر تجربه متمرکز ساخته که این خود به عینی بودن داده‌ها کمک نموده و روشی برای تأیید موثق بودن اطلاعات^۴ می‌باشد. علاوه بر این، پژوهش حاضر به صورت تیمی و با راهنمایی و نظارت صاحب‌نظران انجام گردیده است که هم اطمینان پذیری^۵ و هم تأییدپذیری^۶ داده‌ها را امکان‌پذیر می‌نماید.

به منظور افزایش قابلیت انتقال^۷ یافته‌ها به موقعیت‌ها یا گروه‌های دیگر، از شرکت کنندگانی که از نظر موقعیت اجتماعی - اقتصادی، وضعیت بیمار تحت مراقبت و... متفاوت بوده‌اند، استفاده شده است. هم‌چنین، بسیاری از یافته‌های این مطالعه در مطالعات دیگر نیز تأیید گردیده است.

این تحقیق پس از کسب مجوزهای لازم از مسئولین محیط پژوهش انجام شده است. قبل از انجام هر مصاحبه، شرکت کنندگان از اهداف و اهمیت تحقیق آگاه شده و با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت نموده‌اند. هم‌چنین به شرکت کنندگان تأکید گردید که در هر مرحله‌ای از پژوهش می‌توانند بدون نگرانی از عواقب بعدی، انصراف خود را از شرکت در پژوهش اعلام نمایند. هم‌چنین مصاحبه با توافق شرکت کنندگان در مکانی آرام (اتاق روز) در

2 - Rigor.

3 - Credibility.

4 - Trustworthyness.

5 - Dependability.

6 - Confirmability.

7 - Transferability.

1 - Parse.

یافته‌های این پژوهش بیان‌گر رنج تجربه شده در شرکت کنندگان در طی همراهی بیمار سالمند در بیمارستان می‌باشد. این تجارب نه فقط ابعاد و اشکال مختلف رنج بلکه منابع و دلایل آن را نیز بیان می‌کنند. یافته‌های حاصل از این مطالعه در مفاهیم محوری ذیل بیان گردیده‌اند:

- بیمار و اقدامات درمانی به عنوان منبع رنج - کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش، شرایط طبی بیمار را منبع اصلی رنج خود شمرده‌اند. آنان اظهار داشته‌اند که مهم‌ترین مسأله، وضعیت بیمار و ترس از فقدان بوده است. وضعیت جسمی نامناسب بیمار، ترس از بیهوشی و جراحی، نگرانی از عواقب اقدامات تشخیصی و درمانی و نتایج این اقدامات، ترس از آسیب به بیمار به دلایلی از قبیل خفگی، سقوط از تخت و... تنش شدیدی را در آنان ایجاد نموده است. این تجارب پی‌آمدهای جسمی، عاطفی و روانی متعددی هم چون افزایش فشارخون، تپش قلب، سرگیجه، گیجی، اضطراب و... را به دنبال داشته‌اند. آنان در این باره چنین اظهار داشته‌اند:

«شوکه شده بودم، حالش خوب بود و یک دفعه بد شد، نمی دانستم کجا هستم... در همین اتاق بودیم و فکر می‌کردم در سالتی بزرگ هستیم..»

«می‌ترسیدم از دست بروم... یا همینطور در اغما بمانم... از تراکتوستومی می‌ترسیدم... می‌ترسیدم به هوش نیاید... زیر تیغ جراح..»

ترس از نزدیک شدن به بیمار و آسیب به بیمار به دلیل استفاده از وسایل و تجهیزات مراقبتی و طبی از قبیل ونتیلاتور، لوله تراشه، انواع کاتتر از دیگر تجارب همراهان بوده است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که عدم آشنایی با وسایل و کاربرد آنها باعث افزایش رنج و تنش همراهان بوده است:

«از این که به او دست بزنم یا تکانش بدهم می‌ترسیدم، می‌ترسیدم لوله‌ها جدا شوند، با لوله تراشه خیلی اذیت شدیم برای ما عادی نبود..»

بیمارستان انجام گردید و در هنگام انجام مصاحبه، خلوت و راحتی شرکت کنندگان در پژوهش فراهم شد. در تمام مراحل مشخصات آنان به صورت محرمانه حفظ گردید.

نتایج

از ۱۲ شرکت کننده در این پژوهش، ۶ نفر مرد و ۶ نفر زن در دامنه سنی ۲۲-۵۶ سال بوده‌اند. از این تعداد، ۹ نفر متأهل و دارای ۱-۵ فرزند بوده‌اند. از نظر تحصیلات ۳ نفر ابتدایی، ۴ نفر دیپلم، ۳ نفر فوق دیپلم و ۲ نفر لیسانس بوده و هم‌چنین ۵ نفر کارمند، ۲ نفر دارای شغل آزاد، ۴ نفر خانه دار و ۱ نفر قالی باف بوده‌اند. مدت حضور در بیمارستان ۱۱-۲ روز بوده است. سن بیماران تحت مراقبت این شرکت کنندگان، بین ۷۰-۹۰ سال بوده که به دلیل اختلال در سیستم های مختلف از قبیل سکنه مغزی، بیماری قلبی، سرطان مثانه، پنومونی، شکستگی، جراحی و... بستری شده بودند.

تفسیر اطلاعات هم‌چنان که قبلاً نیز اشاره گردید با استفاده از روش «پارسی» و به شرح زیر (۱۳) انجام شده است:

در مرحله اول، پس از چندین بار خواندن، جوهره^۱ هر مصاحبه استخراج، و به همان صورت (زبان شرکت کنندگان) نوشته شده است. در مرحله دوم، مطالب فوق به زبان پژوهشگر ترکیب^۲ و سپس قضیه‌های^۳ مربوطه استخراج شده است. در مرحله بعد قضیه‌ها بر اساس تشابه معنی و موضوع اصلی دسته بندی شده و سپس یک عبارت که در برگیرنده معنی اصلی و مشترک قضیه‌های هر دسته بوده است، به عنوان «مفهوم محوری»^۴ آن دسته انتخاب شده است و بالاخره در مرحله پایانی به این سؤال پژوهش که «ساختار پدیده مورد مطالعه چگونه می‌باشد؟» پاسخ داده شده است.

- 1 - Essence.
- 2 - Synthesize.
- 3 - Proposition(s).
- 4 - Core concept.

کسی نبود... از پا درآمدم... بعد از بیداری تپش قلب و سرگیجه داشتم...»
 علاوه بر این همه شرکت کنندگان از فقدان ارتباط مراقبتی با کارکنان و برخوردهای نامناسب شکایت داشتند:
 «نگهبان زیر بغلم را گرفت و من را هول داد...»
 «مسئول رادیولوژی مثل یک انسان بی ارزش با من رفتار کرد و...»

«پزشک به من گفت به شما مربوط نیست»
 «او (پرستار) گفت چرا کیسه ادرار را دور نریخته ای مگر همراه چکاره است» عدم ارائه خدمات مناسب به بیمار و همراه و فقدان ارتباط مراقبتی در محیط بیمارستان در ترکیب با تجارب ناخوشایند گذشته منجر به احساس عدم اعتماد نسبت به کادر درمان گردیده است که این مسأله تنش شدیدی را برای همراهان به دنبال داشته است:
 «... خیلی اضطراب داشتم خیلی دیده ام که مریض ها به خاطر اشتباه اینها می میرند...»

«با خودم فشارسنج آورده ام اینها که می گیرند خودم هم می گیرم بینم راست می گویند... مطمئن نیستم دکترها راست بگویند برای همین پرونده را می خوانم...»
 محیط بیمارستان به دلایل دیگری نیز برای همراهان رنج آور بوده است. آنها در اظهارات خود به صحنه های دلخراش، احیای قلبی ریوی، مراقبت پس از مرگ، سوگواری خانواده های عزادار و... اشاره کرده اند:

«بچه شان مرده بود جیغ می زدند و من تصور می کردم اگر...»
 «آن خانم جلوی چشم من او را (مرده) در یک پارچه پیچید و...»

محیط فیزیکی نامناسب بیمارستان نیز منبع دیگری برای تنش بوده است. فقدان سرویس های بهداشتی، ازدحام، بی نظمی، فقدان امکانات رفاهی اولیه و... از تجاربی بوده اند که شرکت کنندگان اشاره کرده اند:

«دستشویی نداشت باید بارها راهرو را می رفتیم و...»

علاوه بر وضعیت جسمی بیمار، ترس از فقدان و نگرانی برای آینده مبهم، اختلالات رفتاری و شناختی بیمار نیز عامل مهمی در ایجاد رنج و تنش در همراهان بوده است. این امر تجاربی از قبیل عصبانیت، شرم از دیگران، برخورد نامناسب با سالمند و به دنبال آن احساس گناه و عذاب وجدان را برای همراه به دنبال داشته است:

«مرتب بهانه می گرفت خیلی عصبی می شدم بلند صحبت می کردم و بعد عذاب وجدان...»

«با پرسنل بدرفتار می کند نفرین می کند خجالت می کشم و...»

• بیمارستان به عنوان منبع رنج - عدم ارائه خدمات مناسب توسط کارکنان بیمارستان، فقدان ارتباط مراقبتی بین کارکنان و همراهان، محیط فیزیکی نامناسب و کمبود تجهیزات، مجموعه عواملی بوده اند که محیط بیمارستان را به محیطی رنج آور و تنش زا برای همراه، هم از نظر جسمی و هم از نظر روانی تبدیل نموده اند. آنان در خلال تجارب خود اظهار داشته اند که عدم ارائه خدمات مناسب به بیمار نه فقط با تشدید نگرانی آنان برای بیمار همراه بوده است بلکه مسائلی از قبیل مشارکت بیش از حد همراه در مراقبت و به عبارت بهتر تحمیل مسئولیت مراقبت از بیمار را به همراه، به دنبال داشته است. این تجارب با احساس اسارت نقش به دلیل انجام مسئولیت های تحمیلی، ناامیدی، تنفر، بی پناهی و درماندگی همراه بوده است:

«گفتند مریض پیر است رسیدگی نکردند... اعتنا نمی کردند»
 «با یک بی خیالی رفتار می کنند آدم احساس می کند که هیچ پناهی ندارد... کجا برود...»

«دستگاه (ونتیلاتور) نداشتند آنقدر برای آمو زدن سرپا ایستاده بودم کمر درد گرفته بودم ... دستهایم تاول زده بود...»

«تا صبح بیدار بودم... آن آقا (پرسنل) آمد، دید و رفت بدون این که توجهی بکند من یک لیوان آب می خواستم بخورم ولی

«روی زمین خوابیدم بدنم درد گرفت..»

• اختلال در زندگی خانوادگی و اجتماعی و تضاد نقش به عنوان منبع رنج - شرکت کنندگان در این پژوهش تغییر و اختلال در ابعاد مختلف زندگی اجتماعی و خانوادگی خود را تجربه و بیان نموده‌اند. آنها به مواردی از قبیل اختلال در ایفای نقش‌های همسری و والدی... و در نتیجه تغییر نقش سایر اعضاء خانواده و عدم رضایت آنان از وضع موجود اشاره نموده‌اند:

«شوهرم گفت نرو ولی من آمدم، خانه را به دخترم سپردم»

«شوهرم می‌گوید تو چرا بیشتر از بقیه می‌روی آدم به خانه که می‌آید تو نیستی غذا نیست این وظیفه تو نیست که بروی»

علاوه بر این، شرکت کنندگان از اختلال در انجام امور شغلی خود و همچنین تبعات اقتصادی آن سخن گفته‌اند:

«مجبور شدم یک روز دیگر مرخصی بگیرم از کارهای شخصی عقب افتاده‌ام»

«در این شرایط به پول نیاز داریم مغازه را هم تعطیل کرده ایم»

• غفلت از خود به عنوان منبع رنج - مجموعه تجارب ناخوشایند در طی همراهی فرد سالمند در بیمارستان از قبیل فقدان ارتباط مراقبتی میان همراهان و کارکنان بیمارستان، تحمیل مسئولیت‌های بیش از توان همراه و...، عارضه غفلت از خود و بی‌تفاوتی را به دنبال داشته و مراقبت کننده را به منبعی برای تنش و رنج خود تبدیل نموده است:

«غذا نمی‌خوردم چشم‌هایم سیاهی می‌رفت... برایم مهم نبود چه اتفاقی می‌افتد دیگر از خودم گذشته بودم ماسک را هم استفاده نکردم...»

بحث

رنج تجربه مشترک زندگی است که هر انسانی در گذر زمان با آن مواجه خواهد شد (۳). مراقبت از سالمندان خانواده

یکی از فعالیت‌های طبیعی در فرآیند زندگی محسوب می‌شود که نقش اساسی در حفظ سلامت سالمندان دارد اما انجام این وظیفه به خصوص در بیمارستان نقطه‌ای از زندگی است که مراقبت کنندگان خانوادگی طی آن رنج را تجربه می‌کنند. یافته‌های این مطالعه رنج تجربه شده در این افراد، ابعاد و منابع آن و پاسخ مراقبت کنندگان حرفه‌ای به این تجارب را به خوبی منعکس می‌نماید. در مطالعات دیگر نیز گزارش گردیده است که بستری شدن یک عضو خانواده تجربه‌ای استرس‌زا می‌باشد و برای مراقبت کنندگان غیر رسمی بسیار مشکل است. پذیرش این حقیقت که یکی از نزدیکان در رنج و عذاب به سر می‌برد با احساس سوگ و ناراحتی همراه است و باعث رنج مراقبت کنندگان می‌گردد (۱۱). بستری شدن با استرس، اضطراب و تردید همراه بوده و باعث می‌گردد مراقبت کنندگان خانوادگی با تجاربی از قبیل آشفتگی، احساس بی‌یاری، درماندگی، عدم کنترل، فقدان قدرت، بی‌پناهی، استرس و پریشانی عاطفی مواجه گردند (۱۲، ۱۴، ۱۵). در یک مطالعه علایم عاطفی مختلف و احساس شوک ناشی از بیماری عضو خانواده در ۵۰ درصد موارد و علایم روانشناختی منفی مثل سوگ و افسردگی در ۷۱ درصد خانواده‌ها گزارش گردیده است (۱۶). ترس از فقدان و نگرانی برای آینده بیمار یکی از علل اصلی این واکنش‌ها بوده و منجر به آشفتگی مراقبت کننده می‌گردد (۱۲). علاوه بر این، اختلال شناختی و رفتاری در بیمار نیز می‌تواند باعث تشدید واکنش‌های عاطفی فرد گردد. زیرا باعث بروز احساس گناه در مراقبت کننده به دلیل برخوردهای نامناسب وی با بیمار و احساس عدم آمادگی برای مواجهه با مشکلات بیمار می‌گردد، بنابراین یک پیش‌گویی کننده قوی برای تنش مراقبت کننده است (۱۷-۱۹).

بستری شدن در بیمارستان می‌تواند به معنای استفاده از تجهیزات مراقبتی و طبی پیشرفته باشد و این امر خود یکی از علل بروز واکنش‌های عاطفی و روانی در مراقبت کنندگان غیررسمی است. تکنولوژی مدرن بیمارستان‌های دانشگاهی

اظهار داشته‌اند که بهترین نوع حمایت، ارائه مراقبت مناسب به بیمار بوده است. در واقع ارائه مراقبت خوب به بیمار باعث افزایش تطابق مراقبت کنندگان خانوادگی می‌گردد (۲۳) اما یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که آنها نه فقط چنین حمایتی را دریافت نکرده‌اند بلکه یکی از منابع رنج و تنش آنان واکنش نامناسب تیم مراقبت نسبت به نیازهای بیمار و همراه بوده است. در مطالعات دیگر نیز گزارش گردیده است که عدم رضایت از برخی جنبه‌های مراقبت و فقدان پاسخ مناسب از سوی مراقبت کنندگان حرفه‌ای منجر به احساس اندوه، گناه، تردید درباره نقش خود در این موقعیت، رنجش، ناامیدی و تنفر می‌گردد. این مسأله در بروز عدم اعتماد نسبت به تیم درمان نیز نقش اساسی دارد. اعتماد یک جنبه بسیار مهم ارتباطات در مراقبت بهداشتی است اما ناتوانی تیم درمان در پیش بینی یا درک نیازهای بیماران و نزدیکان آنها منجر به کاهش اعتماد می‌شود (۲۴، ۲۰). تغییر الگوی پرستلی، کمبود پرسنل همراه با تبلیغ درباره اشتباهات و خطاهای سیستم مراقبتی، اعضاء خانواده را نسبت به امنیت بیمار حساس و نگران می‌نماید، بنابراین عدم اعتماد، ارتباطی مستقیم با رنج و تنش همراه دارد (۱۵). نقص و کاستی در ارائه مراقبت‌های حرفه‌ای در ترکیب با عدم اعتماد نسبت به تیم درمان علاوه بر تنش عاطفی و روانی منجر به درگیری بیش از حد در مراقبت از بیمار و پی آمدهای حاصل از این درگیری بیش از حد می‌گردد.

درگیری بیش از حد در مراقبت از بیمار، به دلیل محدودیت‌های علمی و عملی مراقبت کنندگان خانوادگی، رنجی مضاعف را برای آنان ایجاد می‌کند. یافته‌های این پژوهش پی آمدهای جسمی این امر را به خوبی منعکس می‌نماید. در سایر مطالعات نیز گزارش شده است که مراقبت کنندگان غیر رسمی با مشکلاتی هم چون خستگی، بی‌خوابی و سایر عوارض جسمی مواجه می‌شوند (۲۵). رها شدن به تنهایی با بار سنگین مراقبت از بیمار بستری باعث افزایش نارضایتی

باعث ایجاد ترس و وحشت در آنان می‌شود. آنها می‌ترسند دست به کاری بزنند که باعث آسیب بیشتر بیمار گردد این امر اثرات مخربی داشته و اغلب منجر به انکار، خصومت و عصبانیت می‌گردد (۲۰). بستری شدن یک عضو عزیز خانواده و ترس از فقدان وی می‌تواند اثرات مخرب شدیدی بر مراقبت کننده داشته باشد که این اثرات در کنار عواملی هم چون اختلال رفتاری و شناختی بیمار، ورود به محیط ناآشنا، عدم آشنایی با تجهیزات و وسایل به کار رفته در مراقبت، تشدید می‌شوند. یافته‌های این پژوهش و سایر مطالعات به خوبی منعکس کننده رنج تجربه شده در مراقبت کنندگان خانوادگی می‌باشد. رنس فلد معتقد است که رنج تجربه‌ای تاریک در زندگی است که می‌تواند غیرقابل تحمل باشد بنابراین نیازمند مواجهه‌ای است که مراقبت دقیق را در خود داشته باشد (۱).

برقراری ارتباط مراقبتی، یکی از عناصر اساسی در حمایت از مراقبت کنندگان خانوادگی می‌باشد زیرا ارتباط انسانی به سازگاری با رنج کمک می‌کند. ارتباط فرآیندی است که درمان‌گران و از جمله پرستاران را قادر به برقراری ارتباط انسان - انسان نموده و در نتیجه در دستیابی به هدف پرستاری که پیش‌گیری از رنج، تطابق با آن یا یافتن راهی برای رنج و رشد از طریق آن می‌باشد کمک می‌نماید (۳). با این حال یافته‌های مطالعه حاضر و سایر مطالعات حاکی از فقدان چنین ارتباط مراقبتی می‌باشد. عابدی اظهار داشته است که مدت مدیدی است نیاز پرستاران به مهارت‌های بین فردی مورد شناسایی قرار گرفته است. با وجود این هنوز آموزش این مهارت‌ها به اندازه کافی در برنامه‌های آموزشی نقش نبسته است و استفاده از این مهارت‌ها در محیط کاری به ندرت مورد تاکید واقع می‌شود (۲۱).

مدنی نیز گزارش کرده است که بیشترین علت نارضایتی بیماران ناشی از نارسایی کادر پرستاری در برقراری ارتباط با خانواده می‌باشد (۲۲). در چند مطالعه دیگر نیز مراقبت کنندگان غیررسمی به این موضوع اشاره کرده‌اند. علاوه بر این

همسر، فرزندان و نیازهای شخصی از قبیل کار و ارتباطات اجتماعی منجر به کاهش بازدهی و افزایش تنش مراقبت کنندگی می‌گردند (۳۲، ۳۳). بسیاری از مراقبت کنندگان ممکن است به دلیل غفلت از همسر و فرزندان و سایر مسئولیت‌های خود احساس گناه کنند (۲۹). هم‌چنین تضاد مراقبت از بیمار با نیازهای شخصی و از جمله حفظ سلامت خود منجر به تجربه تضاد و دوگانگی احساس می‌گردد. بنابراین لازم است مهارت‌های لازم جهت برقراری تعادل بین نیازها و نقش‌های مراقبت کنندگان خانوادگی توسط مراقبت کنندگان حرفه‌ای مورد توجه و تأکید قرار گیرند (۳۲، ۳۳).

نتیجه‌گیری

مراقبت کنندگان خانوادگی جهت حفظ نقش مراقبتی خود بهایی می‌پردازند و رنج را در ابعاد مختلف تجربه می‌کنند تا بتوانند به نقش مراقبتی خود ادامه دهند. هم‌چنان که قبلاً نیز اشاره گردید رنج تجربه ای تاریک در زندگی است که می‌تواند غیرقابل تحمل باشد بنابراین نیازمند مواجهه‌ای است که مراقبت دقیق را در خود داشته باشد. درک رنج‌های همراهان پایه‌ای جهت خلق معنی برای تجربه مراقبت از سالمند بستری می‌باشد. یافتن معنی در این تجربه باعث قابل تحمل ساختن این رنج می‌گردد و راهی برای تخفیف رنج می‌باشد. مسئولیت پرستار حفظ زندگی و تخفیف رنج و آلام بشری می‌باشد. یافته‌های این مطالعه که به شناخت و درک تجارب زندگی مراقبت کنندگان کمک می‌کند، توانایی پرستار برای برخورد با نیازهای این افراد که به او نیازمندند را افزایش می‌دهد. اگر چه آموزش پرستاری از ماهیت بیماری به سوی مراقبت جامع تغییر یافته است اما مطالعه حاضر و سایر مطالعات نشان می‌دهند که برنامه‌های پرستاری فعلی پرستاران را جهت کمک به مددجویان در مواجهه با رنج به خوبی آماده نمی‌سازند و لازم است که به طور گسترده تری در این زمینه فعالیت شود. زیرا این وضعیت علاوه بر تبعاتی که برای

همراهان می‌شود در حالی که اگر مراقبت کنندگان حرفه‌ای آنان را در این امر همراهی نمایند تنش و احساس تنهایی و بی‌یاوری در آنان کاهش می‌یابد (۲۶). درگیری بیش از حد در مراقبت باعث می‌گردد که مراقبت کننده تمام فکر و نیروی خود را به ارائه مراقبت به بیمار و رفع نیازهای او متمرکز نماید و از خود غافل شود. چنین افرادی خود را به عنوان یک منبع که نیازمند حفاظت و حمایت است نمی‌بینند و از خود مراقبت نمی‌کنند و حتی نیاز خود به مراقبت را تشخیص نمی‌دهند (۲۷). این غفلت از خود نتایج دراز مدتی برای فرد و کسانی که به او نیازمندند دارد.

علاوه بر محیط روانی نامناسب در بیمارستان و مواجهه با رفتارهایی از قبیل بی‌توجهی، بی‌اعتنایی و نادیده گرفته شدن توسط مراقبت کنندگان حرفه‌ای که منجر به افزایش تنش مراقبت کنندگان خانوادگی می‌گردد (۲۸، ۲۹)؛ محیط فیزیکی نامناسب بیمارستان، غیر بهداشتی بودن، خراب بودن و غیر قابل استفاده بودن بسیاری از تجهیزات و سرویس‌ها و فقدان امکانات رفاهی اولیه نیز از سایر عوامل مؤثر در تنش و رنج همراه آن بوده‌اند. این یافته‌ها شبیه به یافته‌های مطالعه راجرز می‌باشد (۳۰) و توجه بیشتر به محیط فیزیکی و تجهیزات بیمارستانی را منعکس می‌نماید. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهند که علل رنج و تنش همراهان، محدود به بیمار و محیط بیمارستان نمی‌باشد بلکه همراهی بیمار منجر به تغییر و اختلال در ابعاد مختلف زندگی خانوادگی و اجتماعی آنان می‌گردد و رنجی مضاعف برای آنان ایجاد می‌نماید. تنش‌هایی که به یک عضو خانواده وارد می‌شود بر کل خانواده اثر کرده و بیماری یک عضو می‌تواند باعث ایجاد بحران در خانواده گردد. این بحران بر الگوی طبیعی زندگی اثر کرده و باعث ناراحتی خانواده می‌گردد (۳۱). در مطالعات گزارش گردیده است که دو منبع مهم استرس مراقبت کنندگان خانوادگی تعهدات خانوادگی رقیب و تضاد با کار می‌باشد. وجود نیازهای رقیب از قبیل مسئولیت در مقابل

- cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2005; 19(3): 213.
3. Melise AI. *Theoretical nursing: Development and progress*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 2005.
 4. Stetz KM. Physical and psychosocial health in family caregiving: A comparison of AIDS and cancer caregivers. *Public Health Nursing* 2004; 21(6): 533.
 5. Greenberger H, Litwin H. Issues and innovations in nursing practice, Can burned caregivers be effective facilitators of elder care recipient healthcare? *Journal of Advanced Nursing* 2003; 41(4): 332.
 6. Wiles J. Informal caregivers' experiences of formal support in a changing context. *Health and Social Care in The Community* 2003; 11(3): 189.
 7. Bradley PJ. Family caregiver assessment: Essential for effective home health care. *Journal of Gerontological Nursing* 2003; 29(2): 29.
 8. Kim JS, Lee EH. Cultural and non cultural predictors of health outcomes in Korean daughter and daughter in law caregivers. *Public Health Nursing* 2003; 20(2): 111.
 9. Swatzky JE, Fowler-Kerry S. Impact of caregiving: Listening to the voice of informal caregivers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2003; 10(3): 277.
 10. Li H. Hospitalized elders and family caregivers: atypology of family worry. *Journal of Clinical Nursing* 2005; 14(1): 3.
 11. Redfern SG, Ross FM. *Nursing older people*. 3rd ed. Edinburg: Churchill Livingstone; 1999.
 12. Holden J, Harrison L, Johnson M. Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 2002; 11(2): 140.
 13. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research conduct, Critique and utilization*. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001.
 14. Kukri PA, Paavilainen E, Tammetie T, et al. Interaction between adult patients' family members and nursing staff on a hospital ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2001; 15(2): 142.

مددجویان به دنبال دارد می‌تواند در اذهان عمومی پیامدهای منفی برای حرفه ارزشمند پرستاری ایجاد نماید. در این مطالعه به دلیل جایگاه ویژه پرستاران و توان آنان جهت حمایت از مراقبت کنندگان خانوادگی بر نقش پرستاران تأکید ویژه گردیده است اما حمایت از مراقبت کنندگان خانوادگی وظیفه کلیه اعضای تیم مراقبت و کارکنان و به خصوص مدیران می‌باشد.

تجارب شرکت کنندگان، نیاز به آموزش بیشتر تیم مراقبت جهت عملی شدن مراقبت کنندگی خانوادگی در محیط بیمارستان را منعکس می‌نماید. اتخاذ تدابیری جهت فراهم شدن تجهیزات و امکانات و حمایت مداوم همراهان در طی همراهی بیمار سالمند در محیط بیمارستان، از قبیل توسعه گروه‌های حمایتی و برنامه‌های آموزشی، می‌تواند گام مفیدی در جهت تخفیف رنج این تولیدکنندگان سلامت که خود بیمارانی پنهان هستند، باشد.

به منظور توسعه دانش تیم درمان در زمینه پدیده رنج، مطالعه تجارب بیماران سالمند بستری و مراقبت کنندگان حرفه‌ای در ارتباط با مراقبت کنندگی خانواده در بیمارستان پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

هزینه این طرح از محل بودجه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأمین گردیده است. بدین وسیله از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، محیط پژوهش و شرکت کنندگانی که ما را در این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

1. Rehnfeldt A. The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004; 18(3): 264.
2. Rydahl Hansen S. Hospitalized patients experienced suffering in life with incurable

15. Levin C. Innovational in end of life care. An International Journal of Leaders in End of Life Care 2001. available from: <http://wwwz.edc.org/lastacts/archives/archivesMarch01/editorial.asp>
16. Kukri PA. Family members' experiences of their role in a hospital: a pilot study. Journal of Advanced Nursing 1997;25:908
17. Farran CJ. Family caregiver intervention research: Where have we been? Where are we going? Journal of Gerontological Nursing 2001; 27(7): 38.
18. Clyburne LD, Stones MG, Hadji-Stavropoulos T, et al. Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. Psychological Sciences and Social Sciences 2000; 55B(1): S₂.
19. Clavarino AM, Low GB, Carmont SA. The needs of cancer patients and their families from rural and remote areas of Queensland. Australian Journal of Rural Health 2002; 10(4): 188.
20. Russle J, Richard KC, Sullivan SC. Visitation in critical care: Process and outcomes of a performance improvement initiative. Journal of Nursing Care Quality 2001; 15(2): 18.
۲۱. عابدی ح، علوی م، آسمان رفعت ن، یزدانی م. تجارب ارتباطی پرستار - سالمند در بخش‌های بیمارستان. مجله تحقیقات پرستاری و مامایی اصفهان، پاییز ۱۳۸۴، شماره ۲۹، ص ۱۴-۵.
۲۲. مدنی س، فرزنان ع. بررسی میزان رضایت بیماران بستری از خدمات پزشکی - پرستاری. مجله تحقیقات پرستاری و مامایی اصفهان، تابستان ۱۳۸۳، شماره ۲۴، ص ۱۷-۱۵.
23. Eriksson E. Caring for cancer patients: Relatives' assessment of received care. European Journal of Cancer Care 2001; 10(1): 48.
24. Walker, Brooksby, Moinerny. Patient perceptions of hospital care: Building confidence. Journal of Nursing Management 1998;6(4):193.
25. Lin PC, Lu CM. Hip fracture: family caregivers burden and related factors for older people in Taiwan. Journal of Clinical Nursing 2005;14(6):719.
26. Boise L, White D. The family's role in person centered care: Practice consideration's. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 2004; 42(5): 120.
27. Weiss L. The patients behind the patients. American Medical News 2001; 44(37): 35.
28. Kukri PA, Lehti K, Paunonen M et al. Family members as a hospital patient: Sentiments and functioning of the family. International Journal of Nursing Practice 1999; 5(3): 155.
29. Gasque Carter KO, Curlee MB. The educational needs of families of mentally ill adults: the South carolina experience. Psychiatric Services 1999;50(4):520.
30. Rogers A, Karisen S, Addington-Hall J. All the services were excellent, It is when the human element comes in that things go wrong: Dissatisfaction with hospital care in the last year of life. Journal of Advanced Nursing 2000;31(4):768.
۳۱. اباذری ف، عباس زاده ع. نیازهای روانی - اجتماعی خانواده بیماران بستری در بخش‌های سی سی یو و ای سی یو از دیدگاه اعضای خانواده و پرستاران. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی قزوین، پاییز ۱۳۸۰، شماره ۱۹، ص ۶۳-۵۸.
32. Honson SMH. Family health care nursing, Theory, practice and research. 2nd ed. Philadelphia: F.A.Davis Publishers; 2001. p. 54.
33. Eliopoulos CH. Gerontological nursing. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2001.

Nature and structure of sources of suffering in family caregivers of hospitalized elderly patients

Khademi M¹, Abedi HA², Daryabeigi R³, Alimahamadi N³

Abstract

Introduction: While elderly people enter the hospital in biological crisis, family caregivers enter the hospital in psychological crisis. But professional caregivers haven't adequate knowledge of family caregivers' experiences. Therefore they forget that family caregivers are in suffering equally. Since suffering is a significant concept in nursing science; and knowing and comprehending sources of suffering in family caregivers by professional caregivers is very important, this study is done to describe the nature and structure of sources of suffering in family caregivers of hospitalized elderly patients.

Materials and Methods: This is a qualitative study with phenomenological method. Population of the research is all elderly patients' families that were hospitalized in one of the hospitals of Isfahan University of medical sciences. Sampling method was purposive and continued until data saturation. The numbers of participants are 12. Data were gathered through in-dept interview and data analysis done by "Parse" method that was not used in Iran.

Results: The finding of this research is summarized in these core concepts: Patients and therapeutic interventions as source of suffering, hospital as source of suffering, disturbance in family and social life as source of suffering, self neglect as source of suffering. These concepts will be discussed in the full article.

Conclusion: Participants' experiences reflect the need for planning interventions such as developing supportive groups, providing facility and instruments and continuous support for family caregivers during hospital stay. Also results show that educational programs are necessary for effective adaptation in family caregivers.

Key word: Elderly patient, family caregiver, hospitalization, role strain, suffering

1 - Instructor, MSc. of nursing, school of nursing and midwifery, Arak University of medical sciences.

2 - Associate professor, PhD. of nursing, school of nursing and midwifery, Isfahan University of medical sciences.

3 - Instructor, MSc. of nursing, school of nursing and midwifery, Isfahan University of medical sciences.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.