پرستار آسودگی بخش: تجربه و دیدگاه بیماران بستری

*لیلا مهستی جویباری I
دکتر سیده‌فاطمه حق‌دوست اسکویی II
دکتر فضل‌ا... احمدی III

چکیده

ایجاد آسودگی برای بیماران، اساس مراقبت پرستاری است و پیامدی با ارزش از اقدامات پرستاری محسوب می‌شود. شناسایی مفاهیم آسودگی و ایجاد آسایش برای بیمار از اهمیت فراوانی برخوردار می باشد. این مقاله بخشی از یک تحقیق کیفی با رویکرد نظریه پایه(گراندد تئوری) است که به منظور کاوش و توصیف تجربه‌ها و دیدگاه بیماران بستری درباره آسودگی و ناآسودگی صورت گرفت و تعداد ۳۱ بیمار زن و مرد که در بخش‌های داخلی، جراحی و ارتوپدی بستری بودند در این مطالعه شرکت کردند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار(Semi-structure) و مشاهدات و یادداشت‌های در عرصه از ۵ مرکز آموزشی درمانی جمع‌آوری شد. در این مقاله درون مایه‌هایی(Theme) که حاصل تجربه و دیدگاه بیماران از مسئله پرستار آسودگی بخش می‌باشد، مورد بحث قرار گرفته و شامل مطالب مربوط به در دسترس بودن، پاییدن، برخورد انسانی و توجه به راحتی جسمی بوده است. یافته‌های این مطالعه برای شناخت بیش‌تر پرستاران از بیماران و نیازهای آن‌ها و آن چه که درک آن‌ها از آسودگی در بیمارستان است کمک کننده می‌باشد. این امر ممکن است به طور غیر مستقیم در طراحی، اجرا و ارزیابی اقدامات مناسب پرستاری موثر باشد.

کلیدواژه‌ها: ۱ – آسودگی ۲ – پرستار آسودگی بخش
۳ – نظریه پایه(گراندد تئوری) ۴ – بیماران بستری

مقدمه

آسودگی(Comfort) همواره در طول تاریخ پرستاری یکی از ارزش‌های مهم در مراقبت از بیمار بوده است.[۱] آسودگی از جمله مفاهیمی می‌باشد که در چارچوب‌های نظری نظریه پردازان پرستاری مانند اورلندو(Orlando)، پاترسون و ژراد(Paterson & Zderad)[۲]، واتسون و لیننگر(Watson & Leininger)[۳] و کالکیبا(Kolcaba)[۴] مطرح شده است. از آسایش بیمار به عنوان پیامد مطلوب مراقبت پرستاری یاد می‌شود و بیماران آسوده بهتر درمان شده، سریع‌تر مرخص می‌شوند و هزینه‌های درمانی نیز کاهش می‌یابد.[۵] تامین آسایش بیماران بخش جدا نشدنی پرستاری و هنر پرستار محسوب می‌گردد. با وجود اهمیت زیاد آن، تلاش برای شناسایی مفاهیم آسودگی و ایجاد آسایش و رفتارهایی که موجب راحتی بیماران می‌شوند چندان چشم‌گیر نبوده است اما در سال‌های اخیر گرایش به تحقیق در این زمینه به طور

این مقاله خلاصه‌ای است از پایان نامه لیلا مهستی جویباری جهت دریافت درجه دکترای پرستاری به راهنمایی دکتر سیده‌فاطمه حق‌دوست اسکویی و مشاوره دکتر فضل‌ا... احمدی، سال ۱۳۸٤. هم‌چنین این مطالعه تحت حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است.(شماره ثبت:۲۲۱۷)

I) دانش‌جوی دوره دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.(*مولف مسئول)
II) استادیار بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران.
III) استادیار و دکترای پرستاری دانشگاه تربیت مدرس، بزرگراه جلال‌آل‌احمد، تهران.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

قابل توجهی افزایش یافته است.[۱۲-۶] با وجود این صاحب‌نظران معتقدند که برای درک کامل این پدیده، ثبت کردن یافته‌های تحقیق و پر کردن شکاف‌های موجود مانند برداشت بیماران و پرستاران از آسودگی، تلاش بسیار زیادی لازم است. این تلاش‌های علمی برای گسترش دانش نظری پرستاری و ارتقای کیفیت پرستاری بالینی ارزشمند و ضروری می‌باشد. آسودگی به صورت "پیامد اقدامات درمانی پرستاری" تعریف شده است که دارای ۲ حالت گذرا، مانند تسکین موقتی درد یا پایدار، مانند دست‌یابی به سلامت یا مرگ همراه با آرامش می‌باشد.[۱۳]

مورس(Morse) معتقد است برای آن که "وظایف فنی" پرستار موجب آسودگی بیمار شود، باید دارای بعد "مراقبتی"(Caring) نیز باشد. "مراقبت" مهارتی عاطفی است که انگیزه پرستار در ایجاد راحتی به شمار می‌آید و به اقدامات فنی پرستار جنبه انسانی می‌بخشد. یکی از اهداف پرستاران ایجاد احساس راحتی و مراقبت شدن در بیماران می‌باشد. از زمان نایتینگل آسوده کردن بیماران، وظیفه پرستار خوب بوده است اما این نقش اساسی پرستار به مرور زمان تغییر کرده به طوری که به نظر می‌رسد امروزه فراموش شده است. مطالعات نشان می‌دهند که پرستاران بیماران خود و انتظارات آن‌ها را به خوبی نمی‌شناسند و در اغلب مواقع نیازهای آن‌ها به طور صحیح بررسی نمی‌شود. پرستاران باید تجربیات را از نگاه بیماران ببینند تا بتوانند به رفع نگرانی‌ها و ناتوانی‌های بیماران خود کمک کنند.[۱۴] از این رو ضرورت دارد تا به جنبه‌هایی از مراقبت توجه شود که به عنوان "احساس آسایش" از نظر بیمار اهمیت دارد.

هدف از مطلعه حاضر پاسخ به این سوال است که چه نوع از رفتارهای پرستاری موجب احساس آسایش در بیماران می‌شود، به عبارت دیگر پرستار آسودگی بخش (Comforting nurse) از نظر بیماران چه کسی است.

روش بررسی

برای تحلیل داده‌ها از روش نظریه پایه(Grounded theory) و مقایسه مداوم داده‌ها استفاده شد.[۱۵] نظریه پایه یکی از روش‌های تحقیقی است که برای مطالعه در مورد پدیده‌هایی که به خوبی شناخته شده نیستند مانند آسودگی بیمار یا برای کسب دید تازه نسبت به پدیده‌ای آشنا مناسب است.[۱۶]

اساس نظریه پایه، هم زمانی، گردآوری و مقایسه مداوم داده‌ها و شکل گرفتن مفاهیم است. محقق در نظریه پایه کار خود را با فرضیه‌های از پیش تعیین شده شروع نمی‌کند بلکه با ظهور مفاهیم است که سوالات تحقیق و شیوه کار مشخص می‌شود.[۱۷] از آن جا که در این مطالعه هدف، بررسی تجربه‌های آسودگی بیماران در دوران بستری بوده است و به دلیل قدرت بالای این روش در توضیح دادن، نظریه پایه روی‌کرد مناسبی برای مطالعه حاضر به شمار می‌آید، در این پژوهش ۳۱ بیمار از ۵ مرکز انتخاب شدند که ۱۷ نفر آن‌ها مرد و ۱۴ نفر زن در محدوده سنی ۶۹-۱۸ سال بودند. این بیماران سابقه صفر تا ۱۰ نوبت بستری و طول مدت بستری ۲ تا ۶۰ روز در بخش‌های داخلی، جراحی و ارتوپدی داشتند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار و مشاهده جمع‌آوری شدند. مصاحبه‌ها در کنار تخت بیماران صورت می‌گرفت و قبل از شروع مصاحبه، در مورد هدف مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات و ضبط مصاحبه‌ها برای آن‌ها توضیح داده می‌شد سپس در صورت تمایل به شرکت در مطالعه رضایت‌نامه به طور آگاهانه تکمیل می‌گردید.

درون مایه‌هایی(Themes) که در این مطالعه ارائه می‌شود مربوط به یافته‌هایی است که از پاسخ شرکت کنندگان به سوال "موقعیت و زمان یا شرایطی را بگویید که احساس راحتی داشتید؟" به دست آمده است. طول مدت مصاحبه متناسب با وضعیت جسمی بیمار تنظیم می‌شد که به طور متوسط ۳۰ دقیقه و بین ۱۰ تا ۶۰ دقیقه متفاوت بوده است. پانزده جلسه مشاهده منبع دیگری برای جمع‌آوری داده‌ها بود. علاوه بر آن، مصاحبه‌های غیررسمی با ۱۰ نفر از همراهان نیز به عنوان تاییدی بر مشاهدات و یافته‌های محقق از محیط مورد استفاده قرار گرفت.

داده‌های به دست آمده از مصاحبه، مشاهده، یادداشت‌های در عرصه هم زمان با استفاده از شیوه‌های مقایسه‌ای مداوم

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

تحلیل شدند. جمع‌آوری داده‌ها زمانی متوقف شد که تکرارپذیری داده‌ها رخ داد. برای اطمینان از این که تفسیر داده‌ها نشان دهنده پدیده مورد مطالعه است، از بازنگری توسط شرکت‌کنندگان، مرور توسط افرادی غیر از شرکت کنندگان، مثلث‌سازی یا تلفیق(Triangulation) زمانی و مکانی و شرکت‌کنندگان استفاده شد. هم‌چنین نمونه‌گیری با تنوع حداکثر، قابل تایید بودن(Confirmability) داده‌ها را افزایش می‌دهد. بازنگری توسط شرکت‌کنندگان برای تایید داده‌ها یکی از مهم‌ترین فعالیت‌های محقق برای پی بردن به اعتبار داده‌ها بوده است.[۱۸] درون‌مایه‌هایی مانند در دسترس بودن، پاییدن، برخورد انسانی و توجه به آسایش جسمی بیان کننده تجربه و ادراک بیماران بستری از پرستار آسودگی بخش هستند. برای آن که تصویری از پرستار آسودگی بخش به دست آید در برخی از موارد از معکوس کردن تجارب منفی شرکت کنندگان استفاده شد. عباراتی که نقل قول مستقیم از شرکت کنندگان است در متن به صورت خط ایتالیک نشان داده شده است.

ـ در دسترس بودن: پرستار زمانی آسودگی بخش است که در دسترس باشد و به درخواست بیماران در زمان قابل قبولی و در کوتاه‌ترین زمان پاسخ دهد. پرستاران از نظر بیماران در دسترس هستند در صورتی که فوری به زنگ جواب دهند، بیمار را منتظر نگذارند و آن چیزی را که می‌خواهند برایشان بیاورند.

به عنوان مثال در صورتی که تعویض ملافه یا تعویض پانسمان و سرم به موقع انجام می‌شد، داروها به ویژه مسکن‌ها به موقع داده می‌شد بیمار احساس می‌کرد که پرستار در دسترس است. نقل قول بیمار:"*... هیچ توقعی ندارم... بیایند بالای سر مریض. الان سرم که تمام می شود باید صد دفعه برویم دنبال آن‌ها بگردیم تا سرم را درست کنند یا ببندند همین...*". برخی از بیماران اظهار می‌کردند که باید چندین بار پرستار را صدا کنند تا بیاید، گاهی نیز به درخواست آن‌ها اعتنایی نشده تا این که به خواب بروند یا این که از صدا کردن مجدد خودداری می‌کردند. اگر پرستار به صدای زنگ، فوری جواب نمی‌داد بیماران احساس می‌کردند که مراقبت بدی دریافت کرده‌اند و برخی از آن‌ها از مراقبت دریافتی خود به شدت ناراضی بودند. به عبارت دیگر بیماران برای ارزیابی پرستاران از شیوه پاسخ‌گویی پرستار به درخواست‌هایشان استفاده می‌کردند. پرستاری که بگوید همین الان می‌آیم و سریع هم بیاید پرستار خوبی محسوب می‌شود. "*... بگوید الان می‌آیم یا صبر کن، سریع هم می‌آید ...*". یک مثال بارز از تجربه در دسترس بودن پرستار، شرکت کننده شماره ۱۱ بود. "*... هر آن چه را که بخواهید بنده خداها می‌آورند، بنده خداها حاضر می‌شوند، اگر ۱۰ دفعه هم آن‌ها را بخواهی نه نمی‌گویند و می‌آیند ...*". مواردی از این نوع را کم و بیش می‌توان در مصاحبه‌های غیررسمی با بیماران و همراهان آن‌ها نیز یافت.

ـ پاییدن/پایش: رفتار دیگری است که توسط شرکت کنندگان برای پرستار آسودگی بخش توصیف شد. انتظار از پرستار برای سر زدن به آن‌ها بوده است. پرستارانی که می‌آمدند و می‌رفتند به نظر بیماران مسایل را زیر نظر داشتند. پاییدن هم مانند در دسترس بودن، گاهی با نبود آن توصیف می‌شد. "*... پرستارها!! اگه این جا بمانید واقعاً دیده نمی‌شوند، این جا پرستاری دیده نمی‌شود ... اخلاق خوبی دارند اما خوب بود روزی ۱ بار بیایند سر بزنند اما چی؟ اصلا وجود ندارد این جا ...*". شرکت کننده دیگری چنین بیان کرد که اصلاً پرستارش را از صبح آن روز تا عصر(وقت مصاحبه) ندیده است. او نیاز داشت تا بداند که چه وقت پانسمانش انجام خواهد شد و نگران سیاه شدن پای خود به دلیل باز شدن پانسمان بوده است. تنها همین مسئله که بدانند پرستاران به آن‌ها سر می‌زنند اطمینان بخش است. آن‌ها انتظار ندارند هر زمان که پرستار به آن‌ها سر می‌زند کاری هم انجام دهد. "*... می‌دانید این جا بیمارستان است ... کنترل می‌کنند که ناراحتی نداشته باشید، سر ساعت نگاه می‌کنند ... حفاظت حرفه‌ای آن‌ها است، نمی‌دانم طبق وظیفه‌شان عمل می‌کنند. بیمار یک مقدار احساس امنیت می‌کند از این که پرستار به او توجه می‌کند، نگاه می‌کند ...*".

پاییدن نیز یکی از معیارهای بیماران در ارزیابی پرستار بود. پاییدن و نظارت کردن موجب کاهش اضطراب می‌شود

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

و گاهی این پاییدن حالت معمول به خود می‌گیرد. "کسانی که از صبح می‌آیند و یک سری کارهای معمول را انجام می‌دهند" و این آن چیزی نیست که بیماران بخواهند. اگر چه روش‌های معمول نیز موجب آرامش می‌شود اما رضایت واقعی به دست نمی‌آید.

در برخی موارد پاییدن بیمار بر پایه در دسترس بودن امکاناتی مانند دارو، ملافه، وسیله پانسمان و حتی پزشک بوده است. حضور پرستار، برآورده شدن نیازها و دریافت مراقبتی مطمئن موجب احساس ایمنی، حفاظت و راحتی در بیماران می‌شود.

ـ برخورد انسانی: یکی از مهم‌ترین مواردی که بیماران در مورد پرستار به آن اشاره می‌کردند، اخلاق و رفتار پرستار بود یعنی روی‌کرد کلی پرستاران که در برخورد با بیمار در پیش می‌گیرند. انتظار بیماران از پرستاران مهربانی، ملاطفت، همدلی و غمخواری، صبور بودن، اطمینان دادن، احترام گذاشتن، علاقه و توجه نشان دادن به بیمار و نیز احساس مسئولیت کردن است.

ـ مهربانی و ملاطفت: مهربانی و ملاطفت و به عبارت دیگر خوش‌رفتاری و خوش‌اخلاقی پرستار پس از در دسترس بودن و پاییدن یکی از بارزترین صفاتی بود که در توصیف پرستاران به کار رفت. *" ... این پرستارها رسیدگی می‌کنند با خوش اخلاقی. باور کنید هر بار هم که بخش من عوض می‌شد چند بخش عوض کردم و آمدم، پرستارها واقعا با محبت رفتار می‌کردند و هر چیز می‌خواستم می‌آوردند و به من می‌دادند"*. آن چه بیمار می‌خواهد: دریافت مراقبتی با ملاطفت و خوش رویی است *" ... خوش‌رویی با مریض باور کنید شفا دهنده است مثلاً وقتی بگویم یه لیوان آب بدهید سر ما داد نزنند... بیمار می‌تواند از پرستار خوش‌رو دوباره تقاضا کند ..."*. مراقبت هنگامی مطلوب است که بیمار احساس کند پرستار زحمت می‌کشد و نیز انسان دوستانه و مردمی رفتار می‌کند.

بیمار زمانی احساس راحتی می‌کند که مراقبت از صمیم قلب باشد و ظاهری نباشد. قرصی که به او می‌دهد با مهربانی باشد. با مریض با مهربانی صحبت کند که از نظر بیمار یک نوع دل‌داری است. بیماران انتظار دارند حتی اگر قرار است پرستار به درخواست آن‌ها جواب منفی دهد با آن‌ها برخورد محترمانه داشته باشد. بیماری چنین بیان کرد: *"پرستارها خیلی خوب هستند می‌خواهند کاری بکنند با اخم نمی‌کنند. ممکن است من خیلی مریض بدی باشم، داد بزنم، جیغ بکشم اما خیلی تحمل کردند ..."*. در حالی که رفتار خشن، احساس یاس و ناامیدی را در بیمار ایجاد کرده و به شدت مشکلات جسمی و روحی او را افزایش می‌دهد. همراه ۱ بیمار قلبی نیز گفت *" ... پرستاران زحمت‌کش هستند، اعصاب آن‌ها به هم ریخته است اما خوب هستند یعنی اگر از آن‌ها خواهشی شود انجام می‌دهند و مهربان هستند به ویژه پرستاران خانم"*. بیماران و همراهان معتقد بودند برای احساس راحتی، خوش‌رویی و مهربانی به تنهایی کافی نیست خوش‌رویی زمانی احساس آرامش برای بیمار به دنبال خواهد داشت که با شایستگی فنی و احساس مسئولیت پرستار همراه باشد.

ـ برخورد انسان دوستانه: بیماران پرستاری را که با آن‌ها در مورد مسایل شخصی صحبت می‌کند پرستار خوبی می‌دانند. در این صورت احساس می‌کنندبه عنوان یک انسان و نه تنها به عنوان ۱ بیمار به آن‌ها توجه می‌شود *" ... اگر یک پرستار با بیمار گرم برخورد کند احساس آرامش به او دست می‌دهد و محیط امنی به وجود می‌آید ..." (مصاحبه غیررسمی با یکی از بیماران). " ... لبخند(پرستار) باعث می‌شود که آدم احساس امنیت بیش‌تری کند ... دردش کم‌تر می‌شود ..."*. مردمی بودن رفتارهای پرستار و دل خوش بودن به رفتار پرستاران و پزشکان، عاملی بود که موجب شد تا چند نفر از بیماران برای نوبت دوم بستری، بیمارستان قبلی خود را ترجیح دهند.

ـ درک و همدلی: پرستار هم دل از ناآسودگی بیمار آگاه است، توجه نشان می‌دهد، به نیازهای بیمار حساس است، دل‌سوز و غمخوار بیمار می‌باشد و روحیه کمک کردن و گوش شنوا دارد.

پرستار هم دل موجب آرامش و راحتی بیمار می‌شود. به طور کلی بیماری، در بیمار احساس غم و اندوه، آسیب‌پذیری

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

و دل‌شکستگی به وجود می‌آورد بنابراین بیمار نیاز بـه درک و همدلی، دل‌داری و اطمینان خاطر دارد" *... بیمـار درد دارد که این جا بستری شده اگر نه در خانه‌اش بـود*". بیمـاران بـه ویژه آن‌ها که مبتلا بـه بیمـاری سـخت هسـتند از پرسـتار و پزشک خود انتظار اطمینان خـاطر دارنـد "*معنـی دیگـری کـه راحتی می‌تواند داشته باشد این است که بـاید طـوری بـا مـا صحبت کنند که فکر کنیم خیلـی راحـت هسـتیم. ممکـن اسـت مریضی ما غیرقابل درمان باشد اما می‌توانیم خوب شویم به شرط آن که بتوانند درست با ما صحبت کنند*". بیمار جوانـی که مدت طولانی در وضعیت استراحت مطلق بود، از ایـن کـه پرستاران موقعیت او را درک کرده و به او روحیـه می‌دادنـد خـوش حـال و راضـی بـود." *... بـه خـدا هیـچ مریضـی را نمی‌گذارند این قدر بیرون بماند، با تخت من را بـیرون بردنـد که هوا عوض کنم، فیلم ببینم، به من روحیه می‌دهند تا پاهـای مـن خـوب شـود ...*". بـاور کـردن درد و نـاراحتی بیمـار و حساس بودن به نیازهـا، شـرایط و موقعیت آن‌هـا خواسـته دیگر بیماران از پرستاران و پزشکان بود." *... فکـر می‌کننـد همه در مقابل بیماری یک مقـاومت دارنـد دیشـب می‌لرزیـدم اهمیت نمی‌دادند فکر می‌کردند خود به خود درسـت می‌شـود یکی نمی‌تواند تحمل کند باید حتماً مسـکن دریـافت کنـد ...*" نقطه مقابل این مثال‌های منفی بیماری است که پرسـتاران بـه دلیل آگاه بودن از وضعیت بحرانـی وی در رعـایت مقـررات بخش انعطاف‌پذیر بودند. در کل بیماران انتظار دارند با آن‌هـا مانند ۱ انسان و نه فقط ۱ بیمار برخورد شود در این صورت احساس می‌کنند که مراقبان نسبت به نیازهایشـان حسـاس‌تر هستند و آن‌ها را به خوبی می‌شناسند.

ـ احساس مسئولیت: جنبه دیگـری از نگـرش مراقبتـی کـه توسط برخی از شرکت کنندگان به آن اشـاره شـد، احسـاس مسئولیت و تعهد پرستاران نسبت به بیمار و حرفه‌شان بـود. پرستار مسئول و متعهد پرستاری است کـه توجـه و نگرانـی خاصی نسـبت بـه بیمـار نشـان دهـد و مراقبتـی متفـاوت از سایرین ارائه دهد. یعنی پرستاری که با وجود اشـتغال زیـاد هر آن چه که بیمار بخواهد برایش انجام می‌دهد." *... یک عده از آن‌ها هستند که مسئولیت پذیرند و هر موقـع از آن‌هـا هـر کاری خواستم به خاطر مریض‌شان آن کار را انجام دادنـد و به مریض‌شان رسیدگـی کردنـد*". در چنـد مـورد بیمـاران از پرستارانی یاد کردند که به نظر آن‌هـا بیش‌تـر از حـد وظیفـه خود عمل کردند مانند سوپروایزری که موقع بازرسی بخش، متوجه شد که بیماری زنـگ می‌زنـد و نیـاز بـه ظـرف بـرای اجابت مزاج دارد. سوپروایزر با خوش‌رویی برای او ظرف را آورد و به وی گفت که چرا می‌خواهد خود را تحت فشار قرار دهد تا کمک پرستار بیاید. بیمـار دیگـری نـیز بیـان کـرد کـه پرستاران می‌دانند او همراه ندارد بنابراین هنگـام دادن دارو، برایش آب می‌آورند. این کار به ظاهر کوچک از نظر او فراتـر از حد وظیفه بود. به نظر بیماران در صورتی که پرستاری با وجدان و مسئولیت کار کند محیط خوبی به وجود می‌آیـد در حالی که کم کاری و بی‌دقتـی سـبب تضعیـف روحیـه بیمـار می‌شود.

ـ توجه به آسایش جسمی: از نظر بیماران پرسـتار خـوب، پرستاری است که توجه منطقـی بـه راحتـی جسـمی، روحـی روانی و امنیـت بیمـار داشـته باشـد. اگـر چـه اغلـب شـرکت کنندگان این مطالعـه، بـه طـور عمـده آسـودگی را از طریـق دست‌یابی به راحتی جسـمی توسـط همراهـان خـود دریـافت کرده بودند اما برخی از آن‌هـا مراقبت‌هـای اولیـه را از کـادر پرستاری انتظار داشـتند(بـه ویـژه در زمـان نبـودن همـراه). دریـافت مراقبـت جسـمی از سـوی همراهـان بـرای بیمـاران مطلوب‌تر بود اما از آن جا که داشتن همراه هزینه‌های درمان بیمار را افزایش می‌دهد و برخی از بیمـاران از پرداخـت ایـن هزینـه نـاتوان بودنـد یـا بـه دلیـل شهرسـتانی بـودن همـراه نداشتند، مراقبت جسمی مطلوبی را دریافت نمی‌کردند.

برای مثال ۱ بیمار شهرستانی که بـه دلیـل شکسـتگی‌های متعدد در بخش ارتوپدی بستری بود بیان کـرد." *... ۲۰ روز است که این جا خوابیده‌ام نرفتیم بیرون دور بزنیم ... حمـام نرفتیم ...(در این مدت) ...*". اغلب بیمـاران از ایـن کـه بـرای کارهای شخصی خـود از پرسـتاران درخواسـت کمـک کننـد احساس شرم داشـته و سـعی می‌کردنـد در صـورت نبـودن همراه خود، از همراه سایر بیماران یا بیمـاران بـا حـال بـهتر استفاده کنند.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

بیماران معتقد بودند که به دلیل رابطه نزدیکی که با همراهان دارند، آن‌ها بهتر می‌توانند مراقبت جسمی را ارائه دهند. از سایر علل درخواست نکردن از پرستار برای انجام دادن مراقبت‌های جسمی مانند کمک در جابه‌جایی، حمام کردن و موارد مشابه، کمبود کارکنان بخش بوده است.

بحث

در ادبیات، پرستار حرفه‌ای به طور عمده با مهارت‌های بالینی پیش‌رفته مشخص می‌شود در حالی که در مطالعه حاضر مشاهده شد که بیماران برای ارزیابی مراقبت‌های پرستاری از تجربه‌های ذهنی خود در مورد احساس راحتی و امنیت استفاده می‌کنند.

پرستارانی آسودگی بخش بودند که مراقبتی همراه با شایستگی فنی و برخورد انسانی ارائه می‌کردند. در این تحقیق یکی از مهم‌ترین مواردی که به بیمار احساس امنیت خاطر داده بود مطمئن بودن بیمار از در دسترس بودن پرستار مانند پاسخ دادن فوری به زنگ بوده است. اهمیت این یافته در بیماران در مطالعات متعددی از جمله مطالعه خادمی، لارسون(Larson)، هالروید(Holroyd)، رزنتال (Rosenthal)، اسمیت و سولیوان(Smith & Sullivan) نیز ذکر شده است.[۲۳-۱۹]

مهم‌ترین رفتار مراقبتی از نظر بیماران در مطالعه خادمی، "در دسترس بودن پرستار" ذکر شد. دادن به موقع دارو و سرم، یکی از تخصصی‌ترین وظایفی است که بیماران برای پرستاران ذکر می‌کنند بنابراین دادن دارو با تاخیر، به شدت آن‌ها را نگران می‌کند. این یافته‌ها مشابه با نتایج مطالعه هالروید در مورد رفتارهای مراقبتی از نظر بیماران چینی می‌باشد.

این امر می‌تواند بیان کننده اهمیت دارو و درمان در بیماران شرقی برای بهبودی باشد. بیماران در محیط ناآشنای بیمارستان نیاز به احساس امنیت و نظارت دارند واین که بدانند تحت مراقبت فردی متخصص هستند و در صورت بروز هر گونه مشکل، فردی با صلاحیت فنی با سرعت بر بالین آن‌ها حاضر خواهد شد.

از آن‌جا که اغلب بیماران در اتاق‌های چند نفره بستری بودند و اغلب نیز همراه داشتند و روابط صمیمانه‌ای نیز با هم اتاقی‌های خود برقرار کرده بودند، اهمیت در دسترس بودن پرستار از نظر بیماران، بیش‌تر در مورد جنبه‌های فنی کار پرستار و نه جنبه روحی و روانی مطرح بوده است. پاییده شدن یافته دیگری است که در مطالعه هاولی(Hawley)، کندی (Kennedy)، خادمی، هالروید، وینمارک ـ پترسون (Windmark-peterson) و لارسون به آن اشاره شده است. امروزه در مراکز درمانی به دلیل کمبود نیروی انسانی یا وجود همراهان در اتاق‌ها، پرستاران کم‌تر به سر زدن و پاییدن اقدام می‌کنند اما با وجود حضور همراه، پایش پرستار برای آن‌ها دارای اهمیت ویژه‌ای می‌باشد و بیماران آن را اطمینان بخش و حفاظتی می‌دانند. این احساس بیماران که جزیی از بخش هستند حتی اگر نیاز به اقدام خاص پرستاری نداشته باشد، به حضور و بازدیدهای پرستار اهمیت می‌بخشد.

در ۱ مطالعه، رفتارهای مراقبتی از دید ۲۲ بیمار پس از انفارکتوس قلبی بررسی شد که از نظر بیماران مهم‌ترین خصوصیت مراقبت، پاییدن بیمار بوده است.[۲۴] در مطالعه واکر(Walker) نیز پرستار خوب، پرستاری بود که موجب آسایش بیمار شود، کسی که می‌داند برای بیمار چه کاری باید انجام دهد و از بیمار خود طوری مراقبت می‌کند که احساس حفاظت در او به وجود آید. یافته دیگر در تحقیق حاضر "برخورد انسانی" بود.

بیماران به طور معمول انتظار دارند در زمان بیماری همه با آن‌ها به خوبی برخورد کرده و وضعیت آن‌ها را درک کند. پرستار عجول و عصبانی و پرستاری که تنها به فکر انجام دادن وظایف است سبب سلب اعتماد بیمار از پرستار و احساس نداشتن اهمیت می‌شود.

رفتارهای غیر مراقبتی(Non-caring) شامل عجله داشتن، کوچک کردن بیماران، پاسخ ندادن و با بیمار مانند وسیله رفتار کردن است که سبب احساس شرم‌ساری، ترس و عدم کنترل در بیمار می‌شود.[۲۵] در تحقیق حاضر تصویر رسم شده توسط بیماران از پرستار آسودگی بخش، فردی با

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

صلاحیت، مهربان و دلسوز، متعهد و علاقه‌مند به بیمار بود. طی بررسی انجام شده در مورد تجربه سالمندان بستری از آسودگی، سالمندان مورد مطالعه نیز، پرستار خوب را با معیار توجه و احساسات پرستار نسبت به بیمار توصیف کردند.[۲۶] در مجموع بیماران از پرستاران خود نگرش‌های مراقبتی، توجه و حساسیت به نیازهای عاطفی و جسمی را انتظار دارند.[۲۷]

با مروری بر ادبیات نیز مشخص شد که بیماران رفتارهای حمایتی پرستار را به صورت ایجاد محیطی باز برای ابراز احساس، وقت گذاشتن و گوش دادن، مراقبت جسمی به موقع و دوستانه بودن رفتار پرستار توصیف می‌کنند.[۲۸] تمام این تعریف‌ها به شکلی در مطالعه حاضر آمده است. این نوع رفتارها قابل آموزش دادن هستند و می‌توان آن‌ها را در پرستاران تقویت کرد. به عبارت دیگر می‌تواند پرستاران را به درک عمیق‌تر از نیاز بیماران تشویق کرد.

اگر بیمار احساس کند که توسط پرستار مورد حمایت قرار گرفته است، احساس راحتی و تندرستی بیش‌تری خواهد کرد. یافته‌های پژوهش حاضر و مروری بر مطالعات نشان دهنده آن است که برداشت بیماران از احساس راحتی، مراقبت شدن، پرستار خوب و ... مفاهیمی هستند که صرف نظر از داشتن تفاوت جزیی در بین فرهنگ‌های مختلف دارای نقاط مشترک متعددی می‌باشند. انتظار داشتن در رابطه با ویژگی‌هایی مانند حضور، اطمینان خاطر، دادن اطلاعات، گوش دادن، توجه به بیمار، احترام و ... از پرستاران بیان کننده آن است که علاوه بر توانایی‌های فنی، جنبه‌های هنری پرستاری نیز از دید بیماران بسیار مهم می‌باشد.[۲۹-۳۱] هم‌چنین طبق مطالعه حاضر، اگر چه بیماران از پرستاران خود انتظار کارهایی مانند آب دادن را نداشتند و این گونه نیازهای ابتدایی توسط همراهان آن‌ها و سایر بیماران برطرف می‌شد، این امور بار عاطفی بسیار بالایی برای بیماران به همراه دارد و آن را نشانه توجه، همدلی و مهربانی پرستار خود می‌دانند.

در مطالعه تاتن(Tutton) و خادمی نیز امور مراقبتی ساده مانند پف‌دار کردن بالشت، آوردن ۱ فنجان چای و غیره از جمله کارهای مراقبتی در نظر گرفته شد که با بار عاطفی همراه بود و در نهایت این که توجه به راحتی جسمی از کم اهمیت ترین مواردی بود که بیماران از پرستاران خود انتظار داشتند که شاید علت آن این مسئله باشد که بیماران برای بهبودی خود حاضر هستند شرایط مشکل را تحمل کنند. پرستاران در زمان نایتینگل می‌آموختند که بیمار را به صورت ۱ واحد کل در نظر بگیرند و علاوه بر مسایل تکنیکی، مدیریتی، معنوی و عاطفی به جسم بیمار نیز توجه کنند.

نایتینگل مراقبت را تعهد می‌دانست و آن را یک قرارداد در نظر نمی‌گرفت. در پرستاری نوین، جسم بیمار از مرکز توجه خارج شده بنابراین پرستاران به مهارت‌های عملی اهمیت کم‌تری می‌دهند. برخی از صاحب‌نظران معتقدند اصول اخلاقی و زیر بنایی پرستاری نیز ضعیف شده است و با گسترش نقش پرستاران، ایجاد راحتی، حمام کردن بیمار و غیره اقداماتی کم اهمیت شناخته شده است.[۳۲] این مطالعه دیدگاه عمیقی از انتظارات بیماران بستری در بخش‌های عمومی از پرستاران نشان داد. بیماران آسوده، احساس امنیت، مراقبت شدن، آرامش و سازگاری بهتر با ناآسودگی‌ها داشتند.

یافته‌های این مطالعه جهت شناخت بیش‌تر پرستاران از بیماران و نیازهایشان و آن چه که درک آن‌ها از آسودگی در بیمارستان است کمک کننده می‌باشد. این امر ممکن است به طور غیر مستقیم سبب شود تا اقدامات مناسب برای ارائه مراقبت بهتر طراحی شود. با توجه به اهمیت در دسترس بودن و نظارت از دید بیماران، داشتن رفتارهای اطمینان بخشی مانند سر زدن مکرر به بیماران ضروری می‌باشد.

هم‌چنین با توجه به این که تامین راحتی جسمی توسط همراهان، در برخی موارد می‌تواند برای بیمار و همراه او استرس‌آور باشد، لازم است تا برنامه ریزان به افزایش نیروی "کمک پرستار" در بخش‌ها توجه کنند به طوری که بار مراقبت‌ها اولیه به طور کامل بر عهده همراه بیمار نباشد. فراهم کردن نیروی انسانی کافی، فرصت برقراری ارتباط پرستاران با بیماران را نیز افزایش خواهد داد. پرستاران افراد قوی هستند، یک نگاه یا یک لبخند

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

می‌تواند موجب ایجاد احساس راحتی شود. توانایی فنی پرستار همواره اولویت اول در پرستاری بوده است اما به نظر می‌رسد که برقراری تعادل مورد نیاز باشد.

یک پرستار خوب نه تنها بهبودی جسمی بیمار را آسان می‌کند بلکه از نظر عاطفی نیز برای بیمار کمک کننده است. این مطلب اشتباه است که تصور کنیم پرستاران پس از فارغ‌التحصیل شدن نگرش مراقبتی مناسبی را کسب خواهند کرد. اگر بر آموزش رفتارهای هنری در پرستاری تاکید بیش‌تری شود، بیمارستان‌های ما مکان شادتری برای بیمار و نیز پرستار خواهد بود.

به عنوان نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت که شرکت کنندگان در این مطالعه به طور عمده از بیماران بستری در مراکز آموزشی درمانی بوده‌اند بنابراین تعمیم یافته‌ها برای بیمارانی که در مراکز درمانی خصوصی بستری می‌شوند باید با احتیاط صورت گیرد. اگر چه هدف از مطالعات کیفی تعمیم داده‌ها نیست اما امید است این محدودیت در مطالعات بعدی با گسترش یافتن دامنه نمونه‌گیری به مراکز درمانی خصوصی که از امکانات و پرسنل بیش‌تری برخوردار هستند کاسته شود.

قدردانی و تشکر

این طرح با حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است که بدین وسیله نویسندگان مراتب قدردانی خود را نسبت به آن معاونت اعلام می‌کنند.

منابع

1- McIlveen K, Morse JM. The role of comfort in nursing care: 1900-1980. Clinical Nursing Research. An International Journal 1995; 4: 127-48.

2- Tutton E. An exploration of comfort on a ward for older people. Doctoral dissertation. Royal College of Nursing Institute. Oxford 2001: 32-4.

3- Leininger MM. Caring an essential human need. 1st ed. New Jersey: Charles B Slack Inc; 1981. P. 5-15.

4- Kolcaba K. Comfort theory & practice.1 st ed. New York: Springer; 2003. P. 9-15.

5- Gopper EL. Promoting health by promoting comfort. Nursing Forum 1992; 27: 5-8.

6- Solberg S, Morse J. The comforting behaviors of caregivers toward distressed postoperative neonates. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing 1991; 14: 77-92.

7- Kennedy GT. A nursing investigation of comfort and comforting of the acutely ill patient. Doctoral dissertation. The University of Texas at Austin. Austin TX 1991: 62-8.

8- Cameron BL. The nature of comfort to hospitalized medical surgical patients. Thesis for Master degree in nursing. University of Wales, Cardiff;1993: 10-5.

9- Morse JM, Bottorff JL, Hutchinson S. The phenomenology of comfort. Journal of Advanced Nursing 1995; 20: 189-95.

10- Walker A. The expert nurse comforter: Perceptions of medical surgical patients. International Journal of Nursing practice 1996; 2: 40-4.

11- Bechrraz M. Experiences and significance of comfort for the surgical patient and for the nurse. Rech Soins Infurm 2002; 69: 80-7.

12- Hawley NP. Nurse comforting strategies. Clinical Nursing Research 2000; 9: 441-59.

13- Morse JM. Comfort. The refocusing of nursing care. Clinical nursing Research 1992; 1: 91-106.

14- Windmark-peterson. Perceptions of caring among patients with cancer. Cancer Nursing 2000; 23: 32-9.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

15- Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory.2 nd ed. California: Sage; 1998. P. 3-14.

16- Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2 nd ed. California: Sage; 1995. P. 27-9.

17- Glaser B. Doing grounded theory: Issues and discussions. 1 st ed. California: Sociology Press; 1998. P. 5-6, 66-8.

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

۱۹- خادمیان ـ زهرا. بررسی ارتباط درک بیماران و پرستاران از اهمیت رفتارهای مراقبتی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران، رساله کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۸۱؛ شماره ثبت ٦١٢: ٥-١٥١.

20- Larsson G, Widmark-Peterson V, Lampic C, Von Essen L, Sjoden PO. Cancer patient and staff rating of the importance of caring behaviors and their relations to patient anxiety and depression. Journal of Advanced Nursing 1998; 27: 855-64.

21- Holroyd E, Yue-Kuen C, Sau-Wai C, Shang L, Wai-Wan W. A chinese cultural perspective of nursing care behaviors in an acute setting. Journal of Advanced Nursing 1998; 28: 1289.

22- Rosenthal KA. Coronary care patients and nurses perceptions of important nurse caring behaviors. Journal of Advanced Nursing 1998; 27: 855-64.

23- Smith MK, Sullivan JM. Nurses and patients perception of most important behaviors in a long term care setting. Geriatric Nursing 1997; 18: 27, 70-3.

24- Cornin SN, Harrison BH. Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. Heart Lung 1988; 17: 374-80.

25- Riemen DJ. Non-caring and caring in the clinical setting: patient's descriptions. Topics in Clinical Nursing 1986; 8: 30-6.

26- Hamilton J. Comfort and the hospitalized chronically ill. Journal of Gerontological Nursing 1989; 15: 28-33.

27- Spitzer R. Meeting consumer expectations. Nursing Administration Quarterly 1998; 12: 31-9.

28- Gardner KG, Wheeler EC. Patients perceptions of support. Western Journal of Nursing Research 1987; 9: 115-31.

29- Yow PA. A grounded theory of nurse patient interactions. Doctoral dissertation. Department of nursing. Univrsity of Virginia 1992: 118-9.

30- Webb C, Hope K. What kind of nurses do patients want? Journal of Clinical Nursing 1995; 4: 101-8.

31- Lenihan MN. Patients perception of nurse caring on a medical surgical unit. Doctoral dissertation. University of Cincinnati; 1995: 60-7.

32- Bradshow A. The virtue of nursing: the covenant of care. Jouranl of Medical Ethics 1999; 25: 477-81.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

Comforting Nurse: Patients' Experiences and Perceptions

*L.M. Jouybari, MSc [I] S.F. Haghdoost Oskouee, Ph.D. [II] F. Ahmadi, Ph.D. [III]

Abstract

Patients' comfort is an integral part of nursing care and a valued outcome of nursing actions. This article is part of a larger study which aimed to explore patients' experiences and perceptions of comfort and discomfort. A qualitative approach using grounded theory was adopted. Data was collected via semi-structured interviews and participants' observations. A purposive sample of 31 medical-surgical patients, and also 10 relatives who were subjected to questions and constant comparative analysis were selected from 5 educational health centers. Data analysis uncovered a number of themes. The theme of patients' perceptions and experiences with nurses is the subject of this paper. The other four themes of a comforting nurse were: availability, monitoring, humanistic approach and providing physical comfort. The findings of this study help nurses to know the patients and their needs better and also to find what comfort means to them. Consequently, nurses can plan, imply and evaluate nursing interventions most appropriately.

Key Words: 1) Comfort 2) Comforting Nurse

3) Grounded Theory 4) Hospitalized Patients

The present article is a summary of the thesis by L.M. Jouybari for Ph.D. degree in Nursing under supervision of S.F. Haghdoost Oskouee, Ph.D. and consultation with F. Ahmadi, Ph.D.(2005) This study was also conducted under financial support of Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

I) *Ph.D. Student of Nursing. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran. (*Corresponding Author)*

II) *Assistant Professor of Public Health. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.*

III) *Assistant Professor of Nursing. Tarbiat Modaress University. Tehran, Iran.*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]