

Mashhad University of
Medical Sciences

Navid No

Journal homepage: <https://nmj.mums.ac.ir/>کمیته تحقیقات دانشجویی
معاونت پژوهش و فناوری
دانشگاه علوم پزشکی مشهد*Original Article*

Investigating Factors causing Discomfort in Patients Hospitalized in Critical Care Units

Javad Malekzadeh¹ , Fatemeh Hajiabadi^{2*} , Abbas Heidary³ , Habibollah Esmaili⁴

1. Instructor, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
2. Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
3. Professor, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
4. Professor, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Corresponding author: Hajiabadif@mums.ac.ir

Received: 3 April 2023; Revised: 15 April 2023; Accepted: 17 April 2023

Abstract

Background and Aims: The environment of the intensive care unit as well as the conditions of the patients hospitalized in this unit cause the patients to experience significant levels of discomfort and suffering, on the other hand, factors such as sedation or having a tracheal tube prevent the patients from expressing their discomfort and often their feelings are expressed by the nurse. It is misunderstood. The present study was conducted with the aim of determining the amount and factors causing discomfort in patients hospitalized in critical care units.

Materials and Methods: In this cross-sectional descriptive study, 220 patients hospitalized in the intensive care units of Qaem and Imam Reza hospitals in Mashhad from September 2011 to June 2012 were selected by purposive sampling. Before the discharge of the patient from the ICU, by using an open-ended question and completing a questionnaire to assess the level of perceived discomfort through interviews with qualified patients, the most important discomforts experienced by the patient and the amount of this discomfort during the stay in the ICU were investigated. SPSS 11.5 statistical software was used to test and analyze the data.

Results: The minimum discomfort score of the research units was 61 and the maximum was 210 with a mean and standard deviation of 86.54 ± 17.5 ; Therefore, almost 100 percent of the research units have experienced some degree of discomfort in the special care department. Factors such as frequent blood sampling (82.3%), feeling alone (71.6%), limited meeting hours (66.4%), pain (66.4%), feeling thirsty (55.5%), insomnia (60%), worrying about expenses. Hospitalization in the special ward (60%), anxiety from the special ward (59.5%) and feeling weak (55%) were the cases that more than 50% of patients reported as the source of their discomfort during their stay in the special ward.

Conclusion: Most of the patients hospitalized in the intensive care unit experience various degrees of discomfort. The common sources of this discomfort are modifiable factors such as frequent blood sampling, feeling thirsty, feeling lonely, pain, limited meeting hours, and the like. Since many studies show the relationship between the unpleasant experiences of the intensive care unit and the quality of life of patients in the later stages, therefore, the use of effective strategies to reduce and modify these factors should be on the agenda of the managers of medical institutions, especially nurses and Managers of special departments should be placed.

Keywords

Critical care; Patient; Discomfort.

Cite this article as: Malekzadeh J, Hajiabadi F, Heidary Abbas, Esmaili H. Investigating Factors causing Discomfort in Patients Hospitalized in Critical Care Units. Navid No, 2023; 25(84): 1-11. <https://doi.org/10.22038/nmj.2023.71509.1386>.

E-ISSN: 2645-5927 / P-ISSN: 2645-5919

Copyright: © 2023 by the author.

Open Access: This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Publisher's Note: Mashhad University of Medical Sciences remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.





نوع مقاله (پژوهشی)

بررسی عوامل ایجاد کننده نا آسودگی در بیماران بستری در بخش های مراقبت های ویژه

جواد ملک زاده^۱، فاطمه حاجی آبادی^{۲*}، عباس حیدری^۳، حبیب الله اسماعیلی^۴

۱. مربی، مرکز تحقیقات پرستاری مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار، مرکز تحقیقات پرستاری مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استاد، مرکز تحقیقات پرستاری مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

پست الکترونیک نویسنده مسئول: Hajiabadif@mums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۱۴، تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۱/۲۶، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۲۸

چکیده

مقدمه و هدف: محیط بخش مراقبت های ویژه و نیز شرایط بیماران بستری در این بخش باعث می شود بیماران سطوح قابل توجهی از ناآسودگی و رنج را تجربه کنند از طرفی عواملی نظیر سدیشن و یا داشتن لوله تراشه مانع ابراز ناآسودگی از طرف بیماران شده و اغلب احساسات آنها توسط پرستار، اشتباه درک می شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان و عوامل ایجاد کننده ناآسودگی در بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه انجام شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی مقطعی ۲۲۰ بیمار بستری در بخش های مراقبت های ویژه بیمارستان های قائم و امام (رضاع) شهر مشهد از شهریور ۱۳۹۱ تا خرداد ماه ۱۳۹۲ به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. قبل از ترخیص بیمار از ICU، با استفاده از یک سوال باز و نیز تکمیل پرسشنامه بررسی میزان ناراحتی درک شده از طریق مصاحبه با بیماران واجد شرایط، مهمترین ناآسودگی های تجربه شده توسط بیمار و میزان این ناآسودگی در طی اقامت در ICU بررسی شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS ۱۱.۵ کمک گرفته شد.

یافته ها: حداقل نمره ناآسودگی واحد های پژوهش ۶۱ و حداکثر آن ۲۱۰ با میانگین و انحراف معیار 17.5 ± 86.54 بوده است؛ لذا تقریباً ۱۰۰ درصد واحد های پژوهش، درجاتی از ناآسودگی را در بخش مراقبت های ویژه تجربه کرده اند. عواملی نظیر نمونه گیری مکرر خون (۸۲.۳٪)، احساس تنهایی (۷۱.۶٪)، محدودیت ساعات ملاقات (۶۶.۴٪)، درد (۶۶.۴٪)، احساس تشنگی (۵۵.۵٪)، بی خوابی (۶۰٪)، نگرانی از هزینه های بستری در بخش ویژه (۶۰٪)، اضطراب از بخش ویژه (۵۹.۵٪) و احساس ضعف (۵۵٪) مواردی بودند که بیش از ۵۰ درصد بیماران، به عنوان منبع ایجاد ناراحتی خود در مدت اقامت در بخش ویژه گزارش کرده بودند.

نتیجه گیری: اکثر بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه درجات مختلفی از ناآسودگی را تجربه می کنند. منابع شایع ایجاد این ناآسودگی عواملی قابل تعدیل نظیر نمونه گیری مکرر خون، احساس تشنگی، احساس تنهایی، درد، محدودیت ساعات ملاقات و نظیر آن می باشند. از آنجا که مطالعات متعدد نشان دهنده ارتباط بین تجربیات ناخوشایند بخش مراقبت های ویژه با کیفیت زندگی بیماران در مراحل بعد می باشد، لذا استفاده از استراتژی های موثر در جهت کاهش و تعدیل این عوامل باید در دستور کار مدیران موسسات درمانی، علی الخصوص پرستاران و مدیران بخش های ویژه قرار گیرد.

کلمات کلیدی

مراقبت ویژه، بیمار، ناآسودگی.

مقدمه

استفاده از وسایل پیچیده، انجام روشهای اکثرا دردناک، صداهای تولید شده توسط وسایل تکنولوژیکی و عدم توانایی دیدن افراد خانواده جزء ویژگی ها و شرایطی هستند که اغلب بیماران بخش مراقبت های ویژه آنرا تجربه می کنند. (۴) والن (۲۰۰۸) بیان می کند که بیماران ICU مشکلات و جسمی و عاطفی را تجربه می کنند که تطابق با این مشکلات برای آنها مشکل می باشد و تجربه این مشکلات می تواند دارای عوارض طولانی مدت برای بیمار باشد. به عنوان مثال محدودیت حرکت و ایزولاسیون اجتماعی در ICU می تواند محرومیت حسی در بیماران را ایجاد کرده و منجر به کاهش آشکار در کیفیت و کمیت درون دادهای حسی گردد. این محرومیت حسی می تواند عوارضی نظیر کاهش ظرفیت یادگیری، عدم توانایی حل مشکل، اختلال گذرا در درک، اختلال در آگاهی به زمان و مکان و الگوهای خواب را در بر داشته باشد (۳).

شرایط خاص بخش مراقبت های ویژه و نیز وضعیت خاص بیماران نیازمند بستری در این بخش باعث شده تا این بیماران سطوح قابل توجهی از درد و ناراحتی را از منابع متعدد بیرونی و درونی تجربه کنند که این تجربیات می تواند کیفیت زندگی بعد از ترخیص این بیماران را تغییر داده و حتی باعث ایجاد علائم اختلال استرس بعد از تروما در بیمار شود (۶). از طرفی بیماران بستری در این بخش به دلایلی نظیر سدیشن و یا داشتن لوله تراشه و ضعف و عواملی از این قبیل قادر به ابراز ناراحتی خود نیستند لذا ممکن است درک اشتباه از احساسات آنها توسط پرستار ایجاد شود. به طوریکه لیر به نقل از هال رود (۲۰۰۴) عنوان می کند که تجربیات بیماران نسبت به درد و دیسترس به خوبی توسط پرستاران درک نمی شود (۵). از این رو دانش پرستاران در مورد این تجربیات و عوامل مختل کننده راحتی، در بدست آوردن یک فهم عمیق از روند سلامتی بیماران بسیار کمک کننده است و در فراهم کردن یافته های بهتر برای مراقبت پرستاری موثر تر مفید خواهد بود (۷). تحقیقات زیادی در زمینه کشف این عوامل انجام شده است که بسیاری از آنها به صورت متمرکز بر یک عامل، (به

راحتی، نیاز حقیقی بشر در سرتاسر زندگی است) (۱). از این رو فراهم کردن آن برای بیمار یکی از مهمترین اهداف ارائه مراقبت های پرستاری بوده و از اوایل قرن ۲۰ به عنوان هدف مرکزی پرستاری و طب، جهت کمک به بهبود افراد بیمار در نظر گرفته شده است به طوریکه در نظریه اورلاندو، راحتی به عنوان پدیده محوری تئوری در نظر گرفته شده است (۲) و بر هر موضوعی که با آسایش ذهنی و جسمی بیمار تداخل داشته باشد متمرکز است.

از دیدگاه بسیاری از محققین علاوه بر عوامل متعدد جسمی، روحی - روانی و اجتماعی، شرایط محیطی که بیمار در آن به سر می برد و جو فیزیکی و روانی آن از عوامل مهم تاثیر گذار بر راحتی درک شده وی هستند (۲).

بستری در بیمارستان به عنوان یک محیط دارای شرایط و روتین های خاص و انجام انواع پروسیجر های درمانی و تشخیصی برای بیمار، می تواند به میزان بسیار زیادی بر درک راحتی بیمار موثر باشد. در این میان بخش مراقبت های ویژه از جمله محیط های بیمارستانی است که دارای شرایط خاصی بوده که جو فیزیکی و روحی آن را از سایر بخش های بیمارستان مجزا کرده است. وجود وسایل و تجهیزات تکنولوژیکی، سرو صدای زیاد وسایل و وجود آلام ها، بو ها، نور و روشنایی مداوم، روتین های نا آشنا و خاص و بسیاری موارد دیگر باعث تفاوت جو این محیط با سایر بخش ها شده است (۳). بیمارانی که سابقه بستری در بخش مراقبت های ویژه را داشته اند خاطره این بخش را با عباراتی نظیر بسیار وحشتناک، ترسناک برای خوابیدن، عدم توانایی حرکت کردن، صدای آلام ها و محیط بسیار شلوغ توصیف کرده اند (۴). از طرفی خود بستری شدن در ICU نیز می تواند به عنوان یک واقعه کاملا استرس زای زندگی در نظر گرفته شود چرا که بیماران نیازمند بستری در این بخش ها معمولا دارای وضعیت خاص و حاد می باشند و اغلب دارای شرایط تهدید کننده حیات هستند (۵). بودن در یک محیط بسته، نا آشنا و محدود شده، تجربیاتی نظیر داشتن لوله تراشه و قرار داشتن تحت تهویه مکانیکی، محدود شدن به تخت، وابستگی به تجهیزات پزشکی،

عنوان مثال ناراحتی ناشی از درد، ناراحتی ناشی از داشتن لوله تراشه، قرار داشتن تحت تهویه مکانیکی و نظایر آن انجام شده است. البته تحقیقاتی نظیر مطالعه کالفون و همکاران (۲۰۱۰) و سکمن و همکاران (۱۹۹۹) (۸) نیز به صورت گسترده جهت پیدا کردن کلیه عوامل ایجاد ناراحتی در شرایط فرهنگی و اجتماعی متفاوت انجام شده است و منجر به تولید پرسشنامه هایی در این زمینه شده است.

از آنجا که موضوعاتی نظیر راحتی جزء موضوعات بسیار وابسته به فرهنگ می باشد و فرهنگ و مذهب و محیط اجتماعی بر عوامل ایجاد کننده ناراحتی و شدت ایجاد ناراحتی ناشی از هر کدام از این عوامل در افراد جوامع مختلف تاثیر گذار است. از طرفی با مراجعه به بانک های اطلاعاتی معتبر معلوم شد که مطالعه ای در زمینه پیدا کردن عوامل ایجاد کننده ناراحتی در بیماران بخش های مراقبت های در ایران انجام نشده است لذا پژوهشگر بر آن شد تا با انجام این مطالعه به این سوالات پاسخ دهد که چه عواملی باعث ایجاد ناراحتی در بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه می شود؟ کدام عوامل از دید بیماران مهمترین عوامل ایجاد کننده ناراحتی در طی اقامت در آی سی یو می باشند و نیز میزان ناراحتی بیماران بستری در ICU چقدر است؟

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی است که در آن ۲۲۰ بیمار بستری در بخش های مراقبت های ویژه داخلی، جراحی عمومی و جراحی قلب بیمارستان های قائم و امام رضاع) شهر مشهد در طول مدت ۱۰ ماه از شهریور ۱۳۹۱ تا خرداد ماه ۱۳۹۲ به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شده و در مطالعه شرکت کردند. معیار های ورود به پژوهش شامل سن بالای ۱۸ سال، بستری در بخش های مراقبت های ویژه داخلی، جراحی عمومی و یا جراحی قلب، توانایی برقراری ارتباط کلامی جهت تکمیل پرسشنامه پژوهش، آشنایی کامل به زبان فارسی و تمایل داوطلبانه به شرکت در مطالعه بود. بیمارانی که قادر به تکمیل پرسشنامه تا انتها نبودند از مطالعه حذف می شدند. ابزار گرد آوری

داده ها عبارت بود از الف)- فرم مشخصات دموگرافیک شامل سن، جنس، نوع بخش ویژه بستری (داخلی، جراحی عمومی و جراحی قلب)، سطح تحصیلات، بودن یا نبودن تحت تهویه مکانیکی، سابقه بستری در بخش مراقبت های ویژه، تعداد روز های بستری در بخش ویژه، نمره تست آپاچی دو و از این قبیل و ب)- پرسشنامه تجدید نظر شده بررسی عوامل ایجاد کننده نآسودگی در بخش مراقبت های ویژه. این ابزار شامل ۲۶ آیتم مربوط عوامل جسمی ایجاد کننده نآسودگی، ۳۴ آیتم مربوط به عوامل روحی ایجاد کننده ناراحتی و ۱۱ آیتم مربوط به عوامل ایجاد کننده درد در بخش مراقبت های ویژه می باشد. جهت تهیه این ابزار، از پرسشنامه بررسی میزان ناراحتی درک شده در بیماران بد حال که توسط کالفون و همکاران (۲۰۱۰) تهیه شده و روایی و پایایی آن توسط این پژوهشگران بررسی و تایید شده است (ثبات درونی معادل ۰.۷۸ و ضریب پایایی آزمون INFIT معادل ۰.۷)؛ (۶) استفاده شد. روند کار به این صورت بود که پژوهشگران بعد از تجزیه و تحلیل مقالات مرتبط با منابع ناراحتی یا استرسور های درک شده توسط بیماران ICU و در نظر گرفتن تجربیات شخصی خود در مورد عوامل بالقوه ایجاد ناراحتی، ابتدا مواردی را به پرسشنامه اصلی اضافه کرده و سپس پرسشنامه تجدید نظر شده جهت تعیین روایی محتوی و صوری به چند نفر از پرستاران متبحر ICU، چند تن از اعضاء هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی که سابقه طولانی کار در بخش های ویژه دارند و نیز چند نفر از بیماران داده شده و نظرات آنها لحاظ گردید. پایایی پرسشنامه تجدید نظر شده نیز با استفاده از تست آلفای کرونباخ با میزان آلفای معادل ۰.۸۰ تایید شد.

در هنگام جمع آوری داده ها، ابتدا قبل از ترخیص بیمار از ICU، با یک سوال باز از بیمار خواسته شد تا مهمترین ناراحتی هایی را که در مدت اقامت در ICU تجربه کرده است را به ترتیب اهمیت آن برای وی ذکر کند. سپس پرسشنامه تجدید نظر شده بررسی میزان ناراحتی درک شده از طریق مصاحبه با بیمار تکمیل شد. اطلاعات دموگرافیک و نیز اطلاعات مربوط به بیماری نیز با استفاده

یافته ها

۲۲۰ بیمار مرخص شده از بخش مراقبت های ویژه در این مطالعه شرکت کردند. ویژگی های این بیماران در جدول شماره ۱ آورده شده است.

از مصاحبه و نیز کمک از اطلاعات موجود در پرونده بیمار جمع آوری گردید. اطلاعات به دست آمده از بیماران در نرم افزار SPSS ویرایش ۱۱.۵ وارد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و در کلیه آزمون های آماری، سطح معنی داری ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول شماره ۱: مشخصات بیماران شرکت کننده در مطالعه

سن (میانگین ± انحراف معیار)	۱۸.۸۴ ± ۵۳.۹۳
جنس (مرد/ زن)	۴۸.۶٪ / ۵۱.۵٪
نمره آپاچی ۲ (میانگین ± انحراف معیار)	۹.۹۸ ± ۴.۱۹
بخش بستری (جراحی/ داخلی/ قلب باز)	۲۴.۱٪ / ۳۹.۱٪ / ۳۶.۸٪
مدت زمان بستری در بخش مراقبت های ویژه: روز (میانگین ± انحراف معیار)	۴.۲۹ ± ۴.۸۰
بودن تحت تهویه مکانیکی (بلی/خیر)	۳۲.۷٪ / ۶۷.۳٪
مدت زمان بستری قبل از بستری در بخش ویژه: روز (میانگین ± انحراف معیار)	۲.۳۲ ± ۲.۳۹
سابقه بستری در بخش مراقبت های ویژه (بلی/خیر)	۶۲.۷٪ / ۳۷.۳٪
سطح در آمد (کم/ متوسط/ زیاد)	۰٪ / ۶۸.۲٪ / ۳۱.۸٪
سطح تحصیلات (بیسواد/ ابتدایی/ متوسطه/ عالی)	۱۰.۵٪ / ۲۰.۹٪ / ۳۵.۹٪ / ۳۲.۷٪
شغل (کارمند/ آزاد/ خانه دار/ بیکار)	۵.۹٪ / ۴۰.۹٪ / ۴۳.۶٪ / ۹.۵٪

این جدول عواملی نظیر نمونه گیری مکرر خون، تعویض آنژیوکت و تزریقات مکرر، احساس تنهایی، درد، محدودیت ساعات ملاقات، احساس محدود بودن در تخت، بی خوابی، نگرانی از هزینه های بستری در بخش ویژه، اضطراب از بخش ویژه، احساس تشنگی و احساس ضعف مواردی بودند که بیش از ۵۰ درصد بیماران، به عنوان منبع ایجاد ناراحتی خود در مدت اقامت در بخش ویژه گزارش کرده بودند.

حداقل نمره کلی پرسشنامه بررسی میزان نآسودگی درک شده در بخش مراقبت های ویژه، ۶۰ و حداکثر آن ۳۰۰ می باشد. در این مطالعه، حداقل نمره نآسودگی واحد های پژوهش ۶۱ و حداکثر آن ۲۱۰ با میانگین و انحراف معیار 17.5 ± 86.54 بوده است؛ لذا تقریباً ۱۰۰ درصد واحد های پژوهش، درجاتی از نآسودگی را در بخش مراقبت های ویژه تجربه کرده اند. منابع ایجاد این نآسودگی ها به ترتیب شیوع در جدول شماره ۲ آورده شده است. بر طبق

جدول شماره ۲: منابع ایجاد نآسودگی در بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه به ترتیب شیوع

نمونه گیری مکرر خون	۸۲.۳٪
تعویض آنژیوکت و تزریقات مکرر	۷۸.۶٪
احساس تنهایی	۷۱.۶٪
درد	۶۶.۴٪
محدودیت ساعات ملاقات	۶۶.۴٪
احساس محدود بودن در تخت	۶۰.۹٪
بی خوابی	۶۰٪
نگرانی از هزینه های بستری در بخش ویژه	۶۰٪
اضطراب از بخش ویژه	۵۹.۵۵

۵۵٪	احساس تشنگی
۵۵٪	احساس ضعف
۴۹.۱٪	اضطراب ناشی از فوت سایر بیماران در بخش
۴۸.۲٪	احساس خستگی
۴۶.۴٪	احساس گرما
۴۴.۱٪	ترس از مردن
۴۳.۲٪	اضطراب ناشی از شاهد بودن اقدامات درمانی برای سایر بیماران
۴۰.۵٪	احساس تنگی نفس

از آنجا که بیماران منشأ ناآسودگی خود را بیشتر از یک مورد گزارش کرده اند، لذا جمع درصد ها از ۱۰۰ بیشتر است.

بین شدت درد ناشی از عوامل مختلف ایجاد کننده آن تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ($p < 0.001$).

نتایج آزمون کروسکال والیس نشان داد که اختلاف آماری معناداری بین نمره ناآسودگی در بخش های مراقبت های ویژه قلب باز با بخش های مراقبت ویژه داخلی و جراحی عمومی وجود دارد به طوریکه میانگین نمره ناآسودگی بخش های ویژه جراحی عمومی و داخلی از میانگین نمره ناآسودگی بخش ویژه قلب باز بالاتر است (جدول شماره ۳). بر اساس نتایج این آزمون بین میانگین نمره ناآسودگی بخش های ویژه داخلی و جراحی عمومی تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت.

عواملی نظیر اضطراب ناشی از اقدامات تهاجمی (۳۶.۸٪)، سرو صدای بیش از حد (۳۰.۹٪)، عدم توانایی برقراری ارتباط تلفنی با خانواده (۳۰٪)، ناتوانی در بیان نیاز ها (۲۳.۲٪)، روشنایی بیش از حد بخش (۲۲.۳٪) و احساس سرما (۲۰.۵۵٪) دیگر منابع ایجاد ناآسودگی بودند که با شیوع کمتر در بیماران تحت مطالعه گزارش شدند.

۷۸.۶ در صد بیماران منشأ درد خود را ناشی از نمونه گیری مکرر خون، ۷۰.۵٪ ناشی از تعویض آنژیوکت و تزریقات، و ۲۲.۷٪ ناشی از تعویض پانسمان ذکر کرده اند. ۶۳.۲ در صد بیماران منشأ درد خود را بیماری زمینه ای خود گزارش کردند. شدت درد مشاهده شده بر اثر عوامل فوق مورد بررسی قرار گرفت. نتیجه آزمون فرید من نشان داد

جدول شماره ۳: میانگین نمره ناآسودگی بخش های ویژه جراحی عمومی و داخلی

نوع بخش ویژه متغیر	ویژه داخلی میانگین \pm انحراف معیار	ویژه جراحی عمومی میانگین \pm انحراف معیار	ویژه قلب باز میانگین \pm انحراف معیار	نتایج آزمون کروسکال والیس
ناآسودگی کلی	۲۰.۷۱ \pm ۸۸.۵	۸۸.۶ \pm ۱۵.۷	۸۰.۱۵ \pm ۱۲.۳	$P = 0.003$
ناآسودگی جسمی	۴۱.۷ \pm ۱۰.۲۰	۴۲.۴۰ \pm ۸.۵	۳۶.۷۹ \pm ۶.۴۵	$P \leq 0.001$
ناآسودگی روحی	۴۶.۷۹ \pm ۱۱.۵	۴۶.۲۴ \pm ۹.۱	۴۳.۳۵ \pm ۷.۶	$P = 0.077$

حسب جنس بود. به طوریکه این نمرات در مردان بالاتر از زنان بود. نتایج این آزمون اختلاف معنا داری را در نمرات انواع ناآسودگی بر حسب سابقه بستری در بخش مراقبت های ویژه و قرار داشتن تحت تهویه مکانیکی نشان نداد.

نتایج آزمون کروسکال والیس اختلاف آماری معنی داری را در نمرات ناآسودگی کل، ناآسودگی جسمی و ناآسودگی روحی بر حسب سطح تحصیلات نشان نداد.

نتایج آزمون آماری من ویتنی نشان دهنده وجود اختلاف معنی دار نمره ناآسودگی کل ($p = 0.02$)، ناآسودگی جسمی ($p = 0.04$) و ناآسودگی روحی ($p < 0.001$) بر

نتایج آزمون اسپیرمن نیز نشان دهنده عدم وجود ارتباط معنی دار بین میزان نمرات نا آسودگی کل، نا آسودگی جسمی و نا آسودگی روحی با نمره آپاچی ۲ بود.

نتایج آزمون مدل خطی عمومی نشان داد که نمره ناآسودگی کل تحت تاثیر متغیر های جنس، سطح تحصیلات، نوع بخش ویژه بستری و نمره آپاچی بوده است. به طوریکه در متغیر جنس، جنس مذکر نسبت به مونث، نمره ناآسودگی بیشتری داشته است ($p=0/037$). در متغیر سطح تحصیلات، سطح تحصیلات عالی نسبت به بی سواد نمره ناآسودگی کل بیشتری داشته است ($p=0/01$). در متغیر نوع بخش مراقبت های ویژه، بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه قلب نسبت به بیماران بخش مراقبت های ویژه داخلی و جراحی عمومی نمره ناآسودگی کل بیشتری داشته اند که در این مورد مقدار پی به ترتیب برابر $0/014$ و $0/006$ می باشد. بر اساس این آزمون بین متغیر شدت بیماری (آپاچی دو) و نمره ناآسودگی کل رابطه

مستقیم برقرار بود ($p=0/024$). همچنین نتایج آزمون مدل خطی عمومی نشان دهنده این بود که نمره ناآسودگی جسمی تحت تاثیر متغیر های نوع بخش مراقبت های ویژه و نمره آپاچی دو بوده است. در متغیر نوع بخش مراقبت های ویژه، بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه قلب نسبت به بیماران بخش مراقبت های ویژه داخلی و جراحی عمومی نمره ناآسودگی جسمی بیشتری داشته اند که در این مورد مقدار پی به ترتیب برابر $0/004$ و $0/000$ می باشد. بر اساس این آزمون بین متغیر شدت بیماری (آپاچی دو) و نمره ناآسودگی جسمی رابطه مستقیم برقرار بود ($p=0/02$). در نهایت نتایج آزمون مدل خطی عمومی بیانگر این بود که نمره ناآسودگی روحی، تحت تاثیر متغیر سطح تحصیلات می باشد به طوریکه این متغیر، سطح تحصیلات عالی نسبت به بی سواد نمره ناآسودگی روحی بیشتری داشته است. در این مورد مقدار عددی پی به ترتیب برابر $0/003$ و $0/005$ می باشد (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: مدل خطی عمومی

شاخص آماری			ناآسودگی کل			ناآسودگی جسمی			ناآسودگی روحی		
متغیر	جنس	زن	P value	t	b	P value	t	b	P value	t	b
سطح تحصیلات	بی سواد		0/01	-2/59	-11/1	0/01	-1/66	-3/68	0/003	-3/03	-7/42
		ابتدایی	0/075	-1/79	-7/47	0/195	-1/399	-2/797	0/051	-1/965	-4/680
		متوسطه	0/502	-0/67	-2/90	0/903	0/122	0/272	0/200	-1/287	-3/172
		عالی	# ⁰			# ⁰			# ⁰		
نوع بخش مراقبت ویژه	داخلی		0/014	2/485	7/455	0/004	2/908	4/502	0/086	1/724	2/952
		جراحی عمومی	0/006	2/802	8/274	0/000	3/607	5/564	0/101	1/646	2/809
		جراحی قلب	# ⁰		# ⁰		# ⁰		# ⁰		# ⁰
نمره آپاچی II			0/024	2/273	0/662	0/02	2/343	0/352	0/064	1/864	0/310

#⁰ این پارامتر به عنوان صفر در نظر گرفته می شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده این است تقریباً همه بیماران مرخص شده از بخش مراقبت های ویژه (۱۰۰ در صد) درجاتی از نآسودگی را در طی بستری در این بخش تجربه کرده اند. نمونه گیری مکرر خون، تعویض آنژیوکت و تزریقات مکرر، احساس تنهایی، درد، محدودیت ساعات ملاقات، احساس محدود بودن در تخت، بی خوابی، نگرانی از هزینه های بستری در بخش مراقبت های ویژه، اضطراب از بخش ویژه، احساس تشنگی و احساس ضعف عواملی بودند که بیش از ۵۰ درصد بیماران، آنها را به عنوان عامل ایجاد کننده نآسودگی خود ذکر کرده اند. عواملی نظیر اضطراب ناشی از فوت سایر بیماران، احساس خستگی، احساس گرما، ترس از مردن، اضطراب ناشی از شاهد بودن انجام اقدامات درمانی برای سایر بیماران و احساس تنگی نفس نیز از دیگر عواملی بودند که به میزان کمتر (در ۴۰ الی ۵۰ درصد بیماران) به عنوان عوامل ایجاد کننده ناراحتی گزارش شده اند. در مطالعه کالفون و همکاران (۲۰۱۰) در فرانسه که با هدف تهیه و تایید روایی و پایایی پرسشنامه بررسی ناراحتی های درک شده بخش مراقبت های ویژه انجام شده است، مهمترین ناراحتی های گزارش شده شامل محرومیت از خواب، بسته بودن بوسیله سیم ها و خطوط وریدی، درد، تشنگی و با درجات کمتر بخش ویژه ضروری به نظر میرسد تا پرستاران با به دست آوردن درک درست از درد بیماران با استفاده از تکنیک های صحیح مدیریت درد و استفاده به موقع و مناسب از داروهای ضد درد همراه با استفاده از سایر تکنیک های غیر دارویی نظیر مدیتیشن و نظیر آن در جهت تسکین درد بیماران گام بردارند.

در مطالعه لیر و همکاران دیگر عوامل مهم نآسودگی، داشتن لوله تراشه و هالوسیناسیون ناشی از تجویز داروهای سداتیو گزارش شده است ولی در مطالعه حاضر این عوامل جزء عوامل مهم نآسودگی نبودند. علت این اختلاف می تواند به این علت باشد که نمونه تحت بررسی در مطالعه لیر و همکاران، فقط بیماران تحت تهویه مکانیکی بودند درحالیکه در مطالعه حاضر نمونه پژوهش شامل کلیه بیماران بخش مراقبت های ویژه اعم از نیازمند به تهویه مکانیکی و یا بدون نیاز به تهویه مکانیکی بود (۵).

تشنگی عامل مهم دیگری است که در مطالعه حاضر به عنوان یکی از عوامل مهم ایجاد نآسودگی در بیماران بخش

اضطراب و سرو صدا بوده است (۶). از این رو نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه این پژوهشگران همخوانی دارد. همانطور که ملاحظه می شود مهمترین عوامل ایجاد نآسودگی گزارش شده توسط این بیماران، عواملی قابل تعدیل هستند که با انجام تمهیداتی می توان از شدت آنها کاست، از جمله این عوامل درد است که علاوه بر دو مطالعه فوق در مطالعات متعدد دیگر از جمله مطالعه لیر و همکاران (۲۰۰۴) (۵)، کرانجا و همکاران (۲۰۰۵) (۹)، هولاند (Holland) و همکاران (۱۹۹۶) (۱۰) و ترنر و همکاران (۱۹۹۰) (۱۱) به عنوان یکی از مهمترین عوامل ایجاد نآسودگی در بیماران بخش ویژه شناسایی شده است. از طرفی مطالعات نشان می دهد که پرستاران بخش مراقبت های ویژه درک درستی از درد بیماران بستری در این بخش نداشته و بین نظر بیماران در مورد میزان حمایت دریافتی از طرف پرستاران برای کنترل درد و دیسترس با نظر و دیدگاه پرستاران اختلاف وجود دارد به طوریکه از نظر پرستاران، بیماران حمایت زیادی را برای این موضوع دریافت می دارند در صورتیکه از دیدگاه بیماران این حمایت اندک گزارش شده است (۱۲)؛ لذا برگزاری کلاس های آموزشی برای پرستاران و آموزش های تکمیلی جهت فراگیری روش های بررسی دقیق درد و دیسترس بیماران مراقبت های ویژه گزارش شده است. در مطالعه حاضر درصد گزارش این عامل به عنوان منبع ایجاد نآسودگی توسط بیماران بالا و تقریباً همردیف درد می باشد. در مطالعه کالفون و همکاران نیز این عامل به اندازه درد دارای اهمیت بوده است به طوریکه بیشتر از ۱۵ درصد بیماران شدت آن را بسیار بالا گزارش کرده بودند (۶). با توجه به شیوع بالای این عامل در بیماران بخش مراقبت های ویژه، مطالعه و جستجو جهت کشف عوامل ایجاد کننده تشنگی و اینکه آیا این عوامل مربوط به بیماری زمینه ای فرد و وضعیت متابولیک وی است یا اینکه ناشی از تجویزات نامتناسب طبی است؛ ضروری به نظر می رسد.

در مطالعه حاضر میزان شیوع نآسودگی ناشی از نمونه گیری مکرر خون و تعویض مکرر آنژیوکت بالاتر از سایر عوامل دیگر گزارش شده است. در مطالعه کالفون و همکاران نآسودگی در این مورد مربوط به بسته بودن بیمار به لاین های وریدی بوده است و نه انجام مکرر نمونه گیری و تعویض آنژیوکت (۶). در مطالعه ترنر و همکاران گرفتن

بخش ویژه دیدگاههای متعددی وجود دارد. ریچاردسون علل این اختلال خواب از دیدگاه رشتین را به مواردی نظیر عدم تطابق با ونتیلاتور، سرو صدا، مداخلات درمانی، اضطراب، بیماری حاد یا مزمن زمینه ای، اختلالات ریتم گردشی، نور، بوهای سمی و تاثیر داروها تقسیم بندی کرده است (۱۵). در بخش مراقبت های ویژه اقدامات پرستاری حداقل هر یک ساعت و اغلب بیشتر برای هر بیمار انجام می شود. نتایج یک مطالعه نشان می دهد که در بخش های مراقبت ویژه به طور میانگین هر ۲۰ دقیقه حتی در موقع خواب یک عامل مزاحم برای بیمار وجود خواهد داشت و این در حالی است که میانگین یک سیکل خواب بیداری ۹۰ دقیقه است و این تداخل مکرر باعث ایجاد زمان اندکی برای استراحت می شود (۱۶). تکنیک های مختلفی جهت کمک به بهبود خواب بیماران به ویژه بیماران بخش های مراقبت ویژه مورد آزمایش قرار گرفته شده است. این اقدامات عبارتند از: کاهش اقدامات مراقبتی غیر ضروری در زمان خواب، استفاده از داروها و نیز استفاده از روش های کمتر بحث انگیز نظیر استفاده از موزیک، ماساژ (۱۵). یکی از رویکردهای غیر تهاجمی که پرستاران می توانند در این زمینه استفاده کنند، روش هایی است که به اصلاح و تغییر در محیط با هدف حذف یا کاهش اثر عوامل مخل خواب می پردازند. از آنجا که بر طبق مطالعات انجام شده سر و صدا و نور از مهمترین این عوامل می باشند (۱۷) لذا انجام اقداماتی جهت تعدیل این عوامل و یا کاهش در معرض قرار گرفتن بیماران در برابر این عوامل به احتمال زیاد باعث بهبود خواب بیماران و در نتیجه کاهش عوارض ناشی از آن نظیر دلیریوم و یا اضطراب خواهد شد. استفاده از گوش بند و ماسک چشمی در زمان خواب و یا ایجاد محیط آرام در زمان خواب، به عنوان اقدامات مستقل پرستاری جزء پیشنهادهای است که در این زمینه مطرح است (۱۷ و ۱۵). استراتژی ایجاد محیط بهبود دهنده نیز راهکاری برای کاهش بسیاری از عوامل محیطی ایجاد کننده ناسودگی در بیماران بخش مراقبت های ویژه می باشد (۱۸).

نتایج این مطالعه نشان داد که میزان ناسودگی گزارش شده در بیماران با سطح تحصیلات بالاتر بیشتر از بیماران بیسواد بوده است. دلیل این یافته احتمالا گزارش بیشتر این عوامل توسط افراد تحصیل کرده بوده است. معمولا میزان

مکرر نمونه خون شریانی به عنوان تجربه ناخوشایند شایع از بخش مراقبت های ویژه گزارش شده است (۱۱) بدیهی است در بخش مراقبت های ویژه به علت بدحال بودن بیمار نیاز به پایش بیمار در زمانهای کوتاه وجود دارد که یکی از راههای پایش وضعیت بیمار، بررسی نمونه خون شریانی یا وریدی از نظر الکترولیت ها و گاز های خون شریانی و دیگر شاخص های خونی است که بسیاری از مواقع، تیم درمان ناگزیر از انجام مکرر این آزمایشات می باشند ولیکن از آنجا که بیمار دلیل و اهمیت تکرار این آزمایشات را نمی دانند، این عدم آگاهی باعث ایجاد نارضایتی و ناراحتی در این بیماران می شود. احتمالا آموزش به بیماران و ارائه توضیح کافی در این مورد تا حدی به رفع این مشکل کمک خواهد کرد. با این حال مدیریت صحیح تجویز آزمایشات توسط پزشکان و پرستاران بخش مراقبت های ویژه نیز بسیار کمک کننده خواهد بود. در زمینه تعویض مکرر آنژیوکت، از آنجا که این بیماران اکثرا دارای شرایط مزمن بوده و عروق جانبی آنها آسیب پذیر تر و حساس تر است لذا استفاده از خطوط وریدی مرکزی جهت دسترسی عروقی کمک کننده خواهد بود.

احساس تنهایی نیز از تجربیات ناخوشایند بسیاری از بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه است که در این مطالعه نیز با شیوع بالا گزارش شده است. در مطالعه کالفون نیز انزوا به عنوان عامل مهم ایجاد ناسودگی معرفی شده است. پرستاران بخش ویژه در موقعیت خاصی جهت برقراری ارتباط با بیمار بوده و می توانند با تقویت مهارت های ارتباطی و پرداختن بیشتر به وضعیت روحی بیمار به جای توجه صرف به وضعیت جسمی و بیماری وی، در جهت راحتی بیشتر بیمار گام بردارند. استفاده از روش دخالت دادن اعضاء خانواده در مراقبت از بیمار بخش مراقبت های ویژه نیز در این زمینه مفید خواهد بود و علاوه بر کاهش اضطراب اعضاء خانواده از احساس تنهایی بیمار نیز خواهد کاست (۱۳ و ۱۴).

عواملی نظیر بی خوابی، نور و صدای زیاد، احساس محدود بودن در تخت و محدودیت ساعات ملاقات که در بسیاری از مطالعات دیگر (از جمله مطالعه کالفون و همکاران ۲۰۱۰ (۶)، ریچاردسون ۲۰۰۷ (۱۵) و نیسه ۲۰۱۱ (۱۶)) نیز به عنوان تجربیات ناخوشایند بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه معرفی شده اند. در زمینه اختلال خواب در

های ویژه با کیفیت زندگی بیماران در مراحل بعد می باشد، لذا استفاده از استراتژی های موثر در جهت کاهش این و تعدیل این عوامل باید در دستور کار مدیران موسسات درمانی، علی الخصوص پرستاران و مدیران بخش های ویژه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بر خود لازم می دانیم که کمال تشکر خود را از بیماران شرکت کننده در این پژوهش که بدون همکاری آنها انجام این پژوهش مقدور نبود و کلیه پرسنل و مسئولان بیمارستانهای امام رضا(ع) و قائم(عج) شهر مشهد اعلام داریم. این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد (کد طرح: ۹۱۰۱۴۲) می باشد که بدین وسیله از حمایت های ایشان به ویژه حمایت مالی کمال تشکر را داریم.

حمایت مالی

این طرح با حمایت مالی معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

در انجام این طرح کلیه ملاحظات اخلاقی مرتبط با نوع و موضوع پژوهش رعایت شده است.

تضاد منافع

پژوهشگران اعلام می دارند، هیچگونه تضاد منافی وجود نداشته است.

جسارت و اعتماد به نفس افراد تحصیل کرده برای بیان نیاز هایشان بیشتر از افراد بی سواد می باشد.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که سطح نا آسودگی در بیماران بستری در بخش های ویژه جراحی عمومی و داخلی بیشتر از بخش جراحی قلب باز بوده است. پژوهشگر در جستجوی خود به مقاله مرتبط در این زمینه دست نیافت. احتمالاً دلیل این یافته ناشی از این باشد که بیماران بستری در بخش ویژه جراحی قلب باز، از علت بستری شدن خود در بخش مطلع بوده و از قبل آمادگی جهت بستری در این بخش را داشته اند و آموزش های لازم در این زمینه را فراگرفته اند؛ در حالیکه در بیماران داخلی و جراحی عمومی اکثراً به یکباره و بدون هیچ آمادگی از قبل و به دنبال وخیم شدن وضعیت بیمار در بخش ویژه بستری می شوند و این عامل و اضطراب ناشی از آن علت مهم افزایش ناراحتی و ناآسودگی این بیماران می باشد.

لازم به ذکر است که از محدودیت های این پژوهش اعتماد پژوهشگر به گفته های بیماران در زمینه عوامل ایجاد کننده ناآسودگی بود؛ گرچه در این پژوهش سعی شد بیمارانی که از نظر هوشیاری قادر به یادآوردن ناآسودگی ها و وقایع بخش مراقبت های ویژه بودند انتخاب شوند؛ با این حال، بالا بودن احتمال فراموشی در این بیماران می تواند بر نتایج پژوهش موثر باشد.

نتیجه گیری

اکثر بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه درجات مختلفی از ناآسودگی را تجربه می کنند. منابع شایع ایجاد این ناآسودگی عواملی قابل تعدیل نظیر نمونه گیری مکرر خون، تعویض آنژیوکت و تزریقات مکرر، احساس تنهایی، درد، محدودیت ساعات ملاقات، احساس محدود بودن در تخت، بی خوابی، نگرانی از هزینه های بستری در بخش مراقبت های ویژه، اضطراب از بخش ویژه، احساس تشنگی و احساس ضعف می باشند. از آنجا که مطالعات متعدد نشان دهنده ارتباط بین تجربیات ناخوشایند بخش مراقبت

مراجع

- [1] Malinowski A, Stamler II. Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;39(6),599-606.
- [2] Yousefi H, Abedi HA, Yarmohammadian MH, Elliott D. Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(9),1891-1898.
- [3] Wallen K, Chaboyer W, Thalib L, Debera K. Symptoms of acute posttraumatic stress disorder after intensive care. *American Journal of Critical Care*. November 2008;17(6).
- [4] Ozer N, Akyli R. The effect of providing information to patients on their perception of the intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*. September 2005;25(4).
- [5] Leur J P V D, Schans C P D, Loef B G, Deelman B G, Geertzen J H B, Zwaveling J H. Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *CRITICAL CARE*. 2004;8, 467-473.
- [6] Kalfon P, Mimoz O, Auquier A, Loundou A, Gauzit R, Lepape A, et al. Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients. *Intensive Care Med*. May 2010; 36:1751-1758.
- [7] Del Barrio M, Lacunza MM, Armendariz AC, Margall MA, Asiain MC. Liver transplant patients: their experience in the intensive care unit. A phenomenological study. *J Clin Nurse* 2004 NOV;13(8):967-76.
- [8] Sekmen, K. and Hatipoğlu, S. The influence of technological environment of intensive care units on patients and their families. *Intensive Care*. 1999,3(3):22-2.
- [9] Granja C, Lopes A, Moreira S, Dias C, Costa-Pereira A, et al. Patients recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care*. Jan 2005;9 :96-109.
- [10] Holland C, Cason CL, Prater LR: Patients' recollection in critical care. *Dimens Crit Care Nurs* 1997, 16:132-141.
- [11] Turner JS, Briggs SJ, Springhorn HE, Potgieter PD: Patients' recollection of intensive care unit experience. *Crit Care Med* 1990,18:966-968.
- [12] Lombardo et al. Comparison of different pain scoring systems. *Annals of Intensive Care* 2013, 3:19.
- [13] Karlsson V, Forsberg A, Bergbom I. Relatives' experiences of visiting a conscious, mechanically ventilated patient--a hermeneutic study. *Intensive Crit Care Nurs* 2010 Apr;26(2):91-100. Epub 2010 Jan 8.
- [14] Shelton W, Moore CD, Socaris S, Gao J, Dowling J. The effect of a family support intervention on family satisfaction, length-of-stay, and cost of care in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2010 May;38(5):1315-20.
- [15] Richardson A, Aisop M, Coghill E, Turnock C. Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients sleep? *Journal compilation*. 2007;12(6):276-286.
- [16] Neyse F, Daneshmandi M, Sadeghi Sharme M, Ebadi A. The effect of earplugs on sleep quality in patients with acute coronary syndrome. *Nursing Intensive Care Journal*. 2011;4(3),127-134.
- [17] HU R, Jiang X, Zeng Y, Chen X, Zhang Y. Effects of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment. *Critical Care*. 2010; 14:R66.
- [18] Stichler, Jaynelle F. *Creating Healing Environments in Critical Care Units*. November 2001; 24(3):1-25