

تجربه انتظار در اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی: مطالعه کیفی

تابنده صادقی^۱، ناهید دهقان نیری^۲، عباس عباس زاده^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: رویکرد خانواده محور بخش مهم مراقبت از بیماران در انتظار جراحی و خانواده آنان می‌باشد. مراقبت پرستاری زمانی مؤثر است که علاوه بر بیمار، خانواده او نیز کانون توجه قرار گیرد. شناخت تجربیات خانواده بیماران می‌تواند پرستاران را در ارائه مراقبت بهتر یاری نماید؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف توصیف تجربه انتظار در اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی انجام شد.

روش: مشارکت کنندگان این مطالعه کیفی، ۱۷ نفر از اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند و نظری تا رسیدن داده‌ها به اشباع کامل انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته بود. از نرم‌افزارهای Word و Onenote برای ثبت مصاحبه‌ها و کدهای استخراج شده و از روش تحلیل محتوای کیفی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به ظهور درون‌مایه «انتظاری پرتنش» گردید که مشتمل بر چهار طبقه «دغدغه‌های ذهنی و فکری، ترس و نگرانی، واکنش‌های روحی- روانی و واکنش‌های روان‌تنی» بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه به کارکنان مراقبت سلامتی به ویژه پرستاران کمک می‌کند تا درک بهتری نسبت به احساسات اعضای خانواده و دغدغه‌های آنان پیدا نمایند و به دنبال آن، در جهت کاهش این دغدغه‌ها برنامه‌ریزی و اقدامات لازم را به عمل آورند.

کلید واژه‌ها: انتظار، جراحی، خانواده بیمار، تحقیق کیفی

ارجاع: صادقی تابنده، دهقان نیری ناهید، عباس زاده عباس. تجربه انتظار در اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی: مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۳؛ ۳ (۱): ۳۶-۲۷.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۰۵

مقدمه

فردی که به سیستم‌های خدمات سلامتی وارد می‌شود نیز انتظار را تجربه می‌کند (۲). سیستم‌های سلامتی سرشار از تجربه انتظار برای بیماران، اعضای خانواده و حتی ارائه دهندگان خدمات سلامتی هستند که این زمان‌های انتظار با زمان‌های معمول انتظار در زندگی متفاوت است و به طور معمول برای افراد اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (مانند انتظار برای درمان، ساعت ویزیت، ورود به بخش، نتیجه آزمایش، عمل جراحی، بهبودی یا حتی مرگ) (۳).

انتظار تجربه مشترک همه انسان‌ها است. همه افراد به گونه‌ای انتظار را در زندگی‌شان تجربه کرده‌اند. انتظار برای تولد فرزند، ملاقات با یک دوست قدیمی، نتیجه آزمون ورود به دانشگاه و شروع یک پروژه جدید، نمونه‌هایی از این پدیده هستند (۱). در جهان مدرن و پیشرفته امروز، اگرچه تکنولوژی دسترسی به هر نیازی را سریع و آسان نموده است، اما هنوز انتظار جزء مهمی از زندگی بشر می‌باشد. به طور قطع هر

۱- مربی، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- استاد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: aabbaszadeh@hotmail.com

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر عباس عباس زاده

کیفی تجربه انتظار اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی را بررسی نکرده است. از سوی دیگر، نتایج مطالعات خارجی نیز به دلیل تفاوت شرایط ساختاری، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی ممکن است قابل تعمیم به زمینه کشور ما نباشند؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف توصیف تجربه انتظار از دیدگاه اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی انجام شد تا با استفاده از رویکرد پژوهش کیفی بتوان نسبت به این تجربه ادراک یافت و مداخلاتی متناسب با شرایط این گروه از مددجویان و بر اساس دیدگاه آنان جهت ارتقای کیفیت مراقبت‌ها پیشنهاد کرد.

روش

این مطالعه بخشی از یک مطالعه بزرگ‌تر بود که با رویکرد گراند تئوری انجام شد. در مطالعه حاضر به منظور کشف و آشکار شدن تجارب مشارکت کنندگان، رویکرد تحلیل محتوای کیفی مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل محتوا یک رویکرد تحقیقی و ابزاری علمی است که هدف آن تأمین شناختی جدید، ارتقای درک محقق از پدیده‌ها و مشخص شدن راهبردهای عملیاتی می‌باشد (۲۰). مشارکت کنندگان این مطالعه را ۱۷ عضو خانواده بیماران تحت اعمال جراحی در بیمارستان علی بن ابیطالب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان تشکیل دادند که بر اساس معیارهای ورود به مطالعه (توانایی درک و صحبت کردن به زبان فارسی، دارا بودن سن ۱۸ سال و بالاتر، داشتن شرایط مساعد از نظر روحی و جسمانی برای شرکت در مطالعه، تمایل به شرکت در مطالعه و امضا کردن فرم رضایت آگاهانه) وارد مطالعه شدند. در این پژوهش، مشارکت کنندگان به گونه‌ای انتخاب شدند که محققین بتوانند بهترین اطلاعات را کسب نمایند. در ابتدا مشارکت کنندگان به صورت «نمونه‌گیری مبتنی بر هدف» وارد مطالعه شدند. بر اساس نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های مصاحبه‌های قبلی، مشارکت کننده بعدی و همچنین سؤالاتی که باید در مصاحبه‌های بعدی پرسیده می‌شد، تعیین گردید. در واقع با پیشرفت مطالعه، نمونه‌گیری مبتنی بر هدف به «نمونه‌گیری نظری» تبدیل و سعی شد تا

انجام اعمال جراحی یکی از مهم‌ترین رویدادهای زندگی امروزی است. سالانه حدود ۲۳۴ میلیون عمل جراحی در سراسر جهان انجام می‌شود (۴). با پیشرفت تکنولوژی، تعداد اعمال جراحی نیز سیر رو به پیشرفت سالیانه دارد؛ به عنوان مثال بر اساس گزارش انجمن بیمارستان‌های آمریکا، نزدیک به ۳۰ میلیون جراحی فقط در سال ۲۰۰۵ در این کشور انجام شده است (۵) و در سال ۲۰۰۶، این تعداد به ۴۶ میلیون افزایش یافت و همه آن‌ها دربرگیرنده فرایند انتظار برای خانواده و دوستان بیمار بوده است (۶).

انتظار، محرک اضطراب در سیستم‌های درمانی و یکی از مهم‌ترین مسؤولیت‌های سخت خانواده هنگام بستری عضوی از خانواده و یکی از برجسته‌ترین زمان‌های ایجاد کننده اضطراب برای اعضای خانواده می‌باشد (۷). توجه به موضوع انتظار در مراقبت پرستاری اهمیت زیادی دارد؛ چرا که هر جنبه‌ای از مراقبت بیمار با شکلی از انتظار همراه است. در طول فرایند مراقبت از بیمار، هر جا که انتظار اتفاق می‌افتد، دوستان و خانواده نیز منتظر می‌شوند. پرستاری منحصر به برآورده کردن نیازهای بیمار نمی‌باشد، بلکه دوستان و خانواده را نیز شامل می‌شود (۸). رویکرد خانواده محور بخش مهم مراقبت از بیماران تحت عمل جراحی و خانواده‌شان می‌باشد (۹). مراقبت پرستاری زمانی مؤثر است که علاوه بر بیمار، خانواده او نیز کانون توجه قرار گیرد (۱۱، ۱۰). شناخت تجربیات خانواده بیماران می‌تواند پرستاران را در ارایه مراقبت بهتر یاری نماید.

گرچه مطالعاتی در جستجوی متون یافت شد که با رویکرد کیفی به بررسی تجربه انتظار اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی پرداخته بود (۱۲، ۳) و یا عوامل حمایت کننده خانواده در زمان انتظار برای جراحی عضوی از خانواده (۱۳، ۱۴) و عوامل مثبت و منفی تأثیرگذار بر این تجربه (۱۵) را مورد بررسی قرار داده باشند و مطالعاتی نیز یافت شد که به صورت کمی عوامل مؤثر بر اضطراب خانواده در زمان انتظار را مورد بررسی قرار داده بودند (۱۶، ۱۷) و یا مداخلاتی را جهت تطابق بهتر خانواده در این زمان به کار برده‌اند (۱۸، ۱۹)، اما بر اساس جستجوی صورت گرفته در ایران هیچ مطالعه کمی یا

افراد دارای تجربیات متفاوت در مطالعه گنجانده شوند و حداکثر پراکندگی و گوناگونی در داده‌ها رعایت گردد.

روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته بود. پس از اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان، مصاحبه‌ها با توافق آنان در اتاقی که برای این امر در نظر گرفته شده بود، انجام شد. تمام مصاحبه‌ها توسط یک پژوهشگر (نویسنده اول) هدایت گردید. مصاحبه‌ها با یک سؤال کلی و باز «الآن که منتظر عمل بیمارتان هستید به شما چگونه می‌گذرد؟» آغاز شد، سپس بر اساس مطالب بیان شده و با طرح سؤالات پیش‌برنده و واضح‌کننده، روند مصاحبه در جهت پوشش دادن اهداف پژوهش هدایت گردید. نمونه‌ای از سؤالاتی که مطرح شد عبارت بودند از: «می‌شود در مورد احساسات در زمان انتظار صحبت کنید؟ این انتظار را به چی تشبیه می‌کنید؟ و چه چیزهایی باعث شد به شما این‌گونه بگذرد؟». مدت زمان مصاحبه بر حسب وضعیت مشارکت کنندگان و تمایل آن‌ها به ادامه کار تعیین می‌شد و به طور متوسط بین ۳۰-۶۰ دقیقه به طول انجامید.

در جریان مصاحبه طبق هماهنگی و اجازه از مشارکت کننده، کل مصاحبه توسط دستگاه ضبط صوت دیجیتالی (Olympus) ضبط و تبدیل به فایل‌های صوتی قابل انتقال بر روی رایانه گردید و کلمه به کلمه پیاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در راستای هدف پژوهش و بر اساس روش پیشنهادی Graneheim و Lundman به روش زیر صورت گرفت (۲۱).

۱- محقق مصاحبه‌ها را تبدیل به متون کتبی نمود و چندین بار آن‌ها را از ابتدا تا انتها خواند تا نسبت به جریان کلی در حال وقوع شناخت کسب کند.

۲- کل مصاحبه‌ها به عنوان واحد تحلیل که قرار بود تحت تحلیل و کدگذاری قرار بگیرند، لحاظ گردید.

۳- کلمات، جملات و پاراگراف‌ها به عنوان واحدهای معنایی در نظر گرفته شد. واحدهای معنایی مجموعه‌ای از کلمات و جملات بودند که از نظر محتوایی با یکدیگر مرتبط بودند. این واحدها با توجه به محتوا و مفادشان جمع‌بندی شدند و در کنار یکدیگر قرار گرفتند.

۴- سپس واحدهای معنایی با توجه به مفهوم نهفته در آن‌ها به سطح انتزاع و مفهوم‌پردازی رسیدند و توسط کدها نام‌گذاری شدند.

۵- کدها از نظر تشابهات و تفاوت‌هایشان با یکدیگر مقایسه و تحت طبقات انتزاعی‌تر با برجسب مشخص دسته‌بندی گردیدند.

۶- در نهایت با مقایسه طبقات با یکدیگر و تأمل دقیق و عمیق بر روی آن‌ها، محتوای نهفته در داده‌ها تحت عنوان درون‌مایه مطالعه معرفی گردید (۲۲).

ملاحظات اخلاقی در این مطالعه عبارت بودند از: تأیید مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان (کد اخلاق: k/۹۱/۱۶۳)، کسب رضایت آگاهانه کتبی از همه مشارکت کنندگان، محرمانه نگهداشتن نام و اطلاعات مشارکت کنندگان، توجیه مشارکت کنندگان در مورد پژوهش و اهداف آن، رعایت اصل رازداری در انتشار اطلاعات و محرمانه نگه داشتن آن‌ها و آزادی واحدهای مورد پژوهش در ترک مطالعه در هر زمان از پژوهش.

برای موثق بودن داده‌ها، متن مصاحبه‌ها به همراه کدها و طبقات پدیدار شده به چندین ناظر ارایه شد تا جریان تجزیه و تحلیل داده‌ها را بررسی و در مورد صحت آن اعلام نظر کنند. ارایه گزارش در قالب دو سمینار و دریافت نظرات متخصصین، از جمله اقدامات صورت گرفته دیگر بود. مراحل پژوهش و تصمیمات اخذ شده در طول آن به طور دقیق ثبت و گزارش شد تا در صورت نیاز امکان پیگیری پژوهش برای دیگران فراهم آید و در این صورت اطمینان‌پذیری داده‌ها و قابلیت تأیید را امکان‌پذیر نمود. به منظور افزایش قابلیت انتقال یافته‌ها به موقعیت‌ها یا گروه‌های دیگر، از مشارکت کنندگانی که از نظر سن، جنس، موقعیت اجتماعی-اقتصادی، وضعیت بیمار تحت مراقبت و... متفاوت بودند، استفاده شد تا حداکثر پراکندگی در داده‌ها رعایت شود.

یافته‌ها

مشارکت کنندگان این مطالعه را ۱۷ عضو خانواده بیماران تحت اعمال جراحی تشکیل دادند. محدوده سنی مشارکت

چطوره؟ انتظار می‌کشم زودتر بیاد بیرون بینمش تا ناراحتیم کمتر بشه، فقط این که زودتر بیاد بیرون بره تو اتاقش بینم پاش چطوره؟ چند روز باید باشه؟ چند روز باید بستری باشه؟ به همین‌ها فکر می‌کنم، من نگرانیم اینه که به سلامتی بیاد بیرون، این‌ها حرف‌هایی که مثلاً مردم می‌زنند اتفاق نیفته».

هزینه مالی بیمارستان و دریافت پول زیرمیزی توسط پزشک از جمله عواملی بود که برای اعضای خانواده دغدغه ایجاد می‌کرد؛ به عبارت دیگر از جمله مواردی که برای همراه مشغولیت ذهنی ایجاد می‌کرد، همین پرداخت هزینه به خصوص پول زیرمیزی بود؛ به طوری که یکی از منابع مهم دغدغه و نگرانی برای بعضی از مشارکت کنندگان بود. به عنوان مثال مشارکت کننده ۸ که دخترش داخل اتاق عمل بود با گریه می‌گوید: «فکر پول بیمارستانم، فکر پول زیرمیزی، دیشب خانم دکتر (نام دکتر) که تو اورژانسه، می‌شناختیم... دیشب زنگ زدیم، با دکترش صحبت کرده، گفت حالا جواب درستی نداده، من خودم امروز گفتم آقای دکتر جواب من رو درست بدید، من بچه‌ام نداره که...تومان بده، حالا دیگه نمی‌دونم چی بشه».

مشارکت کننده ۵ نیز که عمل بیمارش موفقیت‌آمیز نبود و مجبور شده بود دوباره به اتاق عمل برود، در این زمینه می‌گوید: «همش به اوضاع و احوال مریض فکر می‌کنی، هر کسی هم شاید طرز فکری داشته باشه... از نظر مالی هم این‌جا بعضی موقع‌ها آدم تو فکر می‌افته که الان که باز دوباره بردند اتاق عمل، به لیستی می‌نویسند باید بپردازی. این هم در مغز آدم خطور می‌کنه، از نظر هزینه سه روز نگر داشته، روز چهارم قرار بود مرخص بشه، حالا چهار روز دیگه باید بمونی... این‌طور فکرها به مغز آدم خطور می‌کنه که الان لیست بلند بالایی برات می‌نویسن، پولش را هم نداری بدی».

ترس و نگرانی

شنیدن تجارب منفی دیگران از عمل (کما، مرگ، به هوش نیامدن، تشنج، نتیجه منفی عمل، به هوش آمدن وسط عمل و ...)، عدم دریافت اطلاعات (در مورد بیمار، عمل و سیر بیماری و دکتر)، نوع بیماری و سن بیمار، آموزشی بودن بیمارستان، مشاهده رفتار و عملکرد نامناسب پرسنل، دریافت

کنندگان ۲۰-۵۵ سال (با میانگین سنی ۳۵/۳ سال) و محدوده مدت زمان انتظار آنان ۴۵ دقیقه تا دو ساعت و ۳۰ دقیقه بود. با تحلیل داده‌ها؛ ۹ زیرطبقه، ۴ طبقه و یک درون‌مایه تحت عنوان «انتظاری پرتنش» پدیدار شد. «دغدغه‌های ذهنی و فکری، ترس و نگرانی، واکنش‌های روحی- روانی و واکنش‌های روان‌تنی» طبقات مطالعه بودند که در ادامه هر یک از این طبقات شرح داده شدند.

دغدغه‌های ذهنی و فکری

«دغدغه‌های مربوط به باورها، دغدغه‌های مربوط به بیماری و عمل جراحی و دغدغه‌های مالی» شکل دهنده این طبقه بودند. باورها از جمله وضعیت‌هایی بودند که برای همراه، دغدغه و مشغولیت ذهنی ایجاد می‌کرد. مادری در این خصوص می‌گوید: «من یک مورد داشتم خواهرم وسط عمل به هوش اومده بود. داشتند عملش می‌کردند، خودش به هوش اومده بود، اون هم باعث شده که من این فکر رو هم داشته باشم... نمی‌دونم یا بدنش طوری بوده که بیهوشی اثر نکرده، من اصطلاح پزشکی رو نمی‌دونم یا خوب بیهوش نکرده بودن، آدم این استرس‌ها رو داره که هر لحظه ممکنه این‌طور بشه، نشه؟».

مشارکت کننده ۱۲ هم اظهار کرد: «خیلی سخت می‌گذره (گریه می‌کند و می‌گوید)، احساس سختیه، باید انتظار بکشی، (گریه و سکوت) و می‌گوید خیلی سخته، همش دلهره داری، همش واهمه داری که الان خبر بدی برات بیارند. تو فیلم‌ها دیدم، همش اون‌ها تو نظرم هستن، تو فیلم‌ها دیدم که میاند خبر بد می‌دن، می‌ترسم خبر بد بهم بلند».

بیماری و عمل جراحی نیز از جمله مواردی بودند که برای همراه دغدغه ایجاد می‌کرد. همراه مشغولیت ذهنی زیادی در مورد جراحی، کار جراح، اوضاع و احوال بیمار، بیرون آمدن بیمار از اتاق عمل، پیامد عمل و بهبودی بعد از عمل داشت و تفکر غالب «چه وقت بیمار از اتاق عمل بیرون می‌یاد؟» عمده فکر و دغدغه ذهنی همراه را تشکیل می‌داد. مشارکت کننده سوم که چشم به راه آمدن فرزندش بود، در این رابطه می‌گوید: «فکر می‌کنم که کاش از تو اتاق عمل زودتر می‌آوردنش بیرون، می‌رفتیم تو اتاق می‌دیدیم حالت پاش

پول زیرمیزی توسط پزشک و شنیدن ناگهانی خبر، زمینه‌سازهای ترس و نگرانی در همراه بودند. زیرطبقات «بیمار، خانواده و همراه» تشکیل دهنده این طبقه بودند که در ادامه هر یک از این موارد توضیح داده می‌شود.

نوع بیماری، عمل جراحی و پیامدهای آن نیز سبب ترس و نگرانی در همراه شده بود. همراه درباره عمل، نتیجه آن، طولانی شدن زمان عمل، تبخیر پزشک، مرگ بیمار، احتمال خوب شدن، تأثیر بیماری در سلامت جسمی، طول کشیدن بیماری، احتمال بدخیمی بیماری و... نگران بود. پسری که پدرش داخل اتاق عمل بود در این رابطه می‌گوید: «نگرانم خدای نکرده عملش بد باشه، خوب نباشه، دکترش چه طور باشه، اما خب تعریف دکترش رو خیلی کردند، دکتر (نام دکتر)... دیگه حالا به امید خدا، نگران این‌که خب مریض آدم باید بره تو خونه، چند وقت باید بخوابه؟ خوب بشه، نشه، دوباره بتونه بره سر کار، نتونه بره، آدم فکر این‌هارو می‌کنه، فکر آینده».

مشارکت کننده ۵ نیز که همسرش برای جراحی به اتاق عمل رفته بود، می‌گوید: «نگران این‌که خوب بشه، ممکن است طول بکشه، نگران این‌که دکتر آیا خوب باشه، نباشه، چون شناختی روی دکتر هم نداریم، شناخت که نداریم نگرانیمون این هم می‌تونه باشه... خود من که امروز همش فکر می‌کنم دکتررو عوض کنم برم جای دیگه، نبرم، چه کار کنم؟».

خانواده و منتظرین در منزل نیز یکی دیگر از منابع نگرانی در بعضی از مشارکت کنندگان بودند. مشارکت کننده دوم که چشم به راه آمدن خواهرش از اتاق عمل بود، هنگام صحبت از نگرانی‌هایش می‌گوید: «نگران خودش نیستم، می‌دونم می‌یاد بیرون. الان نگران بچه‌اش هستم که گریه می‌کنه؟ آرومه؟ زنگ می‌زنم می‌پرسم گریه می‌کنه یا آرومه؟ نگران مامانم که تو خونه هر لحظه زنگ می‌زنه می‌گه چی شد. نگران اونم هستم که به اون چی بگم... کلاً نگران خونواده‌ام».

مشارکت کننده ۶ نیز در حالی که از نگرانی برای پدر که تحت عمل است و سلامت او صحبت می‌کند به این نکته هم اشاره می‌کند که: «الآن بقیه خونواده‌ام هم دارند گریه می‌کنند، دارند دقیقه به دقیقه زنگ می‌زنند، من نگران مامانم هم هستم چون مریضه، سنش هم بالاست».

ترس از محیط فیزیکی اتاق عمل و ترس و نگرانی از بیرون شدن توسط نگهبان نیز از جمله نگرانی‌هایی بود که همراه تجربه می‌کرد. به عنوان مثال مشارکت کننده ۱۲ در پاسخ به سؤال «چی باعث می‌شه ترس و دلهره داشته باشید؟» می‌گوید: «اصلاً اسم اتاق عمل می‌یاد وحشت دارم، می‌ترسم، نمی‌دونم من اتاق عمل هم به هیچ عنوان ندیدم، ولی می‌ترسم... ترس دارم».

مشارکت کننده ۱ نیز در این رابطه می‌گوید: «هی ترسم بیرونم کنند. الان این‌جا نشستم یک کم راحت‌ترم، می‌گم چون تو اتاقم نمی‌تونند منو بیرون کنند الان هم وقتی تمام شد می‌رم بیرون می‌شینم، من چون نمی‌دونستم مریض یه همراه می‌تونه داشته باشه نگران بودم. نگران بودم بیرونم کنند».

واکنش‌های روحی- روانی

خانواده بیمار مجموعه‌ای از واکنش‌های روحی- روانی را تجربه می‌کردند. «اضطراب، دوگانگی احساسی و سردرگمی» تشکیل دهنده این طبقه بود. مشارکت کنندگان از حس عجیب و غریب و مبهم در این زمان سخن گفتند که همراه با ترس و دلهره بود و گاهی نیز به صورت واضح به استرس، اضطراب و عدم تحمل اشاره داشتند که همه این‌ها در طبقه اضطراب قرار داده شد. به عنوان مثال مشارکت کننده ۱ که شوهرش داخل اتاق عمل بود، در پاسخ به سؤال «چه حسی دارید؟» می‌گوید: «می‌شه گفت... حسش گفتنی نیست. حس عجیب و غریبی دارم. دلم آشوبه، خیلی وحشتناکه، با این‌که می‌گن عملش سخت نیست ولی بازم برام سخته، سخت می‌گذره».

مشارکت کننده ۱۲ نیز در پاسخ به سؤال «الآن که منتظرید به شما چگونه می‌گذره؟»، بیان می‌کند: «خیلی سخت می‌گذره. (گریه می‌کند و می‌گوید) احساس سختیه... (با صدای بلند گریه می‌کند و می‌گوید) باید انتظار بکشی و (گریه... سکوت) و می‌گوید خیلی سخته، همش دلهره داری، همش واهمه داری که الان خبر بدی برات بیارند».

اعضای خانواده دچار دوگانگی احساسی می‌شدند و ناراحتی همراه با راحتی یا ناامیدی همراه با امید، خوشحالی و دلتنگی حالات احساسی مختلفی بودند که توسط اعضای

کنندگان در این مطالعه بود. در این زمینه پژوهش‌های مختلف دیگر نیز به نتایج مشابهی دست یافتند. به عنوان مثال نتایج مطالعه Butzlaff (به نقل از Charron و همکاران) همسو با مطالعه حاضر نشان داد که استرس مربوط به رویداد جراحی (Stress of the surgical event) (پیش‌بینی نتیجه عمل و تأثیر جراحی و بیهوشی بر وضعیت جسمی و روحی بیمار، عدم اطمینان، عوارض، درد، بهبودی و مرگ)، استرس هزینه‌ها (Stress of resource consumption) (وظیفه مراقبت از دیگران در خانواده همراه با مسؤلیت‌های شغلی، هزینه‌های مالی بیمارستان، مسافرت و کرایه اتاق در شهر محل عمل جراحی) و استرس موضوعات مراقبت سلامتی (Stress of healthcare matters) (انتظار جراحی و رویارویی با پزشکان و ارتباط با آرایه دهندگان مراقبت سلامتی) از مهم‌ترین منابع استرس اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی بود (۵). دغدغه بیماری و بهبودی از جمله دغدغه‌های اعضای خانواده در مطالعه Chien و همکاران (۲۳) نیز بود. بر اساس نتایج مطالعه Majasaari و همکاران (۲۴)؛ بیماری و جراحی، مشکلات و نگرانی‌های مالی برای اعضای خانواده بیماران ایجاد کرده بود که از این نظر با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد.

بر اساس نتایج، اعضای خانواده ترس و نگرانی را تجربه می‌کردند و «اضطراب، دوگانگی احساسی و سردرگمی» نیز از جمله واکنش‌های روحی- روانی تجربه شده توسط مشارکت کنندگان در این مطالعه بود. اضطراب‌آور بودن تجربه انتظار برای عمل جراحی عضوی از خانواده در مطالعات مختلف دیگر نیز نشان داده شده است (۲۵، ۱۱، ۷). نتایج مطالعات مختلفی نیز که با رویکرد کمی به بررسی میزان اضطراب اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی پرداخته‌اند، نشان داد که اعضای خانواده به خصوص افراد جوان‌تر و زن‌ها، در زمان انتظار اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند (۱۶، ۱۷، ۱۹). Irvin نیز در این زمینه می‌نویسد: انتظار، ناخوشایند و استرس‌زا است و با طولانی شدن زمان انتظار، اضطراب زیاد می‌شود. عصبانیت، ناامیدی، افسردگی و کاهش عملکرد اجتماعی عکس‌العمل‌های شایع زمان انتظار می‌باشند (۲۶).

خانواده بازگو می‌شد. به عنوان مثال مشارکت کننده ۲ که خواهرش تحت عمل جراحی بود، در این زمینه می‌گوید: «کلاً این طوری نیست که بگم خیلی سخته، ولی همچین آسونی هم نیست که بگیم رفته الان می‌یاد، بی‌خیال بگیریم بگیم الان رفته زود می‌یاد نه این قدر آسون و نه خیلی سخت که کلاً ناامید باشیم... می‌دونم ناامیدی داره ولی ته دلم می‌دونم که می‌یاد، ته دلم راحتم».

یکی دیگر از واکنش‌های روحی- روانی که توسط اعضای خانواده تجربه می‌شد، سردرگمی بود. مشارکت کنندگان از عدم تمرکز، بی‌حوصله بودن، گم شدن در زمان و مکان، بی‌قراری، حرکت در راهرو و نگاه کردن مکرر به ساعت سخن می‌گفتند. مشارکت کننده ۳ که مادری منتظر بود، در این رابطه می‌گوید: «فعالاً من مغزم درگیره که بعضی چیزها یادم نیست چی باید بگم... حالا این قدر مغزم مشغوله که راهروها را اشتباهی می‌رم، می‌خواستم برم بیرون ولی می‌رفتم طبقه بالا، خیلی مغزم مشغوله».

واکنش‌های روان‌تنی

واکنش‌های روان‌تنی نیز از جمله واکنش‌هایی بود که توسط اعضای خانواده منتظر تجربه می‌شد. سردرد، بی‌خوابی، تعریق، تپش قلب، لرزش بدن و... از جمله علایم ابراز شده توسط مشارکت کنندگان بود. به عنوان مثال مشارکت کننده ۸ که دخترش داخل اتاق عمل بود، در این زمینه می‌گوید: «الآن داره قلبم تکون می‌خوره، بدنم می‌لرزه تا بیاد بیرون از اتاق عمل، این طوری من الان خیس عرقم، می‌گم معلوم نیست بچه‌ام چه طور بشه، چه قدر تو اتاق باشه، چه قدر طول بکشه به هوش بیاد».

مشارکت کننده ۳ نیز که انتظار بیرون آمدن پسرش از اتاق عمل را می‌کشید، اظهار داشت: «بین جا همه چیز سخته، هیچ چیز برامون آسون نیست... مثلاً اعصابمون که داغون می‌شه، سردرد می‌شیم، تمام اعضای بدنت به هم ریخته است، فکر می‌کنی تمام بدنت چوب خورده».

بحث

«دغدغه‌های مربوط به باورها، دغدغه‌های مربوط به بیمار و عمل جراحی و دغدغه‌های مالی» عمده دغدغه مشارکت

خسته کننده (Frustrating)، ترس آور (Horrible)، استرس‌زا (Stressful)، کشنده (Brutal)، مشکل (Difficult) و سخت برای توصیف این زمان استفاده می‌کردند (۱). Hughes و همکاران نیز در مطالعه خود دریافتند که اعضای خانواده بیماران اضطراب، ترس، از دست دادن امید و درماندگی را تجربه می‌کنند (۲۹).

بر اساس نتایج این مطالعه، علایمی مانند سردرد، بی‌خوابی، تعریق، تپش قلب، لرزش بدن و... نیز از جمله واکنش‌های روان‌تنی تجربه شده توسط مشارکت‌کنندگان بود. در این زمینه Trimm و Sansord می‌نویسند: زمان از دیدگاه همسران بیماران تحت عمل جراحی، کندتر می‌گذرد و اختلال در خوردن و خوابیدن، گریه و عدم توانایی برای صحبت از جمله واکنش‌های جسمی اعضای خانواده می‌باشد (۳). بر اساس نتایج مطالعه Majasaari و همکاران (۲۴)، بی‌خوابی شایع‌ترین واکنش جسمی گزارش شده توسط اعضای خانواده در این زمان بود که از این نظر با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه فهرستی از نگرانی‌ها و دغدغه‌های خانواده بیماران در انتظار عمل جراحی را نشان می‌دهد. از آن‌جا که مراقبت منحصر به بیمار نمی‌باشد و خانواده او هم باید در کانون مراقبت قرار گیرد؛ کارکنان نظام سلامت به ویژه پرستاران، با افزایش درک و آگاهی از احساسات اعضای خانواده، دغدغه‌های آنان، ترس‌ها و نگرانی‌هایشان و شرایط زمینه‌ساز آن‌ها، قادر خواهند بود در جهت کاهش این ترس‌ها و نگرانی‌ها، برنامه‌ریزی و اقدامات لازم را به عمل آورند.

علاوه بر ایجاد تسهیلات محیطی برای خانواده بیماران در انتظار عمل جراحی؛ به دلیل این‌که اعضای خانواده نگران پیامدهای عمل جراحی هستند، ترتیب دادن ملاقات با افرادی که تجربه چنین اعمالی داشته‌اند می‌تواند رویکرد پیشنهادی مفیدی در کاهش استرس و ترس اعضای خانواده باشد. به عبارت دیگر، پرستاران می‌توانند با ایجاد گروه منسجمی از بیماران بهبود یافته و فراهم نمودن پایگاه اطلاعاتی، گام

بر اساس نتایج مطالعه Weeks، مشارکت‌کنندگان درجاتی از اضطراب و استرس را در طول عمل جراحی بیمار خود تجربه می‌کردند. زمان، ترس از ناشناخته‌ها، عدم آگاهی از آن‌چه که قرار بود اتفاق بیافتد و آرزوی نتیجه مثبت از جمله علل استرس بودند. زمان با واژه‌هایی مانند طولانی (Long) و لحظه به لحظه (Minute by minute) شرح داده می‌شد. بیش از حد استرس آور (Very stressful)، بی‌قراری و دستپاچگی (Nervous)، ترس (Fear)، هراس یا وحشت (Panic or fright) واژه‌هایی بودند که به طور مکرر توسط مشارکت‌کنندگان هنگام شرح احساساتشان در زمان انتظار استفاده می‌شد. واژه‌های خسته شدن (Bored)، ملال آور بودن (Boring) و بیهوده بودن (Useless) نیز از جمله واژه‌های مورد استفاده توسط بعضی از مشارکت‌کنندگان بود (۱۵).

Hopia و همکاران نیز احساس تنهایی، از دست دادن قدرت، اضطراب، عصبانیت و آزدگی را مهم‌ترین مشخصات انتظار به وسیله والدینی گزارش کردند که کودک بستری در بیمارستان داشتند و برای جراحی، انجام آزمایش، درمان و... منتظر بودند (۲۷). Bengtson و همکاران هم که به طور اختصاصی علایم قلبی-عروقی و روحی-روانی ۱۰۰ عضو خانواده بیمارانی که منتظر عمل جراحی قلب بودند را بررسی کردند، می‌نویسند: اعضای خانواده بیماران سطوح بالایی از اضطراب، افسردگی، تحریک‌پذیری و اختلالات خواب (مانند راه رفتن در خواب و خستگی ناشی از کمبود خواب) را تجربه می‌کنند (۱۲).

بر اساس نتایج مطالعه Kutash و Northrop نیز طبقه فوران احساسات (Rollercoaster of emotions) دربردارنده میزان احساساتی بود که به وسیله اعضای خانواده تجربه می‌شد و آن‌ها از احساساتی مانند شوک، امید، عدم اطمینان و تسکین سخن می‌گفتند (۲۸). در مطالعه Bournes و Mitchell هم که با استفاده از رویکرد پدیدارشناسی هرمنوتیک به بررسی تجربه انتظار اعضای خانواده بیماران بستری در ICU (Intensive care unit) پرداخته بودند، از احساساتی تحت عنوان آشفتگی مبهم یاد شده است و مشارکت‌کنندگان از واژه‌های ناراحت‌کننده (Distressing)،

مطالعات مشابه توسط محققان می‌تواند به روشن‌سازی بیشتر مفهوم و نیز عوامل مؤثر بر آن کمک نماید.

مفیدی در این راستا بردارند. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی درباره همراهان گروه‌های سنی مختلف یا بستری در مکان‌های مختلف از جمله بخش مراقبت‌های ویژه انجام گیرد.

محدودیت‌ها

تعداد مشارکت‌کنندگان مربوط به ماهیت تحقیق کیفی و انتخاب تنها یک مرکز از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را محدود سازد. همچنین کمبود مطالعات مشابه در داخل کشور، امکان مقایسه یافته‌ها با مطالعات داخلی را محدود کرد. به همین دلیل تکرار

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه دکتری به شماره ۹۱/۱۷۵ مصوب دانشگاه علوم پزشکی کرمان می‌باشد که بدین وسیله از مسؤولین مربوطه و همچنین از کلیه مشارکت‌کنندگان در مطالعه تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Bourne DA, Mitchell GJ. Waiting: the experience of persons in a critical care waiting room. *Res Nurs Health* 2002; 25(1): 58-67.
2. Ghardashi F, Saleh Moghaddam AR, Hasanabadi H, Setayesh Y. Study of the relationship between pre-operative waiting time and anxiety in patients. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2004; 10(4): 76-84.
3. Trimm DR, Sanford JT. The process of family waiting during surgery. *J Fam Nurs* 2010; 16(4): 435-61.
4. Mohebbifar R, Keshavarz Mohammadi N, Mohammadi N, Mouseli L. Situation analysis of surgical services at district hospitals in Iran on the basis of who program. *Iran J Surg* 2010; 18(3): 47-57.
5. Charron M, Mandell JB, Kolodny GM. Detection of a rare complication of appendicitis by scrotal imaging. *Clin Nucl Med* 1988; 13(10): 761-2.
6. De Frances CJ, Lucas CA, Buie VC, Golosinskiy A. 2006 National Hospital Discharge Survey. *Natl Health Stat Report* 2008; (5): 1-20.
7. Muldoon M, Cheng D, Vish N, Dejong S, Adams J. Implementation of an informational card to reduce family members' anxiety. *AORN J* 2011; 94(3): 246-53.
8. McKiernan M, McCarthy G. Family members' lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs* 2010; 26(5): 254-61.
9. Mottram A. "Like a trip to McDonalds": a grounded theory study of patient experiences of day surgery. *Int J Nurs Stud* 2011; 48(2): 165-74.
10. Sayin Y, Aksoy G. The nurse's role in providing information to surgical patients and family members in Turkey: a descriptive study. *AORN J* 2012; 95(6): 772-87.
11. Stefan KA. The nurse liaison in perioperative services: a family-centered approach. *AORN J* 2010; 92(2): 150-7.
12. Bengtson A, Karlsson T, Wahrborg P, Hjalmarson A, Herlitz J. Cardiovascular and psychosomatic symptoms among relatives of patients waiting for possible coronary revascularization. *Heart Lung* 1996; 25(6): 438-43.
13. Ivarsson B, Larsson S, Luhrs C, Sjoberg T. Serious complications in connection with cardiac surgery--next of kin's views on information and support. *Intensive Crit Care Nurs* 2011; 27(6): 331-7.
14. Ivarsson B, Sjoberg T, Larsson S. Waiting for cardiac surgery--support experienced by next of kin. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2005; 4(2): 145-52.
15. Weeks TA. *Behind the Red Line: The Intraoperative Experience of Those who Wait*. Spokane, DC: Gonzaga University; 2000.
16. Krohne HW, Slangen KE. Influence of social support on adaptation to surgery. *Health Psychol* 2005; 24(1): 101-5.
17. Messeri A, Caprilli S, Busoni P. Anaesthesia induction in children: a psychological evaluation of the efficiency of parents' presence. *Paediatr Anaesth* 2004; 14(7): 551-6.
18. Chan CS, Molassiotis A. The effects of an educational programme on the anxiety and satisfaction level of parents having parent present induction and visitation in a postanaesthesia care unit. *Paediatr Anaesth* 2002; 12(2): 131-9.
19. Wang SM, Maranets I, Weinberg ME, Caldwell-Andrews AA, Kain ZN. Parental auricular acupuncture as an adjunct for parental presence during induction of anesthesia. *Anesthesiology* 2004; 100(6): 1399-404.
20. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
21. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.

22. Fakhr-Movahedi A, Salsali M, Negharandeh R, Rahnavard Z. A qualitative content analysis of nurse-patient communication in Iranian nursing. *Int Nurs Rev* 2011; 58(2): 171-80.
23. Chien WT, Chiu YL, Lam LW, Ip WY. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud* 2006; 43(1): 39-50.
24. Majasaari H, Sarajarvi A, Koskinen H, Autere S, Paavilainen E. Patients' perceptions of emotional support and information provided to family members. *AORN J* 2005; 81(5): 1030-9.
25. Lerman Y, Kara I, Porat N. Nurse liaison: the bridge between the perioperative department and patient accompaniers. *AORN J* 2011; 94(4): 385-92.
26. Irvin SK. Waiting: Concept Analysis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 2001; 12(4): 128-36.
27. Hopia H, Tomlinson PS, Paavilainen E, Astedt-Kurki P. Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *J Clin Nurs* 2005; 14(2): 212-22.
28. Kutash M, Northrop L. Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. *J Adv Nurs* 2007; 60(4): 384-8.
29. Hughes F, Bryan K, Robbins I. Relatives' experiences of critical care. *Nurs Crit Care* 2005; 10(1): 23-30.

Experience of Families for Waiting during their Patients' Surgery: A Qualitative Research

Tabandeh Sadeghi¹, Nahid Dehghan Nayeri², Abbas Abbaszadeh³

Original Article

Abstract

Introduction: A family-centered approach is an important part of the care process for surgical patients and their families. Nursing care is effective only when the family is taken into consideration. Understanding of family members' experiences could help nurses for better care services. Thus, this study aimed to explain the experience of waiting in families of patients undergoing surgery.

Method: In this qualitative study, 17 family members of patients undergoing surgery were selected by purposive and theoretical sampling until data saturation. Semi structured interviews were held for data collection. For transcription and analysis of interviews, Microsoft Word and One Note software was used and data were analyzed using content analysis approach.

Results: According to the findings, "Stressful waiting" was the main theme of study which consisted of four categories, i.e. "mental and intellectual concerns", "fear and worry", "psychological reactions" and "psychosomatic reactions".

Conclusion: Finding of this study can help healthcare professionals especially nurses to get a better understanding of the family emotions and concerns in this situation and as a result could be planning for decreasing such concerns.

Keywords: Waiting, Surgery, Patient's family, Qualitative research

Citation: Sadeghi T, Dehghan Nayeri N, Abbaszadeh A. **Experience of Families for Waiting during their Patients' Surgery: A Qualitative Research.** J Qual Res Health Sci 2014; 3(1): 27-36.

Received date: 26.12.2013

Accept date: 02.02.2014

1- Lecturer, Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

2- Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Abbas Abbaszadeh PhD, Email: aabbaszadeh@hotmail.com