

بررسی تجارب حسی بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه مراکز

آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، سال ۱۳۸۱

دکتر جواد آقازاده^۱، مژگان لطفی^۲

^۱ نویسنده مسئول: استادیار گروه جراحی اعصاب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه E-mail: Jaghazadeh56@yahoo.ca

^۲ مربی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز

چکیده

زمینه و هدف: درک (دریافت) و ادراک (احساس) دو جزء هر تجربه حسی هستند. دریافت حسی (sensory reception) جریان اطلاعات در باره محیط داخلی یا خارجی از راه حسی است. انسان ها از طریق دریافت و سازمان بندی تحریکات حسی، خود را از محیط پیرامون آگاه می سازند این ادراک و سازمان بندی تحریکات، ادراک حسی نامیده می شود. هنگامی که مددجویی در یک موسسه مراقبت بهداشتی پذیرفته می شود با محرک هایی که از نظر کمیت و کیفیت نسبت به محرک های آموخته شده قبلی متفاوتند روبرو می شود و همین امر منجر به ایجاد تغییرات حسی در وی می گردد. بیماری که در بخش ICU بستری می شود از یک سو به دلیل شرایط بحرانی و از سوی دیگر به علت اقدامات درمانی پیچیده ای که روی او صورت می گیرد، در معرض گرانباری و یا محرومیت حسی است. این مطالعه با هدف تعیین تجارب حسی بیماران بستری در ICU انجام گرفت.

روش کار: این بررسی یک مطالعه توصیفی است. حجم نمونه ۴۵ نفر و نمونه گیری به روش تصادفی ساده صورت گرفت. جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه ای مشتمل بر ۳ بخش استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها نیز از آمار توصیفی استفاده شد.

یافته ها: نتایج حاصل از این پژوهش نشان داده که واحدهای مورد پژوهش در بیش از ۸۰٪ موارد به هیچ وجه، خیلی کم و یا فقط در بعضی موارد دریافت حسی ناخوشایند را تجربه کرده بودند (فاقد گرانباری حسی). اما بررسی واکنش های عاطفی نشان داد که ۳۹/۸٪ درد، ۱۸/۵٪ اضطراب، ۱۲٪ ترس، ۷/۴٪ خشم و عصبانیت و ۰/۹٪ احساس نفرت را تجربه کرده بودند که به نظر می رسد احتمالاً به دلیل محرومیت حسی ناشی از کمبود ملاقات با خانواده و کمبود آگاهی در مورد بیماری باشد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر بیماران در ICU واکنش های عاطفی ناخوشایند متعددی را تجربه می کنند. جهت به حداقل رساندن این تجارب آموزش به بیمار و افزایش زمان ملاقات پیشنهاد می گردد.

واژه های کلیدی: تجارب حسی، بیماران مراقبت های ویژه، گرانباری حسی، محرومیت حسی

دریافت: ۸۴/۴/۱۵

پذیرش: ۸۵/۷/۱۱

مقدمه

از گذشته ای دور روانشناسان و معلمان به اهمیت ادراک های حسی پی برده بودند ولی اهمیت آن در زمینه های بهداشتی و پرستاری تقریباً در دو یا سه دهه اخیر آشکار شده است. محققین معتقدند در صورت محرومیت انسان از تحریکات و یا دریافت بیش از حد تحریک، تعادل جسمی یا روانی وی از دست می رود و

تغییرات رفتاری از قبیل توهمات شنوایی، بینایی، نگرانی

و اضطراب در وی بروز می کند [۱].

انسان یک سیستم باز و در تعامل دائم با محیط است. عامل اصلی ارتباط این سیستم با محیط، سیستم حسی است [۱]. دو جزء هر تجربه حسی، درک (دریافت) و ادراک (احساس) هستند. دریافت حسی^۱

^۱ - Sensory reception

جریان اطلاعات در باره محیط داخلی یا خارجی از راه حسی است.

انسان‌ها از طریق دریافت و سازمان‌بندی تحریکات حسی، خود را از محیط پیرامون آگاه می‌سازند، این ادراک و سازمان‌بندی تحریکات به طور کلی ادراک حسی نامیده می‌شود. هنگامی که مددجویی در یک موسسه مراقبت بهداشتی پذیرفته می‌شود، مواجهه با محرک‌هایی که از نظر کمیت و کیفیت نسبت به محرک‌های آموخته شده قبلی متفاوتند باعث تغییراتی در وی می‌گردد. درک بیمار از این تغییرات حسی تا حدودی به عوامل زمینه‌ای خود او بستگی دارد. در واقع سطح تحمل در برابر محرک‌های حسی محدودۀ منحصر به فردی است که با کلیت فرد در همه زمینه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و فرهنگی مرتبط می‌باشد [۲].

بیماری که در بخش مراقبت‌های ویژه بستری می‌شود از یک سو به دلیل شرایط بحرانی و از سوی دیگر به علت اقدامات درمانی پیچیده‌ای که روی او صورت می‌گیرد، در معرض گرانبیاری و یا محرومیت حسی است [۲].

از آنجا که این بیماران به دلیل داشتن لوله تراشه قادر به برقراری ارتباط مناسب و بیان نیازهای خود نیستند، درک این موضوع که چه اندیشه‌هایی ذهن بیمار را درگیر ساخته است و یا اینکه در این وضعیت چه دریافت‌های حسی ناخوشایندی دارد، باعث می‌شود تا پرستار تعامل انسانی و ارتباط درمانی بهتری با این بیماران برقرار نماید.

شناخت تجارب حسی بیماران بستری در آی. سی. یو به پرستار کمک خواهد کرد که با تعدیل استرسورهای حسی، بیمار را در شرایط تعادل حسی^۱ تحت مراقبت قرار داده و طبعاً بدین وسیله نقش موثری در روند بهبودی بیمار ایفا نماید.

به همین منظور مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی تجارب حسی بیماران بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه (قلب، داخلی، ریه، مغز و جراحی) بیمارستانهای

آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، سال ۱۳۸۱ انجام گرفت.

روش کار

این بررسی یک مطالعه توصیفی است. ابزار گردآوری داده‌ها عبارت از پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش: بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک و وضعیت بالینی بیمار - بخش دوم شامل ۴۰ سوال بسته جهت تعیین دریافت‌های حسی بویایی، چشایی، بینایی، شنوایی، لمس و محدودۀ قلمرو و قسمت آخر شامل ۶ سوال باز به منظور بررسی واکنش‌های عاطفی بیماران از قبیل اضطراب، ترس، غم، درد، عصبانیت، آرامش و نفرت و گناه، بود.

جامعه پژوهش کلیه بیماران بستری در بخش‌های ویژه مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بود و نمونه‌های پژوهش براساس نمونه‌گیری آسان و با توجه به مشخصات واحدهای مورد پژوهش: عدم وجود سابقه بستری در بیمارستان وضعیت سلامت نسبی جهت مصاحبه با آنها در بخش Post ICU، تمایل به شرکت در پژوهش و بالاخره GCS^۲ بالاتر از ۱۳ در زمان مصاحبه، انجام گرفت.

نمونه‌گیری در طی ۴ ماه صورت گرفت و از کل بیماران بستری در این بخش‌ها در طی این مدت فقط ۴۵ نفر حائز شرایط و معیار ورود به مطالعه بودند، لذا با توجه به محدودیت زمانی ۴۵ نمونه انتخاب شدند. جهت توصیف داده‌ها از آمار توصیفی استفاده گردید.

یافته‌ها

۴۵ بیمار از بخش‌های مختلف ICU تحت بررسی قرار گرفتند. ۱۹ مورد ICU قلب (۴۲/۲٪)، ۱ مورد ICU داخلی (۲/۲٪)، ۲ مورد ICU ریه (۴/۴٪)، ۸ مورد ICU مغز (۱۷/۸٪) و ۱۵ مورد ICU جراحی (۳۳/۳٪). از ۴۵ نمونه مورد بررسی بیشترین گروه سنی در رده سنی ۵۶-۴۷ سال قرار داشتند. (جدول ۱)

^۲ Glasco Coma Scale

^۱ - Sensory balance

جدول ۱. توزیع گروه سنی

تعداد	درصد	گروه سنی
۳	۶/۷	۷-۱۶
۶	۱۳/۳	۱۷-۲۶
۵	۱۱/۱	۲۷-۳۶
۷	۱۵/۵	۳۷-۴۶
۱۱	۲۴/۵	۴۷-۵۶
۹	۲۰	۵۷-۶۶
۴	۸/۹	۶۷-۷۶

۱ و ۱۳/۳٪) و ۱ مورد شنوایی (۶/۷٪) بود. از نظر سطح هوشیاری در زمان بستری اغلب بیماران ۱۹ مورد (۴۳/۳٪) دارای سطح هوشیاری ۱۱-۱۳ = GCS بودند (جدول ۴).

مدت اتصال بیماران به دستگاه تهویه مکانیکی ۲۰-۱۰ ساعت (۳۵/۵٪) بود که البته ۲۱ نفر (۴۶/۷٪) اصلاً به دستگاه اتصال پیدا نکرده بودند (جدول ۴).

جدول ۴. مدت زمان اتصال بیماران به دستگاه تهویه مکانیکی

مدت اتصال به MCV	تعداد	درصد
عدم اتصال	۲۱	۴۶/۷
کمتر از ۱۰ ساعت	۳	۶/۷
۱۰-۲۰	۱۶	۳۵/۵
۲۱-۳۱	۳	۶/۷
۳۲-۴۲	۰	۰
۴۳-۵۳	۱	۲/۲
۵۴-۶۴	۰	۰
۶۵-۷۵	۱	۲/۲
جمع	۴۵	۱۰۰

همچنین ۲۹ نفر بیماران (۶۴/۵٪) بین ۱-۳ روز در

ICU بستری بودند (جدول ۵)

جدول ۵. مدت زمان اقامت بیماران در ICU

مدت بستری در ICU	تعداد	درصد
۱-۳ (روز)	۲۹	۶۴/۵
۴-۶ (روز)	۱۲	۲۶/۷
۷-۹ (روز)	۲	۴/۴
۱۰-۱۲ (روز)	۱	۲/۲
۱۳-۱۵ (روز)	۱	۲/۲
جمع	۴۵	۱۰۰

بحث

نتایج حاصل نشان داد که بیشترین سابقه اختلال حسی (۱۱ مورد) مربوط به بینایی و بیشترین اختلال حسی فعلی (۷ مورد) نیز مربوط به بینایی بود.

با توجه به این که اغلب واحدهای مورد پژوهش در گروه های سنی ۴۷-۵۶ و ۵۷-۶۶ سال قرار داشتند این مورد غیر طبیعی به نظر نمی رسد. همچنین نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که نمونه های مورد پژوهش در زمینه حس چشایی (۱۱/۲٪)، بویایی (۱/۱٪)، بینایی

همچنین اغلب نمونه ها ۳۵ مورد (۷۷/۸٪) بیسواد یا دارای سطح سواد خواندن و نوشتن بودند. (جدول ۲)

جدول ۲. فراوانی میزان تحصیلات

تعداد	درصد	میزان تحصیلات
۱۷	۳۷/۸	بیسواد
۱۸	۴۰	ابتدایی
۶	۱۳/۴	راهنمایی
۲	۴/۴	دیپلمات
۱	۲/۲	فوق دیپلم
۱	۲/۲	لیسانس
۴۵	۱۰۰	جمع

از نظر جنسیت ۲۶ مورد (۵۷/۸۸٪) مذکر و ۱۹ مورد (۴۲/۲٪) مونث بودند. ۳۷ مورد (۸۲/۲٪) متاهل و ۸ مورد (۱۷/۸٪) مجرد بودند. همچنین اغلب مردان کشاورز (۱۵/۵٪) و بیشتر زنان (۳۷/۸٪) خانه دار بودند.

جدول ۳. شغل افراد

تعداد	درصد	شغل
۵	۱۱/۲	آزاد
۸	۱۷/۸	کارگر
۴	۸/۹	کارمند
۷	۱۵/۵	کشاورز
۱	۲/۲	محصل
۱	۲/۲	بازنشسته
۲	۴/۴	بیکار
۱۷	۳۷/۸	خانه دار
۴۵	۱۰۰	جمع

اطلاعات به دست آمده در مورد وضعیت بالینی بیماران مورد مطالعه نشان داد: ۱۵ نفر از بیماران دارای سابقه قبلی اختلال حسی بودند که ۱۱ مورد بینایی (۷۳/۳٪)، ۱ مورد چشایی (۶/۷٪)، ۲ مورد بویایی

(۱/۱۴/۱)، شنوایی (۳/۷) و لامسه و قلمرو انسانی (۵/۸) دریافت‌های حسی ناخوشایندی را در حد زیاد و خیلی زیاد تجربه کرده‌اند. بیشترین دریافت حسی ناخوشایند مربوط به حس چشایی و بینایی بود که بیشترین علت طعم بد دهان به دلیل لوله تراشه (۸/۳) و مشاهده اقدامات مراقبتی - درمانی از بیماران بد حال و مشرف به مرگ ۲/۲۲٪ و ترس از وسایل و دستگاه-های ICU (۲۶/۶) ذکر شده بود.

میسینرو^۱، نشان داد که استرس، تکنولوژی و سر و صدا از محرک‌های مضر هستند که منجر به عوارض جدی و طولانی شدن زمان بستری می‌گردد [۵، ۴].

در خصوص واکنش‌های عاطفی و علل مربوط به آن یافته‌ها نشان داد که بیماران ۲۰ مورد اضطراب (۱۸/۵٪)، ۱۳ مورد ترس (۱۳٪) و ۸ مورد خشم و عصبانیت (۷/۴٪) و بالاخره ۹ مورد احساس غم و اندوه (۸/۳٪) را تجربه کرده‌اند. از علل اضطراب، نگرانی برای خانواده و از پیامدهای بیماری، هزینه درمان، وجود لوله تراشه، انتظار عمل، پروسیجرهای جراحی، درد زیاد و عدم آگاهی اشاره شده بود که مهمترین عامل اضطراب از بین علایم فوق به ترتیب مربوط به نگرانی از پیامد بیماری (۷ مورد - ۳۵٪) و نگرانی برای خانواده (۵ مورد - ۲۵٪) بود. مطالعه‌ای که روی تجارب عاطفی بیماران تحت عمل جراحی چشم انجام شده است نیز نشان داده است که این بیماران تجارب حسی عاطفی چون اضطراب (۶۰٪)، ترس (۵۵٪)، درد (۴۷/۵٪) بی-حسی در قسمتی از بدن (۳۲/۵٪)، گیجی (۳۰٪)، عدم آرامش (۲۷/۵٪)، نفرت (۱۰٪)، احساس گناه (۵٪)، احساس یک بو یا طعم غیر طبیعی (۷/۵٪) و خشم و عصبانیت (۷/۵٪) را تجربه کرده‌اند [۶] که به نظر می‌رسد تجارب حسی ناخوشایند در بیماران تحت عمل جراحی چشم در شرایط قبل، حین و بعد از عمل نسبت به این مطالعه بیشتر بوده است. یافته‌های حاصل از سایر تحقیقات نشان داده است که مهمترین نشانه‌های اضطراب تغییرات قابل اندازه‌گیری روان شناختی و رفتاری قابل مشاهده است [۷].

ترس از پیامد بیماری، ترس از خفگی به علت انسداد لوله تراشه، محیط ICU، مشاهده بیماران بد حال، احساس تنهایی، تهدید کلامی بعضی از پرستاران مهمترین علل مطرح شده در ترس بودند که بیشترین علت ذکر شده مربوط به ترس از پیامد بیماری (۴ مورد - ۳۰/۷٪)، ترس از خفگی به علت انسداد لوله تراشه و محیط ICU هر کدام ۳ مورد (۲۳٪) بود. در مورد علت غم و اندوه بیماران به مواردی چون مشاهده زجر و ناراحتی سایر بیماران، دلتنگی برای خانواده، تمرکز روی این فکر "چرا بیمار شده‌ام؟" پیامد بیماری و هزینه‌های درمانی اشاره داشتند که مهمترین علت یاد شده، مشاهده زجر و ناراحتی سایر بیماران و دلتنگی برای خانواده (هر کدام ۳ مورد ۳۳/۳٪) بود.

بالاخره عواملی که منجر به احساس خشم و عصبانیت در بیماران شده بود عبارت بودند از تاخیر پرستاران در رسیدگی به موقع، سهل‌انگاری پرستاران و رفتار خشن پرستاران که از بین آنها مهمترین علت اشاره شده تاخیر در رسیدگی به موقع پرستاران (۴ مورد، ۵۷٪) بود.

چراغی ۱۳۸۱ به نقل از هال می‌نویسد: عدم توجه به زیر ساخت‌های روانی - اجتماعی مددجو و حریم شخصی و پنداشتی او موجب احساس تهاجم به قلمرو و بروز واکنش‌های هیجانی از جمله گرانباری حسی خواهد شد و زمینه بروز تحریک‌پذیری مددجو و حالت‌هایی از قبیل خشونت و عصبانیت، زجر روحی - روانی و اضطراب و هذیان که همگی از نمودهای گرانباری حسی هستند را مساعد می‌سازد [۸].

هاپسی^۲ ۲۰۰۰، در خصوص تجارب بیماران بخش‌های ویژه می‌نویسد: این بیماران به اطلاعاتی در مراحل حین و بعد از بستری در بخش‌های ویژه نیاز دارند و پرستاران باید به طور مداوم این افراد را در خصوص تجارب قبلی و فعلی‌شان در بخش‌های ویژه آگاه سازند [۹].

² Hupcey

¹ Mcinroy

با خانواده و دریافت‌های حسی مطلوب (بینایی و لامسه) از جانب آنها و نیز کمبود آگاهی در مورد پیامد بیماری، تجهیزات بخش ICU و بعضی از پروسیجرهای درمانی چون درن، لوله‌تراشه، چست تیوپ و غیره دانست.

لذا با توجه به نتایج به دست آمده اجرای موارد زیر در بخش‌های مورد پژوهش پیشنهاد می‌گردد:

- ۱- افزایش مدت زمان ملاقات (جهت افزایش دریافت‌های حسی خوشایند)
- ۲- جلب مشارکت خانواده برای انجام بعضی از مراقبت‌ها (تغییر پوزیشن، بهداشت - تغذیه و غیره)
- ۳- تشویق خانواده برای لمس بیمار و صحبت با وی در مورد موضوعات مورد علاقه بیمار جهت افزایش تحریکات حسی مطلوب (۳) (بدون توجه به سطح هوشیاری بیمار)
- ۴- آموزش بیماران، توسط پرستاران در مورد تجهیزات، وسایل، پروسیجرهای درمانی و بویژه افزایش آگاهی آنها در مورد فرآیند بیماری جهت کاهش ترس و اضطراب ناشی از عدم آگاهی.

همچنین تحقیقات اشاره می‌کنند که باید نیازهای آموزشی بیمار به طور مداوم بررسی و آموزش‌های لازم براساس آن صورت گیرد [۱۰].

مطالعات بیان کننده این است، اگر چه تشخیص و درمان اختلالات روانی در بخش‌های ویژه مدت زیادی است که مورد غفلت قرار گرفته است با این وجود امروزه این اختلالات بهتر مورد تشخیص و درمان قرار می‌گیرد [۱۱].

زمانی که بیمار از درد، اضطراب و یا سایر موارد ذکر شده در رنج است پرستار نقش مهمی در کنار آمدن وی با ترسهایش دارد [۱۲].

نتیجه‌گیری

اگر چه واحدهای پژوهش در بیش از ۸۰ درصد موارد به هیچ وجه، خیلی کم و یا فقط در بعضی از موارد دریافت حسی ناخوشایند را تجربه کرده بودند (فاقد گرانباری حسی)، با این وجود واکنشهای عاطفی چون اضطراب، ترس، غم و اندوه را می‌توان به محرومیت حسی ناشی از عدم و یا کمبود زمان ملاقات

منابع

- ۱- معماریان ربابه. کاربرد مفاهیم و نظریه‌های پرستاری، چاپ اول، تهران، مرکز نشر آمار علمی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۸؛ صفحه ۳۵.
- ۲- شیلاک آدام، سوآزن، پرستاری در بخش مراقبت‌های ویژه. ترجمه، هادی کوشیار، داریوش مغزی. چاپ اول، انتشارات: شهرآب، سال ۱۳۷۹، صفحات ۲۰ تا ۲۲.
- ۳- تایلور، اصول پرستاری تایلور (مفاهیم پرستاری). ترجمه گروه مترجمین دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، چاپ اول، تهران، نشر و تبلیغ بشری، سال ۱۳۷۵، صفحه ۴۷۸.
- 4- Mcinoroy A, Ed wards S. Preventing sensory alteration: a practical approach. Nurse Crit care. 2002 Sep-Oct; 7(5): 247-54.
- ۵- امینی رویا. برزو سیدرضا. نقش پرستار در پیشگیری از محرومیت و گرانباری حسی در بیماران پس از عمل جراحی قلب باز. اولین همایش سراسری محرومیت و گرانباری حسی د ع پ تبریز ۱۳۸۱، صفحه ۱۰.
- ۶- لطفی مژگان، آقازاده احمد، کرمی ناهید. بررسی تجارب حسی بیماران تحت عمل جراحی چشم در اتاق عمل بیمارستان امام خمینی همدان، ۱۳۸۳. سمینار پرستاری اتاق عمل تهران ۱۳۸۳، صفحه ۱۰۰.
- 7- Frazier SK, Moser DK, Riegel B, Mckinley S, Blakely W, Kim KA and et al. Critical care nurses assessment of patients anxiety reliance on physiological and behavioral parameters. A M J of Crit care. 2002 Jan; 11(1): 57-64.

- ۸- چراغی محمدعلی. داستان تهاجم به قلمرو و گرانباری حسی از پذیرش تا ترخیص یا پس از مرگ. اولین همایش سراسری محرومیت و گرانباری حسی. د.ع پ تبریز ۱۳۸۱، صفحه ۱۷.
- 9- Hupcey JE, Zimmerman HE. The need to know: experiences of critically ill patients. *Am J crit care* 2000 May; 9(3): 192-8.
- 10- Bahruth AJ. What every patient should know. pretransplantation and post transplantation. *Crite Care Nurs Q.* 2004 Jan-Mar; 27(1): 31-60.
- 11- Ampelas JF, Pochard F, Consoli SM. Psychiatric disorders in intensive care units. *Encephal* 2002 May-Jan; 28(3pt1): 191-9.
- 12- Miller R. Dimension of Critical care Nursing. *Nursing* 2004 Jan-Mar; 22(1): 31.