نیازهای همراهان بیماران سالمند بستری در بیمارستان: زیربنایی برای آموزش پرستاری

حیدرعلی عابدی، مژگان خادمی، رضا دریابیگی، نصرالله علیمحمدی

چکیده

مقدمه: به منظور شفاف‌نمودن نیازهای آموزشی پرستاران در زمینه حمایت از اعضای خانواده بیماران سالمند بستری، این مطالعه با هدف به دست آوردن درک و تفسیر نیازهای تجربه شده همراهان بیماران سالمند برای تحکیم ساختار و نیازهای آموزشی پرستاران انجام گردید.

روش‌ها: در یک پژوهش کیفی به روش پدیده‌شناسی که در سال ۱۳۸۳ انجام شد، همراهان بیماران سالمند بستری در یکی از بیمارستان‌های علوم پزشکی اصفهان با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف مورد مطالعه قرار گرفتند. پس از اشباع اطلاعات تعداد شرکت‌کنندگان به ۱۲ نفر رسید. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه عمیق و تجزیه و تحلیل به روش پارسی انجام شد.

نتایج: نیازهای همراهان و پاسخ‌های محیط به این نیازها و درحقیقت زمینه‌های لازم برای آموزش پرستاران را در پنج مفهوم محوری، همدلی و حمایت عاطفی, اطلاعات و آموزش، مشارکت در تصمیم‌گیری، دریافت کمک در مراقبت داوطلبانه از بیمار و امکانات رفاهی نشان داد.

نتیجه‌گیری: پرستاران روابط حرفه‌ای و انسانی مناسبی با همراهان بیماران سالمند برقرار نمی‌کنند، در حالی که در موقعیت خوبی برای رفع نیازهای اعضای خانواده بیماران بستری قرار دارند. قصور و نقص در پرستاری خانواده مشهود است. این تحقیق ضرورت آموزش تیم مراقبت و به خصوص پرستاران را بر اساس نیازهای همراهان مورد تأکید قرار می‌دهد و چارچوبی برای آموزش مهارت‌های لازم، به خصوص توانایی برقراری ارتباط مراقبتی برای پاسخ‌گویی به این نیازها را در دانشجویان و دانش‌آموختگان پرستاری ارائه می‌نماید.

واژه‌های کلیدی: آموزش پرستاری، نیاز آموزشی،بیمار سالمند، پدیدارشناسی.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / بهار و تابستان ۱۳۸۵؛ ۶(۱): ۶۵ تا ۷۳

مقدمه

پرستاری یک حرفه ارزشمند و یک خدمت اجتماعی مهم است. پرستاری تنها به توسعه دانش نمی‌اندیشد بلکه دیدگاه پرستاری، توانمندسازی پرستاران برای افزایش سلامت مددجویان و فراهم نمودن دانش لازم برای فعالیت‌های روزمره این دانشمندان می‌باشد(۱).

آموزش، عنصری اساسی در توسعه دانش پرستاری است و هدف آن افزایش صلاحیت و شایستگی پرستاران در عملکرد مستقل و ارائه مراقبت با کیفیت می‌باشد(۲). برنامه‌ریزان و

آدرس مکاتبه. دکتر حیدرعلی عابدی (دانشیار)، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان هزار جریب، اصفهان.

E-mail: abedi@nm.mui.ac.ir

مژگان خادمی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک و رضا دریابیگی و نصرالله علیمحمدی، مربیان.دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

این طرح با شماره ۸۱۳۹۸ در دفتر هماهنگی طرح‌های پژوهشی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به ثبت رسیده و هزینه آن از طرف این معاونت پرداخت گردیده است.

این مقاله در تاریخ ۸۴/۸/۱۰ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۵/۱/۵ اصلاح شده و در تاریخ ۸۵/۳/۹ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]

متخصصان پرستاری بر این باورند که برنامه آموزش پرستاری باید فعالیت‌های آموزش را به حفظ و ارتقای سطح سلامت فرد، خانواده و جامعه اعم از بیمار یا سالم معطوف دارد(۳). در میان گروه‌های مخاطب پرستاری، خانواده، هم به عنوان واحد دریافت‌کننده مراقبت و هم به عنوان واحد ارائه‌دهنده مراقبت توصیف شده است(٤). خانواده مهم‌ترین سیستم حمایتی بشر و به خصوص سالمندان می‌باشد(٥و٦). اعضای خانواده نقش مهمی در مراقبت از افراد سالمند ایفا می‌کنند و این نقش حتی هنگام بستری شدن فرد سالمند، یعنی هنگامی که سیستم رسمی حمایت فعال می‌شود ادامه می‌یابد(۷). این مسأله یکی از اهداف مراقبت جامع بوده و نقشی کلیدی در بهبود کیفیت خدمات سیستم رسمی دارد(۸). با توجه به نقش حیاتی این افراد در حمایت سالمندان و تأثیر آنان بر اثربخشی بیشتر خدمات سیستم‌های رسمی مراقبت، لازم است که این مراقبت‌کنندگان تحت حمایت سیستم رسمی واقع گردند. حمایت از این مراقبت‌کنندگان و کمک به آنان در نقش مراقبت کنندگی‌شان در حقیقت به معنای تداوم مراقبت آنان از فرد سالمند می‌باشد(۹). بنابراین، توجه به نیازهای این افراد به اندازه توجه به نیازهای بیماران، مهم است(۱۰).

حمایت از همراهان بیماران سالمند و رفع نیازهای آنان، وظیفه همه اعضای تیم مراقبت می‌باشد. اما پرستاران در این مورد، در جایگاهی ویژه قرار دارند و در واقع تکیه‌گاه اصلی اعضای خانواده در بیمارستان هستند(۱۱). با این حال، مطالعات نشان داده‌اند که در شرایط بحرانی، دانش پرستاری به مراقبت از بیمار اختصاص می‌یابد، در حالی که لازم است به نیازهای خانواده نیز تأکید شود(۱۲و۱۳). مطالعات متعددی، عدم حمایت مراقبت‌کنندگان خانوادگی و عدم توجه به نیازهای آنان را گزارش می‌کنند(۱۲،۱۱و١٤تا١٦). همچنین در بسیاری از مطالعات گزارش شده است که پرستاران آگاهی و اطلاعات کافی برای انجام این گونه وظایف خود را ندارند(۱۷). همانند بسیاری از مسائل، راهکار مبارزه با این مشکل نیز آموزش می‌باشد(۱۲).

به منظور پاسخ به این نیاز آموزشی پرستاران، شناخت دقیق نیازهای واقعی مددجویان ضروری است. شواهد نشان می‌دهند که پرستاران عادت کرده‌اند از دریچه دیدگاه حرفه‌ای به دنیا بنگرند و این موضوع باعث محدودیت در تفکر، قضاوت و در نهایت عملکرد آنان خواهد شد. برای عملکرد مطلوب، لازم است دنیا از دریچه چشم مددجویان دیده شود(۱۸). این امر در آموزش پرستاری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. زیرا آموزش پرستاران بر اساس دیدگاه مددجویان، آنان را در جهت پاسخ‌گویی به نیازهای مددجویان و ارائه مراقبت مددجومحور توانمند می‌سازد. اگر چه در گذشته مطالعات متعددی درباره مشارکت خانواده در مراقبت بیماران سالمند انجام شده است(۷،۸،۱۱و١٤) ولی تا کنون مطالعه‌ای درباره شناسایی نیازهای آموزشی پرستاران بر اساس نیازهای این گروه ویژه مددجویان، یعنی همراهان بیماران سالمند، در ایران نیافتیم. از آنجایی که هنر پرستاری زمانی ظهور می‌یابد که پرستار قادر باشد معانی موجود در مواجهه خود با افراد را درک نماید، پژوهشگران تصمیم گرفتند تا نیازهای آموزشی پرستاران را به کمک یک تحقیق کیفی و با این سؤال که «ساختار و ماهیت نیازهای همراهان بیماران سالمند بستری در بیمارستان چگونه می‌باشد؟» از طریق درک و تفسیر نیازهای تجربه شده در این مددجویان، تعیین نمایند.

روش‌ها

از آنجایی که بشر موجودی ماورای بعد جسمی خود می‌باشد و شناسایی احساسات وعواطف بشری با روش‌های کمّی مشکل است، این پژوهش به صورت کیفی انجام شده است. همچنین پدیدهٔ مورد مطالعه در این پژوهش، تجارب انسانی است بنابراین، از روش تحقیق کیفی، پدیده شناسی (Phenomenology) که هدف آن درک ساختار اصلی پدیده‌های تجربه شده انسانی از طریق تجزیه و تحلیل توضیحات شفاهی شرکت‌کنندگان می‌باشد، استفاده شد(۱۹).

در این مطالعه که در سال ۱۳۸۳ انجام گرفته است، منابع اطلاعات، همراهان بیماران سالمند بستری در یکی از بخش‌های ارتوپدی، جراحی، قلب و عروق، تنفس و نورولوژی بیمارستان‌های علوم پزشکی اصفهان بوده و معیارهای‌پذیرش، علاقمندی به شرکت در مطالعه، آگاهی از پدیده مورد مطالعه و توانایی در انتقال اطلاعات بوده است. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف آغاز و تا اشباع اطلاعات، یعنی عدم دریافت اطلاعات جدید، ادامه یافت که در مجموع شمار شرکت‌کنندگان در پژوهش به ۱۲نفر رسید.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات، از مصاحبهٔ عمیق استفاده شد. مصاحبه با یک سؤال وسیع و کلی در مورد تجارب

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]

زندگی روزانهٔ آنان از زمان حضور در بیمارستان شروع شده و سپس سؤالات اکتشافی (از قبیل بیشتر توضیح بدهید، این یعنی چه، و...)، برای تشویق شرکت‌کننده و دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر پرسیده شد. مدت مصاحبه ۲۰ تا ۹۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها ضبط شده و در پایان، کلمه به کلمه برگردانده شده و پس از تجزیه و تحلیل، مصاحبهٔ بعدی انجام گردید. در تجزیه و تحلیل از روش پارسی (Parse) استفاده شد.

در این روش، از یک گفت و شنود بدون ساختار بین محقق و شرکت‌کننده درباره یک تجربه زندگی استفاده می‌شود و در صورت امکان، این گفت و شنود ضبط شده و سپس برای فرایند استخراج ـ ترکیب پیاده می‌گردد. استخراج ـ ترکیب، فرایند حرکت توضیحات از زبان شرکت‌کننده به سطح انتزاعی زبان علم می‌باشد(۱۹). بطوری که پس از چندین بار خواندن، جوهره (Essence) هر مصاحبه استخراج، و به همان صورت (زبان شرکت‌کنندگان) نوشته شده است. در مرحله دوم، مطالب فوق به زبان پژوهشگر ترکیب (Synthesize) و سپس قضیه‌های (Propositions) مربوطه استخراج گردید. در مرحله بعد، قضیه‌ها بر اساس تشابه معنی و موضوع اصلی دسته‌بندی شده و سپس یک عبارت که در برگیرنده معنی اصلی و مشترک قضیه‌های هر دسته بوده، به عنوان «مفهوم محوری» آن دسته انتخاب شده است و بالاخره در مرحله پایانی، به این سوأل پژوهش که «ساختار پدیده مورد مطالعه چگونه می‌باشد؟» پاسخ داده شد.

برای تضمین معتبر بودن (Credibility) یا اطمینان به صحت داده‌ها، از تکنیک‌های تلفیق مکان (نمونه‌گیری در بخش‌های مختلف) و تلفیق زمان (نمونه‌گیری در سه نوبت صبح، عصر و شب) استفاده شده است. پس از تجزیه و تحلیل هر مصاحبه، مجدداً به شرکت‌کننده مراجعه شد و صحت مطالب, با نظر وی بررسی گردید و درصورت نیاز، تغییرات لازم انجام شد.

همچنین محقق تلاش خود را بر جمع‌آوری اطلاعات مبتنی بر تجربه، متمرکز ساخته که این خود به عینی بودن داده‌ها کمک نمود که روشی برای تأیید موثق‌بودن اطلاعات (Trusthworthyness) است. علاوه بر این، پژوهش حاضر به صورت تیمی و با راهنمایی و نظارت صاحب‌نظران انجام گردیده است که هم اطمینان‌پذیری (Dependability) و هم قابلیت تأیید (Confirmability) داده‌ها را امکان‌پذیر می‌نماید.

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

این تحقیق پس از کسب مجوزهای لازم از مسوؤلین محیط پژوهش انجام شده است. قبل از انجام هر مصاحبه، شرکت‌کنندگان از اهداف و اهمیت تحقیق آگاه شدند و با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت نمودند. همچنین به شرکت‌کنندگان تأکید گردید که در هر مرحله‌ای از پژوهش می‌توانند بدون نگرانی از عواقب بعدی، انصراف خود را از شرکت در پژوهش اعلام نمایند. مصاحبه با توافق شرکت کنندگان در مکانی آرام (اتاق روز) در بیمارستان انجام گردید و در هنگام انجام مصاحبه، خلوت و راحتی شرکت‌کنندگان در پژوهش فراهم شد. مشخصات آنان نیز به صورت محرمانه حفظ گردید.

نتایج

از ۱۲ شرکت‌کننده در این پژوهش، ٦ نفر مرد و ٦ نفر زن در دامنه سنی ۲۲ تا ٥٦ سال، ۹ نفر متأهل و دارای یک تا پنج فرزند بودند. از نظر تحصیلات، ۳ نفر ابتدایی، ٤ نفر دیپلم، ۳ نفر فوق دیپلم و ۲ نفر لیسانس داشتند و همچنین ٥ نفر کارمند، ۲ نفر شغل آزاد، ٤ نفر خانه‌دار و یک نفر قالی‌باف بود. مدت حضور آنها در بیمارستان ۲ تا ۱۱ روز و سن بیماران تحت مراقبت این شرکت‌کنندگان، بین ۷۰ تا ۹۰ سال بود که به دلیل اختلال در سیستم‌های مختلف از قبیل سکته مغزی، بیماری قلبی، کانسر مثانه، پنومونی، شکستگی، جراحی سیستم گوارشی و... بستری شده بودند.

تجارب شرکت‌کنندگان در این پژوهش نمایانگر نیازهای آنان و همچنین انعکاسی از پاسخ تیم درمان به این نیازها بود. این تجارب در قالب پنج مفهوم محوری بیان شدند:

همدلی و حمایت عاطفی

شرکت‌کنندگان در این پژوهش، بستری شدن سالمند خود را تجربه‌ای همراه با تنش، استرس و هیجانات عاطفی بیان نمودند. آنان به نیاز به امید، همدلی و حمایت عاطفی اشاره کرده و به بی‌توجهی تیم درمان به این نیازها اشاره کردند.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]

همچنین اظهار داشتند که به جای یک ارتباط حمایت‌کننده، بی‌توجهی، بی‌اعتنایی و حتی نادیده گرفته شدن را تجربه کرده‌اند.

شرکت‌کننده ۱۲:

«وقتی مریض بدحال است، آدم واقعاً احتیاج دارد کسی به او اطمینان بدهد، کسی به او امید بدهد, شرایطش را درک کند ... شدیداً احساس بی‌کسی می‌کردم، خدایا کجا بروم ... اینها اصلاً انگار آدم را نمی‌بینند، برای یک کلمه حرف‌زدن با اینها باید کلی دردسر کشید ...»

«بی‌خیال در ایستگاه نشسته و بگو و بخند و اصلاً سراغی از آدم نمی‌گرفتند ...»

اطلاعات و آموزش

شرکت‌کنندگان در این پژوهش, نیاز به آگاهی از وضعیت بیمار، برنامه درمان و مراقبت و آموزش درباره نحوه مشارکت در مراقبت و همچنین عدم دریافت اطلاعات و آموزش کافی و مناسب را که همراه با افزایش تنش بوده است نیز تجربه و بیان نمودند.

شرکت‌کننده ۲:

«واقعاً به یک راهنما احتیاج داشتم که بگوید چطور از او مراقبت کنم. مریض بی‌هوش و با این همه لوله و...، می‌گویند خودتان ملافه عوض کنید، ما که بلد نیستیم. می‌گویم حداقل ما را راهنمایی کنید یا کنارما بایستید، می‌گویند نه ... هیچ وقت خودشان چیزی نمی‌گویند ... یا به زبان خودشان جواب می‌دهند و ...».

مشارکت در تصمیم‌گیری

شرکت‌کنندگان بیان نمودند که نه فقط به نیاز آنان به اطلاعات و آموزش توجه نشده است، بلکه تیم درمان برای تجربه و شناختی که به عنوان یک عضو خانواده از بیمار سالمند خود داشتند و همچنین برای اطلاعاتی که طی ارتباط با تیم مراقبت کسب نمودند بهایی قائل نبودند. آنها اظهار داشتند که علی‌رغم احساس نیاز به مشارکت در تصمیم‌گیری، در هیچ یک از مراحل مراقبت به آنان اجازه سهیم شدن در تصمیم‌گیری داده نشده است.

شرکت کننده ٦:

«به پرستار گفتم دکتر گفته است آمپول را آرام تزریق کنید. گفت شما می‌خواهید به من درس بدهید، در کار من دخالت نکن ... با من مثل آدمی که چیزی نمی‌فهمد رفتار کرد».

شرکت‌کننده ۱۲:

«وقتی با آنها حرف می‌زنیم اصلاً بدشان می‌آید که چرا ما دخالت می‌کنیم، برخورد بسیار بدی می‌کنند. گفتم من قبول نمی‌کنم، گفتند پس باید با رضایت شخصی او را مرخص کنید ...».

کمک در مراقبت داوطلبانه از بیمار

یکی دیگر از نیازهای خانواده در هنگام بستری شدن یکی از اعضا, سهیم شدن در مراقبت مستقیم از عضو بیمار و دریافت کمک از پرسنل در این امر بوده است. تمایل و خواست اعضای خانواده برای درگیری در مراقبت از بیمار، به معنای توانایی کافی برای مراقبت و یا تمایل به انجام مسؤولیت‌های تحمیلی نبوده، بلکه آنان خواهان انجام اقدامات مراقبتی به صورت داوطلبانه و با کمک پرسنل بوده‌اند. آنها تجارب خود را در این زمینه چنین بیان نمودند:

شرکت‌کننده ۷:

«دلم می‌خواست برای او کاری کنم ... آن همه کار را به تنهایی نمی‌توانستم انجام بدهم، واقعاً به کمک کسی احتیاج داشتم».

امکانات رفاهی

برخی از یافته‌های این مطالعه محیط فیزیکی نامناسب بیمارستان و فقدان حداقل امکانات لازم برای رفع نیازهای اساسی انسانی و تأثیر منفی آن بر سلامت همراهان را نشان می‌دهند. این یافته‌ها ضرورت وجود امکانات رفاهی اولیه برای همراهان را گوشزد می‌کنند.

شرکت‌کننده ۳:

«یک پتو کف اتاق پهن می‌کنیم و غذا می‌خوریم ... روی زمین می‌خوابیدم».

بحث

پرستاری در سراسر جهان به عنوان یک فن مطرح می‌باشد و فن بودن به معنای علمی و هنری بودن است. علمی است چون شناخت و آگاهی می‌طلبد و هنری است چون لازم است علم آموخته شده در ذهن انعکاس یافته و در عمل به نحو صحیحی به کار گرفته شود. بنابراین، یک پرستار هر چقدر علم و هنر بیشتری داشته باشد، نقش‌های خود را به نحو بهتری ایفا می‌نماید(۲۰).

یافته‌های این مطالعه ما را در شناسایی نیازهای مددجویان و نقش‌ها و مسؤولیت‌های ما در مقابل آنان یاری می‌نماید. شاید شناخت این نیازها اولین گام برای توجه به

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]

مراقبت‌کنندگان خانوادگی باشد. در مطالعات مختلف نیاز به اطلاعات، حمایت و امید، به عنوان نیازهای اساسی گزارش شده‌اند که باید مورد توجه واقع شوند(۱۳و۲۱). مطالعات نشان داده‌اند که خانواده‌ها برای تطابق مداوم و پیوسته، نیازمند کمک هستند و بزرگترین نیاز آنان، نیاز به حمایت می‌باشد(۱۱). در این مطالعه، حمایت به عنوان ساختاری اساسی در نظر گرفته شده که مفاهیم محوری نیاز به اطلاعات و آموزش، حمایت عاطفی، مشارکت در تصمیم‌گیری، کمک در هنگام مراقبت از بیمار و فراهم شدن امکانات رفاهی را بیان می‌کند. این مفاهیم برخی نیازهای اساسی مؤثر بر سلامت فردی همراهان و توانایی آنان برای تداوم نقش مراقبتی در بیمارستان و همچنین پس از ترخیص را بیان می‌کنند. یافته‌های این پژوهش علاوه بر بیان نیازهای همراهان بیماران سالمند، عملکرد ضعیف تیم مراقبت و درمان، شامل پزشکان، پرستاران و... را نیز به تصویر می‌کشند. در مطالعات دیگر نیز گزارش شده است که در سال‌های اخیر، فناوری مدرن بیمارستانی به موضوع حمایت از این مددجویان توجه نداشته و خانواده‌ها از حمایت کافی بر خوردار نبوده‌اند(۱۱و۱٤).

اگرچه تعامل و ارتباط مناسب بین خانواده و تیم درمان در بیمارستان یکی از اجزای اساسی مراقبت می‌باشد، اما تماس بین تیم مراقبت و خانواده در بیمارستان در حد حداقل است(۷). با این که پرستاران برای رفع نیازهای خانواده در موقعیت خوبی قرار دارند، ولی زمان ناچیزی را به آنان اختصاص می‌دهند(۱۲). به این ترتیب، نزدیکان بیماران در حاشیه قرار گرفته و در اکثر مواقع نیازهای آنان و از جمله نیازهای روانی- اجتماعی آنان برآورده نمی‌شود(۲۲). در نتیجه، آنان احساس نامریی‌بودن و نادیده‌گرفته‌شدن می‌کنند و یا حتی بدتر از این، حضور خود را برای پرسنل خوشایند نمی‌بینند(۲۳). حمایت ناکافی و عدم پاسخ به موقع به نیازها و موقعیت‌ها می‌تواند ناشی از فقدان درک و بررسی نامناسب موقعیت و بی‌توجهی به ارزش نقش مراقبتی مراقبت‌کنندگان باشد. به منظور کاهش تنش و قوی کردن مراقبت‌کنندگان خانوادگی، لازم است که افراد حرفه‌ای، تجارب فردی آنان را بفهمند و هماهنگ با دغدغه‌های آنان عمل کنند تا بتوانند مراقبت و حمایت بهتری را ارائه نمایند(۲٤).

یکی از دغدغه‌ها و نیازهای مهم خانواده، آموزش و دریافت اطلاعات کافی درباره مواردی از قبیل شرایط بیمار، برنامه درمان و ... می‌باشد. دادن اطلاعات به اعضای خانواده به افزایش آگاهی آنان از آنچه که بر آنان می‌گذرد کمک نموده و آنها در صورت تمایل می‌توانند بیش از پیش به بیمار کمک نمایند(۱۱). با این حال، شواهد متعددی وجود دارد که این نیاز چندان مورد توجه واقع نمی‌شود و تأکید بیشتر بر این موضوع در آموزش پرستاری ضروری است. علاوه بر بی‌توجهی به نیازهای آموزشی همراهان، نادیده گرفتن و به رسمیت نشناختن توانایی‌های آنان (مهارت‌ها و دانش آنان) در مطالعات دیگر نیز گزارش شده است(۲۳). این در حالی است که اعضای خانواده، سابقه زندگی مشترک و طولانی با بیمار داشته و دانش و مهارت آنها در ارائه مراقبت به بیمار نباید انکار گردد(۲۵). در چندین مطالعه گزارش شده است که معمولاً مددجویان و خانواده‌های آنان در تصمیم‌گیری درباره درمان و ترخیص درگیر نمی‌شوند(۲٦) در حالی که سهیم‌بودن در تصمیم‌گیری، یکی از حقوق مددجویان بوده و باعث رضایت خانواده از مشارکت در مراقبت از بیمار بستری در بیمارستان می‌شود(۲۷).

فراهم شدن فرصت مراقبت داوطلبانه از یک عضو خانواده و دریافت کمک از سوی پرسنل در این امر، یکی دیگر از نیازهای خانواده‌ها می‌باشد. کارکی (Kurki) در یک مطالعه گزارش کرده است که ٤٥ درصد خانواده‌ها درهنگام مراقبت از بیمار بستری در بیمارستان، نیازمند کمک پرستاران و ۱/۳ درصد آنان نیازمند کمک پزشکان می‌باشند(۱٤). یافته‌ها نشان می‌دادند که این نیاز به شکل مناسب بر آورده نشده بلکه بسیاری از مسؤولیت‌های پرسنل به آنان تحمیل شده است.

تحمیل مسؤولیت‌های بیش از توان، با اثرات نامطلوبی از قبیل احساس عدم کفایت و ناتوانی در فرد همراه می‌شود(۲۸). این مسأله باعث می‌شود آنان احساس کنند به تنهایی با مسؤولیت سنگین مراقبت از بیمار رها شده‌اند(۲۵). اگر اعضای خانواده به جای جبران کاستی و نواقص مراقبت ارائه شده توسط مراقبت‌کنندگان حرفه‌ای، خود را قسمتی از تیم مراقبت بدانند و همراه با آنان از بیمار خود مراقبت کنند، احساس تنش در آنان کاهش خواهد یافت(۲۹).

باید توجه داشت که حمایت از مراقبت‌کنندگان خانوادگی و فراهم نمودن آسایش جسمی و توجه به نیازهای اولیه آنان ضروری است، اگر چه معمولاً محیط روانی ـ اجتماعی و محیط فیزیکی جدا تصور می‌شوند ولی اثر متقابلی روی هم

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]

دارند(۳۰). در مطالعه‌ای، محیط مراقبت، فاکتور مهمی در عدم رضایت خانواده‌ها از محیط‌های درمانی بوده است(۲۶). معمولاً ساختمان‌های مؤسسات مراقبتی براساس نیازهای خانواده‌های بیماران طراحی نشده و امکانات رفاهی از قبیل صندلی و تخت‌ها نیز با امکانات منزل قابل مقایسه نیستند(۱۱). این یافته‌ها اهمیت توجه بیشتر به فراهم نمودن امکانات رفاهی برای این افراد را نشان می‌دهد.

همچنان که یافته‌ها نشان داده‌اند، قصور و نقص در پرستاری از همراهان بیماران سالمند و ضرورت توجه به این مسأله در آموزش پرستاری کاملاً مشهود است. در عصر محدودسازی هزینه‌ها و تغییر چشم‌گیر مراقبت از سیستم رسمی به غیر رسمی، تنش ناشی از بی‌توجهی به نیازهای مراقبت‌کنندگان نه تنها موجب عوارض جسمی و روانی می‌شود، بلکه توانایی آنها در حمایت از بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد(۳۱). یافته‌های این مطالعه همه کسانی را که در بیمارستان‌ها در ارتباط با همراهان بیماران سالمند می‌باشند در عرصه‌های مختلف مدیریت، آموزش و بالین مخاطب قرار می‌دهد. اما به هر حال، مخاطب اصلی این یافته‌ها پرستاران می‌باشند زیرا پرستاران در موقعیتی مناسب‌تر و عالی برای حمایت از همراهان هستند.

نیازهای همراهان بیماران سالمند بستری در بیمارستان و نحوه پاسخ‌گویی سیستم مراقبتی، نشان‌دهنده خلأی در آموزش و عملکرد پرستاران می‌باشد که نیازمند برنامه‌ریزی و مداخلات دقیق آموزشی است. اگر مداخلاتی که برای مراقبت‌کنندگان انجام می‌شود مطابق با نیازهای آنان باشد، موفقیت‌آمیزتر خواهد بود. انکار این نیازها، که در حقیقت نشان‌دهنده نیازهای آموزشی پرستاران می‌باشند، مانع مهمی در تغییر و بهبود آموزش و عملکرد پرستاران است. باید به این نیازهای آموزشی بها داد و آموزش بر اساس این نیازها را به عنوان یک اولویت آموزشی محسوب نمود، زیرا هنر پرستاری زمانی مفهوم خلاقیت را در بر می‌گیرد که پرستار بداند چگونه به فرد کمک کند تا نتایج مفید و مطلوبی به بار آید(۱) و به گفته «فلورانس نایتینگل»، مادر پرستاری مدرن، عملکرد خوب محصول آموزش خوب است(۳۲).

نیازهای همراهان بیماران سالمند چارچوب مناسبی را برای تشخیص نیازهای آموزشی پرستاران و تدوین یک برنامه آموزشی مناسب فراهم می‌کند. آموزش پرستاران بر اساس این نیازها و ایجاد توانایی‌ها و مهارت‌هایی همچون توانایی برقراری ارتباط مراقبتی که «قلب کار پرستاران» می‌باشد و با ویژگی‌هایی همچون القای ایمان و امید، ارتقای یاددهی- یادگیری بین فردی، گسترش ارتباط کمکی صادقانه، فراهم نمودن محیط حمایتی و اجازه دادن به ظهور پدیده‌ها و نیروهای معنوی ضروری است(۳۳).

مراکز آموزشی و همچنین مؤسساتی که دانش‌آموختگان در آنجا به فعالیت حرفه‌ای می‌پردازند، به عنوان مراکز تفکر و تولید دانش، وظیفه تربیت نیروی انسانی متخصص و پاسخ‌گویی به نیازهای حال و آینده جامعه را دارند. به منظور توسعه و ارتقای رشته‌های علمی همچون پرستاری، لازم است مسؤولیت‌ها و نقش‌های عاملان آن رشته به خوبی و بطور دقیق توضیح داده شوند. تنها از این طریق است که می‌توان مطمئن بود که در جهت دستیابی به اهداف مورد نظر گام برداشته می‌شود(۲۰).

بنا بر آنچه گفته شد پیشنهاد می‌گردد مسؤولان و برنامه‌ریزان محترم آموزش علوم پزشکی در تدوین برنامه‌های آموزش نظری و عملی بر وظایف و مسؤولیت‌های دانشجویان علوم پزشکی، که مدیران، پزشکان و پرستاران آینده می‌باشند، در مقابل مراقبت‌کنندگان غیر رسمی و از جمله همراهان بیماران سالمند، تاکید نمایند. همچنین لازم به نظر می‌رسد که در این برنامه‌ها پرورش مهارت‌هایی همچون برقراری ارتباط مراقبتی که منجر به رشد شایستگی برای پاسخ‌گویی به نیازهای این گروه از مددجویان و خدمات مددجومحور می‌گردد، مورد توجه قرارگیرند. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود مدیران و مسؤولان مراکز درمانی در برنامه‌ریزی‌های خود (بودجه‌بندی، آموزش ضمن خدمت و...) جایگاه ویژه‌ای را به این مددجویان فراموش شده اختصاص دهند.

به منظور ارائه تصویر کامل‌تر از نیازهای همراهان، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی درباره همراهان گروه‌های سنی مختلف انجام گردد. همچنین مطالعه تجارب پرستاران و سایر اعضای تیم مراقبت در ارتباط با نیازهای همراهان و موانع توجه به این نیازها در بهبود عملکرد سیستم مؤثر خواهد بود.

نتیجه‌گیری

همراهان بیماران توسط پرسنل مراکز نادیده انگاشته می‌شوند و نه تنها در امر مراقبت بیماران مورد مشاوره قرار

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]

نمی‌گیرند، بلکه به علت تضـادی کـه بـین عـدم دانـش کـافی از مراقبت رویه‌های تشخیصی- درمانی و انجام مراقبـت اجبـاری و تحمیلی از بیماران خود به وجود می‌آید، با یـک تـنش مسـتمر در محیط مواجه هستند و این در حالیست که یافته‌ها نشـان مـی‌دهـد پرسنل مراکز، نیازمند آموزش‌هـایی کـافی بـرای درک بهتـر و بیشتر همراهان و سهیم نمودن آنان در امر مراقبت‌ها براساس توانایی‌های علمی هستند.

منابع

۱. صلصالی مهوش، طالقانی فریبا، بریم‌نژاد لیلی. فلسفه، دانش و نظریه‌های پرستاری. تهران: بشری. ۱۳۸۳.

2. Bastable S. Nurses as educator, principles of teaching and learning for nursing practice. 2nd ed. Subuny: Jones and Bartlett. 2003.

۳. شمسایی فرشید. نگرشی بر طرح جدید نظام آموزش بالینی پرستاری .از مجموعه مقالات سمینار سراسری بررسی مسائل آموزش در پرستاری و مامایی ۱۳۷٤. همدان: معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان. صفحه ٤٥.

4. Orem D. Nursing concepts of practice .6th ed. Suddbury: Jones and Bartlett. 2003.

5. Roach SS. Introductory gerontological nursing. Philadelphia: Lippincott. 2001.

6. Stone JT, Wyman JF, Salisbury SA. Clinical gerontological nursing: a guide to advanced practice.2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Co. 1999.

7. Laitinen P. Participation of informal caregivers in the hospital care of elderly patients and their evaluations of the care given: pilot study in three different hospitals. J Adv Nurs 1992; 17(10): 1233-7.

8. Lee A, Craft-Rosenberg M. Ineffective family participation in professional care: a concept analysis of a proposed nursing diagnosis. Nurs Diagn 2002; 13(1): 5-14.

9. Hogstel Mo. Gerontology nursing care of the older adult. Australia: Delmar. 2001.

10. Redfern SG, Ross FM. Nursing older people. 3th ed. Edinburg: Churchill Livingstone. 1999.

11. Astedt-Kurki P, Lehti K, Paunonen M, Paavilainen E. Family member as a hospital patient: sentiments and functioning of the family. Int J Nurs Pract 1999; 5(3): 155-63.

12. Holden J, Harrison L, Johnson M. Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. J Clin Nurs 2002; 11(2): 140-8.

13. Roland P, Russell J, Richards KC, Sullivan SC. Visitation in critical care: processes and outcomes of a performance improvement initiative. J Nurs Care Qual 2001; 15(2): 18-26.

14. Astedt-Kurki P, Paunonen M, Lehti K. Family members' experiences of their role in a hospital: a pilot study. J Adv Nurs 1997; 25(5): 908-14.

15. Attree M. Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. J Adv Nurs 2001; 33(4): 456-66.

16. Appleyard ME, Gavaghan SR, Gonzalez C, Ananian L, Tyrell R, Carroll DL. Nurse-coached intervention for the families of patients in critical care units. Crit Care Nurse 2000; 20(3): 40-8.

17. Li H, Stewart BJ, Imle MA, Archbold PG, Felver L. Families and hospitalized elders: a typology of family care actions. Res Nurs Health 2000; 23(1): 3-16.

18. Honson SMH. Family health care nursing: theory, practice and research. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis. 2000.

19. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research conduct, Critique and utilization. Philadelphia: WB Saunders Co. 2001.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]

۲۰. عابدی حیدرعلی. فلسفه آموزش پرستاری و مامایی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی ۱۳۸۲؛ ویژه نامه ۱۰: صفحه ۱۳.
21. Mendonca D, Warren NA. Perceived and unmet needs of critical care family members. Crit Care Nurs Q 1998; 21(1): 58-67.
22. Clavarino AM, Lowe JB, Carmont SA, Balanda K. The needs of cancer patients and their families from rural and remote areas of Queensland. Aust J Rural Health 2002; 10(4): 188-95.
23. Levine C. The loneliness of the long-term care giver. Caring 1999; 18(10): 54-7.
24. Cheung J, Hocking P. Caring as worrying: the experience of spousal carers. J Adv Nurs 2004; 47(5): 475-82.
25. Laitinen-Junkkari P, Merilainen P, Sinkkonen S. Informal caregivers' participation in elderly-patient care: an interrupted time-series study. Int J Nurs Pract 2001; 7(3): 199-213.
26. Wallace T, Robertson E, Millar C, Frisch SR. Perceptions of care and services by the clients and families: a personal experience. J Adv Nurs 1999; 29(5): 1144-53.
27. Vuori H. Patient satisfaction--an attribute or indicator of the quality of care? QRB Qual Rev Bull 1987; 13(3): 106-8.
28. Sharp T. Relatives' involvement in caring for the elderly mentally ill following long-term hospitalization. J Adv Nurs 1990; 15(1): 67-73.
29. Boise L, White D. The family's role in person-centered care: practice considerations J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2004; 42(5): 12-20.
30. Christensen BL, Kockrow EO. Foundations of nursing. 5th ed. St Louis: Mosby Co. 2006.
31. Mass ML, Buckwlter kc, Hardy MD, Meridean L. Nursing care older adults, diagnoses, outcomes and interventions. St Louis: Mosby Co. 2001.
32. Alligood MR, Tomey AM. Nursing theory, utilization and application. 2nd ed . St Louis: Mosby Co. 2002.
33. Potter PA, Perry AG, Basic nursing: essentials for practice. 5th ed. St Louis: Mosby Co. 2003.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]

Educational Needs of Hospitalized Elderly Patients' Caregivers: a Basic Concept for Nursing Education

Abedi H, Khademi M, Daryabeigi R, Alimohammadi N

Abstract

Introduction: *In order to determine nurses' educational needs in supporting family members of hospitalized elderly patients', the needs of these care givers should be recognized. This study was performed with the goal to obtain and understand the lived experience of patients' family caregivers regarding their needs.*

Methods: *In a qualitative study with phenomenological method, the care givers of elderly patients hospitalized in one of the hospitals affiliated to Isfahan Medical University were selected by purposive sampling in the year 2004. By reaching data saturation the number of participant was 12. Data were gathered through in-depth interviews and analyzed by "Parse" method.*

Results: *The care givers' needs and the responses of environment to these needs showed the educational needs of nurses in five core concepts including empathy and emotional support, information and education, participation in decision making, receiving help in voluntary care, and welfare facilities.*

Conclusion: *Although hospital staffs, especially nurses, are often in the best position to meet families' needs, these needs are not always met. This study confirms the importance of educating health care team, especially nurses based on family caregivers' needs. It also proposes a framework for teaching necessary skills, especially caring communication in response to care givers' needs, to nurses and nursing students.*

Key words: Nursing education, Educational need, Elderly patient, Phenomenology.

Address: Heidarali Abedi, Medical Education Department, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Hezarjarib Ave. Isfahan, Iran. E-mail: abedi@nm.mui.ac.ir

Iranian Journal of Medical Education 2006; 6(1): 65-72.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-20]