

## مواجهه با رنج در بیماران تحت تهویه مکانیکی بستری در بخش مراقبت های ویژه

فاطمه حاجی آبادی

دکترای تخصصی پرستاری، استادیار پرستاری، گروه داخلی- جراحی، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

عباس حیدری

دکترای تخصصی پرستاری، استاد، گروه داخلی- جراحی، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

زهره سادات منظری

دکترای تخصصی پرستاری، دانشیار پرستاری، گروه داخلی- جراحی، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

**مقدمه:** بیماران تحت تهویه مکانیکی بستری در بخش های مراقبتهای ویژه به علت شرایط خاص خود در موقعیت خاصی از رنج به سر می برند. با توجه به اینکه هدف اصلی مراقبت پرستاری، ارتقای سلامت و تسکین رنج بیمار می باشد لذا پرستاران بیش از پیش به توسعه درک خود از رنج روی آورده اند. در این میان بیماران تحت تهویه مکانیکی در اولویت اینگونه تحقیقات قرار دارند. از این رو مطالعه ی حاضر با هدف تبیین چگونگی مواجهه بیماران تحت تهویه مکانیکی با رنج در بخش مراقبت های ویژه انجام شد.

**روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه گراند تئوری است که در طی سالهای ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۶ در مشهد انجام شد. مشارکت کنندگان شامل ۱۵ بیمار هوشیار تحت تهویه مکانیکی بخش مراقبت های ویژه ی بیمارستانهای دولتی شهر مشهد و نیز ۱۱ نفر از پرسنل (شامل ۷ پرستار، ۲ کمک بهیار و ۲ پزشک) شاغل در این بخش ها بوده که در ابتدا به روش نمونه گیری هدفمند و در ادامه به روش نمونه گیری نظری انتخاب شدند. جمع آوری داده ها با استفاده از مصاحبه های عمیق نیمه ساختار با مشارکت کنندگان و نیز مشاهده ی بیماران در زمان بودن تحت تهویه مکانیکی انجام شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش اشتراوس و کوربین ۱۹۹۸ و طی سه مرحله ی کدگذاری باز، محوری و انتخابی صورت گرفت.

**یافته ها:** بر اساس تجزیه و تحلیل داده ها " درک زجر فزاینده و تهدید حیات " به عنوان مهمترین دغدغه ی بیماران تحت تهویه مکانیکی هوشیار بخش مراقبت های ویژه و " حفظ وجدانه ی وجود " به عنوان متغیر مرکزی مطالعه، مهمترین راهبرد بیماران در مواجهه با این دغدغه شناسایی شدند. در این مطالعه مفهوم " محصور حلقه های هم افزای رنج " به عنوان زمینه و بستر این راهبرد، تقابل جو حمایتگر در مقابل غیر حمایتی به عنوان عامل مداخله گر و از توانمندی و التیام تا رنجوری مضاعف به عنوان پیامد راهبرد حفظ وجدانه ی وجود تعیین گردید.

**نتیجه گیری:** بر اساس نتایج این مطالعه، چگونگی مواجهه بیماران تحت تهویه مکانیکی بخش مراقبت های ویژه با رنج به طور چشمگیری تحت تاثیر تعامل آنها با پرسنل علی الخصوص پرستاران و نحوه ی مراقبت ارائه شده توسط آنها، مدیریت بخش و میزان حمایت دریافتی از طرف خانواده شان می باشد.

**واژه های کلیدی:** بیمار تحت تهویه مکانیکی، رنج، گراند تئوری، مدل مراقبتی

**مقدمه:** بیماران تحت تهویه مکانیکی بستری در بخش های مراقبت های ویژه به علت شرایط خاص خود که اغلب دارای شرایط ناپایدار و حاد بوده و به دلایلی نظیر بودن در یک محیط بسته و محدود شده، داشتن لوله تراشه، وابستگی به تجهیزات پزشکی، انجام روشهای اکثرا دردناک و نظایر آن در موقعیت خاصی از رنج به سر می برند (۱) به علاوه اینکه این بیماران به خاطر داشتن لوله تراشه قادر به بیان و ابراز کلامی رنج خود نمی باشند. نتایج مطالعات انجام شده بر روی این بیماران در رابطه با تجربیات آنها از بخش مراقبت های ویژه، حاکی از بالا بودن شیوع علائم و تجربیات زجرآور و ناراحت کننده ای نظیر خستگی، احساس سرما، بی قراری، اضطراب، غم و اندوه، گرسنگی، تشنگی، ترس، سردرگمی، دیدن کابوس، آشفته بودن<sup>۱</sup>، احساس بودن در زندان<sup>۲</sup> و غیر افتادن در دام<sup>۳</sup>، در بیماران تحت تهویه مکانیکی است (۲-۱۰). به عنوان مثال نتایج مطالعات هلم و دریر<sup>۴</sup> (۲۰۱۷) در دانمارک، ساموئلسون (۲۰۱۰) در سوئد و آروئو نووا<sup>۵</sup> (۲۰۰۷) در آمریکا بیانگر این است که داشتن لوله در گلو و متعاقب آن درد، ناتوانی در برقراری ارتباط و احساساتی نظیر تشنگی و حسرت غذا خوردن از جمله تجربیات ناخوشایند بیماران هوشیار تحت تهویه مکانیکی از داشتن لوله تراشه می باشد (۱۱-۱۳). از نتایج این مطالعات اینگونه استنباط می شود که بیماران تحت تهویه مکانیکی در موقعیت و شرایطی به سر می برند که احتمال بروز رنج در آنها بسیار بالاست به طوریکه اکثر این بیماران دارای وضعیت ناپایدار و پیش آگهی نامشخص بوده و این خود باعث ترس از آینده و مبهم بودن آن می شود و اغلب آنها به علت بیماری یا انجام پروسیجرهای درمانی، دردهایی را متحمل می شوند که خارج از کنترل بوده و علائم و نشانه هایی دارند که منشأ اغلب آنها نامشخص است.

در مجموع مطالعات زیادی در بیماران تحت تهویه مکانیکی در جهت شناسایی استرسورها و عوامل ایجاد ناراحتی در آنها انجام شده است ولیکن در جستجوی انجام شده توسط پژوهشگر، مطالعه ای که به تبیین رنج این بیماران و چگونگی مواجهه بیماران بخش مراقبت های ویژه علی الخصوص بیماران تحت تهویه مکانیکی با رنج پرداخته باشد، پیدا نشد. تنها مطالعه ای که در این زمینه در دسترس پژوهشگر قرار گرفت مطالعه کیفی فنومنولوژیک زیلانی<sup>۶</sup> (۲۰۱۰) در اردن بود که به بررسی تاثیر جنس و مذهب بر تجربه رنج بیماران مونث بستری در بخش مراقبت های ویژه پرداخته بود. به عقیده زیلانی عقاید مذهبی و هنجارهای فرهنگی، عامل مثبت در تجربه رنج این بیماران بوده است و نیز نتایج این مطالعه بر این مطلب تاکید داشت که باید بیماری که در وضعیت بحرانی و ویژه قرار دارد را به صورت کل و در زمینه فرهنگی، روحی وی نگریست (۱۶). در این مطالعه نیز فقط تجربه رنج در بیماران زن مسلمان مورد بررسی قرار گرفته است و عوامل مرتبط با رنج و اینکه بیماران چگونه با رنج مواجهه پیدا می کردند بررسی نشده است (۱۶). با توجه به اینکه تحقیقات انجام شده تایید کننده ی وجود موقعیت های بسیار ایجاد کننده ی رنج در بیماران تحت تهویه مکانیکی است و اینکه این بیماران به دنبال بستری در بخش مراقبت های ویژه؛ رنج و ناراحتی شدیدی را به دلایل مختلف متحمل می شوند (۱۱-۱۴) لذا نیاز به انجام تحقیقاتی است که ساختار و نحوه ی مواجهه این بیماران با موقعیت های ایجاد رنج، واکنش ها و راهبرد های اتخاذ شده توسط این بیماران و عوامل موثر بر این مواجهه را تبیین کند.

با توجه به ماهیت رنج به عنوان واقعیتی که در ذهن بیمار وجود دارد و اینکه اتفاقاتی که باعث رنج در یک بیمار می شود با بیمار دیگر متفاوت است، لذا فقط با گوش دادن به بیمار و روایات و داستان های وی می توان رنج آنها را دریافت. بر این اساس و با توجه به ماهیت تحقیقات کمی و نحوه گردآوری داده ها در آن که بیشتر مبتنی بر پرسشنامه و ابزارهای عینی و کمی

<sup>۱</sup> - Being disrupted  
<sup>۲</sup> - Being imprisoned  
<sup>۳</sup> - Being trapped  
<sup>۴</sup> - Holm Dreyer  
<sup>۵</sup> - Arroyo-Novoa  
<sup>۶</sup> - Zeilani

است، این نوع تحقیقات نیز در بررسی رنج بیماران به عنوان یک واقعیت ذهنی، کارایی لازم را ندارند لذا، تحقیقات کیفی به عنوان رویکردی مفید، مورد توجه پرستاران قرار گرفت و محققان زیادی با استفاده از روش های مختلف این رویکرد، به مطالعه رنج در بیماران با بیماری های مختلف با هدف درک تجربیات زنده آنها و کسب بینش نسبت به ماهیت و ساختار رنج در آنها پرداخته اند و به قولی با انجام این مطالعات به رنج بیماران صدا داده شد و صدای رنج آنها به گوش پرستاران و دیگر اعضاء تیم درمان رسانیده شد<sup>(۱۸)</sup>. از میان این پژوهش ها می توان به مطالعات کوپلوماکی<sup>۷</sup> و همکاران<sup>(۱۹۹۸)</sup>(۱۹)، چیو<sup>۸</sup> و همکاران<sup>(۲۰۰۸)</sup>(۲۰)، کاهن و همکاران<sup>(۱۹۹۵)</sup>(۲۱) که تجربه رنج را در بیماران مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار داده اند، اشاره کرد. انجام گسترده اینگونه مطالعات، درک عمیقی نسبت به ماهیت رنج بیماران مختلف در پرستاران ایجاد نمود و بدنه دانش پرستاری را نسبت به این مفهوم توسعه داد، ولی با این حال، موریس معتقد است که گر چه انجام این نوع تحقیقات، ضروری و مفید می باشد، ولی قدم بعد، ارائه ی توصیف رفتاری صحیح در مورد رنج است<sup>(۱۸)</sup>. تحقیقات می بایست در زمینه بررسی رنج در زمینه بالینی، ارزیابی تعاملات پرستار- بیمار با بیمار در حال رنج و نحوه ی مواجهه بیماران با رنج صورت گیرد. در این گونه تحقیقات باید مشخص شود که بیماران در رویارویی با موقعیت های ایجاد رنج چه واکنشی نشان می دهند و از چه راهبرد هایی برای مقابله با آن استفاده می کنند و ساختار این مواجهه چگونه است و چه عواملی بر آن تاثیر گذار است.

با توجه به اینکه بررسی مطالعات انجام شده در کشور ما نشان می دهد که هیچ گونه مطالعه ی زمینه ای که به بررسی تجارب بیماران تحت تهویه مکانیکی از رنج و تبیین چگونگی مواجهه آنها با رنج پرداخته باشد انجام نشده است؛ علی الخصوص که موضوع چگونگی مواجهه بیماران تحت تهویه مکانیکی با رنج در هیچ مطالعه ی خارج از کشور نیز مورد بررسی قرار نگرفته است و تنها مطالعه ی انجام شده در زمینه مواجهه با رنج، مطالعه ی گراند تئوری ساکس و همکاران<sup>(۲۰۰۷)</sup> است که به تبیین تجارب بیماران هاسپیک از رنج غیر فیزیکی پرداخته است<sup>(۲۲)</sup>؛ بدین ترتیب با توجه به خلاء موجود در این زمینه و با در نظر گرفتن این مطلب که هر زمان که هدف کشف فرایندهای اجتماعی و شناخت شرایط ایجاد کننده فرایندهای اجتماعی و درک شرایط مسبب رفتار است، گراند تئوری روش مناسبی محسوب می شود<sup>(۲۳)</sup>، لذا محقق بر آن شد تا مطالعه کیفی با هدف "تبیین چگونگی مواجهه با رنج در بیماران تحت تهویه مکانیکی بستری در بخش مراقبت های ویژه" انجام دهد.

روش تحقیق:

پژوهش حاضر یک مطالعه گراند تئوری است که در طی سالهای ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۶ در مشهد انجام شد. جهت انتخاب مشارکت کنندگان، ابتدا از نمونه گیری هدفمند استفاده شد و با نمونه گیری نظری ادامه یافت و تا اشباع داده ها پیش رفت. در این مطالعه سعی شد بیمارانی انتخاب شوند که دارای قدرت تکلم و تعامل خوب بوده و توانایی انجام مصاحبه را داشته باشند. بدین ترتیب در مطالعه حاضر با ۱۵ مشارکت کننده بیمار در طی ۱۹ مصاحبه که ۴ مورد از مصاحبه ها تکمیلی بودند، مصاحبه انجام شد. زمینه بیماری افراد ۴ مورد بیماری داخلی، ۴ مورد تروما، ۴ مورد اعصاب و ۳ مورد جراحی بوده است. در این مطالعه علاوه بر مصاحبه با ۱۵ مشارکت کننده اصلی با ۷ پرستار و ۲ کمک بهیار شاغل در بخش های ای سی یو و نیز ۲ پزشک مصاحبه شد.

بستر پژوهش مطالعه در ابتدا بخش های مراقبت های ویژه بیمارستانهای دولتی شهر مشهد و کلیه بخشهای پست ای سی یویی که بیماران بعد از ترخیص از بخش مراقبت های ویژه به آنجا منتقل می شوند در نظر گرفته شد. ۴ مورد از مصاحبه ها در بخش های پست ای سی یو شامل یک مورد بخش جراحی زنان بیمارستان امام رضا(ع)، یک مورد در بخش عفونی بیمارستان امام رضا(ع)، یک مورد بخش جراحی عمومی بیمارستان شهید هاشمی نژاد و یک مورد در بخش جراحی ۲ بیمارستان قائم (عج)

<sup>۷</sup> - kuuppelomaki

<sup>۸</sup> - Chio

<sup>۹</sup> Khan C.I

مشهد انجام شد. ۴ مورد از مصاحبه ها شامل یک مصاحبه اولیه و ۳ مورد مصاحبه مجدد در محل دانشکده پرستاری و مامایی مشهد انجام شد. بقیه مصاحبه ها به درخواست بیماران و جهت جلوگیری از به زحمت انداختن آنها در منزل بیماران و در شهرستان محل اقامت آنها که شامل ۵ مورد در شهر مشهد و ۵ مورد در شهر ستانهای تربت جام، فیروزه، کاشمر، شهرک فردوسی و بیرجند انجام شد. مصاحبه با ۷ پرستار و ۲ کمک بهیار و ۲ پزشک نیز، ۴ مورد در بخش مراقبت های ویژه، یک مورد در منزل مشارکت کننده و مابقی به درخواست خود مشارکت کنندگان در محل دانشکده پرستاری و مامایی مشهد انجام شد. علاوه بر مصاحبه ها، محقق مشاهداتی را از بیماران در هنگام بستری در بخش ای سی یو و بودن تحت تهویه مکانیکی و تعاملات آنها با پرسنل در بخش های ای سی یوی داخلی، اعصاب و جراحی بیمارستانهای امام رضا (ع) و قائم (عج) و هاشمی نژاد انجام داد.

در پژوهش حاضر روش اصلی جمع آوری داده ها مصاحبه های عمیق نیمه ساختار با سؤالات باز چهره به چهره بود. به این منظور در ابتدای هر مصاحبه، محقق پس از معرفی خود و توضیح در مورد هدف تحقیق و درخواست از مشارکت کننده برای توضیح در مورد وضعیت فعلی سلامتی خود و جویا شدن علت بستری شدن وی در آی سی یو سعی می نمود تا ارتباط دوستانه ای با ایشان برقرار نموده و مرحله گرم کردن قبل از مصاحبه را انجام دهد که البته پرسیدن سوال "چطور شد که در آی سی یو بستری شدید؟"، سوال بسیار مفیدی بود و برای عمیق شدن بیمار در موضوع بسیار کمک کننده بود. در ضمن توضیحات لازم در خصوص روش مصاحبه و حق افراد نسبت به شرکت در مطالعه و یا امتناع از آن به افراد داده می شد و رضایت آگاهانه از آنها اتخاذ می گردید. در ادامه، مصاحبه رسمی با یک سوال اصلی شروع می شد. در مصاحبه با مشارکت کنندگان بیمار این سوال مطرح می شد که "آیا می توانید تجربه خود را از وقایع ایجاد کننده ناراحتی و رنج در مدت بستری در آی سی یو توضیح دهید؟" و در ادامه جهت هدایت مصاحبه و متناسب با صحبت های مشارکت کنندگان سؤالات کنکاشی دیگری از قبیل "خوب شما اون موقع چه واکنشی نشان می دادید؟ پرسیده می شد. همچنین در کنکاش صحنه های مشارکت کنندگان سؤالات چه کسی؟ چه زمانی؟ چطور؟ چرا؟ جهت عمق بخشیدن به مصاحبه ها مطرح می گردید و هر جا نیاز بود که بیمار توضیح بیشتری بدهد از وی درباره این مورد درخواست می گردید. مدت زمان مصاحبه ها از ۲۵ دقیقه تا دو ساعت و ۳۶ دقیقه (۳۳/۳۹±۳/۶۸) در مصاحبه های اولیه و تکمیلی متغیر بود.

شایان ذکر است محقق با هماهنگی و اجازه مشارکت کنندگان، اقدام به ضبط مصاحبه ها می نمود. مصاحبه ها به صورت انفرادی در محیطی آرام صورت گرفت. یک اقدام مناسب جهت تسهیل مشارکت مطلعین در مطالعه کیفی انجام مصاحبه در مکان و زمان موردنظر مشارکت کننده می باشد در همین راستا زمان و مکان مصاحبه بر اساس راحتی و توافق مشارکت کنندگان انتخاب می گردید. تمامی مصاحبه ها به وسیله محقق هدایت گردید پس از هر مصاحبه، بلافاصله و در کمترین زمان ممکن متن مصاحبه پس از چند بار گوش دادن، به صورت کلمه به کلمه روی کاغذ پیاده می گردید تجزیه و تحلیل همزمان با جمع آوری داده ها صورت می گرفت.

محقق جهت اعتبار بخشیدن بیشتر به داده های حاصل از مصاحبه ها از تکنیک مشاهده برای مشاهده بیماران هوشیار تحت تهویه مکانیکی در زمان بستری در بخش آی سی یو نیز کمک گرفت. بدین ترتیب قریب به ۴۰ ساعت مشاهده از ۱۱ بیمار واجد شرایط انجام شد و این زمانی بود که در طی سه مشاهده ی آخر مورد جدیدی ثبت نگردید و لذا جمع آوری داده ها از طریق مشاهده پایان یافت. مدت زمان این مشاهدات حداقل ۲ ساعت و حداکثر ۵ ساعت (با میانگین ۳/۶ ساعت) بود. به دنبال انجام هر مشاهده، دست نوشته های حاصل از مشاهدات تایپ شده و سپس پژوهشگر اقدام به کدگذاری و طبقه بندی کدها و تلفیق آنها با داده های حاصل از مصاحبه نمود. در ذیل نمونه های از این مشاهدات ثبت شده آورده شده است.

پژوهشگر علاوه بر این در جمع آوری داده ها با استفاده از یادداشت های عرصه هر آنچه را که شنیده یا دیده و تجربه نموده را ثبت می نمود (۲۴). یادداشت های عرصه به پر مایه نمودن و ساخت مجموعه داده های غنی کمک می کند (۲۴). در پژوهش حاضر نیز پژوهشگر اقدام به یادداشت برداری از دیده ها و شنیده های خود در غالب یادداشت عرصه در حین تحقیق نمود. تحلیل داده ها بر اساس روش اشتراوس و کوربین ۱۹۹۸ انجام شد (۲۳) بر اساس این روش، تجزیه و تحلیل داده ها در تئوری پایه شامل سه مرحله کدگذاری باز<sup>۱۰</sup>، کدگذاری محوری<sup>۱۱</sup> و کدگذاری انتخابی<sup>۱۲</sup> می باشد (۲۳).

در تحقیق حاضر جهت اطمینان از تایید پذیری، متن تعدادی از مصاحبه ها، کدها و طبقات استخراج شده در اختیار همکاران و تعدادی از اعضای هیئت عملی آشنا با نحوه آنالیز تحقیقات کیفی که در تحقیق شرکت نداشتند گذاشته شد و از آنان خواسته شد تا صحت فرآیند کدگذاری داده ها را مورد بررسی قرار دهند.

در مطالعه حاضر در راستای حفظ و رعایت اصول اخلاقی پژوهش، نمونه گیری و شروع طرح تحقیقاتی بعد از اخذ تاییدیه طرح تحقیقاتی و تاییدیه کمیته اخلاق از مسئولین ذی ربط دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد و کلیه ملاحظات اخلاقی لحاظ گردید.

#### یافته ها:

در این مطالعه در پایان کدگذاری باز و از تحلیل نسخه های پیاده شده ی ۳۰ مصاحبه ۵۴۹۰ کد اولیه استخراج گردید که بعد از حذف کدهای تکراری و همپوشان، ۲۱۰۰ کد اولیه حاصل شد. در مرحله بعد کدهای حاصله بر اساس تشابه در ذیل ۲۲۲ طبقه ی ادغام یافته قرار گرفتند. در ادامه مقایسه و ادغام، طبقات حاصله ابتدا به ۹۷ زیر طبقه و در نهایت به ۲۰ طبقه تقلیل یافتند. تا انتهای کد گذاری محوری، یک سری طبقات به صورت منظم پرورده شد و به زیر طبقات متصل شدند اما تا زمانیکه این طبقات اصلی با یکدیگر ارتباط پیدا نمی کردند نظریه شکل گرفته نمی شد. در پایان کد گذاری انتخابی که فعالیتی در جهت یکپارچه سازی و پالایش نظریه است انجام گردید.

جهت تعیین دغدغه اصلی مشارکت کنندگان و مهمترین راهبرد آنها در مواجهه با این دغدغه، سؤالات مذکور در دو مرحله کدگذاری باز و محوری در اینجا نیز دائماً مطرح گردید و در برخورد با هر طبقه مشخص می شد که آیا این طبقه در فرایند "مواجهه با رنج"، نشان دهنده پیش آیند فرایند رنج است؟ آیا طبقه نشان دهنده زمینه، کنش و واکنش مواجهه با رنج است؟ و اینکه کدام طبقات بیانگر پیامد های مواجهه با رنج در بیماران تحت تهویه مکانیکی است؟ علاوه بر این کلیه طبقات و زیر طبقات به همراه دست نوشته های حاصل از مصاحبه ها، مشاهدات، یادداشت های عرصه و یادآورهای مورد بررسی مجدد قرار گرفتند.

**خط سیر داستان:** بر اساس تحلیل و مقایسه ی مداوم داده ها بستری شدن در بخش مراقبت های ویژه محصور شدن در حلقه های هم افزای رنج است به طوریکه عوامل اجتناب ناپذیر رنج شامل تبعات محنت بار بیماری، اکسیر تلخ درمان، محیط ناآسوده و درک تهدید امنیت و آسایش خانواده بیمار را در بر گرفته و وجود توأم آنها با یکدیگر، شدت رنج وارده بر بیمار را تشدید می کند. قرار گرفتن در چنین موقعیتی است که موجب شکل گیری دغدغه اصلی بیماران با عنوان «درک زجر فزاینده و تهدید حیات» می گردد که ویژگی های اصلی آن عبارتند از استیلای درماندگی و یاس، ناامیدی از زنده ماندن، تردید در بهبود و در حسرت سلامتی. به این صورت که عواملی نظیر بیماری زمینه ای فرد، اتصال به تهویه مکانیکی و عوارض آن و تجویز مکرر

<sup>۱۰</sup> Open coding  
<sup>۱۱</sup> Axial coding  
<sup>۱۲</sup> Selective coding

آرامبخش موجب بروز ضعف و ناتوانی شدید در بیماران شده تا حدی که از انجام کوچکترین کارها عاجز بوده و توانایی حداقل جابجایی و تحرک را ندارند. حس فروماندگی از ناتوانی در جابه جا شدن، احساس ناخوشایند وابسته بودن به دیگران، درد بدنی شدید ناشی از عدم تحرک، احساس بودن شبیه تکه گوشت بدون تحرک، خستگی و آزار روحی و حس دردناک بودن شبیه جنازه از جمله احساسات ایجاد شده در بیماران به دنبال داشتن اینچنین وضعیتی بوده است. شرایط درد و رنج فزاینده و مداوم در کنار جو فیزیکی و روحی آزارنده حاکم بر ای سی یو موجب القاء حس بودن در قفس، بی ثمر بودن ماندن در ای سی یو، حس بلا تکلیفی، احساس بی پایان بودن موقعیت دشوار و خستگی و درماندگی از ای سی یو می شود. وارد شدن استرس های روحی و جسمی به طور مداوم و بیوقفه، تکرار بی وقفه وقایع دردناک و سخت در طی بستری در بخش ویژه از جمله انجام مکرر روند های درمانی و تشخیصی دردناک و زجر آور و حال بد و وخیم بیمار باعث رجحان مرگ در عین تمایل به زندگی در بیمار می شود. در این میان یاد آوری مشکلات مالی و خانوادگی بر احساس درماندگی بیماران می افزاید.

از طرفی بد حالی شدید و همچنین برداشت ها و تصوراتی که از محیط اطراف در بیماران القا می گردد- از جمله تصور مبنی بر اینکه اتصال به دستگاه تهویه مکانیکی و بستری در آی سی یو مخصوص بیماران در شرف مرگ می باشد - باعث ایجاد احساس مرگ قریب الوقوع در بیمار می گردد. علاوه بر این، ترس از ناامید شدن پزشک و تیم درمان از معالجه و بهبود بیمار و به تبع آن خاتمه دادن به درمان و قطع داروها و دستگاهها از جمله تصورات وحشت انگیزی می باشد که بیماران با آن دست و پنجه نرم کرده و مرگ خود را نزدیک می پندارند. به دنبال این تصور، ترس و وحشت و ناامیدی و یاس به سراغ بیمار آمده و بیمار از زنده ماندن خود ناامید می گردد. تحلیل قوای جسمانی و ضعف شدید اندام ها، روند پیشرونده ناتوانی و بدحالی در بعضی از دوره های بیماری، بدحال شدن به دنبال جداسازی لحظه ای از دستگاهها و تجهیزات موجب اندوه و نگرانی در بیمار، ناامیدی نسبت به برگشت سلامتی و ایجاد حس وابستگی دائم به دستگاههای آی سی یو گردیده و بیماران در برگشت به بهبودی دچار تردید می گردند.

به دنبال درک زجر فزاینده و تهدید حیات، علی رغم اینکه گاهی شدت زجر و عذاب آنقدر زیاد است که مرگ را بر زندگی پر از رنج ترجیح می دهد ولیکن از آنجا که بیمار فطرتا زندگی را دوست دارد و با وجود همه سختی ها و مشکلات آرزوی زنده ماندن داشته و خود را مستحق مرگ نمی داند از این رو فعالانه و مجدانه و از هر طریق ممکن سعی در رها کردن خود از موقعیت زجر و تهدید حیات را دارد. نوع راهکار اتخاذ شده توسط بیماران در جهت «حفظ مجدانه ی وجود» بسته به شرایط و موقعیت و توانایی های بیمار متفاوت بوده و شامل تاب آوری، تاسی به معنویت و مذهب، استعانت از خود و یاری طلبی از دیگران شامل پرستار، همراهیان و سایر پرسنل می باشد. به این ترتیب که بیماران در موقعیت هایی که چاره ای جز صبر و تحمل نداشته اند به شکیبایی توسل جسته و با اتخاذ راهکارهایی نظیر مثبت نگری، ایجاد حواس پرتی و کشف معنا برای موقعیت رنج، سعی در تحمل بهتر موقعیت داشته اند. و در این میان بعضی عوامل از جمله نوع عادات و شخصیت بیمار و اعتقادات وی بر توان تاب آوری بیماران موثر بوده و بعضی عوامل نظیر میزان آگاهی از علوم پزشکی دارای تاثیری متناقض می باشند. در راستای حفظ وجود، علاوه بر صبر و شکیبایی، بیماران سعی می کرده اند تا تمام توان و تلاش ذهنی و جسمی خود را به کار گرفته و با تکیه بر تواناییهای خویش، خود را از موقعیت زجر و درد برهانند. برنامه ریزی ذهنی و زمانبندی برای کسب بهبودی، تلاش برای دخالت در امر مراقبت و درمان خود و تمرکز و دقت بیشتر بر اعمال و رفتار اطرافیان از جمله راهکارهای مورد استفاده بیماران در این زمینه بوده است. در این میان بعضی راهکارهای غیر موثر نیز توسط بیماران مورد استفاده قرار می گرفته است که از جمله میتوان به بی اعتنائی و اعراض در مقابل درک بی توجهی پرسنل، مقاومت، مخالفت و عدم همکاری اشاره کرد.

از آنجا که بیماران تحت تهویه مکانیکی در شرایط کاملا وابسته قرار داشته و حتی جهت انجام جزئی ترین کار های خود به دیگران متکی می باشند لذا یکی از مهمترین استراتژی های به کار گرفته توسط بیماران برای حفظ وجود خود، استعانت و



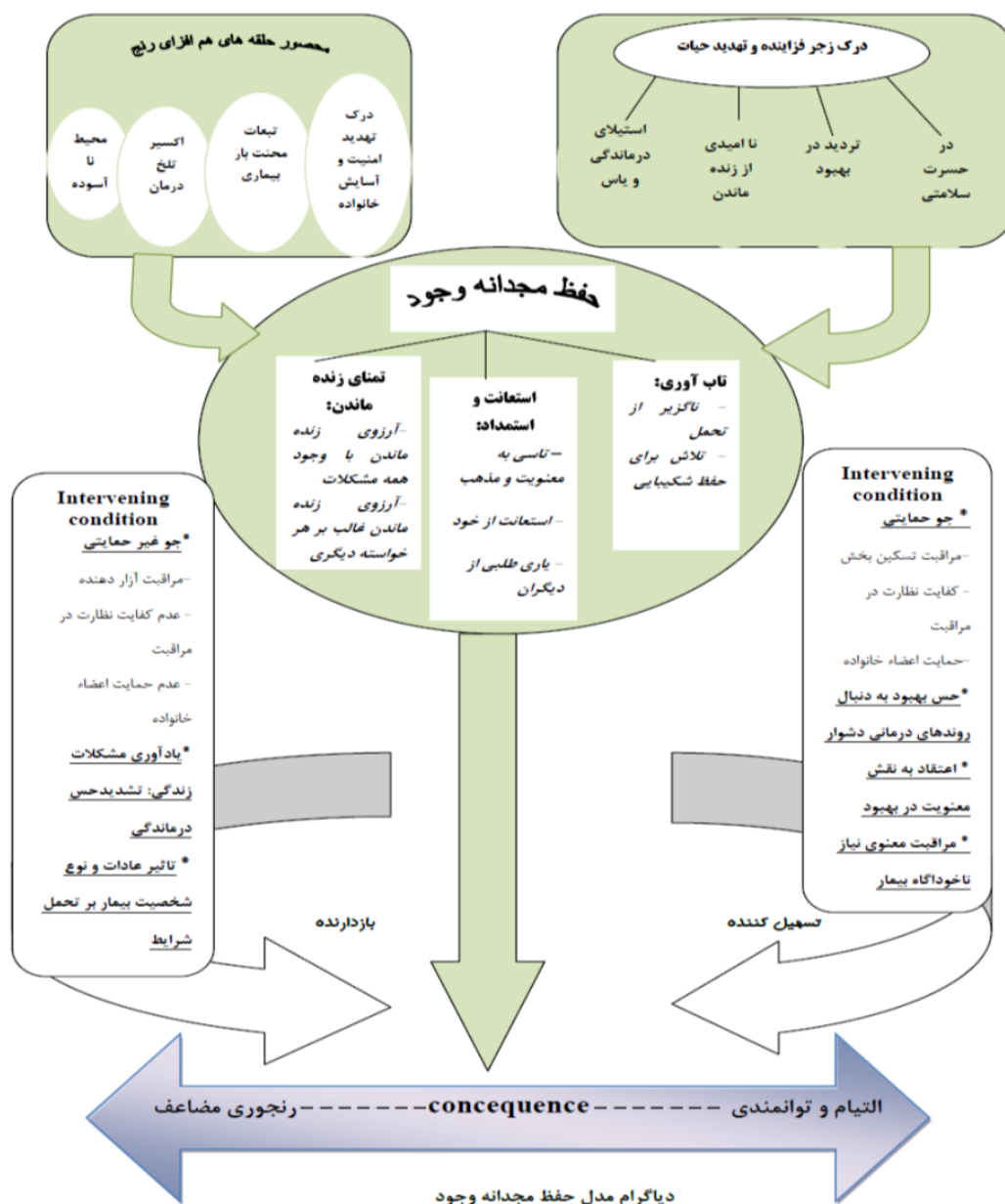
استمداد است. اتکال به خداوند، گردن نهادن به حکمت الهی و توسل به ائمه از جمله راهکارهایی هستند که بیماران تحت تهویه مکانیکی در رویارویی با موقعیت های سخت و دشوار و زجر آور بخش مراقبت های ویژه به آنها پناه می برند و با تاسی به معنویت و مذهب نظیر خواندن دعا و قرآن، ذکر گفتن، برقراری ارتباط قلبی با ائمه، نسبت دادن علت قرار گیری در وضعیت ویژه ی بیماری و درد به نوعی حکمت الهی و راضی شدن به رضای خداوند در مورد بهبودی یا مرگ سعی در کسب آرامش داشته اند. همچنین در کنار طلب یاری از خداوند، از هر فرد در دسترس خود اعم از پرستار به عنوان در دسترس ترین فرد، پزشک و سایر افراد تیم درمان و نیز همراهیان و اعضای خانواده برای رفع نیاز های خود و رهایی از موقعیت زجر یاری می طلبند.

بدین ترتیب بیمار تحت تهویه مکانیکی به دنبال درک موقعیت زجر فزاینده و تهدید حیات به عنوان اصلی ترین دغدغه ی خود در بخش مراقبت های ویژه؛ استراتژی حفظ مجدانه ی وجود را در پیش می گیرند تا با هر روش ممکن خویش را از حصار رنج و تهدید مرگ رها کند و به التیام و توانمندی دست یابد. اما در واقع آنچه رخ می دهد این است که نتیجه اتخاذ این استراتژی به طور حتم رسیدن به التیام و توانمندی نبوده و در موارد بسیاری نتیجه عکس و پیامد رنجوری مضاعف را در بر داشته است و درحالیکه رسیدن به التیام و توانمندی خواسته ی اصلی بیماران می باشد و همه ی هم و غم آنها در جهت رسیدن به این نتیجه است ولیکن رنجوری مضاعف نقطه مقابلی است که بسیاری از بیماران در آن گرفتار می شوند به طوریکه نه تنها از درد و رنج آنها کاسته نشده بلکه زجر و رنج دیگری بر آنها اضافه می شود. همانطور که ذکر شد شدت بدحالی بیمار موجب شده است که بیمار تحت تهویه مکانیکی به شدت وابسته به دیگران بوده و استراتژی یاری طلبی از دیگران بیشترین کاربرد را برای بیمار داشته باشد. ولیکن آنچه مسلم است این است که نتیجه اتخاذ این استراتژی بسته به میزان دریافت کمکی دارد که از طرف مقابل دریافت می دارد و اینکه بیمار در محیطی حمایتگر و یا غیر حمایتی قرار بگیرد تعیین کننده پیامد این استراتژی می باشد. مادامیکه بیمار تحت مراقبتی تسکین بخش قرار بگیرد به طوریکه از مهربانی و توجه و حضور گرم پرستار برخوردار گردد، تلاش بی وقفه پرستار را به عنوان مرهمی بر زخم های خود دریافت دارد و نیز در محیطی قرار بگیرد که نظارت کافی، امر مراقبت و درمان بیمار را سامان بخشیده است و همچنین تحت حمایت اعضای خانواده ای باشد که پشتیبان وی بوده و از او حمایت می کنند، تلاشهای مجدانه ی وی در جهت حفظ وجود، او را از موقعیت زجر و تهدید حیات رها کند و به سمت تسکین و آرامش، اطمینان و امنیت، امیدواری و رشد و بالندگی سوق می دهد و بالعکس در حضور مراقبتی آزار دهنده که با بیتوجهی و اهمال پرستار و تیم درمان همراه است و نیز ناکفایتی در امر نظارت در مراقبت و عدم برخورداری از حمایت خانواده، بیمار نه تنها از رنج رهایی نمی یابد بلکه به سمت رنج و زجر مضاعف که شامل زجر و اندوه، نامنی و تشویش، ناامیدی و یاس و از هم گسیختگی است پیش می رود.

در مجموع فرایند مواجهه با رنج فرایندی پیچیده است که با آگاهی بیمار از بستری در بخش مراقبت های ویژه شروع شده و در مسیری پر از فراز و نشیب ادامه می یابد. بدین ترتیب که بیمار تحت تهویه مکانیکی به محض بستری در بخش مراقبت های ویژه خود را در بستری از حلقه های هم افزای رنج می بیند به طوریکه عوامل ایجاد کننده ی رنج شامل تبعات محنت بار بیماری، اکسیر تلخ درمان، محیط نا آسوده و درک تهدید امنیت و آسایش خانواده از هر طرف وی را احاطه می کند. قرار گیری در چنین موقعیتی پر از رنج، موجب ایجاد احساساتی نظیر ناامیدی از زنده ماندن، تردید در بهبود، استیلا درماندگی و یاس و حسرت سلامتی در بیمار شده که شکل دهنده ی دغدغه اصلی بیمار با عنوان درک زجر فزاینده و تهدید حیات می باشند. به دنبال درک این دغدغه بیمار مجدانه و فعالانه در تلاش جهت رهایی خود از موقعیت زجر و تهدید حیات است و در این راستا، راهبرد حفظ مجدانه ی وجود را که مشتمل بر تاب آوری، استعانت از خود، تاسی به معنویت و مذهب و یاری طلبی از دیگران است را در پیش می گیرد تا خود را از زجر رها کند و به التیام و توانمندی دست یابد. گر چه رسیدن به توانمندی و التیام مقصد غایی بیمار می باشد اما در این میان قرار گیری بیمار در جوی حمایتگر و یا غیر حمایتی متشکل از تقابل پرستاری تسکین بخش و آزار دهنده، کفایت و یا عدم کفایت نظارت در مراقبت و حضور و یا عدم حضور اعضای خانواده نقش برجسته و تاثیر

گذاری در تعیین پیامد نهایی دارند به طوریکه طیفی از التیام و توانمندی تا رنجوری مضاعف را به عنوان پیامد راهبرد حفظ مجدانه ی وجود، برای بیمار رقم می زنند.

بدین ترتیب مدل حفظ مجدانه ی وجود که دیاگرام آن درذیل نشان داده شده است از داده های خاص از تجزیه و تحلیل داده های حاصل گردید.



بحث: بر اساس نتایج مطالعه ی حاضر طبقه "محصول حلقه های هم افزای رنج" بیانگر زمینه ای است که مواجهه با رنج در بیمار تحت تهویه مکانیکی در این بستر صورت می گیرد. اکسیر تلخ درمان، تبعات محنت بار بیماری، محیط نا آسوده و درک تهدید امنیت و آسایش خانواده ۴ حلقه ی اصلی این حصار رنج را تشکیل می دهند که بیمار را احاطه کرده اند. در مطالعه



ساموئلسون<sup>۱۳</sup> (۲۰۱۱) دیسترس جسمی، دیسترس عاطفی، دیسترس درکی، دیسترس محیطی و دیسترس ناشی از مراقبت به عنوان خاطرات ناخوشایند بخش مراقبت های ویژه مطرح شده اند. در این مطالعه دیسترس جسمی شامل تجربیات تهدید کننده ی حیات نظیر ناتوانی در نفس کشیدن، عدم دریافت هوای کافی، احساس خفگی بدلیل وجود ترشحات، ناتوانی در صحبت کردن به دلیل داشتن لوله تنفسی، ناتوانی در ابراز نیاز، تلاش ناموفق برای برقراری ارتباط، عدم توانایی خوابیدن و حرکت کردن، متحمل شدن درد شدید و تشنگی می باشد (۹) لذا نتایج این مطالعه قابل مقایسه با نتایج مطالعه ی حاضر است که در آن زیر طبقه ی تبعات محنت بار بیماری و اکسیر تلخ درمان در بر دارنده ی کلیه عوامل ذکر شده توسط مطالعه ی ساموئلسون به عنوان عوامل دیسترس جسمی مطرح شده اند. در مطالعه کالفون و همکاران نیز عواملی نظیر تشنگی به اندازه درد در ایجاد ناراحتی دارای اهمیت گزارش شده اند به طوریکه بیشتر از ۱۵ درصد بیماران شدت آن را بسیار بالا گزارش کرده بودند. 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 (۱۷).

" درک موقعیت زجر فزاینده و تهدید حیات" به عنوان دغدغه ی اصلی مشارکت کنندگان در مواجهه با رنج در بخش مراقبت های ویژه می باشد و شامل زیر طبقات " استیلای درماندگی و یاس"، "ناامیدی از زنده ماندن"، "تردید در بهبود" و "در حسرت سلامتی" می باشد. این تجربیات مشارکت کنندگان مطالعه ی حاضر مشابه یافته های بسیاری از مطالعاتی است که به بررسی تجربیات بیماران تحت تهویه مکانیکی از بستری در بخش مراقبت های ویژه پرداخته اند. به عنوان مثال در مطالعه ی هربست و درنث<sup>۱۴</sup> (۲۰۱۲) در آفریقای جنوبی دلیریوم، اضطراب، احساس بی کمکی، ناامیدی، ترس و وحشت را به عنوان عوامل ایجاد استرس در بیمار بخش مراقبت های ویژه مطرح شده است (۲۵). طبقه دیسترس عاطفی مطرح شده در مطالعه ی ساموئلسون (۲۰۱۱) که شامل زیر طبقات " دیسترس حاد اگزیتشنشیال<sup>۱۵</sup>، اضطراب و هیجان عاطفی<sup>۱۶</sup>، احساس افسردگی و حس از دست دادن کنترل<sup>۱۷</sup> می باشد (۹) نیز قابل مقایسه با طبقه "درک موقعیت زجر فزاینده و تهدید حیات" در مطالعه ی حاضر است. طبق اظهارات مشارکت کنندگان در مطالعه ی ساموئلسون، موقعیت حاد و وخامت بیماری موجب القاء احساس تهدید حیات و به تبع آن احساس ترس و وحشت در بیمار می شده است. احساس اضطراب، عصبانیت و ناامیدی، تنهایی، دردبند بودن، بی کمکی، تلاش برای فرار و احساس ناتوانی از جمله احساساتی است که توسط مشارکت کنندگان در بعد عاطفی مطرح شده است (۹). نکته ی بسیار جالب و قابل تامل این است که این تجربیات دقیقاً مشابه تجربیات ذکر شده توسط مطالعه فعلی است. مشارکت کنندگان مطالعه ی حاضر نیز ترس و وحشت از احساس مرگ قریب الوقوع را ذکر کرده اند و از عجز و ناتوانی خود بستوه آمده و احساساتی نظیر تنهایی، درماندگی و استیصال، ناامیدی از زنده ماندن، تردید در بهبود، احساس در بند بودن و برنامه ریزی ذهنی برای فرار را مطرح کرده اند. با توجه به تفاوت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دو جامعه ای که مشارکت کنندگان این دو مطالعه از آنها انتخاب شده اند، این تشابه در نتایج این فرضیه را در ذهن ایجاد می کند که بروز اینگونه احساسات در بیماران بخش مراقبت های ویژه کمتر تحت تاثیر نوع مراقبت و نوع سیستم درمانی بوده و به وضعیت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی جوامع ارتباط چندانی ندارد؛ بلکه وابسته به ذات و طبیعت بخش مراقبت های ویژه و وضعیت حاد بیماری فرد می باشد.

<sup>۱۳</sup> - Samuelson  
<sup>۱۴</sup> - Herbst & Drenth  
<sup>۱۵</sup> - acute existential distress  
<sup>۱۶</sup> - emotional agony and agitation  
<sup>۱۷</sup> - loss of control

"حفظ مجدانه ی وجود" به عنوان مهمترین استراتژی بیماران در مواجهه با رنج در بخش مراقبت های ویژه می باشد به طوریکه بیمار به دنبال درک موقعیت زجر فزاینده و تهدید حیات با تمام تلاش سعی در رها کردن خود از این موقعیت دارد. زیر طبقات تشکیل دهنده ی این طبقه ی محوری عبارتند از: "تمنای زنده ماندن، تاب آوری و استعانت و استمداد". "استعانت از خود" یکی از زیر طبقات طبقه ی حفظ مجدانه ی وجود در مطالعه ی فعلی است که بر تلاشهای فرد بیمار برای رهایی از رنج و زجر در موقعیت زجر فزاینده و تهدید حیات دلالت می کند و شامل تلاش های ذهنی و عملی بیمار و حساسیت وی به فرایندهای درمانی و مراقبتی می باشد. نتایج مطالعه ی ارسلانیان<sup>۱۸</sup> نیز نشان می دهد که مشارکت کنندگان با "تکیه بر خود مختاری"<sup>۱۹</sup> سعی در یاری رساندن به خود در بخش مراقبت های ویژه داشته اند و این کار را با القاء تفکرات مثبت به خود نظیر اینکه "رفتن به خانه بدون داشتن لوله تراشه در گلو" و حفظ نگرش مثبت به موقعیت انجام می داده اند. از نظر مشارکت کنندگان "قوی بودن تا حد امکان"<sup>۲۰</sup> جزئی ضروری برای امکان دوباره ی نفس کشیدن بدون کمک دستگاه است و نیز "تمایل رفتن به خانه"<sup>۲۱</sup> و "سالم شدن و خود بسنده شدن دوباره"<sup>۲۲</sup> اهداف اساسی تعیین شده توسط بیماران بوده است (۱۵). در مطالعه ی جانسون (۲۰۰۴) "احیاء مجدد زندگی روزمره"<sup>۲۳</sup> یکی از تم های اصلی حاصل از اظهارات مشارکت کنندگان در رابطه با تجربه ی آنها از بودن تحت تهویه مکانیکی طولانی مدت بوده است (۲۷). پژوهشگران در این مطالعه دریافتند که مشارکت کنندگان در ابتدا بخش مراقبت های ویژه را به عنوان محیطی ناآشنا و ترسناک و بسیار غیر معمول نسبت به دنیای واقعی درک می کنند. "احیاء مجدد زندگی روزمره" آن قسمت از تجربیات بیمار است که احتمالاً به عنوان نشانه ای از رو به بهبود بودن بیمار تظاهر می کند و بر تلاشهایی دلالت دارد که مشارکت کنندگان جهت برطرف کردن مشکلات خود و برگرداندن خود به زندگی عادی روزمره انجام می دهند. در این موقعیت پرستار و اعضاء خانواده ی بیمار در کمک به بیمار جهت طی کردن درست مسیر نقش اساسی دارند. "احیاء مجدد زندگی روزمره" خود شامل "متصل شدن دوباره به پرسنل و اعضاء خانواده"<sup>۲۴</sup>، "به دست آوردن آسایش از طریق خانواده و پرستاران"<sup>۲۵</sup>، "جستجوی کنترل بر درمان"<sup>۲۶</sup>، "تلاش برای برقراری ارتباط"<sup>۲۷</sup> و "احیاء مجدد خود"<sup>۲۸</sup>. مشارکت کنندگان این مطالعه اظهار داشته اند که هنگامیکه قادر به متصل شدن به دیگران اعم از پرسنل یا خانواده بودند این احساس را داشتند که در حال پیشرفت به سمت بهبودی و رهایی از آی سی یو هستند. همچنین مشارکت کنندگان ابراز داشته اند که هنگامیکه پرسنل و اعضاء خانواده به ناراحتی ها و رنج های بیماران و تکیه شان به دیگران اذعان دارند و اقداماتی را در جهت رفع و یا تخفیف این ناراحتی ها به کار می برند بیماران احساس راحتی کرده و دلگرم می شوند. مشارکت کنندگان علاوه بر این تلاش می کرده اند تا قسمتی از کنترل بر زندگی خود را که در هنگام بستری در آی سی یو به پرسنل تفویض کرده اند را مجدداً به دست گیرند. این روشها عبارتند از: ضربه زدن با انگشتی دستگاه پالس اکسی متری به تخت برای جلب توجه پرستار، تلاش برای برقراری ارتباط به هر روش ممکن و رد و مخالفت با بعضی درمانها. مشارکت کنندگان این کارها را برای نشان دادن تمایل خود به در دست گرفتن کنترل بر آنچه برای آنها اتفاق افتاده است انجام می دهند. آنها تمایل داشته اند که زندگی روزمره ی خود را احیا کرده و نقش فعالی را در مراقبت خود به دست گیرند (۲۷).

<sup>۱۸</sup> - Arslanian-Engoren

<sup>۱۹</sup> - Relies on self-determination

<sup>۲۰</sup> - "be as strong" as possible

<sup>۲۱</sup> - wanting to go home

<sup>۲۲</sup> - healthy again and self-sufficient again

<sup>۲۳</sup> - Reclaiming the everyday world

<sup>۲۴</sup> - re-engaging with staff and families

<sup>۲۵</sup> - gaining comfort through families and nurses

<sup>۲۶</sup> - seeking control over treatments

<sup>۲۷</sup> - attempting to communicate

<sup>۲۸</sup> - reclaiming self

نتایج این مطالعه نیز همراستا با نتایج مطالعه ی حاضر است که مشارکت کنندگان با تکیه بر تواناییهای خود و نیز یاری طلبی از پرسنل و اعضای خانواده در تلاشند تا خود را از موقعیت زجر و تهدید حیات برهانند. استفاده از ایما و اشاره به هر طریق ممکن برای جلب توجه و کمک پرستار، دخالت در مدیریت درمان و مراقبت خود با روشهای مختلف، مخالفت با بعضی درمانها و پروسیجرها از دیگر اقدامات مشارکت کنندگان در این زمینه بوده است.

طبقه ی محوری تقابل جو حمایتگر و غیر حمایتی شامل کلیه عواملی است که بر نتیجه اتخاذ استراتژی حفظ مجدانه ی وجود در بیماران تحت تهویه مکانیکی بخش مراقبت های ویژه در مواجهه با رنج تاثیر گذار است. زیر طبقات اصلی تشکیل دهنده ی این طبقه عبارتند از "مقابله ی پرستاری تسکین و بخش و آزار دهنده، نقش کفایت یا عدم کفایت نظارت در مراقبت و حمایت یا رها شدگی توسط خانواده". بر اساس نتایج مطالعه حاضر مراقبت تسکین بخش پرستار شامل مهربانی پرستار، ارج نهادن به بیمار و ارائه مراقبت جامع سوق دهنده ی بیمار تحت تهویه مکانیکی بخش مراقبت های ویژه به سمت التیام و توانمندی می باشد در حالیکه مراقبت آزار دهنده شامل نامهربانی پرستار، غفلت از مراقبت و بی توجهی به بیمار، موجب قرار دادن بیمار در مسیر رنجور مضاعف می گردد. در مطالعه ی ساموئلسون (۲۰۱۱) یکی از انواع دیسترس های مطرح شده توسط مشارکت کنندگان در بخش مراقبت های ویژه "دیسترس ناشی از مراقبت"<sup>۲۹</sup> است و شامل ناراحتی بیماران از برخورد های ناخوشایند و غیر مراقبتی پرستاران نظیر مراقبت عجولانه و خشن و بدون عاطفه، در نظر نگرفتن خواسته های بیماران و بی احترامی و بیتوجهی به آنها می باشد (۹).

طبقه ی محوری از تسکین و آرامش تا رنجوری مضاعف بیانگر پیامد تلاشهای مجدانه ی بیمار در جهت حفظ وجود خود بعد از قرار گیری در جو حمایتی و یا غیر حمایتی می باشد زیر طبقات اصلی تشکیل دهنده ی این طبقه عبارتند از "از تسکین و آرامش تا اشفتهگی و عذاب، امنیت و اطمینان در برابر ناامنی و تشویش، از یاس تا امید و تعالی و رشد در مقابل از هم گسیختگی". بر اساس نتایج مطالعه ی حاضر هم صحبتی با پرسنل موجب آرامش بیمار می شود، حضور پرستار، حس تنهایی بیمار را از بین می برد، مهربانی پرستار موجب تسکین بیمار می گردد، مراقبت عامل التیام و امید و کسب حمایت در بیمار است و غفلت از مراقبت موجب زجر و اندوه و احساس بی ارزشی بیمار می گردد. نتایج مطالعه ی وسنیر<sup>۳۰</sup> (۲۰۱۴) نیز همراستا با نتایج مطالعه ی حاضر تایید کننده نقش مراقبت پرستاری در ایجاد احساس امنیت<sup>۳۱</sup> و ارزشمندی در بیماران بخش مراقبت های ویژه است.

**نتیجه گیری:** پژوهش حاضر با هدف تبیین چگونگی مواجهه ی بیماران تحت تهویه مکانیکی با رنج انجام شد. مفهوم حفظ مجدانه ی وجود به عنوان متغیر مرکزی مطالعه تعیین گردید. بر اساس نتایج این مرحله از پژوهش حاضر بیماران تحت تهویه مکانیکی به دنبال بستری شدن در بخش مراقبت های ویژه خود را در بستری از حلقه های هم افزای رنج دیده که قرار گیری در چنین موجب شکل گیری دغدغه ی اصلی آنها با عنوان درک زجر فزاینده و تهدید حیات می گردد. در مواجهه با این دغدغه است که بیمار راهکار حفظ مجدانه ی وجود را در پیش می گرد و با تاب آوری، استعانت از خود، تاسی به معنویت و مذهب و یاری طلبی از دیگران سعی در رهایی خود از این موقعیت و رسیدن به التیام و توانمندی دارد. بر اساس نتایج این مطالعه، موفقیت بیمار در این امر به طور چشمگیری تحت تاثیر تعامل آنها با پرسنل علی الخصوص پرستاران و نحوه ی مراقبت ارائه شده توسط آنها، مدیریت بخش و میزان حمایت دریافتی از طرف خانواده شان می باشد به طوریکه پیامد این مواجهه از توانمند و التیام تا رنجوری مضاعف متغیر است.

<sup>۲۹</sup> - stress-inducing care  
<sup>۳۰</sup> - Wassenaar  
<sup>۳۱</sup> - feeling safe

**محدودیت های پژوهش:** گرچه درصد زیادی از بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه وقایع بخش مراقبت های ویژه را به یاد داشته و قادر به بازگویی آن هستند ولیکن به دلیل دریافت آرامبخش متهم به فراموشی وقایع هستند. محقق جهت اعتبار بخشیدن بیشتر به داده ها از تکنیک مشاهده بیماران بخش مراقبت های ویژه در زمان بستری در بخش و بودن تحت تهویه مکانیکی جهت گردآوری داده ها و رفع این محدودیت کمک گرفت.

1. Wallen K, Chaboyer W, Thalib L, Creedy DK. Symptoms of acute posttraumatic stress disorder after intensive care. *American Journal of Critical Care*. 2008;17(6):534-43.
2. Khalaila R, Zbidat W, Anwar K, Bayya A, Linton DM, Sviril S. Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care*. 2011;20(6):470-9.
3. Tembo AC, Higgins I, Parker V. The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2015;31(3):171-8.
4. Hofhuis JG, Spronk PE, van Stel HF, Schrijvers AJ, Rommes JH, Bakker J. Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2008;24(5):300-13.
5. Guttormson JL, Bremer KL, Jones RM. "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2015;31(3):179-86.
6. Kjeldsen CL, Hansen MS, Jensen K, Holm A, Haahr A, Dreyer P. Patients' experience of thirst while being conscious and mechanically ventilated in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*. 2017.
7. Almeida TMLd, Azevedo LCPd, Nosé PMG, Freitas FGRd, Machado FR. Risk factors for agitation in critically ill patients. *Revista Brasileira de terapia intensiva*. 2016;28(4):413-9.
8. Svenningsen H, Egerod I, Dreyer P. Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative, longitudinal study inspired by Ricoeur's interpretation theory. *Journal of clinical nursing*. 2016;25(19-20):2807-
9. Samuelson KA. Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients—Findings from 250 interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2011;27(2):76-84.
10. Marasinghe M, Fonseka W, Wanishri P, Nissanka N, Silva B. An Exploration of Patients' Experiences of Mechanical Ventilation. *OUSL Journal*. 2015;9.
11. Holm A, Dreyer P. Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *Nursing in critical care*. 2017;22(2):81-8.
12. Samuelson KA. Adult intensive care patients' perception of endotracheal tube-related discomforts: A prospective evaluation. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2011;40(1):49-55.
13. Arroyo-Novoa CM, Figueroa-Ramos MI, Puntillo KA, Stanik-Hutt J, Thompson CL, White C, et al. Pain related to tracheal suctioning in awake acutely and critically ill adults: a descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2008;24(1):20-7.
14. Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, Mendelsohn A, Schulz R, Belle S, et al. Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Critical care medicine*. 2002;30(4):746-52.
15. Arslanian-Engoren C, Scott LD. The lived experience of survivors of prolonged mechanical ventilation: a phenomenological study. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2003;32(5):328-34.
16. Zeilani R, Seymour JE. Muslim women's experiences of suffering in Jordanian intensive care units: A narrative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2010;26(3):175-84.
17. Kalfon P, Mimoz O, Auquier P, 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 medicine*. 2010;36(10):1751-8.

- 18- Morse JM. Toward a praxis theory of suffering. *ANS Adv Nurs Sci*. 2001 Sep;24(1):47-59. PubMed PMID: 11554533. Epub 2001/09/14. eng.
- 19-Kuuppelomäki M, Lauri S. Cancer patients' reported experiences of suffering. *Cancer nursing*. 1998;21(5):364-9.
- 20- Chio CC, Shih FJ, Chiou JF, Lin HW, Hsiao FH, Chen YT. The lived experiences of spiritual suffering and the healing process among Taiwanese patients with terminal cancer. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(6):735-43.
- 21- Kahn DL, Steeves RH, editors. The significance of suffering in cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*; 1995: Elsevier.
- 22- Sacks JL, Nelson JP. A theory of nonphysical suffering and trust in hospice patients. *Qualitative Health Research*. 2007;17(5):675-89.
- 23- Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research techniques*: Sage publications; 1998.
- 24- Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. 2008.
- 25- Macnee CL, McCabe S. *Understanding nursing research: Using research in evidence-based practice*: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- 27-Johnson P. Reclaiming the everyday world: how long-term ventilated patients in critical care seek to gain aspects of power and control over their environment. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2004;20(4):190-9.

## Absrtact

**Introduction:** Patients undergoing mechanical ventilation in intensive care units experience a particular status of suffering. nurses are increasingly developing their understanding of the suffering. In this regard, patients undergoing mechanical ventilation are in the priorities of such research. Therefore, the current study was conducted to explain the exposure of patients under mechanical ventilation with suffering in the intensive care unit

**Methodology:** The present study is a ground theory study conducted in Mashhad during the years 2014-2017. Participants included 15 vigilant patients underwent mechanical ventilation in the intensive care unit of Mashhad's public hospitals and 11 people of the personnel (including 7 nurses, 2 assistant and 2 physicians) working in these units. First, they were selected through purposeful sampling. Then, they were selected using theoretical sampling method. Data were collected using deep semi-structured interviews with the participants and observing the patients when mechanically ventilated. Data were analyzed using Strauss and Corbin (1998) method during the three stages of open, axial, and selective coding.

**Findings:** Based on the data analysis, " understanding of increasing suffering and life threat" were found as the most important concern of patients underwent vigorous mechanical ventilation in intensive care unit and "diligently maintaining of existence" as the central variable of the study, was found as the most important strategy of patients in coping with this concern. In this study, the concept of "enclosure with the synergistic rings " was determined as the context of this strategy, the opposition of the supportive atmosphere to the non-supportive atmosphere was recognized as an intervening factor, and from empowerment and healing to increased neuroticism was recognized as a consequence of the strategy of diligently maintaining of existence. Considering the fact that the outcome of the strategy of "diligently maintaining of existence" is not necessarily the capability and healing, and in some cases, it was associated with increasing neuroticism.

**Conclusion:** According to the results of this study, the way of exposure of patients under the mechanical ventilation in the intensive care unit was significantly influenced by their

interaction with personnel, especially nurses, and the way care provided by them, unit management, and the level of support received from their families.

**Keywords:** Patient undergoing mechanical ventilation, suffering, grounded theory, caring model