

نیازهای بیماران سالمند بستری در بیمارستان

(مقاله پژوهشی)

ناهید رژه^{۱*}، مجیده هروی کریموی^۲، مهشید فروغان^۳

چکیده:

هدف: این مطالعه به منظور تبیین نیازهای سالمندان بستری در بیمارستان انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و با کاربرد روش تحلیل محتوا انجام شده است، بیست و هفت بیمار سالمند ۶۵ تا ۸۱ ساله بستری در سه بیمارستان آموزشی شهر تهران با روش نمونه‌گیری هدفمند مورد مطالعه قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های بدون ساختار و عمیق تا رسیدن به سطح اشباع اطلاعات، ادامه یافت و سپس بر اساس روش مرحله‌ای کاوول، تحلیل گردید.

یافته‌ها: داده‌ها در ۶ طبقه قرار گرفت که نیازهای تجربه شده بیماران سالمند را به تصویر می‌کشند. این طبقات عبارتند از: برخورداری از امکانات رفاهی اولیه، امکان مشارکت در مراقبت، درک مبتنی بر همدلی، تکریم و حفظ شأن و منزلت، تأمین اطلاعات ضروری، القای امید و خوش بینی.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها، بیانگر ادراکات منفی و مثبت و نیز مشکلات متعدد تجربه شده بیماران سالمند بود. این یافته‌ها می‌توانند به درک بهتر مشکلات مرتبط با تجربه بستری شدن سالمند در بیمارستان، شناسایی مداخلات مؤثر در کاهش عوامل استرس‌زا و تعدیل تأثیر این تجربه بر سالمند، کمک کنند. این تحقیق، ضرورت آموزش تیم مراقبت به خصوص پرستاران را بر اساس نیازهای بیماران سالمند مورد تأکید قرار می‌دهد.

کلید واژه‌ها: نیازهای سالمند، بستری شدن در بیمارستان، پژوهش کیفی.

۱- استادیار، گروه پرستاری دانشگاه شاهد و عضو مرکز تحقیقات مدیریت و آموزش مددجو- گروه سلامت سالمندی * پست الکترونیک نویسنده مسئول: reje@shahed.ac.ir

۲- استادیار، گروه پرستاری دانشگاه شاهد و عضو مرکز تحقیقات مدیریت و آموزش مددجو- گروه سلامت سالمندی

۳- استادیار، گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و عضو مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی - روانی سالمندی

مقدمه

هرم جمعیتی کشور، دستخوش تغییراتی گردیده و سالمندی و رشد جمعیت سالمندان رو به افزایش است با این وجود هنوز بر روی نیازهای سالمندان به عنوان یک گروه آسیب پذیر جامعه تمرکز نشده است (۱). ارتقای سلامت سالمندان بستری، یکی از مهم‌ترین اهداف مراقبت و درمان از پرچالش‌ترین ابعاد فعالیت سیستم مراقبتی - درمانی تلقی می‌شود (۲). بنابراین نیاز به انجام مطالعات عمیق، وسیع و مؤثر در این زمینه، احساس می‌شود. نیازهای مراقبتی سالمندان در جوامع مختلف متفاوت بوده و از عوامل متعددی از جمله شرایط فرهنگی اجتماعی آن جامعه تأثیر می‌پذیرد. یکی از مشکلات اساسی که به آن عنایت چندانی نشده است، توجه به تأمین نیازهای سالمندان بستری در بیمارستان است که بسیاری از سالمندان در مراکز درمانی مختلف آن را تجربه می‌کنند. بسیاری از سالمندان در طول زندگی، یک یا چند بار

در بیمارستان بستری می‌شوند. علت بستری شدن در اغلب موارد عود و تشدید بیماری‌های مزمنی است که در بخش‌های سرپائی مراکز درمانی، قابل درمان نبوده‌اند. متأسفانه بستری شدن در بیمارستان برای سالمندان، مشکلاتی را در پی دارد (۳، ۴). ابتلا به بیماری و بستری شدن می‌تواند بسیاری از افراد را صرف نظر از سن آنها، در شرایط بحرانی قرار دهد. اما این امر در افراد سالمند که تطابق و سازش آنها با بستری شدن کمتر است نمود بیشتری پیدا می‌کند، زیرا آنها نسبت به افراد جوانتر، انرژی جسمی کمتری داشته، ظرفیت آنان در تطابق با محیط ناآشنا کم‌تر است (۵). برخی از مطالعات به اثرات منفی ذهنی و جسمی بستری شدن سالمندان در بیمارستان از جمله به پیامدهایی نظیر افزایش مدت بستری، مراجعه‌های مکرر بیمار به بیمارستان، افزایش مرگ و میر بیمارستانی و افزایش مرگ و میر در ۹۰ روز تا ۱ سال نخست پس از ترخیص اشاره داشته‌اند (۶).

بررسی‌های صورت گرفته در ایران حاکی از آن است که مطالعات انجام یافته در خصوص نیازهای سالمندان، بسیار محدود و عمدتاً مربوط به بررسی نیازهای سالمندان غیر بستری در بیمارستان است و در مورد تجربه این دسته از مددجویان، تحقیق خاصی انجام نشده است. لذا این مطالعه با هدف تبیین نیازهای سالمندان بستری در بیمارستان انجام شد با امید به آنکه از یافته‌های آن بتوان برای برنامه‌ریزی آموزشی مناسب جهت مراقبت کیفی از سالمندان بستری در بیمارستان استفاده کرد.

روش بررسی

پژوهش حاضر، تحقیقی کیفی از نوع تحلیل محتوایی^۱ است. تحلیل محتوا، جایگاه ارزشمندی در گستره تحقیقات داشته، ابزار مناسبی برای پژوهشگران کیفی به شمار می‌آید (۱۳). در این روش، محتوای نوشتارها برای استخراج درونمایه‌های اصلی و الگوهای موجود در بین داده‌ها، مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد (۱۴). در این پژوهش، با توجه به هدف مطالعه، مشارکت کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین سالمندان بستری در بخش‌های داخلی و جراحی عمومی سه بیمارستان آموزشی که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند انتخاب شدند. معیارهای ورود به این مطالعه، عبارت بودند از: هوشیاری و تمایل به بیان احساسات درونی خود نسبت به مفهوم مورد تحقیق، دارا بودن سن بالای ۶۵ سال، توانایی تکلم به زبان فارسی، مبتلا نبودن به بیماری‌های تأیید شده روانی، کانسر، نابینایی، ناشنوایی و اختلالات شناختی (کسب نمره ۶ و بالاتر از نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی^۲ (۱۵)). در این پژوهش، ۲۷ سالمند با دامنه سنی ۶۵ تا ۸۱ سال مشارکت داشتند. (جدول ۱) به منظور جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه بدون ساختار و عمیق استفاده شد.

شواهد نشان می‌دهد علیرغم افزایش نیازهای جسمی و روانی در دوران سالمندی، ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از جمله پرستاران، از توانایی لازم جهت تشخیص مشکلات سالمندان بستری در بیمارستان برخوردار نیستند. یکی از دلایل این امر، عدم برگزاری دوره‌های آموزشی تخصصی مراقبت از سالمندان است، به طوری که مراقبت به افرادی که آموزش و تجربه لازم را کسب کرده‌اند سپرده شده است و آنها نیز مراقبت‌های این گروه سنی را مطابق با آموزه‌های خود در زمینه مراقبت از جوانان و میانسالان انجام داده، تغییری در روش کار خود به وجود نمی‌آورند (۷). از سوی دیگر، تردیدی نیست که برای پاسخ دهی مناسب به نیازهای آموزشی پرستاران در زمینه مراقبت و ارائه خدمات درمانی به سالمندان بستری در بیمارستان، شناخت دقیق نیازهای واقعی سالمندان ضروری خواهد بود. شواهد، بیانگر آن است که اغلب پرستاران صرفاً از دیدگاه حرفه خود به دنیا می‌نگرند و این موضوع به ایجاد محدودیت در تفکر، قضاوت و در نهایت عملکرد آنان منجر می‌گردد. برای دستیابی به عملکرد مطلوب، لازم است به دنیا از دریچه چشم مددجویان نیز نگریسته شود (۸). توجه به این موضوع در آموزش پرستاری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ زیرا آموزش پرستاران، بر اساس دیدگاه‌های مددجویان، آنان را در جهت پاسخگویی به نیازهای مددجویان و ارائه مراقبت مددجو محور هدایت کرده، در این عرصه توانمند می‌سازد (۹).

با این وجود اغلب تحقیقات در این زمینه به بررسی دیدگاه و نگرش پرستاران پرداخته‌اند و کمتر این مشکلات را از منظر بیماران، مورد بررسی قرار داده‌اند. شایان ذکر است در مطالعات مذکور بر اهمیت کسب اطلاعات از سالمندان بستری در بیمارستان تأکید شده است؛ از طرفی عمدتاً مطالعات انجام شده علاوه بر پرسشنامه‌های از قبل تعیین شده، در قالب ساختارهای غیرقابل انعطاف بوده و فقط بعد محدودی از مساله را پوشش داده است (۱۰-۱۲). که ضرورت مطالعه بیشتر، با رویکرد کیفی را مطرح می‌سازد تا از این طریق بتوان نیازهای سالمندان را متناسب با فرهنگ و شرایط واقعی آنان مطالعه نمود. همچنین

1- content analysis

2- Iranian Version of the Abbreviated Mental Test Score

جدول ۱: توزیع مشارکت کنندگان در مطالعه برحسب مشخصات دموگرافیک

مشخصات دموگرافیک	تعداد	درصد
سن		
۶۵-۷۰	۱۰	۳۷/۰۴
۷۱-۷۵	۵	۱۸/۵۲
۷۶-۸۱	۱۲	۴۴/۴۴
جنسیت		
زن	۸	۲۹/۶۲
مرد	۱۹	۷۰/۳۸
وضعیت تاهل		
متاهل	۱۸	۶۶/۶۶
همسر فوت کرده	۸	۲۹/۶۲
مطلقه	۱	۳/۷۲
شغل		
کارمند	۲	۷/۴۲
بازنشسته	۱۲	۴۴/۴۴
شغل آزاد	۷	۲۵/۹۲
خانه دار	۶	۲۲/۲۲
تحصیلات		
بیسواد	۱۲	۴۴/۴۴
ابتدایی	۹	۳۳/۳۳
دیپلم	۴	۱۴/۸۱
دانشگاهی	۲	۷/۴۲
وضعیت زندگی		
تنها	۳	۱۱/۱۱
همراه با اعضای خانواده	۲۳	۸۵/۱۷
آسایشگاه	۱	۳/۷۲
علت بستری		
بیماری‌های قلبی	۴	۱۴/۸۲
داخلی	۷	۲۵/۹۲
ارتوپدی	۴	۱۴/۸۲
جراحی شکمی	۹	۳۳/۳۳
اورولوژی	۳	۱۱/۱۱

به این ترتیب که ابتدا با طرح سؤالات کلی و عمومی مصاحبه آغاز و سپس به تدریج با جلب اطمینان بیماران به زمینه‌های اختصاصی تر و عمیق تر پرداخته شد. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف‌پذیری و عمیق بودن، مناسب پژوهش‌های کیفی است. مصاحبه با یک سؤال وسیع و کلی در مورد تجارب زندگی روزانه بیماران از زمان حضور در بیمارستان شروع شده، سپس با سؤالات اکتشافی (از قبیل بیشتر توضیح بدهید، این یعنی چه، و...)، به منظور تشویق شرکت کننده به ادامه صحبت و دستیابی به اطلاعات عمیق تر ادامه یافت. به دنبال جمع آوری و روند تکامل داده‌ها، سؤالاتی نظیر موارد زیر مطرح گردید: روزتان را در بیمارستان چطور می‌گذرانید؟ شب‌ها را چطور؟ آیا در بخش آسایش کافی دارید؟ چرا بله؟ و چرا نه؟

مصاحبه با هر مشارکت کننده طی ۲ تا ۳ جلسه و بین ۲۰ تا ۷۰ دقیقه متناسب با وضعیت جسمی سالمند به طول انجامید. زمان و مکان مصاحبه‌ها با توافق مشارکت کنندگان تعیین شد، مصاحبه‌ها تا دستیابی به داده‌های عمیق دنبال شد و فرآیند گزینش مشارکت کنندگان تا آنجا ادامه یافت که در جریان کسب اطلاعات هیچ داده جدیدی پدیدار نگردید، یا به عبارت دیگر، داده‌ها به اشباع رسیدند علاوه بر آن، مصاحبه‌های غیررسمی^۱ با ۸ نفر از همراهان بیماران نیز به عنوان تأییدی بر یافته‌های محققین از محیط تحقیق مورد استفاده قرار گرفت. تمام مصاحبه‌ها بر روی نوار صوتی ضبط، و سپس کلمه به کلمه دست نویس شد و در نهایت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

تحلیل محتوا با استفاده از روش مرحله‌ای انجام شد که توسط کوال^۲ (۱۹۹۶) توصیف شده است (۱۶). بر این اساس متن مصاحبه‌ها، چندین بار توسط محققین بازبینی شد تا به کوچکترین واحدهای تشکیل دهنده و معنادار شکسته شدند. به عبارت دیگر، داده‌ها خط به خط بررسی شد و کدهای زنده، یعنی کدهایی که از زبان شرکت کنندگان اخذ می‌شود به صورت کدهای باز مشخص شد. در این مرحله ۴۱۸ کد اولیه استخراج شد. سپس، مرور کلمات ادامه یافت تا بر اساس محوریتی که بین طبقه‌ها یافت می‌شد، در یک زیر طبقه قرار گرفتند. زیرطبقه‌ها،

درمانی (امام خمینی، شهید مصطفی خمینی و شهید مدرس) دریافت شد، قبل از شروع مصاحبه، مشارکت کنندگان از اهداف تحقیق، آگاه شده، با آگاهی و رضایت در تحقیق شرکت کردند. از آنها برای شرکت در تحقیق و استفاده از ضبط صوت اجازه گرفته شد و این اطمینان به آنها داده شد که اطلاعات به دست آمده صرفاً در جهت اهداف تحقیق مورد استفاده قرار گرفته و در اختیار افرادی غیر از گروه تحقیق قرار نمی‌گیرد. همچنین به شرکت کنندگان اعلام شد در هر مرحله از تحقیق می‌توانند انصراف خود را اعلام نموده، مشخصات آنها در طول تحقیق و بعد از آن به صورت محرمانه حفظ می‌گردد.

یافته‌ها

۲۷ سالمند در دامنه سنی ۶۵ تا ۸۱ سال در این پژوهش، مشارکت کردند که ۱۹ نفر مرد و ۸ نفر زن، ۱۷ نفر متأهل و دارای یک تا شش فرزند بودند. از نظر تحصیلات ۱۲ تن بی‌سواد، ۹ نفر ابتدایی، ۴ نفر دیپلم، ۱ نفر فوق دیپلم و ۱ نفر لیسانس بودند. همچنین ۲ نفر کارمند، ۷ نفر شغل آزاد، ۶ نفر خانه دار و بقیه بازنشسته بودند. اکثر افراد با خانواده زندگی می‌کردند، ۳ نفر تنها و ۱ نفر ساکن موقت آسایشگاه سالمندان بود. مدت بستری شدن در بیمارستان ۴ تا ۱۳ روز بود و اکثریت به دلیل اختلال در سیستم‌های مختلف از قبیل بیماری‌های قلبی، جراحی سیستم گوارش و ارتوپدی بستری شده بودند. تجارب شرکت کنندگان در این پژوهش، نمایانگر نیازهای آنان و همچنین انعکاسی از پاسخ گروه درمان به این نیازها بود.

از تجزیه و تحلیل دست نوشته‌ها، پیرامون نظرات بیماران در مورد تجارب بستری شدن در بیمارستان، ۶ طبقه حاصل شد. این طبقات عبارتند از: «برخورداری از امکانات اولیه رفاهی»، «امکان مشارکت در مراقبت»، «درک مبتنی بر همدلی»، «تکریم و حفظ شأن و منزلت»، «تأمین اطلاعات ضروری» و «القای امید و خوش بینی»

۱) برخورداری از امکانات اولیه رفاهی

رفع نیازهای پایه و اساسی بیمار را می‌توان یکی از طبقات مهم به شمار آورد، چرا که بی‌شک بدون دستیابی به آن،

داده‌های کدگذاری شده ساده‌ای هستند که از تلفیق خوشه‌های شبیه به هم به لحاظ مفهومی شکل می‌گیرند. به عبارتی، حاصل متراکم نمودن کدهای سطح یک می‌باشند. در این مرحله، ۱۵ طبقه استخراج شد. سپس در ادامه همان جریان کاهشی و استقرایی زیر طبقه‌های مربوط به هم در یک طبقه قرار گرفتند. در این مرحله، عناوین مفهومی از طبقات ظهور یافت و نهایتاً ۶ طبقه حاصل شد. این مرورها، لغزیدن طبقات بر روی یکدیگر و ادغام‌ها در بین نوشته‌های اولیه و طبقه‌های نهایی، آن قدر تکرار شد تا در نهایت، پژوهشگران به ثبات قابل قبول در بین داده‌ها و احساس رضایت درباره طبقه‌ها و زیرطبقه‌ها رسیدند (۱۷). در ادامه کار، روایی و دقت تحقیق، معتبر بودن^۱، قابلیت انتقال^۲، اطمینان پذیری^۳ و قابلیت تأیید^۴ داده‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. برای تضمین معتبر بودن داده یا اطمینان به صحت داده‌ها، از تکنیک‌های تلفیق^۵ مکانی (نمونه‌گیری در بخش‌های مختلف) و زمانی (بررسی در زمان‌های متفاوت)، افزایش دفعات مصاحبه‌ها و امکان بازخورد به مشارکت کنندگان برای دستیابی به داده‌هایی با اعتبار بیشتر استفاده شد. به منظور افزایش قابلیت انتقال، یافته‌ها به موقعیت‌ها یا گروه‌های دیگر، از شرکت کنندگانی استفاده شد که از نظر موقعیت اجتماعی - اقتصادی، نوع بیماری و... متفاوت بودند. همچنین، بسیاری از یافته‌های این مطالعه در مطالعات دیگر نیز تأیید گردیده است. اطمینان پذیری و قابلیت تأیید از طریق بازنگری ناظرین^۶، استفاده از نظرات تکمیلی همکاران^۷، مرور دست نوشته‌ها توسط بعضی از مشارکت کنندگان^۸، اعمال اصلاحات و نکات پیشنهادی، لحاظ شد. علاقمندی پژوهشگران به پدیده تحت مطالعه و تماس دراز مدت با داده‌ها از دیگر عوامل تضمین کننده قابلیت تأیید بود.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد، مرکز تحقیقات آموزش و مدیریت مددجو (گروه سلامت سالمندی) و مسئولین مراکز

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1- Credibility | 2- Transferability |
| 3- Dependability | 4- Conformability |
| 5- Triangulation | 6- Peer Check |
| 7- Peer Debriefing | 8- Member Check |

تر یک جوری خودشان را با تماشای تلویزیون یا مطالعه سرگرم می‌کنند؛ اما من که هم چشمم ضعیفه، هم گوش ضعیفی دارم از این امکانات هم نمی‌تونم استفاده کنم. اگر یک سری وسایل هم برای ما فراهم کنند خیلی بهتر میشه».

مشارکت کنندگان به گونه‌ای غیر مستقیم به کمبود نیروی انسانی اشاره کردند:

«من مریضم... درسته پیرم ولی هوش و حواسم به جاست. می‌بینم که تعدادشون کمه. پرستار کمه، مریضا خیلی زیادن... پرستار هم وقت سرکشی نداره. مریض باید درد زیادی بکشه تا بیان یه قرصی بپوش بدن».

«چند تا مریض بودیم که با هم فرستادنمون عکسبرداری، من از همشون پیرتر بودم یک نفر از این بخش نیامد من را برگردونه. کلی معطل شدم تا کار بقیه مریضا تموم بشه. پاهام از خستگی زق زق می‌کرد».

۲) امکان مشارکت در مراقبت

بیماران سالمند بیان داشتند که در طی مراحل مراقبت، به آنان اجازه سهیم شدن و تشریک مساعی در تصمیم‌گیری داده نشده است. آنها این برخورد را به گونه‌ای نارسایی در رعایت حق استقلال و ایجاد حس وابستگی تفسیر می‌کردند. سالمند ۶۵ ساله‌ای اظهار داشت:

«اگر اول از خودم می‌پرسیدند می‌گفتم این رگ اینجا خیلی خوبه تمام بدنم را سوراخ سوراخ کردند. گوش نمی‌کردند مرتب می‌گفتند خودمون بلدیم... با زبان بی‌زبانی می‌گفتند در کار ما دخالت نکن.»

مشارکت کننده ۶۷ ساله‌ای در این زمینه بیان داشت:

«خیلی تحقیر کننده است. خوب، هرکس وقتی به بیمارستان می‌آید استقلال خودش را از دست می‌دهد. باید چشمش به دست اینها باشد. من هر کاری انجام می‌دهم تا به کسی نیازمند نشوم»....

من بدن خودم را بهتر می‌شناسم. چه چیزهایی، چه غذاهایی به من می‌سازد؛ کدام نمی‌سازد.

امکان تأمین سطوح بالاتری از نیازها، همچون ارتباط، مشارکت و آگاهی، کمتر امکان پذیر خواهد بود. تمامی مشارکت کنندگان به کمبود امکانات لازم برای رفع نیازهای اساسی انسانی اشاره کردند که بر روند بهبود و درمان آنان نیز تأثیر گذار بود. این طبقه که از گفته‌های تمامی مشارکت کنندگان استخراج شد در تجربیات بیماران با وضوح، فراوانی و شدت بیشتری به چشم می‌خورد. بیماران اظهار داشتند کمبود امکانات رفاهی در روند خواب، استراحت و تسکین درد آنان در مدت بستری تأثیر گذار بوده، منجر به بروز اختلالاتی در احساس آرامش، آسودگی جسمی و روانی آنان شده است. سالمند ۷۴ ساله‌ای در این خصوص ابراز داشت:

«توی راهروی بخش، صدا می‌پیچد، یک عده هم بلند بلند حرف می‌زنند، این جوری من اصلاً نمی‌تونم بخوابم. آدم در پیری همین جوری بی‌خوابی دارد، این شرایط هم وضعیت را بدتر می‌کند».

اکثر بیماران سالمند بر اهمیت پاکیزگی وسایل اتاق و سرویس‌های بهداشتی بخش و کمبود امکانات برای تعویض لباس و ملحفه تأکید داشتند. خانم ۷۶ ساله‌ای گفت:

«یک عمر توی ملحفه تمیز بودم خوب برای هم سن و سال‌های من سخت است. ما انتظار داریم ملحفه‌ها مون تمیز باشه. نباید ملحفه دیر به دیر عوض بشه.... ببینید پتوشون چقدر کهنه است».

به دلیل مشکلات فراوان جسمی و ذهنی، سپری کردن وقت در طی زمان انتظار برای انجام امور تشخیصی، درمانی و مراقبتی برای سالمندان بستری در بیمارستان سخت و طاقت‌فرسا بود. آقای ۷۲ ساله با ناراحتی بیان داشت:

«می‌دانید که انتظار کشیدن، اعصاب را چه جوری به هم می‌ریزد. انتظار کشیدن برای همه چیز، آزمایش، عکس‌برداری، وقت جراحی. خودتون بهتر می‌دونید که این انتظار کشیدن کشنده است. هم اعصاب خودتون را و هم اعصاب خانواده تون را به هم می‌ریزه. بعضی از این مریض‌های جوان

مشکلات ناشی از بیماری کنار بیابند و استرس و نگرانی کمتری در مورد اقدامات درمانی جاری احساس کنند. سالمندان به بی‌توجهی پرستاران نسبت به شأن خود حساس بوده و نیاز خود را به تکریم و احترام، به وضوح بیان می‌کردند. در زیر نمونه‌ای از تجربیات سالمندان در این مورد ارائه می‌شود:

«... من جای پدرشون هستم طوری حرف می‌زنند، انگار با بچه حرف می‌زنند... به جای اینکه به من کمک کنند، سعی دارند بگویند که چه کاری انجام بدهم. این نهایت بی‌نزاکتی است...»

سالمندی در قسمتی از گفته‌هایش اظهار کرد:

«به من توجه نمی‌کنن. بی‌احترامی کردن به آدمهایی تو سن و سال ما درست نیست. ما که همسن و سالشون نیستیم.»

«دیدن محل فتق شکم برایشون جالبه، همدیگر را صدا می‌کنن، لباسم را بالا می‌زنن، به هم نشونش می‌دن... ولی بعدش یکشویون نمی‌کنه لباسمو پایین بیاره یا به خاطر آزار و اذیتشون معذرت بخواد.»

۵) تأمین اطلاعات ضروری

در تجربیات مشارکت کنندگان سالمند، ارائه اطلاعات از سوی پرستاران، در زمینه مراقبت‌های لازم و نیز اطلاع از پیامدهای بیماری جایگاه ویژه‌ای داشت. نیاز به آگاهی از وضعیت موجود و آتی بیماری، نگرانی از ناکافی بودن اطلاعات برای تصمیم‌گیری و نارسایی آموزش‌های ارائه شده از تجارب بیماران سالمند مورد مطالعه بود. آقای سالمند ۶۹ ساله‌ای گفت:

«جواب خسته نباشید من پیرمرد را هم نمی‌دهند. حرف که نمی‌زنند، بگویند، الان برای این آزمایش، من چه کاری باید بکنم، این ظرف را گذاشته‌اند اینجا، نمونه بدهم. راهنمایی نکردند. نمی‌دانم باید صبر کنم دوباره بیابند حداقل توضیح بدهند. من احتیاج دارم خوب خوب برام توضیح بدهند. چند بار بگویند تا به خاطرماند»

می‌خواهند به جای من تصمیم بگیرند. یک دفعه به‌شون گفتم. حساسی به‌شون برخورد، ناراحت شدند. بعدش هم، من تاوانش را پس دادم. کلی تهوع و استفراغ داشتم.»

۳) درک مبتنی بر همدلی

یکی دیگر از مقوله‌های مهم و اساسی در تجربه مشارکت کنندگان تحقیق حاضر، این احساس بود که پرستاران قادر به درک شرایط آنان نیستند و توجه و همدلی لازم را در مراقبت از آنان ندارند. در این مورد طبقه «درک مبتنی بر همدلی» در تجربیات مشارکت کنندگان پدیدار شد. سالمند ۶۹ ساله‌ای بیان داشت:

«بعضی وقتا اینا {اشاره به پرستاران} فکر نمی‌کنن که خودشوئم ممکنه یک روز پیر و مریض بشن. بدحال بشن. روی همین تخت‌ها بیفتن... اصلاً رعایت حالتو نمی‌کنن... ملاحظه تو رو نمی‌کنن.»

مشارکت کنندگان اظهار کردند که در طی مدت بستری بارها شرایطی پیش آمده که برای درک شرایط موجود و تطابق با موقعیت، نیاز به کمک پرستاران داشتند. خانم سالمند ۷۶ ساله‌ای در این مورد اظهار کرد:

«یکی از این خانم پرستارا، آنقدر با مهربانی با من حرف زد که ترسم از عمل کم شد. دیگه دلشوره جراحی پس فردا را ندارم. پرستار خوبی است من را قشنگ می‌فهمه، حتماً مادری یا فامیلی در سن و سال من دارد... ما احتیاج داریم تا کسی بهمون اعتماد بده، شرایطمون را درک کند.»

۴) تکریم و حفظ شأن و منزلت

نیاز بیمار به احساس مهم بودن، احترام به تمامیت و حفظ شأن و منزلت او به مثابه یک انسان در گفته‌های مشارکت کنندگان به چشم می‌خورد. مشارکت کنندگان اظهار داشتند تکریم و احترام از سوی پرستاران به ایجاد حس ارزشمندی در آنها منجر شده، در روند مراقبت حائز اهمیت است و سبب می‌شود که آنها بهتر بتوانند با

سالمند ۷۴ ساله‌ای با گلاپه‌مندی در حالی که دنبال پمفلت می‌گشت گفت:

«یک کتابچه کوچکی دادند اما من که چشم ندارم بخونم باید برام بخونن».

یکی دیگر از نیازهای مطرح شده، تأکید بر لزوم اطلاع یافتن از روند فعالیت‌های مراقبتی و درمانی در مدت بستری در بیمارستان بود، که بسیاری از مشارکت‌کنندگان از آن به عنوان حقوق حقه خود یاد می‌کردند. خانم سالمند دیگری در این خصوص گفت:

«هرکاری خودشون بخوان می‌کنن. ما رو اصلاً به حساب نمی‌آرن. با همراه {اشاره به دخترش} حرف می‌زنن؛ اما به من هیچی نمی‌گن. مثلاً مریضی منه... نمی‌فهمم چرا نباید من خودم بدونم. درسته من پیر شدم. اما می‌خوام وضع خودم را بدونم. این ربطی به سن و سال نداره، این حق منه...»

همچنین مشارکت‌کنندگان نگران بودند که ممکن است پس از ترخیص به خوبی نتوانند از خود مراقبت کنند. مشارکت‌کننده ۷۲ ساله‌ای که از سمعک استفاده می‌کرد، اظهار داشت:

«یه دکتره اومد یک کلماتی تند تند بلغور کرد خارجی گفت، انگلیسی گفت، نفهمیدم. غروب شد از پرستار پرسیدم، خدا عمرش بدهد، برای من توضیح داد. حالا موقعی که مرخص بشم، می‌دانم چکار کنم»

۶) القای امید و خوش بینی

از دیدگاه برخی مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، داشتن حس اعتماد به پرستاران در طی فرایند مراقبت و درمان منجر به شکل‌گیری حس امید و خوش بینی می‌گردد. تأمین این نیاز به حمایت روانی و عاطفی نیازمند است. آقای سالمندی ابراز داشت:

«من احساس بهتر شدن دارم چون به نظر من آنها به مشکل من پی برده‌اند. نمی‌دانم درمان می‌شوم یا

نه؟. اما به نظرم قابل کنترل است و هر کار را که بتوانند انجام می‌دهند، به آنها اعتماد دارم.»

مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که از کارکنانی که نیازهای درمانی و مراقبتی آنها را تشخیص داده، شرایط روحی و روانی آنان را درک می‌کنند و در مورد ادامه درمان و بهبودشان به آنها امید و انگیزه می‌دهند، رضایت داشته، سپاسگزار هستند.

«مریض احتیاج به امید داره، احتیاج به اطمینان داره، از پرستارها راضی‌ام. به امید خدا و کمک اینها همین روزها خوب می‌شم و بعدش هم انشاء... مرخص می‌شم».

بحث

این مطالعه به منظور تبیین نیازهای تجربه شده بیماران سالمند بستری در بیمارستان با استفاده از رویکرد کیفی صورت گرفت. داشتن یک نگاه طبیعت‌گرا، به دور از پیشداوری و فارغ از محدودیت‌های پارادایم اثبات‌گرایی برای گردآوری و کنار هم گذاردن این تجربیات و دیدگاه‌های گوناگون طی مواجهه‌ای عمیق و همه‌جانبه با موضوع، از خصوصیات مطالعه حاضر به شمار می‌رود. طبقات اصلی پدیدار شده از تجزیه و تحلیل گفته‌های مشارکت‌کنندگان در این مطالعه شامل: برخورداری از امکانات رفاهی اولیه، مشارکت در مراقبت، درک مبتنی بر همدلی، تکریم و حفظ شأن و منزلت، تأمین اطلاعات ضروری و القای امید و خوش بینی بود.

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بیماران سالمند در مدت بستری شدن در بیمارستان با مشکلات خاصی مواجه می‌شوند. فلیتچر^۱ (۲۰۰۰) منابع متعددی را در این زمینه بررسی کرده، اظهار داشت که: بیمارستان‌ها مکان‌های خطرناکی برای سالمندان به شمار می‌آیند (۱۸). بولا و پالمر^۲ (۱۹۹۷) اظهار کردند که سالمندان در طول مدت بستری شدن در بیمارستان، ممکن است دچار وابستگی عملکردی، اختلال عملکرد شناختی، ناهنجاری‌های خلقی، و سوء تغذیه شوند (۱۹). به نظر می‌رسد این شرایط از

مشارکت در برنامه‌های مراقبتی درمانی و ضرورت داشتن رضایت، از انجام این برنامه‌ها اشاره می‌کردند که ناشی از عدم محوریت آنان در خدمات بهداشتی درمانی بود. از دیدگاه بیماران سالمند مشارکت داشتن در این مطالعه، مشارکت داده شدن در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی‌های مراقبتی به عنوان یک نیاز در طول دوران بستری مطرح گردید که اغلب پرستاران به آن توجهی ندارند. شواهد، بیانگر آن است که در برخی موارد ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی تمایل بیماران برای دریافت اطلاعات را دست کم گرفته و به آن توجه نمی‌کنند (۲۵)؛ و معمولاً مددجویان و خانواده‌های آنان در تصمیم‌گیری درباره درمان و ترخیص دخالت داده نمی‌شوند (۲۶). سیستم خدمات درمانی کشور ایران، همانند بسیاری از کشورهای دیگر تحت تأثیر دیدگاه پدر سالارانه قرار دارد. این دیدگاه در سیستم خدمات درمانی عموماً به معنی تصمیم‌گیری پرسنل ارائه دهنده خدمات به جای بیماران، بدون در نظر گرفتن دیدگاه‌های خود آنان است (۲۷). این در حالی است که مشارکت در مراقبت و تشریح مساعی و سهیم بودن در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی از حقوق مددجویان بوده، باعث رضایتمندی بیشتر بیماران بستری می‌شود (۲۸).

مطالعه ما نشان می‌دهد که در روند بستری شدن در بیمارستان، سالمندان در روزهای نخست، بیشتر بر نیازهای پایه و امکانات رفاهی بیمارستان متمرکز شده، سپس به تدریج با افزایش طول مدت اقامت، بر محور استقلال و عدم وابستگی و نیز مورد تکریم قرار گرفتن تأکید می‌کردند. به چنین یافته‌ای در سایر منابع اشاره نشده بود که لزوم بررسی و تحقیق بیشتر را می‌طلبد. جولایی (۱۳۸۶) معتقد است بیماران معمولاً انتظار دارند به خدمات پزشکی و پرستاری به آسانی دسترسی داشته باشند و کلیه اقدامات مربوط به تشخیص و درمان آنها با سرعت و به درستی انجام پذیرد، با افراد آگاه، قابل اعتماد و مؤدب سروکار داشته باشند و چگونگی و محل ارائه خدمات بهداشتی مورد نظر را بدانند. در حالیکه امروزه بیماران وقت، انرژی و هزینه زیادی را برای تأمین ساده‌ترین نیازهای خود در بیمارستان‌ها از دست می‌دهند (۲۹). شواهد نشان می‌دهد احساس دیده و شنیده شدن توسط

اثرات متقابل پیری، بیماری‌های مزمن، بیماری‌های حاد و محیط فیزیکی ناشی می‌شود. در بررسی مروری جکلون^۱ (۲۰۰۳) بر مفهوم «تحمیل کردن شرایط جدید» و شناسایی عوامل کاهنده استرس نظیر برقراری ارتباطات مناسب تأکید شده است (۲۰). همچنین فرید و همکاران^۲ (۲۰۰۰) معتقد بودند که یکی از دلایل اصلی آن که برخی از بیماران سالمند مراقبت در خانه را به بستری شدن در بیمارستان ترجیح می‌دهند، تجربه بد بستری شدن‌های آنها در گذشته است. برخی از بیماران از برخوردهای نامناسب پرستاران و این احساس که در طی بستری بودن به آنها اهمیت داده نشده، شکایت داشتند (۲۱). همچنین مطالعه لوری و همکارانش^۳ (۱۹۹۷) که با هدف مقایسه درک نیازها و توقعات بیماران و پرستاران انجام شد، نشان دهنده عدم تطابق و ناهماهنگی انتظارات این دو گروه و ناآگاهی پرستاران از نیازهای واقعی و منطقی سالمندان بستری بود (۲۲). به عبارت دیگر، افراد مشارکت‌کننده در تحقیق ما نیز، نظراتی مشابه اظهار نظرات بیماران مطالعات فوق داشتند.

طبقه تکریم و احترام، شامل نظراتی متفاوت بود که نشان می‌دهد اغلب بیماران احساس می‌کنند پرستاران برای آنها ارزش قائل نیستند و این تجربه‌ای است که سبب رنج و ناراحتی آنان شود. برخی دیگر از مشارکت‌کنندگان، تمامی فعالیت‌ها و عملکرد پرستاران را تلاشی در جهت بهبود بیماری تلقی می‌کردند. شواهد نشان می‌دهد که برخی از سالمندان، محیط بیمارستان را برای انجام کارهای درمانی و مراقبتی محیطی امن می‌دانند و ترجیح می‌دهند جهت امور درمانی در بیمارستان بستری شوند (۲۱). مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، بستری شدن را پدیده‌ای استرس‌زا همراه با فاکتورهای متعدد تهدیدکننده ذکر می‌کردند. این ادراک با سایر مطالعات موجود در این زمینه مطابقت دارد (۲۳). شواهد، بیانگر آن است که پرستاران در کاهش عوامل استرس‌زا، کمک به بیماران و خانواده آنها در سازگاری با تجربه بستری و کوتاه‌سازی مدت بستری بسیار تأثیرگذار هستند (۲۴).

در مطالعه حاضر بیماران با عبارات خود به نیازهای برطرف نشده‌ای همچون دریافت اطلاعات، حق انتخاب،

جهت پرکردن وقت در زمان بستری شدن، شاخص‌های امید و خوش‌بینی و تهدیدهای احساس شده توسط بیماران در این نوبت بستری و بستری‌های قبلی باشد. نتایج این گونه ارزیابی‌ها، در کنار سایر تحقیقات انجام شده در این زمینه، در صورت لحاظ شدن در آموزش پرستاران می‌تواند در ایجاد تجارب مثبت از بستری شدن که در حال حاضر در قیاس با پیامدهای منفی بستری قوت‌چندانی ندارند، نقشی مؤثری داشته باشد.

در مطالعه کیفی حاضر محدودیت‌هایی وجود داشت که عبارت بودند از: تنوع قومی افراد مشارکت‌کننده در مطالعه، تعمیم را در این تحقیق با مشکل مواجه می‌سازد. افراد با پیشینه قومی، موقعیت جغرافیایی و اقتصادی-اجتماعی متفاوت، نگرش‌های متفاوتی نسبت به یک پدیده و موضوع دارند. به علاوه سن بیماران این مطالعه بین ۸۱-۶۵ سال بود. ممکن است بیماران مسن‌تر نگرش‌های متفاوتی داشته باشند.

نتیجه‌گیری

این مطالعه به تبیین دیدگاه سالمندان، پیرامون نیازهای آنان در طول بستری در بیمارستان پرداخته و منجر به استخراج طبقات اصلی برخورداری از امکانات اولیه رفاهی، القای امید و خوش‌بینی، امکان مشارکت در مراقبت، تکریم و حفظ شأن و منزلت، درک مبتنی بر همدلی، و تأمین اطلاعات ضروری شده است. یافته‌های این پژوهش علاوه بر بیان نیازهای بیماران سالمند، عملکرد ضعیف گروه مراقبت را نیز به تصویر میکشد. لذا با ارائه برنامه‌هایی جهت بازشناسی توانمندی‌ها، پرورش مهارت‌ها و ارائه آموزش‌های لازم به گروه مراقبت، زمینه لازم برای ارتقای شایستگی پرستاران در ارائه خدمات مددجو محور، درک بهتر و بیشتر مددجویان سالمند و پاسخ‌گویی به نیازهای آنان و نیز مشارکت بیشتر این مددجویان در امر مراقبت را می‌توان فراهم کرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه به خاطر صبر، حوصله و همچنین اعتمادشان به محققین، صمیمانه، ابراز می‌دارند.

بیماران، عنصر مهمی در درک تجربه «دریافت مراقبت» است (۳۰). در بیانات سالمندان مشارکت‌کننده در این مطالعه به اهمیت «شنیده شدن» و «دیده شدن» به عنوان یکی از زیر طبقات مورد تکریم قرار گرفتن بارها اشاره شده است. مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند در لحظاتی که پرستار به نگرانی‌ها و دغدغه‌ها و احساساتشان گوش فرا داده‌اند، آنها احساس خوشایندی را تجربه نموده‌اند.

شواهد نشان می‌دهد که بیماران حضور همدلانه، توجه و گفت‌وگوی دوجانبه پرستار و/پزشک را با خود از حقوق اولیه شان می‌دانند (۲۹).

بنابراین بیماران سالمند با مشکلات خاصی در حین بستری شدن در بیمارستان مواجه هستند. بررسی مطالعات در این زمینه، حاکی از آن است که بستری شدن افراد مسن در بیمارستان، پیامدهای منفی جسمی و شناختی فراوانی در پی دارد. سالمندان بستری به اقتضای ویژگی‌های بخشی که در آن بستری هستند، در مواردی چون نحوه پیگیری و میزان تغییر مطلوب حاصل شده در نتیجه درمان، وضعیت سلامت و سایر شرایطی که با آن مواجهند، نیاز به آموزش و اطلاعات دارند و کسب چنین اطلاعاتی علاوه بر اینکه باعث جلب اطمینان آنان می‌شود؛ باعث همکاری بهتر آنان در روند مراقبت و درمان خواهد شد. اهمیت ارائه اطلاعات به سالمندان بستری در این زمینه، طی پژوهش‌هایی روشن شده است (۳۱). همچنین نتایج تحقیقات بیانگر آن است که افراد سالمند، به دنبال دریافت اطلاعات مورد نیاز، همکاری بیشتری در روند درمان خود داشته و رضایت بیشتری از درمان تجربه کرده‌اند (۳۲). توجه به این نیازها و ایجاد توانایی‌ها و مهارت‌هایی همچون توانایی برقراری ارتباط مراقبتی و نیز ویژگی‌هایی همچون القای امید و خوش‌بینی و فراهم نمودن محیط حمایتی، باید اساس کار پرستاران قرار گیرد. شایان ذکر است که تدوین و کاربرد پروتکل‌هایی به منظور بررسی تجارب بیماران در زمان پذیرش که در برگزیده ارزیابی درک بیمار از تجربه بستری شدن در بیمارستان باشد، این امکان را فراهم می‌سازد که عوامل اصلی استرس‌زای موجود شناسایی شوند. این پروتکل‌ها باید در برگزیده ارزیابی‌هایی نظیر نگرانی‌های بیمار، فعالیت‌های مورد نظر

REFERENCES

منابع

- ۱- امیر صدرايي ا، سليماني ح. بررسی پدیده سالمندی در ایران و پیامدهای آن. مجله بهداشت و سلامت ۱۳۸۴؛ ۱(۴): ۱۹-۳۵.
- 2- Hughes LC, Hodgson NA, Muller P, Robinson LA, McCorkle R. Information needs of elderly postsurgical cancer patients during the transition from hospital to home. *JNS* 2000; 32(1): 25-30.
- 3- Girard NJ. Gerontological nursing in acute care setting. In: Maeteson MA, McConnell ES, Linton AD. *Gerontological nursing: Concepts and practice*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1997. pp. 855- 95.
- 4- Jacelon CS. Managing personal integrity: The process of hospitalization for elders. *J Adv Nurs* 2004; 46(5): 549-57.
- 5- Eliopoulos C. *Gerontological nursing*. 6nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- 6- Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck JC. *Comprehensive Geriatric Assessment*. New York, NY: McGraw-Hill; 2001.
- 7- Mohr WK. *Psychiatric-mental health nursing*. 5nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2003.
- 8- Honson SMH. *Family health care nursing: theory, practice and research*. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis; 2000.
- ۹- عابدی ح، خادمی م، دریایی ر، علیمحمدی ن. نیازهای همراهان بیمارستان سالمند بستری در بیمارستان: زیربنایی برای آموزش پرستاری. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی ۱۳۸۵؛ ۱(۶): ۵۶-۷۳.
- 10- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Harvard Medical Practice Study I. *Qual Saf Health Care* 2004; 13(2):145-51.
- 11- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Eng J Med* 1991 Feb 7; 324(6):377-84.
- 12- McLafferty I, Morrison F. Attitudes towards hospitalized older adults. *J Adv Nurs* 2004; 47(4): 53-446.
- 13- Krippendorff K. *Content analysis: an introduction to its methodology*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2004.
- 14- Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing Research*. 6nd ed. Philadelphia: Lippincott; 2006. pp. 6-332.
- ۱۵- فروغان م، جعفری ز، شیرین بیان پ، قائم مقام فراهانی ض، رهگذر م. هنجاریابی نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی و تعیین همبستگی آن با آزمون معاینه مختصر وضعیت شناختی در سالمندان ایرانی. مجموعه مقالات سومین کنگره بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ۱۳۸۶: ۳۶.
- 16- Kvale S. *Interviews: an Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1996. pp. 66-72.
- ۱۷- پرویزی س، امینی زاده خ، ثناگو، سپهوند ف. تبیین مفهوم خانواده سالم از دیدگاه نوجوانان زنجان. پژوهش پرستاری ۱۳۸۸؛ ۴(۱۲): ۷-۱۷.
- 18- Fletcher K. Acute care. In A.G. Lueckenotte. *Gerontologic nursing*. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 2000. pp. 757-70.
- 19- Palmer RM, Bolla L. when your patient is hospitalized: tips for primary care physicians. *Geriatrics* 1997; 52(9):36-42, 47.
- 20- Jacelon C. S. Managing personal integrity: the process of hospitalization for elders. *J Adv Nurs* 2004; 46(5): 549-57.
- 21- Fried TR, van Doorn C, O'Leary JR, Tinetti ME, Drickamer MA. Older person's preferences for home vs hospital care in the treatment of acute illness. *Arch Intern Med*. 2000 May 22; 160(10):1501-6.
- 22- Lauri S, Lepisto M, Kappeli S. Patients' needs in hospital: nurses' and patients' views. *J Adv Nurs* 1997; 25(2): 339-46.
- 23- Tutton E, Seers K. Comfort on a ward for older people. *J Adv Nurs* 2004; 46(4):380-9.
- 24- Yousefi H, Abedi HA, Yarmohammadian MH, Elliotti D. Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *J Adv Nurs* 2009; 65(9):1891-8.
- 25- Merakou M. Satisfying patients' rights: A hospital patient survey. *Nursing Ethics* 2001; 8 (6): 499-510.
- 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- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 5nd ed. New York: Oxford; 2001.

REFERENCES

منابع

- 28- Bastable S. Nurses as educator, principles of teaching and learning for nursing practice. 2nd ed. Subuny: Jones and Bartlett; 2003.
- ۲۹- جولایی س، نیک بخت نصرآبادی ع. پارسا یکتا ز. تبیین پدیدارشناسی حقوق بیماران [رساله دکتری پرستاری]. دانشکده پرستاری و مامایی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران؛ ۱۳۸۶.
- 30- Joolaee S, Nikbakht-Nasrabadi A, Parsa-Yekta Z, Tschudin V, Mansouri I. An Iranian perspective on patents' rights. *Nursing Ethics* 2006; 13(5):488-502.
- 31- Hughes M, Heycox K. Promoting reflective practice with older people: Learning and teaching strategies. *Australian Social Work* 2005; 58(4): 344.
- 32- Sauaia A, Min SJ, Leber C, Erbacher K, Abrams F, Fink R. Postoperative pain management in elderly patients: correlation between adherence to treatment guidelines and patient satisfaction. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(2): 274-82.