

بررسی وضعیت موجود و مورد انتظار در تأمین آسایش بیماران بستری در بخش‌های همودیالیز بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۳۹۵

علیرضا ولیان^۱، ماریا کلهر^۲، دایم روشنی^۳، محمد فتحی^۴*

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۱۱/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۰۲/۰۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: تأمین آسایش جزء اساسی مراقبت‌های پرستاری و اصلی‌ترین خواسته بیماران در زمان بستری در بیمارستان است. لذا این پژوهش با هدف تعیین وضعیت موجود و مورد انتظار در تأمین آسایش بیماران بستری در بخش‌های همودیالیز انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی مقایسه‌ای بود که در آن ۲۹۰ بیمار همودیالیزی در بیمارستان‌های شهرستان‌های مختلف استان کردستان که ساختار فیزیکی بخش‌ها، تجهیزات پزشکی، ویژگی بیماران و مسائل فرهنگی آنان تا حد زیادی شبیه هم بودند در سال ۱۳۹۵ مورد بررسی قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها از فرم دموگرافیک و پرسشنامه کالکابا استفاده شد که شامل دو قسمت وضعیت موجود و مورد انتظار آسایش بود. داده‌ها بعد از روای و پایایی پرسشنامه جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS 21 انجام شد.

یافته‌ها: نمونه‌های شرکت کننده در پژوهش حاضر معتقد بودند که بهترین وضعیت تأمین آسایش موجود، در حیطه‌ی روانی- معنوی (۳۳/۶۳) و سپس فرهنگی - اجتماعی (۲۹/۲۳) می‌باشد و ضعیف‌ترین حالت در حیطه‌ی محیطی (۲۱/۸۲) بوده است. بیشترین انتظار بیماران در تأمین آسایش در حیطه‌ی روانی - معنوی (۳۷/۵۰) و کمترین انتظار را در حیطه‌ی محیطی (۲۵/۷۰) بود.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان داد که بیماران کمترین آسایش را در حیطه‌ی محیطی داشتند و بیشترین انتظار را در حیطه‌ی روانی - معنوی داشتند بنابر این توصیه می‌شود که پرستاران بخش همودیالیز در ارائه آسایش محیطی و مراقبت فیزیکی و روانی- معنوی توجه بیشتری داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: آسایش، وضعیت موجود، وضعیت مورد انتظار، همودیالیز

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره سوم، پی‌دربی ۱۰۴، خرداد ۱۳۹۷، ص ۱۵۵-۱۴۹

آدرس مکاتبه: سندج، بلوار پاسداران، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دانشکده پرستاری مامایی، تلفن: ۰۹۱۸۸۷۰۸۴۷۴

Email: Mohammad.fathi@muk.ac.ir

مقدمه

این بیماری به ۴۹۹ نفر به ازای هر میلیون نفر جمعیت رسیده بود (۵) در حال حاضر بیش از ۳۳ هزار بیمار مراحل انتهایی نارسایی کلیه در ایران وجود دارد(۶) با توجه به اعلام کارشناس بیماری‌های معاونت درمان در استان کردستان تعداد ۴۹۵ نفر تحت همودیالیز هستند. بیشترین روش درمان جایگزینی عملکرد کلیه برای بیماران ESRD، همودیالیز می‌باشد (۷).

این بیماران به منظور انجام همودیالیز در هفته سه بار و هر بار به مدت سه تا چهار ساعت در بیمارستان بسر می‌برند و این مسئله می‌تواند روی برنامه‌ی شغلی، وضعیت استخدامی، اقتصادی، عزت

مدیریت و پاسخ به بیماری‌های مزمن چالش مهمی برای سیستم‌های بهداشتی می‌باشد (۱) بیماری مزمن کلیوی در طی ۱۰ سال گذشته به عنوان یک مشکل عمومی سلامت توجه بیشتری را به خود جلب نموده است و پیامد آن کاهش توقف ناپذیر تعداد و کارکرد نفرون‌ها است و در بسیاری از موارد منجر به بیماری کلیوی مرحله‌ی انتهایی ESRD^۱ می‌شود (۲، ۳). شیوع نارسایی مزمن کلیه در جهان ۲۴۲ نفر در هر میلیون نفر است و سالانه ۸ درصد افزایش می‌یابد (۴). در آمریکا در سال ۲۰۱۱ میانگین بروز

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سندج، ایران

^۲ مربی، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سندج، ایران

^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سندج، ایران

^۴ استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سندج، ایران (نویسنده مسئول)

^۱. End- stage renal disease

بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی کردستان در شهرهای مختلف که ساختار فیزیکی بخش‌ها، تجهیزات پزشکی، ویژگی بیماران و مسائل فرهنگی آنان تا حد زیادی شبیه هم بودند تشکیل دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سابقه حداقل شش ماه انجام همودیالیز، هوشیار و بیماری روانی نداشته باشند، توانایی برقراری ارتباط کلامی داشته و همودیالیز به صورت اورژانسی نباشد و بیماری مزمن زمینه‌ای مانند آرتریت روماتوئید پیشرفته و زمینه کمر درد شدید که به دلیل ماهیت بیماری آسایش بیمار مختل شود، نداشته باشد و معیار خروج نیز عدم تمایل به ادامه همکاری و یا تغییر در حالت عمومی، ناقص بودن اطلاعات پرسشنامه، تجویز یا مصرف هر گونه داروی مخدر یا آرامبخش، ضد افسردگی و اضطراب در حین مطالعه تعیین شد. در ابتدا به بیماران اطلاعات لازم در مورد اهداف مطالعه ارائه و رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه از آنها اخذ گردید.

برای برآورد حجم نمونه لازم با توجه به هدف پژوهش با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض اینکه اختلاف بین وضعیت موجود با مورد انتظار آسایش حداقل ۱۰ درصد میانه ابزار باشد تا این تفاوت از نظر آماری تلقی گردد. پس از مقدارگذاری در فرمول ۲۹۲ نفر تعیین گردید.

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2 - r\sigma_1\sigma_2)}{d} \quad n = \frac{(1.96 + .83)^2}{5} * \frac{(25^2 + 25^2 - .5 * 25 * 25)}{5} = 292$$

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه، پرسشنامه آسایش کالکابا بوده که دارای دو بخش می‌باشد. بخش اول شامل خصوصیات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش (جنس، سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال) می‌باشد. بخش دوم آن شامل گویه هایی است که وضعیت موجود و مورد انتظار بیماران را در زمینه آسایش در ابعاد فیزیکی (۷ سؤال)، محیطی (۷ سؤال)، روانی معنوی (۱۰ سؤال)، و اجتماعی فرهنگی (۸ سؤال) را در بخش‌های همودیالیز بررسی می‌کند. در طراحی پرسشنامه، از پرسشنامه راحتی کالکابا ایده گرفته شد. پرسشنامه شامل دو نسخه است که یک نسخه، وضعیت موجود آسایش بیماران را ارزیابی می‌کند و نسخه دوم وضعیت مورد انتظار بیماران در زمینه آسایش را مورد سنجش قرار می‌دهد. هر کدام از نسخه‌ها از ۳۲ گویه تشکیل شده است که با افعال زمانی حال و آینده قابل تمایز می‌باشد. تعداد ۳۲ گویه مشتق شده از چهار حیطه فوق با مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت از عدد یک به عنوان گزینه کاملاً مخالف، تا عدد ۵ به عنوان گزینه کاملاً موافق اندازه گیری می‌شود. گویه های با جهت منفی، در امتیاز دهی، معکوس گویه های با جهت مثبت لحاظ شدند. نمره کل

نفس و سطوح بالای وابستگی تأثیر قابل توجهی داشته باشد (۸). بیماران تحت درمان با همودیالیز به طور مداوم به بخش مراجعه می‌نماید به گونه‌ای که بخش به عنوان منزل دوم آنها محسوب می‌شود، پس باید در آن احساس راحتی و آرامش کنند (۹). تسای و همکاران می‌نویسند که اکثر بیماران همودیالیزی دارای سبک زندگی غیر فعال می‌باشند (۱۰). انجام دیالیز، سبک زندگی بیمار را تغییر می‌دهد و با وجود کشمکش‌های فراوان تلاش می‌کنند که استقلال فردی خود را حفظ نمایند و ممکن است واکنش‌هایی نسبت به محیط و پرسنل انجام دهند (۱۱).

ایجاد راحتی حین و بعد از دیالیز برای بیمار مهم می‌باشد است و یکی از اهداف اصلی مراقبت و هنر پرستاری شناسائی و اجرای معیارهای راحتی است (۱۲). تأنی و راجی می‌نویسند که پرستاران در مراقبت از این بیماران نقش محوری داشته و مسؤل مستقیم مراقبت از بیماران تحت همودیالیز هستند (۱۳، ۱۴). بنا بر این یکی از وجوه مهم پرستاری در حیطه‌ی عملکردی، حفظ آسایش بیمار می‌باشد و تأمین آسایش بیماران بخش جدا نشدنی از پرستاری است (۱۵). ممکن است راحتی در دیالیز به طرق مختلف بیان شود ولی راحتی ایده آل از لحاظ بیمار می‌تواند یک درمان دیالیز بدون عارضه یا حادثه تعریف گردد (۱۶). کالکابا نظریه‌ای اختصاصی در مورد آسایش بیان کرده است و آسایش را توانایی برآوردن نیازهای انسانی، تسکین، آسایش و تعالی در ابعاد جسمی، روحی و روانی، فرهنگی و اجتماعی و محیطی می‌داند (۱۵).

علی‌الرغم مطالعات انجام شده در مورد بیماران دیالیزی، مطالعات اندکی در ارتباط با آسایش و عوامل مرتبط با آن در این بیماران صورت گرفته است. با توجه به محدودیت‌های خاص زندگی و تهدید سلامت این بیماران و اینکه مفهوم آسایش و راحتی چند بعدی و ممکن است برحسب اندیشه بیماران متفاوت باشد می‌توان از درک و تجربه خود بیماران استفاده نمود. لذا با تعیین وضعیت موجود و مورد انتظار آسایش در بخش‌های همودیالیز می‌توان موارد قابل بهبود در زمینه فراهم کردن آسایش بیماران و همچنین انتظارات بیماران را شناسایی نمود و با ارائه برنامه‌هایی جهت فراهم کردن حداکثر راحتی در سطوح (جسمی، محیطی، روانی معنوی و اجتماعی) آسودگی را در بیماران افزایش داد و روند سازگاری، مراقبت از خود و بهبودی را ارتقا داد.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی مقایسه‌ای بود که در آن، وضعیت موجود و مورد انتظار در زمینه تأمین آسایش ۲۹۰ بیمار تحت همودیالیز مورد بررسی قرار گرفت. جامعه‌ی پژوهش را ۴۹۵ بیمار مراجعه‌کننده به بخش‌های همودیالیز در ۹

درصد) افراد بیکار بودند. میانگین سنی کل نمونه‌های پژوهش، ۵۶/۵۲ سال با انحراف معیار ۱۳/۰۹۸ سال بود.

جدول شماره ۲ نشان‌دهنده وضعیت موجود و مورد انتظار در زمینه آسایش بر اساس حیطه‌های فیزیکی، محیطی، روانی معنوی و فرهنگی اجتماعی است. بیماران سطح آسایش موجود در بخش‌های همودیالیز را ۱۰۲/۰۲ گزارش کردند که بر اساس دامنه نمرات پرسشنامه، در سطح متوسط می‌باشد. بر اساس میانگین نمرات شرکت کنندگان پژوهش بر مبنای ۱۰۰، بهترین حالت در تأمین آسایش موجود در حیطه‌ی روانی- معنوی (۳۳/۶۳) و سپس فرهنگی - اجتماعی (۲۹/۲۳) می‌باشد و ضعیف‌ترین حالت در حیطه‌ی محیطی (۲۱/۸۲) گزارش کردند. بیماران وضعیت تأمین آسایش در حیطه فیزیکی را (۲۱/۸۲) گزارش نمودند. در ارتباط با مشخصات دموگرافیک و بخش آسایش موجود ارتباط معنا دار در برخی موارد حاصل شد؛ بین سن و حیطه محیطی، جنسیت و حیطه روانی - معنوی، سطح تحصیلات و حیطه‌های فیزیکی و محیطی و بین نوع شغل و حیطه‌های محیطی و فرهنگی- اجتماعی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$).

میانگین سطح آسایش مورد انتظار بیماران در بخش‌های همودیالیز ۱۱۶/۸۰ به دست آمد که در سطح بالاتری نسبت به میانگین نمرات وضعیت موجود می‌باشد. بر اساس میانگین نمرات شرکت کنندگان پژوهش بر مبنای ۱۰۰، بیشترین انتظار را در تأمین آسایش در حیطه‌ی روانی - معنوی (۳۷/۵۰) و سپس فرهنگی اجتماعی (۳۱/۰۰) کمترین انتظار را در حیطه‌ی محیطی (۲۵/۷۰) و در حیطه فیزیکی نمره (۲۷/۶۰) را گزارش نمودند. بر اساس میانگین نمرات، بین سطح تحصیلات و وضعیت مورد انتظار آسایش از نظر آماری تفاوت معنی‌داری دیده می‌شود ($P < 0/05$).

آسایش از جمع نمرات گویه‌ها با یکدیگر به دست آمد که نمره ۱۶۰ نشان‌دهنده بیشترین و نمره ۳۲ نشان‌دهنده کمترین آسایش می‌باشد. با توجه به مطالعه ذاکری مقدم و همکاران ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه وضعیت موجود آسایش (۰/۸۲) و ضریب آلفای کرونباخ وضعیت مورد انتظار آسایش (۰/۷۴) می‌باشد (۱۷).

این پژوهش به شماره IR.MUK.REC.1395/253 به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان رسید. نمونه‌گیری به روش آسان (در دسترس) صورت گرفت. پژوهشگر پس از هماهنگی لازم در سه نوبت کاری صبح و عصر و شب به بیمارستان‌ها مراجعه و شروع به جمع آوری داده‌ها نمود. فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه به وسیله پژوهشگر با روش مصاحبه و بر اساس شرایط مساعد بیمار، در بخش‌های همودیالیز تکمیل گردید. پس از گردآوری داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱، ابتدا ویژگی‌های واحدهای مورد مطالعه توصیف شد و از آمار توصیفی جهت تهیه جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و توزیع شاخص‌های مرکزی و پراکندگی استفاده شد. جهت دست یابی به اهداف پژوهش از آزمون‌های تحلیلی (من ویتنی، کراسکال والیس و ضریب همستگی اسپیرمن) استفاده گردید.

یافته‌ها

از ۲۹۲ بیمار تحت مطالعه بر اساس معیار ورود دو نفر به دلیل ناقص بودن اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه از مطالعه حذف شدند. نتیجه مطالعه حاضر در قالب جداول ۱ و ۲ ارائه شده است. جدول شماره ۱ نشان‌دهنده اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه می‌باشد. در این پژوهش، ۱۲۴ نفر (۴۲/۶۱ درصد) زن، ۱۶۶ نفر (۵۷/۳۹ درصد) مرد، (۵۶/۸ درصد) افراد بی‌سواد و (۴۳/۹

جدول (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی برخی ویژگی‌های دموگرافیک افراد مورد مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	زن	۴۲/۲
	مرد	۵۶/۵
وضعیت تأهل	مجرد	۱۱/۶
	متأهل	۸۱/۳
	مطلقه	۱/۴
	بیوه	۴/۱
تحصیلات	بی‌سواد	۵۶/۸
	خواندن-نوشتن	۱۸
	زیر دیپلم	۱۳/۶
	دیپلم	۵/۸
شغل	بالاتر از دیپلم	۳/۷
	بیکار	۴۳/۹
	کارمند	۲

متغیر	فراوانی	درصد
کارگر	۸	۲/۷
بازنشسته	۲۶	۸/۸
آزاد	۱۹	۶/۵
خانه‌دار	۱۰۱	۳۴/۴
متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن (سال)	۵۶/۵۲	۱۳/۰۹۸

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار وضعیت موجود و مورد انتظار در تأمین آسایش بیماران بستری در بخش‌های دیالیز بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۳۹۵

وضعیت حیطه	موجود		مورد انتظار		نتیجه آزمون همبستگی پیرسون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	r	p-value
فیزیکی	۲۱/۸۲	۴/۲۶۸	۲۷/۶۰	۶/۱۲۸	۰/۳۵۲	P<۰/۰۱
محیطی	۱۷/۶۲	۴/۰۸۱	۲۵/۷۰	۵/۳۳۴	۰/۳۷۸	P<۰/۰۱
روانی-معنوی	۳۳/۶۳	۴/۹۶۱	۳۷/۵۰	۷/۸۰۴	۰/۳۷۵	P<۰/۰۱
فرهنگی-اجتماعی	۲۹/۲۳	۴/۱۹۱	۳۱/۰۰	۵/۶۵۰	۰/۲۸۶	P<۰/۰۱
آسایش	۱۰۲/۰۲	۱۱/۸۹۶	۱۱۶/۸۰	۲۲/۶۲۸	۰/۴۴۷	P<۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

روزآمد نمایندند(۹). اگر چه بین سن و وضعیت موجود آسایش در حیطه‌ی محیطی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد افراد با سن بیشتر از ۸۲ سال بیشترین سطح موجود آسایش در حیطه محیطی را داشتند، ولی با توجه به این که تعداد افراد بالای ۸۲ سال یک نفر می‌باشد نمی‌توان در مورد ارتباط سن با وضعیت آسایش اظهار نظر کرد. در مطالعه ذاکری مقدم و همکاران (۲۰۱۲) بین سن و وضعیت موجود آسایش در حیطه‌ی محیطی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری گزارش نشده است(۱۷).

نتایج مطالعه جویباری و همکاران (۲۰۰۵) باهدف "آسودگی بیماران بستری: ارائه یک مدل" نشان داد عوامل محیطی لزوماً باعث بیماری نمی‌شوند اما می‌تواند باعث توسعه و پیشرفت بیماری شوند. در مراکز درمانی به‌واسطه‌ی وجود محرک تنش‌زا، بیماران تحت تنش جسمی و روحی شدید قرار دارند. از این رو جا دارد تا حد امکان از نآسودگی‌های محیطی کاست تا بیماران بتوانند انرژی خود را برای انطباق با بیماری خود صرف کنند(۱۹). نتایج مطالعه شفیع پور و همکاران(۲۰۱۲) نشان داد که بیماران آسایش حاصل از منابع انسانی را بیش‌تر از محیط و امکانات مدرن دریافت می‌کنند(۱۸). بین جنسیت و وضعیت موجود آسایش در حیطه روانی - معنوی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری دیده می‌شود، بر اساس میانگین نمرات، افراد مؤنث آسایش بیشتری را نسبت به مردان گزارش کرده بودند. در مطالعه ذاکری مقدم و همکاران (۲۰۱۲) بین جنسیت و وضعیت موجود آسایش در حیطه روانی- معنوی از نظر آماری تفاوت

در وضعیت موجود آسایش در حیطه‌ی فیزیکی، بیماران بیشترین سطح آسایش را در توانایی تحمل درد و کمترین آسایش بیماران در حیطه‌ی فیزیکی مربوط به احساس بی‌حسی در پاها می‌باشد. نتایج مطالعه شفیع پور و همکاران (۲۰۱۲) با هدف "درک بیماران جراحی قلب از منابع آسایش بخش‌نشان داد فراهم آوردن زمینه‌های آرامش و آسایش بیماران در حیطه فیزیکی توسط پرستاران باعث ارتقای مراقبت پرستاری و بهبود عملکرد حرفه‌ای پرستار است (۱۸). در وضعیت موجود آسایش در حیطه محیطی، بیماران بیشترین سطح آسایش را در زمینه‌ی درجه حرارت مناسب در بخش همودیالیز و کمترین سطح آسایش بیماران مربوط به نور محیط بخش‌های همودیالیز می‌باشد. نتایج مطالعه‌ی برزو و همکاران (۲۰۱۳) با هدف "تبیین درک و تجربه بیماران از رفتارهای مراقبتی پرستاران در تأمین راحتی حین همودیالیز" نشان داد بیماران تحت همودیالیز باید در محیطی آرام و به امکانات مناسب دسترسی داشته باشند و باید موارد آزار دهنده محیطی برطرف شوند و نهایت تلاش توسط تیم درمان و مسئولین بیمارستان‌ها در جهت رفع موانع محیطی موجود و قابل کنترل صورت گیرد و این کار جز با مداخله پرستاران و مسئولین بیمارستان میسر نمی‌گردد. مدیران و برنامه ریزان سلامت جهت فراهم کردن راحتی مناسب باید به شرایط کاری و امکانات رفاهی و فرهنگی این بیماران توجه نمایند و تجهیزات بخش‌های همودیالیز را بر اساس نیاز و پیشرفت‌های تکنولوژی

قالب پروتکل‌های نه چندان پیچیده پرستاری و با نگرش مراقبت مبتنی بر آسودگی محیطی فراهم آورد که تسهیل‌کننده باشد به‌گونه‌ای که از نآسودگی‌های جسمی و روحی روانی بیمار تا حد امکان پیشگیری و یا کاسته شود (۱۹).

یافته‌های پژوهش نشان داد که بیماران کمترین آسایش را در محیطه‌ی محیطی داشتند و در حفظ آسایش در محیطه‌ی روانی معنوی بیشترین انتظار را داشتند. پرستاران بالینی، مسئولین و مدیران بیمارستان‌ها می‌توانند با شناخت و درک معیارهای مورد نظر بیماران و انتظارات آنها در ایجاد آسایش آشنا شده و ضمن شناسایی و رفع موانع سلب آسایش جهت بهبود، ارتقا و فراهم نمودن زمینه‌های بروز و تسریع در ایجاد آسایش فیزیکی بیماران اهتمام ورزند و نیازهای روحی روانی بیماران را برطرف نمایند. این پژوهش می‌تواند بستری را فراهم کند تا تحقیقات بیشتری در مورد آسایش بیماران همودیالیزی صورت گیرد تا انتقال یافته‌ها و نحوه‌ی بکارگیری آن صورت گیرد و به عنوان پایه‌ای برای پژوهش‌های آینده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان صورت گرفته است که بدین‌وسیله از تمام مسئولین و همکارانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند تشکر می‌نمایم. از بیماران شرکت‌کننده در مطالعه و پرسنل بخش‌های همودیالیز در سطح استان کردستان قدردانی می‌نماییم.

References:

1. Nolte E, Knai C, Saltman R. Assessing chronic disease management in European health systems. WHO Regional Office for Europe, UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen, Denmark: 2014.
2. Fauci AS, Morens DM. The perpetual challenge of infectious diseases. *New England J Med* 2012;366(5):454-61.
3. Zhang L, Wang F, Wang L, Wang W, Liu B, Liu J, et al. Prevalence of chronic kidney disease in China: a cross-sectional survey. *The Lancet* 2012;379(9818):815-22.

معنی‌داری گزارش نشده است (۱۷) در وضعیت موجود آسایش در محیطه‌ی روانی-معنوی، بیماران بیشترین سطح آسایش را در گویه‌ی "ایمانم به من کمک می‌کند تا نترسم" بوده و کمترین سطح آسایش بیماران مربوط به "عقب افتادن از زندگی به دلیل شرایط فعلی‌شان" می‌باشد. نتایج مطالعه‌ی جویباری و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد هرگاه آسودگی روانی و اجتماعی بیماران تأمین و نیازها برطرف شود بهبودی و رضایت‌مندی بیماران و خانواده‌های آنان بیشتر می‌گردد (۱۹).

در وضعیت مورد انتظار آسایش در محیطه‌ی روانی - معنوی، بیشترین انتظار مربوط به "توانایی انجام واجبات بوده" و کمترین سطح انتظار مربوط به گویه‌ی "این اتاق در من ترس ایجاد نکند" می‌باشد و در محیطه‌ی فرهنگی - اجتماعی، بیشترین انتظار آسایش مربوط به گویه‌ی "کسانی باشند که در زمان نیاز به کمک به آنها تکیه کنم" بوده و کمترین سطح انتظار بیماران مربوط به گویه‌ی "احساس وابستگی به دیگران نداشته باشم" بود. مطالعه‌ی کیم و همکاران (۲۰۰۷) با عنوان "آسودگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان" در سئول نشان داد هر چه میزان راحتی در بیماران بالاتر باشد کیفیت زندگی در این افراد نیز بالاتر است و تأمین آسودگی از مهم‌ترین وظایف هر بخش درمانی می‌باشد، آسودگی از الزامات هر بخش فعال در زمینه‌ی درمان می‌باشد و هدف از تمام درمان‌های موجود رضایت بیماران و در نهایت تأمین میزان راحتی آنهاست (۲۰). نتیجه مطالعه جویباری و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که بهبود وضعیت موجود مستلزم اصلاحات ساختاری، فیزیکی، منابع انسانی و فرهنگی است و نیازمند زمان و برنامه‌های دراز مدت می‌باشد اما می‌توان با بکارگیری روش‌های مراقبتی بیمار محور در

4. Brunner LS. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
5. Collins AJ, Foley RN, Gilbertson DT, Chen SC. United States Renal Data System public health surveillance of chronic kidney. *Kidney Int Suppl* (2011) 2015;5(1):2-7.
6. Tavakoli M, Roshandel M, ZAREIYAN A, DABBAGH MA. Evaluation of Fatigue in Hemodialysis Patients in AJA Selected Hospitals. 2016.
7. Firoozjahi A, Akbari R, Heidari B, Ghazimirsaeed A, Hajian K, Satvati J. Evaluation of serum omentin concentration and its association with

- cardiovascular risk factors in patients undergoing hemodialysis. *JBUMS* 2015;17(11):28–34.
8. Sadjadi M. Relationship of self care and depression in patients treated with maintenance hemodialysis. *J Ofofge Danesh Med Sci Gonabad* 2008;14(1):13-7.
 9. Borzou SR, Anoosheh M, Mohammadi E, Kazemnejad A. Exploring perception and experience of patients from nursing care behaviors for providing comfort during hemodialysis. *J Qualitative Res Health Sci* 2014;3(1):1-13. (Persian)
 10. Tsai C-W, Ting I-W, Yeh H-C, Kuo C-C. Patterns and Significance of Renal Replacement Therapy Use after Kidney Transplantation: A 10-year national cohort study. *Transplantation* 2017;101(5S-3):S48.
 11. Polikandrioti M, Koutelekos I, Gerogianni G, Stefanidou S, Kyriakopoulos V, Floraki E, et al. Factors Associated with Hemodialysis Machine Dependency. *Med Arch* 2017;71(2):122.
 12. Peterson SJ, Bredow TS. Middle range theories: application to nursing research: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
 13. Rajeswari R, Sivamani L. Nursing care in dialysis. Chennai: Dialysis Technician Government General Hospital, Chennai; 2010.
 14. Tanyi RA, Werner JS. Women's experience of spirituality within end-stage renal disease and hemodialysis. *Clin Nurs Res* 2008;17(1):32-49.
 15. Kolcaba K. Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research: Springer Publishing Company; 2003.
 16. Weger R. Renal Business Today (RBT) Roundtable: Dialysis Patient Comfort. USA: Virgo Publishing; 2009.
 17. Zakerimoghadam M, Asgari S, Shariat E, Haghani H. Current and expected status of comfort from the point of view of hospitalized cardiac surgery patients. *Cardiovas Nurs J* 2012;3(4):34-41.
 18. Mohammadi E. The perception of cardiac surgery patients on comfortable resources: a qualitative study. *J Qualitative Res Health Sci* 2012;1(2):123-34. (Persian)
 19. Jouybari L, Haghdoost Oskouee S, Ahmadi F. Comforting nurse: patients' experiences and perceptions. *Razi J Med Sci* 2005;12(45):59-68. (Persian)
 20. Kim K-S, Kwon S-H. Comfort and quality of life of cancer patients. *Asian Nurs Res* 2007;1(2):125-35.

CURRENT AND EXPECTED STATUS OF COMFORT OF HOSPITALIZED PATIENTS IN DIALYSIS UNITS AFFILIATED TO KURDISTAN UNIVERSITY MEDICAL SCIENCE, 2016

Alierza Valian¹Marya Kalhor² Daem Roshani³ Mohammad Fathi^{4}*

Received: 09 Feb, 2018; Accepted: 29 Mar, 2018

Abstract

Background & Aims: The provision of comfort is an essential part of nursing care and the main desire of patients during hospital admission. This study was conducted to determine the current and expected status of patient comfort in hemodialysis patients.

Materials & Methods: This study was descriptive-comparative. 290 hemodialysis patients were selected in hospitals affiliated to Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran, 2016. Data were collected using a demographic form and Kolkaba questionnaire, which included two parts of the existing and expected condition of comfort. Data were collected after the validity and reliability of the questionnaire. Data were analyzed using SPSS 21 software

Results: The participants believed that the best current status of affairs was in domains of mental-spiritual (33.63) and then socio-cultural (29.23), and the weakest in the domain of environment (21.82). Patients had the highest expectations in providing psychological-spiritual (37.5) and minimal excitement in the environment (25.7).

Conclusion: The results of this study showed that patients had the lowest level of comfort in the environmental field and were most expected to maintain comfort in the spiritual domain. Therefore, it is recommended that nurses of the hemodialysis department pay more attention to providing environmental comfort and physical and mental-spiritual care.

Keywords: Comfort, Comfort status, Expected comfort condition, Hemodialysis

Address: School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Pasdaran St, 66177-13446, Sanandaj, Kurdistan, Iran

Tel: +98 9188708474

Email: fathi_sanana@yahoo.com

¹. Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

². Instructor of Nursing, Clinical Care Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

³. Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

⁴. Assistant Professor, Clinical Care Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran (Corresponding Author)