

## حضور پرستار: عنصر اساسی مراقبت از نگاه بیمار

زهرا ملازم<sup>۱</sup>، فضل‌اله احمدی<sup>۲\*</sup>، عیسی محمدی<sup>۳</sup>، شهرام بلندپرواز<sup>۳</sup>

### مقاله‌ی پژوهشی

#### چکیده

جوهره‌ی عملکرد بالینی پرستاری تأمین آسودگی و سلامتی بیماران است که از طریق توجه به نیازهای جسمی، روحی و معنوی آن‌ها فراهم می‌شود. بیماری و عمل جراحی به‌عنوان عوامل تهدیدکننده‌ی زندگی یا ناتوان‌کننده، نیازهای متعددی را در بیماران به‌وجود می‌آورند. درک مفهوم حضور از دیدگاه این بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، چرا که مسؤلیت اصلی پرستاران شناخت نیازهای مراقبتی بیماران و رفع آن‌هاست لذا این مطالعه با هدف تبیین دیدگاه بیماران جراحی عمومی درباره‌ی حضور پرستار صورت گرفت.

این مطالعه با رویکرد کیفی انجام شده است. ۷ بیمار و ۵ همراه بیمار با استفاده از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. با استفاده از مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته، داده‌ها جمع‌آوری و به روش تجزیه و تحلیل محتوایی، تحلیل شدند. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و پیاده شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

از آنالیز داده‌ها سه مضمون اصلی «حضور پرستار عامل احساس امنیت روانی»، «حضور پرستار عاملی برای دریافت اطلاعات مورد لزوم» و «حضور پرستار عاملی برای تشخیص و برآورده شدن به‌موقع نیازها» که حاصل دیدگاه بیماران بود، استخراج شد. یافته‌های این مطالعه آگاهی پرستاران را برای برخورد با نیازهای بیماران افزایش می‌دهد. هم‌چنین مدیران و مربیان پرستاری خواهند توانست با اتکا بر بصیرتی مبتنی بر یافته‌های علمی، اخلاقی، فعالیت‌های مدیریتی و آموزشی خود را به گونه‌ای طراحی و اجرا کنند که شرایط لازم برای تحقق حضور مراقبتی دانشجویان و پرستاران فراهم آید.

**واژگان کلیدی:** پرستار، حضور پرستار، دیدگاه بیمار، اخلاق پرستاری

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، گروه پرستاری

<sup>۲</sup> دانشیار دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، گروه پرستاری

<sup>۳</sup> دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شیراز، مرکز تحقیقات تروما

\* نشانی: تهران، پل گیشا، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، گروه پرستاری، تلفن: ۸۲۸۸۳۵۵۳، Email: ahmadif@modares.ac.ir

## مقدمه

جوهره‌ی عملکرد بالینی پرستاری تأمین آسودگی و سلامتی بیماران است که از طریق توجه به نیازهای جسمی، روحی و معنوی آن‌ها فراهم می‌شود (۱). پرستاری و ارائه‌ی مراقبت در ارتباط با انسان‌هاست و رعایت اخلاق مراقبت به معنی احترام به شان انسان است و اصولاً مراقبت از انسان‌ها عملی اخلاقی است. آن‌گاه که عملکرد پرستار در راستای توجه و رفع همه‌جانبه‌ی نیازهای بیمار هدفمند شود، می‌توان گفت مراقبت اخلاقی صورت گرفته است (۲). برای دستیابی به این هدف تاکنون مفاهیم و تئوری‌های زیادی توسط صاحب‌نظران شرح داده شده است. بر همین اساس، از اوایل ۱۹۶۰ میلادی، «حضور»<sup>۱</sup> به‌عنوان یک مفهوم در مطالعات پرستاری مطرح شده است و فیلسوفان، تئوری‌پردازان و محققان پرستاری سعی کردند حضور را در ارتباط با عملکرد پرستاری تعریف کرده و آن را توصیف کنند (۳).

از زمان Peplau که اهمیت ارتباطات و گوش دادن درمان‌گراییانه<sup>۲</sup> پرستاری مطرح گردیده، تاکنون که دیدگاه بودن با بیمار و همراه شدن با بیمار توسط انجمن پرستاری کل نگر<sup>۳</sup> مطرح است، چالش‌های زیادی برای تعریف و ترسیم عناصر دقیق حضور پرستاری<sup>۴</sup> وجود داشته است (۴). جوهره‌ی حضور ارتباط شفابخشی<sup>۵</sup> است که در نتیجه‌ی وجود یک تعامل متقابل و دوطرفه با تمام تجربیات و کلیت بیمار شکل می‌گیرد و منجر به توجه به بیمار با مجموع نیازهای او می‌شود (۵). بنابراین، حضور پرستار جزء لاینفک مراقبت جامع<sup>۶</sup> است. در مراقبت جامع هدف رفع همه‌جانبه‌ی نیازهای فرد از طریق تسکین‌بخشی به بدن، جسم و روح است و هدف پرستاری کمک به بیماران برای رفع نیازمندی‌های آن‌هاست (۶). حضور،

بودن با کل وجود است. این توانایی برای «حضور خود» با بیمار به گونه‌ای که اشتراکات انسانی را ارج می‌نهد پایه و اساس پرستاری به‌عنوان یک عمل مراقبتی است. حضور با دیگری به معنای فهمیدن و بودن با دیگری است (۷). Paterson و همکاران حضور را این‌گونه تعریف می‌کنند: حضور پرستاری یک حالت باز، پذیرا و آماده بودن و در دسترس دیگری بودن به‌صورت متقابل است (۸).

این در دسترس بودن، رفع نیاز بیمار و آسودگی را به دنبال دارد، در حالی‌که عدم برآورده شدن نیازهای بیماران باعث ترس، اضطراب و نگرانی در آنان می‌شود. بیماری و عمل جراحی به‌عنوان عوامل تهدیدکننده‌ی زندگی یا ناتوان کننده نیازهای متعددی را در بیماران به‌وجود می‌آورند و بررسی‌ها نشان داده بیماران جراحی با عوامل اضطراب‌آور متعددی مواجه هستند؛ این بیماران ترس از جراحی، ترس از بیهوشی و ناآگاهی در مورد عمل، ترس از ناشناخته‌ها، نخوردن غذا جهت آمادگی اتاق عمل، تغییر در لباس بیمارستان و ورود به اتاق عمل، ترس از جدا شدن از خانواده و ترس از مرگ را تجربه می‌کنند (۹-۱۲). پرستاران نقش مهمی در پیش‌بینی نیازهای این بیماران و اعضای خانواده، ارائه‌ی اطلاعات و حمایت از آن‌ها دارند (۱۳). درک مفهوم حضور از دیدگاه این بیماران از اهمیت ویژه‌ی برخوردار است، چرا که مسؤلیت اصلی پرستاران شناخت نیازهای مراقبتی بیماران و رفع آن‌هاست (۶). بنابراین، پرستاران به منظور ایفای مسؤلیت حرفه‌ای خود نیازمند شناخت نیازها و درک ماهیت حضور هستند. در حالی‌که علیرغم توسعه‌ی مطالعات در این زمینه تعریف و ماهیت حضور پرستاری هم‌چنان غیر شفاف باقی مانده (۱۴، ۱) و دانش ما درباره‌ی نتایج به‌کارگیری حضور پرستاری و این‌که حقیقتاً چگونه حضور می‌تواند در عملکرد پرستاران به‌عنوان یک عنصر اساسی عمل کند بسیار اندک است (۱۵). لذا باید از دریچه‌ی نگاه بیماران به‌عنوان دریافت‌کنندگان مراقبت به مسأله نگرینست و به صدای آن‌ها گوش داد. یافته‌ها حاکی از آن است که بیش‌تر مطالعات مربوط

<sup>1</sup> Presence

<sup>2</sup> Therapeutic listening

<sup>3</sup> Holistic Nurses Association

<sup>4</sup> Nursing presence

<sup>5</sup> Healing relationship

<sup>6</sup> Holistic care

به درک ماهیت حضور از دیدگاه پرستاران انجام شده است و به ندرت دیدگاه بیماران مورد توجه قرار گرفته است (۱۶). لذا نیاز به تحقیق برای روشن شدن ماهیت حضور و عملکرد حضور احساس می‌شود (۱۴). با توجه به اهمیت برآورده شدن نیازهای مراقبتی بیماران جراحی و وجود شواهد علمی در خصوص تأثیر برآورده شدن نیازهای مراقبتی بیماران در کاهش احساس اضطراب، تردید، تنهایی، بی‌توجهی یا عدم درک شدن در بیمار و رعایت بیش‌تر دستورات دارویی و کاهش علائم بیماری (۱۷) و با توجه به اهمیت مفهوم حضور پرستاری و نقش آن در فعالیت‌های پرستاری و قابلیت پژوهش‌های کیفی در درک عمیق پدیده‌ها، این پژوهش کیفی با هدف تبیین دیدگاه بیماران جراحی عمومی درباره‌ی حضور پرستار انجام شد. این تحقیق قصد دارد برای درک ماهیت حضور پرستار و کمک به نقش حرفه‌ای پرستاران، تجارب بیماران جراحی عمومی را مورد بررسی قرار دهد و مشخص نماید بیماران جراحی عمومی چگونه ماهیت حضور پرستار را درک می‌کنند تا با ارائه‌ی تصویری روشن از تجارب انسانی و اخلاقی در بافت فرهنگی - اجتماعی ایران زمینه‌ای برای برنامه‌ریزی‌های مناسب جهت مداخله‌های مؤثر و کارا و در نتیجه ارتقاء کیفیت مراقبت بیماران جراحی عمومی ایجاد شود و بتواند دستورالعمل و راهنمایی برای عملکرد پرستاری ارائه دهد. از سوی دیگر به‌نظر می‌رسد با مشخص شدن ماهیت حضور پرستار از دیدگاه بیماران می‌توان به عواملی که منجر به کاهش اضطراب و استرس بیماران و ارتقاء سلامت آنان می‌شود، پی برد.

### روش کار

متناسب با پژوهش کیفی، ابتدا نمونه‌گیری مبتنی بر هدف<sup>۱</sup> انجام گردید. در روند نمونه‌گیری که در تحقیق کیفی کاربرد دارد پژوهشگر در پی کسانی است که تجربه‌ای غنی از پدیده‌ی مورد بررسی داشته و توانایی و تمایل به بیان آن را دارند. مشارکت‌کنندگان از بین بیمارانی که در دو بیمارستان آموزشی

دانشگاه علوم پزشکی شیراز تحت عمل جراحی عمومی قرار گرفته بودند، انتخاب شدند. معیارهای انتخاب بیماران (مشارکت‌کنندگان اصلی و کلیدی) داشتن حداقل ۳ روز سابقه‌ی بستری در بخش جراحی عمومی، شرایط جسمی مناسب در حدی که قادر به پاسخگویی به سؤالات باشند و نداشتن سابقه‌ی بستری شدن‌های مکرر که می‌توانست بر تجربیات آنان تأثیر گذارد، بود. همچنین همراهان (مشارکت‌کنندگان غیر اصلی) شامل همسر، پدر یا مادر و ... بیمار که در زمان جمع‌آوری اطلاعات حضور داشته و تمایل به بیان تجربیات خود داشتند، در پژوهش وارد شدند. قبل از جمع‌آوری اطلاعات و پس از تصویب در شورای پژوهشی دانشکده‌ی علوم پزشکی، اخذ مجوز از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه تربیت مدرس و مسؤولان بیمارستان‌های مربوطه مورد توجه قرار گرفت و از کلیه‌ی مشارکت‌کنندگان نیز رضایت آگاهانه و شفاهی اخذ شد. سپس با مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته و عمیق اطلاعات جمع‌آوری شد. ابتدا پرسش‌های کلی برای شروع مصاحبه‌ها مطرح شد و بر اساس پاسخ نمونه‌ها روند مصاحبه هدایت می‌شد. پرسش‌هایی درباره‌ی چگونگی روند مراقبت در بخش جراحی عمومی از بیماران پرسیده شد و سپس با پرسش‌های بیش‌تری درباره‌ی رابطه‌ی حضور پرستار و مراقبت پی‌گیری گردید. پرسش‌های نخستین عبارت بودند از: مراقبت چگونه انجام می‌شود؟ چه عواملی بر مراقبت از بیمار تأثیر می‌گذارند؟ بر اساس پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان از آن‌ها خواسته می‌شد به سؤالات پیگیری مانند حضور پرستار چه مفهوم و ساختار ذهنی از دیدگاه شما دارد؟ و بر اساس تجربیات خود چگونه حضور پرستار را تعریف می‌کنید؟ و ... پاسخ دهند و با ذکر مثال‌هایی از تجربیات خود توضیحات بیش‌تری ارائه دهند. اطلاعات فردی شرکت‌کنندگان مانند سن، جنس، پایه‌ی تحصیلی و شغل نیز مطرح شد. مدت مصاحبه‌ها از نیم تا یک ساعت و ۴۵ دقیقه متغیر بود و بعضی از مشارکت‌کنندگان برحسب لزوم دوبار مصاحبه شدند. مصاحبه‌ها در محیطی خلوت در بیمارستان، درمانگاه یا جایی

<sup>1</sup> Purposeful sampling

متون اولیه با طبقات نهایی چندین بار بازخوانی و مقایسه شدند تا از صحت آن‌ها اطمینان حاصل شود. در این فرآیند تغییراتی در نام طبقات که باید گویای محتوای هر طبقه باشد داده شد و در نهایت در مورد طبقات بین پژوهشگران توافق حاصل شد (۲۰).

جهت تضمین معتبر بودن<sup>۴</sup> که عبارت است از اطمینان به صحت داده‌ها، از تکنیک‌های تلفیق زمانی<sup>۵</sup> (نمونه‌گیری در سه نوبت صبح، عصر و شب) استفاده شده است. تلفیق زمانی شامل جمع‌آوری داده‌ها در زمان‌های مختلف جهت تعیین این‌که آیا یافته‌های مشابه اتفاق می‌افتد یا نه؟ می‌باشد. تنوع در وقایع، وضعیت‌ها، زمان، مکان و فرد، افزایش اعتماد در یافته‌ها را به دنبال دارد. همچنین اختصاص زمان کافی<sup>۶</sup> و ارتباط خوب با شرکت‌کنندگان و جست‌وجو برای شواهد مغایر و تحلیل موارد منفی<sup>۷</sup>، استفاده از تلفیق در پژوهش با روش‌های گردآوری<sup>۸</sup> داده‌ها (مصاحبه، مشاهده، نوشتار) صورت گرفت. انتخاب نمونه‌ها با حداکثر تنوع از نظر سنی به اعتبار و تأیید داده‌ها کمک می‌کند و با این روش نمونه‌گیری، محقق قادر است طیف وسیعی از دیدگاه‌ها و تجربیات را به دست آورد. پس از تجزیه و تحلیل هر مصاحبه مجدداً به شرکت‌کنندگان مراجعه شده و صحت مطالب با نظر وی بررسی گردید و در صورت نیاز تغییرات لازم انجام شده است. همچنین این پژوهش به صورت تیمی و با راهنمایی و نظارت صاحب‌نظران انجام گردیده است که هم اطمینان‌پذیری<sup>۹</sup> و هم تأییدپذیری داده‌ها<sup>۱۰</sup> را امکان‌پذیر می‌نماید (۲۱).

### نتایج

مشارکت‌کنندگان ۴ بیمار زن و ۳ بیمار مرد، با طیف سنی بین ۱۸-۵۱ سال بودند، که از این تعداد ۲ نفر تحصیلات

که برای شرکت‌کنندگان راحت‌تر بود، انجام شد. معیار شمار نمونه‌ها و توقف مصاحبه‌ها رسیدن به غنای لازم و اشباع اطلاعاتی<sup>۱</sup> بود و بر همین اساس با ۷ بیمار ۱۸-۵۱ ساله و ۵ همراه بیمار ۶۰-۲۴ ساله مصاحبه شد. یادداشت در عرصه یکی دیگر از روش‌های جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه بود که در ۷ نوبت و در هر نوبت به مدت حدود یک‌ساعت با حضور محقق در محیط بخش و در شیفت‌های مختلف انجام شد. محقق سعی کرد بدون ایجاد مزاحمت در روند جاری بخش، نحوه‌ی عملکرد پرستاران و حضور آنان برای مراقبت از بیماران و رفتارهای غیر کلامی و تعاملات بین بیمار و همراه و پرستاران را مورد بررسی قرار دهد. ثبت یادداشت در عرصه در موقعیت مناسب و بلافاصله پس از اتمام آن به‌طور مشروح انجام شد. از رویکرد کیفی تحلیل محتوی<sup>۲</sup> برای آنالیز داده‌ها استفاده شد که به منظور استخراج و استنباط معانی و مفاهیم از متون به ویژه در مطالعات اکتشافی مناسب هستند (۱۹، ۱۸). فرآیند جمع‌آوری اطلاعات به مدت ۴ ماه (از مهر الی دی ماه ۱۳۸۷) به‌طول انجامید.

### شیوه‌ی تجزیه و تحلیل

پس از جمع‌آوری اطلاعات فرآیند تحلیل محتوی صورت گرفت. مصاحبه‌ها بر روی نوار ضبط شده و در اولین فرصت، همراه ارتباطات غیر کلامی، نسخه برداری شد. در مرحله‌ی اول محقق جهت آشنایی با محتوی با بازخوانی مکرر داده‌ها ایده‌های دریافتی خود را از مصاحبه به شکلی کلی یادداشت نمود، سپس واحدهای معنی از گفته‌های شرکت‌کنندگان در قالب کدهای اولیه یا کدهای باز از آن‌ها استخراج شدند و پس از اطمینان از این‌که تمامی کدهای مرتبط با حضور پرستار استخراج شده‌اند، کدها چندین بار بازخوانی شدند تا بر اساس مرکزیت و تشابه معنایی طبقه‌بندی شوند. در این مرحله تمرکز محققان بر تحلیل در سطح بالاتر از کدها و مبتنی بر جاگذاری کدهای ابتدایی در تم‌ها<sup>۳</sup> (درون مایه) بوده است. سپس مجدداً

<sup>4</sup> Credibility

<sup>5</sup> Time triangulation

<sup>6</sup> Prolonged engagement

<sup>7</sup> Searching for disconfirming evidences

<sup>8</sup> Method triangulation

<sup>9</sup> Dependability

<sup>10</sup> Confirmability

<sup>1</sup> Data saturation

<sup>2</sup> Content analysis

<sup>3</sup> Theme

خیالت راحت تر است... اگر هر بیماری یک پرستار مسئول برای خودش داشته باشد بیمار احساس امنیت بیشتری را دارد...» [بیمار ۴].

«یه روز مریض بغل دستی من، بعد از عمل، زخمش خونریزی داده بود. همراهش هم نگران بود و نمی دانست باید چه کار کنه من به همراهش گفتم برو به پرستارها بگو... اگر یک پرستار نظارت کامل داشته باشه آدم خیالش راحته و این جور آرامش داره» [بیمار ۲].

با وجود این که اکثر بیماران برای انجام امور مراقبتی از حمایت یکی از اعضاء خانواده‌ی خود بهره‌مند بودند، ارائه‌ی مراقبت توسط همراه نه تنها نمی‌توانست باعث احساس امنیت و آرامش کافی در بیماران شود، بلکه در برخی موارد به دلیل عدم اطلاع کافی همراه، نگرانی و عدم احساس امنیت را در بیماران ایجاد می‌نمود. آنان نیازمند دستان حمایت‌کننده‌ی پرستاری بودند که با تکیه بر علم و آگاهی بتواند دلسوزانه و گام به گام آن‌ها را همراهی کند و با دستان پر مهر خود، سلامتی را به آنان هدیه کند.

«همیشه همراه من به من کمک می‌کنه که من با این‌ها (شیشه‌های ساکشن) راه برم. اگر پرستار کمک من این را بگیرد خیلی بهتر است و لازم نیست به همراهم بگم پایین بگیر تا این‌ها برنگردد. راحت طلبی را دوست ندارم منظور من احساس امنیت است» [بیمار ۴].

«اگر هر بیماری یک پرستار بالای سرش باشه این خیلی بهتره، این همراهی که با من است اگر مشکلی پیش بیاد شاید همراه نتواند انجام دهد... شب بعد از عمل من حالم خیلی بد بود و پدرم خیلی نگران بود و مرتب می‌رفت پرستارها را صدا می‌زد...» [بیمار ۵].

تجارب شرکت‌کنندگان نشان می‌داد حضور پرستاران می‌تواند نقش عمده‌ای در احساس امنیت و آسودگی همراهان بیمار داشته باشد. همراهان از این که بیمار خود را تنها بگذارند هراس داشتند و این ترس و نگرانی آن‌ها را ملزم کرده بود که علی‌رغم خستگی و فشارهای روانی همواره در کنار بیمار خود

دانشگاهی، ۱ نفر دیپلم و ۴ نفر تحصیلات زیر دیپلم داشتند. همچنین ۵ تن از همراهان بیماران که همگی باسواد بودند و در زمان انجام پژوهش در بخش جراحی عمومی جهت مراقبت از بیماران حضور داشتند مورد مصاحبه قرار گرفتند.

بر اساس یافته‌ها مضامین حضور پرستار عامل احساس امنیت روانی، حضور پرستار عاملی برای دریافت اطلاعات و آموزش‌های مورد لزوم، حضور پرستار عاملی برای تشخیص و برآورده شدن به موقع نیازها استخراج گشته که در زیر ارائه می‌گردد.

#### ۱. حضور پرستار عامل احساس امنیت روانی

بیماران حضور پرستار را عاملی برای کسب احساس آرامش روانی و امنیت خاطر تفسیر و تلقی می‌کردند. اکثر بیماران اظهار داشتند که حضور دائمی پرستار در بالین آن‌ها سبب احساس امنیت خاطر می‌شود و آرامشی را به آن‌ها هدیه می‌کند که آسودگی و مراقبت را به دنبال خواهد داشت و این مهم از وظایف علمی و اخلاقی پرستاران محسوب می‌گردد.

«...بیمار پیش خودش فکر می‌کند که الان یک نفر اینجا هست و من اگر به مشکلی برخورد کردم او (پرستار) همیشه هست... شب بعد از عمل من لوله‌ی بینی معده داشتم خیلی اذیت شدم و همه‌اش استفراغ می‌کردم، خانم پرستار همین جور نگران من بود و بالای سرم بود و مرتب نظارت می‌کرد من با وجودی که حالم بد بود اما خیالم راحت بود که او هست» [بیمار ۵].

تجربیات بیماران بیانگر نیاز آن‌ها به چشمان نظاره‌نگر مراقبینی بود که آن‌ها را به‌طور مرتب مورد پایش قرار دهد تا به واسطه‌ی این توجه احساس امنیت و آرامش کنند. در حقیقت، آن‌ها برای غلبه بر ترس‌ها و نگرانی‌های خود در جست‌وجوی حضور پرستار بودند، حضوری که با خود توجه، حمایت و مراقبت اخلاقی - حرفه‌ای را به همراه داشته باشد.

«من همه‌اش نگرانم، می‌گم نکنه یه مشکلی پیش بیاد، نکنه سرمم خراب بشه نکنه... اما وقتی پرستارها می‌یان سرکشی می‌کنند و به آدم رسیدگی می‌کنند می‌دانی که مراقبتند

بمانند، در حالی که اخلاق حرفه‌ای ایجاب می‌کند بیمار و همراهش آرامش خیال داشته باشند.

«اگر برم خانه همه‌اش دلم شور می‌گم نکنه مامانم چیزی لازم داشته باشه کسی نباشه بهش بده» [همراه ۱].

همراهان بیماران به دلیل نیاز به حضور در بیمارستان، اختلال در زندگی خانوادگی و اجتماعی را تجربه و بیان نمودند و عدم رضایت از وضعیت موجود به دلیل اختلال در ایفای نقش همسری و والدی ... نکته‌ای بود که به آن اشاره نمودند و حضور دائم پرستار در بالین بیمار را راه حلی مناسب برای خاتمه‌ی دغدغه‌های خود و رهایی از این ترس‌ها و نگرانی‌ها می‌دانستند.

«من الان یه بچه‌ی کوچک دارم ولش کردم اومدم این‌جا، همین‌جور نگرانم، مجبورم بالای سر شوهرم باشم... اگر به هر مریض یک پرستار می‌دادند دیگر لازم نبود من که بچه کوچک دارم بیایم این‌جا» [همراه ۳].

## ۲. حضور پرستار عاملی برای دریافت اطلاعات و

### آموزش‌های مورد لزوم

داده‌ها حکایت از نیاز عمیق بیماران به کسب اطلاع از اقدامات درمانی و شرایط جسمی خود داشت. همه‌ی شرکت کنندگان بر اهمیت دریافت اطلاعات در جهت کسب آرامش و خود مراقبتی تأکید داشتند. آن‌ها کسب اطلاع و آموزش در تمام ابعاد بیماری، عمل جراحی و اقدامات پس از عمل را ضروری می‌دانستند. نقش و اهمیت دریافت اطلاعات در ایجاد آرامش در بیمار و همراهان به قدری پررنگ بود که گویی بدون آن کلافی سر درگم بودند. دریافت اطلاعات برای آنان نقش حمایت کننده داشت. آنان نیازمند مراقبانی بودند که با توجه، حضور و حمایت خود بتواند از تنش و نگرانی آن‌ها بکاهد و با این عمل تخصصی و اخلاقی، تحمل این روزهای پر التهاب را برای آن‌ها آسان‌تر کند.

«وقتی پرستارها می‌یان سرم یا دارویی بزنند ما می‌توانیم سؤالاتمان را از آن‌ها بپرسیم... اگر یک پرستار مختص و مسؤول بیمار من باشه اون می‌تونه بهتر و با حوصله به سؤالات

ما جواب بده» [همراه ۴].

«همراه سواد زیادی نداره و درس زیادی نخونده. اشتباهات زیادی دارد مثلاً همراه من کیسه آب گرم آورده بود و اشتباه آب کرده بود ولی پرستار به ما آموزش داد. این شب یک اشتباه... اشتباه‌های پشت سر هم ممکن است خطرناک باشد» [بیمار ۳].

«من وقتی از جلوی ایستگاه پرستاری رد می‌شم و دارم راه می‌رم از پرستارها سؤال می‌کنم اون‌ها به من جواب می‌دهند مثلاً می‌پرسم چه کار کنم زودتر خوب بشم؟ می‌گن مرتب باید سرفه کنی، راه بروی یا مثلاً چقدر راه بروی برات بهتره و ... اگر پرستار دائم در دسترس هر بیمار باشد بیمار راهنمایی صد در صد می‌شود و زودتر بهبود پیدا می‌کند» [بیمار ۱].

## ۳. حضور پرستار عاملی برای تشخیص و برآورده شدن

### به موقع نیازها

تشخیص و برآورده شدن به موقع نیازها یکی از بارزترین موارد مطرحه برای حضور پرستار بود. بیماران حضور دائم و به عبارتی در دسترس بودن مستمر پرستار در بالین خود را عاملی مؤثر در رفع نیازهای مراقبتی و حق خود دانسته و به کرات به آن اشاره نمودند.

«پرستار که اومد توی اتاق و متوجه شد چقدر درد دارم و شدید است، سریع بهم مسکن زد» [بیمار ۴].

«پرستارها وقتی می‌یان بالای سر مریض متوجه یک‌سری مشکلات مریض می‌شوند. مریض من تب داشت و من متوجه نشده بودم...» [همراه ۵].

«... برای گرفتن مسکن، برای قطع کردن سرم وقتی می‌خواوم برم دستشویی، برای گرفتن یه تکه چسب که بزنیم روی سرم، یعنی برای هر کاری باید بری ایستگاه پرستاری بهشون بگی بیان، کارت را انجام بدهند... اگر این اتاق یک پرستار مخصوص داشته باشد، اگر مشکلی داشته باشم به آن پرستار می‌گویم و دیگر لازم نیست که من برم در بخش و به همه‌ی پرستارها بگویم که من این مشکل را دارم» [بیمار ۷].

مشارکت کنندگان بیان کردند در صورتی که یک پرستار

حضور پرستار از دیدگاه بیماران جراحی عمومی ارائه می‌دهد. بیماران حضور پرستار را عاملی برای احساس امنیت، دریافت اطلاعات و آموزش‌های مورد لزوم و تشخیص و برآورده شدن به موقع نیازهای خود می‌دانستند.

یافته‌ها بیانگر آن بود که بیماران با حضور پرستار در بالین خود یعنی کسی که مسئولیت مراقبت از آن‌ها را به عهده داشته باشد احساس امنیت روحی و آرامش خواهند کرد. احساس امنیت برای بیماران در طول دوران بستری مهم است زیرا بیماری یا آسیب آن‌ها را در معرض خطرات سلامتی قرار می‌دهد که اغلب باعث وابستگی به دیگران می‌شود. بیماری یا آسیب به‌عنوان عوامل تهدیدکننده‌ی زندگی یا ناتوان‌کننده باعث احساس ناامنی و کمبود کنترل فردی می‌شوند و گاه اقدامات درمانی مرتبط با بیماری نیز به سادگی این احساس را در بیماران متجلی می‌کند (۲۲).

سایر مطالعات نیز نشان داده‌اند بیماران جراحی ترس از دست دادن کنترل فیزیکی و روحی را تجربه می‌کنند و آن‌ها تنها خواستار حضور فیزیکی پرستاران نیستند، بلکه تمایل دارند پرستاران از نظر روحی با آن‌ها باشند و احساس کنند حضور پرستار برای آن‌هاست (۲۳) و آن‌گاه که رفتار پرستار منعکس‌کننده‌ی احساسات مثبت باشد، احساس ارزش و امنیت در بیماران افزایش می‌یابد و این امکان را فراهم می‌کند که بیماران به حد کافی برای بیان هویت و فردیت خود دلگرم شوند (۲۴).

حضور پرستار نه تنها باعث احساس امنیت و سلامتی در بیماران می‌شود، بلکه همدلی و شفقت را به همراه دارد. همدلی و همراهی با بیمار صرفاً یک ارتباط عاطفی نیست بلکه یک فضیلت اخلاقی است که می‌تواند باعث حمایت و احساس مراقبت در بیمار شود و بهبودی او را تسهیل کند (۲۵). بر اساس شواهد موجود حضور پرستار به‌عنوان یک مداخله‌ی مؤثر اثرات مثبت بسیاری بر بیماران دارد و باعث آرامش ذهنی، اطمینان و امنیت (۲۶، ۲۷)، کاهش استرس (۵) و افزایش مقابله (۲۸، ۲۹) در بیماران می‌شود و آن‌ها را در

به‌طور دائم در بالین آن‌ها حضور داشته باشد به‌واسطه‌ی نظارت و کنترل دقیق‌تر، مشکلات آن‌ها بهتر درک شده و می‌توان از بروز بسیاری از مشکلات پیشگیری نمود. و علاوه بر آن با حضور پرستار و رفع نیازهای خود احساس آرامش و امنیت بیش‌تری خواهند داشت و این مهم حق بیماران است.

«انتظار داریم پرستارها بیش‌تر سرکشی کنند، ببینند مریض چی می‌خواهد؟ چه مشکلی دارد؟» [همراه ۲].

«یک خانم ۱۵ ساله‌ای که بیمار کناری من بود مدام ست سرم را جدا می‌کرد که من به همراه مریض گفتم برو خبر بده اگر یک پرستار همیشه کنار او بود این اتفاقات پیش نمی‌آمد. اگر هر بیماری یک پرستار مخصوص داشته باشد این‌جوری نظارت و کنترل بیش‌تری روی مریض دارند» [بیمار ۱۵].

حضور پرستار برای آنان نویدبخش توجه و مراقبت بهتر بود. شرکت‌کنندگان هر چند به حضور سریع پرسنل و ارائه‌ی اقدامات درمانی در شرایط خاص اشاره داشتند اما بیان می‌کردند در شرایط عادی مراقبان زمان کافی به آن‌ها اختصاص نمی‌دهند.

«پرستار هیچ وقت کنار من ننشسته که من بفهمم که نیاز من را برطرف می‌کند...» [بیمار ۷].

هم‌چنین تجارب شرکت‌کنندگان بیانگر ازدیاد تعداد بیماران و کمبود پرستار بود و این‌که مراقبان تحت فشار هستند و بر انجام مراقبت‌های معمول تأکید و توجه دارند. آنان شلوغی بخش و بد حال بودن بیماران را عامل تأخیر در برآورده شدن نیازهای خود می‌دانستند. آنان در این باره چنین اظهار داشته‌اند: «اون روز یکی از مریض‌ها حالش خیلی بد بود پرستارها همه ریختند دورش... همیشه انتظار زیادی از پرستارها داشت کارشان خیلی زیاد و سخته، این‌جا خیلی مریض‌های بد حالی داره اون‌ها باید بیش‌تر به اون‌ها برسند» [بیمار ۶].

«پرستارها همه‌اش مشغولند یا بالای سر مریض‌های دیگه هستند یا مشغول نوشتنند» [همراه ۲].

#### بحث

یافته‌های این مطالعه اطلاعاتی درباره‌ی ماهیت و اهمیت

باعث تجربه استرس در بیماران می‌شود و حمایت آن‌ها به دلیل بروز حوادث پر استرس می‌تواند پیامدهای منفی به دنبال داشته باشد (۳۸). یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد بیماران نیازمند حضور پرستاری آگاه و باتجربه هستند که بتوانند با تکیه بر او به آرامش برسند. زیرا دانش پرستاران در عمل آن‌ها متجلی می‌شود و از طریق بودن با بیمار می‌توانند تغییراتی در سلامتی و کیفیت زندگی بیماران ایجاد کنند و این برای بیماران حائز اهمیت است (۲۵). در حقیقت حضور پرستار حتی می‌تواند عاملی برای محافظت فرد در برابر مراقبت غیرایمن توسط همراه باشد.

علاوه بر این، حضور پرستار می‌تواند عامل امنیت و آرامش همراه باشد. اگرچه شواهد متعددی حاکی از تمایل اعضای خانواده برای حضور در بالین بیمار است، اما این موضوع اهمیت حضور پرستار در بالین بیمار را کم‌رنگ نمی‌کند. زیرا حضور مداوم همراه و مشارکت بیش از حد در مراقبت بیمار، باعث بروز تنش و تغییر و اختلال در ابعاد مختلف زندگی خانوادگی و اجتماعی فرد می‌گردد (۳۹). از نظر اخلاقی تمایل خانواده‌ها برای مشارکت در مراقبت از بیمار بسیار مهم است و خانواده‌ها از نظر قانونی مسئولیتی برای مراقبت از بیمار ندارند؛ بنابراین، نباید بیش از آنچه می‌خواهند یا می‌توانند تحت فشار قرار گیرند (۴۰). حضور مؤثر پرستار می‌تواند در متعادل نمودن نقش همراه در بالین بیمار تأثیر بسزایی داشته باشد.

یافته‌ی دیگر تحقیق حاضر، حضور پرستار عامل دریافت اطلاعات و آموزش بود. تجربیات بیماران در این مطالعه بر این‌که حضور با توجه پرستار همراه با دریافت اطلاعات می‌تواند از اضطراب و نگرانی و رنج آن‌ها بکاهد تأکید داشت. نتایج بر لزوم ارائه‌ی اطلاعات به بیماران به‌عنوان نتیجه‌ی حضور پرستار تأکید دارد. از آن‌جا که بستری شدن با ترس، اضطراب و تردید همراه است در چنین شرایطی مهم‌ترین نیاز بیماران، نیاز به حمایت است (۳۹). دریافت اطلاعات مورد لزوم برای بیماران و خانواده‌ی آنان نقش حمایت‌کننده دارد

برابر اضطراب، رنج و مرگ حمایت می‌کند (۷). در حالی‌که عدم دسترسی به پرستار یکی از شاخص‌های منفی کیفیت مراقبت است که به‌شدت باعث آسیب‌پذیری، احساس رنج و عدم امنیت در بیماران می‌شود (۳۰).

با توجه به آنچه گفته شد بیش‌تر مطالعات بر حضور فیزیکی پرستار و در دسترس بودن او به‌عنوان عامل احساس امنیت و آرامش در بیمار تأکید دارند، در حالی‌که در برخی مطالعات بیماران بر اهمیت در دسترس بودن پرستاران به دلیل جنبه‌های فنی کار پرستار و ارائه‌ی روش‌هایی نظیر فعالیت‌های دارویی تأکید داشتند و آن را موجب احساس امنیت روانی و آسودگی می‌دانستند (۳۱). در مطالعه‌ی حاضر بیماران بیان کردند که با حضور پرستار در کنار خود احساس می‌کنند چشمان نظاره‌گر پرستار همواره مراقب آن‌هاست و او همواره در دسترس است و این احساس خوشایند، آسودگی و آرامش خیال را برای آنان به دنبال خواهد داشت. نیاز به پایش و نظارت مداوم، یافته‌ای است که توسط برخی دیگر از محققان به تأیید رسیده است (۳۲). بیماران نیاز دارند اطمینان یابند که پرستاران در مواقع نیاز آن‌ها حاضرند و در دسترس آن‌ها هستند حتی اگر کاری برای انجام دادن وجود نداشته باشد. این مسأله باعث می‌شود بیمار احساس کند تحت مراقبت است (۳۰).

علی‌رغم این‌که اهمیت حضور یکی از اعضای خانواده بیمار برای حمایت روحی از بیمار تأیید شده (۳۳ ، ۲۳) اما در مطالعه‌ی حاضر، بیماران حضور پرستار را بیش از حضور عضوی از خانواده، عامل احساس امنیت دانسته و بر آن تأکید داشتند. این یافته مشابه با یافته‌های برخی مطالعات دیگر است (۳۱). هم‌چنین بعضی مطالعات بر اهمیت حضور افراد تأکید کردند اما نتوانستند تمایزی بین پرستار و خانواده قائل شوند (۳۴ ، ۳۵). دیگر مطالعات نشان داده که خانواده باعث ارتقاء احساس حمایت و امنیت در بیماران می‌شوند (۳۶ ، ۳۷) اما گاهی اوقات اعضای خانواده ممکن است قادر به فهمیدن و انجام حمایتی که حقیقتاً مورد نیاز بیمار است نباشند و این



حضور کامل پرستار و برقراری ارتباط عاطفی و اخلاقی با بیمار و همراه وی. Iseminger در این باره می‌نویسد حضور و مراقبت یک فرآیند درمانی است که شامل عملکرد ماهرانه‌ی پرستار و در برگیرنده‌ی بررسی، تصمیم‌گیری و مداخله‌ی همراه با حساسیت بین فردی معنی‌دار است. این حساسیت در تماس چشمی، لمس مناسب، و تمرکز کردن بر نیازهای بیمار تجلی می‌یابد و حضور و مراقبت برای دریافت‌کننده‌ی مراقبت، بهبود و خوب بودن فیزیکی و روحی را به‌دنبال دارد (۱).

زمانی که پرستار حضور دارد و با بیمار است او قادر خواهد بود با بررسی دقیق بیمار اهداف مورد نظر را تنظیم نماید و با برنامه‌ریزی به موقع و مداخله‌ی مؤثر به نیازهای بیمار پاسخ دهد و پیامدهای بیمار را ارزیابی نماید. با حضور کامل پرستار تعاملات بیش‌تری صورت می‌گیرد و همدلی، مراقبت و استفاده از خود در تعاملات چهره به چهره تحقق می‌یابد و باعث تمرکز بر تمام مسائل و مشکلات بیمار و نیازهای او می‌شود. حضور پرستار منجر به عملکرد تعمدی پرستار در ارائه‌ی مراقبت می‌شود. جریان متقابل بین پرستار و بیمار هدفمند شده و به حل مشکلات سلامتی و مسائل بیمار می‌انجامد (۱۴). محققان نشان دادند در این فرآیند نیازهای روحی بیمار می‌تواند به‌صورت ارتباط غیر کلامی و صرفاً با گوش دادن و تماس چشمی پرستار با بیمار بر آورده گردد (۲۷، ۲۶). یافته‌های سایر مطالعات نیز حاکی از این است که حضور پرستار مراقبت جامع و کل‌نگر را در بردارد و بر احساس خوب بودن فیزیکی، روحی و معنوی فرد تمرکز دارد (۵).

اما تحقق حضور پرستار در بستر، نیاز، شرایط و زمینه‌ی لازم را می‌طلبد. یکی از این شرایط باز بودن فردی است و پرستار باید به‌طور فعال در تجربیات بیمار درگیر شود (۲۸، ۵). تمایل برای صرف زمان، متعهد بودن برای کمک به بیمار، و احترام قائل شدن برای تفاوت‌های فردی از دیگر شرایط ضروری است (۱۶). بنابراین برای قرار گرفتن حضور در بستر یک فرآیند، علاوه بر شناخت اهمیت و لزوم آن و کسب آموزش‌های لازم، باید شرایط و زمینه‌های مساعد آن در

(۴۱). نیاز بیماران به دریافت اطلاعات یافته‌ای است که در بسیاری از تحقیقات دیگر تأیید شده است (۲۳). در حالی که یافته‌های مطالعه‌ی حاضر و سایر مطالعات حاکی از برآورده نشدن چنین نیاز مراقبتی است. بررسی‌ها نشان داده زمانی که بیماران اطلاعات مورد نیاز خود را دریافت‌کنند از نظر روحی احساس راحتی می‌کنند و زمانی که نتوانند اطلاعات مورد لزوم را به‌دست آورند احساس کاهش کنترل فردی و عدم راحتی روحی را تجربه می‌کنند (۲۲). پرستاران برای رفع نیازهای اطلاعاتی بیماران باید قادر باشند با بیماران ارتباطی باز داشته باشند تا بتوانند اطلاعات مورد لزوم را در اختیار آن‌ها قرار دهند و برای چنین ارتباطی در دسترس بودن ضروری است. فرد باز یا در دسترس خود را به‌عنوان یک «حاضر» آشکار می‌سازد (۱۴). برای برقراری یک ارتباط مراقبتی، باید هنر پرستاری با علم او در هم آمیخته شود و در عمل به‌نحو صحیحی به کار گرفته شود و هر چه این علم و هنر توسعه یابد پرستار قادر خواهد بود نقش‌های خود را به‌نحو بهتری ایفاء کند (۱). اما شواهد نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های بین فردی پرستاران نیازی است که هنوز به اندازه‌ی کافی در برنامه‌های آموزشی نقش نبسته و استفاده از این مهارت در محیط کاری به‌ندرت مورد توجه قرار گرفته است (۳۹). از طرف دیگر، نباید این نکته را نادیده گرفت که کمبود وقت پرستاران، کمبود تعداد پرستار و پایین بودن ارزش این فعالیت و کمبود انگیزه همواره به‌عنوان مانعی برای حضور مؤثر پرستار عمل کرده است (۴۲). بنابراین، برخورداری پرستاران از محیط‌های کاری حمایت‌کننده آنان را ترغیب می‌کند که به بیمار به‌عنوان یک انسان منحصر به فرد با مجموع نیازهای او بنگرند و قادر باشند به اهداف حرفه‌ای خود جامعه‌ی عمل بپوشانند (۱).

تجربیات شرکت‌کنندگان در این مطالعه بیانگر نیاز آن‌ها برای توجه به تمام مسائل و مشکلات جسمی و روحی بود که در هر لحظه باعث رنج، نگرانی و ترس آن‌ها می‌شود و از نگاه بیماران این توجه کافی و دقیق به تحقق نمی‌رسد مگر با

## تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از رساله‌ی دکتری پرستاری است و پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه‌ی شرکت‌کنندگان که با مشارکت خود ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند تقدیر نمایند. هم‌چنین از دانشگاه تربیت مدرس به‌عنوان حمایت‌کننده‌ی اصلی تحقیق و مسؤولان محترم بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز و بخش تحقیقات ترومای بیمارستان نمازی شیراز به دلیل همکاری صمیمانه‌ی آن‌ها، تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آید..

سیستم‌های مراقبتی مورد توجه و تأکید قرار گیرد.

## نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه دیدگاه بیماران را در مورد حضور پرستار مشخص نمود. بنابر تجربیات بیماران حضور پرستار می‌تواند نویدبخش احساس امنیت و آرامشی باشد که آسودگی و اطمینان خاطر را به همراه دارد و عاملی مؤثر برای غلبه بر ترس‌ها و نگرانی‌های آنان است. برآورده شدن نیازهای اطلاعاتی و آموزشی و تشخیص به‌موقع نیازها و مشکلات بیماران نیز با حضور پرستار تحقق می‌یابد و بیماران به‌واسطه‌ی آن احساس آرامش بیشتری می‌کنند. یافته‌های این مطالعه که به شناخت و درک تجارب بیماران کمک می‌کند، آگاهی و توانایی پرستاران را برای برخورد با نیازهای این افراد که به او نیازمندند، افزایش می‌دهد.

لذا لازم است شرایط لازم برای حضور پرستار و برآورده شدن نیازهای مراقبتی بیماران فراهم شود تا پرستاران قادر باشند در محیطی مساعد و حمایت‌کننده به اهداف حرفه‌ای خود که همانا توجه به انتظارات بیماران است جامه‌ی عمل بپوشانند. علاوه بر آن در آموزش پرستاری بایستی به ارزش و اهمیت حضور پرستار در بالین بیمار توجه شود. با شناسایی پیامدهای حضور پرستار از دیدگاه بیماران؛ مدیران و مربیان پرستاری خواهند توانست با اتکاء بر بصیرتی مبتنی بر یافته‌های علمی، اخلاقی، فعالیت‌های مدیریتی و آموزشی خود را به گونه‌ای طراحی و اجرا کنند که شرایط لازم برای تحقق حضور مراقبتی پرستاران و دانشجویان فراهم آید.

## منابع

- 15- Rankin EA, Delashmutter MB. Finding spirituality and nursing presence: the student's challenge. *J Holist Nurs* 2006; 24(4): 282-8.
- 16- Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of presence in nursing. *J Adv Nurs* 2006; 55(6): 708-14.
- 17- Eriksson U, Svedlund M. Struggling for confirmation--patients' experiences of dissatisfaction with hospital care. *J Clin Nurs* 2007; 16(3): 438-46.
- 18- Priest H, Roberts P, Woods L. An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 1: Theoretical issues. *Nurs Res* 2002; 10(1): 30-42.
- 19- Kvale S. *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: SAGE; 1996, p. 66-72.
- 20- Wood GL, Haber J. *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*, 4<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby; 2001: 120-200.
- 21- Speziale HS, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*, 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
- 22- Williams AM, Irurita VF. Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: the patient's perspective. *J Clin Nurs* 2004; 13(7): 806-15.
- 23- Costa MJ. The lived perioperative experience of ambulatory surgery patients. *AORN J* 2001; 74(6): 874-81.
- 24- Sahlsten MJM, Larsson IE, Sjöström B, Plos KA. Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scand J Caring Sci* 2009; 23(3): 490-3.
- 25- Melnechenko KL. To make a difference: nursing presence. *Nurs Forum* 2003; 38(2): 18-24.
- 26- MacKinnon K, McIntyre M, Quance M. The meaning of the nurse's presence during childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005; 34(1): 28-36.
- ۲۷- جویباری م، حق دوست اسکویی ف، احمدی ف. پرستار آسودگی بخش: تجربه و دیدگاه بیماران بستری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران* ۱۳۸۴؛ دوره ۱۲ (شماره ۴۵): ۶۸-۵۹.
- 28- Pettigrew JM. A Phenomenological Study of the Nurse's Presence with Persons
- 1- Iseminger K, Levitt F, Kirk L. Healing during existential moments: the "art" of nursing presence. *Nurs Clin North Am* 2009; 44(4): 447-59.
- 2- Tschudin V. *Ethics in Nursing: the Caring Relationship*. Elsevier Health Sciences; 2003.
- 3- Godkin J. Healing presence. *J Holist Nurs* 2001; 19(1): 5-21.
- 4- McKivergin M. The nurse as an instrument of healing. In Dossey BM, Keegan L, Guzzetta CE. *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*, 4<sup>th</sup> ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2005, p. 233-54.
- 5- Duis-Nittsche ER. *A Study of Nursing Presence [dissertation]*. Galveston. University of Texas; 2002.
- 6- Potter PJ, Frisch N. Holistic assessment and care: presence in the process. *Nurs Clin North Am* 2007; 42(2): 213-28.
- 7- Thompson GT. The concept of presencing in perioperative nursing. *AORN J* 2005; 82(3): 465-8.
- 8- Paterson JG, Zderad LT. *Humanistic Nursing*. National League for Nursing; 1988.
- 9- Ruiz-López E, Muñoz-Cuevas JH, Olivero-Vásquez YI, Islas-Saucillo M. Preoperative anxiety in the hospital general de México. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2000; 63(4): 231-6.
- 10- Bare BG, Brunner LS, Smeltzer SC, Suddarth DS. *Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- 11- Mackintosh C, Bowles S. Audit of postoperative pain following day case surgery. *Br J Nurs* 1998; 7(11): 641-5.
- 12- Young J, O'Connell B. Recovery following laparoscopic cholecystectomy in either a 23 hour or an 8 hour facility. *J Qual Clin Pract* 2001; 21(1-2): 2-7.
- 13- Leinonen T, Leino-Kilpi H, Stahlberg MR, Lertola K. The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *J Adv Nurs* 2001; 35(2): 294-306.
- 14- Osterman P, Schwartz-Barcott D. Presence: four ways of being there. *Nurs Forum* 1996; 31(2): 23-30.

- patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *J Adv Nurs* 1999; 29(4): 783 - 91.
- 36- McKinley S, Nagy S, Stein-Parbury J, Bramwell M, Hudson J. Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive Care Nurs* 2002; 18(1): 27-36.
- 37- Williams CM. The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nurs Crit Care* 2005; 10(1): 6-14.
- 38- Taylor SE. *Health Psychology*. Singapore: McGraw Hill Higher Education; 2006.
- ۳۹- خادمی م، عابدی ح ع، دریایی ر، علیمحمدی ن. ماهیت و ساختار منابع رنج در همراهان سالمندان بستری. فصلنامه ره آورد دانش ۱۳۸۶؛ دوره ۱۰ (شماره ۱): ۱۱-۱.
- 40- Lyytinen H, Liippo T, Routasalo P, Arve S. Older patients' first 72 hours in hospital. *Int J Nurs Pract* 2002; 8(4): 191-7.
- 41- Furness PJ. Exploring supportive care needs and experiences of facial surgery patients. *Br J Nurs* 2005; 14(12): 641-5.
- 42- Beckett A, Gilbertson S, Greenwood S. Doing the right thing: nursing students, relational practice, and moral agency. *J Nurs Educ* 2007; 46(1): 28-32.
- Experiencing Suffering [dissertation]. Denton, Texas. Texas Woman's University; 1988.
- 29- Easter A. Construct analysis of four modes of being present. *J Holist Nurs* 2000; 18(4): 362-77.
- 30- Irurita V. Factors affecting the quality nursing care: the patient's prespective. *Int J Nurs Pract* 1999; 5(2): 86-94.
- ۳۱- رژه ن، احمدی ف، محمدی ع، کاظم نژاد ا، انوشه م. مدیریت کنترل درد: دیدگاه بیماران. فصلنامه پرستاری ایران ۱۳۸۶؛ دوره ۲۰ (شماره ۵۲): ۱۹-۷.
- 32- Hawley MP. Nurse comforting strategies: perceptions of emergency department patients. *Clin Nurs Res* 2000; 9(4): 441-59.
- 33- Olsen KD, Dysvik E, Hansen BS. The meaning of family members' presence during intensive care stay: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* 2009; 25(4): 190-8.
- 34- Adamson H, Murgo M, Boyle M, Kerr S, Crawford M, Elliott D. Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study. *Intensive Crit Care Nurs* 2004; 20(5): 257-63.
- 35- Russell S. An exploratory study of