

تجارب روانی بیماران دارای استوما (کلستومی)، یک مطالعه پدیدار شناسی

مرضیه عادل مهربان^۱، الهه آشوری^۲، اعظم مولادوست^۳، صدیقه آقایی^۴

چکیده

زمینه و هدف: درباره تجارب روان شناختی بیماران دارای استوما در ایران اطلاعات چندانی در دست نیست. از آن جا که پیشگیری از پیامدهای منفی روان شناختی این نوع اعمال جراحی در طراحی مداخلات روان پرستاری اهمیت زیادی دارد، شناخت تجارب روان شناختی این بیماران ضروری به نظر می رسد.

مواد و روش ها: این پژوهش از نوع کیفی (پدیدار شناسی) بود. نمونه گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شد و شرکت کنندگان (۱۷ بیمار کلستومی) مورد مصاحبه عمیق قرار گرفتند. بیماران شامل افرادی بودند که در مراکز آموزشی-درمانی وابسته به دانشگاه، مورد عمل جراحی و مراقبت قرار گرفته بودند. اطلاعات جمع آوری شده به روش Colaizzi مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: ۸ کد استخراج شده مربوط به تجارب روانی این بیماران عبارت بود از: آبرو ریزی، افسردگی، دردسر و سربار بودن، بی ارزشی، بی اعتمادی، عدم پذیرش و وابستگی.

نتیجه گیری: یافته های مطالعه نشان داد که مشکلات روانی-اجتماعی از اهم تجارب این بیماران است. در یک رویکرد کل نگر، پرستاران به عنوان اعضای لاینفک تیم درمانی، لازم است در طراحی مداخلات روان پرستاری به مشکلات روانی-اجتماعی این بیماران نیز توجه لازم را مبذول دارند.

واژه های کلیدی: تجارب روان شناختی، استوما، جراحی روده، کلستومی، مطالعه کیفی، پدیدار شناسی

نوع مقاله: تحقیقی (کیفی)

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۶/۲۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۹/۲۶

مقدمه

می گردد. سالانه صد هزار نفر در ایالات متحده امریکا گرفتار کلستومی می شوند (۱). نیاز به ایجاد کلستومی می تواند به ترتیب شیوع، به علت کانسر کولون، تروما، دیورتیکولیت، بیماری التهابی روده و کولیت ایسکمیک باشد (۲). تشخیص

هر ساله بر تعداد بیماران دارای کلستومی افزوده می گردد. طی این عمل جراحی که در سنین جوانی تا کهن سالی انجام می گیرد، روزهایی در دیواره شکم برای دفع روده های ایجاد

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

۱- هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (نویسنده مسؤول)

۲- هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۳- کارشناس پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۴- سرپرستار مرکز پزشکی حضرت امیرالمؤمنین (ع)، اصفهان

طی یک مطالعه که در هنگ کنگ در سال ۲۰۰۴ انجام شده است، مشاهده شد که بیمارانی که پس از کانسر مورد عمل جراحی قرار می‌گیرند (از جمله بیماران دارای کلستومی)، اغلب استرس بیشتری، هم از کانسر و هم از جراحی، تجربه می‌کنند. آنها در طی دوران پس از عمل به جز عوارض جسمی با طرد شدن از طرف دیگران و ترس از مرگ دست و پنجه نرم می‌کنند. این مشکلات اغلب از کیفیت زندگی این بیماران می‌کاهد (۵).

در مطالعه توصیفی دیگری در توضیح تجارب بیماران دارای استوما در ارتباط با همسرانشان انجام شد، نتایج نشان داد که بیماران دارای استوما مشکلات گوناگونی را تجربه می‌کنند؛ مشکلات مربوط به درگیر شدن با استوما، چرا که اطلاعات در مورد کانسر و استوما ترس از مرگ را افزایش می‌دهد و بیمار در مورد این که چگونه استوما را بپذیرد و با آن زندگی کند، نگران می‌شود. از سایر مشکلات، زندگی کردن با عدم اطمینان می‌باشد که احساس نگرانی در مورد متاستاز کانسر و این که بیماری پیشرفت می‌کند، وجود دارد. زمانی که بیماران هیچ‌گونه آزمایشی برایشان انجام نشود، در مورد پیشرفت کانسر نگران هستند و این احساس منجر به مشکلات روانی در آنان می‌گردد. همچنین بعد از عمل جراحی، استوما قرمز، متورم و بیش از حد معمول بزرگ می‌باشد که احساس ناخوشایندی در اثر نگاه کردن به آن در بیمار ایجاد می‌شود. کلستومی می‌تواند تغییری در احساس همسر نسبت به بیمار ایجاد کند و منجر به احساس شرمندگی در بیمار گردد و در نهایت در ارتباط جنسی با وی دچار اختلال شود. بیمار ممکن است اولین بار هنگام نگاه کردن به استوما دچار شوک شود (۶).

با بررسی منابع موجود در ایران (کتابخانه‌ای و اینترنتی) و تماس با مراکز پژوهشی سایر شهرهای کشورمان مشخص شد که منبعی برای کسب آمار و اطلاعات در مورد این بیماران به صورت جامع و کامل وجود ندارد؛ به ندرت به این بیماران پرداخته شده و اگر هم پرداخته شده است، نتایج آن به صورت مكتوب در دسترس نیست. در مجلات مربوط به

کانسر از شایع‌ترین علت ایجاد کلستومی است. این کانسر همه گروه‌های سنی را درگیر می‌کند، اما در افراد بالای ۵۰ سال شایع‌تر است و بیماران بالای ۷۰ سال ۵۶٪ موارد را تشکیل می‌دهند. همچنین این کانسر می‌تواند هر بخش از روده بزرگ را تحت تأثیر قرار دهد؛ گرچه در قسمت سیگموئید و رکتوم شایع‌تر است و استوما اغلب به علت سوراخ شدگی یا انسداد ایجاد می‌شود. اگر احساس شود کانسر نمی‌تواند به طور کامل برداشته شود یا متاستاز مطرح باشد، جراحی حمایتی برای برطرف نمودن علایم، جلوگیری از انسداد روده و بالا بردن کیفیت زندگی بیمار انجام می‌شود. نوع و وسعت جراحی بستگی به محل کانسر دارد و بیمار ممکن است نیازمند کلستومی دایم یا موقت باشد (۳).

در تکنیک‌های جراحی پیشرفته، کلستومی در کمتر از یک سوم بیماران دیده می‌شود (۴). این بیماران نیازمند آماده شدن ایمن جهت عمل جراحی می‌باشند که این نیاز بهتر است توسط پرستار متخصص کلستومی برطرف شود و وی ابعاد مختلف کلستومی را برای بیمار توضیح دهد. پرستار نیز باید بعد از عمل در بیمارستان و خانه در دسترس بیمار باشد تا حمایت لازم و کمک عملی برای بیمار و خانواده‌اش فراهم کند. همچنین بایستی انواع گوناگون وسایل و فرآورده‌های پوستی و روش استفاده از آن را به بیمار توضیح دهد و اطلاعاتی در مورد سازمان‌های گوناگون حمایت کننده در اختیار وی قرار دهد. بیمار نیز باید بتواند درباره نگرانی‌هایش صحبت کند؛ چرا که بیماران دارای کلستومی به علت تشخیص بیماری، اغلب وحشت زده، مضطرب، افسرده، خشمگین و پراسترس هستند.

با توجه به اهمیت مشکلات به دنبال ایجاد کلستومی که دارای ابعاد وسیع جسمی و روانی می‌باشد، مراقبت از این بیماران نقش مهمی در کاهش عوارض و ایجاد سازگاری و شیوه مطلوب زندگی دارد. این بیماران به دنبال کلستومی ممکن است مشکلات روحی نظیر اضطراب، تغییر در تصویر ذهنی بدن و کاهش اعتماد به نفس را تجربه نمایند که مجموعه این عوامل منجر به تغییر در شیوه زندگی آنان می‌گردد.

علوم پزشکی ایران با وجود بررسی‌های فراوان به کمتر مقاله تحقیقاتی در زمینه این بیماران برخورد کردیم. حتی با چندین مرکز تحقیقات گوارش و سرطان در سراسر کشور از دانشگاه‌های معتبر مکاتبه شد، اما پاسخی در زمینه منبع اطلاعاتی راجع به این بیماران یا تحقیقی در رابطه با آنها دریافت نشد. از آن جایی که روش پدیدار شناسی، به خصوص هنگامی مورد استفاده قرار می‌گیرد که پدیده مورد نظر بسیار کم شناخته و مفهوم پردازی شده باشد (۷)، پژوهشگران تصمیم گرفتند که تجارب بیماران کلتومی بعد از عمل جراحی در مراکز آموزشی درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان را مورد تعمق و بررسی قرار دهند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش پدیدار شناسی انجام گرفت و نمونه‌ها به صورت آسان و مبتنی بر هدف انتخاب شدند، به نحوی که بیماران با سابقه عمل جراحی کلتومی در مراکز پزشکی منتخب، جهت مصاحبه انتخاب و جمع‌آوری نمونه تا اشباع یافته‌ها از مصاحبه با ۱۷ بیمار بین سنین ۶۷-۱۵ سال توسط پژوهشگران ادامه یافت. تعداد ۱۱ نفر از این بیماران زن و ۶ نفر مرد بودند. شرایط ورود افراد به مطالعه عبارت بود از: هوشیاری کامل بیمار، فقدان درد و قادر به تکلم بودن، تمایل به شرکت در مصاحبه، سابقه کلتومی بیش از یک ماه و سن بالاتر ۱۲ سال (چرا که قبل از این سن بیمار دارای تفکر انتزاعی نبوده، قادر به بیان تجارب خویش نیست).

جمع‌آوری داده‌ها به شیوه متداول مصاحبه عمیق و آزاد بر اساس چند سؤال کلی انجام شد. هر مصاحبه بین ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت طول می‌کشید و مصاحبه بر روی نوار کاست و نوار ویدیویی ضبط می‌شد. مصاحبه با صحبت در مورد موضوعات روزمره و با توصیه برخی موارد به بیمار آغاز می‌گردید. در طی مصاحبه محقق از سؤالات باز در مورد واکنش بیمار، زمانی که از بیماری خود آگاه و از عمل جراحی استوما مطلع شده بود، می‌پرسید. از شرکت کنندگان در مورد توصیف تجارب خود و نگرش‌هایشان در مورد عمل جراحی

استوما و نتایج آن سؤال می‌شد. همچنین از احساس آنان در مورد اطلاعات داده شده و نیز در مورد شرکت در مراقبت از خود و تجارب درمانی از مراقبت کنندگان در بیمارستان سؤال می‌گردید. مطابق با روش انتخاب شده، حداقل راهنمایی برای آنان انجام و اجازه داده شد که شرکت کنندگان در مورد موضوعات مهم صحبت کنند. مصاحبه زمانی آغاز می‌شد که درد بیمار کاهش یافته و از مرحله حاد بیماری عبور کرده بود، که این بسته به وضعیت بیمار و بیماری‌های زمینه‌ای متفاوت بود. با همکاری مسؤول بخش از آمادگی بیمار جهت مصاحبه مطمئن می‌شدیم. در حین انجام مصاحبه و پس از آن توصیه‌هایی در مورد مراقبت از خود جهت برقراری ارتباط بهتر به بیمار داده می‌شد و به این ترتیب اعتماد بیماران جلب می‌گردید.

از مصاحبه‌هایی که بر روی نوار ضبط شده بود، عین کلمات افراد استخراج گردید و دوباره برای حصول اطمینان از دقت کار توسط محقق دیگر نسخه‌ها با نوار مقایسه شد. برای تحلیل داده‌ها نیز از روش Colaizzi استفاده شد؛ به این ترتیب که نسخه‌ها به طور کامل خوانده و سپس جملات مهم آنها در مورد تجارب بیماران استخراج و فضای هر جمله از نظر محقق نوشته شد. آن گاه معانی (تم‌ها) بر اساس مفهومی‌شان به صورت خوشه‌هایی سازماندهی گردید. سپس تم‌ها و خوشه‌های استخراج شده از نسخه‌ها تلفیق شد تا توصیفی از تجارب این بیماران به دست آید. نتایج نهایی با شرکت کنندگان در میان گذاشته شد تا تبیین نمایند که آیا توصیفها منعکس کننده تجربیات آنها هست یا نه. در انجام این تحقیق از کمک یک همکار متخصص استفاده گردید، وی به بخش‌هایی از نوار مصاحبه گوش می‌کرد و در تحلیل داده‌ها کمک می‌نمود. مشاهده مداوم از طریق کنار هم قرار دادن یادداشت‌ها و تحلیل‌ها انجام شد. همچنین همسانی و قابلیت تأیید یافته‌ها نیز از طریق کنار هم قرار دادن یادداشت‌ها و یافته‌های خام، یادداشت‌های عرصه و معانی استخراج و انجام شد. با استفاده از روش مصاحبه و ضبط صحبت شرکت کنندگان روی نوار کاست این امکان به دست

آمد که به دنیای این مددجویان راحت‌تر وارد شده، در فرآیند مصاحبه تمرکز کامل و شرکت فعال داشته باشیم؛ از این طریق، قابلیت اعتماد و سندیت داده‌ها افزایش یافت. گوش دادن فعالانه به صحبت‌های بیماران و استفاده از نظر سایر پژوهشگران نیز به اعتبار داده‌ها کمک نمود. همچنین درگیری عمیق و تجارب قبلی پژوهشگران که با مددجویان دارای کلستومی برخوردی طولانی مدت داشتند، به مقبولیت داده‌ها کمک کرد.

یافته‌ها

یافته‌های این تحقیق که از مصاحبه عمیق با بیماران به دست آمد، پس از چندین بار خواندن توسط محققین و تم گذاری به ۶ مفهوم دسته بندی شدند که یکی از موارد قابل بحث در بیماران دارای کلستومی نتایج روانی حاصل از عمل جراحی روی این بیماران بود. به‌طور تقریبی همه بیماران، نگرانی‌های روانی را به دنبال عمل جراحی استوما تجربه نموده بودند که بسته به وضعیت بیمار درجات این نگرانی‌ها متفاوت بود. زیر مفهوم‌های مربوط به تجارب روانی عبارت بود از آبروریزی، افسردگی، دردسر و سربار بودن، بی‌ارزشی، بی‌اعتمادی، عدم پذیرش و وابستگی که در این مقاله به توصیف آن می‌پردازیم.

● **آبرو ریزی:** از صحبت‌های شرکت کنندگان در این پژوهش چنین برمی‌آمد که صداهایی که توسط روده ایجاد می‌شود، بو و ترشحات کیسه کلستومی و قابل رؤیت بودن این وسیله و نیز احساس و درک دیگران و جالب توجه بودن استوما برای آنها، می‌توانست موجب نگرانی این مددجویان شود. مددجویان این احساس را این‌گونه بیان می‌کردند:

«یه هو هر جا نشستی بادهای بد صدا می‌یاد. نمی‌تونیم توی جمع یا مهمونی که آدم ابرو داره، کنترلش دست خودمون نیست. خب این‌ها خیلی سخته» (شرکت کننده شماره ۲). «واقعاً صدمه و آبرو ریزی زیادی داره. من دارم صحبت می‌کنم یه هو صدا می‌یاد. کسی که تازه اومده که

نمی‌دونه صدا مال چیه. حتی برای خانواده هم آدم خجالت می‌کشه» (شرکت کننده شماره ۱۴).

● **افسردگی:** آن‌چه می‌توان از سخنان مشارکت کنندگان استنباط کرد، این بود که آنان به شدت تحت فشارهای روحی و روانی بودند که منجر به بروز علایم روانی- بالینی گردیده بود. بیماران احساس خود را این‌گونه بیان کردند:

«اصلاً هیچی حالیم نیست. به خدا یه وقت از صبح تا شب یکی این‌جا باشه، هیچی نمی‌تونم باهاش حرف بزنم. دیروز زن داییم این‌جا بوده، می‌گه چرا هیچی نمی‌گی. می‌گم نمی‌تونم، هیچی بام نگو، هیچی بام نگو. تا ملاقاتی که این‌جا بودن یک کم حرف زدم» (شرکت کننده شماره ۴). «هو رو خدا بذارین راحت‌تر برم. دیگه فایده نداره. کسی به فکر من نیست. تو رو خدا دعا کنین راحت شم» (شرکت کننده شماره ۱۱).

● **دردسر و سربار بودن:** اکثر بیماران از احساس ناخوشایند سربار بودن صحبت می‌کردند. آنها از این‌که خانواده‌شان مجبورند وقت و هزینه صرف آنها نمایند، احساس خوبی نداشتند. عدم وجود امکانات کافی جهت مراقبت از این بیماران در جامعه، خانواده آنان را دچار سردرگمی نموده، فشار روانی و جسمی زیادی بر آنها وارد می‌کرد؛ لذا این بیماران احساس سربار بودن میکردند. بیماران احساس خود را در این زمینه این‌گونه بیان نمودند:

«وقتی می‌خوام یه کیسه رو عوض کنم، مجبورم زن و بچه‌ام رو از خونه بیرون کنم. از اتاق بیرون کنم. صدمه‌اش به زنم می‌خوره. روش رو باز کنه. ۱-۱/۵ ساعت خوبه. ۱ ساعت بو می‌پیچه این‌جا» (شرکت کننده شماره ۱۵). «من گفتم چرا منو این طوری کردین. من نمی‌خواستم این طوری توی این دنیا باشم. ۶ تا بچه‌ام گریه می‌کنن و می‌گن ما می‌خوایم تو یه تکیه گوشت باشی و پهلوی ما. دخترام می‌گن ما نمی‌خوایم شما کار کنی، بخواب این‌جا گوشه خونه؛ ولی خب، چقدر خرج من می‌کنن. بمیرم اون بچه دربه‌در حالا وقت زنشه، چقدر خرج من بکنه. یه دکون

با قرض و قوله جور کرد. هر چی در میاره خرج من می‌کنه» (شرکت کننده شماره ۲).

● **بی‌ارزشی:** در طی فرایند کلتومی مددجو به تدریج احساس تهی شدن و بی‌ارزشی می‌نمود. فردی که تاکنون اغلب نقش مهمی در خانواده ایفا می‌کرد و حمایت‌گر سایرین بود، اکنون نیازمند حمایت و کمک دیگران شده بود. لذا، احساس بی‌ارزش شدن به مددجو دست می‌داد. مددجویان در این باره این‌طور گفتند:

«فعال بودم، نمی‌تونم بیکار باشم، یه چند وقت اومدم خودمو بازنشسته کنم، دیدم نمی‌شه. واقعاً از دست می‌رم. بیکاری نمی‌شه. اونوقت همین‌طور که دنبال کار و اینا می‌رم، فراموشم می‌شه که من مریضم یا مریضی داشتم یا مسأله‌ای بوده و کلتومی هستم» (شرکت کننده شماره ۱).
روی اعصابم خیلی اثر گذاشته، وقتی سالم بودم، زرتنگ و فعال بودم. حالا نشستن برام خیلی مشکله» (شرکت کننده شماره ۱۵).

● **بی‌اعتمادی:** مراجعات مکرر به پزشک و عدم راهنمایی مناسب، عدم آموزش مناسب توسط پرستار و ایجاد عوارض بعد از استوما، باعث ایجاد بی‌اعتمادی در این بیماران شده بود. بیماران احساس می‌کردند که شاید اگر به طریقی دیگر برای آنها مراقبت و درمان انجام می‌شد، نتیجه بهتری می‌گرفتند و این مشکلات را تجربه نمی‌کردند. بیماران در این زمینه ابراز نمودند:

«فقط باید بگم، اگه هر کسی تو شغلش تو هر کاری که هست اشتباه نکنه و حواسشو جمع کنه، کارا بهتر می‌شه» (شرکت کننده شماره ۱۲). «حالا متنفرم از هر چی دکتره و بیمارستانه؛ چون اگه یکی کسی بی‌کس است، باید این بلاها به سرش بیاد. یک عمل ساده کیسه صفرا که باید حداقل یک هفته بعد بره خونه، باید سه ماه توی بیمارستان بمونه. رفتیم پیش دکتر به من میگه به من هیچ ربطی نداره، یک عمل داشتن که من انجام دادم. عواقب عمل جراحی به من ربطی نداره. هر جایی می‌خواين شکایت

کنين. می‌گین ما چی کار کنیم؟» (شرکت کننده شماره ۱۶).
● **عدم پذیرش:** ایجاد احساس بی‌اعتمادی در مددجو به خاطر عدم آموزش و مراقبت مناسب پس از جراحی، منجر به عدم پذیرش بیماری توسط وی گردیده بود. این احساس که آیا انتخاب راه دیگری می‌توانست شیوه زندگی فعلی وی را تحت تأثیر قرار دهد، باعث شده بود که مددجو هنوز نتواند این بیماری را بپذیرد. عدم پذیرش بیماری می‌تواند در امر ادامه مراقبت و درمان وی تأثیر گذار باشد. بیماران این‌گونه بیان می‌کردند:

«من هر کاری می‌کنم نمی‌تونم قبول کنم. همه به من می‌گن ولش کن. اون باید می‌گفت بالأخره با ۴ نفر مشورت می‌کردم. ممکن بود من همین دکترم می‌اومدم، همین عمل را هم انجام می‌دادم، اما حالا نمی‌تونم خودمو قانع کنم که نظر این دکتر این بوده؛ آیا نظر اون درست بوده یا آیا دکترای دیگه هم همین نظرو داشتن؟» (شرکت کننده شماره ۱۵). «اگه به همراه بگن اگه عمل نکنی ۴ روز، یک‌ماه، یک‌سال دیگه از دست می‌ری، اون مریض چند جا میره، هر دکتری یه نظر می‌ده، لاف‌ل این از مغزم پاک می‌شه. خودمو نتونستم قانع کنم» (شرکت کننده شماره ۱۴).

● **وابستگی:** در بررسی تجارب بیماران دارای استوما، این نکته مشهود بود که این مددجویان احساس وابستگی به اطرافیان پیدا کرده بودند. وجود یک فرد که به طور دایم در کنار آنان باشد و در مراقبت از استوما به آنان کمک کند، برای آنها یک ضرورت بود. بیماران، وابستگی را در تجارب خود، این‌گونه بیان نمودند:

«بلد نیستم پانسمان کنم. می‌خوام یاد بگیرم اما نشد. شاید یاد گرفتم، زخم کمکم می‌کنه. فقط اون کارام رو انجام می‌ده» (شرکت کننده شماره ۱). «این جا روم نمی‌شه به کسی بگم. یه دخترام میاد کمکم عوض می‌کنه» (شرکت کننده شماره ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش، نشان از تجارب سخت و دردناک بیماران کلستومی مورد مطالعه در جامعه پژوهش داشت. در سایر جوامع نیز مشابه چنین تجاربی در بیماران استوما دیده می‌شود؛ چنانچه Parrett و همکاران وجود احساس آبرو ریزی را این‌گونه بیان می‌کنند که بیماران دارای استوما می‌توانند مشکلات فیزیکی گوناگونی را تجربه کنند که باعث نگرانی و شرمندگی آنها می‌شود. بسیاری از این مشکلات می‌تواند به وسیله آموزش دادن و تغییر در اداره عملی استوما حل شود؛ گرچه برخی نیاز به جراحی دارند (۸). بروز افسردگی در بیماران کلستومی پیر و فشارهای روحی- روانی نیز از مواردی است که در سایر مطالعات تأیید شده است. Broker نیز معتقد است که بیماران دارای استوما به دلیل تشخیص بیماری، اغلب وحشت زده، مضطرب و دچار افسردگی می‌باشند، به خصوص اگر مبتلا به کانسر کولون بوده، از برداشته نشدن کانسر نگران باشند (۹).

همچنین Parrett و همکاران این‌گونه اظهار می‌کنند که حتی زمانی که مشاوره قبل از عمل مناسب و مؤثری در آموزش عملی به بیمار در مراقبت از استوما انجام شود، بسیاری از بیماران به‌طور کامل اثرات عمل جراحی استوما را درک نمی‌کنند و این عدم درک می‌تواند به عدم پذیرش بیماری توسط آنان منجر شود (۸).

گرچه یکی از یافته‌های این تحقیق نشان دهنده وجود احساس بی‌اعتمادی در بیمار نسبت به پزشک و کادر درمانی بود، نتایج تحقیق دیگری که توسط Ramer در کالیفرنیا انجام شد، نشان داد که اعتماد در طی هفته ۴ بعد از عمل جراحی تا هفته ۱۲ افزایش یافته است (۱۰).

سایر مطالعات نیز بروز اختلالات روانی در بیماران دارای استوما را تأیید می‌کند. مطالعه‌ای که در کانادا انجام شده است، نشان می‌دهد ناراحتی‌های روانی در بیماران می‌تواند منجر به بدتر شدن وضعیت جسمی در آنان گردد. در این مطالعه شیوع اختلالات روانی در بیماران دارای کلستومی ۴۳٪ گزارش شد. همچنین ۵۷٪ دچار اضطراب و ۳۷٪ دچار

افسردگی و ۶۶٪ دچار اختلال در تمرکز بودند (۱۱). وجود این مشکلات، که بر کیفیت زندگی این بیماران و خانواده آنان تأثیر می‌گذارد، نیاز به تأمل و برنامه ریزی جهت ارتقای وضعیت روانی این بیماران را نشان می‌دهد.

Potter معتقد است یک راهنمای بالینی برای مددجوی دارای استوما در مراقبت در منزل، به بازگشت استقلال او کمک می‌کند. پرستار باید به مددجو کمک کند که بداند یک شیوه زندگی طبیعی برای او پس از استوما امکان‌پذیر است (۱۲).

Taylor نیز معتقد است ما باید به عنوان یک تیم درمان به تدریج با بیمار کار کنیم تا مهارت لازم را کسب نماید. ما باید کمتر انجام بدهیم و بیشتر نظارت داشته باشیم (۱۳).

تحقیقات انجام شده نیز نشان می‌دهد سازگاری روانی بیماران کلستومی در کیفیت زندگی آنان به‌طور معنی‌داری تأثیر می‌گذارد (۱۴). همچنین مطالعات نشان می‌دهند بیماران دارای استوما که مداخلات مشاوره‌ای برای آنها انجام می‌شود، به‌طور قابل توجهی دارای اعتماد به نفس بالاتری نسبت به بقیه می‌باشند و این مشاوره‌ها بر تجارب آنها و درک آنان از خود تأثیر می‌گذارد (۱۵).

سایر مطالعات نیز نشان می‌دهند که بین خود مراقبتی در استوما و پذیرش استوما و روابط بین فردی و محل استوما با میزان سازگاری در این بیماران ارتباط قوی وجود دارد (۱۶).

درک عمیق مشکلات این بیماران که به واسطه این پژوهش کیفی فراهم آمد، نشان می‌دهد گرچه تلاش‌هایی از سوی انجمن استوما در ارتباط با این بیماران انجام شده است، اما تجارب آنان بیانگر نیاز مبرم به توجهی دقیق و دلسوزانه برای رفع مشکلات و بهبود کیفیت زندگی آنان دارد. متأسفانه امروز که مقاله این پژوهش نگاشته می‌شود، دو نفر از بیمارانی که به حق، تجارب آنها کمک شایانی در انجام این پژوهش داشت، دیگر در میان ما نیستند. بیماران کلستومی مظلومانه زندگی می‌کنند و رنج و درد آنها عمیق، اما بی‌صداست. در تمام مدت پژوهش، دست آنها به طلب یاری به سوی ما دراز بود و با این امید با ما در انجام پژوهش

ارتقای سطح دانش پرستاران می‌تواند نقش به‌سزایی در آموزش به این مددجویان ایفا نماید.

در آخر پیشنهادهای پژوهشگران برای مسؤولین عبارت است از تقویت انجمن استوما، توسعه تعداد ostomy therapists در جامعه درمانی، آموزش مداوم پرستاران به ویژه پرسنل بخش‌های جراحی گوارش که مسؤولیت مراقبت و آموزش این بیماران را به عهده دارند، برنامه ریزی منظم جهت آموزش این بیماران قبل و بعد از عمل جراحی، اتخاذ تدابیر مناسب جهت دسترسی این بیماران به مشاوره رایگان (در زمینه‌های درمانی، مراقبتی، اجتماعی و روانی) و تقویت پرستاری بهداشت جامعه در مراقبت از این گونه بیماران.

سپاسگزاری

در پایان از کلیه بیماران که با وجود کسالت با حوصله ما را از تجربارب خویش مطلع نمودند و نیز همکارانی که پرستاری این بیماران را در کلیه مراکز درمانی به عهده داشته، با ما همکاری نمودند، بی‌نهایت سپاسگزاریم.

همکاری نمودند که شاید انعکاس نتایج این تحقیق دریچه‌ای به سوی جلب نگاه مسؤولین برای یاری رساندن به آنها باشد؛ این مسأله، ما را به این باور رسانید که سخت‌ترین و رنج‌آورترین تجربارب آنها، تجربارب روانی است.

وجود مشکلات روانی در این بیماران، نشان از ناکارآمد بودن اقدامات انجام شده برای کمک به آنها داشت. در نتیجه باید پذیرفت که کلهستومی یک شیوه درمانی ایمن برای بیماران دارای اختلالات روده‌ای است؛ گرچه عوارض روانی استوما زیاد است، اما اگر از شیوه‌های جدید برای برخورد با استوما و درمان در این بیماران استفاده شود، می‌تواند به کم کردن این عوارض و زندگی راحت‌تر آنان کمک کند (۱۷).

مشاوره و آموزش به بیماران کلهستومی در زمینه‌های مختلف، از جمله نحوه سازگاری روحی با این بیماری، معرفی و تشکیل انجمن‌هایی که از این بیماران به طور مؤثر حمایت نموده، آنها را یاری نمایند و همچنین آموزش و مشاوره، می‌تواند نقش بسیار مؤثری در بهبود کیفیت زندگی این بیماران داشته باشد. این بیماران نیازمند هستند که جنبه‌های مختلف سازگاری با استوما را به آنها آموزش دهیم. افزایش و

References

1. Nobahar M. Nursing in digestive tract cancer and stomas. 1st ed. Tehran: Boshra; 2002. p. 106.
2. Duchesne JC, Wang YZ, Weintraub SL, Boyle M, Hunt JP. Stoma complications: a multivariate analysis. Am Surg 2002; 68(11): 961-6.
3. Brooker C, Nicol M. Nursing Adult. 1st ed. St. Louis: Mosby; 2003. p. 611-3.
4. Smeltze SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
5. Chan CW, Hon HC, Chien WT, Lopez V. Social Support and Coping in Chinese Patients Undergoing Cancer Surgery. Cancer Nurs 2004; 27(3): 230-6.
6. Persson E, Severinsson E, Hellstrom AL. Spouses' perceptions of and reactions to living with a partner who has undergone surgery for rectal cancer resulting in a stoma. Cancer Nurs 2004; 27(1): 85-90.
7. Nayyeri D, Asadi Noghabi A. Nursing Research. Tehran: Andisheye Rafie; 2005. p. 87.
8. Porrett T, McGrath A. Stoma Care (Essential Clinical Skills for Nurses). 1st ed. Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2005. p. 91.
9. Broker C, Nicol M. Nursing Adults: The Practice of Caring 6th ed. St. Louis: Elsevier/Mosby; 2003.

10. Ramer L. Exploration of changes in trust, autonomy and psychosocial discomfort experienced by the postoperative cancer patient with a colostomy. [Dissertation]. San Francisco: University of California; 1989.
11. Wasio VH. Psychological distress and physical symptom experience in post-surgical colorectal cancer patients. [Dissertation]. Manitoba: University of Manitoba ; 2005.
12. Perry AG, Potter PA. Skills Performance Checklists: Clinical Nursing Skills and Techniques. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2005. p. 1148.
13. C Taylor. Patients' experiences of 'feeling on their own' following a diagnosis of colorectal cancer: a phenomenological approach. International journal of nursing studies 2001; 38(6): 651-61.
14. Bartholomew K. The relationships among psychosocial adjustment, perceived social support, and quality of life in male and female adult survivors of colorectal cancer with an ostomy. [Dissertation]. New York: New York University; 1997.
15. Pamela GW. The effect of short term post operative counseling on self concept/self stem in cancer/ostomy patients. [Dissertation]. Boston: 1982.
16. Simmons K, Smith J, Bobb K, Liles L. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. Journal of Advanced Nursing 2007; 60(6): 627-35.
17. Branagan G , Tromans A, Finnis D. Effect of stoma formation on bowel care and quality of life in patients with spinal cord injury. Spinal Cord 2003; 41(12): 680-3.

Psychological experiences of patients with surgical stoma (Colostomy): A phenomenological study

M. Adel Mehraban, E. Ashoori, A. Moladoost, S. Aghayi

Abstract

Aim & Background: There is little information regarding the psychological experiences of patient with surgical stoma in Iran. Since preventing adverse psychological effects of surgical stomas is important in planning nursing care programs, exploring the experiences of these patients seems necessary.

Method and Materials: This was a phenomenological qualitative study. A purposeful sample of seventeen hospitalized patients was selected through convenient sampling. They had undergone colostomy surgery in hospitals affiliated to Isfahan Medical University. Data was gathered by means of in-depth semi-structured face-to-face interviews. Data analysis was conducted using the phenomenological analytic method defined by Colaizzi.

Findings: Seven main themes were obtained related to psychological experiences including depression, feelings of being a burden on family, feelings of worthlessness, distrust, dishonor, non-acceptance and dependency.

Conclusion: Based on our findings, psychosocial problems were of the most important experiences mentioned by patients. This finding is congruent with previous similar studies. In a holistic approach, nurses as essential members of health care system should consider patient's psychosocial needs in their care planning.

Key words: Colostomy, surgical stoma, colorectal surgery, psychological experiences, qualitative study, phenomenological approach

Type of article: Research

Received: 15.9.2008

Accepted: 16.12.2008

1. Educator, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

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

2. Educator, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3. Bachelor's degree in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4. Chief Nurse, Amir-al-momenin Medical Center, Isfahan, Iran.