

بررسی و تحلیل پدیدار شناسایی تجربه درد در سه خرده فرهنگ در ایران

دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی* (استادیار آموزش پرستاری) - اکرم ثناگو** (کارشناسی ارشد پرستاری) - دکتر لیلا

جویباری** (استادیار آموزش پرستاری)

** عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

فصلنامه حیات

سال یازدهم شماره ۲۵ و ۲۴ بهار و تابستان ۱۳۸۴ صص ۴۰-۳۳

تاریخ دریافت مقاله: آذر ماه ۱۳۸۳

تاریخ پذیرش مقاله: بهمن ماه ۱۳۸۳

چکیده

مقدمه: انسان از دیرباز با پدیده درد خود را همراه می‌دیده و همواره در صدد یافتن راه‌هایی جهت تسکین و یا تخفیف درد بوده است. با همه پیشرفت‌های شگفت‌انگیزی که در این عرصه تاکنون حاصل شده است هنوز هم تحقیق پیرامون درد از اولویت‌های اساسی در علوم پزشکی است. هدف اصلی این مطالعه کشف معنای تجربه درد بعد از اعمال جراحی شکم در سه خرده فرهنگ کشور می‌باشد که با یک رویکرد تحقیق کیفی همراه گردیده است.

مواد و روش کار: به منظور درک تجربه زنده درد بیماران بعد از اعمال جراحی شکم از روش پدیدارشناسی تفسیری استفاده گردید. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه سازمان یافته، مشاهده هدفمند و استفاده از نوشتار و روش تجزیه و تحلیل داده‌ها روش تجزیه و تحلیل پدیدار شناسانه بنر بود.

یافته‌ها: از مجموع مصاحبه‌های انجام شده با ۱۵ شرکت‌کننده خرم آبادی، ۱۳ شرکت‌کننده تهرانی و ۸ شرکت‌کننده گرگانی و تجزیه و تحلیل اشتراکات و افتراقات چهار درونمایه استحصال گردید. تحت‌الشعاع قرار گرفتن درد بعد از عمل جراحی نسبت به درد اولیه، نیاز به حمایت، افزایش روحیه معنوی و توسل به خداوند و ائمه اطهار و احساس عدم درک مناسب و مداخله به موقع گروه درمان از درد بیمار از درونمایه‌های استحصال شده این تحقیق می‌باشد.

نتیجه‌گیری: اگر چه درد پدیده‌ای ذهنی منحصر به فرد و فرهنگی است و واکنش به درد شدیداً تحت تأثیر ارزش‌ها و فرهنگ افراد می‌باشد، اما الگوی مواجهه با درد در خرده فرهنگ‌های تحت مطالعه تفاوت آشکاری نشان نداد. به عبارت دیگر فرهنگ ملی-اسلامی ایران به عنوان یک فرهنگ غالب خرده فرهنگ‌های دیگر را تحت‌الشعاع خود قرار داده و لذا درونمایه‌های استحصال شده تفاوت قابل ملاحظه‌ای در این خرده فرهنگ‌ها نشان نداد.

واژه‌های کلیدی: درد، تحقیق کیفی، پدیدار شناسی، مراقبت پرستاری

* نویسنده مسؤول مقاله: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

تلفن: ۶۶۹۴۱۶۶۹ نمایر: ۶۶۴۲۷۲۵۵

E-mail: nikbakht@sina.tums.ac.ir

مقدمه

انسان از دیرباز با پدیده درد خود را همراه می‌دیده و در صدد یافتن شیوه‌های تسکین و تخفیف آن بوده است. شناخت و درمان درد از کهن‌ترین علمی است که انسان با تلاش مداوم و خستگی‌ناپذیر در تحصیل و تکمیل آن کوشیده و البته دستاوردهای حیات‌بخش و شگفت‌انگیزی نیز در برداشته است. بقراط در این زمینه گفته است:

«مبارزه انسان با درد مسأله ابدی انسان‌ها است، شورش علیه درد بی‌فایده است. باید سعی کنیم نقش درد و ضرورت وجودی آن را درک نماییم زیرا بدون خاصیت هشداردهنده درد چه بسا موجود زنده‌ای وجود نداشته باشد (۱)».

بنابراین یکی از اولویت‌های تحقیق در علوم پزشکی پژوهش‌هایی است که در جهت مهار و کنترل این پدیده مرموز صورت می‌گیرد. امروزه در بسیاری از مراکز درمانی کلینیک مخصوص درد و به عبارت علمی آن بخش آلوژوی^۱ (دردشناسی) وجود دارد تا این پدیده را از ابعاد گوناگون مورد کنکاش علمی قرار دهند زیرا مطابق تحقیقات انجام گرفته در رتبه‌بندی علل ترس انسان، ترس از درد بعد از ترس از مرگ قرار دارد (۲). این احساس همواره موجب ایجاد تنش روحی روانی در فرد می‌شود. در طرح مراقبتی بیمار تسکین درد معمولاً اولویت اول را به خود اختصاص می‌دهد و در همه مراکز درمانی وقت، نیرو و هزینه بسیاری صرف تخفیف و تسکین آن می‌شود.

بر این پدیده مرموز و پیچیده عوامل زیادی تأثیر می‌گذارد. یکی از این عوامل فرهنگ

و زمینه فرهنگی افراد می‌باشد و در این گستره وسیع فرهنگی نقش اعتقادات مذهبی هم بسیار محسوس است.

تیلور^۲ و همکاران در کتاب اصول پرستاری (علم و هنر پرستاری) می‌نویسند: آنجا که از درد سخن می‌گویند مؤلفه مذهب را از قدرتمندترین عناصر تأثیرگذار بر تحمل درد معرفی نموده و خاطرنشان می‌سازند که در بعضی مذاهب افراد بنا به اعتقادات خاص مذهبی خود درد را عامل پاک‌سازی خود و جامعه می‌دانند و به همین مناسبت این افراد اقدامات تسکین‌دهنده را به ندرت می‌پذیرند و در برخورد با درد از منبع قوی معنویت بهره می‌برند (۳).

از طرف دیگر تجربه درد مجموعه‌ای کاملاً انحصاری و پویا است که با تمامیت وجودی فرد آمیخته و در این میان هر کس داستان مخصوص به خود را دارد. با شناخت این داستان‌های فردی می‌توان به چشم‌اندازهای فرهنگی آن پی برد و در این حالت با نگاهی جامع‌تر و عمیق‌تر می‌توان به مددجویان و درد آنان نگاه کرد. برای شناخت این پدیده که اولویت اول آرایه خدمات درمانی و مراقبت‌های پرستاری را تشکیل می‌دهد باید ابتدا درمندان به ما کمک کنند تا بعدها ما بتوانیم به آنان بهتر کمک نماییم. این مطالعه در واقع در جستجوی شناخت سپهرهای^۳ حاکم بر پدیده درد با یک بررسی پدیدار شناسانه و مقایسه تحلیلی آن در سه منطقه مختلف فرهنگی کشور است. هدف اصلی بررسی آن کشف تجربه درد بعد از اعمال جراحی در سه خرده فرهنگ کشور می‌باشد که با یک رویکرد کیفی همراه گردیده است.

2 - Taylor

3 - Paradigms

1 - Algology

روش‌شناسی طرح

در این تحقیق به منظور درک تجربه زنده بیماران از درد بعد از اعمال جراحی شکم از روش پدیدارشناسی تفسیری استفاده شده است. پدیدارشناسی مانند اکثر لغت‌های ناآشنا انسان را می‌فریبد. اصطلاح پدیدارشناسی از یک لغت یونانی که به معنای نشان دادن، دیده شدن و ظاهر شدن می‌باشد، مشتق شده است (۴). پدیدارشناسی در واقع تلاشی برای توصیف «تجربیات زنده» بدون تئوری قبلی درباره «واقعیت عینی» آن تجربیات می‌باشد. اشتروبرت و کارپنتر^۱ عقیده دارند که در واقع پدیدارشناسی یک رهیافت جامع پژوهشی است که دیدگاه‌های فلسفی، جامعه‌شناختی و روان‌شناختی را یک جا و با یکدیگر در بر می‌گیرد. نگارندگان فوق می‌افزایند که گر چه این روش، رویکرد سودمندی برای بررسی و آزمون پدیده‌ها در پرستاری است ولی در عین حال هنوز روش نسبتاً جوانی است. آنان معتقدند پژوهشگرانی که به تازگی کار با پدیدارشناسی را آغاز کرده‌اند اغلب در مورد چگونگی پیشرفت این روش پژوهشی نامطمئن هستند (۵).

پدیدارشناسی در عصر ما به جنبشی فلسفی اطلاق می‌شود که هدف اصلی و اساسی آن بررسی، تحقیق و شناخت مستقیم و بدون واسطه پدیده‌هاست. پدیدارهایی که در برگیرنده اعمال، افکار، خواست‌ها، اعتقادات، موضوعات و ... است. در این شیوه شناخت هر پدیده‌ای بدون اتکا به فرضیات قبلی و ادراکات ناآزموده به طور آگاهانه و صریح بررسی و درک می‌شود. به عبارت دیگر، پدیدارشناسی روش فلسفی است که بر اساس تجربه آگاهانه و مستقیم پدیدارها استوار است. در پدیدارشناسی باید به ماهیت پدیده‌ها و خود آنها پی ببریم بنابراین باید

با پدیده‌ها برخوردی خالص و دست اول، و رها از نظریات و شائبه‌های قبلی داشته باشیم و بکوشیم تا آنها را آن چنان که هستند بشناسیم و بیان کنیم. به طور خلاصه در پدیدارشناسی ادعا این است که شناخت پدیدارها در گرو شناخت تجربه درونی ذهن‌هایی است که درگیر آن پدیدارها هستند (۶).

هدف دانشمند پدیدارشناسی بررسی نیست بلکه او در پی آن است که دنیای واقعی و جنبه‌های ذهنی آن را بشناسد و درک کند. عالم پدیدارشناس باید دریابد که انسان چه معنی و مفهومی را در اعمال خود می‌یابد و رفتارهای خود و دیگران را چگونه تعبیر و تفسیر می‌کند. از دیدگاه بنر^۲ در پدیدارشناسی، بافت رخداد و وقوع آن پدیده هر دو با هم عامل تفسیری برای فهم دنیای شرکت‌کنندگان و یا حوادث و وقایع مورد بررسی هستند. یک محقق کیفی از طریق درگیر شدن منطقی و وارد شدن به دنیای منحصر به فرد و انحصاری شرکت‌کنندگان در تحقیق و به زبان رایج در گفتمان آنها بین موارد کاربردی و تجارب زنده فرد ارتباط برقرار می‌کند (۷).

مشخصات ابزار جمع‌آوری اطلاعات و

نحوه جمع‌آوری آن

ابزار اصلی جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه عمیق، وسیع، بدون ساختار و متعامل (چهره به چهره) بود که ضبط و در اسرع وقت پیاده و کدبندی و تجزیه و تحلیل می‌گردید. هم‌چنین مشاهده هدفمند پدیده مورد مطالعه (مشاهده رفتار کلامی و غیر کلامی حاکی از درد، نحوه اظهار درد، تحمل درد و ...) در محیط طبیعی و در زمان‌های مناسب توسط پژوهشگران به

منزله مشارکت‌کننده^۱ انجام، ثبت و سپس مورد کدبندی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

روش نمونه‌گیری

نمونه‌ها از بین بیماران بستری در بخش‌های جراحی بیمارستان‌های منتخب شهرهای تهران، خرم‌آباد و گرگان انتخاب شده‌اند. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و با حداکثر تنوع می‌باشد. در پژوهش‌های کیفی، تعداد نمونه‌ها مهم نبوده بلکه این تکرار و اشباع داده‌ها است که به غنای اطلاعات کمک می‌نماید.

معیارهای ورود به مطالعه

- سن بین ۲۰-۶۰ سال (درد در اطفال و افراد مسن با درد در سایر رده‌ها متفاوت است).
- عدم ابتلای به بیماری‌های مزمن مؤثر بر تجربه درد (نوروپاتی‌ها، دیابت، و...)
- عدم اعتیاد به مواد مخدر و مصرف مسکن بیش از ۶ ماه.
- انتخاب نمونه‌ها از بین هر دو جنس.

مراحل کلی تجزیه و تحلیل داده‌ها

- طبقه‌بندی و رتبه‌بندی داده‌های اولیه
- تعیین تشابهات و افتراقات
- تشکیل دادن مفاهیم اولیه
- تعیین طبقات اولیه
- مدیریت اطلاعات شامل:**
- تغییر و تعدیل طبقات
- تلفیق درونمایه‌های اولیه و هم‌پوشان
- حذف درونمایه‌های نابجا
- ارایه به گروه کارشناسی
- استخراج درونمایه‌های اصلی (کلی)

- ارایه مجدد به گروه کارشناسی و در نهایت بیان واضح و بدون ابهام از ساختار پدیده مورد نظر در گروه‌های تحت مطالعه (۶).

ملاحظات اخلاقی

شرح و بیان هدف پژوهشگر و جلب رضایت آگاهانه برای مشاهده - مصاحبه - دریافت نوشتار از مشارکت‌کنندگان، انجام هماهنگی‌های مربوط برای حضور در محیط پژوهشی و ارایه تعهد لازم برای در اختیار گذاشتن یافته‌ها در صورت تمایل افراد، حفظ گمنامی و اختیار انصراف در همه مراحل پژوهش رعایت شد.

یافته‌ها

در مجموع ۱۵ شرکت‌کننده از بیماران خرم‌آبادی، ۱۳ بیمار تهرانی و ۸ بیمار گرگانی مورد بررسی و مصاحبه قرار گرفتند. مصاحبه‌ها غالباً در یک جلسه ۲ ساعته خاتمه می‌یافت و چنانچه ابهامی در مراحل تجزیه و تحلیل محتوای مصاحبه یافت می‌شد با مراجعه مجدد و یا با تماس تلفنی اشکالات مرتفع می‌گردید. مصاحبه با بیماران گرگانی توسط همکار اصلی طرح بومی شهر گرگان، مصاحبه با شرکت‌کنندگان تهرانی توسط هر سه محقق درگیر در طرح و مصاحبه با شرکت‌کنندگان خرم‌آبادی توسط همکار دیگر طرح انجام شد. کد گذاری سطح اول و دوم یافته‌ها توسط فرد مصاحبه‌کننده در هر مرحله انجام می‌شد اما تجزیه و تحلیل توسط سه محقق و طی تشکیل جلسات متعدد نهایی انجام شده است. جهت بعضی از شرکت‌کنندگان نیاز به انجام ۲ جلسه مصاحبه حس شد که در مجموع

۵۱ جلسه مصاحبه با شرکت‌کنندگان انجام و بعد از پیاده نمودن نوارهای ضبط شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مضامین استخراج شده در دو بخش تحت عناوین اشتراکات و افتراقات و به شرح ذیل مورد بحث قرار گرفته است.

الف: اشتراکات سه گروه

۱- عدم اهمیت درد بعد از عمل جراحی:

با توجه به این که درد شکم علت اصلی مراجعه بیماران بود و پس از بررسی‌های اولیه عمل جراحی برای آنان انجام می‌گردید، درد اولیه و علل اصلی آن برای بیماران بسیار دردناک و مهم بوده است. لذا با وجود داشتن درجات متعددی از درد بعد از عمل جراحی همه بیماران این درد را اجتناب‌ناپذیر و مستقیماً مربوط به برش جراحی می‌دانستند و از این که این درد جایگزین درد اولیه و ناراحت‌کننده آنان شده است احساس رضایت نسبی داشتند. همچنین برای اکثریت شرکت‌کنندگان در هر قومیت خاص و با هر پیش زمینه فرهنگی درد اولیه و علل آن مهم و حیاتی بوده است نه درد بعد عمل جراحی. به گفته‌های چند شرکت‌کننده در این زمینه توجه نمایید:

«اما اون درد، شب و روزم را گرفته بود، غذا نمی‌خوردم، حوصله نداشتم، وزن کم کرده بودم، همش دراز کشیده بودم، حالا فکر می‌کنم اون درد احساسش از بین رفته و حالا فقط درد بخیه‌ها است.»

«دردم اون موقع خیلی شدید بود، الان وضع خیلی خوبه، حاضر بودم بمیرم، درد را نمی‌توانم تحمل کنم ... احساس مردن داشتم ...»

۲- نیاز به حمایت و همدلی:

شرکت‌کنندگان در هر سه گروه در مواجهه با هر نوع درد اعم از درد اولیه و یا

درد مربوط به عمل جراحی نیازمند حمایت دیگران بودند- این نیازمندی هم متوجه همراهان بیمار به عنوان کارکنان بی‌نام و نشان و بدون موقعیت سازمانی در بیمارستان و هم همراهی گروه درمان از پزشک، پرستار یا بهیار بود. رسیدگی سریع و به موقع از نیازهای فراگیر آنها و از توقعات کلیه بیماران از پرستاران بوده است. به عبارات چند نفر از شرکت‌کنندگان در این مورد توجه نمایید.

«تو این مدت فکر می‌کردم همه از من خسته شده‌اند، دوست داشتم یکی را پیدا کنم با من حرف بزنه، همین درد منو کم می‌کرد - درد یه مدتی یادم می‌رفت ...»

«خانم، بنده خدا خیلی زحمت کشید، خیلی اذیت شد، همش بالا سرم بود، من هم یجوری نیاز به او داشتم، مرتب ازم می‌پرسید حالت چطوره ...»

۳- افزایش روحیه معنوی و توسل به

خداوند و ائمه اطهار (ع):

از ویژگی‌ها و درونمایه‌های مشترک حاصل شده در هر سه گروه افراد شرکت‌کننده در این تحقیق افزایش رابطه با خدا، افزایش احساس معنویت در اثر تکرار اذکار مستحبی، نذورات و دعا و نیایش بوده است. حساس شدن به نعمت سلامتی و نذر عاقبت نمودن و ابراز طلب خیر و سلامتی برای همه از دیگر مسائلی بود که شرکت‌کنندگان در این تحقیق به آن اشاره داشته‌اند.

از دیدگاه آنان توسل به امور غیبی و استمداد از خداوند منافاتی با رفتن پیش اطباء و پیروی از دستورات پزشکی آنان نداشته و بعضی معتقد بودند امور غیبی نیز از راه اسباب و وسایل طبیعی خود عمل می‌نماید. اما در هر حال احساس نیاز به انجام اقدامات معنوی و اعمال مذهبی در بیماری و در هنگام مواجهه با درد به

مجموع فلسفه صبوری و عدم شکایت پر سر و صدا و آگاهانه از درد به رغم این که در بسیاری از موارد این درد خارج از آستانه تحمل فرد بوده است حقیقتی کاملاً واضح و انکارناپذیر در این گروه از شرکت‌کنندگان بود. هم‌چنین تعداد زیادی از افراد شرکت‌کننده (و نه همه آنها) از این که به علت مشکلات اقتصادی دیر مراجعه نموده‌اند تا درد اولیه آنها منجر به عمل جراحی نشود احساس گناه و تقصیر ابراز می‌کردند.

ب: افتراقات

اولین تفاوت قابل گزارش در تجزیه و تحلیل داده‌های این تحقیق تفاوت ادراک بیماران مرد و زن و در واقع واکنش متفاوت جنسیتی در شرکت‌کنندگان این تحقیق بود. هنگام صحبت از درد و توصیف شرکت‌کنندگان از درد، مردان بلافاصله به موضع درد خود اشاره نموده و احساسات خود را در خصوص درد فیزیکی بیان می‌داشتند. توصیفات از قبیل درد تیز، کشنده، شبیه بریدن، فراموش نشدنی، سخت و شدید و ... بیشتر در حکایات مردان از درد خودنمایی می‌کرد.

در گروه زنان شرکت‌کننده هنگام صحبت از درد اگر چه توصیف‌هایی مشابه با مردان داشتند اما بلافاصله صحبت از درد فیزیکی به دردهای روحی - روانی و فشارهای جانبی زندگی تغییر جهت می‌داد. از دیدگاه آنان دردهای فیزیکی قابل تحمل و علاج شدنی است اما آنچه نگران‌کننده و تضعیف‌کننده است دردهای روحی - روانی است و نه دردهای فیزیکی. لذا بروز رفتارهای فیزیکی در واکنش به درد در مردان به مراتب بیشتر از زنان مشاهده شد.

هم‌چنین زنان در بیان اثرات درد بر آنان بر اختلال روابط عاطفی آنان با افراد خانواده،

عنوان اصلی‌ترین و شایع‌ترین علامت بیماری در کلیه بیماران امری پذیرفته شده و قابل درک است. عباراتی از چند تن از شرکت‌کنندگان در این خصوص آورده شده است:

«قرآن می‌خونم، سوره‌های آخر قرآن را که بدم تکرار می‌کنم، از خدا کمک می‌خوام، نماز می‌خوانم، بعضی مواقع آن قدر گریه می‌کنم، بعد دلم به خورده باز می‌شه».

«من دوست دارم به خدا بیشتر نزدیک بشم، می‌خوام به زندگی دیگه را شروع کنم، هیچ چیزی به سلامتی نمی‌رسه ... امیدم به خداست ...».

۴ - احساس عدم درک مناسب گروه

درمان از درد آنان:

از تم‌های استحصال شده مشترک دیگر شکایت‌های هر سه گروه شرکت‌کننده از عدم تسکین مناسب درد در بیمارستان و عدم توجه کافی گروه درمان نسبت به پدیده درد بود. به نظر بیماران درک گروه درمان از درد و درمان آن ضعیف بوده، لذا گروه درمان توقع تسکین مناسب و شایسته درد بیمار را مرتفع ننموده‌اند. اگر چه بعضی از شرکت‌کنندگان این امر را توجیه می‌کردند که مثلاً تعداد آنها کم است، کار آنها زیاد است و یا ... اما در هر حال اظهار نارضایتی از عدم تسکین مناسب درد خود به هر دلیل داشتند.

«بندگان خدا هر چی می‌گیم انگار متوجه ما نیستند که درد یعنی چی... اونام کارشون زیاده تقصیری ندارند».

از مسایل مهم قابل گزارش در این تحقیق تمایل افراد شرکت‌کننده در هر سه گروه به تحمل درد و صبوری کردن در مقابل آن بود. صبر و تحمل یک دیدگاه قابل ملاحظه و با اهمیت و یک ارزش درمانی برای آنان محسوب می‌شد. اگر چه مردان در این مقام تحمل کمتری نسبت به زنان از خود نشان دادند اما در

مختل شدن روابط فردی و بین فردی تأکید داشتند در حالی که مردان به بحث اقتصادی، بیمه و اثرات منفی ایجاد شده در کار و آینده شغلی خود معطوف می‌شدند. لذا پدیده درد خطری بالقوه در روابط عاطفی و بین فردی زنان و عاملی مخاطره‌آمیز برای کار و اقتصاد مردان به شمار می‌رود.

به جز این موارد در مجموع درونمایه‌های قابل گزارش خاصی که ناشی از قرار گرفتن در محیط جغرافیایی و یا فرهنگی متفاوت باشد در مصاحبه‌ها و یا مشاهدات پژوهشگران ملاحظه نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهشی که به بررسی تأثیر عوامل فرهنگی نژادی بر میزان شیوع و شدت افسردگی پس از زایمان پرداخته است، مادران تایوانی و انگلیسی مورد مصاحبه نیمه سازمان یافته قرار گرفته‌اند و پرسشنامه شدت افسردگی نیز تکمیل شده است. زنان تایوانی پس از صحبت و دیدار اعضاء خانواده به ویژه همسر، اعتماد به نفس بیشتر و افسردگی کمتری داشته‌اند. پژوهشگران توصیه می‌کنند که پرستاران با استفاده از ابزار مؤثری چون فرهنگ می‌توانند، آرامش بیشتری برای بیماران تضمین کنند و خدمات با کیفیت بهتری ارائه کنند (۸).

در همین رابطه دالبری^۱ و همراهان در پژوهشی، بیماران سفید پوست و سیاه پوست مبتلا به درد مزمن را از نظر رفتارهایی که نسبت به درد داشته‌اند و عوامل فرهنگی اجتماعی آنان را مورد بررسی قرار داده‌اند. ۵۷ بیمار سیاه پوست و ۲۰۷ سفید پوست ضمن تکمیل پرسشنامه اضطراب، افسردگی، ناتوانی و علایم جسمی همراه

درد از نظر تفاوت‌های فرهنگی اجتماعی بررسی شدند. مقایسه نشان داد دو گروه گرچه تفاوتی در سن، جنس، تحصیلات، مزمن بودن درد، موقعیت درد، شرایط شغلی، سابقه جراحی قبلی، تشخیص پزشکی، مصرف دارو نداشته‌اند با این حال سیاه پوستان از نظر شدت درد، محدودیت تحرک، ترس و علایم جسمی، ناتوانی‌های جسمی و روحی کاملاً متفاوت بوده و وخامت بیشتری نسبت به سفید پوستان داشته‌اند (۹).

زی بروسکی^۲ در پژوهشی مشابه تحت عنوان عناصر فرهنگی مؤثر بر تجربه درد و رنج بیماران همودیالیزی بدحال و مبتلا به نارسایی مزمن کلیه را بررسی کرده‌اند. از تجزیه و تحلیل محتوا برای بررسی داده‌هایی که با مصاحبه متمرکز به سؤالاتی پیرامون زندگی روزانه، نیازها و انتظارات از آینده، استفاده شد. ۱۵ بیمار ۸۶-۵۰ ساله در این مطالعه شرکت داشتند. بیماران با دو درونمایه اصلی درد و رنج خود را از دیالیز بیان کردند، «دستگاه همودیالیز، مثل رگ حیات ماست» که سه درونمایه فرعی داشت: «آزاد نبودن»، «وابستگی به گروه مراقبتی» و «اختلال در روابط همسری، خانواده و زندگی اجتماعی». دومین درونمایه «تخفیف درد و رنج» بود با این درونمایه‌های فرعی «کسب احساس خوش‌بینی نسبت به هستی» و «نیل به خود مختاری». بدیهی است تلاش پرستاران و سایر اعضاء گروه مراقبتی، باید بر اساس پذیرش دستگاه همودیالیز از جانب بیمار باشد و رسالت پرستاران در تأکید بر هویت و استقلال فردی و خود مختاری بیماران دیالیزی است (۱۰).

درد پدیده‌ای فردی، ذهنی، منحصر به فرد و فرهنگی است و عوامل بی‌شماری بر لحظه لحظه تجربه آن تأثیر دارند. اگر چه پاسخ فرد به درد

گروه مورد مطالعه در مجموع تفاوت آشکاری نشان نداده است.

به عبارتی می‌توان این گونه نتیجه‌گیری نمود که فرهنگ ایرانی و اسلامی آن چنان خرده فرهنگ‌های موجود را تحت‌الشعاع خود قرار داده است و روابط اجتماعی و بین فرهنگی در درون یک محیط فرهنگی گسترده آن چنان فراگیر بوده که ارزش‌ها و اعتقادات فرهنگی غالب، در مواجهه با پدیده درد تفاوت‌های خاصی را ایجاد نکرده است.

تشکر و قدردانی

این طرح با حمایت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشکده پرستاری و مامایی به اجرا در آمده است. بدین وسیله از تمامی بیمارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند تشکر و سپاسگزاری می‌نماییم.

منابع

۱ - نیکبخت نصرآبادی، علیرضا، استعانت از قرآن کریم در شفای جسمانی، انتشارات قبله، ۱۳۷۹.

2 - Davidhizar R, Giger JN. A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. *Int Nurs Rev.* 2004; 51(1): 47-55.

3 - Taylor A. *Fundamentals of Nursing.* Philadelphia: Lippincotte Co; 2002.

4 - Holloway I, Wheeler S. *Qualitative Research in Nursing.* Thousand Oaks: Oxford Co; 2002.

5 - Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing, advancing the human imperative.* Philadelphia: J.B Lippincotte Co; 1999.

شدیداً تحت تأثیر ارزش‌ها و فرهنگ وی نیز می‌باشد، فرهنگ در واقع معرف الگوی پاسخ یک فرد به نوع خاصی از درد می‌تواند باشد. لذا کلیشه‌ای عمل کردن به پدیده درد قابل قبول نبوده و وجود بیماری در هر عضوی از بدن را می‌بایست در برخورد با این پدیده مورد بررسی و شناخت قرار داد. با توجه به این که خرده فرهنگ‌های مورد مطالعه در این تحقیق و انتخاب بیماران از سه منطقه جغرافیایی متفاوت تحت تأثیر فرهنگ ملی ایران و اسلامی کم رنگ و کم تأثیر شده بود، در بررسی الگوی مواجهه با پدیده درد، تفاوت قابل ملاحظه‌ای در این مطالعه مشاهده نشده است. اگر چه مطالعات اختلاف آشکاری را در فرهنگ‌های مختلف در مواجهه و تجربه پدیده درد نشان داده است اما یافته‌های حاصل از این مطالعات در بررسی خرده فرهنگ‌های مورد مطالعه این تحقیق مصداق نداشته و تنها تفاوت مشاهده شده، تفاوت واکنش به درد در بین دو جنس در هر سه گروه شرکت‌کننده بوده است. در واقع پدیده درد در سه

۶ - صانعی اشرف السادات، علیرضا نیکبخت نصرآبادی، روش‌شناسی تحقیقات کیفی در علوم پزشکی، تهران، انتشارات برای فردا، ۱۳۸۲.

7 - Benner P. *Interpretive phenomenology: embodiment, caring, and ethics in health and illness.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994.

8 - Levy R. *Ethnic and racial difference in responses to medicines.* National Pharmaceutical Council, Reston, VA; 1993.

9 - Dahlberg N, Pendle S. Developing an acute pain service in a multicultural setting. *J Post Anesth Nurs.* 1994; 9(2): 96-100.

10 - Zborowski M. Cultural components in responses to pain. *Journal of Social Issues.* 1952; 8:16-30.