

بررسی درک پرسنل پرستاری شاغل در بیمارستان روان پزشکی شهید بهشتی نسبت به اتاق انفرادی

صدیقه مهربان^۱، عصمت نوحی^۱، سکینه محمدعلیزاده^۱ و سیدابراهیم رضوی پاریزی^۲

خلاصه

جداسازی، روشی درمانی است که اغلب پرستارانی که در بخش های روانی کار می کنند، در زمان های مختلف از آن استفاده می نمایند. دخالت های اولیه و پیشگیری کننده از رفتارهای ناسازگار، نیازمند استفاده ماهرانه از روش های پرستاری است. پرستاران بخش های روانی باید قادر به شناخت نشانه هایی که بروز رفتار پرخاشگرانه را پیش بینی می کند، باشند و دخالت های مناسب را بکار گیرند. با توجه به اینکه عدم شناخت مناسب این روش درمانی منجر به استفاده نامناسب و عدم رعایت استانداردهای مراقبت می گردد، و از آنجا که زمینه های شناخت را دانش، ادراک، عملکرد و... تشکیل می دهد، لذا این پژوهش به منظور بررسی درک پرسنل پرستاری شاغل در بیمارستان روان پزشکی شهید بهشتی نسبت به اتاق انفرادی صورت گرفت. نمونه این پژوهش، شامل تمامی پرسنل پرستاری (۶۰ نفر) بیمارستان روان پزشکی می باشد. جهت گردآوری داده ها از پرسش نامه پژوهشگر ساخته، که با استفاده از منابع مستند تهیه و تنظیم گردیده است، و جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی استفاده شد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که اکثر پرسنل (۸۱/۱ درصد) درک مطلوب و ۱۸/۴ درصد درک نسبتاً مطلوبی از اتاق انفرادی داشتند و در زمینه ارتباط بین درک پرسنل پرستاری از اتاق انفرادی برحسب متغیرهای دموگرافیک برحسب متغیر سابقه کار در روان پزشکی، ارتباط مثبت ضعیفی ($r=0/13$) وجود داشت. همچنین بین نمره درک پرسنل پرستاری دارای مدرک لیسانس با سابقه کار در روان پزشکی همبستگی مثبت ضعیفی ($r=0/26$) مشاهده شد، بدین معنی که هر چه سابقه کار در روان پزشکی بیشتر و مدرک تحصیلی واحدهای مورد پژوهش بالاتر بوده است، درک مطلوب تری نسبت به اتاق انفرادی داشتند. گرچه اکثریت پرستاران درک مطلوبی از اتاق انفرادی داشتند، باز هم نیاز به توجه استفاده از این روش درمانی، بخصوص در گروه های با تحصیلات کمتر و کم سابقه تر در بیمارستان روانی احساس می شود.

واژه های کلیدی: درک، پرسنل پرستاری، اتاق انفرادی، بیمارستان روان پزشکی، کرمان.

۱- مربی و عضو هیأت علمی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان

۲- مربی و عضو هیأت علمی، دانشگاه شهید باهنر کرمان

مقدمه

بیماری روانی مفهوم وسیع و گسترده‌ای دارد. طبق مطالعاتی که در مراکز علمی مختلف به عمل آمده است بین ۲۵ تا ۷۵ درصد موارد، علت مراجعه به درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها، اختلالات روان و روان‌تنی است (۳). با تمام تلاشی که در جهت کاستن از شیوع بیماری‌های روانی به عمل آمده، ارقام موجود نشان دهنده این واقعیت است که بیماران روانی هنوز هم رقم‌های قابل ملاحظه‌ای را تشکیل می‌دهند، به طوری که در آمریکا از هر ۱۰ نفر بزرگسال یک نفر، به نوعی از اختلالات روانی مبتلا است (۴). براساس آمار منتشر شده از طرف سازمان بهداشت جهانی حدود یک درصد مردم جهان، یعنی حداقل ۵۲ میلیون نفر، از بیماری‌های شدید روانی همچون اسکیزوفرنیا و ۱۵۰ میلیون نفر از اختلالات خفیف روانی رنج می‌برند (۱). علیرغم اعتقادات نادرستی که هنوز در مورد بیماری‌های روانی وجود دارد، در قرن حاضر قدم‌های مثبتی جهت درمان این بیماران برداشته شده است. لذا در سایه پیشرفت‌های دارویی و روش‌های درمانی، تعدادی از بیماران بعد از چند هفته بستری شدن می‌توانند نزد خانواده خود بازگردند و بسیاری دیگر نیز احتیاج به بستری شدن ندارند و با مراجعات سرپایی مداوم می‌شوند. بعضی نیز کار روزانه خود را انجام می‌دهند و در جلسات ویژه درمانی که عصرها تشکیل می‌شود شرکت می‌کنند. با این تدابیر بسیاری از بیماران کاملاً بهبود می‌یابند و قادر به مطابقت خود با اجتماع می‌باشند، اما بعضی دیگر باید تحت مراقبت و درمان باشند (۲).

در اثر تأکید بر روش‌های روان‌درمانی، محیط درمانی و دارو درمانی، میزان استفاده از روش‌های محدودسازی جسمی (physical restraint) برای کنترل رفتار بیماران روانی بستری، کمتر شده است، با این حال، اتاق انفرادی (seclusion room) همچنان در بخش‌های روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد و یکی از راه‌های مورد قبول برای کنترل بیماران مشکل‌ساز می‌باشد (۱۱). از دیرباز استفاده از اتاق انفرادی به عنوان یکی از وسایل روان‌پزشکی در درمان بیماران دچار ناخوشی‌های روانی مد نظر بوده است. در معابد یونان قدیم از اتاق خاصی استفاده می‌شد که در آن بیماران می‌خوابیدند و رویاهایی می‌دیدند که به سلامت و بهبودی آنها کمک می‌کرد (۱۷). ادامه استفاده از این روش درمانی در روان‌پزشکی به عنوان یک «واقعیت درحال پذیرش» تلقی می‌شود. با تمام پیشرفت‌هایی که در زمینه روان‌پزشکی «بیولوژیک» صورت گرفته است، چرا جداسازی ادامه یافته است؟ آیا این مسأله به خاطر نفع بیمار است یا به این دلیل است که با بیمار خارج از کنترل جدا شده، از پشت درهای بسته

راحت‌تر می‌توان برخورد کرد تا به صورت رودرو (۷). هنگامی که بیماری در بخش، در نتیجه مسایل و مشکلات روانی‌اش برای خود و یا دیگران ایجاد اشکال می‌کند، لازم است که از دیگران جدا شود و در محیط مجزایی تحت مراقبت قرار گیرد. در بیمارستان‌های روان‌پزشکی بین ۴ تا ۷/۲٪ بیماران حاد را از سایر بیماران جدا می‌کنند که این میزان در مرد و زن یکسان است. بیماران جدا شده اغلب بیمارانی هستند که اختلال روانی نوع مانیک یا اسکیزوفرنی دارند و معمولاً بین سنین ۴۰-۲۰ سال هستند. شایع‌ترین علت جدا کردن بیمار از دیگران، رفتارهای تهاجمی است که باعث ایجاد آشفتگی در محیط درمانی می‌شود. برای مثال می‌توان بیماران هیپراکتیو، تحریک‌پذیر و تهاجمی و بیمارانی را که رفتارهای خودکشی دارند نام برد (۵).

مدت زمان یک دوره جداسازی، توسط پزشک، براساس شاخص‌های رفتاری خاص مشخص می‌شود نه براساس دستورات از قبل تعیین شده (۱۴).

بطور کلی، جدا کردن بیمار می‌تواند یک روش مداخله پرستاری مفید باشد، زیرا کنترل خارجی بر بیماری که خطر آسیب رساندن به خود یا دیگران را دارد، اعمال می‌کند، از بیمار گنج و ناآگاه به زمان و مکان که ممکن است به طور تصادفی به خود یا شخص دیگری آسیب برساند، محافظت می‌کند و محرک‌هایی را که موجب افزایش هیجان بیمار می‌شود و در محیط وجود دارد، کاهش می‌دهد (۹).

اصولاً جداسازی بیمار برای پرسنل، واقعه‌ای ناراحت‌کننده است. در بعضی بیماران نیز به صورتی کاملاً منفی تلقی می‌شود، در حالی که در بعضی دیگر نوعی تشویق محسوب می‌گردد. از آن جایی که پرستاران عموماً در کانون تصمیم‌گیری در مورد جداسازی بیماران هستند، در صورت داشتن درک مثبت از این روش درمانی، تصمیم به جداسازی بیماران را با شناخت کامل عواقب چنین تصمیم‌گیری، برای بیماران و پرسنل بخش انجام می‌دهند. به علاوه پرستاران باید در خط مقدم ایجاد اطلاعات دقیق که هدایت‌کننده تصمیم به جداسازی می‌باشد قرار گیرند تا علیه موارد غیرمنصفانه اقدام کنند (۱۴).

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تک‌گروهی و تک‌متغیری است. اطلاعات کسب شده در این پژوهش توصیفی درباره چگونگی درک پرسنل پرستاری از اتاق انفرادی است. منظور از درک، دیدگاه‌ها و یا تفسیر شخصی فرد از رویدادهاست که توسط انتظارات و تجربیات شکل می‌گیرد (۱۲). علاوه بر این،

نتایج

میانگین سن افراد مورد مطالعه ۲۹/۵ سال بود که ۳۸/۳ درصد آنها کمتر از ۲۶ سال داشتند. اکثر واحدهای مورد مطالعه (۷۱/۷ درصد) مؤنث و ۶۶/۷ درصد متأهل بوده‌اند. مدرک تحصیلی ۱۳/۳ درصد واحدهای مورد مطالعه لیسانس پرستاری، ۶/۷ درصد فوق دیپلم پرستاری و ۸۰ درصد دیپلم بهیاری بود. میانگین سابقه کار کلی واحدهای مورد مطالعه ۱۰ سال و میانگین سابقه کار در روان‌پزشکی ۷ سال بود. نتایج بدست آمده از این پژوهش نشان داد که اکثر پرسنل (۸۱/۱ درصد) درک مطلوب و (۱۸/۴ درصد) درک نسبتاً مطلوبی از اتاق انفرادی داشته‌اند، همچنین نتایج نشان داد که پرسنل به عبارات «وجود اتاق انفرادی در بخش لازم و ضروری است»، «استفاده از اتاق انفرادی برای همه بیماران روانی لازم نیست»، «اتاق انفرادی نشان دهنده مراقبت خاص پرسنل از بیماران پرخاشگر است»، «اتاق انفرادی باعث می‌شود رفتارهای تهاجمی بیماران کاهش یابد» و «اولین اقدام در برخورد با بیماران تهاجمی است» بیشترین میانگین نمره را (به ترتیب ۲/۵۷، ۴/۱۷، ۴/۱۷، ۴/۳۵، ۴/۶۳) اختصاص دادند. در حالی که به عبارات «اتاق انفرادی برای پیشگیری از اخلال در نظم بخش لازم است» و «اتاق انفرادی بهترین شیوه مراقبتی، درمانی بیماران تهاجمی است» کمترین میانگین نمره (۲/۱۷ و ۲/۱۳) تعلق گرفت (جدول ۱).

در بررسی ارتباط بین درک پرسنل پرستاری از اتاق انفرادی برحسب متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی و سابقه کار در روان‌پزشکی) ضریب همبستگی پیرسون بین درک پرسنل و سن ارتباط منفی ضعیفی را بین دو متغیر نشان داد ($r = -0.108$) و معادله رگرسیون ($\mu y = -0.108x + 97.1$) بیانگر این است که به ازاء هر سال سن ۰/۱۰۸ از متوسط نمره درک کم می‌شود، و در بررسی ارتباط بین درک پرسنل از اتاق انفرادی و جنس، ضریب همبستگی بایسریال نقطه‌ای، عدم ارتباط بین دو متغیر را نشان داد ($r_{pb} = -0.0045$). علاوه بر این، در بررسی ارتباط بین درک پرسنل از اتاق انفرادی و وضعیت تأهل، ضریب همبستگی بایسریال نقطه‌ای، عدم ارتباط بین دو متغیر را نشان داد ($r_{pb} = 0.033$). همچنین در بررسی ارتباط درک پرسنل از اتاق انفرادی برحسب مدرک تحصیلی، ضریب همبستگی پیرسون، تقریباً هیچ گونه ارتباطی را نشان نداد ($r = -0.005$) و معادله رگرسیون ($\mu y = -0.05x + 97.1$) بیانگر این است که با افزایش یک مقطع تحصیلی به تحصیلات، ۰/۰۵ از متوسط نمره درک کم

چگونگی درک پرسنل از اتاق انفرادی برحسب متغیرهای دموگرافیک سن، جنس، وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی، سابقه کار و سابقه کار در روان‌پزشکی مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. جامعه این پژوهش، کلیه پرسنل پرستاری شاغل در بیمارستان روان‌پزشکی شهیدبهشتی (۶۰ نفر) می‌باشند و محل پژوهش کلیه بخش‌های بیمارستان روان‌پزشکی بوده است.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسش‌نامه‌ای پژوهشگر ساخته، حاوی ۲۵ عبارت بود که با استفاده از منابع مستند (۷،۹،۱۰،۱۳) تهیه و براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت شامل کاملاً موافقم، موافقم، نه موافق نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف تنظیم گردید. قبل از گردآوری داده‌ها به منظور حصول روایی از شاخص روایی محتوا (content validity index) استفاده شد، بدین صورت که پرسش‌نامه در اختیار ده نفر از متخصصین روان‌پزشکی و مربیان دانشکده پرستاری قرار داده شد، که مناسب هر یک از عبارات آن را با اهداف مورد نظر تحقیق بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای شامل، کاملاً مناسب، مناسب، نسبتاً مناسب، نامناسب مشخص نمایند. درصد توافق در مورد مناسبیت تک تک عبارات و کل سؤالات محاسبه گردید، که برای سؤالات بین ۰/۸-۱ و برای کل تست ۰/۹ بود. جهت برآورد پایایی ابزار از روش آزمون مجدد (test re-test) قبل از جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید، به این ترتیب که پرسش‌نامه به دو نوبت بفاصله ده روز به ده نفر از جامعه پژوهش داده شد. برای تعیین همبستگی داده‌های نوبت اول و دوم از ضریب همبستگی اسپیرمن (Spearman) استفاده شد که برای هر یک از عبارات بین ۰/۹-۱ بود و برای کل تست ۰/۹ بوده است.

جهت استخراج داده‌ها از ابزار، ابتدا با در نظر گرفتن جهت سؤالات و نمرات هر یک از سؤالات، کل پرسش‌نامه مربوط به هر یک از واحدهای مورد پژوهش، محاسبه گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی صورت گرفت. جهت تعیین درک پرسنل پرستاری از اتاق انفرادی، میانگین و انحراف معیار نمرات هر یک از سؤالات، به طور کلی و برحسب سطوح هر یک از متغیرهای دموگرافیک محاسبه گردید. در مورد ارتباط بین درک پرسنل پرستاری با متغیرهای سن، مدرک تحصیلی، سابقه کار و سابقه کار در روان‌پزشکی از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون یک متغیره، استفاده شد و همچنین در مورد ارتباط نمره درک و متغیرهای جنس و وضعیت تأهل از ضریب همبستگی بایسریال نقطه‌ای استفاده شد.

جدول ۱: توزیع فراوانی میانگین و انحراف معیار نمرات عبارات پرسش نامه

| شماره | عبارات پرسش نامه | میانگین نمره | انحراف معیار |
|-------|--|--------------|--------------|
| ۱ | به عنوان یک مداخله درمانی است | ۴/۴۰ | ۰/۵۳ |
| ۲ | اقدامی ضد بشری است زیرا حق آزادی بیمار را نقض می‌کند | ۴/۳۷ | ۰/۶۹ |
| ۳ | توهین به شخصیت بیمار است | ۴/۳۲ | ۰/۷۲ |
| ۴ | نشان دهنده مراقبت خاص پرسنل از بیماران پرخاشگر است | ۴/۱۷ | ۰/۸۹ |
| ۵ | تجاوز به حریم شخصی بیمار است | ۴/۲۵ | ۰/۷۹ |
| ۶ | جهت جلب همکاری بیشتر، بهتر است کلیه بیماران حداقل یکبار آن را تجربه کنند | ۳/۹۸ | ۱/۰۷ |
| ۷ | باعث می‌شود که رفتارهای تهاجمی بیماران کاهش یابد | ۴/۱۷ | ۰/۷۸ |
| ۸ | اقدامی مؤثر برای ایجاد حس امنیت در بیماران پرخاشگر است | ۳/۹۰ | ۰/۸۶ |
| ۹ | بهترین شیوه برای وادار کردن بیمار به همکاری با پرسنل است | ۳/۵۲ | ۱/۰۸ |
| ۱۰ | برای پیشگیری از اختلال در نظم بخش لازم است | ۲/۱۳ | ۰/۹۶ |
| ۱۱ | محللی است که بیمار را از آسیب به خودش محافظت می‌کند | ۴/۰۵ | ۱/۰۳ |
| ۱۲ | بهترین شیوه برای تنبیه بیماران روانی است | ۳/۶۷ | ۱/۲۳ |
| ۱۳ | احتمال آسیب رساندن بیمار به خودش را افزایش می‌دهد | ۳/۹۷ | ۱/۰۶ |
| ۱۴ | بهترین شیوه مراقبتی، درمانی بیماران تهاجمی است | ۲/۱۷ | ۰/۷۴ |
| ۱۵ | به عنوان آخرین روش کنترل در بیمارانی است که رفتار خارج از کنترل دارند | ۳/۶۷ | ۱/۱۷ |
| ۱۶ | اثرات سوء آن به مراتب بیش از اثرات مثبت آن است | ۴ | ۰/۸۸ |
| ۱۷ | وجود آن در بخش لازم و ضروریست | ۴/۶۳ | ۰/۹۹ |
| ۱۸ | تنها راه حل برای مقابله با رفتارهای خلاف مقررات بیماران روانی است | ۳/۴۲ | ۱ |
| ۱۹ | استفاده از آن برای همه بیماران روانی لازم نیست | ۴/۳۵ | ۱/۰۲ |
| ۲۰ | در هیچ شرایطی استفاده از آن انسانی نیست | ۴/۱۷ | ۰/۷۲ |
| ۲۱ | به عنوان نوعی مجازات برای بیماران پرخاشگر محسوب می‌شود | ۳/۱۸ | ۱/۱۹ |
| ۲۲ | صرفاً جهت راحتی و آسایش پرسنل و دیگر بیماران استفاده می‌شود | ۳/۵۱ | ۱/۱۶ |
| ۲۳ | بهترین شیوه برای مقابله با اعتراضات بیماران روانی است | ۳/۸ | ۰/۸۴ |
| ۲۴ | اولین اقدام در برخورد با بیماران تهاجمی است | ۲/۵۸ | ۱/۱۲ |
| ۲۵ | باعث حفاظت سایر افراد (پرسنل و دیگر بیماران) از بیماران پرخاشگر می‌شود | ۴/۲۷ | ۰/۵۸ |
| کل | | ۹۴/۶۳ | ۷/۰۸ |

جدول ۲: ارتباط بین نمره درک پرسنل پرستاری از افاق انفرادی برحسب سن، سابقه کار در روان پزشکی، سابقه کار و مدرک تحصیلی

| ارتباط | ضریب همبستگی پیرسون | معادله رگرسیون |
|------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| نمره درک و سن | $r = -0/08$ | $\mu y = -0/08x + 97/1$ |
| نمره درک و سابقه کار در روان پزشکی | $r = 0/13$ | $\mu y = 0/13x + 93/4$ |
| نمره درک و سابقه کار | $r = -0/08$ | $\mu y = -0/08x + 95/4$ |
| نمره درک و مدرک تحصیلی | $r = -0/005$ | $\mu y = -0/005x + 94/7$ |

جدول ۳: ارتباط بین نمره درک پرسنل پرستاری با سطوح مختلف متغیرهای دموگرافیک و سابقه کار در روان پزشکی و سابقه کار

| متغیر | | سابقه کار در روان پزشکی | | سابقه کار | |
|-------------|-------------------|-------------------------|------------------------|--------------|-------------------------|
| متغیر | ارتباط | ضریب همبستگی | معادله رگرسیون | ضریب همبستگی | معادله رگرسیون |
| مدرک تحصیلی | بهبار | $r = 0/10$ | $\mu y = 0/12x + 93/7$ | $r = -0/03$ | $\mu y = -0/03x + 94/9$ |
| | فوق دیپلم پرستاری | $r = 0/11$ | $\mu y = 0/06x + 95/2$ | $r = 0/28$ | $\mu y = 0/08x + 94/6$ |
| | لیسانس پرستاری | $r = 0/26$ | $\mu y = 0/59x + 91/2$ | $r = -0/35$ | $\mu y = -0/56x + 98/8$ |
| وضعیت تأهل | مجرد | $r = 0/16$ | $\mu y = 0/21x + 94/3$ | $r = 0/19$ | $\mu y = 0/18x + 94/2$ |
| | متاهل | $r = 0/17$ | $\mu y = 0/29x + 92/1$ | $r = -0/18$ | $\mu y = -0/24x + 97/4$ |
| جنس | مذکر | $r = 0/19$ | $\mu y = 0/37x + 92/6$ | $r = -0/11$ | $\mu y = -0/15x + 95/9$ |
| | مؤنث | $r = 0/11$ | $\mu y = 0/13x + 93/7$ | $r = -0/06$ | $\mu y = -0/05x + 95/2$ |

تحصیلی واحدهای مورد پژوهش بالاتر بوده است درک مطلوب تری نسبت به افاق انفرادی داشته اند.

بحث

نتایج مربوط به بررسی درک پرسنل پرستاری از افاق انفرادی نشان می دهد که به عبارت «وجود افاق انفرادی در بخش لازم و ضروری است» بیشترین میانگین نمره (۴/۶۳) تعلق گرفت (جدول ۱). سولیدی (Soliday)، نیز در تحقیق خود که به منظور مقایسه نگرش پرستاران و بیماران از افاق انفرادی صورت گرفته به نتیجه مشابهی دست یافته است. از دید ۶۲/۵ درصد پرستاران مورد مطالعه وی، افاق انفرادی در شرایط بخصوصی مورد استفاده قرار می گیرد و لازم و ضروریست (۱۳). و به عبارت «اتفاق انفرادی برای پیشگیری از اخلال در نظم بخش لازم است» کمترین میانگین نمره (۲/۱۳) اختصاص یافت. جنزن (Jensen)

می شود. ضریب همبستگی پیرسون در مورد نتایج مربوط به بررسی ارتباط درک پرسنل پرستاری از افاق انفرادی برحسب سابقه کار، ارتباط منفی ضعیفی بین دو متغیر نشان داد ($r = -0/08$) و معادله رگرسیون ($\mu y = -0/08x + 95/4$) نشانگر این است که به ازاء هر سال سابقه کار ۰/۰۸ از متوسط نمره درک کم می شود. در بررسی ارتباط بین درک پرسنل پرستاری و سابقه کار در روان پزشکی، ضریب همبستگی پیرسون ارتباط مثبت ضعیفی را نشان داد ($r = 0/13$) و معادله رگرسیون ($\mu y = 0/13x + 93/4$) نشانگر این است که به ازاء هر سال سابقه کار در روان پزشکی ۰/۱۸، متوسط نمره درک افزوده گردیده است (جدول ۲). در نتیجه بررسی بین نمره درک پرسنل دارای مدرک لیسانس با سابقه کار در روان پزشکی، ضریب همبستگی پیرسون ارتباط مثبت ضعیفی ($r = 0/26$) را نشان داد (جدول ۳) بدین معنی که هر چه سابقه کار در روان پزشکی بیشتر و مدرک

توضیح دادن به وی و یا حتی همکاری کردن با وی و انجام اقدامات اولیه درمانی برای پیشگیری از افزایش فشار و بیقراری صورت می‌گیرد، اگر این اقدامات مؤثر نبود، جداسازی توصیه می‌شود (۶). در زمینه ارتباط بین درک پرسنل پرستاری از اتاق انفرادی برحسب متغیرهای دموگرافیک برحسب متغیر سابقه کار در روان‌پزشکی، ارتباط مثبت و ضعیفی ($r=0/13$) وجود داشت و همچنین بین نمره درک پرسنل پرستاری دارای مدرک لیسانس با سابقه کار در روان‌پزشکی همبستگی مثبت و ضعیفی ($r=0/26$) مشاهده شد (جدول ۳). بدین معنی که هر چه سابقه کار در روان‌پزشکی بیشتر و مدرک تحصیلی واحدهای مورد پژوهش بالاتر بوده است درک مطلوبتری نسبت به اتاق انفرادی داشته‌اند. وادسون و کارپنتر (Wadson and Carpenter) معتقدند، یکی از خصوصیات انسان این است که به موضوعاتی که برایش دردناک یا پریشان کننده است زیاد توجه نکند. عمل جداسازی بیمار یک کار ساده مثل سایر کارها نیست و مشکلات زیادی را به همراه دارد. تجارب مختلف روحی و فکری پرسنل، زمینه را فراهم کرده است که به اهمیت بررسی مستقیم ماهیت پدیده اتاق انفرادی توجه شود (۱۶).

امید است نتایج این تحقیق بتواند راهنمای مؤثری جهت برنامه‌ریزان پرستاری و مدیران پرستاری روان‌پزشکی باشد که با تکیه بر نتایج این پژوهش به الگوی مناسبی جهت درک بهتر از چگونگی استفاده از اتاق انفرادی و روش‌های استاندارد مراقبتی دست یابند، تا با به کارگیری این روش درمانی و به کاربردن روش‌ها و مراقبت پرستاری صحیح، از جداسازی غیرضروری بیماران جلوگیری نمایند.

معتقد است که نباید هدف این باشد که محیط بخش‌ها را از بیماران حفظ نماییم، بلکه هدف، کمک به بیماران جهت محافظت از آسیب رساندن به خود و اطمینان از درمان است که موجب افزایش فرصت‌هایی برای زندگی طبیعی است (۸).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پرسنل به عبارات «وجود اتاق انفرادی در بخش لازم و ضروریست»، «استفاده از اتاق انفرادی برای همه بیماران روانی لازم نیست»، «اتاق انفرادی نشان دهنده مراقبت خاص پرسنل از بیماران پرخاشگر است» و «اتاق انفرادی باعث می‌شود که رفتارهای تهاجمی بیماران کاهش یابد» و همچنین «اتاق انفرادی اولین اقدام در برخورد با بیماران تهاجمی است» بیشترین میانگین نمره را اختصاص داده‌اند، در حالی که کمترین میانگین نمره به عبارات «اتاق انفرادی برای پیشگیری از اختلال در نظم بخش لازم است» و «اتاق انفرادی بهترین شیوه مراقبتی، درمانی بیماران تهاجمی است»، تعلق گرفت. پلاتچیک (Plutchik) و همکاران نیز به نتیجه مشابهی دست یافتند، از دید بهیاران (۶۷ درصد) و پرستاران (۵۷ درصد) اتاق‌های انفرادی در بخش‌ها لازم و ضروریست و بدون اتاق انفرادی در هیچ شرایطی بخش نمی‌تواند به طور مؤثر عمل کند (۱۱). تحقیق توک و بران (Took and Brown) نشان می‌دهد که اغلب پرستاران اتاق انفرادی را یک مراقبت ویژه می‌دانند، ۹۲٪ پرستاران بیان نموده‌اند که باعث بهبودی رفتار می‌گردد، صددرصد آنها معتقد بوده‌اند که به بیمار کمک می‌کند تا ساکت بماند و بیمار در آنجا احساس آرامش می‌کند (۱۵). گاتهل (Gutheil) بیان می‌کند، اتاق انفرادی به عنوان آخرین حربه باید استفاده گردد. مداخلات اولیه به صورت کلامی، صحبت با بیمار تحت دیسترس و حمایت کردن وی،

Summary

Investigation of Perception of Seclusion Room in Nursing Staff of Shahid Beheshti Psychiatry Hospital

S. Mehrabian, MS¹; E. Nouhi, MS¹; S. Mohammadalizadeh, MS¹ and SE Rezaviparizi, MS²

1. Faculty Member, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

2. Faculty Member, Kerman Bahonar University

Seclusion is a treatment method which is used in different occasions by the nurses who work in psychiatric wards. Early intervention and prevention of maladaptive behaviour requires skilled nursing techniques. The mental health nurses must be able to recognize signs of aggressive behaviour and intervene appropriately. Since the improper understanding of this method of treatment will lead to the inappropriate use and lack of caring standards, and the recognition area of this treatment consists of knowledge, perception and application, this research was done to study the nursing staff perception of seclusion room in Shahid Beheshti psychiatry hospital. This research included all of the nursing staff (60

subjects) in the psychiatric hospital. In order to gather the data, a questionnaire was prepared and organized on the basis of documented sources; and to analyze the data; the descriptive statistics mean standard, deviation pearson's correlation factor, point Biceal correlation factor and uni-variable (regression) were used. The results showed that 81.1% of nursing staff had proper perception, and 18.4 had moderate perception of seclusion room. However based on demographic variables, it showed a weak positive correlation ($r=0.13$) of nursing staff perception of seclusion room mainly according to the record variable of services in psychiatry. Also a weak positive correlation existed ($r=0.26$) between the degree of the perception in nurses with bachelor's degree who had services in psychiatry department. The results indicated that with increasing work experience in psychiatry and higher educational level, there is a better understanding in preception of the seclusion room. This study indicated the necessity of educational programs about the application of seclusion room especially among nurses with lower educational background.

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 1996; 3(3): 142-148

Key Words: Perception, Nursing staff, Seclusion room, Psychiatric hospital, Kerman.

منابع

۱. باقری، سیدعباس: بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد. خلاصه مقالات کنگره، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دی ماه ۱۳۷۲، ص ۹.
۲. یبلی، دیوید و دربر، شارون: مراقبت از بیماران روانی با تاکید روش های درمانی. ترجمه: محمد حسین متقی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ۱۳۶۸، ص ۶-۸.
۳. پورافکاری، نصرت...: نشانه های بیماری های روانی. انتشارات رسالت، تبریز، ۱۳۶۹، ص ۲.
۴. مسافرداه، مارگریت و سیدنی، دکرامپیز: روان پرستاری. ترجمه: طلعت شهریاری و همکاران، مرکز نشر دانشگاهی، تهران، ۱۳۶۹، ص ۹۸.
5. Baradell JG. Humanistic care of the patient in seclusion. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1985; 23(2): 9-14.
6. Gutheil TG. Observations on the theoretical bases for seclusion of the psychiatric inpatient. *Am J Psychiatry* 1978; 135(3): 325-328.
7. Hammill k. Seclusion: inside looking out. *Nurs Times* 1987; 83(5): 38-39.
8. Jensen k. Comments on Dr Stanley M. Soliday's comparison of patient and staff attitudes toward seclusion. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1985; 173(5): 290-291.
9. Kilgalen RK. The effective use of seclusion. *J Psychiatr Nurs* 1977; 15(1): 22-25.
10. Myers S. Seclusion: a last resort measure. *Perspect Psychiatr Care* 1990; 26(3): 24-28.
11. Plutchik R, Karasu TB, Conte HR, Siegel B, and Jerrett I. Toward a rationale for the seclusion process. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1978; 166(8): 571-579.
12. Potter PA and Perry AG: Fundamentals of nursing. Concepts, process, and practice. St.Louis, The C.V. Mosby Company, 1993; P317.
13. Soliday SM. A comparison of Patient and staff attitudes toward seclusion. *J Nerv Ment Dis* 1985; 173(5): 282-291.
14. Surles R.C: On the use of restraint and seclusion. New York, stat office of mental Health jun, 1994; PP2-17.
15. Took SH and Brown J. Perceptions of seclusion: Comparing patient and staff Reaction. *Journal of Psychosocial Nursing* 1992; 30(8): 23-26.
16. Wadeson H and Carpenter WT. Impact of the seclusion room experience. *J Nerv Ment Dis* 1976; 163(5): 318-328.
17. Wells A. The use of seclusion on an in-patient psychiatric unit. *Archives of General psychiatry* 1972; 26: 410-413.