تبیین تجربه پرستاران مراقبت ویژه از مراقبت بیماران مرحله آخر حیات: یک مطالعه کیفی

سینا ولیئی، رضا نگارنده*، ناهید دهقان نیری، روجیار ولیئی

چکیده

مقدمه و هدف: این حقیقت که علی رغم ارائه مراقبت، حیات عده ای از بیماران به پایان می رسد می تواند وضعیت روانی پرستاران و در نهایت امر مراقبت از بیماران را تحت تاثیر خود قرار دهد، لذا با توجه به اهمیت تجربه مراقبت پایان عمر پژوهش حاضر با هدف تبیین تجربه مراقبت از بیماران مرحله آخر حیات در پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعهٔ کیفی از نوع تحلیل محتوا بود که پس از نمونه گیری مبتنی بر هدف، اطلاعات با انجام مصاحبه های عمیق و نیمه ساختار جمع آوری و پس از مصاحبه با ۱۰ پرستار شاغل در بخش های مراقبت ویژه در شهر سنندج به اشباع داده ها رسیده و اطلاعات با روش آنالیز محتوی قراردادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده در این پژوهش سه درونمایه نهایی آسیب روحی، باقی نماندن دین بیمار بر گردن پرستار و پایبندی به صدای درون پیرامون تجربه مراقبت از بیماران مرحله آخر حیات استحصال گردید.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر نیاز به حمایت روحی از پرستاران، فراهم ساختن امکان ارائه مراقبت کامل، توجه و مدیریت شرایط بیماران و خانواده آنها و مشارکت دادن پرستاران در امر تصمیم گیری از بیماران مرحله آخر حیات را آشکار ساخت لذا مدیران باید با در نظر گرفتن این ابعاد ضمن حمایت از پرستاران با تشکیل واحد های تخصصی مراقبت پایان عمر امکان مراقبت کامل از بیماران مرحله آخر حیات را فراهم نمایند.

کلید واژه ها : آنالیز محتوی، پرستار، مراقبت مرحله آخر حیات، مطالعه کیفی.

سینا ولیئی
استادیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

رضا نگارنده*
دانشیار، دانشکده پرستاری و مامائی، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران ، ایران
(نویسنده مسئول)

ناهید دهقان نیری
دانشیار، دانشکده پرستاری و مامائی ، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامائی ، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران ، ایران

روجیار ولیئی
کارشناس پرستاری، بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج ، ایران

دریافت:۹۳/۱۲/۱۵
اصلاح نهایی:۹۴/۲/۸
پذیرش: ۹۴/۲/۱۰

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.11]

مقدمه:

مرگ و مردن پدیده ای غیر قابل اجتناب برای تمامی موجودات است(۱) و امروزه با افزایش طول عمر و پیشرفت تکنولوژی، افراد زیادی به مراقبت های پایان عمر نیاز پیدا کرده و ارائه مراقبت از بیماران مرحله آخر حیات جزء نگرانی های سیستم بهداشتی می باشد(۲). رخداد مرگ در بخش های مراقبت ویژه رایج بوده اما ساده و طبیعی نیست (۳) و در واقع فرآیند مرگ و مردن در بخش های مراقبت ویژه می تواند آشفته، پر سر و صدا و پیچیده باشد (۲) و بسیاری ا ز بیماران قبل از پایان عمرشان در این بخش ها بستری بوده و نیازمند مراقبت هستند لورنز و همکاران (۲۰۰۵) پایان عمر را به عنوان بخشی از گذر زندگی بشر دانسته که در آن زمان بیمار و مراقبین برای ادامه حیات تقلا می کنند. این وضعیت از شرایط مختلف از جمله بیماری قلب ی، سرطان، سکته، بیماری های مزمن و متعدد همزمان ایجاد می شود(۴). روس و همکاران (۲۰۰۰) نیز مراقبت پایان عمر را به عنوان مراقبت در شرایط تهدید کننده زندگی می دانند که افراد با آن شرایط زندگی کرده و بدلیل آن فوت می کنند (۵). لذا مراقبت پایان عمر برای بیمارانی با دامنه ای از شرایط مختلف ، روزها و حتی هفته ها قبل از مرگ به کار می رود (۶). پرستاران به عنوان یکی از اعضای تیم فراهم کننده مراقبت نقش اساسی در مراقبت از بیماران مرحله آخر حیات و خانواده های آنان ایفا می کنند (۷). این درحالی است که مراقبت از بیماران مرحله آخر حیات و خانواده های آنان برای پرستارانی که به طور دائمی با این بیماران در تماس هستند، استرس آور و دردناک است(۸). آمارها نشان می دهد که از هر پنج بیمار بستری در بخش های مراقبت ویژه یک بیمار در مرحله آخر حیات بوده و در آنج ا فوت می کند(۹)؛ لذا پرستارانی که برای کار و مراقبت در این بخش ها انتخاب می شوند ممکن است دچار مشکلاتی گردند به طور مثال آقاجانی و همکاران(۱۳۸۹) در مطالعه ای در کشورمان نشان دادند که پرستاران بخش های ویژه اضطراب مرگ بیشتری را نسبت به پرستاران سایر بخش ها ت حمل می کنند(۱۰)؛ یکی از دلائل مهم آن این است که پرستاران برخلاف سایر اعضای تیم مراقبت که ویزیت خود را انجام داده و در کنار بیمار نمی مانند، در تماس دائمی با بیما ران مرحله آخر حیات می باشند(۱۱). لذا پرستاران نقش مهمی در ارتقاء مراقبت پایان عمر از طریق نقش های متعدد خود در بالین، تحقیق، آموزش، مدیریت و سیاست گذاری دارند(۱۲).

از طرفی مراقبتی که پرس تاران برای بیماران مرحله آخر حیات و در حال مرگ تجربه می کنند تحت تاثیر درک و نگرش آنها نسبت به مرگ قرار می گیرد(۷). به طور مثال در مطالعه کالوین و همکاران(۲۰۰۷) درک پرستاران بخش های ویژه مغزی از مراقبت پایان عمر به صورت گیجی، درماندگی و ناامیدی گزارش شده (۱۳) و در مطالعه دیگری که توسط اوبرله و هوگز (۲۰۰۱) انجام شد، شاهد رنج بیمار بودن و عدم اطمینان در مورد بهترین اقدام برای بیمار و خانواده او به عنوان مسائل اخلاقی درک شده از سوی پزشکان و پرستاران در مواجه با بیماران مرحله آخر حیات مطرح شده بود(۱۴). همچنین در مطالعه کالوین و همکاران(۲۰۰۹) که به بررسی تجربه پرستاران بخش های مراقبت ویژه قلبی از مراقبت پایان عمر پرداخته بود این تجربه به صورت خستگی مفرط در درمان

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.11]

بیماران و حرکت در یک خط صاف گزارش گردید(۱۵). به طور کلی باید گفت تجربه پرستاران از مراقبت پایان عمر می تواند بر نحوه مراقبت آنان تاثیر گذار باشد(۲)، اما علی رغم وجود مطالعات در مورد سختی ها و نواقص در ارائه مراقبت به بیماران مرحله آخر حیات، مطالعات در مورد تجربه پرستاران در مورد این بیماران بویژه در بخش های مر اقبت ویژه عمومی محدود است (۷). بنابراین کمبود مطالعات انجام شده در این زمینه در کشور ایران و تاثیر تجربه مراقبت از بیماران مرحله آخر حیات بر کیفیت مراقبت از بیماران و سلامت روانی پرستاران لزوم پرداختن به این مساله بسیار مهم را نشان می دهد. از آنجا که درک پرستاران تحت تاثیر تجربیات مراقبتی آنان قرار می گیرد لذا یکی از راه های کشف این حیطه تبیین تجربیات پرستاران است . کشف، اولین گام برای گام های متعدد در جهت ارتقای کیفیت مراقبت بوده و کشف تجربه مراقبت از بیماران در مرحله آخر حیات کمک خواهد نمود تا راهکارهایی در سطح شخصی و حرفه ای ارائه شود لذا پژوهش حاضر به منظور تبیین تجربه مراقبت از بیماران مرحله آخر حیات توسط پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه انجام شد.

مواد و روش ها

با توجه به هدف این مطالعه که تبیین تجربه مراقبت از بیماران مرحله آخر حیات در بخش های مراقبت ویژه از دیدگاه پرستاران شا غل بود از ر وش آنالیز محتوی کیفی که ابزارهایی را برای بررسی تجربه ارائه کرده و موجب کسب اطلاعات با ارزش و عمیق از نمونه ها می گردد استفاده شد (۱۶). پژوهش حاضر تحقیق کیفی از نوع تحلیل محتوایی بود (۱۷). در این مطالعه از روش تحلیل محتوای قراردادی(Conventional) استفاده شده که در این روش محقق از بکارگیری طبقات از قبل تعیین شده اجتناب می ورزد و در عوض اجازه می دهد که طبقات و نامشان از درون داده ها بیرون آیند . بنابراین محقق در داده ها کاملاً غرق شده تا به یک درک یا بصیرت جدیدی دست پیدا کند . ابتدا تحلیل دادها با خواندن مکرر متن برای غوطه ور شد ن در آنها و یافتن یک حس کلی شروع می شود سپس متون کلمه به کلمه خوانده می شود تا کدها استخراج شوند . این فرآیند پیوسته و مداوم از استخراج کدها تا نام گذاری آن ها است سپس کدها بر اساس تفاوت ها و یا شباهت هایشان به داخل طبقات دسته بندی می گردند و نهایتاً در پایان مثال هایی برای هر درونمایه از داده ها آماده می شود . از مزایای این رویکرد این است که نتایج مستقیماً از داده های بدست آمده از مشارکت کنندگان در تحقیق بدون تحمیل عقیده منتج می گردد(۱۸،۱۹).

برای انجام این مطالعه از نمونه گیری مبتنی بر هدف استفاده شد بدین صورت که پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه عمومی در شهر سنندج که حداقل یک سال سابقه کار در بخش های ویژه را داشته و همچنین از بیماران مرحله آخر حیات مراقبت کرده بودند انتخاب شدند. پس از ارائه معرفی نامه، توضیح هدف پژوهش و نحوه انجام آن، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات، داشتن حق کناره گیری و کسب رضایت آگاهانه کتبی اطلاعات با انجام مصاحبه های عمیق و نیمه ساختار جمع آوری گردید. مصاحبه ها به زبان فارسی در بخشهای مراقبت ویژه در سال ۱۳۹۰ انجام شد و تا رسیدن به غنای لازم و تکرار اطلاعات بدست آمده بعد از مصاحبه فردی با ۱۰ پرستار ادامه یافت و پژوهشگران به اشباع داده ها رسیدند . مصاحبه با طرح یک سوال کلی و عمومی در مورد تجربه

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.11]

مراقبت آغاز و به بررسی عمیق آن پرداخته شد . تعدادی از سوالات که به منزله راهنمای مصاحبه در نظر گرفته شده بود عبارت بودند از : چه تجربه ای هنگام مراقبت از این بیماران داشته اید؟ مراقبت از این بیماران چه تفاوتی با مراقبت از سایر بیماران برای شما داشته است؟ و از شرکت کنندگان درخواست می گردید که موارد دیگری که به ذ هن شان می رسید و در طی مصاحبه از آنها سوال نشده بود ارائه نمایند . مصاحبه در مدت ۶۰-۴۵ دقیقه انجام و بر روی نوار ضبط و بلافاصله محتوای مصاحبه ها بر روی کاغذ پیاده شده و به روش دستی آنالیز گردید. کد گذاری توسط محقق اصلی (س و) انجام و در مراحل مختلف توسط اساتی د راهنما و مشاور چک گردید.

در مطالعه حاضر برای افزایش روایی و پایایی داده ها از اختصاص مکان مناسب و زمان کافی برای جمع آوری داده ها، حسن ارتباط با مشارکت کنندگان، استفاده از نظرات تکمیلی همکاران، مرور دست نوشته ها برای مشارکت کنندگان و بررسی داده ها توسط سایر محققان برای افزایش مقبولیت داده ها استفاده گردید.

یافته ها

مشارکت کنندگان در این پژوهش ۹ پرستار شاغل زن و یک سرپرستار مرد بودند. میانگین سنی پرستاران مشارکت کننده در این پژوهش ۳۳/۵ سال بود. مشارکت کنندگان در این پژوهش حداقل ۱ سال و حداکثر ۱۸ سال و به طور میانگین ۴/۵ سال سابقه کار در بخش آی سی یو را داشتند . ۹ نفر از مشارکت کنندگان مدرک کارشناسی پرستاری و یک نفر هم کارشناس ارشد بودند. از تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده هشت طبقه کلی و نهایتاً سه درونمایه اصلی پیرامون تجربه مراقبت استحصال گردید که عبارت بودند از آسیب روحی، باقی نماندن دین بیمار بر گردن پرستار و پایبندی به صدای درون(جدول ۱).

آسیب روحی

اکثریت واحد های مورد پژوهش در بیان تجربه خود به آسیب های روحی ناشی از تماس و ارائه مراقبت به بیماران مرحله آخر حیات اشاره می کردند که در نهایت درونمایه ای تحت عنوان آسیب روحی بدست آمد که شامل سه زیر طبقه با عناوین فشار روحی در مراقبت و دردناک بودن واکنش خانواده بیمار و تاثیر شرایط بیمار بر تجربه مراقبت بود.

پرستاران مشارکت کننده تجربه مراقبت از بیماران مرحله آخر حیات را برای خود سخت دانسته و بیان می کردند که مراقبت از این بیماران بر روحیه آنها تاثیر منفی گذاشته و احساساتی همچون ناامیدی، دلسوزی و ترحم نسبت به شرایط بیمار، احسا س افسردگی و نگرانی را در آنها موجب شده بود. به طور مثال یکی از مشارکت کنندگان در این پژوهش این مساله را این گونه بیان می کرد "با توجه به ا ینکه اکثر بیمارانی که در بخش ما بستری می شوند امیدی به بازگشت به حیات در آنها دیده نمی ش ه بنابراین کارکردن با آنها از نظر روحی آسیب بیشتری به ما وارد می کنه"(کد۷). مشارکت کننده دیگر این آسیب روحی را این گونه بیان می کرد "کارکردن و پرستاری کردن از بیمارانی که در مرحله آخر حیات هستند بسیار سخت و دردناک هستش ..... و شاهد مرگ اونا بودن تجربه بسیار سختیه و برای مدت ها می تونه باعث تضعیف روحیه پرستارها بشه"(کد۱۰). این ناراحتی روحی در بسیاری از موارد ناشی از شرایط بیمار بوده و قرار داشتن بیمار در این شرایط موجب بروز احساس شکنجه روحی در بعضی از مشارکت کنندگان شده بود "این مریض ها شرایط

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.11]

خیلی سختی رو دارن و مراقبت از اونا واسم مثل شکنجه می مونه ، حس می کنم که اینها واسه من مثل اینه که خدا داره من رو جزا می ده، احساس می کنم که آدم خوب در این شرایط قرار نمی گیره که چیزای سخت رو ببینه"(کد۲).

بعد مهم دیگر آسیب روحی ناشی از مراقبت از بیماران مرحله آخر حیات در پرستاران ناشی از دردناک بودن واکنش خانواده این بیماران بود که این واکنش نیز به نوبه خود موجب بروز آسیب های روحی از جمله ناراحتی روحی، حس همدردی، تلاش برای کنترل احساسات، مشکل در برقراری ارتباط با خانواده این بیماران و ... شده بود. یکی از مشارکت کنندگان در پژوهش در این رابطه بیان کرد که " در مواجه با خانواده این بیماران انسان ناراحت می شه وقتی میبینه که خانوادشون میان و عزیزشون رو در اون حال و وضع می بینن و من هم نمی تو نم منبع حمایتی خوبی براشون باشم چون هرچه هم که بخوای آرامش داشته باشی و با آرامش و مرحله به مرحله توضیح دادن وضعیت مریض رو بگی بازهم در نهایت باید بگی که مریضت در همین حد باقی می مونه تا زمانی که قلبش وایسه "(کد۴). مشارکت کننده دیگری هم به تاثیر منفی واکنش خانواده بیمار مرحله آخر حیات اشاره کرد "یکی از مشکلات شخصی در مراقبت از بیماران مرحله آخر حیات حس دردناکی هستش که از نظر تاثیر وضعیت بیمار بر روی خانواده اونا در من بوجود میاد، مثلاً ناراحتی اونا رو می دیدم و خودمم حس خوبی نداشتم ..... فقط مجبورم که با خ انواده اونا همدردی کن م " (کد۸). این تاثیر گاهی ناشی از سخت بودن برقرا ری ارتباط با خانواده این بیمارا ن بویژه در زمان عدم پذیرش وضعیت بیمار مرحله آخر حیات است" یکی از مشکلاتی که ما در مراقبت از بیمارای مرحله آخر حیات مخصوصاً مرگ مغزی ها داریم اینه که با خانوادشون مشکل داریم اونا انکار می کنن و هرچی بخوایم که بهشون توضیح بدیم و بهشون بقبولونیم که مریض شون در همین حد باقی می مونه و بیشتر از این پیشرفت نخواهد کرد بازم اونا قبول نمی کنن و واکنش های رو حی مختلفی که برای ما هم دردآوره از خودشون نشون می دن "(کد۴).

یکی دیگر از زیر طبقات اصلی بسیار مهم از دیدگاه مشارکت کنندگان موثر بر آسیب روحی پرستاران در این پژوهش عبارت بود از تاثیر گذاری شرایط بیماران مرحله آخر حیات بر تجربه مراقبت پرستاران که خود به شرایطی از جمله سن، سطح هوشیاری و توان برقراری ارتباط، احتمال اهداء عضو، وضعیت بازماندگان، مدت مراقبت و رابطه بیماران در ارائه مراقبت خود وابسته بود ." اگه مریض ما جوان باشه، استرس اون بیشتره ولی اگه مریض سنش بالا باشه و مدت زیادی رو روی تخت مونده باشه راحت تر میشه ختم سی پی آرو اعلام کنیم "(کد۱). مشارکت کننده دیگری این‌گونه به مساله سن بیمار اشاره نمود "مراقبت از این بیمارا که مرحله آخر حیات هستند بسیار سخت و دردناکه علی الخصوص وقتی که بیمار جوان باشه"(کد۷). " احساسی که من خودم شخصاً در مورد این بیماران پیدا می کنم واقعاً سخته و آدم متاثر می شه بخصوص اگه اون مریض جوان با شه واقعاً مراقبت کردن ازش برام سخت تر می شه!"(کد۴).

علاوه بر سن بیمار از جمله شرایط مهم دیگر در ارائه مراقبت پایان عمر به بیماران از نظر مشارکت کنندگان وضعیت هوشیاری بیماران مرحله آخر حیات بود که بسیاری از مشارکت کنندگان به این مساله در صحبت های خود اشاره می کردند " اگه

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.11]

بیمار هوشیار باشه ارائه مراقبت پایان عمر ازش سخت تره، سخته که بهش واقعیت رو بگی "(کد۴). همچنین وجود یا عدم وجود واکنش از سوی بیمار به مراقبت نیز از جمله عوامل تاثیر گذار بر تجربه پرستاران در ارائه مراقبت بود "چون خیلی از این بیماران قادر به ه یچ گونه واکنش، بیان احساسات و علائم مشخصی نیستند کار کردن با اونا به مراتب سخت تر از بیمار هوشیاری هست که خودش شاهد پیشرفت معالجات بوده و بیان احساسات کنه"(کد۷).

با توجه به اینکه برخی از بیماران مرحله آخر حیات، بیمار مرگ مغزی بوده لذا احتمال اهداء عضو از جمله موارد بسیار مهم تاثیر گذار بر تجربه پرستاران بود " بیمارای مرگ مغزی گنجینه بخش ما هستند چون می تونن بعنوان یک نفر زندگی چندین انسان رو نجات بدن .... مراقبت از این بیماران منهای کارای روتینی که براشون انجام میدیم از این لحاظ میتونه بهمون امید بده"(کد۴).

همچنین از جمله عوامل مهم دیگر، "مدت ارائه مراقبت" و یا مدت باقی ماندن بیمار در بخش بوده به طوری که یکی از مشارکت کنندگان این گونه به این مساله اشاره کرد "وقتی که این بیمارا برای مدت طولانی تو بخش می مونن و می تونن موجب تضعیف روحیه پرستارا بشن"(کد۷).

از جمله شرایط بسیار مهم دیگری که بر ارائه مراقبت پایان عمر از دید پرستاران اثر می گذاشت نیاز سایر بیماران بود به طور مثال یکی از مشارکت کنندگان اینگونه به تجربه خود اشاره نمود " برای من فرقی نمی کنه که سطح هوشیاری بیمار چند باشه سه یا پانزده من کاراشو انجام می دم ولی در شرایط بحرانی مریضی که هوشیاره و امید به زنده موندنش بیشتره و الان بدحاله، اولویت داره "(کد۲). مشارکت کننده دیگری این گونه به این مساله اشاره کرد " اگه بگم فرقی بین مریض های مرحله آخر حیات و بقیه مریض ها وجود نداره دروغ گفتم .... ما برای بیماری که هو شیاره و امیدی به بهبودی و زندگی مجدد براش هست بیشتر انرژی صرف می کنیم"(کد۳).

باقی نماندن دین بیمار بر گردن پرستار

از جمله دروم‌ایه های مهم دیگری که اکثریت واحد های مورد پژوهش در بیان تجربه خود به آن اشاره می کردند عبارت بود از تلاش پرستاران برای عدم باقی م اندن دین بیماران بر گردن آنها ناشی از یادآوری آخرت، حامی بیمار بودن و اخلاق، ارزش و وجدان به عنوان زیر طبقات آن بود . به طوری که بسیاری از مشارکت کنندگان در پژوهش در میان صحبت های خود به این موضوع که مراقبت از بیمار مرحله آخر حیات ، آخرت و زندگی پس از مرگ را برای آنها تداعی می کرده اشاره و این امر را بر ارائه مراقبت کامل از سوی خود برای این بیماران موثر می دانستند پرستاری با سابقه ۴ سال کار در آی سی یو اینگونه به این مطلب اشاره می کرد " معمولاً در مراقبت از این بیمارا ن تا ده دقیقه یه ربع به یاد آخرت و قیامت می افتم .... دقایقی فکر می کنم که آیا تمامی کارهای پرستاری رو برای اون انجام دادم و اینکه ایا اون مریض دیگه دینی بر گردن من نداره"(کد۱). این یادآوری و تلاش برای باقی نماندن دین بیماران برای یکی دیگر از مشارکت کنندگان به صورت زیر بود"من همیشه موقع کار کردن واسه اون مریض ها حس می کنم که خدا کنارم وایستاده و نگاهم می کنه دقیقاً همیشه این حس رو دارم که اگه واسه مریض کم بذارم خودمم شاید جای مریض قرار بگیرم و یکی برام کم بذاره "(کد۲). همچنین وضعیت بیماران مرحله آخر حیات و تلاش برای انجام مراقبت کامل ناشی از تعمیم د ادن وضعیت بیماران به خود و خانواده در پرستاران بود به طور مثال یکی از مشارکت کنندگان اشاره نمود که "

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.11]

خیلی از موارد ما مشکلات بیمارا رو به خودمون و خانواده تعمیم می دیم .... مثلاً من هربار که با ماشین سفر می کنم احساس می کنم این آخرین باره و فکر می کنم که ا تفاقی واسم می افته و شاید من روزی یکی از مریض های آی سی یو بشم ... برای همین سعی می کنم همه مراقبت ها رو از اونها به عمل بیارم"(کد۴).

یکی دیگر از زیر طبقات مهم در تلاش مشارکت کنندگان برای باقی نماندن دین بیماران بر گردن آنها احساس حامی بیمار بودن بود. " این مریض ها خیلی حساس ترن ... چون نمی تونن از حق خودشون دفاع بکنن. این دیگه فقط منم و مریض و خدا ! "(کد۲). این احساس موجب توجه بیشتر مشارکت کنندگان به این بیماران شده بود "بیمارای مرحله آخر حیات نیاز بیشتری به مراقبت دارن چون وابسته کامل هستن و هیچ نوع استقلالی ندارن و هیچ نوع اراده ای ندارن و پرستار مسول مراقبت کردن از اونا هست"(کد۸).

علاوه بر احساس حامی بیمار بودن ، این تلاش بر ای ارائه مراقبت کامل از سوی پرستاران ناشی از مسائل اخلاقی، ارزشی و وجدانی برای آنان نیز بود. " از نظر وجدانی هم ادم اصلاً دلش نمیاد براشون کوتاهی بکنه و یا اینکه اونا رو نادیده بگیره چون اونا مدت محدودی برای زندگی و بودن در این دنیا رو دارن و برای همین انجام مراقبت کامل از اونا ضروریه " (کد۴).

پایبندی به صدای درون

یکی دیگر از درونمایه های بدست آمده از دیدگاه مشارکت کنندگان در این پژوهش پایبندی به صدای درون بود چراکه مشارکت کنندگان در صحبت های خود اشاره می کردند که علی رغم وجود عدم امکان به بازگشت بیمار و وجود اجبار در اطاعت از دستور پزشک در جنبه های بسیاری از ارائه یا عدم ارائه مراقبت آنها به صدای درون خود گوش داده و مراقبت لازم را برای بیمار مرحله آخر حیات ارائه می نمودند. " وقتی می بینم که واسه مریض کاری که می کنم هیچ فایده ای نداره، هیچ اثری نداره و به جای اینکه مریض حالش خوب بشه روز به روز بدتر می شه ..... این درحالیه که نمی تونی براشون هم کاری انجام ندی و راضی هم نمی شی که کاری انجام ندی "(کد۶). این درحالی هست که مشارکت کنندگان در پژوهش اشاره می کردند علی رغم نداشتن اختیار و لزوم مطیع بودن از دستور پزشک اما آنها مراقبت خود را بر اساس اصول درونی خود ارائه می نمودند . " متاسفانه ما در مراقبت از این بیماران اختیار زیادی نداریم و باید تابع دستور پزشک باشیم و اگه بیمار دستور دارو نداشته باشه م ا نمی تونیم دارو بدیم در حالی که مریض لازم داره و من سعی می کنم در این موارد هرکاری که از دستم بر میاد برای مریض انجام بدم "(کد۲). مشارکت کنندگان در این پژوهش اشاره می کردند که علی رغم وجود اجبار سعی می کردند تا بر اساس نظر ، تجربه و سابقه خود و انگیزه درونی خود هر کاری که می توانستند برای ب یمار مرحله آخر حیات انجام دهند. " من بارها پیش اومده در حالی که مریض دستور عدم انجام عملیات احیاء رو داشته، مریض رو احیاء کردم و در ذهنم فکر کردم که اون کار درستیه و من هر کاری که در درونم فکر می کنم درسته رو انجام میدم"(کد۴).

در مجموع باید گفت که تجربه پرستاران بخش های مراقبت ویژه از مراقبت بیماران مرحله آخر حیات به صورت آسیب روحی، تلاش برای باقی نماندن دین بیمار بر گردن آنها و پایبندی به صدای درون بود.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.11]

بحث و نتیجه گیری

یافته های مطالعه حاضر درک ما را از تجربه پرستاران شاغل از مراقبت پایان عمر در بخش های مراقبت ویژه عمومی افزایش داده و اطلاعات خوبی در مورد تجربه منحصر به فرد این گروه از پرستاران در اختیار ما قرار داد . جنبه منحصر به فرد پژوهش حاضر آن است که پرستاران مشارکت کننده در این پژوهش در مورد تجاربشان در بخش های مراقبت ویژه عمومی با انواع مختلفی از بیماران مرحله آخر حیات در زمینه پرستاری کشورمان بحث می کردند.

بر اساس یافته های پژوهش پرستاران مشارکت کننده به دلیل ارائه مراقبت پایان عمر متحمل آسیب روحی شده بودند که همراستا با مطالعه کالوین و همکاران(۲۰۰۷) بود که در آن پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه مغزی قرار داشتن در میانه فرآیندهای ارتباطی و احساساتی همچون گیج بودن، درماندگی و ناامیدی را به عنوان بخشی از تجربه خود در مراقبت پایان عمر گزارش کردند. همچنین در مطالعه اوبرله و هوگز(۲۰۰۱) این تاثیر روانی مراقبت از دیدگاه پرستاران به صورت "شاهد رنج بیمار بودن" گزارش گردید. نکته مهم در پژوهش حاضر آن است که علاوه بر وارد آمدن فشار روحی ناشی از ارائه مراقبت مستقیم به بیمار مرحله آخر حیات، دیدن واکنش ا عضای خانواده این بیماران برای پرستاران دردناک بوده و بر آسیب روانی آنها می افزود. مساله خانواده به صورت توجه به حضور خانواده در امر مراقبت از بیماران مرحله آخر حیات نیز در مطالعه کالوین و همکاران (۲۰۰۹) گزارش شده است . لذا با توجه به آسیب روحی وارده به پرستاران ایجاد سیستم های حمایتی از طرف سیستم مدیریتی با درنظر گرفتن راهکارهای ویژه در اعلام وضعیت بیمار به خانواده، دوره های آموزشی در مورد چگونگی انتقال خبر بد، حمایت از خانواده بیماران و نحوه ملاقات بیماران مرحله آخر حیات سعی لازم می باشد و این در حالی است که مطالعات زیادی به موضوع حمایت روحی از پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه اشاره کرده اند(۷, ۲۰).

پرستاران مشارکت کننده در پژوهش حاضر به تاثیر عوامل مختلفی از جمله سن بیمار، وضعیت هوشیاری، امکان برقراری ارتباط، احتمال اهداء عضو بر تجربه مراقبت پایان عمر خود اشاره کردند که می تواند از محیط پژوهش که شامل بخش های مراقبت ویژه عمومی بود ناشی شده باشد که در این بخش ها پرستاران با طیف وسیعی از بیماران مرحله آخر حیات مواجه شده بودند که بر اساس منابع می تواند ناشی از گستره ای از بیمارهای مختلف باشد (۶). در مجموع به نظر می رسد که ارائه مراقبت پایان عمر از بیماران مرحله آخر حیات جوان و هوشیار، ناتوان در برقراری ارتباط، با اقامت طولانی در بخش و سخت شدن شرایط خانواده پس از مرگ بیمار و بیماران با عدم امکان اهداء عضو برای این گروه از پرستاران سخت تر بوده است. از جمله شرایط بسیار مهم دیگر اشاره شده در این پژوهش از دیدگاه پرستاران مشارکت کننده اولویت دهی به بیماران دیگر بویژه در شرایط بحرانی می باشد که توجه به این امر را ضروری می سازد که پرستاران مراقبت کننده پایان عمر عهده دار مراقبت از بیماران کم تری شده و حتی المقدور بخش های ارائه مراقبت پایان عمر تخصصی برای آنان فراهم شده و همچنین پرستاران به صورت چرخشی و دوره ای در بخش های مختلف به ارائه مراقبت بپردازند.

همچنین پرستاران مشارکت کننده در این پژوهش به "باقی نماندن دین بیمار بر گردن پرستار " اشاره کرده و مطرح شدن این تجربه از سوی مشارکت کنندگان می تواند به طور کامل ناشی از زمینه

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.11]

فرهنگی اجتماعی و بویژه دینی آن ها باشد چراکه گرایش دینی افراد بر دیدگاه آنان در مورد زندگی و مرگ و تصمیم گیری در مور د مراقبت پایان عمر موثر می باشد(۲۱). باقی نماندن دین احساسی است که در آن پرستاران بعد از ارائه مراقبت به آن فکر می کردند که آیا تمام کارهای لازم را برای بیمار مرحله آخر حیات انجام داده اند و اینکه آیا موردی وجود داشته است که می توانستند اما برای بیمار انجام نداده اند. البته باید به این مساله نیز اشاره کرد که این احساس در زندگی روزمره و مراقبت از بیماران معمول در سایر بخش ها نیز ممکن است وجود داشته باشد اما با توجه به نزدی ک بودن بیماران مرحله آخر حیات به مرگ و ناتوانی آنها در مراقبت و دفاع از حقوق خود برای این گرو ه از پرستاران بخش های مراقبت ویژ ه نمود بیشتری پیدا کرده است . اما به هر حال این احساس در افراد می تواند از یک طرف موجب ارائه مراقبت کامل به بیمار شده بر اساس یک حس درونی از پاسخگوئی در برابر خداوند در جهان آخرت و باقی نماندن حق بیمار بر گردن آنها باشد و یا در صورتی که آنها احساس کنند مراقبت کامل را برای بیمار انجام نداده اند و بیمار از دنیا برود می تواند حس ی مانند گناه و بدهکاری را برای آ نها ایجاد نماید . ایرانمنش و همکاران(۲۰۱۰) در مطالعه خود بر روی پرستاران ایرانی و سوئدی در مراقبت از بیماران مرحله آخر حیات و مواجه با مرگ در بخش های انکولوژی به نیاز اخلاقی در توجه به پاسخ های شخصی و حرفه ای پرستاران در مراقبت از بیما ران مرحله آخر حیات اشاره کردند (۲۰). همچنین باید اش اره کرد که این احساس همراه با یادآوری آخرت، احساس حامی بیمار بودن و اخلاق و ارزشها بوده که به نظر می رسد که احساس حامی بیمار بودن و مسائل اخلاقی و ارزشی با دیدگاه دینی پرستاران ترکیب شده و این حس را در آنها بوجود آورده است.

پرستاران در این پژوهش و پژوهش ها ی مشابه از جمله پژوهش گاودین و همکاران (۲۰۱۱) همواره بدلیل عدم برخورداری از اختیار و قدرت تصمیم گیری در مورد وضعیت بیمار احساس اجبار و مطیع بودن را در کار خود داشتند (۲۲) و نکته مهم این است که در بسیاری از موارد ، موارد دستور داده شده خلاف عقیده و نظر آنها بوده و نظرات آنها در بسیاری از موارد در زمینه تصمیم گیری ب‌رای مراقبت پایان عمر از بیماران مرحله آخر حیات مد نظر قرار نگرفته که این امر موجب شده است تا در مواردی پرستاران نظرات خود را اجرا نمایند که خود نیازمند بررسی بیشتر است که چرا برخی از پر ستاران در حالی که امیدی به بازگشت بیمار نداشته اند اما اقداماتی را طبق نظر خود برای بیماران انجام داده اند.

در این پژوهش محققان تلاش نمودند تا اقداماتی از جمله اختصاص مکان مناسب و زمان کافی برای جمع آوری داده ها، حسن ارتباط با مشارکت کنندگان، استفاده از نظ رات تکمیلی همکاران، مرور دست نوشته ها برای مشارکت کنندگان، بررسی داده ها توسط سایر محققان برای افزایش مقبولیت داده ها را در جهت افزایش دقت علمی نتایج استفاده نمایند. اما به ه رحال تعمیم پذیری یافته ها ی پژوهش بدلیل رویکرد کیفی مطالعه و انجام آن در بخش های مر اقبت ویژه عمومی یک بیمارستان محدود می باشد لذا مطالعات بیشتری برای تبیین هرچه بیشتر تجربه پرستاران علی الخصوص در زمینه پرستاری کشورهای اسلامی و سایر ادیان و گروههای مذهبی دیگر کشورها لازم به نظر می رسد.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.11]

تبیین صورت گرفته در مورد تجربه پرستاران از مراقبت پایان عمر بینش با ارزشی را نسبت به تجربه پرستاران بخش های مراقبت ویژه عمومی فراهم نمود. در واقع این تجربه منحصر به فرد و مختص شرایط خاص بوده اما تجربه این گروه توجه ما را به مطالبی مانند احساس پرس تاران برای باقی نماندن دین بیماران بر گردنشان، تاثیر منفی واکنش اعضای خانواده این بیماران بر پرستاران و موثر بودن شرایط بیماران و لزوم توجه و اولویت دهی به کار پرستاران، لزوم مشارکت دهی آنان در امر تصمیم گیری در مراقبت از بیماران مرحله آخر حیات جلب نمود . در مجموع اگر چه درونمایه های بدست آمده در این پژوهش مشابهت هائی با سایر مطالعات داشت اما مواردی نیز مطرح شد که ناشی از زمینه خاص مطالعه بود. این در حالی است که اگرچه پرستاران بدنبال ارائه مراقبت پایان عمر بوده اند اما در این راه متحمل آسیب روحی شده که می بایست به این مساله توجه شده و لذا لازم به نظر می رسد پژوهش های بیشتری جهت تبیین بیشتر و بهتر درونمایه هائی مانند نظر پرستاران در مورد حمایت روحی آنها، مدلهائی جهت تصمیم گیری مشارکتی، بیان باورها در مورد مرگ و مردن، مراقبت های تسکینی برای بیماران مزمن بدحال و مشارکت خانواده در امر مراقبت آنها بررسی شده و در مطالعات بعدی تاثیر ساختارهای حمایتی و سیستم حمایت عاطفی برای پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه بررسی گردد. تجربه پرستاران در ارائه مراقبت به بیماران مرحله آخر حیات عبارت بود از " آسیب روحی ناشی از مراقبت مستقیم و مشاهده واکنش خانواده و موثر بودن شرایط بیماران، همراه با تلاش برای باقی نماندن دین بیمار بر گردن پرستار ناشی از یادآوری آخرت، حامی بیمار بودن و توجه به اخلاق، ارزش ها و وجدان و پایبندی به صدای درون علی رغم عدم امید به بازگشت بیمار و اجبار موجود " لذا مدیران باید با در نظر گرفتن این ابعاد، ضمن فراهم اوردن زمینه حمایت روحی و عاطفی از پرستاران و همچنین مشارکت آنها در امر تصمیم گیری در مورد مراقبت از بیماران مرحله آخر حیات با تشکیل واحد های تخصصی ویژه امکان مراقبت کامل از بیماران مرحله آخر حیات را فراهم نمایند.

تشکر و قدر دانی :

مقاله حاضر حاصل طرح تحقیقاتی شما ره ۹۰/۰۲/۹۹/۱۳۶۶ مصوب مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد. از کلیه پرستاران مشارکت کننده در این پژوهش سپاسگزاریم و از خداوند مننان آرزومند سلامت روز افزون برای تک تک این عزیزان و کلیهٔ افراد جامعه هستیم.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.11]

جدول ۱: درونمایه ها اصلی و زیرطبقات

درونمایه اصلی	زیر طبقات
آسیب روحی	فشار روحی در مراقبت
	دردناک بودن واکنش خانواده بیمار
	تاثیر شرایط بیمار بر تجربه مراقبت
باقی نماندن دین بیمار بر گردن پرستار	یاد آوری آخرت
	حامی بیمار بودن
	اخلاق، ارزش و وجدان
پاسخ به صدای درون	عدم امکان به بازگشت بیمار
	اجبار

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.11]

References:

1. Haisfield-Wolfe ME. End-of-life care: Evolution of the nurse's role. Oncology Nursing Forum 1996;23:931-5.

2. Beckstrand RL, Kirchhoff KT. Providing End-of-Life Care to Patients: Critical Care Nurses' Perceived Obstacles and Supportive Behaviors. American Journal of Critical Care 2005;14(5):395-403.

3. Chapple HS. Changing the game in the intensive care unit: letting nature take its course. Critical Care Nurse 1999;19:25-34.

4. Lorenz K, Lynn J, Morton SC, Sydney M, Shugarman L, Wilkinson A, et al. Methodological approaches for a systematic review of end-of-life care. Journal of Palliative Medicine 2005;8(1):S4-S11.

5. Ross M, Fisher R, MacLean M. A guide to end-of-life care for seniors. Ottawa:Health Canada; 2000.

6. O'Shea E, Murphy K, Larkin P, Payne S, Froggatt K, Casey D, et al. End-of-life care for older people in acute and long-stay care settings in Ireland. Irish Centre for Social Gerontology, National University of Ireland, Galway: National Council on Ageing and Older People; 2008.

7.Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing experience and the care of dying patients. Oncology Nursing Forum 2005;32(1):97-104.

8.Baggs JG, Schmitt MH. Intensive care decisions about level of aggressiveness of care. Research in Nursing & Health 1995;18:345-55.

9.Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. . Critical Care Medicine 2004;32(3):638-43.

10.Aghajani M, Valiee S, Toll A. Death anxiety among diffrent nurses wards. Iranian Journal of Nursing 2009;23(67):59-68.[Persian]

11.Maeve MK. A critical analysis of physician research into nursing practice. Nursing Outlook 1998;46:24-8.

12.Briggs L, Colvin E. The nurse's role in end of life decision making for patients and families. Geriatric Nursing 2002;23(6):302-12.

13.Calvin AO, Kite-Powell DM, Hickey JV. The neuroscience ICU nurse's perceptions about end-of-life care. Journal of neuroscience nursing 2007;39(3):143-50.

14.Oberle K, Hughes D. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. Journal of Advanced Nursing 2001; 33(6):707-15.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.11]

15.Calvin AO, Lindy CM, Clingon SL. The cardiovascular intensive care unit nurse`s experince with end-of-life care: a qualitative discriptive study. Intensive and Critical Care Nursing 2009;25:214-20.

16.Lichtman M. Qualitative research in education a user`s guide Thousand Okas, Callifornia: Sage Publication Inc; 2010.

17.Krippendroff K. Content analysis: an introduction to its methodology: Thousand Okas, CA: Sage; 2004.

18.Elo S, Kyngns H. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing 2008;62(1):107-15.

19.Hsieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative content analysis. Qualitative Health Research. 2005;15(9):1277-88.

20.Iranmanesh S, Alxelsson K, Savestedt S, Haggstrom T. Caring for dying and meeting death: experiences of Iranian and Swedish nurses. Indian journal of palliative care 2010;16(2):90-5.

21.Zahedi F, Larijani B, Bazzaz JT. End of life ethical issues and islamic views. Iran J Allergy Asthma Immunol 2007;6(5):5-15.

22.Gaudine A, LeFort SM, Lamb M, Thorne L. Clinical ethical conflicts of nurses and physicians. Nursing Ethics 2011;18(1):9-19.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.11]

Exploring the experiences of ICU nurses caring for end stage patients: a qualitative study

Valiee S, Negarandeh R, Dehghan Nayeri N, Valiee R

Background and Aim: The fact that in spite of providing care some of the patients pass away can affect the mental health of some of the nurses and eventually affect the caring of patients. Therefore, considering the importance of end stage care, this research aimed to explore the experiences of caring end stage patients by nurses working in ICU.

Materials and Methods: This study is qualitative content analysis. After purposive sampling, data was collected using interview and semi-structured interview and data saturation was reached after interviewing with 10 nurses working in ICU wards of Sanandaj city and the data were analyzed using content analysis contract.

Findings: Three main themes were obtained from the data analysis: trauma, omitting the responsibility of the patient from the nurse and adhering to the inner voice about the experience of caring of end stage patients.

Conclusion: The results of this study indicated the need for moral support from nurses, providing the possibility of providing full care, paying attention and managing patients condition and their families and making nurses participate in the decision-making process of end-stage patients. Therefore, managers while supporting nurses should consider these aspects and establish specialized nursing care units for end stage patients to provide full care for these patients.

Keywords: content analysis, nurse, caring for end stage patients, qualitative study

Valiee S
Assistant professor, Nursing and and Midwifery School, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

Sinavaliee@yahoo.com
Negarandeh R*
Assistant professor, Nursing and and Midwifery care Recerch center Tehran University of Medical Sciences, Tehran , Iran.

Dehghan Nayeri N
Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Valiee R

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.11]