

## مقاله پژوهشی اصیل

## نگرش پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نسبت به موانع و رفتارهای حمایتی ارائه مراقبت پایان زندگی

پویا فرخ نژاد افشار<sup>۱</sup>، دکترای سالمندشناسی\* پروین اشکانی راد<sup>۲</sup>، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژهسارا حسینی<sup>۳</sup>، جراح عمومی

## خلاصه

هدف: این مطالعه با هدف بررسی نگرش پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نسبت به موانع و رفتارهای حمایتی ارائه مراقبت پایان زندگی در مرکز قلب و عروق شهید رجایی انجام شد.

زمینه: مراقبت‌های پایان زندگی از جمله وظایف مهم پرستاری در بخش مراقبت ویژه است. بررسی دیدگاه پرستاران درباره رفتارهای حمایتی برای بیماران در حال مرگ به شناسایی بهتر این رفتارها و موانع آنها منجر خواهد شد.

روش کار: مطالعه حاضر مطالعه‌ای توصیفی مقطعی است که در آن، ۱۶۰ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه مرکز قلب و عروق شهید رجایی در سال ۱۳۹۵ به روش سرشماری انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از فرم جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد نظرسنجی ملی پرستاران مراقبت‌های ویژه درباره مراقبت پایان زندگی (NSCCNR-EOL) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند.

یافته‌ها: مهمترین مانع در مراقبت پایان زندگی "دوستان و خانواده‌هایی که به طور مداوم از پرستار درخواست توضیح شرایط بیمار را دارند، به جای اینکه عضوی از خانواده بیمار جهت این امر تعیین شود" بود که بالاترین نمره موانع (۲۵) را دریافت نمود. در زمینه مراقبت حمایتی، "جمع‌آوری تمامی مدارک توسط منشی بخش جهت امضای خانواده قبل از ترک بخش" بیشترین نمره (۲۰) را دریافت کرد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش، از دیدگاه پرستاران، آموزش مناسب مراقبت پایان زندگی و مراقبت تسکینی به پرسنل کادر درمان، آموزش به خانواده‌ها در مورد مسائل مرگ و مردن و توجه به مراقبت همه‌جانبه از بیمار و خانواده آنها سبب بهبود مراقبت پایان زندگی از بیماران در حال مرگ می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مراقبت پایان زندگی، پرستاری، نگرش، مراقبت ویژه

۱ استادیار، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران، تهران، ایران  
(\*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: ashkani.parvin@gmail.com

۳ استادیار، متخصص جراحی عمومی، مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران، تهران، ایران

## مقدمه

«مرگ» حقیقت زندگی موجودات است و مراقبت‌های پایان زندگی از جمله وظایف مهم پرستاری در بخش‌های مراقبت ویژه محسوب می‌شود (استفانو و کلیفورد، ۲۰۱۱). سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۳، میزان مرگ افراد ۱۵ تا ۶۰ سال را در ایران، ۱۰۲ به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر گزارش کرده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵). میزان مرگ در بخش‌های مراقبت ویژه با وجود پیشرفت در فناوری، ۲۰ تا ۲۴ درصد است (لاتور، ۲۰۰۹). تحقیقات نشان داده است بار مالی مربوط به کنترل درد ناکافی در حدود ۲۵ درصد تمام هزینه‌های پزشکی است (شهریاری، ۱۳۹۳). اجرای برنامه مراقبت پایان زندگی به جای انجام اقدامات درمانی در بیمارانی که روزهای پایانی زندگی خود را می‌گذرانند، موجب کاهش ۳۸ تا ۶۶ درصدی هزینه‌ها می‌شود (سیمنز، ۲۰۰۷). بنابراین، توجه به این مراقبت در نظام‌های سلامت امری ضروری است.

مراقبت ویژه بخشی جدایی ناپذیر از مراقبت‌های بیمارستانی است و بخش مراقبت ویژه جایی است که در آن به بیماران، پیشرفته‌ترین درمان‌های حفظ زندگی ارائه می‌شود (کورتیس و وینسنت، ۲۰۱۰) و در آن روش‌های درمانی تهاجمی، همراه با حمایت فناوری پیشرفته، برای مراقبت از بیماران با هدف درمان یا بهبودی به کار می‌رود و به دلیل شرایط پزشکی پیچیده‌ای که در آن موجود است مرگ در آنجا به طور مکرر اتفاق می‌افتد (آتیا، ۲۰۱۳). پایان زندگی عبارت از یک بازه زمانی یا انتقال از وضعیت کاهش سلامت به وضعیتی است که در نهایت به مرگ منتهی می‌شود (دونبار، ۲۰۱۵) و بخش انتهایی زندگی بیمار محسوب می‌شود (ولیئی، ۱۳۹۵). مراقبت پایان زندگی مدیریت انسان‌های مبتلا به بیماری‌های پیشرفته‌ای است که تمرکز آن بر بهبود کیفیت زندگی می‌باشد. سازمان جهانی بهداشت مراقبت پایان زندگی را مراقبت فعال و کامل از افرادی می‌داند که بیماری آن‌ها مدت‌ها است به درمان‌های علاج بخش پاسخ نمی‌دهد (ابوهشیشه، ۲۰۱۴). رفتار حمایتی مراقبت پایان زندگی رویکردی مهم در مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری صعب‌العلاج است و به هرگونه رفتار حمایتی اطلاق می‌شود که ارائه مراقبت مطلوب را آسان سازد و به بیمار و خانواده‌اش در کنار آمدن و تطابق با بیماری و درمان آن از پیش از تشخیص، تا زمان تشخیص و درمان و حتی تا زمان مرگ و سوگ، با شناسایی و ارزیابی و درمان درد و سایر مشکلات جسمی، روانی و معنوی کمک می‌کند.

مراقبت حمایتی برای بیماری‌های تهدیدکننده زندگی ارائه می‌گردد و رویکردی جامع است که بر ارتقای کیفیت زندگی در مراحل پایانی متمرکز است (حموله، ۱۳۹۲). ارائه مراقبت پایان زندگی و موانع آن، در سه حیطه رفتارهای حمایتی مرتبط با بیمار و خانواده، رفتارهای حمایتی مرتبط با ارائه‌دهندگان مراقبت و رفتارهای حمایتی سازمانی دسته‌بندی می‌شود (بنزاده، ۱۳۹۴). فراهم آوردن مراقبت پایان زندگی جامع، خانواده محور و متناسب با فرهنگ جامعه اهمیت زیادی دارد. این مراقبت در جهت رویارویی با بیماری‌های مزمن که سال‌ها به طول می‌انجامد نیز کمک می‌کند (حموله، ۱۳۹۲، عباسی، ۱۳۹۴ و بنزاده، ۱۳۹۴).

کیفیت مراقبت پایان زندگی بستگی به نگرش پرستاران نسبت به مراقبت از بیماران در حال مرگ دارد. نگرش، ارزشیابی فرد از یک موضوع است و با تجارب فرد تغییر می‌کند و به احساسات انسانی و اعمال او وابسته است. درک و نگرش پرستاران نسبت به موقعیت‌های خاص می‌تواند پیش‌بینی‌کننده کیفیت مراقبت پایان زندگی باشد (ابوهشیشه، ۲۰۱۴). اگر چه به نظر می‌رسد پرستاران بهترین موقعیت را برای تسهیل روابط بین بیماران، اعضای خانواده و سایر ارائه‌دهندگان خدمات رفاهی دارند اما ممکن است به دلایلی از این توانایی ارتباطی خود استفاده نکنند. یکی از این دلایل می‌تواند ناشی از این نگرش پرستاران باشد که بیماران و اعضای خانواده‌شان تمایلی برای پذیرفتن پیش‌آگهی بیمار ندارند. دیگر موانع می‌تواند شامل ناتوانی بیماران در برقراری ارتباط، اعتقاد به سکوت پزشک، و عدم آگاهی دادن درباره پیش‌آگهی به بیمار جهت حفظ امید بیمار و خانواده آنها باشد (بوید، ۲۰۱۱).

مراقبت پایان زندگی نباید فقط منحصر به کشورهای پیشرفته باشد، بلکه بهتر است در کشورهای در حال توسعه که هزینه داروهای درمانی برای بیماران هنوز مشکلی جدی محسوب می‌شود، نیز استفاده شود. در ایران هنوز برنامه‌ای جهت ارائه خدمات مراقبت پایان زندگی اختصاصی برای بیماران در حال مرگ تدوین نشده است. خدمات اولیه بهداشتی درمانی در ایران هیچ نوع مراقبت پایان زندگی به بیماران و خانواده آنها ارائه نمی‌دهد (اسدی لاری، ۲۰۱۲). مطالعات انجام شده در ایران بیشتر شامل مطالعات توصیفی در مورد مراقبت پایان زندگی، و برخی مطالعات در مورد درد و نگرش به تسکین آن بوده است. در مطالعه‌ای توسط باقریان و همکاران (۱۳۸۸، ب) در مورد نگرش نسبت به بیماران در حال مرگ انجام شد، نشان داد پرستاران مایل به مراقبت از بیماران در حال مرگ بودند، ولی علاقه‌ای به صحبت درباره مرگ با بیماران یا خانواده آنها نداشتند. مطالعه دیگری نیز توسط باقریان و همکاران (۱۳۸۸، الف) در مورد نگرش به مرگ و مردن در دانشجویان پرستاری انجام شد (۱۳۸۷، الف). در سال ۱۳۹۲ مطالعه‌ای توصیفی درباره

مراقبت پایان زندگی مبتنی بر معنویت انجام شد که نتایج آن نشان داد مراقبت پایان زندگی مبتنی بر معنویت، شامل ارتقای سلامت معنوی و مراقبت معنوی است. همچنین، مطالعه‌ای در مورد موانع و رفتارهای حمایتی ارائه مراقبت پایان زندگی به بیماران کودک توسط بنازاده و همکاران (۱۳۹۴) انجام شده است، اما چنین پژوهشی روی بیماران بزرگسال در ایران انجام نشده است. در ایران تحقیقات معدودی در مورد مراقبت از بیماران در حال مرگ انجام شده است و با توجه به اینکه پرستاران نقش محوری در مراقبت‌های پایان زندگی از بیماران بر عهده دارند، بررسی رفتارهای حمایتی برای بیماران در حال مرگ و موانع آن از دیدگاه پرستاران به شناسایی بهتر این رفتارهای حمایتی منجر خواهد شد که به شناسایی بهتر مسائل مراقبتی پایان زندگی از دیدگاه پرستاران و تصحیح هر چه بیشتر آن کمک می‌کند. این مطالعه با هدف بررسی نگرش پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه نسبت به موانع و رفتارهای حمایتی ارائه مراقبت پایان زندگی در مرکز قلب و عروق شهید رجایی در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

### مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی مقطعی، ۱۶۰ نفر از پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی شرکت داشتند که به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. معیار ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری و داشتن حداقل یک سال تجربه کار در بخش مراقبت ویژه بود. محیط پژوهش، واحدهای مراقبت ویژه مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی شامل ۵ واحد مراقبت ویژه کرونری و ۶ واحد مراقبت ویژه بود.

پژوهشگر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی و معرفی‌نامه از مسئولین ذیربط به واحدهای مراقبت ویژه مراجعه نمود و پس از معرفی خود به مسئول بخش و کسب اجازه از ایشان، پرستاران واجد شرایط ورود به مطالعه را تعیین کرد، اطلاعات کامل درباره اهداف پژوهش و اهمیت آن را به شرکت‌کنندگان ارائه داد و به ایشان درباره محرمانه بودن اطلاعات شخصی و پاسخ‌ها اطمینان داد. سپس، رضایت کتبی از هر شرکت‌کننده گرفته شد.

در این پژوهش ابتدا اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان جمع‌آوری شد. جهت بررسی موانع و رفتارهای حمایتی ارائه مراقبت پایان زندگی از نسخه اصلاح شده پرسشنامه استاندارد نظرسنجی ملی پرستاران مراقبت‌های ویژه درباره مراقبت پایان زندگی استفاده شد. نسخه اصلی این ابزار در سال ۱۹۹۸ توسط بک‌استراند و کرکوف ساخته شد. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۵ با اضافه کردن ۵ مانع جدید به پرسشنامه اصلی اصلاح شد. این ابزار شامل ۵۳ گویه شامل ۲۹ سوال در مورد موانع مراقبت حمایتی از بیماران در حال مرگ و ۲۴ سوال در مورد درک نسبت به مراقبت حمایتی از بیماران در حال مرگ است و در آن، شدت موانع و رفتارهای حمایتی بر اساس مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (بیشترین مانع، نمره ۵؛ کمترین مانع، نمره صفر)، و تکرار موانع و رفتارهای حمایتی بر اساس مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (همیشه، نمره ۵؛ هرگز، نمره صفر) سنجیده شد. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۵ توسط بک‌استراند و کرکوف در آمریکا تدوین شد و میزان پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ در حیطه موانع (۰/۸۹) و در حیطه رفتار حمایتی (۰/۸۱) به دست آمد که پایایی مورد قبول پرسشنامه را نشان می‌دهد. همچنین، قسمت مراقبت حمایتی این پرسشنامه در مطالعه بنازاده و همکاران (۱۳۹۴) برای بررسی مراقبت حمایتی از کودکان در کرمان استفاده شد.

جهت انجام این مطالعه در ابتدا بررسی روایی و پایایی "پرسشنامه استاندارد نظرسنجی ملی پرستاران مراقبت‌های ویژه درباره مراقبت پایان زندگی" انجام گرفت، بدین صورت که در ابتدا پرسشنامه توسط دو نفر آشنا به زبان انگلیسی و موضوع تحقیق به فارسی برگردانده شد و برگردان انگلیسی توسط دو نفر دیگر دوباره به انگلیسی ترجمه شد و با مقایسه بین دو نسخه، اصلاحات لازم انجام گرفت. سپس، جهت انجام روایی صوری، پرسشنامه به شش نفر از اساتید داده شد و پس از اعمال نظرات و تایید ایشان، محقق وارد محیط پژوهش شد. براساس پیشنهاد اساتید، گویه "به کارگیری اقداماتی برای ادامه حیات بیمار به درخواست خانواده‌اش هرچند که بیمار درخواست قطع مراقبت را کرده باشد" به دلیل عدم امکان درخواست خانواده بیمار مبنی بر قطع مراقبت بیمار در فرهنگ ایران، حذف گردید. جهت تعیین پایایی اولیه پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ برای ۱۲ درصد حجم جامعه آماری (۲۰ نفر) استفاده گردید. در این پژوهش، میزان پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ در حیطه موانع (۰/۹۱) و در حیطه رفتار حمایتی (۰/۹۲) به دست آمد. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ وارد گردید و با استفاده از آمار توصیفی بررسی شد.

## یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که شرکت‌کنندگان در مطالعه در محدوده سنی ۲۳ تا ۵۰ سال قرار داشتند و میانگین سنی آنان، ۳۱/۴ سال با انحراف معیار ۵/۳۴ بود. همچنین بیشترین درصد شرکت‌کنندگان، زن (۸۱/۸۸ درصد)، و مجرد (۵۶/۳ درصد) بودند. مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد مطالعه در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های دموگرافیک واحدهای مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	
مرد	۲۹ (۱۸/۱۲)
زن	۱۳۱ (۸۱/۸۸)
وضعیت تاهل	
مجرد	۹۰ (۵۶/۳)
متاهل	۶۹ (۴۳/۱)
مطلقه	۱ (۰/۶)
تحصیلات	
لیسانس	۱۴۱ (۸۸/۱)
فوق لیسانس	۱۹ (۱۱/۹)
بخش محل خدمت	
مراقبت ویژه بزرگسالان	۷۷ (۴۹/۴)
مراقبت ویژه قلبی	۳۷ (۲۳/۱)
مراقبت ویژه کودکان	۴۴ (۲۷/۵)
سابقه کار پرستاری (سال)	
کمتر از ۵	۴۸ (۳۰)
۵ تا ۱۰	۷۳ (۴۵/۶)
۱۱ تا ۱۵	۲۵ (۱۵/۶)
۱۶ تا ۲۰	۱۱ (۶/۹)
بیشتر از ۲۰	۳ (۱/۹)

برای تعیین امتیاز موانع درک شده، موانعی که از نظر شدت و تکرار بیشترین امتیاز را گرفته بودند محاسبه شد. برای این کار، میانۀ شدت موانع در میانۀ تکرار آن ضرب شد. امتیاز به دست آمده در محدوده ۱۲-۲۵ بود. مواردی که بیشترین نمره را دریافت نمودند شامل گویه "دوستان و خانواده‌هایی که به طور مداوم از پرستار درخواست توضیح شرایط بیمار را دارند، به جای اینکه عضوی از خانواده بیمار جهت این امر تعیین شود" با میانگین ۲۵، گویه "پرستاری که مجبور است با اعضای عصبانی خانواده بیمار رو به رو شود" با میانۀ ۲۰، و گویه "وقتی نظر پرستار در مورد مراقبت از بیمار پرسیده نمی‌شود، ارزش داده نمی‌شود یا در نظر قرار نمی‌گیرد" با میانگین ۲۰ بود. مواردی که کمترین نمره را در درک موانع دریافت نمودند شامل گویه "وجود ساعات ملاقات آزاد" با امتیاز ۱۲ بود و پس از آن موانع "تحت فشار گذاشتن خانواده برای اتمام سوگواری بعد از فوت بیمارشان در بخش جهت بستری نمودن بیمار جدید" با ۱۲ امتیاز، و "ادامه درمان بیماران در حال احتضار به علت منافع اقتصادی این کار برای بیمارستان" با ۱۲ امتیاز بود.

برای تعیین امتیاز رفتار حمایتی درک شده، رفتار حمایتی که از نظر شدت و تکرار بیشترین امتیاز را گرفته بودند محاسبه شد. برای این کار، میانۀ شدت رفتار حمایتی در میانۀ تکرار آن ضرب شد که امتیاز به دست آمده در محدوده ۸-۲۰ بود. مواردی که بیشترین نمره را دریافت نمودند شامل "رفتارهای جمع‌آوری تمامی مدارک توسط منشی بخش جهت امضای خانواده قبل از ترک بخش" با ۲۰ امتیاز، "استفاده پرستار از تجربیات قبلی خود برای مراقبت خاص یا مرگ یکی از اعضای خانواده" با ۲۰ امتیاز، و "وجود پزشکیانی

که در مراقبت از بیمار نسبت به نحوه مراقبت به توافق رسیده‌اند" با ۲۰ امتیاز بود. مواردی که کمترین نمره را در درک رفتار حمایتی دریافت نمودند شامل "وجود مکانی خصوصی برای سوگواری خانواده در بخش" با امتیاز ۸، "قدردانی خانواده بیمار از پرستار برای مراقبت از متوفی" با ۸ امتیاز، امکان استراحت پرستار بعد از مرگ بیمار و انجام وظایف او توسط همکاران" با ۸ امتیاز بود.

## بحث

چگونگی درک پرستار از سازمان و محیطی که در آن مشغول به کار است در توانمندساختن وی جهت ارائه مراقبت با کیفیت اهمیت به‌سزایی دارد. در این مطالعه مشخص شد موانع مراقبت از بیماران در حال مرگ از دیدگاه پرستاران، مربوط به خانواده‌ها، بی‌اهمیت تلقی کردن نظرات پرستاران در امر مراقبت و در زمینه نگرش به رفتار حمایتی، جمع‌آوری مدارک توسط منشی، استفاده پرستار از تجربیات قبلی خود و توافق پزشکان در مراقبت از بیمار است.

براساس نتایج مطالعه، مهمترین مانع در مراقبت پایان زندگی "دوستان و خانواده‌هایی که به طور مداوم از پرستار درخواست توضیح شرایط بیمار را دارند، به جای اینکه عضوی از خانواده بیمار جهت این امر تعیین شود" بود که این یافته با نتایج مطالعه کرامپ (۲۰۱۰) و آتیا (۲۰۱۳) همسو است و بر لزوم تعیین عضوی از خانواده بیمار در حال مرگ برای توضیح و اطلاع دادن وضعیت بیمار تاکید می‌کند. پرستاران مراقبت ویژه اطلاعات و دانش بسیار زیادتری نسبت به خانواده جهت درک وضعیت مراقبت پایان زندگی دارند و اگرچه دادن اطلاعات در مورد شرایط بیمار قسمتی از مراقبت از بیمار است، در مواقع بحرانی ممکن است تحلیل وضعیت بیمار و دادن اطلاعات به خانواده مشکل و چالش‌برانگیز باشد. با توجه به نتایج به دست آمده در این مطالعه پرستاران ترجیح می‌دهند عضوی از خانواده برای تماس و دادن اطلاعات تعیین شود.

دومین مانع درک شده از نظر اهمیت "پرستاری که مجبور است با اعضای عصبانی خانواده بیمار رو به رو شود" بود که با نتایج به دست آمده از مطالعات بک‌استراند که در سال ۲۰۰۹ و ۲۰۱۲ انجام شده است، مطابقت دارد و همسو می‌باشد. مواجهه با خانواده بیمار که ناراحت و عصبانی هستند از نظر شرکت‌کنندگان در این مطالعه از موانع مهم به شمار رفته است که ممکن است سبب افزایش خستگی، فرسودگی شغلی و اختلال در امر مراقبت بیمار بدحال شود و پرستاران بخش مراقبت ویژه بسیار با این مانع روبرو هستند. از نظر کرامپ (۲۰۱۰)، یکی از موانع مراقبت پایان عمر، خانواده بیماری است که پیش‌آگهی بیمار خود را نپذیرفته است و پرستاران باید با اعضای خانواده عصبانی روبرو شوند. خانواده بخشی مهم در مراقبت پایان زندگی به شمار می‌رود و پرستاران با خانواده‌های بیش از حد خوش‌بین نسبت به پیش‌آگهی بیمارشان روبرو هستند که ممکن است مضطرب و عصبانی باشند. برخی خانواده‌ها درخواست داشتن اطلاعات کامل درباره بیماری، روش‌های درمان و پیش‌آگهی بیمارشان را دارند و برخی اطلاعات خاصی را طلب نمی‌کنند (بک‌استراند، ۲۰۰۹). شایع‌ترین پاسخ فیزیولوژیک و احساسی در سوگ، اندوه و عصبانیت است و پرستاران باید بدانند خانواده این بیماران در معرض اضطراب، افسردگی، عصبی شدن، بی‌قراری، ترس، و عدم تمرکز زیاد قرار دارند (والراپ، ۲۰۰۷).

مانع درک شده سوم از نظر اهمیت "وقتی نظر پرستار در مورد مراقبت از بیمار پرسیده نمی‌شود، ارزش داده نمی‌شود یا در نظر قرار نمی‌گیرد" بود. این نتیجه با مطالعه آتیا (۲۰۱۳) هانسن (۲۰۰۹) بک‌استراند (۲۰۱۰) مطابقت دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند پرستاران ماهر و باتجربه می‌توانند نقش مهمی در تصمیم‌گیری پایان عمر و برنامه‌ریزی مراقبتی داشته باشند؛ این در حالی است که نقش محدودی در این زمینه دارند. در اغلب موارد پرستاران از تغییر وضعیت بیمار از حالتی که به درمان‌ها پاسخ می‌دهند به وضعی که تلاش‌های درمانی به احتمال زیاد بی‌فایده است، مطلع می‌شوند (روبیوکس و کلارک، ۲۰۰۶). پرستاران بزرگترین گروه کاری در واحد مراقبت ویژه هستند و این یافته نشان می‌دهد تصمیمات و عملکرد آنها تاثیر به‌سزایی در کیفیت مراقبت از بیمار دارد. از این رو باید فعالانه در تصمیم‌گیری مراقبت از بیمار شرکت داده شوند. عدم توجه به نظرات پرستاران در مراقبت از بیماران مانعی برای مراقبت مطلوب خواهد شد.

در این مطالعه کم‌اهمیت‌ترین مانع "وجود ساعات ملاقات آزاد" بود که این یافته با مطالعه کرامپ (۲۰۱۰) مطابقت دارد. مطالعه گیائونیدیان (۲۰۰۹) نشان داد که پرستاران معتقدند حضور خانواده در کنار بیماران می‌تواند به حمایت عاطفی و کاهش اضطراب آنها کمک نماید. حضور خانواده بر بالین بیمار همچنین موجب ایجاد رابطه‌ای سرشار از اعتماد بین پرستار و خانواده بیمار می‌شود و خانواده را به این اطمینان می‌رساند که پرستاران در حال تلاش برای آسایش و مراقبت از بیمارشان هستند (آتیا، ۲۰۱۳). در ایران امکان ملاقات آزاد و بدون محدودیت در واحدهای مراقبت ویژه وجود ندارد؛ از این رو، در موانع مراقبت پایان زندگی کمترین امتیاز را به خود اختصاص داد.

در زمینه رفتار حمایتی، مهمترین رفتار حمایتی "جمع‌آوری تمامی مدارک توسط منشی بخش جهت امضای خانواده قبل از ترک بخش" بود. از آنجا که مرگ بیمار تجربه‌ای استرس‌آور برای پرستار مراقب بیمار است، ضروری است پرستار توسط همکاران خود حمایت شود، بدین صورت که فردی در کارهای مربوط به تکمیل پرونده به پرستار کمک نماید. این کار می‌تواند دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی پرستاران را کاهش دهد (آتیا، ۲۰۱۳). پرستارانی که در بخش‌های مراقبت ویژه کار می‌کنند می‌خواهند فردی کارهای مربوط به پرونده و جمع‌آوری مدارک مربوط به بیمار را انجام دهد، به جای اینکه مجبور باشند تمام کارهای تکمیل مدارک را خود انجام دهند. در این صورت قادر هستند به نیازهای خانواده سوگوار بیمار بپردازند. همکاری بین افراد تیم درمان سبب کاهش استرس و ایجاد آرامش در فرد مراقب‌دهنده می‌شود و سبب بهبود کیفیت مراقبت از بیمار می‌گردد.

دومین رفتار حمایتی درک شده از نظر اهمیت "استفاده پرستار از تجربیات قبلی خود برای مراقبت خاص یا مرگ یکی از اعضای خانواده" بود که با نتایج مطالعه آتیا (۲۰۱۳) مطابقت دارد. در مطالعه بنازاده (۱۳۹۴) نیز مشخص شد پرستارانی که مرگ افراد فامیل یا دوستان نزدیک را تجربه کرده‌اند، نسبت به افرادی که چنین تجربه‌ای نداشتند، اهمیت رفتارهای حمایتی را بیشتر گزارش کرده‌اند. تجربه مراقبت و یا مرگ یکی از اعضای خانواده بر ارائه مراقبت پایان زندگی به بیماران در حال مرگ و خانواده آن‌ها تاثیر مثبت دارد. دیدگاه مثبت پرستاران نسبت به مراقبت پایان زندگی موجب علاقه پرستاران جهت کسب دانش و افزایش مهارت و در نتیجه درک و فهم بیشتری نسبت به رفتارهای حمایتی ارائه مراقبت پایان زندگی خواهد شد (بنازاده، ۱۳۹۴). این مطالعات با مطالعه کنونی همسو بود و این امر را تایید می‌نماید که افرادی که تجربه مراقبت از یکی از دوستان یا اعضای خانواده را داشته‌اند اهمیت رفتار حمایتی را بیشتر درک می‌کنند.

رفتار حمایتی درک شده سوم از نظر اهمیت "وجود پزشکی که در مراقبت از بیمار نسبت به نحوه مراقبت به توافق رسیده‌اند" بود. این رفتار حمایتی با مطالعه کرامپ (۲۰۱۰) و مطالعه بک‌استراند (۲۰۰۹) مطابقت دارد. تصمیم‌گیری در زمینه مراقبت پایان زندگی بر پایه مباحث و تفاهات و همکاری بین گروهی صورت می‌گیرد. بیماران و خانواده آنها نیز همکاری بین گروهی را موجب افزایش کیفیت مراقبت پایان زندگی می‌دانند. همکاری و تفاهم ضعیف بین افراد گروه مراقبت پایان زندگی موجب افزایش فرسودگی شغلی، اضطراب و افسردگی خواهد شد. اختلاف پزشکان در مورد ادامه مراقبت پایان زندگی در بخش‌های مراقبت ویژه شایع است و استرس شغلی را در پی دارد. تفاهم پزشکان بر سر این موضوع، کیفیت مراقبت پایان زندگی و محیط کاری را بهبود می‌بخشد (کورتیس و وینسنت، ۲۰۱۰). علاوه بر این، همکاری حرفه‌ای بر پایه احترام متقابل تطابق خانواده را برای کنار آمدن با موقعیت دشوار تسهیل می‌کند (لاتور، ۲۰۰۹) و رضایت خانواده، تصمیم‌گیری بالینی و سلامت روانی اعضای خانواده را بهبود می‌بخشد (آتیا، ۲۰۱۳).

کمترین رفتار حمایتی "وجود مکانی خصوصی برای سوگواری خانواده در بخش" بود. یکی از دلایلی که این رفتار حمایتی نمره پایینی به دست آورده است ممکن است این باشد که این امر در مراقبت از بیماران بدحال در ایران در نظر گرفته نشده است و عدم وجود مکانی خصوصی برای سوگواری خانواده در بخش امری عادی تلقی می‌شود، در حالی که در نظر گرفتن این موضوع سبب ارائه بهتر مراقبت پایان زندگی برای خانواده بیمار پس از فوت او خواهد شد. این یافته در مقایسه با نتایج مطالعات انجام شده توسط بک‌استراند در سال‌های ۲۰۰۸ و ۲۰۱۲ و مطالعه بنازاده (۱۳۹۴) نمره بسیار پایینی تری به دست آورد. برخلاف گذشته که بازه زمانی منتهی به مرگ، کوتاه مدت بود و بیمار واپسین روزهای زندگی‌اش را در کنار خانواده سپری می‌نمود، در دوران کنونی به واسطه پیشرفت علم پزشکی، مرگ در پروسه طولانی‌تری و در بیمارستان رخ می‌دهد و این لحظات انتهایی زندگی در تنهایی طی می‌شود (عباسی، ۲۰۱۵)، در حالی که حمایت از خانواده سوگوار در هنگام مرگ بیمار، خاطرات با ارزشی برای سال‌های متممادی در ذهن آنها بر جا می‌گذارد و پیامدهای طولانی مدت داغ‌دیدگی را کاهش می‌دهد (بنازاده، ۱۳۹۴).

## نتیجه‌گیری

از نظر پرستاران، عوامل مربوط به خانواده‌هایی که با مراقبت پایان زندگی و مسائل آن آشنا نیستند و بی‌اهمیت تلقی کردن نظرات پرستاران در امر مراقبت، از موانع مراقبت بود و استفاده از نیروی کار دارای تجربه و انگیزه، استفاده پرستار از تجربیات قبلی خود در مراقبت پایان زندگی، مشارکت دادن و اهمیت دادن به نظر پرستار در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت و درمان، حمایت پرستاران از یکدیگر در چالش‌های پیش رو در مراقبت از این بیماران و آموزش به خانواده‌ها در مورد مسائل مرگ و مردن و مراقبت‌های پایان

زندگی سبب بهبود کیفیت این مراقبت‌ها از بیماران در حال مرگ می‌گردید. پیشنهاد می‌شود مطالعه در مراکز درمانی مختلف انجام شود تا مبنایی برای مقایسه نتایج قرار گیرد و بتوان نقاط ضعف را رفع کرد. این مطالعه به درک پرستاران نسبت به مراقبت پایان زندگی پرداخت. پیشنهاد می‌شود تجارب و نظر پزشکان نیز مورد مطالعه قرار گیرد. محدودیت این مطالعه کم بودن حجم نمونه برای تعمیم دادن به کل جامعه پرستاری بود و همچنین، زمان محدود و بار کاری زیاد پرسنل پرستاری ممکن است بر دقت آنها در پاسخ دهی پرسشنامه تاثیر گذاشته باشد.

### تقدیر و تشکر

این مقاله از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب در مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی استخراج شده است. به این وسیله، از مسئولان مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی و همچنین، پرسنل بخش‌های مراقبت ویژه این مرکز به خاطر همکاری صمیمانه قدردانی می‌شود.

### منابع فارسی

- باقربان سمانه، ایرانمنش صدیقه، عباس زاده عباس. بررسی مقایسه نگرش دانشجویان پرستاری بم و کرمان در مورد مرگ و مردن. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت. ۱۳۸۹، ب، سال ۹، دوره ۱۷ و ۱۸، ۶۰-۵۴.
- باقربان سمانه، ایرانمنش صدیقه، درگاهی هلن، عباس زاده عباس. بررسی نگرش پرستاران مرکز سرطان و بیمارستان ولی عصر تهران نسبت به مراقبت از بیماران در حال مرگ. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت. ۱۳۸۹، آ، سال ۹، دوره ۱۷ و ۱۸، ۱۴-۸.
- بنازاده مرجان، عزیز زاده فروزی منصوره، ایرانمنش صدیقه، شمسی الا. بررسی اهمیت رفتارهای حمایتی ارائه مراقبت پایان زندگی به کودکان در حال مرگ از دیدگاه پرستاران. مجله پرستاری کودکان. ۱۳۹۴، دوره ۲، شماره ۱، ۵۱-۴۱.
- مردانی حموله مرجان، بریم‌نژاد لیلی، سیدفاطمی نعیمه، طهماسبی مامک. مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت در مبتلایان به سرطان از دیدگاه پرستاران: مطالعه کیفی. مجله تاریخ پزشکی. ۱۳۹۲، سال ۵، شماره ۱۷، ۱۴۱-۱۶۶.
- شهریاری محسن، گلشن علیرضا، علی محمدی نصراله، عباسی سعید. بررسی تاثیر یک برنامه مدیریت درد بر کنترل درد بیماران با کاهش سطح هوشیاری بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان الزهرا اصفهان. بیهوشی و درد. ۱۳۹۳، دوره ۵، شماره ۱، ۴۵-۳۶.
- ولینتی سینا، نگارنده رضا، دهقان نیری ناهید، ولینتی روحیار. تبیین تجربه پرستاران مراقبت ویژه از مراقبت بیماران مرحله آخر حیات: یک مطالعه کیفی. فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی. ۱۳۹۵، دوره ۱، شماره ۴، ۱۱-۲۴.

### منابع انگلیسی

- Abbasi, M., Gooshki, E.S., Movahedi, H. & Saffari, S. 2015. Spiritual Care at the End of Life: Systematic Review. *Medical Ethics Journal*, 9, 99-133.
- Aabu hasheesh, M. O., AL-sayed Aabozeid, S., Goda el-zaid, S. & A Alhujaili, A.D. 2014. Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan, 7, 384-394.
- Asadi-lari, M., MADJD, Z. & Akbari, M. E. 2012. The need for palliative care services in Iran; an introductory commentary. *Iranian Journal of Cancer Prevention*. 1, 1-4.
- Attia, A.K., Abd-Elaziz, W.W. & Kandeel, N.A. 2013. Critical care nurses' perception of barriers and supportive behaviors in end-of-life care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 30, 297-304.
- Beckstrand, R. L., Collette, J., Callister, L. & Luthy, K. E. Oncology nurses' obstacles and supportive behaviors in end-of-life care: providing vital family care. *Oncology Nursing Forum-Oncology Nursing Society*, 2012. 467.
- Beckstrand, R.L., Moore, J., Callister, L. & Bond, A. E. Oncology nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors at the end of life. *Oncology nursing forum*, 2009, 36(4), 446-453.
- Beckstrand, R.L., Rawle, N.L., Callister, L. & Mandleco, B. L. 2010. Pediatric nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *American Journal of Critical Care*. 19, 543-552.
- Beckstrand, R.L., Smith, M.D., Heaston, S. & Bond, A.E. 2008. Emergency nurses' perceptions of size, frequency, and magnitude of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *Journal of Emergency Nursing*, 34, 290-300.
- Boyd, D., Merkh, K., Rutledge, D.N. & Randall, V. Nurses' perceptions and experiences with end-of-life

- communication and care. *Oncology nursing forum*, 2011. e229-e239.
- Ciemins, E. L., Blum, L., Nunley, M., Lasher, A. & Newman, J. M. 2007. The economic and clinical impact of an inpatient palliative care consultation service: a multifaceted approach. *Journal of palliative medicine*, 10, 1347-1355.
- Crump, S. K., Schaffer, M. A. & Schulte, E. 2010. Critical care nurses' perceptions of obstacles, supports, and knowledge needed in providing quality end-of-life care. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 29, 297-306.
- Curtis, J. R. & Vincent, J.-L. 2010. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *The Lancet*, 376, 1347-1353.
- Dunbar, P. V. 2015. *Nursing Care of Terminal patients in Intensive Care Units*. Walden Dissertations and Doctoral Studies.
- Efstathiou, N. & Clifford, C. 2011. The critical care nurse's role in End-of-Life care: issues and challenges. *Nursing in critical care*, 16, 116-123.
- Ghiyasvandian, S., Abbaszadeh, A., Ghojzadeh, M. & Sheikhalipour, Z. 2009. The effect of open visiting on intensive care nurse's beliefs. *Res J Biol Sci*, 4, 64-70.
- Hansen, L., Goodell, T. T., Dehaven, J. & Smith, M. 2009. Nurses' perceptions of end-of-life care after multiple interventions for improvement. *American Journal of Critical Care*, 18, 263-271.
- LATOUR, J. M., Fulbrook, P. & Albarran, J. W. 2009. EfCCNa survey: European intensive care nurses' attitudes and beliefs towards end-of-life care. *Nursing in critical care*, 14, 110-121.
- Robichaux, C. M. & Clark, A. P. 2006. Practice of expert critical care nurses in situations of prognostic conflict at the end of life. *American Journal of Critical Care*, 15, 480-491.
- Waldrop, D. P. 2007. Caregiver Grief in Terminal Illness and Bereavement: A Mixed-Methods Study. *Health & Social Work*, 32, 197-206.
- WHO. 2015 "<http://www.who.int/country/irn/en>" [www.who.int/country/irn/en](http://www.who.int/country/irn/en). Republic Islamic of Iran.



Original Article

## Critical care nurses views about obstacles and supportive behaviors of end-of-life care

Pouya Farokhnezhad-Afshar<sup>1</sup>, Ph.D  
\* Parvin Ashkanirad<sup>2</sup>, MSc Student  
Sara Hosseini<sup>3</sup>, MD

### Abstract

**Aim.** This study aimed to evaluate the perceptions of nurses working in intensive care units about obstacles and supportive behaviors of end of life care.

**Background.** End of life care is an important part of nursing duties in intensive care units. Exploring supportive behaviors of end of life care from the perspective of nurses may lead to better understanding of supportive behaviors and obstacles of end of life care.

**Method.** This study was a descriptive cross-sectional study in which 160 staff nurses, working in intensive care units in Rajaei Cardiovascular Medical and Research Center, were recruited by random sampling in 2016. Data were collected using demographic form and the questionnaire "National Survey of Critical-Care Nurses Regarding End-of-Life Care" (NSCCNR-EOL) and analyzed in SPSS version 22 software using descriptive statistics.

**Findings.** The most important obstacle in end-of-life care was "family and friends who continually call the nurse wanting an update on the patient's". In the field of supportive care, "After the patient's death, having support staff compile all the necessary paper work for you" received the highest score.

**Conclusion.** Based on the findings, in critical care nurses views, appropriate training on end-of-life care and palliative care for staff, educating families about issues of death and dying, and the holistic care of patients and their families improve end-of-life care of dying patients.

**Keywords:** End-of-life Care, Nursing, perception, Intensive care

1 Assistant Professor, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2 Master of Science Student in Critical Care Nursing, Rajaei Cardiovascular Medical and Research Center, Tehran, Iran (\*Corresponding Author) email: ashkani.parvin@gmail.com

3 Assistant Professor of Surgery, Rajaei Cardiovascular Medical and Research Center, Tehran, Iran