

درک پرستاران از مراقبت‌های پایان حیات در بیماران مبتلا به سرطان: یک مطالعه کیفی

مهناز قلججه^۱، *نسرین رضائی^۲

چکیده

زمینه و هدف: سرطان، یکی از مهم‌ترین علل مرگ در دنیا است. بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان در انتهای زندگی در بیمارستان بستری می‌شوند و نیازمند مراقبت‌های پایان حیات هستند. درک پرستاران از مراقبت‌های پایان حیات منجر به اصلاح رفتارهای نامناسب مراقبتی و ارتقای کیفیت مراقبت از این بیماران می‌شود. این مطالعه با هدف درک پرستاران از مراقبت‌های پایان حیات در بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. روش بررسی: این مطالعه با رویکرد کیفی و به شیوه تحلیل محتوای قراردادی در سال ۱۳۹۶ انجام شد. مشارکت‌کنندگان ۱۶ پرستار شاغل در بخش های سرطان بودند که با نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. روش گردآوری داده‌ها مصاحبه‌های نیمه ساختارمند بود. تمام مصاحبه‌ها پیاده‌سازی و بازخوانی شدند و به شیوه تحلیل محتوای قراردادی مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: درک پرستاران از مراقبت‌های پایان حیات تحت عنوان طبقه اصلی مراقبت جامع نگر و سه زیر طبقه "مراقبت ارزش محور"، "مراقبت حمایت محور" و "عوامل موثر بر نحوه مراقبت" مورد شناسایی قرار گرفت. نتیجه‌گیری کلی: دید کل نگر مراقبتی پرستاران در مراقبت‌های پایان حیات که نشأت گرفته از درک آنان از مراقبت این بیماران است می‌تواند به آنها در ارائه مراقبت با کیفیت که مبتنی بر ارزش، حمایت و توأم با مراقبت پرستاری است، کمک نماید. به نظر می‌رسد این شیوه مراقبت می‌تواند احساس خوب مراقبت را برای پرستاران و مرگ آرام را برای بیماران بدنبال داشته باشد.

کلید واژه‌ها: مراقبت پایان حیات، سرطان، پرستار

تعارض منافع: ندارد

تاریخ دریافت: ۹۷/۴/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۷/۷/۲۵

۱. استادیار، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۲. استادیار، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران. (* نویسنده مسئول)

E-mail: nasrin_rezaee2005@yahoo.com ۰۹۱۵۳۴۱۱۷۰۵

مقدمه

برخی از بیماری‌ها از جمله سرطان‌ها پیش‌آگهی خوبی ندارند. تعدادی از بیماران، تشخیص سرطان را معادل مرگ می‌دانند، بیمارانی که تشخیص‌های مخاطره‌آمیزی چون سرطان برای آنان مطرح است ناگزیر به رویارویی با پدیده مرگ هستند^(۱). سرطان یکی از مهم‌ترین علل مرگ در دنیا به شمار می‌رود. سالانه ۷/۹ میلیون نفر در دنیا در اثر سرطان جان خود را از دست می‌دهند. تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۳۰ بیش از ۲۶/۴ میلیون نفر در جهان به سرطان مبتلا و ۱۷ میلیون نفر جان خود را از دست بدهند^(۲). در ایران نیز سالانه بیش از سی هزار نفر در اثر سرطان جان خود را از دست می‌دهند^(۳). بیش از ۵۲ درصد از بیماران مبتلا به سرطان در هنگام مرگ در بیمارستان بستری می‌شوند و نیازمند مراقبت پایان حیات هستند^(۴،۵). مراقبت پایان حیات به عنوان مراقبت در شرایطی است که بیماری، فرد را به سمت مرگ سوق می‌دهد^(۶). پرستار به عنوان یکی از افراد تیم درمان نقش اساسی در مراقبت از بیماران در مراحل آخر زندگی بر عهده دارد^(۷). بیماران در مرحله پایان حیات به مراقبت‌های پرستاری بیشتر از مداخلات درمانی نیاز دارند، مراقبت از بیماران در این بخش، بیشتر جنبه حمایتی دارد و متمرکز بر جسم و روان بیمار است^(۸،۹). هدف اصلی مراقبت پایان حیات در بیمار مبتلا به سرطان فراهم نمودن مرگ خوب و آرام برای بیمار و آرامش و تسلی به خانواده بیمار است^(۱۰). از دشوارترین تجارب پرستاری کمک به بیمار در جهت درک و قبول مرگ است^(۱۱). با افزایش تعداد بیماران مبتلا به سرطان مراقبت پایان حیات اهمیت زیادی پیدا می‌کند^(۱۲). این در حالی است که مطالعات اندکی بر روی درک پرستاران از رفتارهای مراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان انجام شده است که آنها نیز مختص به مراقبت پایان حیات نبوده است^(۱۳،۱۴).

مراقبت از بیماران در پایان حیات نیاز به درک عمیق از نیازهای آنها دارد^(۱۵). درک و نگرش پرستاران نسبت به

این بیماران عاملی موثر بر ارائه رفتارهای مراقبتی آنان در مرحله پایان حیات دارد^(۱۶). برخی مطالعات نشان دادند درک پرستاران از مراقبت پایان حیات منجر به ارائه مراقبت مطلوب از بیمار می‌شود^(۱۷،۱۸). و نیز شرایطی را برای بیمار فراهم می‌آورد که بتواند با موقعیت‌های محدودکننده حیات راحت‌تر کنار آمده و با احترام از این دنیا برود^(۱۹). مراقبت پایان حیات بخش جدا نشدنی از مراقبت پرستاری است اما در نظام سلامت ایران و در مراکز درمانی کمتر به این موضوع توجه شده است^(۲۰).

پرستاران بیشترین ارتباط را با بیماران در پایان حیات دارند و زمان بیشتری را جهت مراقبت از این بیماران صرف می‌کنند. همچنین آنها ارتباط نزدیکی با خانواده این بیماران دارند. تبیین درک پرستاران در زمینه مراقبت پایان حیات شاید بتواند پرستاران را به هدف اصلی مراقبت پایان حیات که همان مرگ خوب و با احترام است، برساند. از آنجا که درک پرستاران تحت تأثیر تجربیات مراقبتی آنان قرار می‌گیرد، لذا برای پی بردن به درک آنان از مراقبت پایان حیات استفاده از رویکرد تحقیق کیفی مناسب است. مطالعات اندکی در زمینه تجارب پرستاران از مراقبت پایان حیات در بیماران مبتلا به سرطان انجام شده است و مطالعه حاضر با هدف تبیین درک پرستاران از مراقبت پایان حیات در بیماران مبتلا به سرطان در شهر زاهدان انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه کیفی از روش تحلیل محتوای قراردادی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. پرستاران بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌های آموزشی شهر زاهدان به شیوه هدفمند با حداکثر تنوع از نظر سن، جنس و سابقه کار در بخش انکولوژی وارد مطالعه شدند. معیار ورود به مطالعه حداقل شش ماه کار در بخش انکولوژی بود. پژوهشگر پس از حضور در عرصه ابتدا هدف مطالعه را به مشارکت کنندگان توضیح داد. پس از رضایت شفاهی، داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختارمند جمع‌آوری شدند.

نظرات همکاران تحقیق در ارتباط با روند انجام مصاحبه ها و تحلیل داده‌ها استفاده گردید. متن مصاحبه‌ها و کدهای استخراج شده و زیر طبقات با برخی از پرستاران شرکت کننده در پژوهش و دو نفر دکترای پرستاری آشنا به تحقیق کیفی در میان گذاشته شد. در راستای تعیین قابلیت اعتماد داده‌ها در اختیار یک ناظر خارجی به عنوان محقق که هم با محیط بالین و هم با تحقیق کیفی آشنایی داشت، ولی عضو گروه تحقیق نبود، قرار گرفت و مواردی که در کدگذاری و شکل‌گیری طبقات ابهام وجود داشت، اصلاح شد. برای تعیین تأییدپذیری با قرار دادن بخش‌های مختلف طبقات در اختیار دو پژوهشگر آشنا به تحقیق کیفی و مقایسه نظرات و تفاسیر آنها که توافق زیادی را نشان می‌داد، مورد تأیید قرار گرفت. به منظور تعیین انتقال‌پذیری محقق مراحل و روند تحقیق را به طور دقیق ثبت و گزارش نمود تا امکان پیگیری برای دیگران فراهم شود و به علاوه سعی شد نقل قول مشارکت کنندگان ارائه شود.

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با کد IR.ZAUMS.REC. ۱۳۹۶،۹۹ به ثبت رسید. ملاحظات اخلاقی شامل کسب رضایت آگاهانه شفاهی، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و آزاد بودن در شرکت یا شرکت نکردن در هر مرحله‌ای از مطالعه، بود.

یافته‌ها

مشارکت کنندگان این مطالعه ۱۶ کارشناس پرستاری بودند که حداقل ۲۳ و حداکثر ۴۲ سال سن داشتند. سابقه کار آنان ۱۵-۳ سال بود. ۱۰ نفر متأهل و شش نفر مجرد بودند. مراقبت جامع نگر به عنوان طبقه اصلی و سه زیر طبقه "مراقبت ارزش محور"، "مراقبت حمایت محور" و "عوامل مؤثر بر نحوه مراقبت" مورد شناسایی قرار گرفتند (جدول شماره ۱).

محل مصاحبه با نظر مشارکت کنندگان مشخص شد. داده ها از تیر ۱۳۹۶ تا اسفند ماه ۱۳۹۶ جمع آوری شدند. نمونه‌ای از سئوالات راهنمای مصاحبه عبارت بودند از: درک شما از مراقبت پایان عمر بیماران مبتلا به سرطان چیست؟، مراقبت از این بیماران چه تفاوتی با مراقبت از سایر بیماران دارد؟، چه شرایطی باید جهت ارائه مراقبت پایان عمر برای شما فراهم گردد؟، نمونه‌ای از تجربه خودتان را در باره ارائه مراقبت پایان عمر از بیمار و خانواده‌اش را بیان نمایید؟. به علاوه بر اساس نیاز در حین مصاحبه‌ها از سئوالات اکتشافی از قبیل منظور شما چیست؟، لطفاً بیشتر توضیح دهید؟ با ذکر مثال منظورتان را بیان کنید، ادامه یافت. در نهایت ۱۶ مصاحبه انجام شد. از تمامی مشارکت کنندگان یکبار مصاحبه انجام شد. زمان مصاحبه‌ها ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود.

هر مصاحبه ضبط شده، کلمه به کلمه تایپ و چندین مرتبه بازخوانی شد. سپس تحلیل با کدگذاری آغاز شد. به این صورت که در ابتدا هر مصاحبه برای کسب درک اولیه به دقت خوانده، زیر بیانات مهم آن خط کشیده شد و به صورت کدهایی اولیه ثبت گردید. برای نام‌گذاری کدهای اولیه از کلمات مشارکت کنندگان و برداشت پژوهشگر از گفته‌های مشارکت کنندگان استفاده گردید. سپس کدها بازخوانی شدند تا بر اساس تشابه معنایی در زیر طبقات و طبقات اصلی جایگزین شوند. تحلیل داده ها، همزمان و به طور مستمر با جمع آوری اطلاعات انجام شد. جمع آوری داده‌ها تا زمان اشباع یعنی تا زمانی که داده‌های جمع آوری شده تکرار داده‌های قبلی بود و کد و طبقه جدیدی بدست نیامد، ادامه یافت.

در این مطالع جهت استحکام مطالعه از نظر باورپذیری، اعتمادپذیری، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری معیارهای لینکلن و گوبا استفاده شد^(۲۱). به منظور تعیین باور پذیری، درگیری مداوم با موضوع و داده‌ها وجود داشت و از

جدول شماره ۱: طبقه اصلی، زیر طبقات و کدهای هدایت کننده

کدهای هدایت کننده	زیر طبقات	طبقه اصلی
مراقبت و باورهای فرهنگی و مذهبی کمک به پذیرش وضعیت موجود توجه به خواسته و نیازهای بیمار ارتباط توأم با حضور در کنار بیمار توجه به کرامت انسانی	مراقبت ارزش محور	مراقبت جامع نگر
کمک به خانواده در بازیابی نقش مراقبتی حمایت از خانواده	مراقبت حمایت محور	
ویژگی‌های فردی پرستار ویژگی‌های حرفه‌ای پرستار	عوامل مؤثر بر نحوه مراقبت	

۱. مراقبت ارزش محور

پرستاران در تجارب خود، ارزش‌های نهادینه شده بیماران پایان حیات را چنین درک نمودند، که هر بیمار مجموعه‌ای از ارزش‌ها و اعتقادات را وارد فرایند مراقبت می‌کند. این ارزش‌ها و اعتقادات، غالباً ماهیت فرهنگی و مذهبی دارند. اعتقاد قوی به ارزش‌ها و باورها می‌تواند فرایند مراقبت و چگونگی پاسخ بیمار به مراقبت را شکل دهند. لذا پرستاران مشارکت کننده چنین درک نمودند که مراقبت و خدماتی را که در پایان حیات به بیمار ارائه می‌دهند باید بر اساس فرهنگ و باورهای مذهبی بیمار، خواسته‌های بیمار و حضور در کنار بیمار باشد. علاوه بر این توجه به شان و کرامت انسانی نیز مورد توجه قرار گیرد. چنین مراقبتی رضایت و راحتی بیمار را در پایان حیات به همراه دارد.

۱-۱. مراقبت و باورهای فرهنگی و مذهبی

یکی از سر پرستاران با تجربه ۱۰ سال کار بالینی و سه سال تجربه مدیریتی در رابطه با ارزش‌های فرهنگی تجربه خویش را چنین بیان نمود: "در مراقبت از بیمار باورها و رفتارهای فرهنگی او را در نظر می‌گیرم. مثلاً بیمار در پایان حیات می‌خواهد وصیت نامه بنویسد یا حلالیت از دوستان و خانواده‌اش بخواهد، من این فرصت را برای بیمار فراهم می‌کنم." (پرستار ۵).

یکی از پرستاران بالینی با تجربه چهار سال در بخش و دو سال در بخش جراحی که خود نیز به تازگی مرگ یکی از

نزدیکان را تجربه نموده بود چنین بیان نمود: "به اعتقادات و باورهای مذهبی بیمار احترام می‌گذارم، کمک می‌کنم تا بتواند نماز بخواند و یا دعا کند. یک بیمار داشتم بدون کمک نمی‌توانست نماز بخواند، بهش کمک می‌کردم تا نمازش رو بخونه. این کار از هر دارو درمانی برای بیمار ضروری‌تر است این کار باعث شد بیمارم آرام شود." (پرستار ۲)

۱-۲. کمک به پذیرش وضعیت موجود

تجارب پرستاران نشان داد که آنان باید بیمار را در مراحل پایان حیات درک کنند و به او در پذیرش مرگ و سازگاری با شرایط کمک نمایند. یکی از پرستاران بالینی که به مدت شش سال در بخش انکولوژی مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان را بر عهده داشته درک خود را در رابطه با کمک به پذیرش مرگ از سوی بیمار چنین بیان کرد: "بعضی از بیماران حالت تهاجمی پیدا می‌کنند نمی‌گذارند دارو درمانی را انجام بدهیم، بیمار می‌گوید من که دارم می‌میرم چرا دارو می‌دین چرا آزمایش می‌گیرین. با او صحبت می‌کنم به او می‌گویم تو الان اینجا هستی می‌توانی خواسته‌ها را بگی اما در کنار تو آدم‌های سالمی هستند که ممکنه دچار مرگ ناگهانی مثل تصادف بشوند. اما شما شانس بیشتری برای زنده ماندن داری، شما ممکنه تا شش ماه زنده باشی این زمان فرصتی است که بتونی از آن هر طور می‌خواهی استفاده کنی" (پرستار ۴)

یکی از پرستاران با سابقه کار در بخش مراقبت ویژه و انکولوژی تجربه خود را چنین بازگو نمود: "به بیمار میگم که تو باید در کنار بیماری به زندگی عادی هم ادامه بدهی برای بیمار مثال می‌زنم که در همین بخش پرستاری کار می‌کند که مبتلا به کانسر سینه است، اون هم کار می‌کنه و هم زندگی خودش را ادامه می‌دهد" (پرستار ۱۶)

۳-۱. توجه به خواسته‌ها و نیازهای بیمار

پرستاران مشارکت کننده، به رفع نیازهای بیماران در پایان حیات اشاره داشتند. آنان چنین درک کرده بودند که هدف از مراقبت‌های پایان زندگی توجه به نیازهای جسمی، معنوی و عاطفی بیماران در این مرحله است. کیفیت مراقبت پرستاری زمانی ارتقا می‌یابد که پرستاران نسبت به نیازهای بیماران در محدوده وظایف مراقبتی خود احساس مسئولیت داشته باشند به طوری که بیمار پس از ارائه این اقدامات احساس راحتی و آسایش نماید.

یکی از پرستاران بالینی با سابقه هفت سال در بخش انکولوژی، تجربه خود را چنین بازگو نمود: "اگه بیمار درد شدید داشته باشد اولین کاری که در مراقبت برای من اولویت داره کاهش درد بیمار است، سریعاً در این مورد اقدام می‌کنم بیمار در لحظات پایانی حیات نباید درد جسمانی رو تحمل کنه وقتی درد بیمار برطرف بشه احساس راحتی می‌کنه." (پرستار ۱۱)

یکی دیگر از پرستاران مشارکت کننده چنین اعتقاد داشت که بیماران در پایان حیات بیش از هر زمان دیگر نیازمند حمایت روانی هستند. "من اینو درک کردم که در مرحله پایان عمر بیمار به دلیل اضطراب و ترس از مرگ شدیداً وابسته می‌شود و از تنهایی می‌ترسند. در این زمان کنارش می‌نشینم با او شروع به صحبت می‌کنم، ادامه صحبت رو به بیمار واگذار می‌کنم تا در مورد احساساتش صحبت کند." (پرستار ۱۲)

یکی از پرستاران که از ابتدا کار حرفه‌اش را در بخش انکولوژی شروع کرده بود، چنین گفت: "اولین روزهای کارم بعد از فارغ التحصیلی بود خانمی ۲۸ ساله با تشخیص سرطان خون در بخش بستری بود، او در

لحظات پایان حیات بود از من خواست که دختر سه ساله‌اش رو ببینه و با دخترش خداحافظی کنه ولی من توجه نکردم اون در پایان شیفت فوت کرد و دخترش رو ندید. همیشه این تجربه تلخ برام تداعی میشه میگم کاش می‌شد و زمان به عقب بر می‌گشت و من به خواسته بیمار توجه می‌کردم." (پرستار ۸)

۴-۱. ارتباط توأم با حضور در کنار بیمار

تجارب پرستاران مشارکت کننده نشان داد که برقراری ارتباط در هنگام مراقبت پایان حیات بسیار با اهمیت است. درک آنان از ارتباط چنین بود که در حین انجام اقدامات پرستاری، بر قراری ارتباط جنبه‌ای از مراقبت است.

یکی از پرستاران بخش انکولوژی درباره درک خود در ارتباط با بیمار چنین گفت: "سعی می‌کنم وقت بیشتری را با بیمار بگذرانم. گاهی اوقات کنارش می‌نشینم و باهاش صحبت می‌کنم بعد بیمار شروع به صحبت می‌کنه با من درد دل می‌کنه و احساساتش را بیان می‌کنه." (پرستار ۱۵)

پرستار دیگری که در بخش انکولوژی کار می‌کرد، گفت: "برقراری ارتباط بسیار مهمه این بیماران گاهی افسرده‌اند و گاهی پرخاشگر. شرایط رو برای صحبت فراهم می‌کنم مثلاً وقتی که دارو می‌دهم سریع از اتاق بیمار خارج نمی‌شم شروع کننده صحبت هستم ولی ادامه صحبت رو به بیمار واگذار می‌کنم." (پرستار ۱۴)

۵-۱. توجه به کرامت انسانی

پرستاران در تجارب خود به تلاش برای مرگ با کرامت و حفظ شأن بیمار اشاره کردند. یکی از پرستاران در این مورد گفت: "هیچوقت فراموش نمی‌کنم پزشک به همراه بیمار گفته بود مگه مادرتان چقدر می‌خواد عمر کنه. از این جمله هم بیمار و هم خانواده اون بسیار ناراحت شدند اون اصلاً فکر نکرده بود اون بیمار برای خانواده قابل احترامه." (پرستار ۱۳)

۲. مراقبت حمایت محور

مراقبت حمایت محور شامل دو زیر طبقه «کمک به خانواده در بازیابی نقش مراقبتی» و «حمایت از خانواده» بود. پرستاران مشارکت کننده چنین درکی داشتند که از مسئولیت‌های پرستاران در مراقبت از این بیماران توجه به خانواده آنها است. پرستار تنها شاهدی است که هم درد بیمار را و هم زجر خانواده را می‌بیند. لذا او باید علاوه بر مراقبت از بیمار به نیازهای خانواده و توانایی‌های نقش‌آنان نیز توجه داشته باشد.

۲-۱. کمک به خانواده در بازیابی نقش مراقبتی

یکی از پرستاران که سابقه کار در بخش انکولوژی اطفال را نیز داشت درباره تجربه خودش در رابطه با حضور خانواده بر بالین بیمار گفت: «قانون و مقررات بخش و بیمارستان اجازه حضور همراه را در این بخش نمی‌دهند ولی من وقتی می‌بینم بیمار در انتهای زندگی است شرایطی رو فراهم می‌کنم و به یکی از اعضاء خانواده اجازه می‌دهم کنار بیمار بمونه برخی کارهای بیمار مثل تعویض لباس و تغییر پوزیشن را برای بیمارش انجام بدهد.» (پرستار ۱۴)

پرستار دیگری در رابطه با مشارکت و سهیم نمودن خانواده در امر مراقبت از بیمار چنین گفت: «پروسیج‌های ساده را به خانواده بیمار آموزش می‌دهم تا برای بیمار انجام بدهند. با این کار سعی می‌کنم آنها را در مراقبت از بیمار سهیم کنم. آنها احساس خوبی دارند از اینکه برای بیمار در آخر زندگی می‌توانند کاری انجام بدهند.» (پرستار ۱۶)

یکی دیگر از پرستاران مشارکت کننده گفت: «بیمار شرایطی دارد که خودش نمی‌تواند تصمیم بگیرد به نظر من خانواده صدای بیمار است. پس خانواده رو باید در تصمیم‌گیری برای بیمار مشارکت دهیم.» (پرستار ۵)

۲-۲. حمایت از خانواده

پرستاران مشارکت کننده در مصاحبه‌های خود به حمایت خانواده بعد از مرگ بیمار اشاره نمودند. یکی از پرستاران در زمینه حمایت از خانواده بعد از مرگ بیمار گفت:

«وقتی بیمار فوت می‌کند من خانواده او را از بخش بیرون نمی‌کنم. اکثراً دوست دارند مدتی با بیمار تنها باشند. پرده اتاق بیمار را می‌کشم، خودم از اتاق خارج میشم درب اتاق رو می‌بندم. سعی می‌کنم سکوت در بخش برقرار کنم.» (پرستار ۱)

پرستار دیگری در رابطه با همدردی با خانواده بیمار بعد از مرگ تجربه خویش را چنین بیان کرد: «باهشون همدردی می‌کنم میگم من شاهد درد کشیدن شما و بیمارتان بودم و در کنارتان هستم.» (پرستار ۶)

۳. عوامل مؤثر بر نحوه مراقبت

یکی دیگر از تجارب پرستاران بخش‌های انکولوژی، مبتنی بر عوامل مؤثر بر نحوه مراقبت بود. این عوامل در بردارنده ویژگی‌های فردی (همچون خشرویی و صبوری) و ویژگی‌های حرفه‌ای (همچون توانایی حرفه‌ای مراقبت از بیمار پایان حیات) پرستار بود. این خصوصیات می‌توانند مستقیماً بر روی نحوه مراقبت از بیمار پایان حیات تأثیر گذار باشد.

۳-۱. ویژگی‌های فردی پرستار

یکی از پرستاران چنین گفت: «با لبخند و خوشرویی وارد اتاق بیمار میشم. بیمار ممکن است افسرده باشه، عصبانی باشه، در هر شرایط دیگری اما من سعی می‌کنم مهربان و خوشرو باشم.» (پرستار ۹)

پرستار دیگری گفت: «بیمار بهم می‌گه درد دارم می‌فهمی درد یعنی چی؟. خیلی از بیماران این جمله رو میگن. با این وجود پرستار باید صبور باشد. بیمار با شرایطی که داره کم صبر و شکننده است صبوری خودم را حفظ می‌کنم و اجازه می‌دهم بیمار هر چه دلش می‌خواهد بگوید.» (پرستار ۲)

۳-۲. ویژگی‌های حرفه‌ای پرستار

پرستاران به توانایی حرفه‌ای در مراقبت پایان حیات اشاره کردند. یکی از پرستاران طرحتی چنین گفت: «در مراقبت پایان زندگی باید مهارت و توانایی لازم رو داشت و از تجربه دیگران هم استفاده کرد. من تازه شروع به کار داده

بودم و مهارت لازم را نداشتم وقتی اولین بار در شروع کارم بیمار بدحال شد خیلی استرس داشتم. دوست داشتم زودتر زمان بگذرد همکاران اون روز خیلی به من کمک کردند. بعد از آن سعی کردم از تجربه حرفه‌ای همکاران بیشتر استفاده کنم." (پرستار ۷)

یکی از سر پرستاران چنین گفت: "پرستاران بخش‌های انکولوژی باید مهارت کافی داشته باشند، پرستار تازه کار را ابتدا در شیفت صبح می‌گذارم، سعی می‌کنم او را با بخش و ویژگی‌های بیماران بستری آشنا کنم. کارش را نظارت می‌کنم، کار با تجهیزات بخش را آموزش می‌دهم، شرایطی بوجود می‌آورم که که اطلاعاتش را به روز کنه. در صورت نیاز تو شیفت‌های دیگه با یک پرستار با تجربه می‌ذارمش." (پرستار ۵)

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، درک پرستاران از مراقبت پایان حیات در بیماران مبتلا به سرطان، تبیین شد. از تحلیل داده‌های یک طبقه اصلی مراقبت جامع نگر و سه زیر طبقه مراقبت ارزش محور، مراقبت حمایت محور و عوامل مؤثر بر نحوه مراقبت استخراج گردید. در واقع تمامی تلاش‌های مراقبتی در جهت مراقبت کل نگر بود.

بیمار در مراحل پایان حیات بیش از اینکه نیاز به دارو درمانی داشته باشد، نیاز به نگاه و مراقبت‌های انسانی دارد. مراقبت‌های انسان گرایانه، رویکردی کل نگر و متمرکز بر همه جنبه‌های وجودی بیمار است^(۲۲).

Hackett در مطالعه خود در کشور انگلستان مراقبت کل نگر را برای بیماران پایان حیات ضروری دانست^(۲۳).

Thorenton در مطالعه خود اذعان داشت که مراقبت کل نگر در پایان حیات مرگ مطلوب را به دنبال دارد^(۲۴).

با این وجود فراهم نمودن مراقبت کل نگر، بنا به نتایج مطالعه قلجه و همکاران در بخش‌های انکولوژی در ایران با چالش همراه است^(۲۵). همچنان که رفیعی در مطالعه خود نشان داد که پرستاران در ایران به مراقبت روتین محور عادت کرده‌اند و فقط بر وظایف اصلی تمرکز می

نمایند و وظایفی را که در قبال انجام ندادن آن مؤاخذه نمی‌شوند از انجام آن خودداری می‌کنند^(۲۶). هر چند به نظر می‌رسید مراقبت غالب از بیماران پایان حیات مراقبت روتین محور باشد اما یافته‌ها نشان داد در مراقبت از این بیماران نگاه انسان گرایانه دارای جایگاه ویژه‌ای است.

در پژوهش حاضر پرستاران در تجارب خود به مراقبت ارزش محور معتقد بودند. درک آنان این بود، که هر بیمار با مجموعه‌ای از ارزش‌ها وارد فرایند مراقبت می‌شود. پرستاران در مراقبت پایان حیات باید به ارزش‌های فرهنگی و مذهبی، خواسته، نیازهای بیماران و نیز کرامت انسانی توجه کنند. همچنان که یافته‌های مطالعه Dong و همکاران در چین و مطالعه مروری Lopez و همکاران نشان داد که در مراقبت پایان حیات باید ارزش‌های بیمار در نظر گرفته شود^(۲۷،۲۸). اعتقاد به ارزش‌ها و باورها می‌تواند فرایند مراقبت و چگونگی پاسخ بیمار به مراقبت را شکل دهد، چنین مراقبتی رضایت و مرگ مطلوب را به دنبال دارد که هدف اصلی مراقبت پایان حیات است.

یکی دیگر از زیر طبقات، مراقبت حمایت محور بود. این مراقبت، به خانواده در بازیابی نقش مراقبتی و حمایت از خانواده توجه دارد. تجربیات پرستاران نشان داد اگر مبنا بر این باشد که مراقبت‌های پرستاری پایان حیات به طور جامع و با کیفیت ارائه شود، نه تنها خود بیماران، بلکه خانواده آنان نیز باید مورد حمایت قرار گیرند. در حقیقت در مراقبت پایان حیات اعضای خانواده بیمار به پرستاران نیازمند هستند و پرستاران هرگز نمی‌توانند خود را در قبال حمایت از اعضای خانواده این بیماران در طی تجربه تلخ و فراموش نشدنی بستری شدن وابستگان‌شان یا مرگ آنها مسئول ندانند^(۲۹). نتایج مطالعه Dong در چین و Harris در امریکا نشان داد خانواده در مراقبت از بیمار در پایان حیات نقش مهمی ایفا می‌کنند^(۳۰،۳۱). علاوه بر این مطالعه Zhang و همکاران در چین نشان داد که بیشتر خانواده‌ها در هنگام مرگ بستگان‌شان نیازمند حمایت هستند^(۳۱). حیدری و همکاران در مطالعه خود به نقش حضور خانواده در هنگام مرگ بیمار تأکید

نیازهای بیماران و ارائه بهتر مراقبت‌های پرستاری دارند^(۳۹). به نظر می‌رسد ویژگی‌های شخصی پرستار از مؤلفه‌های بسیار مهم در امر مراقبت از بیمار است.

در مطالعه حاضر، درک پرستاران از مراقبت پایان حیات در بیماران مبتلا به سرطان، تبیین شد. مراقبت ارزش محور، مراقبت حمایت محور و عوامل مؤثر بر نحوه مراقبت همراه با هم منجر به مراقبت جامع نگر می‌شوند. در واقع تمامی تلاش‌های مراقبتی پرستاران در جهت مراقبت کل نگر بود. بیمار در مراحل پایان حیات نیاز به مراقبت‌های انسانی دارد. مراقبت‌های انسان‌گرایانه، رویکردی کل نگر و متمرکز بر همه جنبه‌های وجودی بیمار می‌باشد. دید کل نگر مراقبتی پرستاران می‌تواند به آنها در ارائه مراقبت با کیفیت که مبتنی بر ارزش، حمایت و توأم با مراقبت پرستاری است، کمک نماید. به نظر می‌رسد این شیوه مراقبت می‌تواند احساس خوب مراقبت را در پرستاران و مرگ خوب را برای بیماران بدنال داشته باشد. پیشنهاد می‌شود پرستاران بخش‌های انکولوژی که مراقبت بیماران پایان حیات را بر عهده دارند از طریق بحث‌های گروهی تجارب مراقبت از این بیماران را با همکاران بخش‌های انکولوژی به اشتراک بگذارند، زیرا انتقال تجارب، به سایر پرستاران نیز دید گاه کل نگر خواهد داد.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافی وجود نداشته است.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از مرکز تحقیقات پرستاری جامعه و معاونت تحقیقات فناوری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان که با تصویب این طرح، زمینه انجام این مطالعه را فراهم آوردند نهایت تشکر را می‌نمایم. همچنین از پرستاران مشارکت کننده در این پژوهش که با ما همکاری نمودند سپاسگزاریم.

نمودند^(۳۲). حضور خانواده بر بالین بیمار در هنگام مرگ منجر به رضایت آنان می‌شود^(۳۳). نتایج مطالعه Efstathiou و همکاران در انگلستان نیز نشان داد مراقبت مبتنی بر خانواده تشریک مساعی و حمایت را افزایش می‌دهد^(۳۴). به طور کلی نتایج مطالعات نشان می‌دهند حضور خانواده در هنگام مرگ بیمار امری قابل قبول است و نه تنها برای بیمار بلکه برای خانواده بیمار هم آرامش به همراه دارد.

پرستاران بخش‌های انکولوژی اولین حلقه اتصال با خانواده بیمار پایان حیات می‌باشند و اولین کسانی هستند که با اندوه و ناراحتی خانواده مواجه می‌شوند، بنابراین حمایت از خانواده این بیماران یک وظیفه حرفه‌ای در امر مراقبت پایان حیات است. اما مطالعات نشان می‌دهند پرستاران به چگونگی انجام وظیفه خود در قبال خانواده بیماران کمتر توجه می‌کنند همچنین پرستاران بخش‌های ویژه از مراقبت خانواده محور استقبال نمی‌کنند^(۳۵،۳۶). در واقع در مراقبت حمایت محور هر چند حمایت خانواده مطرح است اما چون در پروتکل مراقبت از فرد بیمار بطور واضح وجود ندارد، به آن توجهی نمی‌شود.

یکی دیگر از زیر طبقات عوامل مؤثر بر نحوه مراقبت بود. مشارکت‌کنندگان در تجربیات خود بیان کردند که خصوصیات فردی و حرفه‌ای پرستار روی کیفیت مراقبت پایان حیات مؤثر است. یافته‌های مطالعه الهیاری و همکاران نشان داد که پرستاران با برخورداری از ویژگی فردی همچون صبوری، نسبت به حرفه خود تعهد بیشتری نشان می‌دهند، به طوری که از لحاظ کمی و کیفی وظایف حرفه‌ای خویش را به نحو مطلوب‌تری انجام می‌دهند^(۳۷). Duffy & McEvoy در کشور ایرلند در مطالعه خود به اهمیت ویژگی‌های فردی متناسب با حرفه تأکید داشتند و آن را لازمه و پیش نیاز ارائه مراقبت کل نگر در پرستاران عنوان کردند^(۳۸). یافته های Kaya و همکاران در ترکیه نشان داد که پرستاران با برخورداری از ویژگی‌های فردی، اجتماعی و عاطفی دارای نشاط حرفه‌ای بوده و توانایی بیش‌تری در شناسایی

فهرست منابع

1. Emanuel EJ, Fairclough DL, Wolfe P, Emanuel LL. Talking with terminally ill patients and their caregivers about death, dying, and bereavement: is it stressful? Is it helpful? *Arch Intern Med.* 2004;164(18):1999-2004.
2. Karami K, Cheraghi M, Amori N, Pedram M, Sobhani A. Common cancers in Khuzestan province, south west of Iran, during 2005-2011. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP.* 2014;15(21):9475-8.
3. Amoori N, Mirzaei M, Cheraghi M. Incidence of cancers in Kuzestan province of iran: trend from 2004 to 2008. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(19):8345-9.
4. Blomberg K, Sahlberg-Blom E. Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *J Clin Nurs.* 2007;16(2):244-54.
5. Witkamp FE, van Zuylen L, Van der Maas PJ, Van Dijk H, Van der Rijt CC, Van der Heide A. Improving the quality of palliative and terminal care in the hospital by a network of palliative care nurse champions: the study protocol of the PalTeC-H project. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(1):115.
6. Lorenz KA, Lynn J, Morton SC, Dy SM, Shugarman LM, Wilkinson A, et al. Methodological approaches for a systematic review of end-of-life care. *J Palliat Med.* 2005;8(supplement 1):s-4-s-11.
7. Browall M, Hensch I, Melin-Johansson C, Strang S, Danielson E. Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. *Eur J Oncol Nurs.* 2014;18(6):636-44.
8. Fairbrother CA, Paice JA. Life's final journey: the oncology nurse's role. *Clin J Oncol Nurs.* 2005;9(5):575-9.
9. Karlou C, Papathanassoglou E, Patiraki E. Caring behaviours in cancer care in Greece. Comparison of patients', their caregivers' and nurses' perceptions. *Eur J Oncol Nurs.* 2015;19(3):244-50.
10. Beckstrand RL, Callister LC, Kirchhoff KT. Providing a "good death": critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *Am J Crit Care.* 2006;15(1):38-45.
11. Iranmanesh S, Axelsson K, Häggström T, Sävenstedt S. Caring for dying people: attitudes among Iranian and Swedish nursing students. *Indian J Palliat Care.* 2010;16(3):147.
12. Cowin LS, Johnson M. Many paths lead to nursing: factors influencing students' perceptions of nursing. *Int Nurs Rev.* 2011;58(4):413-9.
13. Zamanzadeh V, Azimzadeh R, Rahmani A, Valizadeh L. Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *BMC Nurs.* 2010;9(1):10.
14. Christopher KA, Hegedus K. Oncology patients' and oncology nurses' perceptions of nurse caring behaviours. *Eur J Oncol Nurs.* 2000;4(4):196-204.
15. Mårtensson G, Carlsson M, Lampic C, editors. Do oncology nurses provide more care to patients with high levels of emotional distress? *Oncol Nurs Forum;* 2010;37(1):34-42.
16. Wang L, Li C, Zhang Q, Li Y. Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China. *Int J Palliat Nurs.* 2018;24(1):33-9.
17. Hansen L, Goodell TT, DeHaven J, Smith M. Nurses' perceptions of end-of-life care after multiple interventions for improvement. *Am J Crit Care.* 2009;18(3):263-71.
18. Hebert K, Moore H, Rooney J. The nurse advocate in end-of-life care. *The Ochsner Journal.* 2011;11(4):325-9.
19. Beckstrand RL, Collette J, Callister L, Luthy KE, editors. Oncology nurses' obstacles and supportive behaviors in end-of-life care: providing vital family care. *Oncol Nurs Forum;* 2012; 39(5).
20. Iranmanesh S, Sävenstedt S, Abbaszadeh A. Student nurses' attitudes towards death and dying in south-east Iran. *Int J Palliat Nurs.* 2008;14(5):214-9.
21. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008;62(1):107-15.
22. Grace PJ, Perry DJ. Philosophical inquiry and the goals of nursing: a critical approach for disciplinary knowledge development and action. *Advances in Nursing Science.* 2013;36(2):64-79.
23. Hackett J. The Importance of Holistic Care at the End of Life. *Ulster Med J.* 2017;86(2):143.
24. Thornton L. The importance of holistic nursing in end-of-life care. *Beginnings.* 2012;32(2):18-9.

25. Ghaljeh M, Iranmanesh S, Nayeri ND, Tirgari B. Organizational Challenges: A Major Obstacle at End of Life Care in Iran. *BJMMR*. 2016; 16(7): 1-12. [Persian]
26. Rafii F, Hajinezhad ME, Haghani H. Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Aust J Adv Nurs*. 2008;26(2):75-84.
27. Dong F, Zheng R, Chen X, Wang Y, Zhou H, Sun R. Caring for dying cancer patients in the Chinese cultural context: A qualitative study from the perspectives of physicians and nurses. *Eur J Oncol Nurs*. 2016;21:189-96.
28. López-Sierra HE, Rodríguez-Sánchez J. The supportive roles of religion and spirituality in end-of-life and palliative care of patients with cancer in a culturally diverse context: a literature review. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2015;9(1):87-95.
29. El-Masri MM, Fox-Wasylyshyn SM. Nurses' roles with families: perceptions of ICU nurses. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23(1):43-50.
30. Wright AA, Keating NL, Ayanian JZ, Chrischilles EA, Kahn KL, Ritchie CS, et al. Family perspectives on aggressive cancer care near the end of life. *JAMA*. 2016;315(3):284-92.
31. Zheng R-S, Guo Q-H, Dong F-Q, Owens RG. Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):288-96.
32. Heidari MR, Anoosheh M, Azad Armaki T, Mohammadi E. Nurses experiences in the care of end stage patients. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2011;4(6):75-86. [Persian]
33. Jerulf M, Regehr C, Popova SR, Baker AJ. Family perceptions of end-of-life care in an urban ICU. *Dynamics*. 2005;16(3).
34. Efstathiou N, Clifford C. The critical care nurse's role in End-of-Life care: issues and challenges. *Nurs Crit Care*. 2011;16(3):116-23.
35. Yin King Lee L, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs*. 2003;12(4):490-500.
36. Petersen MF, Cohen J, Parsons V. Family-centered care: do we practice what we preach? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33(4):421-7.
37. Allahyari Bayatiani F, Fayazi S, Jahani S, Saki Malehi A. The relationship between the personality characteristics and the professional values among nurses affiliated to Ahwaz University of Medical Sciences in 2014. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015;14(5):367-78. [Persian]
38. McEvoy L, Duffy A. Holistic practice—a concept analysis. *Nurse Educ Pract*. 2008;8(6):412-9.
39. Kaya N, Aşti T, Turan N, Karabay B, Emir E. The feelings of guilt and shame experienced by Nursing and Midwifery students. *Nurse Educ Today*. 2012;32(6):630-5.

Experiences of Nurses about End-of-life Care for Cancer Patients in Iran: A Qualitative Study

Mahnaz Ghaljeh¹, *Nasrin Rezaee²

Abstract

Background & Aims: Cancer is an important cause of mortality worldwide. Many cancer patients are hospitalized at the end of their life, requiring end-of-life care. The perception of nurses toward end-of-life care could correct inappropriate care behaviors and enhance the quality of care. The present study aimed to assess the understanding of nurses regarding the end-of-life care of cancer patients.

Materials & Methods: This qualitative study was conducted using the conventional content analysis method in 2017. Sample size included 16 nurses employed in oncology wards, who were selected via purposive sampling. Data were collected via semi-structured interviews. All the interviews were transcribed and reviewed, and data analysis was performed using content analysis.

Results: The nurses perceived end-of-life care as the main category of 'comprehensive care' and three subcategories of 'value-based care', 'support-based care', and factors in care'.

Conclusion: According to the results, the comprehensive perception of the nurses toward end-of-life care, which arises from their perception toward the care of these patients, could help them provide high-quality care that is value-based, nursing-based, and support-based. Such care services seem to bring about a sense of proper care provision for the nurses, as well as peaceful death for the patients.

Keywords: End-of-life care, Cancer, Nurse

Conflict of Interest: No

How to Cite: Ghaljeh M, Rezaee N. Experiences of Nurses about End-of-life Care for Cancer Patients in Iran: A Qualitative Study. *Iran Journal of Nursing*. 2018; 31(114):65-75.

Received: 18 Jul 2018

Accepted: 17 Oct 2018

¹. Assistant Professor, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

² Assistant Professor, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.
(*Corresponding author) Tel: 09153411705 Email: nasrin_rezaee2005@yahoo.com