

## واکنش‌های اولیه پرستاران تازه کار در مواجهه با مرگ بیماران

زهرا وحدانی‌نیا<sup>۱</sup>، احمد نصیری<sup>۲</sup>، زهرا زینلی<sup>۳</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** مرگ بیماران ماهیتی گریزناپذیر در حرفه پرستاری محسوب می‌شود و در این میان، پرستاران در سال‌های اول ورود به این حرفه از آسیب‌پذیری بیشتری در مقابل مرگ بیماران برخوردار هستند. بنابراین، شناخت واکنش‌های پرستاران پس از مرگ بیمار، می‌تواند منجر به درک بیشتر این پدیده و دستیابی به راه‌های کاهش آسیب‌های ناشی از آن در پرستاران جوان گردد. هدف از انجام مطالعه حاضر، تبیین، توصیف و توضیح واکنش‌های اولیه پرستاران تازه کار هنگام مواجهه با مرگ بیماران بود.

**روش:** این مطالعه بر روی ۱۲ پرستار که به صورت هدفمند از بیمارستان‌های شهر بیرجند انتخاب شده بودند، انجام شد. جهت تحلیل داده‌ها از شیوه تحلیل محتوای کیفی به روش Graneheim و Lundman استفاده گردید.

**یافته‌ها:** چهار مضمون استخراج شده از پژوهش عبارت از «آشفته‌گی احساس، احساس غمگینی ناشی از حس نوع‌دوستی، احساس استیصال و احساس تقصیر و کوتاهی» بود. در مضمون آشفته‌گی احساس زیرمضامین «گیجی و سردرگمی، ترس، استرس، احساس سرخوردگی، شرم و نگرانی»، در مضمون احساس غمگینی ناشی از حس نوع‌دوستی زیرمضامین «گریه، ناراحتی و غم و اندوه»، در مضمون احساس استیصال زیرمضامین «احساس خستگی، احساس تهی شدن قوای بدن و عدم کفایت» و در مضمون احساس تقصیر و کوتاهی نیز زیر مضامین «سرزنش کردن خود، عذاب وجدان، شرمندگی، ناامیدی و بی‌زاری از حرفه» شناسایی گردید.

**نتیجه‌گیری:** پرستاران تازه کار در بدو ورود به بالین بیماران مشکلات بسیاری را تجربه می‌کنند که می‌تواند منجر به بروز آسیب‌های جدی در جسم و روان آنان گردد. بنابراین، توجه به این واکنش‌ها در ارایه راهکارهای کاهش آسیب به پرستاران و مدیران کمک بسزایی می‌نماید.

**کلید واژه‌ها:** واکنش پرستاران، پرستاران تازه کار، تحقیق کیفی، مرگ بیمار

**ارجاع:** وحدانی‌نیا زهرا، نصیری احمد، زینلی زهرا. واکنش‌های اولیه پرستاران تازه کار در مواجهه با مرگ بیماران. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۵؛ ۵ (۳): ۲۴۹-۲۴۰.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۱/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۱۸

۱- کارشناس ارشد، گروه پژوهش‌های کیفی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران  
۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران  
۳- کارشناس، بیمارستان ولی عصر (عج)، بیرجند، ایران

Email: nasiri2006@bums.ac.ir

نویسنده مسئول: احمد نصیری

## مقدمه

مرگ در لغت معانی مختلفی دارد که به نظر می‌رسد مناسب‌ترین معنی برای آن، رفتن قوه از هر چیز زنده است (۱). مرگ بزرگ‌ترین رویداد زندگی هر انسانی می‌باشد که همیشه ذهن و اندیشه آدمیان را به خود مشغول می‌کند (۲). ناشناخته بودن مرگ، واکنش‌های متفاوت و گاه متضادی را در برابر آن ایجاد می‌نماید و هر کس بنا بر افکار، عقاید و شرایط زندگی خود، دورنمایی از آن می‌سازد؛ به طوری که برداشت هر فرد در زمینه اعتقادی و حوزه اندیشه او با فرد دیگر تفاوت دارد (۳) و شاید به این دلیل است که بیشتر مردم حتی کسانی که کار آن‌ها کمک کردن به بیماران در حال مرگ است، عکس‌العمل‌های متفاوتی را در مواجهه با مرگ از خود بروز می‌دهند.

پرستاران یکی از گروه‌هایی هستند که مراقبت از بیماران در حال مرگ، بیشتر از سایر افراد به آن‌ها سپرده می‌شود، تا آن‌جا که این گروه بیشتر از سایرین با این پدیده مواجه می‌شوند. چنانچه آمارها از سراسر دنیا نشان می‌دهد، بیش از نیمی از مرگ‌ها در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی رخ می‌دهد (۶۷ درصد در دنیا، ۵۱ درصد در آمریکا و ۵۴ درصد در انگلستان) که البته این تعداد روزانه در حال افزایش است (۴). پرستاران به دلیل ماهیت شغلی خود، موظف به مراقبت از بیماران بدحال می‌باشند (۵) و علاوه بر این، باید در تطابق فرد و خانواده وی نیز با ناخوشی بکوشند؛ چرا که پرستاران در محیط کار خود شاهدان واقعی مرگ هستند و روابط نزدیکی با بیمار و خانواده او برقرار می‌کنند و این ارتباط باعث می‌شود تا آن‌ها از لحاظ احساسی تحت تأثیر این تجارب قرار گیرند. نتایج مطالعه آقاجانی و همکاران نشان داد که اضطراب مرگ بر جنبه‌های مختلف جسمی و ذهنی پرستاران و فرایند مراقبتی ارایه شده توسط آنان تأثیرگذار بوده است (۶).

مواجهه با مرگ می‌تواند برای پرستار به ویژه یک پرستار کم‌تجربه و تازه کار، تجربه‌ای دردناک، پریشان کننده و ترسناک باشد و از عوامل تنش‌زا در محیط کار وی محسوب می‌گردد تا جایی که پرستار را در معرض عوارض جسمی و روان‌شناختی قرار می‌دهد. حبرانی و همکاران در تحقیق خود،

مراقبت از بیماران بدحال و رو به مرگ را یکی از مهم‌ترین عوامل تنش‌زا در محیط کار پرستاران دانستند (۷). مراقبت از بیماران در مرحله پایانی و حمایت روحی از خانواده آنان همیشه برخی از سرمایه‌های ذهنی پرستار را درگیر می‌نماید (۸) و این در حالی است که پرستار هم‌زمان باید نیازهای جسمانی و روانی و معنوی بیمار را تعیین کند و در تأمین این نیازها به وی کمک نماید؛ چرا که یک پرستار باید تا آخرین لحظه حیات بیمار، مراقبت‌هایش را ادامه دهد و باعث حس اطمینان در بیمار و خانواده‌اش گردد (۹). در این میان، توجه به احساسات پرستاران از اهمیت زیادی برخوردار است و انتظار داشتن رفتار مناسب از آن‌ها هنگام مرگ بیمار، بدون در نظر گرفتن احساسات آنان در مورد این فقدان، غیر واقعی و غیر منصفانه است (۸)؛ چرا که احساسات پرستار نقش بزرگی در اجرای چگونگی مراقبت‌های او از بیمار در مراحل پایانی دارد (۱۰).

شناخت واکنش‌های پرستاران در زمان مرگ بیمار، سبب شناخت بیشتر این پدیده اجتناب‌ناپذیر می‌شود و به یافتن راهکارهای مناسب کمک می‌نماید. همچنین، می‌تواند در حمایت عاطفی، روحی و روانی پرستار، ارایه هرچه بهتر مراقبت از بیمار در حال مرگ و ایفای مناسب نقش مراقبتی، رهبری، مشاوره و حمایتی او از بیمار و خانواده وی مؤثر باشد؛ چرا که تا زمانی که پرستار با ابعاد مختلف تجربه خود با پدیده مرگ آشنا نباشند، نه تنها قادر به اتخاذ تصمیمات صحیح در مورد مراقبت پیچیده افراد محتضر نیست، بلکه بر روی نقش‌های دیگر او در قبال سایر بیماران نیز تأثیر می‌گذارد (۱۱). کریمی مونتقی و همکاران نیز در مطالعه خود بیان نمودند که پرستاران در مواجهه با مرگ بیمار مشکلات جدی را تجربه می‌کنند و نیازمند حمایت‌های روحی و روانی، سازمانی و خانوادگی برای سازگاری با این پدیده می‌باشند و چه بسا نادیده گرفتن نیازهای پرستاران در این زمان، می‌تواند اثرات ناخواسته‌ای بر آنان و بیماران تحت مراقبت آنان بگذارد (۱۲). با توجه اجتناب‌ناپذیر بودن مواجهه پرستاران با مرگ بیماران و ایجاد آسیب‌های ناشی از این پدیده بر آن‌ها و همچنین، اهمیت درک واکنش‌های پرستاران در مقابل این

پدیده و تأثیر آن بر ارایه راهکارهای لازم در بهبود مراقبت‌های پرستاری و سلامت روانی پرستاران به ویژه پرستاران کم‌تجربه در دو سال اول ورود به بالین و با توجه به این که بررسی‌های محقق نشان داد که تاکنون مطالعه‌ای در ایران بر روی این گروه از پرستاران با این هدف انجام نشده است؛ بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی واکنش‌های پرستاران در دو سال اول ورود به بالین، هنگام مواجهه با مرگ بیمار انجام شد که به روش کیفی بود؛ چرا که تحقیقات کیفی روش مناسب‌تری برای بررسی پاسخ‌های عاطفی همچون تجارب و واکنش‌هایی که داده‌های ذهنی دارد، می‌باشند. همچنین، کمی کردن عواطف و احساسات انسان مشکل است؛ به این دلیل که تحقیقات کمی فرایندهای عینی هستند و در آن‌ها از داده‌های عددی برای به دست آوردن داده‌ها در مورد جهان و پدیده‌ها استفاده می‌گردد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف درک و شناخت واکنش‌های پرستاران در مواجهه با مرگ بیمار در دو سال اول ورود به بالین و در بیمارستان‌های شهر بیرجند صورت گرفت.

### روش

با توجه به هدف این مطالعه که تبیین واکنش‌های اولیه پرستاران تازه کار در مواجهه با مرگ بیمار بود، از روش کیفی استفاده شد. مشارکت کنندگان، پرستاران بالینی بودند که در دو سال اول ورود به بالین قرار داشتند و به شرکت در مطالعه و بازگویی تجارب خود علاقمند بودند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه انفرادی باز (بدون ساختار) و عمیق استفاده شد و شرکت کنندگان به صورت هدفمند از میان پرستارانی که در دو سال اول ورود به بالین بودند و تجربه مواجهه با مرگ بیماران را داشتند، انتخاب شدند. پس از کسب معرفی‌نامه و طی مراحل قانونی، مصاحبه‌ها در اتاق استراحت پرستار و یا هر مکانی که وی راحت‌تر بود، انجام گردید. قبل از مصاحبه، هدف از انجام مصاحبه، نحوه همکاری و روش پژوهش به شرکت کنندگان توضیح داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات و نام آنان محرمانه باقی می‌ماند و به جز محقق، فرد دیگری به

محتوای مصاحبه‌ها دسترسی نخواهد داشت و برای اعلام نتایج نیز از کد استفاده خواهد شد. پیش از ضبط مکالمات نیز رضایت شرکت کنندگان به صورت کتبی کسب گردید و شرکت کننده هر زمان که مایل بود می‌توانست از مطالعه خارج شود و در صورتی که تمایل نداشت نیز نتایج مطالعه در اختیار وی قرار می‌گرفت. از هر شرکت کننده حداقل یک مصاحبه ضبط شد و در صورت ابهام در مصاحبه قبل، مصاحبه بعدی نیز ضبط می‌شد. مصاحبه با سؤالاتی کلی مانند «هنگام مرگ بیمار خود چه احساسی داشتید؟ یا اگر ممکن است در مورد بیماری که اخیراً فوت نموده و احساسی که پس از مرگش داشته‌اید، توضیح دهید؟» شروع شد.

در این میان، هم‌زمان با پاسخ شرکت کنندگان به سؤالات با جملات پیگیری کننده مانند «بیشتر می‌توانید توضیح دهید؟ منظور شما چیست؟ ...» پاسخ‌ها بیشتر روشن می‌گردید. مصاحبه‌ها ۲۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید و در جریان مصاحبه نیز کل مصاحبه با رضایت مشارکت کنندگان ضبط می‌شد و محتوا به صورت مکتوب درآمد و دوباره برای حصول اطمینان از دقت کار، نسخه‌ها با نوار مصاحبه مقایسه گردید. برای کدگذاری اولیه از عین کلمات خود مشارکت کنندگان و کدهای دلالت کننده (برداشت پژوهشگر از گفته‌ها) استفاده شد. سپس مصاحبه‌های بعدی تا حد اشباع که ۱۲ مصاحبه بود، ادامه یافت و با کدگذاری، واحدهای معنایی از بیان و گفته‌های مشارکت کنندگان که نشان دهنده واکنش آن‌ها بود، استخراج گردید. پس از کدبندی و خلاصه نمودن داده‌ها بر اساس تشابهات و اختلافات، طبقه‌بندی کدها انجام گرفت و طبقات با هم مقایسه گردید و در نهایت، از تحلیل و تفسیر این داده‌ها، درون‌مایه‌ها یا مقوله‌های انتزاعی‌تر استخراج شد. برای تحلیل داده‌های مطالعه، از شیوه تحلیل محتوای کیفی به روش Graneheim و Lundman در چند مرحله استفاده شد (۱۳). در مرحله اول تمام محتوای مصاحبه کلمه به کلمه رونویسی و چند بار خوانده شد تا یک مفهوم کلی از تمام متن به دست آید. سپس متن به معانی مستقل تقسیم‌بندی و با کدهای مشخص نشان‌دار گردید. در مرحله بعد نیز کدها به زیرشاخه‌ها و مجموعه‌ها تقسیم و بر

ادامه، مضامین به دست آمده همراه با زیرمضمون‌ها و نقل قول‌های شرکت کنندگان ارایه شده است.

### آشنفتگی احساس

یکی از مضامین به دست آمده از مطالعه حاضر، آشنفتگی احساس بود. احساس یکی از قوی‌ترین نیروهای انسان است که تحت تأثیر محیط درون و برون انسان در نوسان می‌باشد. **گیجی و سردرگمی:** پرستاران شرکت کننده که همگی تازه کار بودند، گیجی و سردرگمی را در زمان احیای بیمار احساس نمودند و نداشتن تجربه را از علل اصلی آن مطرح کردند. همچنین، برخی نداشتن مسؤولیت در زمان دانشجویی را از عوامل نبود تجربه و سردرگمی در تجربیات اول مرگ بیمار می‌دانستند.

«تا آن موقع آن را به وضوح ندیدم. گیج شدم، همه کارها توی ذهنم آمد... تا زمانی که همکارم آمد. من زمان دانشجویی تنها تماشاچی بودم، مسؤولیت نداشتم» (پرستار ۱).  
«تو اولین تجربه‌ام احساس سردرگمی داشتم و با گذشت زمان تو تجربیات بعد اعتماد به نفسم زیادتر شد و تونستم بهتر بیمارمو مدیریت کنم» (پرستار ۷).

«من تو اون لحظات اون قدر گیج شده بودم که به هیچ عنوان یه پرستار خوب واسه تیم نبودم... این حسی بود که داشتم» (پرستار ۸). «من نمی‌فهمیدم دارم چه کار می‌کنم. یادمه حتی جای داروها رو توی ترالی یادم رفته بود...» (پرستار ۸).

**ترس:** مراقبت از بیمار محتضر برای بیشتر شرکت کنندگان همراه با ترس در زمان مراقبت، در زمان احیای بیمار و پس از مرگ بیمار بود. این ترس به علل متفاوتی رخ می‌داد که شامل ترس از مرگ، ترس از همراهان بیمار، ترس از رخ دادن مرگ برای خود فرد و ترس از بازخواست مسؤولان بود. «ز بازخواست مسؤول شیفت شب و سرپرستار می‌ترسیدم؛ چون من برای بیمار پلازما تزریق کرده بودم و بعد بیمار آینه کرد... ترسیدم مبادا تزریق من باعث آینه بیمار بوده است» (پرستار ۱).

«دست و پام می‌لرزید... یادمه اون شب بعد از احیای اول، دوست نداشتم دوباره کد بشه؛ چون از همراهای بیمار به خصوص دخترانش خیلی می‌ترسیدم» (پرستار ۲).

اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های آن‌ها طبقه‌بندی شد. در نهایت، محتوای پنهان فرموله و گزارش گردید.

اعتبار یافته‌های مطالعه با تخصیص زمان کافی، حسن ارتباط، استفاده از تلفیق، استفاده از نظرات تکمیلی همکاران و مرور دست‌نوشته‌ها توسط همکاران افزایش یافت. مقبولیت داده‌ها نیز با اختصاص زمان کافی برای جمع‌آوری و عمیق‌تر پرداختن به آن‌ها و همچنین، جلب اعتماد شرکت کنندگان و برقراری ارتباط مناسب که منجر به کشف زوایای بیشتری از تجارب پرستار گردید، افزایش پیدا کرد و با بازبینی داده‌ها توسط اعضا، اعتبار داده‌ها افزایش یافت. علاوه بر این، در مطالعه حاضر از یک فرد متخصص در مطالعات کیفی نیز درخواست شد تا داده‌های خام را دوباره تجزیه و تحلیل نماید. همسانی و قابلیت تأیید یافته‌ها نیز در مطالعه از طریق کنار هم قرار دادن یادداشت‌ها و یافته‌های خام، یادداشت‌های عرصه و معانی استخراج شده و فرموله شده صورت گرفت و در نمونه‌گیری نیز سعی گردید از پرستاران با سابقه کار متفاوت در طول دو سال و هر دو جنس استفاده شود. همچنین، جهت بررسی قابلیت انتقال داده‌ها، نتایج مطالعه پس از پایان طرح در اختیار تعدادی از افرادی که دارای خصوصیات مشابه با شرکت کنندگان طرح بودند، اما در مطالعه شرکت نداشتند، قرار داده شد و از آنان درخواست گردید بیان نمایند که آیا با نتایج طرح موافق هستند یا خیر؟ و این که آیا آنان نیز هنگام مرگ بیمار تجارب مشابه با نتایج طرح را درک نموده‌اند یا خیر؟

### یافته‌ها

پژوهش حاضر بر روی ۱۲ پرستار تازه کار شامل ۹ زن و ۳ مرد انجام شد. همگی مشارکت کنندگان دارای مدرک کارشناسی در رشته پرستاری بودند و از ۶ تا ۲۲ ماه سابقه خدمت داشتند. مضامین حاصل شده از مصاحبه‌های ساختار یافته بر پایه واکنش‌های اولیه پرستاران تازه کار از مرگ بیماران و بر اساس هدف مطالعه صورت گرفت. این مضامین پس از ادغام مضامین مشابه در همدیگر و در قالب چهار مضمون اصلی و تعدادی زیرمضمون دسته‌بندی گردید. در

نگرانی: از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر، نگرانی و دلواپسی پرستار بود. احساس نگرانی یک احساس مخرب است که می‌تواند به دلایل متفاوتی بروز نماید. همان‌گونه که پرستاران پژوهش حاضر، نگرانی از بازخواست مسؤولان بخش را منشأ نگرانی خود بیان نمودند.

«نگرانی من به عنوان اولین تجربه، این بود که باید کارهای بایسته را انجام بدهم» (پرستار ۱).

احساس سرخوردگی: «یه جورایی از این که دیدم همراهان زحمات پرستار را نادیده می‌گیرن، دلم شکست. نمی‌دونم چرا هیچ کس نمی‌بینه که یه پرستار تو بخش مرضی‌های دیگه هم داره و نمی‌تونه فقط مال بیمار اونا باشه... البته شاید اونا هم مقصر نیستن، این تقصیر سیستم پرستاری کشوره» (پرستار ۶).

#### احساس غمگینی ناشی از حس نوع دوستی

پرستاران به دلیل حس نوع دوستی و عاطفی که دارند، به بیماران خود وابستگی عاطفی پیدا می‌کنند و پس از مرگ او دچار احساس غم می‌شوند که بسته به میزان وابستگی پرستار به بیمار، از احساس اندوه و ناراحتی شروع می‌شود و تا گریه ادامه دارد.

غم و اندوه: احساس غم و اندوه از یافته‌های مطالعه بود که به دنبال مرگ بیمار برای پرستار رخ می‌دهد. این احساس در زمانی که بیمار جوان و یا کودک بود، بیشتر مشاهده شد. «هر دفعه هم که تعریف می‌کنم باز بغض گلومو می‌گیره» (پرستار ۴).

«حال من موقع کدا بد می‌شه... واسه همه بیمارایی که کد می‌شن. هرچند مرگ بیماری‌های جوان بیشتر آدمو می‌سوزونه» (پرستار ۱۰).

«مرگ مرضی‌های جوانتر و بچه‌های کوچیک ناراحت‌کننده می‌کنه و تا چند روز منو به هم می‌ریزه» (پرستار ۶).

گریه: غم و اندوه پرستاران شرکت کننده در مطالعه تا آنجایی بود که گاهی منجر به گریه پرستار می‌شد.

«بعد از مرگ بیمار حال من خیلی بد بود؛ حتی دوست نداشتم ادامه شیفتو تو اون بخش بمونم. همه این جور بودن... یکی از همکارا خیلی گریه کرد» (پرستار ۳).

«یه جورایی از این که این اتفاق واسه خودم بیفته واهمه دارم... یه مرگ بد یا این که موقعی که دارم می‌رم دستم خالی باشه. واسه بچه‌ام چه اتفاقی می‌افته؛ آخه من یه بچه دارم و فکر می‌کنم قبل از تولدش اینقد از مرگ نمی‌ترسیدم» (پرستار ۱۰).

«حساسی که موقع مرگ بیمار به آدم دست می‌ده، اول ترس است» (پرستار ۱۲).

استرس: استرس در زمان مراقبت از بیمار محتضر در مصاحبه با تمام پرستاران مشاهده شد. این استرس می‌تواند ناشی از واکنش همراهان یا در نتیجه برخورد نامناسب مسؤولان باشد. از طرف دیگر، شیفت کاری شب و تنها بودن پرستار در بخشی از زمان کار، از جمله عوامل مؤثر در بروز استرس شغلی می‌باشد. از مهم‌ترین عوامل مؤثر در استرس با توجه به مصاحبه‌های حاضر، نبود تجربه کاری در مراقبت از این نوع بیماران است.

«شیفت شب هم بود و استرس بیشتری داشتم» (پرستار ۱۲).

«این که هر لحظه منتظر کد شدنشون باشی، استرس زیادی به پرستارای کشیک وارد می‌کنه؛ به خصوص اگر مثل این بیماری که گفتم همراهای بهونه‌گیر و بد اخلاقی داشته باشه» (پرستار ۶).

«اگر هم تو ایستگاه می‌نشستم، چشم از مانیتور مرکزی بر نمی‌داشتم... این استرس بعد از اولین تجربه مرگ بیمار تشدید شد» (پرستار ۸).

«تا وقتی همکارا بیدار بودن، من هیچ مشکلی نداشتم و بدون هیچ استرسی کار می‌کردم، اما به محض خوابیدن همکارم، یه استرس عجیبی می‌اومد سراغم که فکر می‌کردم هر لحظه یه اتفاقی واسه مرضی‌های من می‌افته... فکر می‌کردم الانه که صدای دستگاه‌ها بلند شه و یه مریض فوت کنه» (پرستار ۸).

شرم: احساس شرم از دیگران، یکی از احساسات منفی بود که در نتیجه برخورد نامناسب همراهان با پرستار پس از مرگ بیمارشان ایجاد می‌گردید.

«با برخورد زشتشون کلی جلوی بقیه بیمارا خجالت کشیدیم» (پرستار ۷).

«تا به هفته هر وقت یادش می‌افتادم، گریه می‌کردم...  
چهره‌اش مرتب توی ذهنم بود» (پرستار ۸).

«من از فوت بیمار خیلی ناراحت بودم و همش صدایش تو  
ذهنم بود... یادمه واسه‌اش گریه کردم» (پرستار ۴).

**ناراحتی:** احساس ناراحتی پرستار در مطالعه حاضر اغلب  
به دنبال ناراحتی و گریه همراهان بیمار به خصوص همراهان  
آشنا رخ داده بود.

«واسه اون مریض خیلی ناراحت شدم؛ چون دیدم که چقدر  
همراهش یعنی همون معلم فیزیکیمون غصه می‌خورد و بی‌تابی  
می‌کرد و ناراحتی اون بیشتر منو ناراحت کرد» (پرستار ۵).

### احساس استیصال

یکی از یافته‌های مهم پژوهش حاضر، احساس استیصال و  
ناتوانی بود؛ حالتی که از حس خستگی و بی‌کفایتی تا احساس  
تمام شدن توان متغیر می‌باشد.

**خستگی:** خستگی به دنبال مراقبت از بیماران بدحال شایع  
است؛ چرا که علاوه بر تحمل استرس و بار کاری بیشتر،  
پرستار هم‌زمان باید تعامل سازنده‌ای با همراهان مضطرب  
بیمار به عمل آورد.

«مراقبت از این جور بیمارا آدمو چند برابر خسته می‌کنه؛  
چون باید مدام به بیمار سر بزنی، جوابگوی همراهان مضطربش  
باشی و باید استرس زیادی تحمل کنی» (پرستار ۷).

**احساس تهی شدن قوای بدن:** استرس شغلی در پرستاران  
شایع است؛ چرا که مراقبت از بیماران بدحال و مشرف به  
مرگ، ماهیت اجتناب‌ناپذیر این حرفه می‌باشد و این فکر که  
هر لحظه ممکن است خطری متوجه بیمار گردد، منجر به  
بروز استرس در مراقبان وی می‌گردد که البته این استرس با  
توجه به میزان تجربه کاری، شخصیت روانی فرد و... متفاوت  
است و گاهی منجر به این می‌شود که پرستار احساس کند  
دیگر قادر به ادامه این وضعیت نیست.

«یادمه یک ماه توی (CCU) Coronary care unit  
بودم، ۷ کیلو وزنم اومد پایین، به شدت بی‌اشتها شده بودم و  
خیلی عصبی بودم. وقتی می‌رفتم خون به حدی عصبی بودم  
که کسی نمی‌تونست باهام حرف بزنه. برقرارو قطع می‌کردم و  
تلفن رو می‌کشیدم. گوشیم رو هم خاموش می‌کردم. با این

حال حتی صدای بلندگوی مدرسه کنار خونه‌مون عصبانیم  
می‌کرد. تو اون یک ماه اونقدر به من سخت گذشت و کم  
آوردم که دیگه حاضر نیستم اون روزای سخت تکرار بشه»  
(پرستار ۸).

**عدم کفایت:** احساس بی‌کفایتی و کمبود اعتماد به نفس،  
از جمله احساسات شایع در پرستاران کم‌تجربه بود که به  
دلایل متفاوتی مانند نداشتن تجارب مشابه و یا کمبود مهارت  
حرفه‌ای در آنان بروز می‌نماید.

«من تو اون لحظات به هیچ عنوان یه پرستار خوب واسه  
تیم نبودم... این حسی بود که داشتم» (پرستار ۸).

### احساس تقصیر و کوتاهی

**سرزنش کردن خود:** یکی از یافته‌های حاصل شده، احساس  
سرزنش خود بود و پرستار آن را به دلیل واکنش همراهان  
درک می‌نمود که سردرگمی و ترس پرستار در زمان احیای  
بیمار می‌تواند از دلایل اولیه بروز این احساس باشد.

«اون موقع من خودم را سرزنش می‌کردم... چرا ترسیده  
بودم تا همراه مریض فکر کنه من مهارت ندارم» (پرستار ۱).

**عذاب وجدان:** عذاب وجدان احساسی است که در مرگ  
بیماران به دلایل متفاوتی برای پرستار رخ می‌دهد. این  
احساس زمانی که سن بیمار کمتر بود و یا مرگ به طور  
ناگهانی رخ می‌داد، بیشتر مشاهده شد.

«دلَم نمی‌خواست پدر و مادر اون پسررو ببینم با این که  
ما همه تالاشمونو کرده بودیم، اما احساس عذاب وجدان  
داشتم» (پرستار ۳).

**شرمندگی:** احساس شرمندگی در مقابل همراهان اغلب در  
زمان مرگ بیماران آشنا و یا بیمارانی که پرستار وابستگی  
عاطفی به او یا همراه او دارد، رخ می‌دهد و گاهی به دلیل  
همراه شدن با احساس عذاب وجدان و سرزنش خود، موجب  
بیزاری از حرفه و صدمات روحی پرستار می‌گردد.

«با این که بیمار پیر بود، یه جورایی جلوش احساس  
شرمندگی می‌کردم... این تجربه تنها مرگی بود که روی من  
تأثیر گذاشت» (پرستار ۵).

**ناامیدی:** پرستاران به عنوان عضو مؤثر تیم درمان، پیش  
از هر چیز به عنوان یک انسان آرزوی سلامتی بیمار خود را

دارند و اگر به هر دلیل تلاش آنان سرانجامی نداشته باشد و بیمار فوت نماید، می‌تواند منجر به ناامیدی پرستاران از اقدامات پرستاری گردد.

«مرگ و زندگی دست خداست، اما وقتی کار ما جواب ندهد باعث ناامیدی می‌شود؛ بسته به موقعیتی که اتفاق می‌افتد» (پرستار ۱).

**بیزاری از حرفه:** بیزاری از حرفه به دنبال مرگ بیمار، یکی از یافته‌های مطالعه بود که در این بیزاری علاوه بر مرگ بیمار، عوامل دیگری همچون برخورد نامناسب مسؤولان بیمارستان نیز تأثیر داشته و انگیزه کاری پرستار را کم کرده است.

«من بعد از اون تجربه، از پرستاری خیلی بدم اومد و حتی داشتم به ترک این حرفه بعد از پایان طرحم فکر می‌کردم» (پرستار ۳).

«تأثیر برخورد نامطلوب مسؤولان با انگیزه کاری همکارانو دیدم که چقدر برخورد بد سرپرستار یا سوپروایزر دلشونو می‌شکنه و انگیزه‌شونو کم می‌کنه... یکی از دوستای خودم حتی بخششو عوض کرد» (پرستار ۷).

«بعد از مرگ اون بچه از پرستاری بدم اومد» (پرستار ۴).

### بحث

توجه به تجربه شرکت کنندگان مطالعه حایز اهمیت است. آن‌ها از تجربه کاری بین ۶ تا ۲۲ ماه برخوردار بودند که این تجربه پایین، آنان را بیش از سایر پرستاران در معرض آسیب‌های ناشی از مرگ بیمار قرار می‌داد؛ چرا که پرستاران با تجربه کاری بالاتر، در بیشتر مواقع به مرگ بیماران خود عادت می‌کنند و تکرار موارد مرگ، آنان را با این پدیده سازگار می‌نماید. کریمی موقی و همکاران نیز در پژوهش خود به این واقعیت اشاره کردند که پرستاران با تجربه کمتر، تحت تأثیر مرگ بیمار قرار می‌گیرند و این خاطرات را زودتر فراموش می‌کنند (۱۲). همچنین، Lange و همکاران در تحقیق خود بیان نمودند که پرستاران با سن بالاتر و تجربه بیشتر، نگرش بهتری نسبت به مرگ و مراقبت از بیماران مشرف به مرگ دارند (۱۴). در مطالعه Maria و همکاران یافته مشابهی کسب شد و پرستاران با تجربه بالاتر، نگرش

بهتری نسبت به مرگ بیماران داشتند (۱۵).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران پس از مرگ بیمار از نظر احساسی تحت تأثیر قرار می‌گیرند و واکنش‌های احساسی از گنجی و سردرگمی تا استرس و ترس را از خود بروز می‌دهند که این امر آسیب‌های روحی و روانی بسیاری را برای آنان به دنبال دارد. Prestoy نیز در تحقیق خود گزارش کرد که پرستاران به عنوان شاهدان واقعی مرگ بیمار، تحت تأثیر این پدیده قرار می‌گیرند (۱۶). احساس ترس پس از مرگ بیمار نیز در مطالعه رثوفی در میان دانشجویان پرستاری مشاهده گردید (۱۷).

مرگ بیمار، یکی از مهم‌ترین عوامل ایجاد استرس شغلی در حرفه پرستاری و به دنبال آن، فشار روحی و روانی مراقبان بیمار است. همچنان که شرکت کنندگان مطالعه حاضر نیز درجات متفاوتی از استرس را در زمان مراقبت از بیمار مشرف به مرگ و یا پس از مرگ بیمار گزارش نمودند. این استرس در مطالعه کریمی موقی و همکاران نیز مشاهده شد و پرستاران شرکت کننده در تحقیق آن‌ها یک مراقبت توأم با استرس از بیماران بدحال خود داشتند (۱۲). حیرانی و همکاران در پژوهش خود، مراقبت از بیماران مشرف به مرگ را از عوامل ایجاد استرس در پرستاران دانستند و بیان کردند که این استرس در دراز مدت می‌تواند منجر به فرسودگی شغلی پرستار و کاهش کارآمدی وی گردد (۷). این یافته‌ها با نتایج مطالعه ضرغام و همکاران (۱۸) همخوانی نداشت. آن‌ها در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که مرگ بیمار نوعی نگرش مثبت در زندگی پرستاران ایجاد می‌کند و این نگرش باعث آرامش پرستار و پذیرفتن مرگ به عنوان جزیی از زندگی و راحت کنار آمدن با آن، برانگیختن انگیزه پرستار برای مهربانی و کمک کردن به دیگران، اهمیت دادن بیش از پیش به مناسبت‌های خاص زندگی مانند سالروز تولد، سالگرد ازدواج و...، افزایش انگیزه برای بهتر کردن کیفیت زندگی و... می‌شود (۱۸).

یکی از یافته‌های به دست آمده از مطالعه حاضر، احساس غمگینی در پرستار می‌باشد که پس از مرگ بیمار رخ می‌دهد و شامل درجات متفاوتی از احساس غم و اندوه تا گریه

ترین عوامل ایجاد این احساسات در پرستار به شمار می‌رود و از آن‌جا که در بیشتر موارد مرگ در حین و یا پس از اقدامات پرستاری انجام شده توسط پرستار رخ می‌دهد، پرستاری که از تجربه کاری پایین‌تر و به دنبال آن اعتماد به نفس کمتری برخوردار است، خود را در مرگ بیمار مقصر می‌داند که البته برخورد نامناسب مسوؤلان بخش و یا همراهان نیز می‌تواند به این احساسات منفی دامن زند تا جایی که منجر به بیزاری از حرفه برای پرستار می‌شود. ضرغام و همکاران در مطالعه خود، احساس گناه را مشکل اصلی روانی و اجتماعی پرستاران بعد از مرگ بیمار دانستند (۱۸). علاوه بر این، مرگ بیمار آشنا، بیماران جوان و یا هر مرگ ناگهانی و غیر منتظره که به نوعی برای پرستار دور از انتظار باشد نیز می‌تواند باعث ایجاد احساس یأس، ناامیدی و شرمندگی از همراهان بیمار در پرستار گردد؛ همان‌گونه که بروز این احساسات در مطالعه کریمی موقنی و همکاران نیز گزارش گردید (۱۲).

### نتیجه‌گیری

نتایج بررسی حاضر نشان داد که پرستاران تازه کار در مواجهه با مرگ بیمار خود، واکنش‌هایی را نشان می‌دهند که می‌تواند منجر به بروز آسیب‌های جسمی و روحی فراوان در آن‌ها و خانواده‌شان شود و چه بسا در ارایه خدمات پرستاری آن‌ها نیز اثرگذار باشد. عدم توجه به بروز این واکنش‌ها در پرستاران تازه کار، علاوه بر بروز صدمات برای پرستار و پایین آمدن کیفیت ارایه خدمات پرستاری در سیستم، گاهی منجر به کاهش انگیزه پرستار و ترک این حرفه توسط وی می‌شود. با توجه به این که بروز این واکنش‌ها می‌تواند ناشی از وجود تجربه پایین، عدم آمادگی و شرایط کاری پرستار باشد، برگزاری دوره‌های آموزشی برای پرستاران و مدیران این بخش‌ها می‌تواند به آمادگی آن‌ها در برابر این بحران و کاهش عوارض ناشی از آن کمک زیادی نماید. علاوه بر این، به کارگیری نیروهای حامی مانند روان‌شناس در بیمارستان، پایش روحی و روانی پرستاران به صورت دوره‌ای، جابه‌جایی پرستاران در بخش‌هایی که مرگ و میر بالایی دارد و توجه به علایق و توانایی پرستاران تازه کار جهت ورود به بخش‌های مختلف بیمارستان نیز می‌تواند کمک کننده باشد و از بروز عوارض دراز مدت در پرستاران بکاهد. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، عدم همکاری پرستاران جهت انجام مصاحبه‌ها بود که به دلیل کمبود نیرو در بخش‌ها و کمبود

می‌شود. بروز این احساس به عوامل متفاوتی مانند سن بیمار، مدت زمان بستری بیمار، آشنا یا ناآشنا بودن بیمار و نوع بیماری بیمار بستگی داشت. نتایج تحقیق کریمی موقنی و همکاران نشان داد که بیشتر پرستاران احساس غم و اندوه را پس از مرگ بیمار تجربه می‌کنند و وابستگی عاطفی به بیمار، از عوامل مؤثر بر این احساس بود (۱۲) که با یافته‌های مطالعه حاضر همسو بود. پرستاران شرکت کننده در مطالعه Marino نیز احساس غمگینی را پس از مرگ بیمار تجربه کردند که برای برخی گذرا و برای برخی از پرستاران طولانی بود (۱۹). این عارضه به طور معمول پس از مرگ بیماران برای مراقبان بیمار رخ می‌دهد و ناشی از حس نوع‌دوستی افراد است، اما از آن‌جا که پرستاران به طور مکرر با این احساس مواجه می‌شوند، آسیب‌های زیادی متوجه آنان می‌گردد که جهت پیشگیری از این آسیب‌ها باید از طولانی شدن آن جلوگیری نمود.

احساس استیصال و ناتوانی، از جمله یافته‌های شایع مطالعه حاضر بود که در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بیش از سایر پرستاران مشاهده گردید. این احساس با تحمل استرس کاری زیاد و در مراقبت از بیماران بدحال بیش از سایر موارد بود و گاهی منجر به بروز احساس تمام شدن توان و بی‌کفایتی می‌شد. شرکت کنندگان پژوهش کریمی موقنی و همکاران مراقبت از بیماران بدحال را عمل شاقی توصیف نمودند و این کار را از کار کردن در معدن سخت‌تر دانستند (۱۲) که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی داشت. به نظر می‌رسد سختی‌های مراقبت از یک بیمار بدحال که حتی گاهی منجر به رها شدن بیمار توسط خانواده او می‌گردد و هم‌زمانی این پدیده با کم‌تجربگی پرستاران، منجر به احساس بی‌کفایتی در پرستاران جوان می‌شود که این امر از مهم‌ترین عوامل کم شدن انگیزه کاری و ترک این حرفه توسط پرستاران می‌باشد.

احساس تقصیر و کوتاهی در مراقبت از بیمار، در پرستاران کم‌تجربه و تازه کار مطالعه حاضر مشاهده شد تا آن‌جا که به صورت بیان احساس عذاب وجدان و سرزنش خود، احساس شرمندگی، احساس ناامیدی و حتی بیزاری از حرفه پرستاری بیان گردید. کمبود تجربه کاری و مهارت حرفه‌ای، از مهم



وقت پرستار ایجاد شد و محقق جهت رفع این محدودیت، مصاحبه‌ها را خارج از ساعت اداری انجام داد.

معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، گروه پژوهش‌های کیفی این دانشگاه و اعضای محترم هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی انجام شد. بدین وسیله از حمایت و همکاری آنان و مشارکت کنندگان تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر در قالب طرح تحقیقاتی مصوب و با حمایت

### References

1. Sadeghi H, Nosrati Ahoor M. Subject analysis of death. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 6(1): 23-36. [In Persian].
2. Falah M. Three views on death in Persian literature. *Research in Persian Language and Literature* 2009; (11): 223-54. [In Persian].
3. Mahmoudi M. Thought of death and decline in forugh poem. *pedagogic and lyric in persian language and literature studies* 2012; 4(11): 149-64. [In Persian].
4. Hopkinson JB, Hallett CE, Luker KA. Everyday death: How do nurses cope with caring for dying people in hospital? *Int J Nurs Stud* 2005; 42(2): 125-33.
5. Afrasiabifar A, Mohammad Hosseini S, Momeni A, Alamdari AK. Knowledge, attitude and practice of nurses in relation to taking care of dying patients in Yasuj medical sciences university hospitals in 1381. *Armaghane-Danesh* 2003; 8(31): 91-9. [In Persian].
6. Aghajani M, Valiee S, Tol A. "Death anxiety" amongst nurses in critical care and general wards. *Iran J Nurs* 2011; 23(67): 59-68. [In Persian].
7. Hebrani P, Behdani F, Mobtaker M. Evaluation of stress factors in nurses of different hospital wards. *J Fundam Ment Health* 2008; 10(3): 231-7. [In Persian].
8. Taylor CR, Lillis C, LeMone P, Lynn P, Lebon M. *Fundamentals of nursing*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
9. Zerzan J, Stearns S, Hanson L. Access to palliative care and hospice in nursing homes. *JAMA* 2000; 284(19): 2489-94.
10. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Text book of medical surgical nursing cancer and end of life care*. Trans. Hosseinzadeh M. Tehran, Iran: Boshra Publications; 2007. [In Persian].
11. Burns N, Grove SK. *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice*. Philadelphia, PA: Saunders; 2010.
12. Karimi Moneghy H, Zubin F, Yavari M, Noghredani M, Abdollahi H. Nurses' experience of dealing with dying patients. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2013; 11(9): 688-97. [In Persian].
13. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
14. Lange M, Thom B, Kline NE. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncol Nurs Forum* 2008; 35(6): 955-9.
15. Maria M, Pavlos S, Kiriaki S, Tatiana S, Kostantinia K, Eleni M, et al. Greek Nurses Attitudes towards Death. *Glob J Health Sci* 2011; 3(1): 224-30.
16. Prestoy S. Nurses' lived experience of caring for patients at the end of their lives - implications for nursing education and management. *Proceedings of the 14<sup>th</sup> Annual Scientific Sessions Eastern Nursing Research Society*; 2002 Mar 21-22; State College, PA, USA.
17. Raufi S. A comparative assessment of first year senior students of School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences about death and dying. *Holist Nurs Midwifery* 2000; 8(32-33): 37-46. [In Persian].
18. Zargham A, Mohammadi R, Oskuei H. Death, the strange familiar (meaning of death from Iranian nurses' perspective): A qualitative study. *Iran J Nurs* 2007; 20(51): 71-83. [In Persian].
19. Marino PA. The effects of cumulative grief in the nurse. *J Intraven Nurs* 1998; 21(2): 101-4.

## Initial Reactions of Novice Nurses in Facing Death in Patients

Zahra Vahdaninya<sup>1</sup>, Ahmad Nasiri<sup>2</sup>, Zahra Zainali<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Facing the death of a patient is an inevitable part of the nursing profession and nurses in early years of their professional career are more vulnerable to this fact. Understanding their reaction after a patient's death could lead to a better understanding of this phenomenon and pursuit of ways to reduce the damages caused in young nurses. Therefore, this study aimed to explore, describe and explain the initial reactions of the novice nurses in facing the death of a patient.

**Method:** The study included 12 nurses selected through purposive sampling from the hospitals in Birjand, Iran. To analyze the data, the "Graneheim and Lundman" qualitative content analysis method was used.

**Results:** The four main themes extracted from the study were emotional turmoil, feeling sad due to altruism, a sense of desperation, and a feeling of guilt and failure. The subthemes identified under the emotional turmoil context were sense of confusion, fear, stress, frustration, shame and concern. For sadness due to altruism, subthemes of crying, sadness and grief were identified. In the context of desperation, subthemes included feeling tired, feeling depletion of body forces, and inadequacies and shortcomings. As for the theme of feeling guilt and failure, identified subthemes were self-blame, guilt, shame, despair and being disgusted by their profession.

**Conclusion:** Novice nurses experience many problems at the beginning of their clinical career which can cause serious physical and mental damage. Addressing these reactions provide substantial harm reduction strategies to help nurses and managers.

**Keywords:** Nurses reaction, Novice nurses, Qualitative research, Patient death

**Citation:** Vahdaninya Z, Nasiri A, Zainali Z. **Initial Reactions of Novice Nurses Facing Death in Patients.** J Qual Res Health Sci 2016; 5(3): 240-9.

Received date: 10.10.2015

Accept date: 07.02.2016

1- Department of Qualitative Reseach, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran  
2- Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran  
3- Valie-Asr Hospital, Birjand, Iran  
**Corresponding Author:** Ahmad nasiri, Email: nasiri2006@bums.ac.ir