

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی ایران

دانشکده پرستاری و مامایی

فرآیند رویارویی پرستاران با مرگ مددجویان

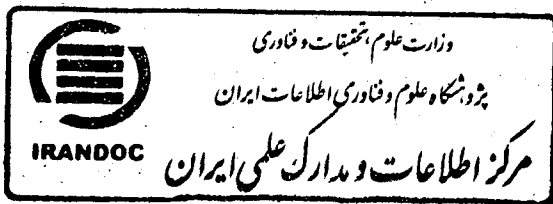
استاد راهنما: دکتر رخشنده محمدی

دانشجو: علی ضرغام بروجنی

استاد مشاور: دکتر فاطمه حق دوست اسکویی

رساله جهت دریافت درجه دکترای تخصصی (PhD) پرستاری

بهمن ماه ۱۳۸۶



۱۵۸۲۷۱

۱۳۹۰/۳/ ۸

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
دانشکده پرستاری و مامائی

تصویب رساله

آقای علی ضرغام بروجنی دانشجوی دوره دکتری در تاریخ ۸۶/۱۱/۲۴ از پایان نامه خود تحت عنوان:

فرآیند رویارویی پرستاران با مرگ مددجویان

جهت اخذ دانشنامه دکتری تخصصی (PhD) در رشته پرستاری دفاع نموده اند و پایان نامه ایشان با درجه عالی (نمره = ۱۹/۶) به تصویب رسید.

استاد راهنما: دکتر رخشنده محمدی

استاد مشاور: دکتر سیده فاطمه اسکوئی

استاد داور: دکتر زهره ونکی

استاد داور: دکتر رضا نگارنده

استاد داور: دکتر نعیمه سید فاطمی

استاد داور: دکتر فروغ رفیعی

نماینده معاون آموزشی دانشگاه: دکتر شعله بیگدلی

نماینده شورای تحصیلات تکمیلی: دکتر حمید پیروی

امضاء:

امضاء:

امضاء:

امضاء:

امضاء:

امضاء:

امضاء:

امضاء:

دکتر سیده فاطمه اسکوئی

رئیس دانشکده

تقدیم:

به تمامی آنان که به ما آموختند

به افراد خانواده‌ام

و:

به تمامی پرستارانی که در این مطالعه شرکت نمودند و با مشارکت خود انجام آن را ممکن

کردند

تقدیر و تشکر

حال که به لطف و عنایت خداوند متعال نگارش این رساله به اتمام رسیده است بر خود واجب می‌دانم که نهایت تشکر و سپاس خود را به استاد محترم راهنمای خود خانم دکتر رخشنده محمدی که در تمامی مراحل تحقیق با راهنماییهای ارزنده خویش راهگشای تحقیق حاضر بوده‌اند، تقدیم دارم. همچنین لازم است از زحمات استاد محترم مشاور خانم دکتر سیده فاطمه حق‌دوست اسکوئی تشکر و قدردانی نمایم.

سپاس و قدردانی خود را از اساتید محترم ناظر نیز اعلام می‌دارم.

از معاونین محترم آموزشی و پژوهشی دانشکده، ریاست محترم اداره آموزش، مسئول محترم تحصیلات تکمیلی و دانشجویان و فارغ‌التحصیلان محترم دوره دکترای دانشکده که در جریان این تحقیق راهگشا بودند تشکر و قدردانی می‌نمایم.

پژوهشگر از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و همچنین کلیه افرادی که به نحوی امکان حضور بنده را در محیط پژوهش تسهیل کردند، تشکر و قدردانی می‌نماید.

پژوهشگر همچنین از خانواده خود که در طول مدت تحقیق با صبر و گذشت موجبات آسودگی خاطر و کار مستمر را فراهم نمودند تشکر می‌نماید.

فهرست مطالب:

۱	فهرست مطالب:
ج	چکیده فارسی:
۱	فصل اول: معرفی پژوهش
۲	بیان مسئله:
۶	اهداف پژوهش
۶	هدف کلی
۶	اهداف ویژه
۶	سؤالات پژوهش
۸	فصل دوم: مروری بر متون
۹	فلسفه و چارچوب نظری مطالعه
۱۴	تعامل گرایی نمادین
۱۷	گراندتئوری
۲۳	مروری بر مفهوم مرگ و مردن
۳۴	مرگ و پرستار
۳۶	نظریه‌های سوگ و داغداری
۳۶	نظریه بالبی
۳۶	نظریه کوبلر راس
۳۸	نظریه بیوکمن
۳۸	پژوهش‌های انجام شده پیرامون موضوع رویارویی پرستار با مرگ بیمار
۵۵	فصل سوم: روش پژوهش
۵۶	روش پژوهش
۵۹	جامعه پژوهش
۵۹	نمونه پژوهش
۶۰	فرآیند نمونه‌گیری
۶۱	محیط پژوهش
۶۱	روش جمع‌آوری داده‌ها
۶۲	فرآیند جمع‌آوری داده‌ها
۶۳	تحلیل داده‌ها

۶۶	اعتبار داده‌ها
۶۹	ملاحظات اخلاقی
۶۹	محدودیت‌های پژوهش
۷۱	فصل چهارم: نتایج پژوهش
۷۳	مشخصات فردی شرکت‌کنندگان
۷۳	یافته‌های پژوهش
۹۸	تبیین نظری یافته‌ها
۹۹	الف: شوک و اندوه
۹۹	ب: حلاجی کردن
۹۹	ج: تبرئه خود
۹۹	د: پذیرش
۱۰۰	هـ: احساس گناه
۱۰۰	و: فراموشی تدریجی
۱۰۰	ز: توجیه
۱۰۲	فصل پنجم: بحث پیرامون یافته‌های پژوهش و نتیجه‌گیری
۱۰۵	مفاهیم پدیدار شده در طول مطالعه
۱۰۶	شوک و اندوه
۱۱۲	حلاجی کردن
۱۱۶	تبرئه خود
۱۱۸	پذیرش
۱۲۲	احساس گناه
۱۲۵	فراموشی تدریجی
۱۲۷	توجیه
۱۲۸	نتیجه‌گیری نهایی
۱۳۲	کاربرد یافته‌ها
۱۳۵	پیشنهادات برای پژوهش‌های بعدی
۱۳۷	منابع

چکیده فارسی:

مقدمه: مواجهه با مرگ بیمار می‌تواند برای پرستار تجربه‌ای دردناک، پریشان‌کننده و گاهی حتی ترسناک باشد. علیرغم وجود منابع فراوان در مورد تعامل پرستار- بیمار و کیفیت مراقبت‌های انتهای عمر، مطالعات اندکی وجود دارند که به تجربه پرستاران در این زمینه پرداخته باشند. درحالی‌که دانستن این تجربه راه را برای کمک به این پرستاران در کنار آمدن با احساسات خود می‌گشاید و در منابع موجود هم بر نیاز به انجام پژوهش در این زمینه تأکید شده است.

روش پژوهش: این پژوهش کیفی از روش گرانددتئوری برای مطالعه پرستارانی که با مرگ بیماران خود مواجه شده‌بودند استفاده کرد تا کشف کند پرستاران چه مراحل را در واکنش به مرگ مدجویان خود تجربه می‌کنند. در طی این پژوهش با هجده پرستار در سه بیمارستان آموزشی شهر اصفهان، حداکثر تا سه بار مصاحبه انجام شد. شرکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند و نظری انتخاب شدند. این پرستاران تجربه مرگ بیمار خود را داشتند و قادر بودند احساسات خود را بخوبی بیان نمایند.

نتایج: در جریان تحلیل داده‌ها، هفت مفهوم "شوک و اندوه"، "حلاجی‌کردن"، "احساس گناه"، "تبرئه خود"، "پذیرش"، "فراموشی تدریجی" و "توجیه" ظاهر شد و کشف ارتباط بین این مفاهیم به "نظریه سوگ حرفه‌ای پرستاران" انجامید. مفهوم "حلاجی‌کردن" به‌عنوان طبقه مرکزی، و "احساس گناه" به‌عنوان مشکل اصلی روانی- اجتماعی مدجویان شناسایی شد.

بحث: نظریه سوگ حرفه‌ای پرستاران، با دیدگاه "پرستار به‌عنوان مددجو"، مراحل را که پرستاران در واکنش به مرگ بیماران خود تجربه می‌کنند را بیان می‌کند. با دانستن این مراحل و توسعه نگاه به پرستاران به‌عنوان مددجویی که پس از مرگ بیمار به کمک برای کنار آمدن با احساسات خود نیاز دارد؛ می‌توان به ارتقاء سطح سلامت روانی پرستاران و از این راه به ارتقاء سطح مراقبت از مدجویان نائل شد.

کلیدواژه‌ها: مرگ و مردن، پرستار، بیمار، سوگ حرفه‌ای.

فصل اول

معرفی پژوهش

در این فصل ابتدا به بیان مسئله پرداخته می‌شود و سپس موضوع، اهداف و سؤالات پژوهش بیان خواهد شد.

بیان مسئله:

انسان در اوج عظمت و اصالت آفریده شده است. او در میان موجودات عالم موجودی با ارزش و شاهکاری گرانبهاست. خداوند موقعیت انسان را در این جهان پهناور مادی همچون یک فرمانروای قدرتمند قرار داده و همه امکانات و تجهیزات این جهان را به سود او و برای بهبود زندگی وی مسخر نموده است [۱].

انسان فطرتاً به حیات جاوید مشتاق بوده آرزوهایش بیکران است. به طوری که در طول زندگی خود کاخی از یادگاری برای خود می‌سازد که همان گذشته اوست. اما او آینده‌گرا است. منتظر هدف‌ها و چشم‌اندازهایی است که هم ارضاء لذت‌بخش و هم لذت سازندگی را به او می‌دهد. وی آفریده شده است تا مسئولیت و تکلیف را در این زندگی کوتاه بر دوش کشد و از خامی به‌در آید و پختگی لازم را برای زندگی دیگری که جاودانه و ابدیتی پایان ناپذیر است، به‌دست آورد. سرانجام مرگ فرد فرا می‌رسد و این جهان را با هزاران امید و آرزو ترک می‌کند [۲].

مرگ تنها رویدادی است که همه انسانها از وقوع آن در آینده مطمئن هستند. اما رسیدن به لحظات پایان زندگی همواره در اندیشه‌ها پس زده می‌شود. در واقع آگاهی به این که روزی فرد باید بمیرد، برای خیلی از مردم رنگ واقعیت ندارد. مرگ مانند تولد، امری عادی و طبیعی است و در همه افراد بالقوه وجود دارد و علیرغم تمام تفاوت‌های موجود در شیوه زندگی افراد، دیر یا زود رخ می‌دهد [۳].

مرگ از دیرباز به عنوان پدیده‌ای اسرارآمیز ذهن بشر را به خود مشغول کرده است. انسانها بر اساس فلسفه حاکم بر ذهن خود، برداشتهای گوناگونی از مرگ دارند و طبعاً روش رویارویی آنها با این پدیده مختلف است [۴].

اگرچه رخداد مرگ در ادامه زندگی روندی طبیعی است، اما تحمل مرگ عزیزان برای هر انسانی دشوار می‌باشد [۵] و سوگ یکی از دردناک‌ترین احساسات بشر محسوب می‌شود که با واکنش‌های مختلفی از غم و اندوه، ناامیدی، تحریک‌پذیری، آزرده‌گی، گریه و عصبانیت گرفته تا بروز اختلال در تمرکز، خوردن و خوابیدن همراه است [۶]. از دست‌دادن یک بیمار یا یک همکار نیز برای پرستاران تجربه دردناکی است که اغلب کمتر از حدی که شایسته است به آن توجه می‌شود [۷].

اعضاء تیم مراقبت اغلب از چندین بیمار بدحال بطور همزمان مراقبت می‌کنند و امکان دارد همزمان آنها را از دست بدهند [۸]. پرستاران از جمله افرادی هستند که بیش از سایر گروه‌های حرفه‌ای در ارتباط با بیماران مبتلا به وضعیت‌های غیر قابل درمان قرار می‌گیرند و مسائلی همچون یافتن روش مناسب برای برقراری ارتباط با این افراد، گفتن یا نگفتن واقعیت به آنها و به افراد خانواده آنها و کمک به ایشان در پذیرفتن این امر، و همچنین کمک به نزدیکان بیمار در طی فرآیند واکنش سوگ، پرستاران را به چالش وامی‌دارد. اگرچه مستندات بسیاری در مورد مراقبت تسکینی^۱ بیماران روبه مرگ وجود دارد (از جمله [۹-۱۲]) اما در جستجوهای انجام شده، منابع در مورد اثرات این مراقبت بر پرستاران از نظر روحی، روانی، عاطفی و غیره بسیار اندک بود. مرگ و مردن معمولاً با درد و ناخوشی همراه است. مراقبت طولانی در مراکز درمانی و مراقبتی نیازهای جسمی و عاطفی زیادی را از کارکنان طلب می‌کند که این خود، تنش آنها را افزایش می‌دهد. این استرس را می‌توان به صورت ناسازگاری کارکنان، احساس افسردگی، سوگ و گناه، اختلال در روابط خانوادگی، و احساس ناامنی و بی‌پناهی مشاهده کرد [۸]. بسیاری از پرستاران به دلیل مراقبت از بیماران بدحال، در معرض اثرات جسمی و عاطفی تجربه مرگ قرار می‌گیرند. اگرچه به پرستاران آموخته‌اند که چگونه از بیمار و خانواده او در طی مراحل سوگ حمایت کنند، اما اغلب به نیاز خود در این شرایط واقف نیستند [۵]. ضمن این‌که وقتی بیماری می‌میرد، پرستار فرصت کمی برای عزاداری و طی کردن فرآیند سوگ دارد. مطالعه استین و وینوکر^۲ (۱۹۹۸) مبین آن است

^۱ Palliative care

^۲ Stein and Winokuer

که اداره نشدن سوگ کارکنان می‌تواند با افزایش دادن حوادث، از دست دادن فرصت‌ها، غیبت، و کاهش بهره‌وری میلیاردها دلار در سال هزینه در پی داشته باشد [۸].

افراد شاغل در حرفه‌های درمانی که بطور مکرر در معرض مرگ بیمار قرار می‌گیرند، ممکن است از راه انکار مرگ واکنش نشان دهند که آنها را از نظر روانی برای حمایت از مددجویی رو به مرگ ناتوان می‌کند. بروز این حالت تدافعی در کارکنان شاید به دلیل پیشرفت فن‌آوری‌های درمانی و تغییر ساختار سازمانی نظام سلامت (بخصوص در کشورهای صنعتی غرب) باشد، که موجب عمومیت یافتن نوعی طرز نگاه ماشینی، از موضع قدرت، به مددجویان شده است [۱۳]. پرستاران معمولاً رضایت شغلی خود را در مشاهده بهبودی افرادی می‌یابند که از آنها مراقبت می‌کنند [۱۴].

اما، از آنجا که جامعه غربی از لحاظ فرهنگی جامعه‌ای مرگ‌گریز است، آموزش‌های حرفه‌ای پرستاری به دانشجویان چنین الفاء می‌کند که مرگ مددجو معادل ناتوانی حرفه‌ای است. این دیدگاه، همراه با راهبردهایی که پرستاران برای انطباق خود با سازمان (به منظور حفظ شغل خود) به کار می‌گیرند، و فرسودگی کارکنان دست به دست یکدیگر داده تا این حالت ماشینی شدن مراقبت از مددجویان رو به مرگ ادامه یابد [۱۳]. شاید به همین دلایل است که فراهم نمودن مراقبت مناسب در پایان عمر یکی از دغدغه‌های اصلی پرستاران و عموم مردم شده است. بکستراند (۲۰۰۶) ضمن تأیید این نکته معتقد است که محیط پرتجهیزات بیمارستان شاید مناسب چنین مراقبتی نباشد. اجرای ملاحظات خاص توسط پرستاران در حین مراقبت ویژه از بیماران، شاید بتواند کیفیت مراقبت پایان عمر را بهبود بخشیده "مرگ خوب" را برای بیماران به ارمغان آورد [۱۵].

اگر بخواهیم آنچه که از قول پژوهشگران و نویسندگان مختلف در مورد مرگ و موقعیت فعلی نظام سلامت غرب تا اینجا بیان شد را خلاصه کنیم می‌توان گفت رویکرد اصلی در نظام سلامت غربی، که زیربنای نظام سلامت ما را نیز تشکیل می‌دهد، نفی مرگ است. به این معنی که همه تلاش آن در جهت حفظ زندگی افراد و درمان کامل آنهاست و مرگ بیمار در این نظام، نوعی شکست تلقی می‌شود. اغلب پزشکان و کارکنان درمانی در مواجهه با بیماری‌ها یا حالت‌هایی که به مرگ بیمار منجر می‌شود سعی می‌کنند همه امکانات موجود از جمله تجهیزات، داروها و دانش و تخصص موجود را به کار ببرند تا بیمار را به زندگی برگردانند گویا به واقعیتی به نام مرگ توجه ندارند و آن را نادیده می‌گیرند. این همان پدیده‌ای است که این نویسندگان از آن به عنوان انکار مرگ یاد کرده‌اند. انکار مرگ باعث می‌شود که در آماده کردن بیمار و افراد خانواده او برای پذیرش مرگ، و ارائه مراقبت‌های انتهای عمر با هدف ارتقاء کیفیت فرصت باقی‌مانده زندگی بیمار، تأخیر شود و گاهی حتی فرصتی برای ارائه این مراقبت‌ها باقی نماند. امروزه توجه به این مسئله در

جوامع غربی رو به افزایش است و بخصوص در متون پرستاری روی مراقبت پایان عمر و افزایش کیفیت زندگی تأکید بیشتری می‌شود. اما در این میان آنچه اغلب از قلم می‌افتد، خود پرستارانی هستند که از آنها انتظار می‌رود این مراقبت‌ها را ارائه دهند.

با این‌که مراقبت از بیماران رو به مرگ یکی از تنش‌زاترین حیطه‌های کار پرستار شناخته می‌شود، هنوز پژوهش کافی در مورد چگونگی مواجهه‌شدن پرستاران با این جنبه از کارشان انجام نشده است [۱۶]. مسلم است که روحیه خوب پرستار شرط اساسی برای ارائه مراقبت و حمایت مناسب به مددجویان رو به مرگ و خویشاوندان داغدار ایشان می‌باشد. اگر پرستاران دیدگاه منفی به مرگ داشته باشند، اضطراب آنها به صورت عدم تمایل به صحبت کردن در مورد مرگ، فکر کردن به آن یا بودن در کنار بیمار رو به مرگ تظاهر می‌کند [۱۷]. این امر بنوبه خود می‌تواند بر کیفیت مراقبت پرستاران تأثیر نامطلوبی داشته باشد؛ اما با توجه به کمبود دانش ما در این زمینه هنوز سؤالات زیادی وجود دارد که برای طراحی و ارائه این نوع مراقبت، پاسخ دادن به آنها ضروری است. از جمله این‌که چه ویژگی‌هایی در مددجویان و یا پرستاران وجود دارد که با شدت علائم مربوط به سوگ مرتبط است؟ آیا تعدد مواجهه با مرگ بیماران یا طول مدت مواجهه (سابقه کار) تأثیر این تجربه را روی پرستار تغییر می‌دهد؟ این مواجهه چه واکنش‌هایی در پرستار ایجاد می‌کند و آیا این واکنش‌ها در انجام وظایف پرستار بر بالین مددجویان اختلالی ایجاد می‌کند؟ چه منابع حمایتی برای پرستار وجود دارد؟ و سؤالات دیگری که هنوز پاسخ مناسبی برای آن در دسترس نیست.

در مقالات منتشر شده در مورد مرگ و مردن نیز تأکید بر لزوم انجام کارهای تئوریک در این زمینه، بویژه اثرات آن بر مراقبت‌کنندگان به چشم می‌خورد [۱۸-۲۱]. تقریباً همه متون مربوط به مرگ در پرستاری، انتظاراتی که از پرستار در مراقبت‌های مربوط به مرگ و مردن وجود دارد را مطرح کرده‌اند [۲۲-۲۵]. اما در میان آنها تعداد انگشت‌شماری هستند که به نیازهای پرستاران حین ارائه این نوع مراقبت‌ها توجه کرده باشد. پرستار، پیش از این‌که فردی حرفه‌ای و دارای مسئولیت‌های شغلی خود باشد، انسانی است مثل همه انسانهای دیگر، دارای احساس و عواطف انسانی که به هر حال تحت تأثیر وقایع اطرافش قرار می‌گیرد و او نیز در مقابل ناملايمات نیاز به حمایت دارد. در اینجا است که پرستار خود مددجو می‌شود و به مراقبت مخصوص نیاز دارد. طراحی این روش خاص مراقبت است که لزوم انجام این پژوهش را نشان می‌دهد. پژوهشگر نیز با درک همین نیاز در طی چند سال تجربه کار بالینی، در هنگام کار به عنوان عضو هیأت علمی

خط پژوهشی خود را "مخاطرات شغلی پرستاران" انتخاب کرد و اینک موضوع رساله خود را در همین راستا، با انگیزه امید کمک به همکاران خود در بالین بیماران برگزیده است. انتظار می‌رود انجام این پژوهش به دستیابی به تئوری یا مدلی منجر شود که روند روبرو شدن یا رویارویی پرستاران را با مرگ بیماران توجیه کند و روش‌های مورد استفاده آنان را در مواجهه با فقدان مددجویان توصیف نماید. دستیابی به این اطلاعات می‌تواند به ما کمک کند که بتوانیم استراتژی مناسبی برای حمایت از پرستاران و جلوگیری از سرخوردگی و فرسودگی شغلی آنها، و خسارات ناشی از گرفتاری روحی- روانی آنها اتخاذ کنیم. این امر می‌تواند به بهبود کیفیت مراقبت از بیماران رو به مرگ و خانواده آنان، و افزایش بهره‌وری پرستاران منجر شود.

اهداف پژوهش

هدف کلی

کشف فرآیند رویارویی پرستاران با مرگ بیماران

اهداف ویژه

- توصیف عوامل مؤثر بر روند رویارویی با مرگ
- تبیین نظری رویارویی پرستاران با مرگ بیماران

سوالات پژوهش

سؤال این پژوهش چنین است:

"پرستاران چه مراحل را در واکنش به مرگ بیماران خود تجربه می‌کنند؟"

آنچه پژوهشگر را به انتخاب این موضوع رهنمون شده است، دوگانگی موجود در رفتار پرستارانی است که در بالین کار می‌کنند و پژوهشگر در تجارب بالینی خود مواردی از آن را مشاهده کرده است. برخی از پرستاران به نظر می‌رسد به راحتی با کار در بخش‌های پر مرگ و میز خو گرفته‌اند و مرگ مکرر مددجویان مختلف را بخوبی تحمل می‌کنند؛ درحالی که برخی دیگر از پرستاران با شدت‌های متفاوت از خود غم و اندوه و حتی درجاتی از افسردگی یا استرس را در رویارویی با مرگ مددجویان بروز می‌دهند، و دیگر پرستاران حتی از تصور کار در بخش‌های پر مرگ و میر وحشت دارند. سؤالی که ذهن پژوهشگر را به خود مشغول کرده است، عواملی است که باعث این تفاوت در عملکرد پرستاران می‌شود. به عبارت دیگر، چگونه برخی از پرستاران با موقعیت

شغلی خود، از نظر مواجهه مکرر با مرگ مددجویان، سازش پیدا می‌کنند و بعضی دیگر نمی‌توانند با چنین موقعیتی کنار بیایند؟

به منظور یافتن پاسخ این پرسش، پژوهشگر پژوهش کیفی را انتخاب کرد زیرا رسالت تحقیق کیفی درک عمیق چرایی و چگونگی پدیده‌ها، و پرتو افکندن بر وقایع، هنجارها و ارزشها از نگاه مشارکت‌کنندگان در تحقیق است [۲۶]. تحقیق کیفی مثل آشپزی است، که ما هر روز در روند زندگی خود آن را انجام می‌دهیم. ما به‌طور مداوم باید مسائلی را حل کنیم برای این‌که بفهمیم چگونه با افراد مختلف در موقعیت‌های گوناگون رفتار کنیم. بنابر این به‌طور همزمان هم باید بررسی کنیم که رفتار دیگران چگونه است و هم باید درک کنیم که رفتار ما با آنها چگونه باید باشد [۲۷].

از میان رویکردهای مختلف تحقیق کیفی، روش گرانددتئوری^۱ بهتر از سایر روشها می‌توانست به پژوهشگر در دستیابی به پاسخ پرسش‌های پژوهش کمک کند. زیرا با این رویکرد می‌توان با تجسس در فرآیندهای اجتماعی که در تعاملات انسانها ظهور می‌یابد، به شرح ساختارها یا فرآیندهای اجتماعی کلیدی نهفته در این اطلاعات پرداخت [۲۸] و به دستیابی به یک تئوری یا مدل در زمینه مورد پژوهش نائل شد؛ یا تئوری موجود را در پرتو یافته‌های جدید تعدیل کرد [۲۹].

مفهوم مرگ و واکنش پرستاران در مقابل آن، پدیده‌ای روزمره در حرفه پرستاری است که در مورد آن دانسته‌های اندکی وجود دارد. مفاهیمی که دانستن آنها اهداف ویژه این پژوهش را تشکیل می‌دهند نیز موضوعاتی زنده و مربوط به سوژه‌های انسانی است. لذا پژوهش کیفی رویکرد مناسبی برای رسیدن به این اهداف می‌باشد. از سوی دیگر فرآیند رویارویی پرستاران با مرگ بیماران در طی فرآیندهای اجتماعی مختلف در تعامل پرستار با بیمار، افراد خانواده بیمار و همکاران پرستار رخ می‌دهد. پس بهترین انتخاب پژوهشگر به‌عنوان روش پژوهش، گرانددتئوری بود تا بتواند این فرآیندهای اجتماعی را کشف و توصیف نماید تا به تبیین نظری فرآیند رویارویی پرستاران با مرگ بیماران نائل گردد.

^۱ Grounded theory

فصل دوم

مروری بر متون

این فصل شامل فلسفه هدایت‌کننده مطالعه و مروری بر مفاهیم، پدیده و نظریه‌های مربوط و تحقیقات انجام‌شده پیرامون موضوع مرگ، مردن و پرستار است.

فلسفه و چارچوب نظری مطالعه

معادل انگلیسی کلمه "پژوهش"^۱ به گونه‌ای ناگشودنی به امپریالیسم و استعمار اروپایی گره خورده است! دنزین و لینکلن (۲۰۰۵) به نقل از اسمیت (۱۹۹۹) ادامه می‌دهند، خود این کلمه شاید یکی از منفورترین واژه‌ها در فرهنگ ملل مستعمره باشد چرا که بر بدترین جنبه‌های استعمار دلالت داشته‌است. زیرا بوسیله پژوهش بود که دانش مربوط به مردم بومی جمع‌آوری و دسته‌بندی شده به جهان غرب عرضه شده‌است. این واژه یادآور خشم، خفقان و عدم اعتماد است. این کلمه آنقدر قدرتمند بوده‌است که بومیان نواحی مستعمره حتی در مورد پژوهش شعر سروده‌اند و آن را یکی از سخیف‌ترین میراث‌های استعمار دانسته‌اند [۳۰].

از دید تاریخی، پژوهش کیفی اگرچه در همه، در بیشتر شکل‌های آن (مشاهده، مشارکت، مصاحبه، اتنوگرافی) اشاره‌ای استعاره‌ای به دانش استعماری و به مفهوم قدرت، یا حقیقت داشته‌است. پژوهش چه کمی باشد چه کیفی، علمی است. تحقیقات همواره پایه و اساس گزارشات را در مورد معرفی "دیگران" تشکیل می‌داده‌است. لذا در بستر تاریخی استعمار، پژوهش به روش عینی برای معرفی غریبه‌های تیره‌پوست به جهان سفید مبدل شد. ملت‌های استعمارگر به علوم انسانی، بویژه جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی تکیه کردند تا در مورد جهان ناآشنا و خارجی تولید دانش کنند.

¹ Research.

این بستگی تنگاتنگ به پروژه استعمار، به طور بارزی بر تاریخ طولانی و نگران‌کننده پژوهش کیفی اثر گذاشت تا آن را مبدل به یک واژه منفور کرد [۳۰]. شاید به همین دلیل باشد که توجه به رویکرد کیفی در پژوهش و گسترش آن، بخصوص در جهان سوم با تأخیر صورت گرفته است. نظر به این که زیربنای فلسفی این مطالعه با مرور سیر تاریخی آن بهتر بیان می‌شود، در اینجا به سیر تاریخی ظهور و تکامل روش‌های پژوهش کیفی بویژه گراند‌تئوری و زیربنای فلسفی آن یعنی تعامل‌گرایی نمادین می‌پردازیم.

از قرن نوزدهم به این طرف، رویکرد سنتی و مورد علاقه به پژوهش در علوم اجتماعی و رفتاری رویکرد کمی بود. تحقیق کمی ریشه در اثبات‌گرایی^۱ و پارادایم اولیه علوم طبیعی دارد که علوم اجتماعی را در طول قرن نوزدهم و نیمه اول قرن بیستم تحت تأثیر قرار داده است.

اثبات‌گراها رویکرد علوم طبیعی را با آزمایش نظریه‌ها و فرضیات دنبال می‌کنند. روشهای علوم طبیعی بخصوص در فیزیک از قرون هفدهم، هیجدهم و نوزدهم ریشه می‌گیرد. در اوایل قرن نوزدهم یک فیلسوف فرانسوی به نام کومت^۲ (۱۸۵۷-۱۷۹۸)، که واژه‌های پوزیتیویسم و سوسیولوژی هم از ابداعات اوست، پیشنهاد کرد که شاخه نوظهور علوم اجتماعی باید به همان شیوه علوم طبیعی با پذیرفتن روشهای تحقیق علوم طبیعی پیشرفت کند [۳۱].

نیاز به عینیت‌گرایی و فاصله افتادن بین محقق و آنچه مطالعه می‌شود یکی از اصول تحقیقات کمی است تا به این ترتیب از تورش اجتناب شود. در دوران اوج اقتدار اثبات‌گرایی، پژوهشگران به جستجوی الگو و نظم می‌پرداختند و بر این باور بودند که قوانین و قواعد عمومی و اصول کلی برای کنش‌های انسان نیز وجود دارد. آنها فکر می‌کردند که یافته‌ها می‌تواند و باید قابلیت تعمیم به همه موقعیت‌ها و محیط‌های مشابه را داشته باشد. پس آنها باور داشتند که براساس این قوانین، رفتار قابل پیش‌بینی است. حتی امروزه نیز بسیاری از محققین فکر می‌کنند که اندازه‌گیری‌های عددی، تحلیل آماری و جستجو برای یافتن علت و معلول در دل همه پژوهش‌ها جای دارد. آنها احساس می‌کنند که جداسازی و عینی بودن امکان‌پذیر است، و اندازه‌گیری‌های عددی به دانش عینی منجر می‌شود. در این رویکرد اثبات‌گرایانه، پژوهشگر چارچوب نظری، قالب‌های نمونه‌گیری و ساختار پژوهش را کنترل می‌کند. این نوع تحقیق در جستجوی روابط علی بوده بر پیش‌بینی و کنترل تأکید دارد. پژوهش با رویکرد اثبات‌گرا از یک دیدگاه نظری منشأ می‌گیرد و اغلب، و البته نه همیشه، یک فرضیه قبل از شروع تحقیق تعیین می‌شود. مدل علمی مورد پذیرش

¹ Positivism

² Comte

آن، فرضیه‌ای - قیاسی است که از کل به جزء حرکت می‌کند و هدف اصلی آن آزمایش نظریه است. خطر این رویکرد آن است که پژوهشگران ادراکات دنیای اجتماعی را عینی یا قطعی تلقی می‌کنند و از تفاسیر ذهنی روزمره و زمینه تحقیق غافل می‌مانند [۳۱].

در علوم اجتماعی، کارهای مکتب شیکاگو در دهه‌های ۱۹۲۰ و ۱۹۳۰ اهمیت تحقیق کیفی را در مطالعه زندگی گروه‌های انسانی به اثبات رساند. در انسان‌شناسی در همان دوران، مطالعات تبیین‌کننده نظام، توسط بوآس، مید، بندیکت، باتسون و دیگران^۱ خطوط کلی روش کار در عرصه را ترسیم کرد. موضوع مورد بحث روشن و واضح بود؛ مشاهده‌گر برای مطالعه فرهنگ، آداب و رسوم و عادات یک گروه انسانی دیگر به محل زندگی آنها سفر می‌کرد. این گروه انسانی مورد مطالعه اغلب کسانی بودند که در مسیر مهاجران سفیدپوست اقامت داشتند. گزارش‌های اتنوگرافی این گروه‌ها در راه راهبردهای استعماری، روش‌های کنترل خارجی‌ها، مخالفین یا آشوبگران بومی به‌کار گرفته می‌شد. در اندک زمانی پژوهش‌های کیفی در سایر علوم اجتماعی و رفتاری، از جمله دز آموزش (به‌خصوص کارهای دیوئی^۲)، تاریخ، علوم سیاسی، و ارتباطات نیز به‌کار گرفته شد [۳۲]. در دهه ۱۹۶۰ دیدگاه سستی علم از نظر اهداف و روش‌های آن مورد انتقاد دانشمندان هر دو حیطه علوم طبیعی و اجتماعی قرار گرفت. دیدگاه‌های جدید و تکامل‌یافته مختلف برخاسته از رشته‌هایی چون زیست‌شناسی و روانشناسی از رویکرد ساده‌انگارانه اثبات‌گرا فراتر بود و پژوهشگران کیفی از آن هم جلوتر رفتند [۳۱].

در واقع شناسایی محدودیت‌های پژوهش کمی و تغییر باورها به سمت پذیرش ناتوانی‌های علوم تجربی زمینه‌ساز ظهور و تکامل رویکرد کیفی شد. پرستاران نیز در طی دو دهه اخیر دریافته‌اند که درک معانی و حقایق امور با پژوهش‌های کمی میسر نیست. هدف پژوهش کیفی تدارک مقدمات درک و فهم تجربه از دیدگاه کسانی است که با آن زندگی کرده‌اند. برای درک بهتر حقیقت، تعامل بین پژوهشگر و افراد شرکت‌کننده در پژوهش لازم است. پژوهشگران کیفی معتقدند "عینیت دانش، افسانه‌ای بیش نیست" [۲۶].

اگرچه تحقیقات کمی می‌توانند وقایع، شرایط و روابط علی را به خوبی توضیح دهند اما از خلق داده‌های غنی که حاصل درک پدیده در شرایط طبیعی باشد ناتوانند [۳۳]. پژوهش‌های کیفی، به مسائلی پاسخ می‌دهند که با تحقیق کمی دستیابی به آن میسر نیست. پژوهشگران کیفی با حضور

¹ Boas, Mead, Benedict, Bateson, Evans-Pritchard, Radcliff-Brown and Malinowski

² John Dewey (1859-1952)

در محیط طبیعی می‌کوشند پدیده‌ها و شرایط طبیعی زندگی مردم را درست همانند خود آن‌ها درک و تفسیر کنند [۳۴].

موضوعات کیفی موضوعاتی هستند که از طریق روش‌های کمی بخوبی قابل درک نیستند، یا قبلاً مورد بررسی زیادی قرار نگرفته و اطلاعات مناسبی در مورد آنها وجود ندارد [۲۸]. پژوهش کیفی عمدتاً مبتنی بر استدلال استقرایی است. تمرکز این نوع تحقیق بر فرآیندی است که طی آن مفاهیم در یک بافت مشخص معنا پیدا می‌کنند [۳۵]. داده‌های مطالعات کیفی، داده‌هایی ذهنی و برگرفته از ادراکات و عقاید شرکت‌کنندگان در مطالعه و پژوهشگر هستند. یافته‌های حاصل از یک مطالعه کیفی منجر به درک یک پدیده در یک موقعیت خاص می‌شود و قابل تعمیم نیست، اما بینشی ایجاد می‌کند که آن را می‌توان به صورت گسترده‌تر به کار برد. بینش حاصل از مطالعات کیفی می‌تواند راهنمایی برای فعالیت‌های پرستاری نیز باشد و به فرآیند نظریه‌پردازی کمک نماید [۳۶]. رسالت تحقیق کیفی درک عمیق چرایی و چگونگی پدیده‌ها است و به روشن‌سازی وقایع، هنجارها و ارزش‌ها از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در پژوهش کمک می‌کند [۳۷]. به همین دلیل است که تحقیقات کیفی مورد توجه برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران قرار گرفته‌است [۳۸].

تحقیق کیفی رویکردی روش‌مند و ذهنی برای توصیف تجربیات زندگی و معنا دادن به آنها می‌باشد. به‌کارگیری این رویکرد در پرستاری از اواخر دهه ۱۹۷۰ میلادی آغاز شد. تحقیق کیفی بر فهمیدن کل تمرکز داشته با فلسفه (جامع‌نگری) حرفه پرستاری منطبق است. در چارچوب جامع‌نگر تحقیق کیفی وسیله‌ای برای جستجوی عمق معنا و پیچیدگی موجود در پدیده‌هاست [۳۹].

پژوهشگران کیفی دیدگاهی انسان‌محور و کل‌نگر را پذیرفته‌اند. این رویکرد به درک تجارب انسانی کمک می‌نماید و به‌همین دلیل، یافته‌های حاصل از آن برای کارکنان نظام سلامت که به مراقبت، ارتباط و تعامل توجه دارند، اهمیت دارد. پرستاران و ماماها پژوهشگر با این دیدگاه درباره انسان‌ها به کسب دانش و بینش می‌پردازند. انسان‌هایی که یا مددجوی آن‌ها هستند یا همکاران آن‌ها، یا متخصصین دیگری که با آنها همکاری دارند. این پژوهشگران گزارشات عمیقی تولید می‌کنند که تصویر زنده‌ای از واقعیت شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد. این پژوهشگران نه تنها بر حالات بالینی خاص و وظایف حرفه‌ای یا آموزشی خودشان، بلکه همچنین بر انسان با زمینه اجتماعی و فرهنگی‌اش تمرکز دارند. تحقیق کیفی پرستاری و مامایی هم آوا با ماهیت پدیده‌های است که مورد آزمایش قرار می‌دهد؛ هیجان‌ات، ادراکات و کنش‌ها، تجارب کیفی هستند [۳۱].