

Explaining Nurses' Experiences in Caring for Patients Hospitalized in the Intensive Care Unit: A Qualitative Content Analysis

Ali Asghar Jesmi^{1*}, Fatemeh Ardaneh², Afsaneh Garshad³, Shakiba Mozari⁴

1. Ph.D. in nursing, Assistant professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
2. MSc. in Nursing, Sabzevar University of Medical Sciences, sabzevar, Iran
3. MSc. in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, North of Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran
4. Assistant Professor of critical care medicine, department of Anesthesiology, School of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Received: 2024/11/27

Accepted: 2024/01/12

Abstract

Introduction: Caring for patients with decreased levels of consciousness requires a profound understanding of their needs. This study aims to explain nurses' experiences in caring for patients hospitalized in the Intensive Care Unit with a decreased level of consciousness.

Materials and Methods: This study was conducted in 2022 using conventional content analysis on 18 participants. Data collection methods included semi-structured interviews, observations, and field notes. All interviews took place in the ICU break room, which lasted between 20 and 50 minutes. The first and second researchers conducted and recorded the interviews using mobile devices. Lincoln and Guba's criteria were applied to assess the verifiability and robustness of the data.

Results: A total of 1,623 initial codes were identified. After removing duplicates, 597 primary codes remained, which were categorized into 11 subcategories and then merged into four main categories based on similarities. The main theme identified was "Professional Care of Comatose Patients"

Conclusion: Despite facing numerous challenges, nurses demonstrate a high level of responsibility, sensitivity, and compassion in their care for patients with decreased levels of consciousness. They strive to provide as comprehensive care as possible for these patients.

***Corresponding Author:** Ali Asghar Jesmi

Address: Ph.D. in nursing, Assistant professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, sabzevar, Iran

Tel:

E-mail: jesmiaa@gmail.com

Keywords: Coma, Care, ICU, Content Analysis, Nurse

How to cite this article: Asghar Jesmi A, Ardaneh F, Garshad A, Mozari SH. Explaining Nurses' Experiences in Caring for Patients Hospitalized in the Intensive Care Unit: A Qualitative Content Analysis, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2025; 32(2):134-143, DOI: 10.30468/jsums.2025.7984.3180.

Introduction

A coma is a state in which a patient exhibits no response to external stimuli. Annually, approximately 20 million patients with coma are admitted to hospitals, with around 80% requiring specialized treatment and care. Due to the high dependency of patients with reduced levels of consciousness on nursing care, exacerbated by long-term hospitalization and complex medical conditions, the quality of nursing care significantly impacts patient outcomes. Nurses spend substantial time at the bedside, facing unique challenges while caring for these patients.

Caring, derived from the Latin word "cura," embodies concern and compassion and represents the core value of the nursing profession. Nursing care encompasses assisting, supporting, and facilitating activities aimed at meeting the needs of individuals or groups to enhance their quality of life. The concept of caring profoundly influences interpersonal relationships because human beings are inherently social. Nurses' efforts in various clinical and non-clinical roles are directed toward improving patient care quality, particularly for comatose patients, whose care is influenced by the characteristics of the caregivers.

Methodology

This descriptive qualitative study employed semi-structured interviews, observations, and field notes as data collection tools. Interviews were scheduled according to participants' preferences and conducted in the ICU break room, lasting 20 to 50 minutes. All interviews were conducted by the first researcher and recorded on her mobile phone. Transcriptions were completed within 24 hours, followed by analysis. Additionally, the researcher documented 28 field notes based on observations in the ICU over three months.

The researcher observed the participants in different shifts for three months. To reduce the impact of the researcher's observation on the participants' performance, he attended the department as a student trainer. Data organization was facilitated using OneNote software. Content analysis was conducted using Graneheim and Lundman's methodology, where codes were generated for each semantic unit to summarize and compress the data. Subsequent analysis led to the formation of categories and subcategories. Continued examination and analysis ultimately

form the main theme. The interviews were thoroughly reviewed, treating paragraphs, sentences, or words as meaning units, which were then coded according to their latent concepts. Similarities and differences among codes were compared, and appropriate labels were assigned. The final content of categories was merged into a cohesive theme. Lincoln and Guba's criteria were utilized to ensure the study's validity and reliability. Credibility was enhanced through prolonged engagement with participants, member checking of transcripts, and audits by expert colleagues. To ensure transferability, a detailed and accurate report of participants' statements was provided for potential application in other investigations. This study received ethical approval from the Sabzevar University Ethics Committee (IR. MEDSAB.REC.1401.004).

Results

A total of 18 participants were interviewed, including six males and twelve females. Two were head nurses, while the remainder were nurse practitioners. Participants' ages ranged from 28 to 43, with work experience spanning 4 to 19 years.

The analysis yielded 1,623 initial codes. After eliminating duplicates, 597 primary codes were organized into eleven subcategories and subsequently consolidated into four main categories based on similarities. The latent meanings were synthesized into the theme "Professional Care of Comatose Patients," which comprised the following categories: "Vigilance in Care," "Accountability," "Compassion in Care," and "Spiritual Care."

Discussion

Participants shared their experiences, emphasizing vigilance in care, effective therapeutic communication, spiritual care delivery, and constant patient monitoring while caring for unconscious patients. These findings align with those of Shokati et al., who highlighted holistic care among nurses caring for comatose patients. Nurses aim to uphold the dignity of patients, which is consistent with the current study.

Holistic care is essential in nursing, as it addresses the biological, psychological, social, and spiritual dimensions of patients. The spiritual

aspect is particularly crucial in providing comprehensive care. Spirituality encompasses hope, strength, trust, meaning, purpose, forgiveness, and a connection to a higher existence. Participants expressed beliefs regarding God's presence in their lives, ethical income, and the pursuit of divine satisfaction, which profoundly influenced their professional conduct.

Empathy emerged as another critical theme among participants. It facilitates patient communication, as highlighted by Jesmi et al., who noted that nurses' empathy is central to interactions and helps them understand patients' conditions and needs in intensive care settings.

Participants demonstrated effective therapeutic communication, a behavior that researchers frequently observed among nurses. ICU nurses often employ comforting touch, described as non-task-oriented, expressive, and protective. Dehghan Neiri et al. also reported that caregivers emphasized establishing

communication, particularly spiritual communication, with unconscious patients, corroborating the present study's findings.

Conclusion

This study reveals a range of care aspects addressed by nurses, who strive to provide holistic and comprehensive care. Throughout the observation period, they demonstrated accountability, sensitivity, and compassion.

Acknowledgment

We extend gratitude to all participants who shared their experiences with the research team. This study was approved by the Research and Technology Deputy of Sabzevar University of Medical Sciences, Iran.

Conflict of Interest: The authors declare there are no conflicts of interest related to this study.

تبیین تجارب پرستاران در مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه: یک تحلیل محتوا کیفی

علی‌اصغر جسمی^{۱*}، فاطمه اردانه^۲، افسانه گرشاد^۳، شکبیا موزری^۴

۱. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۲. کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، مرکز آموزشی امداد شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۳. کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
۴. استادیار، دانشکده پزشکی، دپارتمان بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۰۷

چکیده

* نویسنده مسئول: علی‌اصغر

جسمی

نشانی: استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
تلفن:

رایانامه:

jesmiaa@gmail.com

شناسه ORCID: 0000-

0003-2671-9286

شناسه ORCID نویسنده اول:

0000-0003-2671-9286

DOI:
10.30468/jsms.2025.7984.
3180

کلیدواژه‌ها:

بخش مراقبت ویژه، پرستار، تحلیل محتوا، کما، مراقبت

زمینه و هدف: مراقبت از بیماران مبتلا به اختلال سطح هوشیاری نیازمند نگرشی عمیق نسبت به بیمار و نیازهای آنان است. هدف این مطالعه تبیین تجارب پرستاران در مراقبت از بیماران مبتلا به کاهش سطح هوشیاری در بخش مراقبت‌های ویژه است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی توصیفی است که در سال ۲۰۲۲ با استفاده از تحلیل محتوای مرسوم انجام شد. انتخاب مشارکت‌کنندگان ۱۸ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های شهر سبزوار بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها به‌وسیله مصاحبه نیمه ساختار یافته، مشاهده و یادداشت میدانی انجام شد. تمامی مصاحبه‌ها در اتاق استراحت ICU انجام گرفت. مصاحبه‌ها بین ۲۰ تا ۵۰ دقیقه به طول انجامید. تمامی مصاحبه‌ها در زمان استراحت پرستاران انجام با تلفن همراه وی ضبط گردید. جهت بررسی تائید پذیری و استحکام داده‌ها از معیارها لینکلن و گوبا استفاده شد.

یافته‌ها: در مجموع ۱۶۲۳ کد اولیه استخراج شد. پس از حذف کدهای مشابه و ادغام آن‌ها ۵۹۷ کد اولیه باقی ماند. این کدها در یازده زیر طبقه دسته‌بندی و در نهایت با توجه به شباهت در چهار طبقه "هوشیاری در مراقبت"، "مسئولیت‌پذیری"، "شفقت در مراقبت" و "مراقبت معنوی" ادغام شدند. درون‌مایه اصلی این تحلیل با عنوان مراقبت حرفه‌ای از بیماران کما توز شکل گرفت.

نتیجه‌گیری: علیرغم مشکلات و چالش‌های بسیار در بستر سیستم درمان، پرستاران در حین مراقبت هوشیاری، مسئولیت‌پذیری، شفقت زیادی از خود نشان می‌دهند. همچنین آنان تلاش می‌کنند تا بر اساس عقاید و باورهای مذهبی خود ابعاد معنوی بیمار را حین مراقبت پوشش دهند که تا حدود زیادی بادی مراقبت جامع و کل‌نگر منطق است.

مقدمه

با کاهش سطح هوشیاری به دلیل نیاز به بستری طولانی‌مدت، شرایط پیچیده نیاز به درمان و مراقبت ویژه دارند (۲). فرآیند درمان، تجهیزات الکترونیکی مانند ونتیلاتور، این بیماران به مراقبت پرستاران بستگی دارد؛ و کیفیت مراقبت پرستاران بر میزان مرگ‌ومیر آنان تأثیر بسزایی دارد (۳). با توجه به طول

کما حالتی است که در آن بیمار هیچ واکنشی به محرک نشان نمی‌دهد (۱). سالانه حدود ۲۰ میلیون بیمار مبتلا به کما در بیمارستان‌ها بستری می‌شوند و حدود ۸۰ درصد از بیماران

مطالعه شامل داشتن حداقل لیسانس پرستاری، تجربه مراقبت از بیماران کما به مدت حداقل شش ماه، هوشیاری کامل و توانایی در برقراری ارتباط و به اشتراک گذاشتن تجربیات شفاهی و معیار خروج از مطالعه عدم تمایل و انصراف از مصاحبه در حین پژوهش است. نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. پس از انجام ۱۶ مصاحبه، اطلاعات جدیدی از آزمودنی‌ها به دست نیامد سپس دو مصاحبه جهت اطمینان بیشتر انجام گرفت، از این‌رو، بعد از ۱۸ مصاحبه به اشباع رسیدیم. حقوق شرکت‌کنندگان از قبیل هدف پژوهش و محرمانه بودن هویت آن‌ها توسط محقق برای آن‌ها تشریح شد و از کلیه شرکت‌کنندگان رضایت کتبی اخذ شد. این مطالعه مورد تأیید معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار قرار گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختاریافته، مشاهده و یادداشت میدانی بود. زمان و مکان مصاحبه با توجه به اولویت شرکت‌کننده تعیین شد و تمامی مصاحبه‌ها در اتاق استراحت ICU انجام شد. مصاحبه‌ها بسته به شرکت‌کنندگان بین ۲۰ تا ۵۰ دقیقه به طول انجامید. تمامی مصاحبه‌ها توسط محقق انجام شد و با تلفن همراه وی ضبط شده است.

پس از اخذ اطلاعات جمعیت شناختی سؤالاتی مانند "لطفاً تجربه خود را از مراقبت از بیماران مبتلا به اختلال هوشیاری که در بخش مراقبت‌های ویژه بستری هستند را شرح دهید؟" و "بر اساس تجربیات شما، تفاوت بین مراقبت از بیماران کما و بیماران هوشیار چیست؟" پرسیده شد. سؤالات اکتشافی به‌عنوان مثال، «لطفاً منظور خود را از این جمله بیشتر توضیح دهید» و «لطفاً برای درک بهتر مثال بزنید؟» از آن‌ها خواسته شد تا مصاحبه را عمیق‌تر کنند. هر مصاحبه در ۲۴ ساعت اول کلمه به کلمه رونویسی شد و سپس از لحاظ معنایی مورد مقایسه و تحلیل قرار گرفت. محقق علاوه بر مصاحبه‌ها، ۲۸ قطعه یادداشت میدانی از مشاهدات خود در ICU نوشته است. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار OneNote استفاده شده است.

داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای گرانهایم و لوندمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این روش به‌منظور آنالیز محتوا، کدهایی برای هر یک از واحدهای معنایی شکل می‌گیرند. هدف از این کار خلاصه و فشرده‌سازی واحدهای معنایی است. در ادامه مجموع چند کد منجر به تشکیل طبقه می‌گردد که می‌تواند خود شامل چند زیر طبقه باشد. ادامه بررسی و تحلیل درنهایت درون‌مایه اصلی را شکل می‌دهد (۱۱). مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد، سپس تمام مصاحبه‌ها

مدت بستری در بیمارستان و شدت مراقبت‌های موردنیاز، پرستاران زمان زیادی را برای مراقبت از این بیماران در بستر می‌گذرانند (۴) درحالی‌که پرستاران در مراقبت از این بیماران با شرایط چالش‌برانگیز و منحصربه‌فردی مواجه هستند (۵).

مراقبت از کلمه Cura به معنای ابراز نگرانی و مراقبت گرفته شده است و اصل ارزشی اساسی و جوهره حرفه پرستاری است. مراقبت پرستاری به‌عنوان کمک، حمایت و تسهیل فعالیت‌هایی است که به‌منظور رفع نیازهای بالقوه و بالفعل یک فرد یا گروه دیگر انجام می‌شود و باهدف بهبود شرایط و زندگی فرد انجام می‌شود (۶) کما منجر به بستری طولانی‌مدت و ایزوله شدن بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه (ICU) می‌شود. علاوه بر این، وضعیت حاد، این بیماران را مجبور می‌نماید که به‌طور مکرر تحت درمان‌های تهاجمی و غیرتهاجمی قرار گیرند و مراقبت‌های آن‌ها را منحصربه‌فرد و متمایز از سایر بیماران کما می‌کند (۷). تمام تلاش پرستاران در نقش‌های مختلف بالینی و غیر بالینی در جهت بهبود و ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار است. مراقبت از بیماران کما یک مراقبت جامع است که تحت تأثیر ویژگی‌های مراقب است (۸).

افزایش آگاهی پرستاران و کاهش مشکلات بین فردی کارکنان بیمارستان به‌ویژه پرستارانی که بیشترین تعامل را با بیماران دارند، تأثیر مستقیمی بر مراقبت از بیمار دارد (۹ و ۱۰). از آنجایی‌که درک تجارب مراقبت از بیماران با اختلال هوشیاری می‌تواند به‌عنوان یک عامل تأثیرگذار کلیدی در توان بخشی، بهبودی، حفظ ایمنی و مراقبت مداوم توسط سایر اعضای گروه درمان مؤثر باشد همچنین می‌تواند نحوه ارائه مراقبت و برنامه‌ریزی جهت برطرف کردن نیازهای مراقبتی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد؛ بنابراین، این مطالعه باهدف تبیین تجارب پرستاران در مراقبت از بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد.

۲. مواد و روش

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی توصیفی است که در سال ۲۰۲۲ به روش تحلیل محتوای مرسوم در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سبزوار انجام شد. شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر پرستارانی بودند که تجربه مراقبت از بیماران مبتلا به اختلال سطح هوشیاری را داشتند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و با حداکثر تنوع از نظر متغیرهایی مانند سن، جنس، زمینه کاری و سابقه مراقبت از بیماران مبتلا به اختلال سطح هوشیاری انجام شد. معیارهای ورود به

کاهش تأثیر مشاهده گر بر عملکرد شرکت کنندگان، وی به عنوان مربی دانشجوی در بخش حضور یافت.

۳. یافته‌ها

درمجموع ۱۸ پرستار در پژوهش حاضر مورد مصاحبه قرار گرفتند که از میان آن‌ها ۶ نفر آقا و بقیه خانم بودند. از نظر موقعیت شغلی، دو نفر سرپرستار و بقیه پرستار بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان سنی شرکت کنندگان 34 ± 3 سال و دامنه سنی بین ۲۸ تا ۴۳ سال همچنین میانگین تجربه کاری آن‌ها حدوداً ۸ سال و دامنه تغییرات بین ۴ تا ۱۹ سال بود.

پس از تجزیه و تحلیل، درمجموع ۱۶۲۳ کد اولیه استخراج شد. پس از حذف کدهای مشابه، ۵۹۷ کد اولیه باقی ماند. این کدها در ۱۱ زیرمجموعه دسته‌بندی شدند و در نتیجه با توجه به شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان در ۴ دسته ادغام شدند. درون‌مایه اصلی پژوهش حاضر "مراقبت حرفه‌ای از بیماران کماتوز" و از چهار طبقه شامل "هوشیاری در مراقبت"، "مسئولیت‌پذیری"، "شفقت در مراقبت" و "مراقبت معنوی" شکل گرفته است. (جدول ۱). بعد از هر نقل قول از علامت [Pn] استفاده شد که به شماره شرکت کننده اشاره دارد.

به عنوان یک متن واحد در نظر گرفته شد. پاراگراف‌ها، جملات یا کلمات به عنوان واحد معنی در نظر گرفته شدند. آن‌ها بر اساس مفاهیم نهفته خود کدگذاری شدند. این کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان باهم مقایسه شدند و برچسب‌های خاصی به آن‌ها اختصاص یافت. پس از مرتب‌سازی و تأمل عمیق در محتوای آن‌ها، آخرین مطالب این دسته‌ها در یک موضوع ادغام شد. استحکام‌پذیری و دقت این مطالعه بر اساس معیارهای لینکلن و گوبا بود (۱۲). برای بررسی اعتبار پژوهشی یک ارتباط توأم با اعتماد با مشارکت کنندگان برقرار شد همچنین جهت تأیید داده‌ها پس از هر مصاحبه داده‌ها در اختیار هر مشارکت کننده قرار گرفت. همچنین این مطالعه تحت نظر چند داور به صورت مرحله‌ای مورد بررسی قرار گرفت و در تمام طول مطالعه از نظرات آن‌ها استفاده شد. همچنین برای دستیابی به تصدیق‌پذیری تمام مراحل پژوهش ثبت گردید. نکته دیگری که در جهت تقویت مطالعه انجام گرفت مشاهده مشارکت کنندگان در طی فرایند پژوهش بود. محقق مشارکت کنندگان را در نوبت‌های مختلف به مدت سه ماه مشاهده و با جمع‌آوری یادداشت‌های عرصه و بررسی رفتار پرستاران، به بررسی صحت بیشتر داده‌ها پرداخت. به منظور

جدول شماره ۱. درون‌مایه، طبقات و زیر طبقات

نقل قول‌ها	زیر طبقات	طبقات	تم اصلی
من سعی کردم حتی به علائم غیرقابل توجه بیماران حساس باشم. من سعی می‌کنم چیزایی رو پیش بینی کنم که می‌تونه بیمار رو تهدید کنه. یکی از مواردی که تو مراقبت از بیمارا کمایی مدنظر دارم، پیشگیری از برخی خطرانه که	«حساسیت»، «پیش‌بینی» و «پیشگیری»	هوشیاری در مراقبت	
من اغلب بالاسرشون حاضر می‌شم سعی می‌کنم بیمار رو مکرر چک کنم	«حضور مستمر» «کنترل مکرر»	مسئولیت‌پذیری	
وقتی دست بیمار رو می‌گیرم و با اون‌ها صحبت می‌کنم، احساس آرامش و امنیت می‌کنم. اون‌ها را لمس می‌کنم و وضعیت را به اون‌ها اطلاع می‌دم یا به اون‌ها امید می‌دم، تو روند بهبودیشون تأثیر می‌گذاره.	«ارتباط کلامی»، «توجه عاطفی»	شفقت در مراقبت	مراقبت جامع از بیماران کماتوز
تقریباً همیشه سعی می‌کنم وجدان خودمو حین مراقبت از بیمارا بیدار نگه دارم من فرض می‌کنم که بیماری که ازش مراقبت می‌کنم یکی از اعضای خانواده منه. " خداوند همیشه مراقب ماست و اعمال ما رو می‌بینه انسان ذاتاً محترم و با ارزشه	«وجدان»، «همدلی»، «باورهای مذهبی»	مراقبت معنوی	
	«کرامت»		

۳.۱. مراقبت جامع از بیماران کماتوز

پس از غوطه‌ور شدن در داده‌ها درون‌مایه اصلی با عنوان مراقبت جامع از بیماران کماتوز شکل گرفت این درون‌مایه از چهار طبقه شامل "هوشیاری در مراقبت"، "مسئولیت‌پذیری"، "شفقت در مراقبت" و "مراقبت معنوی" شکل گرفته است.

۳.۲. هوشیاری در مراقبت

این دسته از زیرمجموعه‌های «حساسیت»، «پیش‌بینی» و «پیشگیری» تشکیل شده است.

یکی از مواردی که از سوی شرکت‌کنندگان به عنوان یکی از ویژگی‌های مهم در مراقبت از بیماران کما مطرح شد، حساسیت در مراقبت است. شرکت‌کنندگان از آن به عنوان یک ابزار مهم در مراقبت از بیماران مبتلا به کاهش سطح هوشیاری یاد کردند. به عنوان مثال پرستار خانم با سابقه ۷ سال کار در بخش مراقبت ویژه، اظهار داشت: "من سعی کردم حتی به علائم غیرقابل توجه بیماران حساس باشم، مثلاً تغییر رنگ ادرار، ضایعه زیر ناخن و افزایش جزئی دمای بدن برام مهمه؛ و باید فکر کنم و علت را در ذهنم جستجو کنم. چرا بیمار من این علامت رو داره؟ مثلاً چرا داماش بالا رفته؟ یک مورد رو اگه به صورت تجربه بگم، بیماری داشتیم با اختلال هوشیاری که بثورات جلدی رو بدنش داشت و دمای بدنش بالا بود. بررسی که کردم دیدم موقع خم کردن سر مقاومت می‌کنه گزارش دادم به پزشکش بعد بررسی مشخص شد مننژیت داره [P6]. از دیگر نمونه‌های ذکر شده می‌توان به توجه به آماده‌سازی شرایط برای چرخه خواب بیمار با کاهش نوربخش بیماران، تنظیم صحیح هشدارها برای جلوگیری از هذیان بیمار و ... اشاره کرد.

برخی از شرکت‌کنندگان که تجربه بیشتری داشتند، توانایی پیش‌بینی را به عنوان یک عامل مهم در مرگ‌ومیر و عوارض بیماران ذکر کردند. به عنوان مثال، پرستار خانم با سابقه ۱۰ سال کار در بخش مراقبت ویژه، اظهار داشتند: "من سعی می‌کنم چیزایی رو پیش‌بینی کنم که می‌تونه بیمار رو تهدید کنه. مثلاً بر اساس تجربه من DVT، آسپیراسیون، ضعف عضلانی، سفتی مفاصل، عفونت ادراری، زخم بستر و مواردی از این قبیل میتونه برای بیمارانی که بستری ان اتفاق بیفته [P5]."

برخی از شرکت‌کنندگان، پیشگیری از حوادث و خطرات را یکی از مهم‌ترین عوامل کاهش مرگ‌ومیر ذکر کردند. پرستار آقا با سابقه ۵ سال کار در بخش مراقبت ویژه، اظهار داشت: "بر اساس تجربیاتم یکی از مواردی که تو مراقبت از بیمار کمایی مدنظر دارم، پیشگیری از برخی خطراته که؛ اگه توجه نکنم حتی ممکنه برای بیمار کشنده باشه. مثلاً موقعی که دارم بیمار رو ساکشن کنم سعی

می‌کنم تا حد ممکن کاتتر رو به جایی نزنم تا بیمار عفونت نکنه.» [P7].

در طول مشاهده، شرکت‌کنندگان به هشدار تجهیزات، تغییرات در وضعیت بیمار، حالات چهره و علائم حیاتی حساس بودند.

۳.۳. مسئولیت‌پذیری

این دسته شامل زیرمجموعه‌های «حضور مستمر» و «کنترل مکرر» است.

یکی از برجسته‌ترین موضوعات مورد بحث شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، حضور مداوم روی تخت بیماران در طول نوبت بود که ناشی از پاسخگویی بود. به عنوان مثال پرستار خانم با سابقه ۵ سال کار در بخش مراقبت ویژه، گفت: "چون این بیماران حرف نمیتونن بزنن، من اغلب بالاسرشون حاضر می‌شم و علائم حیاتی، درد، بی‌قراری، سطح هوشیاری، هیپوکسی و غیره رو بررسی می‌کنم." [P8]

پرستار خانم با سابقه ۸ سال کار در بخش مراقبت ویژه، اظهار داشت: «تشخیص زودهنگام بعضی شرایط مثل هیپوکسی، افزایش ICP، انسداد لوله تراشه می‌تونه از بروز بعضی حوادث خطرناک جلوگیری کنه. حضور مکرر و مداوم بر بالین بیمار به من این امکان رو می‌ده که زودتر این وقایع را تشخیص بدهم و بتونم با یک سری روش‌های پرستاری اون‌ها رو حل کنم یا در صورت لزوم به پزشک اطلاع بدهم مثلاً به تجربه‌ای که تو این زمینه داشتم اینکه یه بیمار که تصادف کرده بود رو وقتی چشماشو چک کردم دیدم بیمارمون مردمک هاش گشاد شده حدس زدم احتمالاً فشار مغزش بالاست سریع به پزشک آنکال زنگ زدم. می‌ضو سریع بردن اتاق عمل و ججمه شوباز کردن.» [P1]

در طول مشاهده، شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر به طور مکرر بر بالین بیمار حضور داشتند و بیمار را بررسی می‌کردند تا از تغییر وضعیت بیمار آگاه شوند.

۳.۴. شفقت در مراقبت

این مقوله از زیرمجموعه‌های «ارتباط کلامی»، «توجه عاطفی» تشکیل شده است.

تقریباً تمام شرکت‌کنندگان ارتباط مؤثر درمانی را به عنوان یک اصل اساسی در مراقبت از این بیماران ذکر کردند. به عنوان مثال، پرستار خانم با سابقه ۱۳ سال کار در بخش مراقبت ویژه، اظهار داشتند: "یادمه یه باری یکی از بیمارایی که از اون‌ها مراقبت می‌کردم و هوشیار شده بود به من گفت، یادم میاد با من صحبت می‌کردی و به من امید می‌دادی. من تجربه کردم که وقتی دست بیمار را

می‌گیرم و با اونها صحبت می‌کنم، احساس آرامش و امنیت می‌کنم، مخصوصاً وقتی بی قرارن". [P10] در طول مطالعه، محقق ارتباط پرستاران با بیماران را مشاهده کرد. آن‌ها با مهربانی با بیماران ارتباط برقرار می‌کردند و آن‌ها را از شرایط آگاه می‌کردند، آن‌ها را امیدوار می‌کردند یا آن‌ها را برای انجام عمل آماده می‌کردند. شرکت‌کنندگان بر برقراری ارتباط با بیماران غیرکلامی تأکید کردند و تجربیات خود را از تأثیر آن در بهبود وضعیت بیماران بیان کردند. پرستار خانم باسابقه ۱۰ سال کار در بخش مراقبت ویژه، اظهار داشت: "بیمارایی که نمی‌تونن درد و رنج خودشونو بیان کنن، احساس درماندگی می‌کنن. وقتی با این بیمارا صحبت می‌کنم، اونها را لمس می‌کنم و وضعیت را به اونها اطلاع می‌دم یا به اونها امید می‌دم، تو روند بهبودیشون تأثیر می‌گذاره، چون انگیزه برای بهبودی ضربه،" [P5]

۳.۵. مراقبت معنوی

مراقبت معنوی شامل زیرمجموعه‌های «وجدان»، «همدلی»، «باورهای مذهبی» و «کرامت» بود. وجدان برای ارائه مراقبت بر اساس شرکت‌کنندگان ضروری است. پرستار خانم باسابقه ۴ سال کار در بخش مراقبت ویژه، آن را به‌عنوان یک عامل کلیدی در مراقبت بیان کرد و اظهار داشت: "تقریباً همیشه سعی می‌کنم وجدان خودمو حین مراقبت از بیمارا بیدار نگه‌دارم تا مراقبت خوبی رو ارائه بدم. درواقع هر زمان که بخوام از بیمارا مراقبت کنم، تمام تلاشمو می‌کنم تا از بروز اتفاقات ناخوشایند برای بیمار جلوگیری کنم. یه مثال اگه بخوام مثال بزنم اگه ببینم دست بیمار یا پای بیمار بین لاکرها گیرکرده سریع درشون میارم تا زخم نشن". [P4]

همدلی موضوع دیگری بود که چندین شرکت‌کننده به آن اشاره کردند. آن‌ها در حین مراقبت از بیماران از استراتژی جایگزینی استفاده می‌کنند، به‌عنوان مثال، پرستار آقا باسابقه یک سال کار در بخش مراقبت ویژه، اظهار داشت: "من فرض می‌کنم که بیماری که ازش مراقبت می‌کنم یکی از اعضای خانواده منه، مانند پدر یا مادرم. سعی می‌کنم همون مراقبتی رو که از یک پرستار انتظار داشتم برای اعضای خانواده‌ام انجام بده، خودم ارائه بدم". [P3] اعتقادات مذهبی توسط شرکت‌کنندگان مورد تأکید قرار گرفت. عقایدی مانند نظارت دائمی خداوند، اعتقاد به آخرت، فرمان خداوند به مهربانی با انسان و برگرداندن نتیجه عمل از سوی خداوند توسط شرکت‌کنندگان فاش شد. پرستار خانم باسابقه ۵ سال کار در بخش مراقبت ویژه، گفت: "خداوند همیشه مراقب ماست و اعمال ما رو می‌بینه. سعی می‌کنم در پیشگاه خدا شرمند نباشم و هر

کاری از دستم بریاد برای بیمار انجام بدم". [P8].

پرستار آقا باسابقه ۶ سال کار در بخش مراقبت ویژه، تأکید کرد: «اگه تو رسیدگی به بیماران سهل‌انگاری کنم، باید در آخرت در دادگاه الهی جواب بدم». [P11].

اساس مراقبت، احترام به کرامت انسانی است. شرکت‌کنندگان بر این موضوع تأکید کردند، مثلاً پرستار خانم باسابقه ۱۲ سال کار در بخش مراقبت ویژه، اظهار داشت: "من از یک انسان مراقبت می‌کنم و انسان ذاتاً محترم و با ارزشه. سعی می‌کنم این موضوع رو به‌عنوان یک نکته کلیدی تو مراقبت از این بیمارا همیشه تو ذهنم باشه. من حریم خصوصی بیمارا رو بهشون احترام می‌ذارم و سعی می‌کنم تا حد ممکن با احترام باهاشون رفتار کنم". [P16].

۴. بحث و نتیجه‌گیری

طبق یافته‌های پژوهش حاضر، مشارکت‌کنندگان بر نگرش ویژه، ارتباط درمانی مؤثر، ارائه مراقبت معنوی و نظارت مداوم بر بیمار در حین مراقبت از بیماران ناآگاه تأکید کردند که با مشاهدات محقق همسو بود. مطالعه حاضر نتایج مطالعه شوکتی و همکاران را نیز تأیید می‌کند، در مطالعه آنان نیز بر مراقبت جامع از بیماران کما تأکید کردند. در این راستا، پرستاران سعی در حفظ کرامت بیماران داشتند (۱۳)؛ که با این مطالعه مطابقت دارد.

مراقبت همه‌جانبه از وجود انسان برای پرستاری بسیار مهم است؛ زیرا پرستاری رشته‌ای است که سعی در ارائه مراقبت‌های همه‌جانبه به بیماران دارد. در این نوع مراقبت، تمام ابعاد انسان به‌عنوان موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی موردتوجه قرار می‌گیرد؛ بنابراین شرط ارائه مراقبت‌های همه‌جانبه در پرستاری توجه به بعد معنوی است (۱۴). معنویت را می‌توان امید و نیرو، اعتماد، معنا و هدف، بخشش، باورها، اعتماد به خود و دیگران، اعتقاد به وجود برتر، عشق و ارتباط، اخلاق، خلاقیت، خودشکوفایی و یافتن منابع امید و نیرو را تعریف کرد. در شرایط ناامیدی (۱۵)، یکی دیگر از شرکت‌کنندگان در این مطالعه به اعتقادات مربوط به حضور خداوند در زندگی، درآمد حلال و تلاش برای جلب رضایت خداوند اشاره می‌کند. این افکار به‌شدت بر اعمال آن‌ها تأثیر می‌گذارد و مانع از نادیده گرفتن صداقت در نقش‌های حرفه‌ای آن‌ها می‌شود (۱۶).

یافته دیگر پژوهش حاضر همدلی با بیماران بود که نقش بسیار مؤثر و تسریع‌کننده‌ای دارد، به‌عبارت دیگر، همدلی پرستاران با بیماران، راه میانبری برای ارتباط با بیماران فراهم

سیستم درمان وجود دارد و با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند. مراقبت جامعی را به بیماران دچار افت سطح هوشیاری ارائه دهند در این نوع از مراقبت پرستار بیمار را به‌عنوان یک کل واحد نگریسته و سعی دارد تا با شفقت و ارتباط عاطفی وافر در کنار مراقبت از حیطه‌های فیزیولوژیک ابعاد روانی بیمار را نیز پوشش دهد.

تشکر و قدردانی

از همه شرکت‌کنندگانی که تجربیات خود را با گروه تحقیقاتی به اشتراک گذاشتند تشکر می‌کنیم.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه دارای کد اخلاق به شماره IR. MEDSAB.REC.1401.004 از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی سبزوار است.

سهم نویسندگان

نویسنده اول ایده پژوهش، طراحی، مصاحبه و تحلیل پژوهش را بر عهده داشت، نویسنده دوم تحلیل و نگارش پیش‌نویس مقاله را بر عهده داشت. نویسنده سوم و چهارم در طراحی و تحلیل و بررسی نهایی مقاله نقش داشتند.

حمایت مالی

این مطالعه تحت حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی سبزوار انجام گردید.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع در پژوهش حاضر ذکر نمی‌کنند.

می‌کند. بر اساس مطالعه جسمی و همکاران، همدلی پرستاران با بیماران هسته اصلی تعامل بین پرستار و بیمار است و باعث می‌شود پرستاران شرایط، نیازها و احساسات بیماران را در انجام مراقبت‌های ویژه پرستاری درک کرده و در جهت رفع نیازهای آنان گام بردارند. (۱۶).

ارتباط عاطفی موضوع دیگری است که توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر مطرح شد. محقق همچنین به‌طور مکرر توسط پرستاران آن را مشاهده کرد. پرستاران ICU پوست بیماران را لمس می‌کنند تا آن‌ها را آرام کنند و این لمس مراقبتی به‌عنوان یک اقدام غیر وظیفه محور، غیر رویه‌ای، بیانی و محافظتی توصیف شده است (۱۷). همچنین در مطالعه دهقان نیری و همکاران، به ایجاد ارتباط به‌ویژه ارتباط معنوی با بیمار ناخودآگاه اشاره شده است که در راستای مطالعه حاضر است (۱۸). پرستاران در هنگام مراقبت از بیماران خویش و برقراری ارتباط باید از خصیصه‌های مهربانی و صبوری برخوردار باشند. احترام به بیمار و در نظر داشتن جوانب انسانی وی از ابعاد مهم مراقبت محسوب می‌شود.

بر اساس مطالعه ویک و همکاران، مراقبت جامع رسیدگی به نیازهای جسمی، عاطفی، اجتماعی و معنوی است و اجرای یک مدل مراقبت جامع به‌عنوان راه‌حلی برای بهبود نتایج و رضایت بیماران و همچنین افزایش رضایت پرستار و کاهش فرسایش شغلی گزارش شده است (۱۹). یافته‌های این مطالعه همچنین با نظریه‌های کل‌نگر و پرکاربرد پرستاری مانند تئوری راجرز، مارگارت نثومن و واتسون است. مروری تلفیقی بر نظریه‌های کل‌نگر نشان می‌دهد که پرستاری کل‌نگر یک فرایند ارتباطی دوجانبه انسان با انسان است که در آن پرستار با حضور قلبی هدفمند و هوشیارانه در فرایند مراقبت مددجو به‌عنوان یک کل واحد که قابل احترام بوده و در تعامل با میدان محیطی غیرقابل کاهش خویش است مشارکت می‌کند و پیامد آن ارتقا احساس خوب بودن برای پرستار و بیمار و ارتقا کیفیت مراقبت و درنهایت ایمنی بیمار است (۲۰).

بر اساس تجارب شرکت‌کنندگان و مشاهدات پژوهشگر در این مطالعه پرستاران سعی دارند تا علیرغم چالش‌هایی که در بدنه

References

- [1]. Menck TP. The experience of caring when the patient is comatose: A case study of 5 nurses. Doctoral Dissertation in Philosophy. New York University, 1998.
- [2]. Amany A. Abdelrahman, Zeinab A. Mohammed, Mervat A. Abdelaziz & Mona A. Ahmad. Assessment of Nurses' Knowledge and Practices Regarding Care Of Patients with Diabetic Coma. *Assiut Scientific Nursing Journal*. 2020; 8(20):167-174. DOI: [10.21608/asnj.2020.93016](https://doi.org/10.21608/asnj.2020.93016)
- [3]. Alghamdi M, Ghaleb M, Elmetwaly S. Assessment of Intensive Care Nurse Knowledge and Perception of Eye Care Practice for Unconscious and Mechanically Ventilated Patients in Intensive Care Units in Saudi Arabi. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2018;4(1):15-23. DOI: [10.1186/s12912-024-02525-4](https://doi.org/10.1186/s12912-024-02525-4)
- [4]. Braun M, Schmidt WU, Möckel M, Römer M, Ploner CJ, Lindner T. Coma of unknown origin in the emergency department: implementation of an in-house management routine. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2016; 24(1):1-8. DOI [10.1186/s13049-016-0250-3](https://doi.org/10.1186/s13049-016-0250-3)
- [5]. Bayatmanesh H, Zagheri Tafreshi M, Mnoochehri H, Akbarzadeh Baghban A. Evaluation of Patient-Related Nursing Care with Standards in Intensive Care Unit (ICU). *Armaghane danesh*. 2017; 22(3):375-89. doi.org/10.1016/j.enfie.2023.10.004
- [6]. Karaöz S. Turkish nursing students' perception of caring. *Nurse Educ Today* 2005; 25(1): 31-40. DOI: [10.1016/j.nedt.2004.09.010](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2004.09.010)
- [7]. Dehghan Nayeri N, Esmaeili M, Farsi Z, Ahmadi Chenari H. Taking care experiences of improved comatose patients with traumatic brain injury and their families. *J Family Med Prim Care*. 2020;9(9):4815-20. doi: [10.4103/jfmpc.jfmpc_878_20](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_878_20).
- [8]. Coombs M, Grech C. Ethical issues in critical care. *ACCCN's Critical Care Nursing*. 2016:106.
- [9]. Busch IM, Rimondini M. Empowering patients and supporting health care providers—new avenues for high quality care and safety. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(18):9438. doi: [10.3390/ijerph18189438](https://doi.org/10.3390/ijerph18189438).
- [10]. McAlearney AS, Fareed N, Gaughan A, MacEwan SR, Volney J, Sieck CJ. Empowering patients during hospitalization: perspectives on inpatient portal use. *Appl Clin Inform*. 2019;10(1):103-12. doi: [10.1055/s-0039-1677722](https://doi.org/10.1055/s-0039-1677722).
- [11]. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24:10512. DOI: [10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001)
- [12]. Lincoln YS, Guba EG. But is it rigorous? Trust worthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Directions for Program Evaluation* 1986; 1986:73-84. doi.org/10.1002/ev.1427
- [13]. Shokati Ahmad Abad M, Manoochehri H. The lived experiences of nurses of comatose patients: a hermeneutic phenomenology approach. *J Qual Res Health Sci*. 2020;1(3):182-8. [Persian].
- [14]. Mazaheri M, Fallahi KM, Sadat MS, Rahgozar M. Nursing attitude to spirituality and spiritual care. *Payesh*. 2008; 8(1):31-7. DOR: 20.1001.1.16807626.1387.8.1.5.2 (Persian)
- [15]. Wilfred M. The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15(7):905-17 DOI: [10.1111/j.1365-2702.2006.01648.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01648.x)
- [16]. Jesmi AA, Taj A, Ardane F. Targeted care in comatose patients with head injury: a qualitative content analysis. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2024 Mar 1;13(1):28-33. DOI: [10.34172/jqr.2024.05](https://doi.org/10.34172/jqr.2024.05)
- [17]. Sandnes L, Uhrenfeldt L. Caring touch in intensive care nursing: a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2022 Dec 31;17(1):2092964. DOI: [10.1080/17482631.2022.2092964](https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2092964)
- [18]. Nayeri ND, Esmaeili M, Farsi Z, Chenari HA. Taking care experiences of improved comatose patients with traumatic brain injury and their families. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020 Sep;9(9):4815. DOI: [10.4103/jfmpc.jfmpc_878_20](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_878_20)
- [19]. Wick EC, Galante DJ, Hobson DB, Benson AR, Lee KH, Berenholtz SM, et al. Organizational Culture Changes Result in Improvement in Patient-Centered Outcomes: Implementation of an Integrated Recovery Pathway for Surgical Patients. *J Am Coll Surg*. 2015;221(3):669-77; quiz 785-6. doi: [10.1016/j.jamcollsurg.2015.05.008](https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.05.008)
- [20]. Yazdi k, Talebi R. Holistic Nursing from the Dossey's Theory of Integral Nursing Lens: A Narrative Review Study. 2 *Journal of Nursing Education*. 2023;12(1):88-103 DOI: [10.22034/JNE.12.1.88](https://doi.org/10.22034/JNE.12.1.88)