

تکریم باورهای مذهبی بیماران از دیدگاه پرستاران: یک مطالعه کیفی

محمد رضا حیدری^۱، رضا نوروززاده^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بیماران بستری در بیمارستان دارای نیازهای مختلف عبادی و مذهبی می‌باشند. شناخت این نیازها و برنامه‌ریزی مراقبت جهت برآورده نمودن آن‌ها از ضروریات انجام یک مراقبت کل نگر است. این مطالعه به تبیین نیازهای عبادی و مذهبی بیماران از دیدگاه پرستاران بالینی پرداخت.

روش: مطالعه کیفی حاضر از نوع تحلیل محتوا بود. در مجموع ۲۳ پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی تهران با روش نمونه‌گیری هدفمند و با تنوع سن، جنس و سابقه کار شاغل در بخش‌های مختلف و سمت‌های گوناگون در مطالعه شرکت نمودند. داده‌های مورد نیاز از طریق مصاحبه‌های عمیق، باز و نیمه ساختار یافته جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت تحلیل محتوا و به روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم صورت گرفت.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها مضمون اصلی تکریم باورها و ارزش‌ها را آشکار کرد که خود از چهار مضمون فرعی «گرامیداشت خانواده، تعظیم شعائر مذهبی، شناخت ارزش‌ها و توسل جستن» تشکیل شد.

نتیجه‌گیری: زمینه‌های فرهنگی، قومیتی و مذهبی تأثیر مهمی بر مراقبت و شیوه درک مسایل و تصمیم‌گیری‌ها می‌گذارد. پرستاران قادر خواهند بود با تعمیق ابعاد انسانی و ارتباط توأم با احترام به اعمال مذهبی بیماران و خانواده به ارتقای سلامت جسمی، روحی و معنوی آن‌ها یاری رسانند.

کلید واژه‌ها: شعائر مذهبی، تحلیل محتوا، تکریم باورها، ارزش، توسل جستن

ارجاع: حیدری محمد رضا، نوروززاده رضا. تکریم باورهای مذهبی بیماران از دیدگاه پرستاران: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۳؛ ۳ (۳): ۲۴۶-۲۳۹.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۵/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۴/۱۶

مقدمه

ابعاد مختلف از جمله بعد معنوی می‌باشد و تار و پود زندگی وی با باورهای دینی تنیده شده است (۷-۵). هرچند مذهب و معنویت دو حلقه جدا از هم هستند، اما با هم همپوشانی دارند. معنویت ممکن است از طریق اعمال مذهبی و یا باور به خدا یا موجود برتر بیان شود، اما همه انسان‌ها صرف‌نظر از مذهب خود موجوداتی معنوی هستند. بسیاری از مردم از طریق مذهب به معنویت دست پیدا می‌کنند (۸). در معنویت مذهبی مفهوم فرد از وجود مقدس یا واقعیت غایی به سبک و سیاق مذهبی بیان می‌شود (۹).

مراقبت جوهره پرستاری است و بر همه ابعاد وجودی

مذهب راهی برای برقراری ارتباط با خدا است و این ارتباط از راه قلب یا از روی عقل و یا به وسیله اجرای مراسم و اعمال مذهبی برقرار می‌گردد. نیروی مذهب موجب کاهش فشارهای روانی و افزایش رضایت از زندگی و تحکیم خصوصیات اخلاقی و معنوی افراد می‌شود (۱). به مجموعه عقاید، اخلاق، قوانین و مقررات که در جهت اداره جامعه و پرورش انسان‌ها ضروری است، دین و به جستجوی فرد برای اتصال خود به یک زمینه معنی‌دارتر و بزرگ‌تر معنویت گفته می‌شود (۴-۲). انسان یک موجود فرهنگی و مذهبی و دارای

۱- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۲- مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر محمد رضا حیدری

Email: heidari43@yahoo.com

انسان از جمله بعد جسمی، روانی و معنوی تأکید دارد (۱۰). حفظ و ارتقای کرامت انسان پیامد پرستاری کل‌نگر است. اگرچه بیشتر مدل‌های پرستاری بر اساس مراقبت کل‌نگر بنا شده‌اند، اما با این حال درصد بالایی از پرستاران به این بعد کمتر توجه می‌کنند (۱۱). مراقبت معنوی و فرهنگی از ابعاد تفکیک‌ناپذیر مراقبت کل‌نگر و ارایه این نوع از مراقبت مستلزم شناسایی مذهب و عقاید معنوی بیمار است. این شناخت موجب ارایه مراقبت کیفی برای بیماران دارای فرهنگ‌های متفاوت و زمینه‌های مذهبی و معنوی مختلف می‌گردد (۱۵-۱۲). البته مراقبت معنوی قابل جایگزینی با مراقبت مذهبی یا مراقبت روانی-اجتماعی نیست. مراقبت معنوی به سؤالات انسانی بنیادی و اساسی مانند معنای زندگی، درد و رنج و مرگ پاسخ می‌دهد (۱۶).

باورهای فرهنگی با توجه به شکل‌گیری باورهای مراقبت از سلامت و بر اساس باورها، ارزش‌ها و هنجارهای مذهبی و معنوی می‌تواند زمینه‌ساز و یا تشدید کننده بیماری باشد. پرستاران باید دیدگاه روشنی نسبت به این ویژگی‌ها داشته باشند، از سوگیری نسبت به فرهنگ‌های خاص بپرهیزند، با خصوصیات فرهنگی بیماران و خانواده آشنا شوند و آن را در حین مراقبت در نظر گیرند و نسبت به گرایش فرهنگی، الگوهای تعاملی و نگرش آنان نسبت به سلامتی و بیماری آگاهی پیدا کنند و برای ارتقای سلامتی بیماران به ابعاد روانی و معنوی بیماران احترام بگذارند (۲۴-۱۷). Tiew و همکاران موانع ارایه مراقبت‌های مبتنی بر معنویت را مواردی مانند محدود بودن آموزش‌ها، نگرش منفی نسبت به معنویت، سردرگمی پرستاران نسبت به نقش خود، عدم کسب مهارت و توانایی لازم و اجتناب از ورود به مسایل معنوی برشمردند (۲۵). Lin و Wu نیز بر تأثیر مثبت آموزش بر درک پرستاران نسبت به معنویت تأکید دارند (۲۴). در همین زمینه حفیظی و همکاران عنوان کردند که نگرش پرستاران نسبت به مذهب نیز می‌تواند در تأمین یا عدم تأمین نیازهای معنوی بیماران مؤثر باشد (۲۶).

باورهای فرهنگی با توجه به شکل‌گیری باورهای مراقبت از سلامت و بر اساس باورها، ارزش‌ها و هنجارهای مذهبی و معنوی می‌تواند زمینه‌ساز و یا تشدید کننده بیماری باشد. پرستاران باید دیدگاه روشنی نسبت به این ویژگی‌ها داشته باشند، از سوگیری نسبت به فرهنگ‌های خاص بپرهیزند، با خصوصیات فرهنگی بیماران و خانواده آشنا شوند و آن را در حین مراقبت در نظر گیرند و نسبت به گرایش فرهنگی، الگوهای تعاملی و نگرش آنان نسبت به سلامتی و بیماری آگاهی پیدا کنند و برای ارتقای سلامتی بیماران به ابعاد روانی و معنوی بیماران احترام بگذارند (۲۴-۱۷). Tiew و همکاران موانع ارایه مراقبت‌های مبتنی بر معنویت را مواردی مانند محدود بودن آموزش‌ها، نگرش منفی نسبت به معنویت، سردرگمی پرستاران نسبت به نقش خود، عدم کسب مهارت و توانایی لازم و اجتناب از ورود به مسایل معنوی برشمردند (۲۵). Lin و Wu نیز بر تأثیر مثبت آموزش بر درک پرستاران نسبت به معنویت تأکید دارند (۲۴). در همین زمینه حفیظی و همکاران عنوان کردند که نگرش پرستاران نسبت به مذهب نیز می‌تواند در تأمین یا عدم تأمین نیازهای معنوی بیماران مؤثر باشد (۲۶).

تسهیل در انجام باورهای فرهنگی و آداب مذهبی، بررسی نیازهای معنوی بیماران و تسهیل مشارکت خانواده در انجام مراقبت‌ها از مضامینی است که Kerdonfag و Lundberg

روش

مطالعه حاضر به تبیین و توصیف تجارب پرستاران از نیازهای عبادی و مذهبی بیماران دارای فرهنگ متفاوت در محیط بیمارستانی پرداخت. از طراحی توصیف تفسیری با رویکرد کیفی برای پاسخ به سؤال استفاده شد (۳۴). با این رویکرد می‌توان تعدد تجارب پرستاران را در بخش‌های مورد نظر به دست آورد و بر روی عناصر عبادی و مذهبی تمرکز کرد. در پژوهش حاضر از روش تحلیل محتوا استفاده شد. این روش کیفی جهت خلاصه کردن محتوای اطلاعات گفتاری و نوشتاری شرکت کنندگان و توصیف عمیق از پدیده مورد بررسی که با روش‌های کمی قابل دستیابی نیست، مناسب می‌باشد. از آنجا که نویسندگان تحقیق در پی سازمان‌دهی اطلاعات حاصل بودند، از روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی استفاده شد. مشارکت کنندگان را افرادی که بیشتر معرف پدیده مورد مطالعه بوده و تجربه کافی داشتند، تشکیل دادند.

نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف صورت گرفت و مشارکت کنندگان از بین افراد جامعه پژوهش انتخاب شدند. جمع‌آوری اطلاعات از طریق ضبط کردن مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته و پیاده کردن و تجزیه و تحلیل هم‌زمان آن‌ها صورت گرفت و داده‌های مطالعه، شرکت کنندگان بعدی را مشخص می‌کرد. جهت کسب اطلاعات بیشتر و واضح‌سازی مطالب از سؤالات کاوشی مانند «بیشتر توضیح دهید؟ منظور شما چه بود؟، یک مثال بزنید» استفاده شد. مدت زمان انجام مصاحبه ۳۰-۱۵ دقیقه و تعداد جلسات ۲-۱ بار بود. مصاحبه‌ها در محیط آرام و با هماهنگی فرد مشارکت کننده صورت گرفت. تعداد نمونه بر اساس زمان اشباع داده‌ها تعیین گردید. ۲۳ پرستار برای مطالعه در نظر گرفته شدند که این پرستاران باید معیار تجربه ۵ سال کار با این‌گونه بیماران را برای ورود به مطالعه داشته باشند.

معیار داشتن تجربه ۵ سال یا بیشتر بر اساس نظریه Benner است که در آن تجربه با توسعه مهارت همراه می‌شود (۳۵). توقف جمع‌آوری داده‌ها زمانی رخ داد که بر اساس قضاوت محقق جمع‌آوری بیشتر داده‌ها موجب درک عمیق‌تر پدیده نمی‌شد (۳۶). برای فراهم نمودن راحتی و امکان بیان تجربیات مشارکت کنندگان، مصاحبه در مکان و زمان مناسبی

برنامه‌ریزی گردید. جنبه‌های اخلاقی مطالعه برای اطمینان از حفاظت حقوق مشارکت کنندگان در نظر گرفته و به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه نگهداری و صداهای ضبط شده پس از پایان تحقیق پاک خواهند شد. افراد در هر مرحله از تحقیق مجاز بودند از تحقیق خارج شوند. در تحلیل محتوا با خواندن متن مصاحبه رونوشت برداری شده، نکات مهم آن به صورت کدگذاری استخراج شد. در مرحله بعد بر اساس تشابهات و اختلافات موجود اقدام به طبقه‌بندی داده‌ها گردید و ضمن تحلیل مداوم به طبقات جدید کاهش یافت. جهت تأمین روایی و پایایی نتایج از روش‌های بررسی و مشاهده مداوم و بازنگری ناظرین استفاده شد.

یافته‌ها

پس از مشخص شدن مفاهیم، ۴۳۰ کد اولیه از مصاحبه‌ها استخراج و پس از چند بار مرور، خلاصه‌سازی و بر اساس تشابهات و تناسبات طبقه‌بندی شد. سپس با مرور بیشتر و مقایسه طبقات، معنای درونی آن‌ها به صورت درون‌مایه اولیه شناسایی و این درون‌مایه‌ها نیز بر اساس ماهیتشان به صورت مفهومی و انتزاعی نامگذاری گردیدند. بدین ترتیب این درون‌مایه‌ها ماهیت و ابعاد درک افراد از علل بروز تصادفات را پدیدار ساخت. ۲۳ پرستار مورد مصاحبه قرار گرفتند. هیچ کدام از پرستاران آموزش‌های مربوط به جنبه‌های معنوی و مذهبی فرهنگی مراقبت را ذکر نکردند. مشارکت کنندگان دارای دامنه سنی ۵۷-۲۸ سال و میانگین ۳۴ سال با انحراف معیار ۲/۵۳ بودند و میانگین سابقه کاری ۲۳ سال با انحراف معیار ۳/۳ داشتند. بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها، درون‌مایه اصلی «تکریم باورها و ارزش‌ها» به دست آمد.

تکریم باورها و ارزش‌ها

این درون‌مایه شامل ۴ درون‌مایه فرعی «درک گرامیداشت خانواده، حمایت از باورهای مذهبی، شناخت ارزش‌ها و توسل جستن» بود.

گرامیداشت خانواده

عیادت مریض در مکتب اسلام از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ چرا که این رفتار نقش بسزایی در تحکیم روابط انسانی و صمیمیت و اخوت ایفا می‌کند. رسول خدا (ص) در تفسیر

آیه «فَإِذَا قُضِيَتِ الصَّلَاةُ فَانْتَشِرُوا فِي الْأَرْضِ» می‌فرماید: «منظور آیه از پراکنده شدن در زمین طلب کارهای دنیوی نیست، بلکه منظور عیادت مریض، تشییع جنازه و دیدار برادر دینی در راه خداست». حضرت علی (ع) اهمیت عیادت مریض را در مقایسه با دیگر اعمال نیک یادآور شدند و فرمودند: «مِنْ أَحْسَنِ الْحَسَنَاتِ عِيَادَةُ الْمَرِيضِ» «از جمله نیکوترین اعمال حسنه، عیادت مریض است» (۲۹).

حضور همراهان نزدیک و احترام به باورهای آنان از طرف پرستاران امر پذیرفته‌ای می‌باشد و سعی آن‌ها بر این است که حتی در مواردی که با مقررات بخش تداخل نمی‌کند، تسهیلاتی را برای حضور اعضای خانواده فراهم آورند. بیشتر مشارکت کنندگان با توجه به درک و استنباط مراقبتی خود نسبت به فرهنگ غالب بر جامعه (که حضور بر بالین بیمار بد حال جزء ارزش‌ها به حساب می‌آید) سعی کردند تا با راهبردهایی مانند اطلاع به خانواده برای انجام آیین‌های فرهنگی اقدام کنند. یک پرستار در این زمینه بیان کرد: «اون‌ها را برای مدت کوتاهی که باعث نشود روی بیماران دیگر اثر بگذارد از هر نظر اجازه می‌دیم. پرده مریض را می‌کشیم حالا می‌خواهند یک ربع یا نیم ساعت بالای سرش قرآن بخوانند، دعایی بخوانند... مشکلی ندارد». مشارکت کننده دیگری می‌گوید: «ولی اون‌هایی که در پایان عمر و خیلی بد حال هستند و هر لحظه ممکن است فوت بشوند را معمولاً می‌گم اون مریض حتی اگر تو کما هستش همراهان بیایند او را ببینند. چون به هر حال ارتباط لمسی هم داشته باشند و صحبت بکنند توی اون لحظات آخر».

تعظیم شعائر مذهبی

سلامت معنوی به عنوان نیروی هماهنگ کننده بین ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی جهت سازگاری با بیماری لازم است. ارایه مراقبت همه جانبه مستلزم شناسایی مذهب، عقاید معنوی و آداب و رسوم بیمار است و توسعه مهارت مراقبت معنوی موجب ارتقای سطح کیفی مراقبت برای بیماران دارای فرهنگ‌های متفاوت و زمینه‌های مذهبی و معنوی مختلف می‌گردد. مشارکت کنندگان با بیماران و خانواده‌هایی مواجه بودند که اعتقادات مذهبی داشتند و بر انجام مناسک دینی پافشاری می‌کردند. تحلیل داده‌ها نشان داد که سعی و تلاش

آنان حمایت و احترام گذاشتن به باورها و ارزش‌های مذهبی این افراد است. مشارکت کننده‌ای در بیان تجربه‌اش اظهار کرد: «مریضی داشتیم که تو ICU (Intensive care unit) بود، بعد آوردند این‌جا، رفت تو کما... بعد همراهشون اومده برایشون قرآن و دعا خونده و گذاشته زیر سرشون... ما هم ازشون هیچ چیزی نداریم که چرا این کارو می‌کنین، به هر حال عقیده‌ها دست خودشونه. باورهایی که هست... هر مریضی هر همراهی برای خودش داره. حالا ممکنه یکی این کاررو انجام بده، یکی این کاررو انجام نده». تجربه یکی دیگر از مشارکت کنندگان به این صورت بود که: «بارها دیدیم خودش می‌یاره به تختش می‌بنده یک پارچه سبز یا یک قرآن کوچک، مثلاً می‌یاره می‌ذاره کنار سر مریضش. ما معمولاً اونارو از بالای سر جمع نمی‌کنیم و این‌که الا و بالله باید آقا اینو بکنی نه این جور نیست».

شناخت ارزش‌ها

امروزه در مراقبت‌های پرستاری به پدیده فرهنگ توجه خاصی می‌شود و در تمام حوزه‌های عمل پرستاری و مراقبت اخلاقی حضور دارد و تأکید بر این است که پرستاران باید با توجه کردن به ارتباطات بین فردی و احترام به سیستم ارزشی مددجویان، از سوگیری نسبت به فرهنگ‌های خاص بپرهیزند، با خصوصیات فرهنگی بیماران و خانواده‌ها آشنا شده و آن را در حین مراقبت در نظر بگیرند و نسبت به گرایش فرهنگی، الگوهای تعاملی و نگرش آنان نسبت به سلامتی و بیماری آگاهی پیدا کنند. یک مشارکت کننده در مورد استفاده درست از گذاشتن قرآن در کنار بیمار چنین می‌گوید: «حتی بوده که قرآن رو گذاشتند زیر بالش مریض که ما بهشون گفتیم که قرآن دیگه نباید اون‌جور نیست که زیر بالش... به هر حال قرآن زیر سر بیمار، ولی خوب می‌گیم بذارند پهلوتون».

برنامه‌ریزی انجام شده در بخش برای تقسیم بیماران در بین پرستاران با رعایت جنسیت آنان از موارد دیگری بود که در تجربه مشارکت کنندگان به آن اشاره شد: «حالا کار خوبی که سرپرستارمون کرد این است که صبح‌ها یکی دو نفر پرسنل خانم به صورت فیکس داریم برای تعویض پانسمان‌ها و کشیدن درن‌ها، بنابراین در فرایندهای ماژور مشکل کمتر

نیز اظهار داشتند که خانواده‌ها سعی دارند تا با انجام مراسم مذهبی برای بیماران خود تسلی و آرامش ایجاد کنند (۳۸). مطابق با یافته‌های تحقیق حاضر، موضوع احترام به بیمار از چشم‌انداز پرستاران مهم قلمداد گردید. همان‌گونه که Schumacher احترام کردن را قلب مراقبت معرفی کرد (۳۹). ابراهیمی و همکاران عنوان کردند که دریافت مراقبت توأم با احترام و مناسب بیمار است (۴۰). Bjarnason در مطالعه خود اظهار نمود که درک عقاید بیماران و احترام به آن موجب تعمیق بعد انسانی ارتباط پرستار- بیمار می‌شود (۴۱). در زمینه احترام و تکریم باورهای مذهبی بیمار توسط پرستاران، Hoyer و Severinsson (۴۲) برخورد احترام‌آمیز و حساسیت به باورهای بیمار و Tortumluoglu و همکاران (۲۱) تلاش برای درک و احترام متقابل را مطرح می‌نمایند. توجه به ارزش‌ها و باورهای بیماران در تمام حوزه‌های مراقبت‌های پرستاری وجود دارد و تأکید می‌شود که پرستاران باید به سیستم ارزشی مددجویان احترام گذاشته و ضمن آشنا شدن با ویژگی‌های فرهنگی نسبت به گرایش و نگرش فرهنگی آنان به سلامتی و بیماری آگاهی پیدا کنند. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران تلاش دارند نسبت به این ویژگی‌ها شناخت پیدا کنند و تدابیر پرستاری را با در نظر گرفتن نوع باورها و اعتقادات بیمار انجام دهند. در مطالعه Calvillo و همکاران حساسیت به ارزش‌ها برای آرایه یک مراقبت پرستاری خوب مهم تلقی گردید (۴۳).

نتیجه‌گیری

اعتقادات مذهبی در زمان بیماری نسبت به هر زمان دیگری در زندگی شخص قوت می‌گیرد و انجام احکام مذهبی در دوران بیماری به عنوان یک منبع قدرت‌بخش باعث افزایش سیر بهبودی فرد می‌شود. پرستاران قادر خواهند بود با احترام به اعمال مذهبی بیماران و خانواده به ارتقای سلامت آن‌ها یاری رسانند. پیشنهاد می‌شود خواندگانی که می‌خواهند از یافته‌های این پژوهش استفاده نمایند میزان مشابهت بین مشارکت کنندگان در این پژوهش و زمینه‌ای که پژوهش در آن صورت گرفته است را با موقعیت مورد علاقه خود تعیین نمایند و سپس نسبت به قابلیت تعمیم یافته‌ها به آن تصمیم بگیرند.

است. جمع‌ها مشکل داشتیم که الآن یک سال است با این تدبیری که ایشون داشتند حتماً یک همکار خانم صبح‌ها می‌آید کارهای ماژور مثل تعویض پانسمان و کشیدن درن و گرفتن ECG (Electrocardiography) را انجام می‌دهد». پرستاری اظهار داشت: «باید خیلی به اعتقادات و ارزش‌های دینی افراد احترام بگذاریم حتی اگر خودمان هیچ باوری به این مسأله نداریم. الآن که ماه رمضان هم نزدیک است، من به عنوان یک پرستار اگر معممی در بخشم بستری است باید برایش تفهیم کنم که شما به این دلیل نمی‌توانی وضو بگیری، باید داروهایت را بخوری، نمازت را بخون ولی این رعایت‌ها را هم بکن». پرستار دیگری گفت: «همیشه وقتی صحبت از مراقبت می‌شود می‌گویند که مراقبت امری کاملاً انفرادی و شخصی است؛ یعنی شامل و تابع ارزش‌ها و باورها و فرهنگ می‌شود، به مسایل عقیدتی مربوط می‌شود، به سطح تحصیلات و سطح اجتماعی و به مجموع این‌ها باید توجه داشته باشیم».

توسل جستن

خانواده‌ها به طور سنتی از بیمار خود حمایت و مراقبت معنوی به عمل می‌آورند و بر اساس باورهای خود با دعا و توسل به ائمه اطهار برای بهبودی بیمارشان تلاش می‌کنند. یکی از دیدگاه‌های مشارکت کنندگان به این صورت بود که: «اون‌ها را برای مدت کوتاهی که باعث نشود روی بیماران دیگر اثر بگذارد از هر نظر اجازه می‌دیم. پرده مریض را می‌کشیم حالا می‌خواهند یک ربع یا نیم ساعت بالای سرش قرآن بخوانند، دعایی بخوانند، مشکلی ندارد».

بحث

در تحقیق حاضر که به عنوان بخشی از یک مطالعه بزرگ‌تر با موضوع تکریم باورهای مذهبی بیماران از دیدگاه پرستاران انجام گرفت، نشان داده شد که پرستاران نقش حضور خانواده در فرایند مراقبت را با اهمیت می‌دانند تا با دعا خواندن و توسل جستن از نیروهای مافوق طبیعی برای بهبودی بیمارشان کمک بگیرند. Tatsumura و همکاران بیان کردند که در میان منابع مذهبی و معنوی بیشترین منبعی که مورد استفاده قرار می‌گیرد، دعا کردن است (۳۷). Aga و همکاران

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه مشارکت کنندگان در این پژوهش صمیمانه تشکر نمایند. در پایان از تمام کسانی که

بی‌دریغ تجاربشان را مطرح کردند و بی‌تردید بدون همکاری آنان امکان انجام این تحقیق میسر نبود، قدردانی می‌گردد.

References

1. Abedi HA, Asgari M, Kazemi Z, Saffarifar F, Nasiri M. Religious care of hospitalized patients and its obstacles. *Teb Tazkiyeh* 2006; 14(2): 16-23. [In Persian].
2. Thoresen CE, Harris AH. Spirituality and health: what's the evidence and what's needed? *Ann Behav Med* 2002; 24(1): 3-13.
3. Javadi Amoli A. *Shariat in the mirror wisdom*. 1st ed. Qom, Iran: Raja Cultural Institute; 1993. p. 93. [In Persian].
4. Barnum BS. *Spirituality in Nursing: From Traditional to New Age*. New York, NY: Springer Publishing Company; 2006.
5. Khodayarifard M, Shokohi Yekta M, Ghobari Bonnab B. Preparing a scale to measure religious attitude of college students. *Journal of Psychology* 2000; 4(3): 268-85. [In Persian].
6. Tirgari B, Iranmanesh S, Ali CM, Arefi A. Meaning of spiritual care: Iranian nurses' experiences. *Holist Nurs Pract* 2013; 27(4): 199-206.
7. Iranmanesh S, Tirgari B, Cheraghi MA. Developing and testing a spiritual care questionnaire in the Iranian context. *J Relig Health* 2012; 51(4): 1104-16.
8. Baljani E, Kazemi M, Amanpour E, Tizfahmi T. A survey on relationship between religion, spiritual wellbeing, hope and quality of life in. *Evid Basic Care* 2012; 1(1): 51-62. [In Persian].
9. Jafari E, Dehshiri GR, Eskandari H, Najafi M, Heshmati R, Hoseinifar J. Spiritual well-being and mental health in university students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2010; 5: 1477-81. [In Persian].
10. Tazakori Z, Valizadeh S, Mohamadi E, Hasankhani H. Process of spiritual care learning in Iranian nursing students: A Grounded Theory Study. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2013; 10(1): 51-63. [In Persian].
11. Aghebati N, Mohammadi E, Ahmadi F. The Concept of Nursing in Holistic Theories: An Integrative Review. *Evid Basic Care* 2012; 2(2): 67-84. [In Persian].
12. Farahaninia M, Abbasi M, Givari A, Haghani H. Nursing Students' Spiritual Well-Being and Their Perspectives Towards Spirituality and Spiritual Care Perspectives. *Iran J Nurs* 2006; 18(44): 7-14. [In Persian].
13. Dijoseph J, Cavendish R. Expanding the dialogue on prayer relevant to holistic care. *Holist Nurs Pract* 2005; 19(4): 147-54.
14. Narayanasamy A. The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. *J Clin Nurs* 2006; 15(7): 840-51.
15. Feldstein B, Grudzen M, Johnson A, LeBaron S. Integrating Spirituality with Culture and End of Life Care in Medical Education. *Clinical Gerontologist* 2008; 31(4): 71-82.
16. Newman MA, Sime AM, Corcoran-Perry SA. The focus of the discipline of nursing. *ANS Adv Nurs Sci* 1991; 14(1): 1-6.
17. Ashghali Farahani M, Mohammadi E, Ahmadi F, Maleki M, Hajizadeh E. The effect of using The Organizational Culture Improvement Model of patient education on anxiety and satisfaction of patients with coronary artery disease. *Iran J Nurs Res* 2008; 3(8-9): 59-69. [In Persian].
18. Simon CE. Breast cancer screening: cultural beliefs and diverse populations. *Health Soc Work* 2006; 31(1): 36-43.
19. Warren BJ. Ethnopharmacology: the effect on patients, health care professionals, and systems. *Urol Nurs* 2008; 28(4): 292-5.
20. Suh EE. The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. *J Transcult Nurs* 2004; 15(2): 93-102.
21. Tortumluoglu G, Okanli A, Ozyazicioglu N, Akyil R. Defining cultural diversities experienced in patient care by nursing students in eastern Turkey. *Nurse Educ Today* 2006; 26(2): 169-75.
22. Warren BJ. The Interlocking Paradigm of Cultural Competence: A Best Practice Approach. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2002; 8(6): 209-13.
23. Donnelly PL. Ethics and cross-cultural nursing. *J Transcult Nurs* 2000; 11(2): 119-26.
24. Wu LF, Lin LY. Exploration of clinical nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Nurs Res* 2011; 19(4): 250-6.
25. Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Educ Today* 2013; 33(6): 574-9.

26. Hafizi S, Koenig HG, Arbabi M, Pakrah M, Saghazadeh A. Attitudes of Muslim Physicians and Nurses Toward Religious Issues. *J Relig Health* 2013. [In Persian].
27. Lundberg PC, Kerdonfag P. Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. *J Clin Nurs* 2010; 19(7-8): 1121-8.
28. Karimallahi M, Abedi HA. Patients' experience of prayer in hospital. *Iran J Nurs Res* 2009; 3(11): 63-73. [In Persian].
29. Khorami MA, Yaghmaei F, Khodayari FM. Spirituality as experienced by Muslim oncology nurses in Iran. *Br J Nurs* 2013; 22(4): S22-S28. [In Persian].
30. Wilson DW. From their own voices: the lived experience of African American registered nurses. *J Transcult Nurs* 2007; 18(2): 142-9.
31. Narayanasamy A. Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs? *Br J Nurs* 2003; 12(3): 185-94.
32. Shahriari M, Mohammadi E, Abbaszadeh A, Bahrami M, Fooladi MM. Perceived ethical values by Iranian nurses. *Nurs Ethics* 2012; 19(1): 30-44. [In Persian].
33. Ghahremani N. Relationship between Religious / Spiritual Components, Mental Health and Hope for the Future in Hospital Staff of Shiraz Public Hospitals. *Iran J Nurs* 2012; 25(79): 1-11. [In Persian].
34. Thorne S, Kirkham SR, MacDonald-Emes J. Interpretive description: a noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Res Nurs Health* 1997; 20(2): 169-77.
35. Benner PE. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2001.
36. Carnevale FA. Authentic qualitative research and the quest for methodological rigour. *Can J Nurs Res* 2002; 34(2): 121-8.
37. Tatsumura Y, Maskarinec G, Shumay DM, Kakai H. Religious and spiritual resources, CAM, and conventional treatment in the lives of cancer patients. *Altern Ther Health Med* 2003; 9(3): 64-71.
38. Aga F, Kylma J, Nikkonen M. The conceptions of care among family caregivers of persons living with HIV/AIDS in Addis Ababa, Ethiopia. *J Transcult Nurs* 2009; 20(1): 37-50.
39. Schumacher G. Culture care meanings, beliefs, and practices in Rural Dominican Republic. *J Transcult Nurs* 2010; 21(2): 93-103.
40. Ebrahimi H, Nikravesh M, Oskouie F, Ahmadi F. Stress: Major Reaction of Nurses to the Context of Ethical Decision Making. *Razi j Med Sci* 2007; 14(54): 7-15. [In Persian].
41. Bjarnason D. Nursing, religiosity, and end-of-life care: interconnections and implications. *Nurs Clin North Am* 2009; 44(4): 517-25.
42. Hoye S, Severinsson E. Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: a hermeneutic study. *Intensive Crit Care Nurs* 2010; 26(1): 24-32.
43. Calvillo E, Clark L, Ballantyne JE, Pacquiao D, Purnell LD, Villarruel AM. Cultural Competency in Baccalaureate Nursing Education. *J Transcult Nurs* 2009; 20(2): 137-45.

Respecting the Spiritual Beliefs of Patients from the Perspective of Nurses: A Qualitative Study

Mohammad Reza Heidari¹, Reza Norouzadeh²

Original Article

Abstract

Introduction: Hospitalized patients have different religious and worship needs. Understanding these needs and planning care in order to meet these needs are essential to performing holistic care. The aim of the present study was to explain the worship and religious needs of patients from the perception of clinical nurses.

Method: This was a qualitative study with content analysis approach. In total, 23 nurses of diverse age and gender, and work experience at different wards and in different posts, were selected with purposeful sampling method and participated in the study. Data were collected through in-depth and semi-structured interviews. The data analysis method used in this study was content analysis based on constant comparative analysis.

Results: Data analysis revealed the main theme to be respect for beliefs and values. Subthemes were honoring the family, commemorating religious rituals, recognizing values, and having faith.

Conclusion: Cultural, religious, and ethnic backgrounds have an important impact on health care and on the way of understanding decisions. Nurses will be able to promote physical, spiritual, and moral health of patients and their family by deepening the human dimensions and creating a relationship based on respect toward their religious practices.

Keywords: Religious rituals, Respect for beliefs, Content analysis, Honoring the family, Faith

Citation: Heidari MR, Norouzadeh R. **Respecting the Spiritual Beliefs of Patients from the Perspective of Nurses: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2014; 3(3): 239-46.

Received date: 07.07.2014

Accept date: 22.08.2014

1- Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran

2. Lecturer, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Mohammad Reza Heidari PhD, E-mail: heidari43@yahoo.com