

تبیین دیدگاه و تجارب پرستاران بخش مراقبت ویژه در خصوص مراقبت‌های مذهبی - معنوی بیماران: تحلیل محتوای کیفی

فرشته عراقیان مجرد^۱، اکرم ثناگو^۲، لیلا جویباری^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: تحقیقات نشان داده است که مذهب و باورهای دینی افراد، از عوامل تأثیرگذار سازگاری با سختی‌ها می‌باشد. در این‌گونه موارد، فرد نوعی ارتباط عاطفی با خدا و اولیای دین برقرار می‌کند و این روابط می‌تواند انسان را در مواجهه با مشکلات و حل آن‌ها یاری نماید. هدف از انجام این مطالعه، آرایه تجربیات پرستاران بخش مراقبت ویژه از مراقبت‌های مذهبی - معنوی جهت بیماران بود.

روش: در این مطالعه کیفی، به منظور تبیین تجربه پرستاران از مراقبت‌های مذهبی - معنوی برای بیماران، بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، با ۲۵ پرستار در بخش مراقبت ویژه در مرکز آموزشی - درمانی بوعلی سینا شهر ساری مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته انفرادی به عمل آمد. مصاحبه‌ها ضبط، دست‌نویس، کدگذاری و طبقه‌بندی گردید و مطابق رویکرد «تحلیل محتوای مرسوم» مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تجربیات پرستاران حاکی از همکاری آنان با همراهان و بیماران برای اجرای مراقبت‌های مذهبی - معنوی در لحظات بحرانی بیماری در بخش مراقبت ویژه بود. از آنالیز داده‌ها، دو درون‌مایه اصلی شامل «تکریم باورها و اعتقادات مذهبی بیماران، رفتارهای مراقبتی معنوی - مذهبی» و چهار درون‌مایه فرعی «ناامیدی از طب رایج، نقش حمایتی پرستار، مسلمان بودن و اعتقادات و آرامش و تسلی بخش بودن» استخراج شد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که پرستاران به دلیل احترام گذاشتن به اعتقادات بیماران، آخرین خواسته بیمار و همراه را که علم طب رایج قادر به پاسخگویی آن نیست، برای آنان انجام می‌دهند.

کلیدواژه‌ها: مراقبت مذهبی - معنوی، پرستاری، بخش مراقبت ویژه، تحلیل محتوای کیفی

ارجاع: عراقیان مجرد فرشته، ثناگو اکرم، جویباری لیلا. تبیین دیدگاه و تجارب پرستاران بخش مراقبت ویژه در خصوص مراقبت‌های مذهبی - معنوی بیماران: تحلیل محتوای کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۴؛ ۴ (۴): ۴۳۷-۴۲۶.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۲۵

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۱

۱- دانشجوی دکتری، گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۲- دانشیار، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۳- دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

Email: jouybari@goums.ac.ir

نویسنده‌ی مسئول: لیلا جویباری

مقدمه

اعضای خانواده سطوح بالایی از اضطراب را در هنگام پذیرش بیمار در بیمارستان تجربه می‌کنند (۱)، به خصوص اگر بیمار در بخش‌های پرتنشی مانند بخش ویژه بستری شده باشد (۲، ۳)، اما یکی از مواردی که در پیشگیری از اختلالات روانی - درمانی خانواده نقش بسیار مهمی ایفا می‌کند، مذهب و اعتقادات مذهبی می‌باشد (۴، ۵). مذهب راهی برای برقراری ارتباط با خدا است و این ارتباط از راه قلب و 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 (۶).

تحقیقات مختلف نشان داده است که مذهب و باورهای دینی افراد، از عوامل تأثیرگذار در راستای سازگاری با سختی‌ها می‌باشد. در این‌گونه موارد، فرد نوعی ارتباط عاطفی با خدا و اولیای دین برقرار می‌کند و این روابط می‌تواند انسان را در مواجهه با مشکلات و حل آن‌ها یاری نماید. ایمان به خدا نوعی قدرت معنوی به انسان می‌بخشد که او را در تحمل سختی‌ها کمک می‌کند و نگرانی و اضطراب را دور می‌سازد (۷). در تفکر اسلامی و روایات معتبر و آیات وحیانی، اثبات شده است که جهان تکوین چنان به هم پیوسته است که رفتارهای آدمی می‌تواند در جهان خارج و طبیعت اثر شگرفی بر جا گذارد (۸).

مراقبت، جوهره پرستاری است و بر همه ابعاد وجودی انسان از جمله بعد جسمی، روانی و معنوی تأکید دارد (۹). مراقبت معنوی و فرهنگی از ابعاد تفکیک‌ناپذیر مراقبت کل‌نگر و ارایه این نوع از مراقبت، مستلزم شناسایی مذهب و عقاید معنوی بیمار است (۱۰). پرستاران باید دیدگاه روشنی نسبت به این ویژگی‌ها داشته باشند، از سوگیری نسبت به فرهنگ‌های خاص بپرهیزند، با خصوصیات فرهنگی بیماران و خانواده آنان آشنا شوند و آن را در حین مراقبت از بیمار در نظر گیرند (۱۱). زمانی که پیشگیری از مرگ غیر ممکن است و مراقبت‌های پزشکی در درازمدت میسر و مفید نیست، پرستار سعی می‌کند با فراهم کردن راحتی و برطرف کردن

درد بیمار و تسلی دادن به خانواده، کمک نماید تا بیمار در آرامش بمیرد و روزهای آخر عمر برای او و خانواده‌اش به خوبی و در صورت امکان با رنج کمتری سپری شود. از آن‌جا که مرگ تنها پدیده مسلم زندگی می‌باشد و تنها اتفاقی است که از وقوع آن در آینده مطمئن هستیم، پرستاران موظف هستند مرگ را بشناسند و توانایی گوش دادن توأم با همدردی بدون قضاوت و عملکرد مقبولی را در خود ایجاد کنند (۱۲).

مذهب پل تماس انسان و خالق است و درک نیازهای مذهبی توسط اعضای تیم مراقبت‌کننده از بیمار، تأثیر زیادی بر روند کنترل بیماری و ارتقای کیفیت زندگی دارد (۱۳). در مطالعه Narayanasamy مشخص گردید که برخی نیازهای بیماران مانند اعمال مذهبی، تأمین نمی‌شود (۱۴). عابدی و همکاران موانع موجود در ارایه مراقبت مذهبی را در دو بعد عمده فردی و محیطی خلاصه کردند و بر تأثیر زیاد موانع فردی بر ارایه مراقبت‌های مذهبی تأکید داشتند (۱۵). پرستاران ماهر در مراقبت معنوی قادر به تعیین و درک عوامل درونی برای بیمار می‌باشند و با حضور دلسوزانه می‌توانند به بیماران در جهت یافتن معنی و هدف برای تحمل رنج و درد بیماری و پذیرش امکان وقوع مرگ کمک کنند و با تقویت ارتباط با خدا که باعث پرورش بعد معنوی انسان می‌شود و نیز با فراهم آوردن تسهیلاتی برای بیماران جهت بیان اعتقادات و انجام فعالیت‌های مذهبی‌شان، در برآورده ساختن نیازهای روحی آنان کمک نمایند (۱۶).

مداخلات معنوی، از دعا و نیایش تا کاربرد متون مذهبی، مداخله‌های درمانی نیرومندی هستند که باعث سیر معنوی و تجربه معنوی در درمانگر و مددجو که نوعی تقارن و کیمیاگری یا تغییر ماهیت معنوی است، می‌گردد. البته زمینه و سوابق شخصی افراد بر معنی و تفسیر فرد از تجربه تأثیرگذار است (۱۷). از آن‌جا که درک پرستاران تحت تأثیر تجربیات مراقبتی آنان قرار دارد (۱۸)؛ یکی از راه‌های کشف این حیطه، تبیین تجربیات پرستاران می‌باشد. کشف، اولین گام برای گام‌های متعدد در جهت ارتقای کیفیت مراقبت به شمار می‌رود و کشف تجربه مراقبت از بیماران بخش ویژه، کمک

می‌کند تا راهکارهایی در سطح شخصی و حرفه‌ای ارائه شود. بنابراین، پژوهش حاضر به منظور تبیین تجربه مراقبت مذهبی از بیماران توسط پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه انجام گردید.

روش

این پژوهش کیفی از نوع تحلیل محتوایی بود و به دلیل کشف و آشکار شدن تجارب پرستاران از ارائه مراقبت مذهبی، رویکرد تحلیل محتوای کیفی مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل محتوا یک رویکرد تحقیقی و ابزار علمی است که هدف آن، تأمین شناختی جدید، ارتقای درک محقق از پدیده‌ها و مشخص شدن راهبردهای عملیاتی می‌باشد. جامعه پژوهش را پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه مرکز آموزشی-درمانی بوعلی سینا شهر ساری در سال ۱۳۹۴ تشکیل داد. به منظور تبیین تجربه پرستاران از مراقبت‌های مذهبی-معنوی برای بیماران، بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، با ۲۵ پرستار در بخش مراقبت ویژه در مراکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران مصاحبه‌های نیمه ساختار انفرادی به عمل آمد. محقق برای کسب تجارب غنی مشارکت‌کنندگان، نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و با حداکثر تنوع را انجام داد. تعداد و تنوع از نظر جنسیت و سطح تحصیلات و وضعیت کاری بود.

معیارهای ورود به مطالعه شامل پرستاران دارای حداقل یک سال سابقه کار در بخش ICU (Intensive care unit) که قادر به پاسخگویی باشند؛ یعنی بتوانند تجربیات خود را در خصوص مراقبت مذهبی از بیماران بیان کنند و تمایل به انجام مصاحبه داشته باشند، بود و افرادی که حاضر به ادامه مطالعه نبودند، از مطالعه حذف شدند. ابتدا علت انجام پژوهش به پرستاران توضیح داده شد و سپس سؤالات تحقیق در مکانی آرام و کم رفت و آمد پرسیده شد. محقق برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته استفاده نمود. سؤالات شامل «وقتی می‌گوییم ارائه مراقبت‌های مذهبی، چی به ذهن شما می‌آید؟ برایم بازگو نمایید»، «شما برای ارائه مراقبت مذهبی چه اقداماتی برای بیمار انجام می‌دهید؟ با مثال ذکر کنید»، «شما برای بیماران در حال

احتضار چه مراقبت‌هایی به عمل می‌آورید؟» «در زمان فوت بیماران چه مراقبت‌هایی انجام می‌دهید؟ بازگو نمایید»، «چرا این مراقبت‌ها را برای بیمار انجام می‌دهید؟» و جهت روشن‌تر شدن مفهوم و عمیق‌تر شدن روند مصاحبه، بقیه سؤالات پیگیری‌کننده و اکتشافی بر اساس داده‌هایی که شرکت‌کننده ارائه می‌کرد، مطرح گردید. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها یا تا جایی که دیگر با ادامه روند مصاحبه، داده جدیدی استخراج نشد، ادامه یافت. پژوهشگر در صورت امکان سعی نمود شنونده فعالی باشد. زمان مصاحبه ۲۰-۴۰ دقیقه و بستگی به وضعیت شرکت‌کننده، به طول انجامید. جهت تحلیل داده‌ها، خلاصه‌نویسی بلافاصله پس از هر مصاحبه (خلاصه‌ها شامل برداشت مصاحبه‌گر از مهم‌ترین ایده‌های مطرح شده در مصاحبه)، سپس گوش دادن به نوار و دست‌نویس کردن محتوای نوار، در پایان بررسی کردن دست‌نوشته‌ها با محتوای نوار انجام گرفت. جهت تحلیل محتوا از رویکرد کیفی Graneheim و Lundman استفاده گردید (۱۹) که در ادامه به تفصیل آمده است.

۱- محقق مصاحبه‌ها را به صورت مکتوب درآورد و آن‌ها را چندین بار مورد مطالعه قرار داد تا شناخت کاملی از آن به دست آورد.

۲- کل مصاحبه‌ها به عنوان واحد تحلیل محسوب شد. منظور از واحد تحلیل، یادداشت‌هایی هستند که قرار است تحت تحلیل و کدگذاری قرار بگیرند.

۳- پاراگراف‌ها، جملات و یا کلمات به عنوان واحد معنایی محسوب شدند. واحد معنایی به مجموعه‌ای از کلمات و جملاتی گفته می‌شود که از نظر محتوایی با یکدیگر در ارتباط هستند و با توجه به محتوا و مفادشان، جمع‌بندی می‌شوند و در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند.

۴- سپس، واحدهای معنایی با توجه به مفهوم نهفته در آن‌ها، به سطح انتزاع و مفهوم‌پردازی رسیده، توسط کدها نامگذاری شدند.

۵- کدها از نظر تشابه و تفاوت‌هایشان با یکدیگر مقایسه گردیدند و تحت طبقات انتزاعی‌تر با برچسب مشخص دسته‌بندی شدند.

۶- در نهایت، با مقایسه طبقات با یکدیگر و تأمل دقیق و عمیق بر روی آن‌ها، محتوای نهفته درون داده‌ها تحت عنوان درون‌مایه مطالعه معرفی گردید.

جهت صحت و استحکام مطالعه از معیارهای پیشنهادی Guba و Lincoln استفاده شد (۲۰). پژوهشگر با شرکت طولانی مدت و مشارکت و تعامل کافی با شرکت جمع‌آوری اطلاعات معتبر و تأیید اطلاعات، بر افزودن اعتبار تحقیق (Credibility) تلاش نمود. جهت افزایش اعتماد داده‌ها (Dependability)، اقداماتی مانند تکرار گام به گام و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، بهره‌گیری از بازبینی توسط استاد راهنما، مشاور و افراد صاحب‌نظر صورت گرفت. جهت افزایش معیار تأییدپذیری داده‌ها (Confirmability) از تأیید استادان هیأت علمی دانشگاه و نظرات تکمیلی آنان استفاده گردید. قابلیت انتقال داده‌ها (Transferability) با مطالعه و تلاش جهت ارایه توصیف غنی از گزارش تحقیق به منظور ارزیابی و قابلیت کاربرد تحقیق در سایر زمینه‌ها صورت پذیرفت تا سایر محققان نیز بتوانند قادر به درک تجربه پرستاران از مراقبت‌های مذهبی و دستیابی به مشابه آن باشند و همچنین، نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان به همان صورتی که گفته شد، ارایه گردید.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی و محافظت از حقوق مشارکت‌کنندگان، محقق بعد از اخذ معرفی‌نامه از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان و ارایه آن به دانشگاه محل مطالعه و با معرفی خود به مشارکت‌کنندگان و توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت‌نامه آگاهانه، به آن‌ها اطمینان داد که مطالب مصاحبه شده به صورت محرمانه و بدون نام بردن از افراد ثبت خواهد شد و امانت‌داری در متن مصاحبه رعایت می‌گردد. در شروع مطالعه، اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده ثبت شد و گفتگوها پس از اتمام تحلیل و نگارش کامل مقاله و چاپ مقاله، پاک شد و به خروج آزادانه در هر مرحله از مطالعه به دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری، تأکید شد.

یافته‌ها

پس از مشخص شدن مفاهیم، ۳۹۶ کد اولیه از مصاحبه‌ها

استخراج گردید و پس از چندین 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 گردید. بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها، دو درون‌مایه اصلی «تکریم باورها و اعتقادات مذهبی بیماران و رفتارهای مراقبتی معنوی - مذهبی» به دست آمد. تجربیات پرستاران حاکی از همکاری آنان با همراهان و بیماران برای اجرای مراقبت‌های مذهبی - معنوی در لحظات بحرانی بیماری و انتهای زندگی بیمار در بخش مراقبت ویژه بود.

تکریم باورها و اعتقادات مذهبی بیماران

این درون‌مایه از چهار درون‌مایه فرعی «نامیدی از طب رایج، نقش حمایتی پرستار، مسلمان بودن و اعتقادات و تسلی‌بخش بودن» تشکیل شد که پرستاران را در این تجربیات مراقبتی مذهبی - معنوی سهیم می‌کرد. رفتارهایی همچون قرآن و دعا خواندن بر بالین بیمار، استفاده از آب زمزم، نذورات، متوسل شدن به ائمه و... از سوی همراهان برای بیماران صورت می‌گرفت. پرستاران انجام فرایض دینی از قبیل نماز خواندن، تمیز کردن بدن بیمار فوت شده و رو به قبله قرار دادن او را از وظایف خود می‌دانستند. آنان معتقد بودند که با انجام این مراقبت‌ها، باعث آرامش خاطر همراه بیمار شده، آن‌ها را در این شرایط بحرانی حمایت می‌کنند.

نامیدی از طب رایج: مشارکت‌کنندگان جهت اجابت درخواست همراهان و بیماران برای اجرای مراقبت مذهبی - معنوی، معتقد بودند به علت این که درمان طب رایج برای برخی بیماران قطع امید شده است، مراقبت پیشنهاد شده از سوی همراهان را می‌پذیرند و برای آن‌ها اجرا می‌کنند. متوسل شدن به هر کاری برای زنده نگهداشتن بیمار و پاسخگو نبودن درمان از مواردی بود که پرستاران را ترغیب به همکاری با بیماران برای مراقبت مذهبی و معنوی می‌کرد. شرکت‌کننده ۷ در این باره گفت: «شاید ماها هم در این شرایط قرار بگیریم... به هرچی متوسل می‌شیم، به هر کاری که لازم بشه دست می‌زنیم».

علاوه بر دیدن اعتقادات مذهبی بیماران، پرستاران خودشان در خانواده شاهد اعتقادات مذهبی در زمان بیماری بودند. شرکت کننده ۱۲ اظهار کرد: «مادر بزرگمون وقتی جاییمون درد می‌گرفت، به ما می‌گفت بیا دعا بخوانم و تف بزنم و در زمان دل‌درد، آب را فوت می‌کرد و گیسش را می‌زد به آب، بعد می‌داد به ما می‌خوردیم و خوب می‌شدیم».

اعتقاد داشتن به عقیده پرستاران نقش بسزایی در این مراقبت دارد. شرکت کننده ۶ گفت: «مریض زیر دستگاه بود. دخترش می‌گفت که من خودم باید آب زمزم را بدم و مریضش خوب شد. گفت این آب شفا بخش باعث خوب شدن شد، یعنی ایمان داشت که مریضش خوب می‌شه و مریض هم همین احساس داشت». در این زمینه شرکت کننده ۲۳ بیان کرد: «قانون جذب به هر چیزی که اعتقاد داشته باشی، تمام کائنات دست به دست هم می‌دهند تا آن کار انجام شه... بیماری ALS (Amyotrophic lateral sclerosis) بود، به شدت به دستگاه وابسته بود و مدت طولانی اینجا مانده بود. از سر سفره روضه وسیله برایش می‌آوردند... بعد رفت بخش و با تراک مرخص شد».

پرستاران اعتقاد داشتند که خواست خدا می‌تواند در عملکرد این درمان‌ها تأثیرگذار باشد. شرکت کننده ۱۹ اظهار نمود: «هر چند بحث کتاب و دعا یک بحث هست و درمان و علم پزشکی یک طرف... اما لطف و نظر خدا را هیچ کس منکر نیست».

پرستاران در تجربیات خود اعتقاد به معجزه را عنوان کردند. شرکت کننده ۶ در این باره گفت: «بیمار آقای ۳۸ ساله‌ای داشتیم که $GCS = 3$ (Glasgow Coma Scale) و خونریزی وسیع مغزی داشت و وصل به دستگاه بود. خودمون نیز همراه‌ها را ناامید کرده بودیم، اما سطح هوشیاریش بالا آمد، تراک کردیم و مریض نجات پیدا کرد و تراکشو فلزی کردیم... بیمار کم‌کم صحبت می‌کرد و دست‌ها و پاهایش را تکان داد. پدرش می‌گفت در گلخانه یا سر باغم که بودم، گفتم خدایا بچه‌ام را به تو می‌سپارم، هر کاری که می‌خواهی بکنی... دیگر گریه و زاری نمی‌کنم که فردا به بیمارستان آمدم بیمارم را از دستگاه جدا کردم».

نقش حمایتی پرستار: پرستاران مورد مطالعه خود را مجاب به پذیرش نقش حمایتی خود به عنوان پرستار از بیمار و خانواده او می‌دانستند و بر این باور بودند که حاضر به همکاری با بیمار و خانواده او در صورتی که درخواست بیمار یا همراه تداخلی در درمان بیمار ایجاد نکند، هستند. شرکت کننده ۱۵ بیان کرد: «اگر مقدور باشه، انجام می‌دهیم... اگر با درمان تداخل ایجاد نکنه، انجام می‌دهیم».

مسلمان بودن و اعتقادات: پرستاران احترام به اعتقادات مذهبی بیماران و مسلمان بودن و درک اعتقادات آنان و اعتقاد به معجزه را از مواردی ذکر کردند که باعث می‌شد بیماران را در این مراقبت مذهبی - معنوی همراهی نمایند. شرکت کننده ۳ اظهار داشت: «اعتقاداتی که مردم دارند، در کل ما به اعتقادات آن‌ها احترام می‌ذاریم؛ چون مسلمانیم و همراهان اعتقاد دارند که مریضشان شفا پیدا می‌کنه یا ایمان دارند که معجزه‌ای بشه».

پرستاران در تجربیات خود بر بالین بیمار، با صحنه‌هایی مواجه شده بودند که حاکی از استمرار اعتقاد آن‌ها بر این باور شده بود. درک بیماران از دنیای اطراف با توجه به درجه پایین و در کما بودن و دیدن عکس‌العمل بیماران بد حال در مواجهه با مراقبت‌های مذهبی - معنوی همراهان برای آن‌ها بود. پرستاران در تجربیات خود به این نکته هم اشاره کردند که مراقبت‌های مذهبی - معنوی برای راحت از دنیا رفتن و یا زجر نکشیدن بیمار نیز کمک کننده است. مردن بعد از حالیت طلبیدن و یا خواندن قرآن بارها مشاهده شده بود. شرکت کننده ۸ می‌گوید: «به همراهان می‌گیم آخرین حسی که از بین می‌ره، حس شنوایی بیمار است. بارها و بارها همراهان آمدند که گفتند مریض اشک ریخته یا خودشو تکان می‌ده... یکی از مریض‌ها که عروسش آمد و رفت، بعدش فوت کرد؛ انگار که منتظر بود عروسش حالش کنه». شرکت کننده ۱۲ بیان نمود: «دایی من در همین ICU ایست قلبی کرد، CPR (Cardiopulmonary resuscitation) شد. تمام کرده بود و CPR و دارو برایش زدند و خانمش به امامزاده شه بمو ستون نذر کرد تکیه بغل خونشونه. الان داییم خوب شد... رفته بخش».

وضعیت بیماران ما در بیشتر مواقع به هم ریخته است؛ از نظر علمی نمی‌شه برایشان کاری کرد... همراهان با این کار آرام می‌گیرند، احساس آرامش بخشی دارند و فکر می‌کنند که کاری برای مریض کرده‌اند». در این باره شرکت کننده ۱۹ بیان نمود: «ما چیزی احساس نمی‌کردیم، اما ولی همراه می‌گفتند که مریض متوجه شده و چشماشو باز کرده یا حرکتی داشته و ارتباط با همراهشون داشته». شرکت کننده ۷ اظهار داشت: «بعضی از همراهان قرآن به سر می‌شوند یا در منزلشان سفره می‌گذارند که به همراهان آرامش می‌ده... به همراه بیمار آرامش می‌ده، حتی اگر نتیجه نگیره... انگار که امداد غیبی به مریضش کمک می‌کنه».

شرکت کننده ۹ می‌گوید: «آب زمزم فراهم می‌کنیم به بدنشان می‌زنیم یا گاوژ می‌کنیم. بیشترین مسأله‌ای که ما را راجع می‌کنه این کار را انجام بدهیم، تسلی دادن و امیدوار بودن». شرکت کننده ۱۵ گفت: «خیلی از همراهان می‌آیند و خواستار آند که بر بالین بیمار بیاییم، قاری قرآن می‌آرند یا قرآن می‌خوانند برای تسلی خاطر همراهان و آرامش خاطر فرد...».

رفتارهای مراقبتی مذهبی - معنوی: پرستاران شاهد رفتارهای متنوعی مانند قرآن و دعا خواندن بر بالین بیمار، استفاده از آب زمزم، نذورات، متوسل شدن به ائمه و... در مراقبت مذهبی - معنوی بودند که از سوی همراهان برای بیماران صورت می‌گرفت. قرآن خواندن و دعا خواندن از رفتارهایی بود که زیاد از آن یاد کردند. شرکت کننده ۵ در این باره گفت: «قرآن یا دعا زیر بالش بیمار می‌گذارند، فامیل‌های درجه یک می‌آیند بر بالینش و قرآن می‌خوانند و دعا می‌کنند». شرکت کننده ۷ نیز بیان کرد: «بعضی از همراهان قرآن به سر می‌شوند و یا در منزلشان سفره می‌گذارند که به همراهان آرامش می‌ده».

پرستاران استفاده از آب زمزم را به کرات اشاره کردند. شرکت کننده ۷ بیان کرد: «بیشتر تقاضای همراهان که تقاضا دارند که آب زمزم از مکه بیارند و به بیمار بدهند... آب زمزم را روی دست و صورت بیماران می‌زنند».

استفاده از پارچه سبز و تبرکی از جمله مواردی بود که توسط پرستاران عنوان شد. شرکت کننده ۱۲ در این زمینه

اعتقاد به تقدیر از مسایلی بود که پرستاران به آن اشاره نمودند. شرکت کننده ۲۲ در این زمینه بیان کرد: «همراه مریض می‌گفت یاد شعر مولانا افتادم که هیچ وقت خودتو در درگاه خداوند ذلیل نکن؛ چون آن قدر پیش خدا عزیز هستی... هرچه تقدیر باشه، همون کار را انجام می‌دهد».

شرکت کننده ۲۲ در تجربیات خانوادگی خودش بیان داشت: «مادر خودم خیلی بدحال شده بود، من رفتم بیلاقی پیشش که جاده خیلی بد بود و مادرم اصلاً حال خوبی نداشت... تنفس Cheyne-Stokes داشت. گفتم همه خواهر و برادرها قرآن بر بالین مادرم خواندیم. دو قطره اشک ریخت که نیم ساعت بیشتر طول نکشید».

پرستاران معتقد بودند که حس شنوایی بیماران از بین نمی‌رود و اعتقاد داشتند که نباید بر بالین بیمار حرف‌های ناامید کننده زد. شرکت کننده ۱۴ در این باره گفت: «بر بالین بیمار حرف‌های ناامید کننده نزنند. بیمار یک روح دارد؛ روح هنوز از جسم خارج نشده و مریض همه را می‌شنوه و شاید روح به جسمش برگرده... پس با احترام رفتار کنید. من فیلمی دیدم که بیمار CPR می‌شد و روحش همه چیز را می‌دید».

تسلی بخش بودن رفتارهای مراقبتی مذهبی - معنوی: پرستاران معتقد بودند که با انجام این مراقبت‌ها، باعث آرامش خاطر همراه بیمار می‌شوند و آن‌ها را در این شرایط بحرانی حمایت می‌کنند. یکی دیگر از مضامین انجام مراقبت معنوی - مذهبی، آرامش خاطر همراه بیمار بود.

مشارکت کنندگان بیان داشتند که همراهان برای بهبودی بیماران خود به هر روشی روی می‌آورند و از آنجایی که نقش حمایتی ما هم برای بیمار و هم برای خانواده است، سعی داریم این خواسته همراهان را اجرا کنیم؛ چرا که تجربیات نشان داده است که این کار باعث آرامش خاطر همراهان بیمار می‌شود. شرکت کننده ۱۱ در این زمینه اظهار داشت: «بیشتر همراهان تقاضا دارند آب زمزم از مکه بیارند و به بیمار بدهند یا پارچه سبز از سید می‌گیرند تا به دست بیماران ببندند یا تبرکی می‌آرند و می‌ذارن زیر سر بیمار یا آب زمزم را روی دست و صورت بیماران بزنند. همراهان اعتقاد دارند که مریضشان شفا پیدا می‌کنه یا ایمان دارند که معجزه‌های بشه...».

اظهار داشت: «پارچه سبز از سید می‌گیرند تا به دست بیماران ببندند، تبرکی می‌آرند و می‌دارن زیر سر بیمار یا پارچه سبز یا دعایی که نوشتند را دیده‌ام...».

هرچند که پرستاران در برخی مواقع شاهد بی‌تأثیر بودن اقدامات مراقبتی مذهبی از سوی همراهان هستند، اما همان‌گونه که ذکر کردند، خواسته خدا و یا حتی مرگ آرام و هر چیزی که خدا مصلحت بداند را هم باور داشتند. این نمی‌توانست مانع از همکاری آن‌ها در این مراقبت مذهبی برای بیمار شود. شرکت کننده ۱۹ اظهار نمود: «تأثیری نداشت آب زمزم و خاک کربلا یا پارچه سبز آوردند و می‌گفتند خاک کربلا بر بالای سر بیمار بریزید یا داخل چشم بیمار بگذارید، اما تأثیری نداشت و مریض فوت کرد... فکر کنم شفای مرگ آرام بود». شرکت کننده ۱۸ در این زمینه گفت: «یک روز در یکی از بیمارستان‌های تهران، بچه‌ای حالش خیلی بد بود... مادرش بچه‌اش را بغل کرد و پدرش قرآن خواند و همان لحظه بچه در بغل مادرش تمام کرد».

در بعضی اوقات نیز پرستاران شاهد تأثیر این رفتارها بودند. شرکت کننده ۲۳ در این باره می‌گوید: «بیمار که ALS بود، به شدت به دستگاه وابسته بود و به مدت طولانی اینجا مانده بود... از سر سفره روضه وسیله برایش تبرکی می‌آوردند که بعد رفت بخش و بهبود یافت».

پرستاران حتی در جمع‌آوری باقی‌مانده این رفتارها حفظ احترام را به اعتقادات مذهبی داشتند. شرکت کننده ۱۲ بیان کرد: «پارچه سبز از کربلا و یا از امامزاده یا سید می‌آورند که تأثیری نداشت و خیلی پارچه جمع می‌شد و به همراه می‌دادیم که بریزند توی رودخانه؛ چون گناه داره اگر اینجا باشه توی سطل آشغال بریزیم».

نمونه‌ای از بیانات شرکت کنندگان در ادامه آمده است: «پیش فردی می‌روند که از نظر مذهبی بزرگ محل هستند یا کسانی که دعا می‌نویسند، دعا یا پارچه به بازویشان می‌بندیم یا دعایی می‌آورند یا آب زمزم فراهم می‌کنیم به بدنشان می‌زنیم یا گاوژ می‌کنیم...». «خدایا بچه‌ام را به تو می‌سپارم که هر کاری می‌خواهی بکن. دیگه گریه و زاری نمی‌کنم؛ سپردم دست تقدیر... خدایا همون‌جور که خودت به من عطا

کردی، دوباره بچه‌ام را به من عطا کن». «قاری قرآن می‌آورند، قرآن می‌خوانند... همراه‌ها می‌گویند هر شب ۵۰ نفر جمع می‌شیم و دعای توسل می‌گذاریم... سفره حضرت فاطمه (س) یا ابوالفضل (ع) می‌گذارند یا دعا یا طعام از همان سفره را می‌آورند و این دعا و طعام را به بیمار می‌دهن». «آب توبه آوردیم که به سر و صورتش بزنیم و آب آوردند و به تنش مالیدند... سوره توبه را به آب خوندند که گناهش پاک بشه، راحت‌تر فوت شه و اگر گناهی کرده پاک بشه». «قرآن بر بالین مادرم خواندیم، دو قطره اشک ریخت که نیم ساعت بیشتر طول نکشید». «غذای تبرکی می‌آرند یا پارچه سبز می‌آرند که آیه قرآنی رویش نوشته که روی تنش می‌دارند یا کتابچه دعا می‌دارند، قرآن را با هدفون برای بیماران می‌دارند». شرکت کننده ۲۳ گفت: «آیه الکرسی خواندیم، دعا گرفتیم و هر کسی هر کاری گفت، کردیم... آیه اول سوره مریم و صلوات زیاد فرستادیم و هر وقت می‌آییم حتی پشت در ICU و بالای سرش هم که می‌یام صلوات و آیه اول سوره مریم رو می‌خونم. سوره حمد خیلی سفارش شده».

شرکت کننده ۲۳ بیان نمود: «توکل به حضرت معصومه (س)، امام رضا (ع)، نماز برای امام حسین (ع) خیلی خواندیم... خیلی چیزها و الآن خیلی بهتر شده و بهتر هم می‌شه. نسبت به روزهای اول خیلی امید داریم، برای غذایش سوره یاسین، فلق و صلوات می‌خونیم... برای غذایش صلوات می‌فرستیم».

پرستاران انجام فرایض دینی از قبیل نماز خواندن، تمیز کردن بدن بیمار فوت شده و رو به قبله قرار دادن او را از وظایف خود می‌دانستند. آنان در این تجربیات بیان داشتند، هرچند که مراقبت‌های مذهبی - معنوی را به علت تقاضای همراهان برای بیماران انجام می‌دهند، اما خود آن‌ها برای بیماران یک سری فرایض دینی را به جا می‌آورند. رو به قبله کردن بیمار برای نماز و یا فوت، مهر و سجاده دادن و کمک به وضوی بیمار از این نمونه بود. شرکت کننده ۲۴ در این باره اظهار داشت: «سر تخت را رو به قبله می‌کنیم، مهر و سجاده می‌دهیم، کمک به وضو گرفتن می‌کنیم و بیماران روی تخت نماز می‌خوانند... خاک تربت هم داریم جهت تیمم، برای کسانی که نمی‌توانند وضو بگیرند. مریضی داشتیم که وقت

روش‌های طب سنتی و مکمل از جمله دعا درمانی، برای درمان بیماری‌ها است. حتی مجامع علمی غربی که میزان اعتقادات مذهبی در آن‌ها به نسبت کمتر است، به‌تازگی مقالاتی را منتشر کرده‌اند که نشان می‌دهد نمی‌توان در خصوص باورهای مذهبی بیماران در مورد درمان بیماری بی‌تفاوت بود (۲۲، ۲۱). در مواقعی که درمان‌های کلاسیک با شکست مواجه می‌شود و یا به سبب عوارض جانبی، غیر قابل تحمل می‌شود، طب مکمل بهترین گزینه خواهد بود (۲۳). پرستار سعی می‌کند با فراهم کردن راحتی و برطرف کردن درد بیمار و تسلی دادن به خانواده، کمک کند تا بیمار در آرامش بماند و روزهای آخر عمر برای او و خانواده‌اش به خوبی و در صورت امکان با رنج کمتری سپری شود (۱۱).

نتیجه دیگر این مطالعه حاکی از آن بود که پرستاران نقش حمایتی را در اجرای مراسم مذهبی بیماران و خانواده‌های آنان داشتند که با مطالعه حیدری و نوروززاده (۱۰) همخوانی دارد. آنان در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که سعی و تلاش پرستاران، در حمایت و احترام گذاشتن به باورها و ارزش‌های مذهبی بیماران می‌باشد (۱۰). رفتارهایی مانند قرآن و دعا خواندن بر بالین بیمار، استفاده از آب زمزم، نذورات، متوسل شدن به ائمه و... از سوی همراهان برای بیماران صورت می‌گرفت. پرستاران انجام فرایض دینی همچون نماز خواندن، تمیز کردن بدن بیمار فوت شده و رو به قبله قرار دادن او را از وظایف خود می‌دانستند. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، پرستاران معتقد بودند که با انجام این مراقبت‌ها، باعث آرامش خاطر همراه بیمار می‌شدند و آن‌ها را در این شرایط بحرانی حمایت می‌کردند.

اعمال مذهبی ممکن است موجب معالجه بیمار نشود، اما می‌تواند به فرد کمک کند تا احساس خوبی داشته باشد و با بیماری یا مرگ کنار آید (۲۴). کلهر بیان نمود که باور به قدرت خدا، نیایش او و سر نهادن به اراده الهی در دردها، به انسان توان تحمل می‌دهد؛ در حالی که نیازهای روحی نیز تأمین می‌شود و انسان توان آن را می‌یابد تا از جسم خود دور شود و چنان آرامش یابد که تنش را تجربه نکند (۲۵). این باور که ایمان و اعتقادات مذهبی می‌تواند در بهبود جسمی و

نماز نبود، اما نماز می‌خوند. می‌گفتیم هنوز اذان نشده، می‌گفت برای پدر و مادرم می‌خوانم... فرد در حال احتضار و افرادی که در حال مردن هستند را رو به قبله می‌کنیم که جزء اصول دین ماست... بستن انگشتان دست و پاها و چشم‌ها چیزهایی هست که اگر مریض بدحال یا CPR نباشد، GCS پایین شد و مرگ مغزیش تأیید شده باشد و برای درمان کاری نتوان کرد و قلب و تنفس آن از طریق دستگاه باشد، انجام می‌شود. تخت‌ها یک جوری هستند که بیشترشون رو به قبله نیستند و تا جایی که ممکنه همکارها این کار را انجام می‌دهند».

شرکت کننده ۳ بیان نمود: «برای نماز از ما مهر می‌خوان یا وضو می‌گیرن ما بهشون کمک می‌کنیم یا مریض‌های شکستگی که نمی‌تونستند پایین بیایند و اصرار داشتند که نماز بخوانن، ما مهر می‌دیم و کمکشون می‌کنیم».

بحث

نتایج مطالعه حاضر در بررسی دیدگاه و تجربیات پرستاران بخش مراقبت ویژه در خصوص مراقبت‌های مذهبی بیماران به دو درون‌مایه اصلی و چهار درون‌مایه فرعی دست یافت. «نامیدی از طب رایج، نقش حمایتی پرستار، مسلمان بودن و اعتقادات و آرامش و تسلی بخش بودن» از مواردی بود که پرستاران را در تجربیات مراقبتی مذهبی - معنوی سهیم می‌کرد.

در این مطالعه تجربیات پرستاران حاکی از همکاری آنان با همراهان و بیماران برای اجرای مراقبت‌های مذهبی - معنوی به علت تکریم باورها و اعتقادات بیمار و همراهان در لحظات بحرانی بیماری در بخش مراقبت ویژه بوده است. یکی از یافته‌های مطالعه حاضر، نامیدی از طب رایج می‌باشد. پرستاران به دلیل احترام گذاشتن به اعتقادات بیماران، آخرین خواسته بیمار و همراه را که علم طب رایج قادر به پاسخگویی آن نبود، برای آنان انجام می‌دادند. به طور کلی، افزایش علاقه و توجه دانشمندان علوم پزشکی به تأثیر دعا در درمان بیماری‌ها از طرفی می‌تواند حاکی از درمان‌ناپذیر بودن برخی بیماری‌ها در چارچوب طب مدرن باشد و از طرف دیگر، نشان دهنده اعتراف پژوهشگران علوم پزشکی به اهمیت استفاده از

روحي افراد سودمند باشد، پديده جديدي نيست (۲۳). ايمان قلبی و خالصانه کسی که دچار یک بیماری کشنده و مهلک است، می‌تواند به شیوه‌های اعجاز‌آمیز او را از مرگ حتمی برهاند. دعا کردن یک فعالیت معنوی و برای بسیاری از افراد یک فعالیت مذهبی به شمار می‌رود (۲۶)؛ همچنان که در همه مذاهب، توسل به خدا با دعاها و آیات مخصوص رایج است. در اسلام نیز این اعتقاد وجود دارد که ذکر اسماء الهی و آیات قرآنی، قلوب را آرامش می‌بخشد و در معالجه امراض مؤثر است و ناگفته نماند که شفایابی، با مصلحت الهی و درجه اخلاص و ايمان انسان مربوط است (۲۳). تجربیات پرستاران به نقل از همراهان گواه آن است که بیماران این مراقبت‌ها را احساس می‌کردند و در جهت بهبودی و یا مرگ آرام بیمار و آرامش همراهان کمک می‌کند. نتایج مطالعه تاج‌بخش و همکاران که بر روی ۶۸ بیمار پس از جراحی بای‌پس عروق کرونر انجام شد، نشان داد که به کارگیری مراقبت معنوی - مذهبی به طور قابل ملاحظه‌ای اضطراب بیماران پس از این عمل جراحی را کاهش می‌دهد (۲۷).

معینی و همکاران در مطالعه خود تأثیر برنامه‌های مراقبت معنوی - مذهبی را بر کاهش اضطراب ۶۴ بیمار ایسکمیک قلبی نشان دادند (۲۸). اخبارزاده در مطالعه کیفی خود با رویکرد تحلیل محتوا بر روی ۳۵ بیمار قلبی مبتلا به دیابت، به این نتیجه دست یافت که اعمال مذهبی به عنوان عامل آرام‌بخشی توسط بیماران برای کاهش اضطراب، درد و افسردگی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۹).

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران به علت مسلمان بودن و اعتقاد داشتن، همه درخواست‌های مذهبی بیمار و خانواده‌اش را اجرا می‌کردند که با مطالعه ولی‌زاده و همکاران (۳۰) همخوانی دارد. آنان در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که تجربه معنوی مراقبت پرستاری دانشجویان ایرانی در ارتباط با اعتقادات مذهبی‌شان می‌باشد. در واقع، در ایران فرهنگ و دین معنویت را تشویق می‌کند و هر دو دارای سهم قابل توجهی از حرفه پرستاری می‌باشند (۳۰). مراقبت معنوی پرستاری ماورای نیازهای فیزیکی است که با همه ابعاد انسانی (فیزیکی، عاطفی، عقلانی،

لازم به ذکر است که محدودیتی در انجام پژوهش حاضر وجود نداشت.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب معاونت

مرکز آموزشی - درمانی بوعلی سینا ساری که در مصاحبه به عنوان مشارکت کننده تحقیق وقت خود را صرف کردند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از دانشگاه علوم پزشکی گلستان و تمام کسانی که در انجام این تحقیق همکاری نمودند، سپاسگزاری می‌نمایند. همچنین، از پرستاران بخش ویژه

References

1. Lee LY, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs* 2003; 12(4): 490-500.
2. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171(9): 987-94.
3. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med* 2001; 29(10): 1893-7.
4. Siahkali R, AA, Eskandari F, Khalegh Doost Mohamadi T, Mazloom S, Paryad E. A survey on psychological and environmental factors on family anxiety of the hospitalized patients in intensive care units. *Iran J Crit Care Nurs* 2011; 3(4): 175-80. [In Persian].
5. Ansari P. Association between religious attitude and mental health patient in 20-30 year old students [Thesis]. Tehran, Iran: Islamic Azad University Rudehen Branch; 1995. [In Persian].
6. Hovaizi AA. Al-Saghalein. Trans. Rasoli Mahalati SH. Qom, Iran: Anvarolhoda Publications; 2004. [In Persian].
7. Sanagoo A, Kalantari S, Jouybari L, Hosseini M, Emadi H. The experiences of pregnant women and mothers of hospitalized neonates in application of healing power of Quran to promote health in Golestan University of Medical Sciences (2012). *Journal of Religion and Health* 2014; 2(2): 43-52. [In Persian].
8. 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; 11(1): 51-63. [In Persian].
9. 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].
10. Heidari M R, Norouzzadeh 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. [In Persian].
11. Asadzandi M. Concepts and theories of nursing. Tehran, Iran: Center textbooks authored by Deputy Education and Training; 2009. [In Persian].
12. Haley KC, Koenig HG, Bruchett BM. Relationship between private religious activity and physical functioning in older adults. *Journal of Religion and Health* 2001; 40(2): 305-12.
13. Sasani L, Naji SA, Abedi HA. Recourse, An experienced need in AIDS-infected patients (a phenomenological study). *Teb Tazkiyeh* 2013; 22(1): 33-40. [In Persian].
14. Narayanasamy A. Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs? *Br J Nurs* 2003; 12(3): 185-94.
15. Abedi HA, Asgary M, Kazemi Z, Safarifard F, Nasiri M. Religious care of hospitalized patients. *Teb Tazkiyeh* 2005; 14(2): 16-23. [In Persian].
16. Taylor C, Lillis C, LeMone P. Fundamentals of nursing: the art and science of nursing care. Trans. Azizi D, Saghafi A. Tehran, Iran: Abasaleh Publications; 2005. [In Persian].
17. Asadi M, Asad Zandi M, Ebadi A. The effect of spiritual care based on «GHALBE SALIM» model on spiritual experiences of patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Cardiovascular Nursing Journal* 2013; 2(2): 30-9. [In Persian].
18. Valiee S, Negarandeh R, Dehghan Nayeri N. Exploration of Iranian intensive care nurses' experience of end-of-life care: a qualitative study *Nurs Crit Care* 2012; 17(6):309-15.
19. 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.
20. Streubert Speziale H, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
21. Peach HG. Religion, spirituality and health: how should Australia's medical professionals respond? *Med J Aust*

- 2003; 178(2): 86-8.
22. Atarodi AR, Motaghi MR, Atarodi F. Assessing the impact of religious and Quranic prayer for comfort and health of boys and daughters during period tips Gonabad city in years 2012. *Islamic Lifestyle Centered on Health* 2013; 1(2): 31-7. [In Persian].
 23. TaghizadehKarati K, Asadzandi M, Tadrissi SD, Ebadi A. Effect of prayer on severity of patients illness in intensive care units. *Iran J Crit Care Nurs* 2011; 4(1): 1-6. [In Persian].
 24. Tsevat J. Spirituality/religion and quality of life in patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med* 2006; 21(Suppl 5): S1-S2.
 25. Kalhor M, The investigation of the effect of worship and prayer on health quality and sprit of patients suffering cancer. *Proceedings of the 4th National Conference on Quality Improvement in Health Care Services In Sanandaj*; 2011 Oct 19-20; Sanandaj, Iran. [In Persian].
 26. Taylor EJ, Outlaw FH. Use of prayer among persons with cancer. *Holist Nurs Pract* 2002; 16(3): 46-60.
 27. Tajbakhsh F, Hosseini MA, Sadeghi Ghahroudi M, Fallahi Khoshkenab M, Rokofian A, Rahgozar M. The effect of religious-spiritual care on anxiety post-surgery coronary artery bypass graft patients. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing* 2014; 1(1): 51-61. [In Persian].
 28. Moeini M, Ghasemi TM, Yousefi H, Abedi H. The effect of spiritual care on spiritual health of patients with cardiac ischemia. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012; 17(3): 195-9.
 29. Akhbarzadeh M. Role of spiritual beliefs and prayer in health promotion of chronic patients: a qualitative study. *Quran and Medicine* 2011; 1(1): 5-9.
 30. Valizadeh S, Tazakori Z, Mohammadi E, Hassankhani H, Foladi M. Spiritual care experiences of iranian nursing students: a descriptive, exploratory study. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2012; 14(4): 268-73.
 31. Hsiao YC, Chiang HY, Chien LY. An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. *Nurse Educ Today* 2010; 30(5): 386-92.

Explanation of the Viewpoints and Experiences of Nurses in Intensive Care Units Regarding Religious-Spiritual Care

Fereshteh Araghianmojarad¹, Akram Sanagoo², Leila Jouybari³

Original Article

Abstract

Introduction: Research has shown that religion and religious beliefs are influential factors in adaptability to difficulties. In such cases, the individual establishes an emotional connection with religion, and God, and this connection can assist individuals in facing and overcoming problems. The purpose of this study was the explanation of experiences of intensive care unit (ICU) nurses regarding religious-spiritual care.

Method: In this qualitative study, in order to explain the nurses' experiences of providing religious-spiritual care for patients, 25 ICU nurses of Boo-Ali Sina Hospital were selected through purposive sampling. Data were collected through individual semi-structured interviews. Interviews were recorded, handwritten, coded, classified, and analyzed using conventional content analysis approach.

Results: Nurses experiences indicate their cooperation with patients and their companions regarding the provision of religious-spiritual care in critical conditions in the ICU. Through data analysis the 2 main themes of "respecting patients' religious beliefs" and "religious-spiritual care behaviors" and 4 sub-themes of disappointment with conventional medicine, the supportive role of nurses, Muslim beliefs, and comfort and consolation provided by beliefs were extracted.

Conclusion: The results suggest that nurses satisfy patients' and their companions' last wishes which conventional medicine cannot satisfy through respecting their beliefs.

Keywords: Spiritual-religious care, Nursing, Intensive care unit, Content analysis

Citation: Araghianmojarad F, Sanagoo A, Jouybari L. **Explanation of the Viewpoints and Experiences of Nurses in Intensive Care Units Regarding Religious-Spiritual Care.** J Qual Res Health Sci 2016; 4(4): 426-37.

Received date: 23.9.2015

Accept date: 16.12.2015

1- PhD Student, Department of Nursing Education, Student Research Committee, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
2- Associate Professor, Medical Education Research and Development Center, Goletsan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
3- Associate Professor, Nursing Research Center, Goletsan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
Corresponding Author: Leila Jouybari, Email: jouybari@goums.ac.ir