

تبیین تجارب پرستاران در مراقبت فرهنگی از بیماران محتضر

محمد رضا حیدری^۱، منیره انوشه^{*}^۲، تقی آزادارمکی^۳، عیسی محمدی^۲

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

مرحله‌ی احتمال بیماران جزء رویدادهای دردناک و از دشوارترین تجارب برای پرستاران به حساب می‌آید. مراقبت از بیماران محتضر با رعایت موازین فرهنگی او و خانواده، یکی از وظایف حرفه‌ای پرستاران است و شناخت و تبیین تجارب روزمره‌ی پرستاران در مراقبت فرهنگی از بیماران محتضر در تعیین و تعریف استانداردهای مراقبتی مربوطه کمک‌کننده و مفید خواهد بود. به دلیل کمبود چنین مطالعاتی این پژوهش با هدف تبیین تجارب پرستاران در مراقبت فرهنگی از بیماران محتضر صورت گرفت.

پژوهش حاضر مطالعه‌ای کیفی با روش تحلیل محتوا است. ۱۸ پرستار بالینی شاغل در بیمارستان‌های آموزشی تهران در سال ۸۹-۱۳۸۸، به روش نمونه‌گیری هدفمند در مطالعه شرکت و داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند چهره به چهره جمع‌آوری گردید. محتواهای مصاحبه‌ها نسخه‌برداری و با روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها در دو درون‌ماهیه مواجهه‌ی فرهنگی و مهارت فرهنگی دسته‌بندی شدند. درون‌ماهیه مواجهه‌ی فرهنگی دارای دو درون مایه‌ی فرعی درک حضور خانواده و درک فرهنگ سوگواری است. درون‌ماهیه مهارت فرهنگی دارای ۳ درون‌ماهیه فرعی زمینه‌سازی برای اطلاع دادن، تسهیل مواجهه با مرگ و تسلی به خانواده است.

با توجه به یافته‌های این مطالعه، لازم است پرستاران از موازین فرهنگی بیمار محتضر و خانواده‌ی او اطلاع و نسبت به آن حساسیت داشته باشند تا بتوانند انتظارات آنان را به‌ نحو احترام‌آمیزی برآورده کنند که این خود گام مهمی در اصلاح و ارتقاء عملکرد پرستاران و توسعه‌ی حرفه‌ای می‌باشد.

واژگان کلیدی: مرگ، مراقبت فرهنگی، پرستاران

^۱ استادیار، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد

^۲ دانشیار، دانشکده‌ی علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

^۳ استاد، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه تهران

* نشانی: تقاطع بزرگراه جلال آل احمد و شهید چمران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ساختمان شماره ۵، طبقه آخر، گروه پرستاری، تلفن: ۰۹۱۲۵۰۶۵۰۸۸، Email: anoosheh@modares.ac.ir

مقدمه

همکاران می‌گویند پرستاران نسبت به مراقبت از بیمار محتضر نگرش مثبت و در مورد پرهیز از مرگ، ترس از مرگ و پذیرش مرگ نگرش منفی دارند (۱۲). پرستارانی که زمان بیشتری را با بیماران بدحال یا محتضر می‌گذرانند نگرش مثبت بیشتری را ذکر می‌کنند (۱۴). مطالعات رئوفی نشان داد که ۱۰۰ درصد دانشجویان پرستاری سال آخر دانشگاه علوم پزشکی گیلان نگرش مثبت نسبت به مراقبت از بیمار محتضر داشته‌اند و هیچ موردی از نگرش منفی در واحدهای پژوهش مشاهده نشد. همچنین ۱۰۰ درصد دانشجویان نسبت به اقدامات پرستاری مربوط به خانواده‌ی بیمار متوفی نگرش مثبت داشتند (۱۵). مطالعه‌ی رحیم‌پور و همکاران نشان داد در عبارات مربوط به نگرش نسبت به مراقبت‌های قبل از مرگ، مثبت ترین نگرش متعلق به عبارت «پرستار باید به اعتقادات مذهبی فرد محتضر و خانواده او احترام بگذارد» و در عبارات مربوط به نگرش نسبت به مراقبت‌های پس از مرگ، مثبت ترین نگرش مربوط به عبارت «پرستار باید به آیین و رسوم جوامع و ادیان مختلف احترام بگذارد» بود (۱۶).

ضرغام و همکاران در مطالعه‌ی خود دریافتند که یکی از مهم‌ترین دیدگاه‌هایی که به پرستاران کمک می‌کند تا با پذیده‌ی مرگ بهتر برخورد کنند، اعتقاد به زندگی پس از مرگ است (۵). این در حالی است که دانشجویان پرستاری تمایل کم‌تری برای مراقبت از بیماران محتضر دارند (۱۷). نداشتن آموزش و تجربه و همچنین محدودیت‌های حرفه‌ای و فرهنگی می‌تواند در نگرش منفی نسبت به برخی از جنبه‌های مراقبت از بیماران محتضر نقش داشته باشد (۱۸). نداشتن سابقه‌ی کار از عواملی است که موجب نگرش مثبت آن‌ها به مقوله‌ی مرگ و احصار می‌شود (۱۹). نشان داده شده است برای این که پرستاران از کار با بیمار محتضر احساس راحتی و رضایت کنند، لازم است که تجربه و ایده‌آل فردی آن‌ها از چگونه بودن مرگ همسان باشد (۲۰). باورهای مذهبی و فرهنگی، بر روی تصمیم‌گیری‌های بهداشتی و بهخصوص

مرگ بخش طبیعی زندگی و حقیقتی است که بشر نمی‌تواند از آن فرار کند (۱). قرآن مجید در سوره‌ی نسا آیه‌ی ۷۸ می‌فرماید هر کجا باشید اگر چه در کاخ‌های بسیار محکم، مرگ شما را فرا رسد^۱. بیماران محتضر چیزهای بسیاری از جمله کتلر و عملکرد جسمی، استقلال، ارتباطات و نهایتاً جان خود را از دست می‌دهند (۲). بسیاری از آن‌ها نیاز به مراقبت پایان عمر دارند (۳) و تلاش درمانگران نیز ارائه‌ی مراقبتی جامع از آنان است (۱). هر چند تصویری معنوی است و اشتغال در حر斐ی پرستاری این معنویت را در آن‌ها افزایش می‌دهد (۴)؛ مراقبت از بیماران محتضر و خانواده‌ی آنان برای پرستارانی که باید حضور دائمی داشته باشند بسیار استرس‌زا و دردنگ است و این مسئله زمانی اهمیت خود را بیشتر نشان می‌دهد که مراقبت از افرادی با تنوع فرهنگی صورت گیرد (۴).

از اهداف اصلی تربیت پرستاران، ارائه‌ی مراقبت فرهنگی به بیمار است (۵). تمرکز مراقبت فرهنگی بر درک ارزش‌ها، باورها و عملکرد بهداشتی مددجو است و مراقبت کل نگر زمانی روی می‌دهد که پرستار ارزش‌های فرهنگی بیمار را درک کرده (۶) و نسبت به تفاوت فرهنگی خود و بیمار شناخت و حساسیت داشته باشد (۷). فرهنگ به ارزش‌ها، باورها، سنت‌ها و نمادهایی اشاره دارد که روش زندگی فرد را شکل می‌دهند و از طریق تعامل بین افراد انتقال پیدا می‌کند (۸). معنی مراقبت ارتباط نزدیکی با فرهنگ فرد دارد (۹). فرهنگ از فرد جداسدنی نیست و با سلامتی و پرستاری، ارتباط نزدیک و در هم تبیه دارد (۱۰-۱۲). Braun و

^۱ آیه‌ی ۷۸ سوره‌ی نسا: «هر کجا باشید اگر چه در کاخ‌های بسیار محکم، شما را مرگ فرا رسد. و آنان را اگر خوشی و نعمتی فرا رسد گویند: این از جانب خداست، و اگر زحمتی پیش آید گویند: این از جانب توست! بگو: همه از جانب خدا است. چرا این قوم (جاهل) از فهم هر سخن دورند؟»

طريق مصاحبه‌های نيمه ساختارمند انفرادي جمع‌آوری گردید. بدین ترتيب که ابتدا سؤالاتی در مورد اطلاعات عمومی فردی و سابقه‌ی کار مطرح و سپس با سؤالات اصلی تحقیق: «تجربه‌ی خود را در زمینه‌ی مراقبت از بیماران محضر توضیح دهید؟ و چه جوانبی را در ارتباط با تنوع فرهنگی بیماران در نظر می‌گیرید؟» ادامه می‌یافت. پرسش‌های کلی فقط به عنوان راهنمای مصاحبه طراحی شده بود که پاسخ‌های باز و تفسیری را به همراه داشت و سپس پاسخ مشارکت کنندگان روند مصاحبه و پرسش‌ها را هدایت می‌کرد.

طول انجام مطالعه حدود ۱۱ ماه و مدت انجام مصاحبه‌ها بین ۲۰ تا ۴۵ دقیقه بود.

جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، براساس رویکرد مقایسه‌ی مداوم به طور همزمان صورت گرفت. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. اشباع داده‌ها در واقع فرایند دریافت داده‌های جدید تا زمان تکرار و ثبیت داده‌های قبلی است (۲۷). مصاحبه‌ها ابتدا به طور کامل گوش داده شدند تا یک حس کلی از محتوا به دست آید. بعد از نوشه شدن هر مصاحبه، جمله به جمله و خط به خط، تحلیل صورت گرفت تا فرایندها و معانی موجود در داده‌ها نمایان و پذیدار شوند. سپس شناسایی و مشخص کردن واحدهای معنایی در هر مصاحبه انجام شد. واحد معنایی گروهی از کلمات هستند که با یک معنی مرکزی مشابه مرتبط می‌باشند (۲۶). در مرحله‌ی بعد، واحدهای معنایی کوتاه یا فشرده و در نهایت، خلاصه شدند و به آن‌ها کد داده شد. تشابهات و تفاوت‌های بین کدهای مختلف تعیین و درون‌مایه‌ها حاصل شدند. سپس تفسیر معنی زمینه‌ای یا محتواهای پنهان کدها و درون‌مایه‌های فرعی منجر به ایجاد تم‌های هر حیطه گردید. تحلیل و تفسیر واحدهای معنایی توسط محقق مستقل و مجبوب در تحلیل محتوا، موشكافی گردید. در مرحله‌ی آخر، نتایج تحلیل هر ۱۸ مصاحبه از نظر تشابهات و تفاوت‌ها مقایسه گردیدند. این کار منجر به پالایش کدها و درون‌مایه‌های اصلی و فرعی گردید. جهت افزایش مقبولیت و قابلیت اعتماد داده‌ها از روش‌های

مراقبت پایان عمر تأثیر می‌گذارند و می‌توانند نسبت به رنج کشیدن در زندگی فرد بیش ایجاد کنند (۲۱). هنگامی که پرستاران عقاید بیماران خود را درک کنند و به فرایض مذهبی و نیاز بیمار و خانواده‌اش احترام بگذارند، این کار موجب تعمیق ابعاد انسانی ارتباط پرستار - بیمار خواهد شد (۲۲). برای ارائه‌ی مراقبت با کیفیت بالا و توجه به مسائل معنوی در فرهنگ‌های مختلف، لازم است پرستار قادر به کار با افرادی که زمینه‌های مذهبی و معنوی گوناگون دارند، بهخصوص در پایان عمر باشد (۲۳). مراقبت حین مرگ را می‌توان با کم کردن موانع و تقویت رفتارهای حمایتی بهبود بخشد (۲۴).

لذا با توجه به اهمیت درک مفهوم احصار و مرگ به عنوان پیش نیاز ارائه‌ی مطلوب مراقبت پایان عمر و با توجه به گستردگی باورها و احساسات نسبت به تجربه‌ی مرگ و مردن در بین مذهب و فرهنگ‌های گوناگون، مطالعات محدود در مورد باورها و اعمال مذهبی و فرهنگی در مراقبت پایان عمر، نقش مراقبتی پرستاران و فقدان تحقیقات در زمینه‌ی مفهوم مراقبت فرهنگی و مقوله‌های احصار و مرگ، پژوهشگران بر آن شدند با هدف تبیین تجارت پرستاران در مراقبت فرهنگی از بیماران محضر، طی مطالعه‌ای کیفی به بررسی عمیق و دقیق این مسئله پردازند.

روش کار

این مطالعه یک تحلیل محتواست که با روش تحلیل استقرایی (تحلیل محتواهای پنهان) که شامل تفسیر معنی زمینه‌ای متن می‌باشد انجام شد (۲۵، ۲۶). تحلیل محتوا یک شیوه‌ی تحقیقی مناسب برای به دست آوردن نتایج معتبر و پایا از داده‌های متى به منظور ایجاد دانش، بصیرت‌های جدید، ارائه‌ی حقایق و راهنمای عملی برای عملکرد است. در مجموع ۱۸ پرستار بالینی با متوسط سن ۳۴ سال و سابقه‌ی کار ۲۳ سال در بخش‌های مختلف CCU، ICU، جراحی قلب باز، بخش جراحی اعصاب، داخلی قلب، پیوند مغز استخوان که تجربه‌ی مراقبت از بیمار محضر را داشتند به روش نمونه‌گیری هدفمند در مطالعه شرکت کردند و داده‌های مورد نیاز از

جدول شماره‌ی ۱ - درونمايه‌های اصلی و فرعی

استخراج شده

درونو نمايه‌های فرعی	درونو نمايه‌های اصلی
درک حضور خانواده	مواجهه‌ی فرهنگی
درک فرهنگ سوگواری	
زمینه‌سازی برای اطلاع دادن	مهارت فرهنگی
تسهیل مواجهه با مرگ	
تسلى به خانواده	

۱ - مواجهه‌ی فرهنگی

مواجهه‌ی فرهنگی، تعامل مستقیم با مددجوی دارای زمینه‌های گوناگون فرهنگی است. این درونمايه دارای دو درونمايه‌ی فرعی درک حضور خانواده و درک فرهنگ سوگواری است.

۱-۱ درک حضور خانواده

با توجه به روی دادن اکثریت موارد فوت در بیمارستان‌ها، درک باورها و ارزش‌ها و فراهم کردن امکان حضور اعضای خانواده بر بالین بیمار رو به احتمال و همچنین اجازه‌ی برگزاری مراسمی که برخی فرهنگ‌ها در کنار فرد فوت شده انجام می‌دهند از موضوعات حائز اهمیت است. اکثر شرکت‌کنندگان با توجه به درک و استنباط مراقبتی خود نسبت به فرهنگ غالب بر جامعه که حضور بر بالین بیمار بدحال جزو ارزش‌ها به حساب می‌آید، سعی می‌کنند تا با راهبردهایی همچون اطلاع به خانواده برای حضور یافتن بر بالین بیمار خود، این فرصت را برای اعضای خانواده فراهم آورند تا نسبت به انجام آئین‌های فرهنگی مربوطه اقدام کنند.

خانم پرستار ۴۱ ساله با ۱۶ سال سابقه‌ی کار در این زمینه می‌گوید:

«اون‌ها را برای مدت کوتاه که باعث نشود روی بیماران دیگر اثر بگذارد از هر نظر اجازه می‌دم. پرده‌ی مریض را می‌کشیم حالا می‌خواهند یک ربع یا نیم ساعت بالای سرش

مختلفی مانند تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و حسن ارتباط با مشارکت‌کنندگان و انجام مصاحبه در مکان‌های مناسب با انتخاب توسط مشارکت‌کنندگان استفاده شد. علاوه بر این، مرور و اصلاح و تأیید دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان و نیز تیم تحقیق و تلاش محقق برای جست‌وجو و تحلیل شواهد مغایر از طریق مصاحبه با افراد با تجارب متفاوت انجام شد تا به افزایش مقبولیت داده‌ها کمک شود (۲۸). پژوهشگران و مشارکت‌کنندگان درباره‌ی معنی داده‌ها و آنچه در قالب مضامین نمود یافته است به توافق رسیدند.

به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه تأییدیه‌ی اخلاقی گرفته شد و پس از کسب مجوز برای انجام مصاحبه‌ها از دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های مورد نظر، فرم رضایت‌نامه‌ی آگاهانه توسط تمام شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. در این فرم از شرکت‌کنندگان اجازه‌ی ضبط مصاحبه‌ها و استفاده از اطلاعات بدون ذکر نام کسب گردید. در پایان هر مصاحبه‌ی فردی یا گروهی نیز مجدداً بر استفاده از مصاحبه‌ها با حفظ محترمانه بودن نام شرکت‌کنندگان تأکید گردید و همه‌ی شرکت‌کنندگان موافقت خود را برای استفاده از نظراتشان در این مطالعه با محترمانه بودن نام اعلام نمودند. هر گونه اطلاعاتی که سبب شناسایی افراد می‌گردید حذف گردید. به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات محترمانه نگه‌داری خواهد شد و صدای ضبط شده پس از پایان تحقیق پاک خواهد شد، افراد در هر مرحله از تحقیق مجاز بودند از تحقیق خارج شوند.

نتایج

مشارکت‌کنندگان ۱۸ نفر و دارای میانگین سنی ۳۴ سال با دامنه‌ی ۲۸ تا ۵۷ سال و انحراف معیار ۲/۵۳ بودند و میانگین سابقه‌ی کاری ۲۳ سال با انحراف معیار ۳/۳ داشتند. بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها، یافته‌ها در دو درونمايه‌ی مواجهه‌ی فرهنگی و مهارت فرهنگی دسته‌بندی شدند. در جدول شماره‌ی ۱ درونمايه‌های اصلی و فرعی ارائه شده است.

تهاجم می‌کنند به سمت ما که شما مریض ما رو کشته‌ید. اصلاً مریض مرده می‌آد تو آمرده مرده. بعد می‌زنند تو سرخودشون و...».

برخی افراد ممکن است غم و اندوه را به صورت گریه کردن در جلوی دیگران بروز دهند و برخی دیگر ممکن است عقیده داشته باشند که بعضی از جنبه‌های غمگساری باید شخصی و محروم‌انه بماند.

پرستار ۴۲ ساله با سابقه‌ی ۱۸ سال کار که ۸ سال آن در بخش قلب و ۱۰ سال هم تواناً در بیمارستان خصوصی و بیمارستان دولتی در آی سی یو و جراحی اعصاب بوده است می‌گوید:

«آره با فرهنگشون که خیلی ارتباط داره آدمایی که سر و تیپشون مرتب‌تر است آن‌ها معمولاً کمتر شلوغ می‌کنند، یا اگر هم بکنند بیش‌تر تهدید می‌کنند که ما می‌رویم شکایت می‌کنیم. آدم‌های سنتی که از شهرستان می‌آیند می‌شنینند برای خودشون گریه می‌کنند داد هم می‌زنند ولی معمولاً به پرسنل کاری ندارند، افرادی که خیلی سنتی‌ترند معمولاً به ما زیادکاری ندارند برای خودشون.... اینه که اونایی که این وسط اند اونا دیگه خیلی شلوغش می‌کنند و... مثلاً معمولاً تهاجم می‌کنند.»

خانم پرستار دیگری که ۲۷ سال سابقه‌ی کار در بخش‌های مختلف آی سی یو را دارد چنین اظهار می‌کند: «خوب بینید بعضی‌ها فرهنگشون خیلی فرق داره بعضی‌ها عاطفه‌اند خیلی به نحو خاص عزاداری می‌کنند بعضی‌ها دیده شده است که اولًا هر روز زنگ می‌زنند که زنده است؟ که از بی‌عاطفگی آن‌هاست. یعنی ما همه جوره دیده‌ایم یکی که خیلی عاطفه دارد می‌آید و خیلی کارها انجام می‌دهد و یکی هم خیلی بی‌عاطفه است.»

۲- مهارت فرهنگی

مهارت فرهنگی توانایی مراقبت‌کننده برای اخذ صحیح تاریخچه‌ی مناسب با نیازهای فرهنگی مددجو و خانواده و در واقع توانایی شناخت مسائل فرهنگی بیمار و برنامه‌ریزی و

قرآن بخوانند، دعایی بخوانند، مشکلی ندارد، البته به صورتی که آرامش باشد و برای مریض‌های دیگر مشکل ساز نباشد.»] پرستار زن با ۲۷ سال سابقه‌ی کار می‌گوید:

«ولی اون‌هایی که در پایان عمر و خیلی بد حال هستند و هر لحظه ممکن است اکسپایر بشوند اون‌ها را معمولاً می‌گم اون مریض را حتی اگر تو کرما هستش، همراهان بیایند او را ببینند. چون به هر حال ارتباط لمسی هم داشته باشند و صحبت بکنند توی اون لحظات آخر.»

پرستاری با ۲۰ سال سابقه‌ی کار ضمن اشاره به این مطلب که «کلاً ما از نظر جامعه افراد خشن و بد‌اخلاقی هستیم» اشاره می‌کند که «با این‌که یکی از قوانین اصلی پخش ما عدم ملاقات و رفت و آمد است این‌ها مجازند که بیایند و بروند؛ چون اون لحظه من فکر می‌کنم مریض که دیگر چیزی نمی‌دوند نه این‌که چیزی نمی‌داند بلکه اورینت زمان و مکان است ولی نه به اندازه همراهانش. اون همراهان هستند که خیلی آسیب می‌بینند و من فکر می‌کنم این امنیت خاطر در اون لحظه آخر، حق هر انسانی است که به وی بلهیم.»]

۱-۲ درک فرهنگ سوگواری

سوگواری یک فرایند شخصی است. افراد مختلف ممکن است به شیوه‌های متفاوتی سوگواری کنند و این در خانواده‌ها و فرهنگ‌های مختلف نیز می‌تواند متفاوت باشد. گرچه از دست دادن نزدیکان همیشه یک حادثه‌ی روحی به حساب می‌آید ولی در فرهنگ‌های گوناگون، رسوم مختلفی در هنگام مواجهه با مرگ نزدیکان وجود دارد. واکنش سوگواری بازماندگان ممکن است بعد از مرگ بیمار در بیمارستان شروع شود.

در زیر فرازی از بیانات خانم پرستار با ۱۵ سال سابقه‌ی کار، در این باره ذکر می‌شود:

«.... فرهنگ‌هاشون هم با هم متفاوت است با توجه به فرهنگشون فرق می‌کند. یکی می‌بینی که خودشو می‌زنه، تو سرش می‌زنه، وسط راه ره رو دراز می‌کشه. گاهی اوقات اصلاً

مقدمه‌چینی کردم که نکنه حالش بد شود ولی یه دفعه برگشت
و به من گفت خانم اگر مرده به من بگید من هیچم نمی‌شه
راحت راحتم. گفتم بله ایشون فوت کردند. گفت خوبه دیگه
بهنم گفین دیگه تموم شد. بعد گذاشت رفت.»]

۲-۲ تسهیل مواجهه با مرگ

بیماران در حال مرگ نیازهای فراوان جسمانی، اجتماعی و روانی دارند (۲۹). آماده‌سازی یا حمایت بیمار، مرگی آرام در بستر و فراهم آوردن یک مرگ خوب از دغدغه‌های پرستاران می‌باشد. مرگ آرام و با وقار مرگی است که در آن بیمار محتضر، خانواده و متخصصین در تکمیل حلقه‌های زندگی حمایت می‌شوند. کمک به بیمار محتضر که لحظات مرگ را به شیوه‌ای آرام و راحت سپری سازد از با ارزش‌ترین مواردی است که منجر به تأمین آسایش بیمار و خانواده‌ی وی می‌شود. پرستار باید برای کمک به بیمار و خانواده، موقعیت بیمار را نسبت به مراحل مختلف مرگ تشخیص دهد و بر اساس وضع روحی بیمار وی را حمایت کند و پس از مرگ نیز نقش مراقبتی خویش را ادامه دهد.

یکی از پرستاران با ۱۶ سال سابقه‌ی کار می‌گوید:

«اون زمانی که شب باشه ما خوب می‌پیچیم‌شون و می‌فرستیم‌شون سرددخونه ولی زمانی که همراه مریض ممکنه بیرون باشه ما بهشون می‌گیم یا دکتر بهشون می‌گه مریضتون اینجوری فوت کرده، می‌گه مثلًا می‌تونم بیام بینیمش می‌گیم حالا یه لحظه بیاد بیندش. می‌یاد بالا سر مریضش وامی‌سته حالا یه دقیقه دو دقیقه گریه کنه ما هم اجازه می‌دیم یک تا دو دقیقه پیششون وایسته. دیگه می‌کشیم‌شون بیرون و بعد کارشون رو انجام می‌دیم و می‌فرستیم سرددخونه.»

«بنابراین همان‌طور که روی مریض را پوشانده بودیم چون مریض‌ها دی آی سی می‌کنند و سر و صورت کثیف و خون‌الود است در ایزوله گذاشتیم و گفتم که سرو صورت و بدن وی را تمیز کنند و حتی باندائر را برداشته تمیز کردیم و ملحظه تمیز روی او کشیدیم و مادرش را آوردیم حالا اگه بدونین این مادر چه کار می‌کرد و حتی یک مدتی زیر تخت

اجرای تصمیمات مبتنی بر درک فرهنگ وی می‌باشد. این درونمایه دارای ۳ درونمایه‌ی فرعی: زمینه‌سازی برای اطلاع دادن، تسهیل مواجهه با مرگ و تسلی به خانواده است.

۲-۱ زمینه‌سازی برای اطلاع دادن

نحوه اطلاع‌رسانی در مورد فوت بیمار از مسائل حالش برانگیزی است که پرستاران با آن مواجه می‌باشند. با این‌که در برخی موارد اطلاع به خانواده توسط منشی بخش یا پزشک صورت می‌گیرد، در اغلب موارد این وظیفه بر عهده‌ی کادر پرستاری است. اکثریت شرکت‌کنندگان معتقد بودند که اطلاع رسانی صحیح مستلزم آماده کردن تدریجی و مقدمه‌چینی است.

پرستار آقا با ۲۴ سال سابقه‌ی کاری می‌گوید:

«... مریضی که ممکنه زیر دستگاه بره وضعیت خوبی نداشته باشه ما به همراه‌اش می‌گیم خانوم، آقا، شما مریضتون وضعیتش این جوری است. هر لحظه ممکنه مریضشون وضعش از این بدتر بشه خدای نکرده ممکنه فوت هم بکنه... به نظر من پرستار باید به خانواده‌اش بگه نه این‌که مستقیماً بگه فوت کرده، بگه که وضع مریضشون این‌جوری شده، این جوری شده‌ الان زیر دستگاه است. پزشکان بالا سرشون اند. تشریف بیارید بیمارستان در جریان واقعه مریضشون قرار بگیرین.»

پرستار خانم با ۲۷ سال سابقه‌ی کار تجربه خود را چنین بیان می‌کند:

«یاد می‌یاد که همیشه خبرهای اکسپایر را خودم می‌دادم احساس می‌کردم که بچه‌ها شاید جوری به همراه بگند که همراه حالش بد شود و شده بعد از این‌که می‌گند مریض اکسپایر شده دچار شوک می‌شوند. حتی گفتن این‌که مریض فوت شده است خودش لم خاصی دارد.... من رفتم به همراه می‌خواستم بگویم مریضشون اکسپایر شده است طبق معمول گفتم مریض بدحال است قرار است جایی بفرستیم خیلی بد حال است شما با کی آمده‌اید؟ چند نفر را صدای کنید چون ممکن است انتقال پیدا کنه به جایی که اینجوریه. یعنی اینقدر

جریان واقعه مریضتوں قرار بگیرین»] خانم پرستار ۳۹ ساله با ۱۵ سال سابقه‌ی کار می‌گوید: [«مثالاً برای همراهاش یک مقدار تسلی خاطر باشیم ما آره این کارا رو انجام می‌دیم مثلاً همین همراه تخت ۶ ما الان گریه می‌کرد دیدید بالای سرشن نیم ساعت بالا سرشن وایستاده بودم یک سری دلداری‌شون می‌دیم دیگه. کار خاصی نمی‌کنیم دیگه. کار دیگه‌ای از دست ما برنمی‌آید دیگه...】 [نحوه‌ی دلاری مثلاً نگران نباش حالا انشا الله بهبود پیدا می‌کند حالا دیگه همینه. دیگه زندگیه دیگه. سن‌اش که بالاست، مریضت پور پروگنوژ است، مشکلاتش زیاد است یکی دو تا نیست قابل حل شدن نیست، بالاخره باید یه ذره قبول کنی، مادره ما می‌دونیم و از این چیز].

پرستار مرد ۴۲ ساله با سابقه ۲۱ سال کار بالینی می‌گوید: [«..... گفتم متأسفانه شرایطش خوب نیست و همان طور که قبله هم گفته بودم ماندنش موجب بیشتر اذیت شدنش می‌شد فکر می‌کردم با این‌گونه مکالمه آن‌ها کم کم بپذیرند...】

بحث

۱- درونمایه اصلی اول: مواجهه‌ی فرهنگی

الف. درک حضور خانواده از درونمایه‌های فرعی به‌دست آمده در این مطالعه است.

خانواده‌ها در موقعی که یکی از عزیزانشان دچار بیماری لاعلاج می‌شود، مجبور به چیره شدن بر واکنش‌های عاطفی پیچیده و دردناک هستند. هر کسی به شیوه‌ای مخصوص به خود، از پس این معضل برمی‌آید. در برخی موارد، فرد سوگوار ممکن است سعی کند مرگ حتمی عزیز خود را به فراموشی سپرده یا انکار کند و از هر گونه صحبت راجع به آن، حتی با شخص در حال مرگ امتناع ورزد. اگر چه مردن و حال احتضار برای افرادی که به نوعی درگیر آن هستند می‌تواند زجرآور و ناراحت‌کننده باشد اما از زاویه‌ی دیگر فرصتی است برای کنار آمدن و پذیرفتن واقعیتی به نام پایان زندگی. روزها و لحظه‌های پایانی عمر می‌تواند سرشار از

نشست به هرحال وداعی که باید می‌کرد با بچه‌اش کرد و دیگه چون حالت بد می‌شد از پدرش که منطقی‌تر بود گفتیم که زمانی که باید داده می‌شده است تمام شده است».]

پرستار با ۲۳ سال سابقه‌ی کار دیگر می‌گوید: [«بیمارستان ما هم کوچک است و من هم بهشت منقلب بودم. والدینش آمدند و یک پرده یا پاراوان دور بچه کشیده بودیم کاملاً هم بچه را پوشانده بودیم و صورتش را پوشیدم و گفتم که پدر و مادرش بیایند.】

۲-۳ تسلی به خانواده

مراقبت از بیماران در حال احتضار و آرامش بخشیدن و تسلی دادن به خانواده‌ی وی، خواه مرگ ناگهانی بوده و یا به دنبال یک بیماری طولانی بروز کند، از تجارب دشوار پرستاری است (۳۰). برای اعضای خانواده و دوستان از دست رفتن عزیز موجب ایجاد استرس شدید، اختلال موقت در تمرکز، اختلال در تصمیم‌گیری و عملکرد شغلی می‌شود. حمایت نشدن موجب تأثیر غم و اندوه بر سلامتی می‌شود اما با حمایت کافی غم و غصه، ارتقای رشد فردی و کمک به یافتن بیشتر معنی زندگی صورت می‌گیرد.

گفته‌های پرستار مرد ۴۶ ساله با ۱۸ سال سابقه‌ی کار به خوبی بیانگر این معنی است:

[«.... معمولاً سعی می‌کنیم به آروم کردنشون. خواست خدا این بوده شما بیا بشین تا برآتون توضیح بایم چی بوده چی شده...】

پرستار آقا با ۲۴ ساله سابقه‌ی خدمت که ۲۰ سال آن در سی سی یو می‌باشد چنین بیان می‌کند که:

[«زمانی هم که اون مریض بد حال فوت می‌کنه. اگر در جریان کارش قرار داده باشیمش بهشون می‌گیم که وضعیت اینجوری بوده، اینجوری بوده، این اقدامات برآش انجام شده متأسفانه مریضتوں فوت کرده.... به نظر من پرستار باید به خانواده‌اش بگه نه این که مستقیماً بگه فوت کرده بگه که وضعیت مریضتوں اینجوری شده، اینجوری شده الان زیر دستگاه است. پزشکان بالا سرشنوں‌اند. تشریف بیارید بیمارستان. در

چگونه این دوره‌ی سوگواری را مدیریت می‌کنند. یکی از واکنش‌های خانواده در برابر شنیدن خبر فوت بیمارشان عصبانی شدن است. در این زمینه Heaston و همکاران اشاره دارد که مواجه بودن با عصبانیت همراهان یا اعضای خانواده از بزرگ‌ترین موانع درک شده‌ی پرستاران است (۳۸). کاتلین معتقد است برای اعضای خانواده و دوستان از دست رفتن عزیز موجب ایجاد استرس شدید، اختلال موقت تمرکز، تصمیم‌گیری و عملکرد شغلی می‌شود. در صورت حمایت نشدن، غم و اندوه بر روی سلامتی تأثیر می‌گذارد، اما در صورتی که حمایت کافی صورت گیرد غم و غصه موجب ارتقای رشد فردی و کمک به یافتن بیش‌تر معنی زندگی می‌شود (۳). مطالعه‌ی Heaston و همکاران در مورد فراهم نمودن مراقبت پایان عمر از بیماران محتضر نشان داد که یکی از بزرگ‌ترین موانع طراحی بد محیط است، به‌گونه‌ای که مانع یک محیط خصوصی برای بیمار محتضر و خانواده جهت سوگواری است (۳۸). Lewis و همکاران معتقدند که در واقع، احترام به اعتقادات فرد محتضر و خانواده او باعث آرامش و رضایت خاطر آنان می‌شود (۳۹).

۲- درونمایه‌ی اصلی دوم: مهارت فرهنگی

الف. درونمایه‌ی فرعی زمینه‌سازی برای اطلاع دادن، از مفاهیمی است که در این مطالعه مشارکت‌کنندگان بر آن تأکید زیادی داشتند. ارتباط آن چیزی است که مردم را به هم مرتبط می‌کند و فرهنگ بر روی چگونگی بروز آن تأثیر گذاشته و متناسب بودن بیان‌های کلامی و غیر کلامی را هدایت می‌کند. دستیابی به تعادل در مراقبت از بیماران محتضر از چالش‌های اصلی پرستاران است. دغدغه‌ی آن‌ها نه تنها تعامل با بیماران و خانواده‌ی آن‌هاست بلکه برای پرستاران مهم است تا بتوانند تمرکز مراقبت را در هنگام تشخیص غیر قابل برگشت بودن بیماری تغییر دهند (۴۰). تعامل اولیه بین پرسنل و اعضای خانواده تأثیر اساسی بر روی اعضای خانواده گذاشته و بر تعاملات بعدی با پرسنل تأثیر می‌گذارد (۴۱). مطالعه‌ی Cioffi نشان داد که پرستاران از ترکیب راهبردهای مختلف

یادآوری خاطرات خوشایند و مفاهیم امیدوارکننده باشد. مشارکت‌کنندگان در پژوهش بر نقش حضور خانواده تأکید کرده‌اند. پرستاران و خانواده‌هایی که از فرهنگ‌های مختلف می‌آیند با خود باورها و ادراکاتی را به محیط مراقبتی می‌آورند که می‌تواند بر فرایند مراقبت تأثیر داشته باشد (۳۱). از طرفی، لحظه‌ی حضور خانواده در هنگام مرگ بیمار، از عوامل رضایتمندی آن‌ها می‌باشد (۳۲). Schumacher در مطالعه‌ی خود که در خصوص تبیین معانی، باورها و اقدامات مراقبتی روستائیان کشور دومینیکن انجام داد بر ضروری بودن حضور خانواده برای تجارت مراقبتی و اعمال مراقبتی معنی دار اشاره دارد (۳۳). Høye و همکاران تأکید دارند که پرستاران باید نسبت به رسوم فرهنگی خانواده‌ها حساس باشند تا بتوانند انتظارات آنان را به روش احترام آمیزی برآورده کنند (۳۴). دادن فرصت کافی به خانواده برای ماندن در کنار بیمار فوت شده‌ی خود، فراهم آوردن صحنه‌های آرام بخش و احترام آمیز بعد از مرگ، آموزش دادن به اعضای خانواده برای چگونه عمل کردن در کنار بیمار محتضر از رفتارهای کمک کننده‌ای است که پرستاران به آن‌ها بیش‌ترین امتیاز را داده‌اند (۳۵). Beckstrand و همکاران ضمن به دست آوردن درون مایه فراهم کردن مرگ خوب برای بیماران و خانواده‌ها، اشاره می‌کنند که تسهیل حضور خانواده، ایجاد تغییر در محیط، اداره‌ی درد و ناراحتی و تنها نگذاشتن بیمار در هنگام مرگ از راههای اطمینان حاصل کردن از یک مرگ خوب می‌باشد (۳۶). نتایج مطالعه‌ی Olsen و همکاران نشان داد که بیماران ترجیح می‌دهند که تنها توسط نزدیک‌ترین افراد در زندگی خود ملاقات شوند. وی توصیه می‌کند که برای حفظ تعادل بین حمایت اجتماعی و استرس ایجاد شده توسط ملاقات‌ها، صحبت با خانواده‌ها صورت گیرد (۳۷).

ب. فرهنگ سوگواری دومین درونمایه‌ی فرعی به دست آمده است. مراقبت‌کنندگان با شناختی که از واکنش‌های غم در فرهنگ‌های مختلف بازماندگان دارند می‌توانند سرویس خوبی به آن‌ها بدهند. آن‌ها باید بدانند که فرهنگ‌های مختلف

مسلمان اغلب به باورهای مذهبی خود به عنوان منبعی از آسایش تکیه می‌کنند و سعی می‌کنند تا با انجام مراسم مذهبی موجب تسلی و آرامش بیمار خود شوند (۴۴). مشارکت کنندگان علیرغم پیش‌بینی نشدن امکانات لازم و مشغله‌ی زیاد کاری، به این امر توجه ویژه‌ای داشته و خلافانه از یافته‌های خود در جهت ارائه‌ی مراقبت‌های لازم حین یا بعد مرگ استفاده می‌نمایند. در همین راستا Heaston و همکاران نیز به این مطلب اشاره دارند که طراحی مناسب بخش برای این که خانواده‌ها محلی خصوصی برای عزاداری داشته باشند از رفتارهای حمایت کننده‌ای هستند که پرستاران به آن اشاره دارند (۳۸).

ج. درونمایه‌ی فرعی بعدی تسلی به خانواده است. پرستاران معمولاً اولین حلقه‌ی اتصال به خانواده‌ها می‌باشند و شاید همیشه اولین کسانی باشند که با اندوه خانواده مواجه می‌شوند. غم و اندوه یک پاسخ عاطفی به فقدان است؛ در حالی که سوگواری یک پاسخ رفتاری با الگوی فرهنگی نسبت به مرگ است. آنچه بین فرهنگ‌ها و نژادها متفاوت است شدت احساسات نیست بلکه شکل بیان یا سوگواری است. گرچه بیان غم و اندوه پدیده‌ای عمومی است، باید دانست که بیان غم شدیداً تحت تأثیر عوامل فرهنگی قرار دارد. گرچه پرستاران اغلب مددجو و خانواده را ترغیب می‌کنند تا اندوه خود را آزادانه اظهار کنند ولی بسیاری از مردم از انجام این کار در محیط ابا دارند (۴۵). Main نشان داد که اکثر خانواده‌ها، در لحظه‌ی مرگ و پس از مرگ بیمار خود نیازمند کمک کارکنان بوده‌اند و تنها ۳۶ درصد از آنان اظهار کردند که از سوی کارکنان حمایت شده‌اند. وی هم چنین می‌گوید اگر خانواده‌ی متوفی مشاهده نمایند که با جسد عزیزانش با ارزش و احترام و طبق آیین و مقررات آنان برخورد می‌شود، در تسکین غم و اندوه آنان مؤثر است (۴۶). مشارکت کنندگان ذکر کردند که ضمن اظهار همدردی با همراهان، بر اساس باورهای عمیق مذهبی خود سعی دارند ضمن ارائه‌ی مراقبت‌های معنوی، مراقبتی همه‌جانبه را فراهم

برای ایجاد ارتباط با بیماران استفاده می‌کنند و پرستارانی که همدلی، احترام و تمایل به برقراری ارتباط با دیگران دارند یک جهت‌گیری فرهنگ‌مدارانه را نشان می‌دهند (۴۲). Bjarnason عنوان می‌کند که وقتی پرستاران عقاید بیماران خود را درک کنند و به اعمال مذهبی و نیازهای بیمار و خانواده‌ی آنها احترام بگذارند این کار موجب تعمیق ابعاد انسانی ارتباط پرستار - بیمار خواهد شد (۲۲). مطالعه‌ی ضرغام و همکاران با هدف پاسخ به این سوالات که پرستاران ایرانی چگونه با بیماران محض و خانواده‌ی آنها تعامل می‌کنند و چگونه با اجتناب ناپذیر بودن مرگ بیماران انطباق می‌کنند، نشان داد که وابستگی بین اعضای خانواده‌ی ایرانی بسیار زیاد است و در هنگام ایجاد مشکل برای بیمار تمام اعضای خانواده درگیر می‌شوند. پرستاران اغلب بیشتر اعضای خانواده را ملاقات می‌کنند، ارتباط برقرار می‌کنند و حتی می‌شناسند، خصوصاً وقتی طول مدت بستری بیمار طولانی شده باشد.

ب. تسهیل مواجهه با مرگ، دومین درونمایه‌ی فرعی از درونمایه‌ی اصلی مهارت فرهنگی است. بیماران محض چیزهای بسیاری از جمله کترول و عملکرد جسمی، استقلال، ارتباطات و نهایتاً جان خود را از دست می‌دهند. از دغدغه‌های اصلی مشارکت کنندگان ارائه‌ی مراقبتی است که بتواند مواجهه با مرگ و مردن را برای بیمار و خانواده تسهیل نماید. درد نکشیدن، عذاب نکشیدن و آرامش بیمار در روزهای پایانی مفاهیمی هستند که به کرات توسط پرستاران به آنها اشاره می‌شود و از نظر آنها افزایش کیفیت مردن به معنای افزایش کیفیت زندگی در روزهای پایانی است. علاوه بر سایر فاکتورها، پس زمینه‌های مذهبی و فرهنگی بر روی باورها، رفتارها و نگرش‌های سلامتی و بیماری تأثیر می‌گذارند (۴۳). در فرهنگ مسلمانان بر تکریم فرد محض تأکید زیادی شده و لازم است که پرستاران آموزش‌های اسلامی را در مداخلات خود تلقیق کنند تا مراقبت مناسب فراهم شود. در مطالعه‌ی Aga و همکاران مشخص شد که مشارکت کنندگان مسیحی و

نتیجه‌گیری

با توجه به تأکید مشارکت‌کنندگان بر حضور خانواده و تأثیر آن بر فرایند مراقبت و نقشی که پرستاران به عنوان حلقه‌ی اتصال به خانواده بر عهده دارند می‌توان نتایج این مطالعه را در جهت شناخت واکنش‌های غم در فرهنگ‌های مختلف بازماندگان، تسهیل مواجهه با مرگ و مردن برای بیمار و خانواده مورد استفاده قرار داد که این خود مستلزم تلفیق آموزه‌های اسلامی در مداخلات پرستاری و ارائه‌ی مراقبت مناسب خواهد بود. همچنین، با توجه به یافته‌های این مطالعه، رویکرد بین فرهنگی به نیازهای معنوی، معنویت در پایان عمر، تأثیر ارزش‌های فرهنگی بر پایان عمر، راههای تعامل نیازهای معنوی و فرهنگی در پایان عمر، تداخل بین فرهنگ پژوهشی و فرهنگ بیمار از مسائلی هستند که می‌باید مورد توجه سیاست‌گذاران برنامه‌های درسی قرار گیرند. و در این راستا برای بهتر کردن تلاش‌های مراقبت حین مرگ لازم است تا تحقیق و آموزش بیشتری انجام شود.

تشکر و قدردانی

این تحقیق مستخرج از پایان نامه‌ی دکتری رشته‌ی پرستاری و با حمایت مالی دانشکده‌ی علوم پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس انجام شده است. نویسنده‌گان از کلیه‌ی پرستارانی که بی‌دربیغ تجارت‌شان را مطرح کردند و بی‌تردد بدون مشارکت آنان امکان انجام این تحقیق میسر نبود قدردانی می‌نمایند.

آورند. غم و اندوه یک واکنش مهم و ضروری است که سرانجام به بهبود و شفای هیجانی می‌انجامد. اما می‌تواند به تجربه‌ای دردناک و طولانی تبدیل شود و باعث درماندگی شدید هیجانی گردد. غم و اندوه حالتی از سیستم عاطفی است و وقتی بروز می‌کند که ما فقدان و از دست دادن را تجربه کنیم. گرچه بیان غم و اندوه پدیده‌ای عمومی است، ولی پرستار باید بداند که بیان غم شدیداً تحت تأثیر عوامل فرهنگی قرار دارد. در یک مطالعه راهبردهای به کار برده شده برای سازگاری با مرگ بیماران بررسی شد و بیشتر پرستاران ذکر کردند که از دعا کردن استفاده می‌کنند و مرگ دیگران را فرصتی برای رشد معنوی می‌بینند (۴۷).

- 13- Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum* 2010; 37(1): E43-9.
- 14- Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing experience and the care of dying patients. *Oncol Nurs Forum* 2005; 32(1): 97-104.
- ۱۵- رئوفی ش. بررسی مقایسه‌ای نگرش دانشجویان سال اول و آخر پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گیلان نسبت به مرگ و مردن. *رشت: دانشگاه علوم پزشکی گیلان*; ۱۳۷۴.
- 16- Vasegh Rahimparvar F, Noghani F. Knowledge and the attitude of the nurses in Imam Khomeini Complex Hospital about pre and post-death cares. *Hayat* 2004; 10(2): 5-13.
- 17- Iranmanesh S, Savenstedt S, Abbaszadeh A. Student nurses' attitudes towards death and dying in south-east Iran. *Int J Palliat Nurs* 2008; 14(5): 214-9.
- 18- Iranmanesh S, Dargahi H, Abbaszadeh A. Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. *Palliat Support Care* 2008; 6(4): 363-9.
- 19- Lange M, Thom B, Kline NE. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncol Nurs Forum* 2008; 35(6): 955-9.
- 20- Hopkinson JB, Hallett CE, Luker KA. Caring for dying people in hospital. *J Adv Nurs* 2003; 44(5): 525-33.
- 21- Puchalski C, O'Donnell E. Religious and spiritual beliefs in end of life care: how major religions view death and dying. *Tech Reg Anesth Pain Manag* 2005; 9(3): 114-21.
- 22- Bjarnason D. Nursing, religiosity, and end-of-life care: interconnections and implications. *Nurs Clin North Am* 2009; 44(4): 517-25.
- 23- Bruce C, Feldstein, Grudzen M, Johnson A, LeBaron S. Integrating spirituality and culture with end-of-life care in medical education. *Clin Gerontol* 2008; 31(4): 71-82.
- 24- Beckstrand RL, Moore J, Callister L, Bond AE. Oncology nurses' perceptions of

منابع

- 1- Ruder S. Incorporating spirituality into home care at the end of life. *Home Healthc Nurse* 2008; 26(3): 158-63.
- 2- Kathleen AE, Robert LA. Grief and Bereavement Care. *AJN* 2003; 103(9): 42-52.
- 3- Iranmanesh S, Häggström T, Axelsson K, Sävenstedt S. Swedish nurses' experiences of caring for dying people: a holistic approach. *Holist Nurs Pract* 2009; 23(4): 243-52.
- 4- ضرغام بروجنی ع، محمدی ر، حق دوست اسکویی ف. مرگ آشنای ناآشنا (معنای مرگ از دیدگاه پرستاران): یک مطالعه کیفی. *نشریه پرستاری ایران*؛ دوره ۲۰ (شماره ۵۱): ۷۱-۸۳؛ ۱۳۸۶.
- 5- 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.
- 6- Wittig DR. Knowledge, skills, and attitudes of nursing students regarding culturally congruent care of native americans. *J Transcult Nurs* 2004; 15(1): 54-61.
- 7- Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs* 2002; 13(3): 189-92.
- 8- Thibodeaux AG, Deatrick JA. Cultural influence on family management of children with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* 2007; 24(4): 227-33.
- 9- Nahas V, Amasheh N. Culture care meanings and experiences of postpartum depression among Jordanian Australian women: a transcultural study. *J Transcult Nurs* 1999; 10(1): 37-45.
- 10- Cowan DT, Norman I. Cultural competence in nursing: new meanings. *J Transcult Nurs* 2006; 17(1): 82-8.
- 11- Donnelly PL. Ethics and cross-cultural nursing. *J Transcult Nurs* 2000; 11(2): 119-26.
- 12- Simon CE. Breast cancer screening: cultural beliefs and diverse populations. *Health Soc Work* 2006; 31(1): 36-43.

- during intensive care stay: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* 2009; 25(4):190-8.
- 38- Heaston S, Beckstrand RL, Bond AE, Palmer SP. Emergency nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *J Emerg Nurs* 2006; 32(6): 477-85.
- 39- Lewis LW, Timby BK. Fundamental Skills and Concepts in Patient Care. London: Chapman & Hall; 1993.
- 40- Boroujeni AZ, Mohammadi R, Oskouie SF, Sandberg J. Iranian nurses' preparation for loss: finding a balance in end-of-life care. *J Clin Nurs* 2009; 18(16): 2329-36.
- 41- Söderström IM, Saveman BI, Benzein E. Interactions between family members and staff in intensive care units--an observation and interview study. *Int J Nurs Stud* 2006; 43(6): 707-16.
- 42- Cioffi RN. Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *Int J Nurs Stud* 2003; 40(3): 299-306.
- 43- Yosef AR. Health beliefs, practice, and priorities for health care of Arab Muslims in the United States. *J Transcult Nurs* 2008; 19(3): 284-291.
- 44- Aga F, Kylmä 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.
- 45- Andrews MM, Boyle JS. Transcultural Concepts in Nursing Care. Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins; 2008.
- 46- Main P. Sudden bereavement: nursing interventions in the ED. *Crit Care Nurse* 1990; 10(1): 30-41.
- 47- Evans WM, Bibeau DL, Conley KM. Coping strategies used in residential hospice settings: findings from a national study. *Am J Hosp Palliat Care* 2001; 18(2): 102-10.
- obstacles and supportive behaviors at the end of life. *Oncol Nurs Forum* 2009; 36(4): 446-53.
- 25- Downe-Wamboldt B. Content analysis: method, applications, and issues. *Health Care Women Int* 1992; 13: 313-21.
- 26- 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.
- 27- Holloway I, Wheeler S. Qualitative Research in Nursing. Philadelphia: Wiley-Blackwell; 2002.
- 28- Salsali M, Parvizi S, Adib HB. Qualitative Research Methodology. Tehran: Boshra publication; 2002.
- 29- Lindley-Davis B. Process of dying. Defining characteristics. *Cancer Nurs* 1991; 14(6): 328-33.
- 30- Potter P, Perry AG. Basic Nursing Theory and Practice. Philadelphia: Mosby Year Book; 1991.
- 31- Høye S, Severinsson E. Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *J Adv Nurs* 2010; 66(4): 858-67.
- 32- Kjerulf M, Regehr C, Popova SR, Baker AJ. Family perceptions of end-of-life care in an urban ICU. *Dynamics* 2005; 16(3): 22-5.
- 33- Schumacher G. Culture care meanings, beliefs, and practices in Rural Dominican Republic. *J Transcult Nurs* 2010; 21(2): 93-103.
- 34- Høye 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.
- 35- Beckstrand RL, Kirchhoff KT. Providing end-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *Am J Crit Care* 2005; 14(5): 395-403.
- 36- Beckstrand RL, Callister LC, Kirchhoff KT. Providing a "good death": critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *Am J Crit Care* 2006; 15(1): 38-45.
- 37- Olsen KD, Dysvik E, Hansen BS. The meaning of family members' presence