

## تبیین تجارب پرستاران در مراقبت فرهنگی از بیماران محتر

محمدرضا حیدری<sup>۱</sup>، منیره انوشه<sup>۲\*</sup>، تقی آزادارمکی<sup>۳</sup>، عیسی محمدی<sup>۲</sup>

### مقاله‌ی پژوهشی

#### چکیده

مرحله‌ی احتضار بیماران جزء رویدادهای دردناک و از دشوارترین تجارب برای پرستاران به حساب می‌آید. مراقبت از بیماران محتر 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 محتر 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 محتر 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. محتوای مصاحبه‌ها نسخه‌برداری و با روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها در دو درون‌مایه‌ی مواجهه‌ی فرهنگی و مهارت فرهنگی دسته‌بندی شدند. درون‌مایه‌ی مواجهه‌ی فرهنگی دارای دو درون‌مایه‌ی فرعی درک حضور خانواده و درک فرهنگ سوگواری است. درون‌مایه‌ی مهارت فرهنگی دارای ۳ درون‌مایه‌ی فرعی زمینه‌سازی برای اطلاع‌دادن، تسهیل مواجهه با مرگ و تسلی به خانواده است. با توجه به یافته‌های این مطالعه، لازم است پرستاران از موازین فرهنگی بیمار محتر و خانواده‌ی او اطلاع و نسبت به آن حساسیت داشته باشند تا بتوانند انتظارات آنان را به‌نحو احترام‌آمیزی برآورده کنند که این خود گام مهمی در اصلاح و ارتقاء عملکرد پرستاران و توسعه‌ی حرفه‌ای می‌باشد.

واژگان کلیدی: مرگ، مراقبت فرهنگی، پرستاران

<sup>۱</sup> استادیار، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد

<sup>۲</sup> دانشیار، دانشکده‌ی علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

<sup>۳</sup> 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

مرگ بخش طبیعی زندگی و حقیقتی است که بشر نمی تواند 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<sup>۱</sup>. بیماران محتضر چیزهای بسیاری از جمله کنترل 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 تصویر ترسیم شده از مرگ در پرستاران، تصویری معنوی است و اشتغال در حرفه‌ی 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 دردناک است و این مسأله 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 کل‌نگر 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 جداشدنی نیست و با سلامتی و پرستاری، ارتباط نزدیک و در هم تنیده دارد (۱۰-۱۲). Braun و

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 (۱۳). پرستارانی که زمان بیش‌تری را با بیماران بدحال یا محتضر می‌گذرانند نگرش مثبت بیش‌تری را ذکر می‌کنند (۱۴). مطالعات رثوفی 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، مثبت‌ترین 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، مثبت‌ترین 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 پدیده‌ی 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). داشتن سابقه‌ی کار از عواملی است که موجب نگرش مثبت آن‌ها به مقوله‌ی مرگ و احتضار می‌شود (۱۹). نشان داده شده است برای این‌که 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

<sup>۱</sup> 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؟»

طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند انفرادی جمع‌آوری گردید. بدین ترتیب 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 محتضر توضیح دهید؟ و چه جوانبی را در ارتباط با تنوع فرهنگی بیماران در نظر می‌گیرید؟» ادامه می‌یافت. پرسش‌های کلی فقط به‌عنوان 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 به‌طور هم‌زمان صورت گرفت. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. اشباع داده‌ها در واقع فرایند دریافت داده‌های جدید تا زمان تکرار و تثبیت داده‌های قبلی است (۲۷). مصاحبه‌ها ابتدا به‌طور کامل گوش داده شدند تا یک حس کلی از محتوا به‌دست آید. بعد از نوشته شدن هر مصاحبه، جمله به جمله و خط به خط، تحلیل صورت گرفت تا فرایندها و معانی موجود در داده‌ها نمایان و پدیدار 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 محتوای پنهان کدها و درون‌مایه‌های فرعی منجر به ایجاد تم‌های هر حیطه گردید. تحلیل و تفسیر واحدهای معنایی توسط محقق مستقل و مجرب در تحلیل محتوا، موشکافی 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 بینش 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 بخشید (۲۴).

لذا با توجه به اهمیت درک مفهوم احتضار 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 مذاهب 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 احتضار و مرگ، پژوهشگران بر آن شدند با هدف تبیین تجارب پرستاران در مراقبت فرهنگی از بیماران محتضر، طی مطالعه‌ای کیفی به بررسی عمیق و دقیق این مسأله بپردازند.

### روش کار

این مطالعه یک تحلیل محتواست که با روش تحلیل استقرایی (تحلیل محتوای پنهان) که شامل تفسیر معنی زمینه‌ای متن می‌باشد انجام شد (۲۶، ۲۵). تحلیل محتوا یک شیوه‌ی تحقیقی مناسب برای به‌دست آوردن نتایج معتبر و پایا از داده‌های متنی 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 ICU، CCU، جراحی قلب باز، بخش جراحی اعصاب، داخلی قلب، پیوند مغز استخوان که تجربه‌ی مراقبت از بیمار محتضر را داشتند به روش نمونه‌گیری هدفمند در مطالعه شرکت کردند و داده‌های مورد نیاز از

## جدول شماره ۱ - درون‌مایه‌های اصلی و فرعی

## استخراج شده

درون‌مایه‌های اصلی	درون‌مایه‌های فرعی
مواجهه‌ی فرهنگی	درک حضور خانواده
	درک فرهنگ سوگواری
مهارت فرهنگی	زمینه‌سازی برای اطلاع دادن
	تسهیل مواجهه با مرگ
	تسلی به خانواده

## ۱- مواجهه‌ی فرهنگی

مواجهه‌ی فرهنگی، تعامل مستقیم با مددجوی دارای زمینه‌های گوناگون فرهنگی است. این درون‌مایه دارای دو درون‌مایه‌ی 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 احتضار و همچنین اجازه‌ی برگزاری مراسمی که برخی فرهنگ‌ها در کنار فرد فوت شده انجام می‌دهند از موضوعات حایز 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:

[اوناها را برای مدت کوتاه که باعث نشود روی بیماران دیگر اثر بگذارد از هر نظر اجازه می‌دیم. 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 محرمانه بودن نام شرکت‌کنندگان تأکید گردید و همه‌ی شرکت‌کنندگان موافقت خود را برای استفاده از نظراتشان در این مطالعه با محرمانه بودن نام اعلام نمودند. هر گونه اطلاعاتی که سبب شناسایی افراد می‌گردید حذف گردید. به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه نگه‌داری خواهد شد و صداهای ضبط شده پس از پایان تحقیق پاک خواهند 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 درون‌مایه‌ی مواجهه‌ی فرهنگی و مهارت فرهنگی دسته‌بندی شدند. در جدول شماره ۱ درون‌مایه‌های اصلی و فرعی ارائه شده است.

تهاجم می‌کنند به سمت ما که شما مریض ما رو کشتید. اصلاً مریض مرده می‌آد تو آ مرده مرده. بعد می‌زنند تو سر خودشون 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 محرمانه بماند.

پرستار ۴۲ ساله با سابقه‌ی ۱۸ سال کار که ۸ سال آن در بخش قلب و ۱۰ سال هم توأمأ 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 تپشون 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 می‌نشینند برای خودشون گریه می‌کنند داد هم می‌زنند ولی معمولاً به پرسنل کاری ندارند، افرادی که خیلی سنتی‌ترند معمولاً به ما زیاد کاری 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 ببینید بعضی‌ها فرهنگشون خیلی فرق داره بعضی‌ها عاطفی‌اند خیلی به‌نحو خاص عزاداری می‌کنند بعضی‌ها دیده شده است که اولاً 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 متناسب با نیازهای فرهنگی مددجو و خانواده و در واقع توانایی شناخت مسائل فرهنگی بیمار و برنامه‌ریزی و

قرآن بخوانند، دعایی بخوانند، مشکلی ندارد، البته به‌صورتی که آرامش باشد و برای مریض‌های دیگر مشکل‌ساز نباشد.» [

پرستار زن با ۲۷ سال سابقه‌ی کار می‌گوید:

«اولی 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 کوما 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 بخش 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 بدیم.» [

## ۲-۱- 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 به‌حساب 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 می‌کنند. یکی می‌بینی که خودشو می‌زنه، تو سرش می‌زنه، وسط راهرو دراز می‌کشه. گاهی اوقات اصلاً

مقدمه چینی کردم که نکنه حالش بد شود ولی یه دفعه برگشت و به من گفت خانم اگر مرده به من بگید من هیچم نمی‌شه راحت راحتتم. گفتم بله ایشون فوت کردند. گفت خوبه دیگه بهم گفتین 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 سردخونه ولی زمانی که همراه مریض ممکنه بیرون باشه ما بهشون می‌گیم یا دکتر بهشون می‌گه مریضتون اینجوری فوت کرده، میگه مثلاً می‌تونم پیام ببینمش 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 سردخونه.» ]

[ «بنابراین همان‌طور که روی مریض را پوشانده بودیم چون مریض‌ها دی‌آی‌سی 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 بانداژ را برداشته تمیز کردیم و ملحفه تمیز روی او کشیدیم و مادرش را آوردیم حالا آگه 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

نحوه‌ی اطلاع‌رسانی در مورد فوت بیمار از مسائل چالش 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 اطلاع‌رسانی 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 همراهش می‌گیم خانوم، آقا، شما مریضتون وضعیتش این جوریه است. هر لحظه ممکنه مریضتون 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 مریضتون این‌جوریه شده، این جوریه شده الان زیر دستگاه است. پزشکان بالا سرشون اند. تشریف بیارید بیمارستان در جریان واقعه مریضتون قرار بگیرین.» ]

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

[ «یادم می‌یاد که همیشه خبرهای اکسپایر را خودم می‌دادم احساس می‌کردم که بچه‌ها شاید جوریه 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 مریضتون اکسپایر شده است طبق معمول گفتم مریض بد حال است قرار است جایی بفرستیمش خیلی بد حال است شما با کی آمده/ید؟ چند نفر را صدا کنید چون ممکن است انتقال پیدا کنه به جایی که اینجوریه. یعنی اینقدر

جریان واقعه مریضتون قرار بگیرین» [

خانم پرستار ۳۹ ساله با ۱۵ سال سابقه‌ی کار می‌گوید:

[ «مثلاً برای همراهش یک مقدار تسلی خاطر باشیم ما آره این کارا رو انجام می‌دیم مثلاً همین همراه تخت ۶ ما الان گریه می‌کرد دیدید بالای سرش نیم‌ساعت بالا سرش وایستاده بودم یک سری دل‌داریشون می‌دیم دیگه. کار خاصی نمی‌کنیم دیگه. کار دیگه‌ای از دست ما بر نمی‌آید دیگه...» ]

[ نحوه‌ی دل‌داری مثلاً نگران نباش حالا انشا الله بهبود پیدا می‌کند حالا دیگه همین. دیگه زندگیه دیگه. سن‌اش که بالا ست، مریضت پور پروگنوز است، مشکلاتش زیاد است یکی دو تا نیست قابل حل شدن نیست، بالاخره باید به ذره قبول کنی، مادری ما می‌دونیم و از این چیزا.]

پرستار مرد ۴۲ ساله با سابقه ۲۱ سال کار بالینی می‌گوید:

[ «..... گفتم متأسفانه شرایطش خوب نیست و همان‌طور که قبلاً هم گفته بودم ماندنش موجب بیش‌تر اذیت شدنش می‌شد فکر می‌کردم با این‌گونه مکالمه آن‌ها کم 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 مواقعی 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 هر حال وداعی که باید می‌کرد با بچه‌اش کرد و دیگه چون حالش 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 به‌شدت منقلب بودم. والدینش آمدند و یک پرده یا پاراوان دور بچه کشیده بودیم کاملاً هم بچه را پوشانده بودیم و صورتش را نپوشیدیم و گفتم که پدر و مادرش بیایند.» ]

##### ۳-۲ 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 آرام کردنشون. خواست خدا این بوده شما بیا بشین تا براتون توضیح بدیم 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 براش انجام شده متأسفانه مریضتون فوت کرده... به نظر من پرستار باید به خانواده‌اش بگه نه این‌که مستقیماً بگه فوت کرده بگه که وضع مریضتون اینجوری شده، اینجوری شده الان زیر دستگاه است. پزشکان بالا سرشون‌اند. تشریف بیارید بیمارستان. در

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 دومینیک انجام داد بر ضروری بودن حضور خانواده برای تجارب مراقبتی و اعمال مراقبتی معنی‌دار 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 کمک‌کننده‌ای است که پرستاران به آن‌ها بیش‌ترین امتیاز را داده‌اند (۳۵). Beckstrand و همکاران ضمن به‌دست آوردن درون‌مایه 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 می‌باشند (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 به‌دست 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

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 مواجهه 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 خانواده‌ی 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

مسلمان اغلب به باورهای مذهبی خود به‌عنوان 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 خلاقانه 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 این‌که خانواده‌ها محلی خصوصی برای عزاداری داشته باشند از رفتارهای حمایت‌کننده‌ای 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 عزیزشان با ارزش و احترام و طبق آیین و مقررات آنان برخورد می‌شود، در تسکین غم و اندوه آنان مؤثر است (۴۶). مشارکت‌کنندگان 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 سؤالات که پرستاران ایرانی چگونه با بیماران محترض و خانواده‌ی آن‌ها تعامل می‌کنند و چگونه با اجتناب‌ناپذیر 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 محترض چیزهای بسیاری از جمله کنترل و عملکرد جسمی، استقلال، ارتباطات و نهایتاً جان خود را از دست می‌دهند. از دغدغه‌های اصلی مشارکت‌کنندگان 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 محترض تأکید زیادی شده و لازم است که پرستاران آموزش‌های اسلامی را در مداخلات خود تلفیق کنند تا مراقبت مناسب فراهم شود. در مطالعه‌ی Aga و همکاران مشخص شد که مشارکت‌کنندگان مسیحی و

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 به‌کار 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).

### نتیجه‌گیری

با توجه به تأکید مشارکت‌کنندگان بر حضور خانواده و تأثیر آن بر فرایند مراقبت و نقشی که پرستاران به‌عنوان 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 پزشکی 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 پزشکی دانشگاه تربیت مدرس انجام شده است. نویسندگان از کلیه‌ی پرستارانی که بی دریغ تجاربشان را مطرح کردند و بی تردید بدون مشارکت آنان امکان انجام این تحقیق میسر نبود قدردانی می‌نمایند.

## منابع

- 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
- 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.
- ۴- ضرغام بروجنی ع، محمدی ر، حق دوست اسکویی ف. مرگ آشنای ناآشنا (معنای مرگ از دیدگاه پرستاران): یک مطالعه کیفی. نشریه پرستاری ایران ۱۳۸۶؛ دوره ۲۰ (شماره ۵۱): ۸۳-۷۱.
- 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 & Wilkins; 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, Kirchoff 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, Kirchoff 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