

Religious responses of ICU nurses to moral distress: A qualitative study

Foroozan Atashzadeh Shoorideh^{1*}, Tahereh Ashktorab², Farideh Yaghmaei³, Hamid Alavi Majd⁴

1- Nursing Management department, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2-Medical- Surgical Nursing department, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Health department, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Biostatistics department, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract:

Background and Objectives: Nowadays, intensive care unit nurses face with numerous moral distress. Moral distress causes a series of responses in nurses. With recognizing these responses, strategies can be used for reducing them. This research was conducted to explain religious responses of ICU nurses to moral distress.

Materials and Methods: This qualitative study (which is part of a doctoral thesis) with content analysis approach was done in order to describe of ICU nurses' religious responses to moral distress. In this study, the data were collected by semi-structured and deep interviews with 18 individual and two group interviews with clinical nurses whom working in different cities in Iran. A Purposive sampling and data analysis with conventional content analysis were done.

Results: 26 nurses were participated in this study. During the process of content analysis, 5 subcategories, and 2 categories were obtained. These categories of ICU nurses 'religious responses to moral distress' included: "religious beliefs", and "Impairment of religious beliefs". Results of this study showed a firm faith in God and trust in him causes positive response. Weakness and insecurity in the faith cause negative response to moral distress. Main theme in this research was religious responses.

Conclusion: Results of this study showed that ICU nurses use various positive and negative responses in deal of moral distress. Nurse administrators can help ICU nurses to diminish moral distress, learn the correct religious beliefs, and prevent harmful outcomes. Teaching religious beliefs, during college, empowering and enhancing the religious capacity is necessary for coping with moral distress.

Keywords: religious response, nurses, moral distress, ICU, content analysis

*Corresponding Author: Dr.Foroozan Atashzadeh Shoorideh; Email: f_atashzadeh@sbmu.ac.ir

پاسخ‌های مذهبی پرستاران آی‌سی‌یو به دیسترس اخلاقی: یک مطالعه‌ی کیفی

فروزان آتش‌زاده شوریده*^۱، طاهره اشک‌تراب^۲، فریده یغمایی^۳، حمید علوی‌مجد^۴

- ۱- گروه مدیریت پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 ۲- گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 ۳- گروه بهداشت، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 ۴- گروه آمار زیستی، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

سابقه و اهداف: امروزه پرستاران بخش‌های آی‌سی‌یو با دیسترس اخلاقی متعددی رو به رو هستند. دیسترس اخلاقی سبب بروز مجموعه‌ی از پاسخ‌ها در پرستاران می‌شود. با شناخت این پاسخ‌ها می‌توان راهبردهایی برای رویارویی بهتر پرستاران با آن‌ها به کار برد. این مطالعه به منظور تبیین پاسخ‌های مذهبی پرستاران آی‌سی‌یو به دیسترس اخلاقی صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه‌ی کیفی (که بخشی از رساله‌ی دکتری است) با رویکرد تحلیل محتوا در راستای پاسخ‌های مذهبی پرستاران به دیسترس اخلاقی صورت گرفت. در این مطالعه، داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته و عمیق با ۱۸ مصاحبه‌ی انفرادی و دو مصاحبه‌ی گروهی با پرستاران بالینی شاغل در شهرهای مختلف ایران گردآوری شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و تجزیه و تحلیل داده‌ها با تجزیه و تحلیل محتوای قراردادی انجام شد.

یافته‌ها: در این پژوهش ۲۶ پرستار شرکت کردند. طی فرآیند تحلیل محتوا پنج زیرطبقه و دو طبقه در رابطه با پاسخ‌های مذهبی پرستاران آی‌سی‌یو حاصل گردید. طبقات به دست آمده به صورت «باورهای مذهبی» و «تزلزل در باورهای مذهبی» نام‌گذاری شدند. یافته‌ها نشان داد ایمان راسخ به خداوند و توکل بر او سبب بروز پاسخ مثبت می‌گردد و درست است ضعف و تزلزل در ایمان سبب پاسخ منفی پرستاران آی‌سی‌یو به دیسترس اخلاقی می‌شود. درون‌مایه‌ی اصلی این پژوهش، «پاسخ‌های مذهبی» بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد که پرستاران آی‌سی‌یو در رویارویی با دیسترس اخلاقی، پاسخ‌های گوناگون مثبت و گاه منفی می‌دهند. مسئولان پرستاری می‌توانند به پرستاران برای کاهش دیسترس‌ها، یادگیری باورهای درست مذهبی و پیشگیری از پیامدهای مضر آن کمک نمایند. آموزش باورهای مذهبی ضمن دوران تحصیل در دانشگاه و تقویت و ارتقای توانمندی مذهبی از ضروریات مقابله با دیسترس اخلاقی است.

واژگان کلیدی: پاسخ مذهبی، پرستاران، دیسترس اخلاقی، آی‌سی‌یو، تحلیل محتوا

مقدمه

جمعیت سالمند، توجه به حقوق فردی، تخصصی شدن حرفه، تغییر در روابط درون حرفه‌یی و بین حرفه‌یی و نیز تغییر در نقش پرستار، می‌تواند منجر به دیسترس اخلاقی گردد که ممکن است پرستار در فعالیت‌های روزانه با آن‌ها برخورد کند (۲-۷).

پرستاران بخش‌های ویژه به طور مداوم با دیسترس اخلاقی مواجه هستند (۱). عواملی مثل پیشرفت فن‌آوری و دانش پزشکی و پرستاری، تخصیص منابع، افزایش هزینه‌ها، افزایش

بیش‌ترین دیسترس اخلاقی پرستاران، صرف‌نظر از کمبود نیروی انسانی متخصص و آموزش‌دیده و سیاست‌های سازمانی (۸)، در ارتباط با درمان تهاجمی بیماران مشرف به مرگ، آزمایش‌های غیرضروری، تقلب در آزمایش‌ها، درمان ناکافی و ناکامل توسط همکاران، توزیع ناعادلانه‌ی قدرت بین همکاران، نبود حمایت سازمانی (۹)، درد و رنجش ناشی از روش‌های تهاجمی تشخیصی و درمانی، درمان بیماران برای رفع نیازهای سازمان، طولانی‌تر کردن زمان وقوع مرگ بی‌کسب رضایت از بیمار و خانواده‌ی وی و همچنین محدودیت بودجه (۸) رخ می‌دهد. منظور از دیسترس اخلاقی، موقعیتی است که فرد راه درست انجام کار را می‌داند ولی موانع سازمانی، اجرای درست کار برای بر او غیر ممکن می‌سازد (۱۰-۱۳). دیسترس اخلاقی می‌تواند بر ابعاد جسمی، روانی، معنوی و ارتباط‌های اجتماعی افراد تأثیر بگذارد (۱۴). جیمتون و ویلکینسون معتقدند که دیسترس اخلاقی به دو دسته‌ی دیسترس اخلاقی اولیه و دیسترس اخلاقی واکنشی طبقه‌بندی می‌شود (۸). آن‌ها، دیسترس اخلاقی اولیه را متفاوت از دیسترس اخلاقی واکنشی می‌دانند (۹). دیسترس اخلاقی اولیه زمانی رخ می‌دهد که فرد برای اولین بار در موقعیتی قرار می‌گیرد که علی‌رغم آگاهی از انجام کار صحیح، به سبب وجود موانع سازمانی قادر به اجرا و کار صحیح نیست (۱۵). این دیسترس با احساس عصبانیت، عجز و درماندگی و اضطراب همراه است (۸ و ۹). اما دیسترس اخلاقی واکنشی زمانی روی می‌دهد که شخص قادر به پاسخگویی به دیسترس اخلاقی اولیه نباشد (۱۵). دیسترس اخلاقی واکنشی با احساس بی‌قدرتی، گناه، خودسرزنی، کاهش اعتماد به نفس و پاسخ‌های فیزیولوژیک مانند گریه کردن، بی‌خوابی، کابوس‌های شبانه و کاهش اشتها همراه است (۸ و ۹). دیسترس اخلاقی اولیه و واکنشی سبب پیامدهای جسمی و روانی متعددی می‌شود که می‌تواند بر وظایف حرفه‌ی پرستاران تأثیر منفی بگذارد (۱۶). دیسترس اخلاقی باعث احساس ناکامی و گناه، عصبانیت (۱۷)، نارضایتی شغلی، تنش (۱۸ و ۱۹)، غم، اضطراب، احساس شرم، کاهش اعتماد به نفس، احساس فرسودگی، احساس نبود امنیت، ترس، دل‌سردی و افسردگی در پرستاران می‌شود و بر عملکرد حرفه‌ی آنان تأثیر می‌گذارد (۱۶ و ۲۰). به علاوه، دیسترس اخلاقی می‌تواند منجر به کناره‌گیری از حرفه‌ی پرستاری شود. در سال ۲۰۰۶، ۴۰ درصد پرستاران آمریکایی به سبب دیسترس اخلاقی از موقعیت خویش کناره‌گیری نمودند. ضربه‌های جسمی و روانی ناشی از دیسترس اخلاقی، زندگی روزانه‌ی پرستاران را مختل می‌سازد. اغلب افراد زمانی که با دیسترس

اخلاقی برخورد می‌کنند، به نوعی با آن مقابله می‌کنند (۱۵). برخی از پرستاران در رویارویی با این دیسترس‌ها از روش‌های مثبت تطابق، مانند ایجاد باور در خود برای کنترل و تأثیر بر محیط استفاده می‌کنند. در حالی که گروهی دیگر، از روش‌های منفی تطابق، مثل انکار مسئولیت و دوری از موقعیت بهره می‌گیرند (۸ و ۱۴). شواهد نشان می‌دهد که برآورده کردن نیازهای معنوی می‌تواند اثرات سودمندی در سلامتی افراد داشته باشد (۲۱). نیازهای معنوی شامل انتظارات افراد برای یافتن معنا و مفهوم زندگی است. این نیازها شامل نیاز به آرامش درون، نیاز به غلبه بر ناامیدی و گناه، نیاز به یافتن معنا و مفهوم برای زندگی و نیازهای وجود است (۲۲). معنویات با ماهیت چند بُعدی خود با مذهب، هستی‌شناسی و نوع‌دوستی در ارتباط است. معنویت، تلاش برای شناخت آفرینش و آفریدگار هستی است (۲۱). در واقع، معنویات مجموعه‌ی از اعتقادات فرد به معنادار بودن زندگی است که موجب ایمان، امید، آرامش و تحمل سختی‌ها، احساس قدرت و اعتقاد به مرگ و زندگی پس از آن می‌شود و حس خوب بودن و راحتی را در افراد ایجاد می‌کند (۲۳). معنویت با ارزش‌های والای انسانی در ارتباط است و راهی است که افراد با آن، معنا و مفهوم امیدواری را در زندگی و در مواقع بروز سختی و رنج پیدا می‌کنند (۲۴). جستجوی راحتی معنوی عبارت است از تلاش فرد برای کسب آرامش از طریق نظام اعتقادی یا مذهبی (۲۵ و ۲۶).

در گذشته، فعالیت‌های مذهبی را با فعالیت‌های معنوی یکسان فرض می‌کردند. در حالی که مذهب و فعالیت‌های مذهبی، مجموعه‌ی سازمان‌یافته از اعتقادات، فعالیت‌ها، تشریفات مذهبی و نمادها برای تسهیل نزدیکی به خالق هستی و آخرت و کمال انسانی و افزایش درک افراد از مسئولیتشان در قبال دیگر افراد در زندگی اجتماعی است. معنویات، تلاش افراد برای رسیدن به پاسخ سؤالاتشان در زمینه‌ی معنا و مفهوم زندگی و ارتباط آن با جهان ماورا است که می‌تواند ناشی از فعالیت‌های مذهبی افراد باشد یا افراد را به سوی فعالیت‌های مذهبی رهنمون سازد (۲۳). شواهد نشان می‌دهد باورهای مذهبی می‌توانند نقش مهمی در تطابق افراد در رابطه با مسائل روزمره‌ی زندگی داشته باشند، هرچند تناقضاتی در این زمینه موجود است که بستگی به بستر فرهنگی و اجتماعی دارد (۲۷). با توجه به اثرات و پیامدهای دیسترس اخلاقی، لازم بود پژوهشی کیفی با هدف تبیین پاسخ‌های مذهبی پرستاران بخش آی‌سی‌یو به دیسترس اخلاقی انجام گیرد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند به عنوان

- آیا در دوره‌ی کار بالینی خود در موقعیتی قرار گرفته‌اید که می‌خواستید کاری را انجام دهید اما، به دلایل گوناگون از اجرای آن کار منصرف شده‌اید؟
 - در صورت پاسخ مثبت، آن موقعیت را توضیح دهید؟
 - چه چیزی مانع اجرای آن می‌شد؟
 - چه احساسی به شما دست می‌داد؟
 - در چنین موقعیتی برای رفع ناراحتی خود چه می‌کردید؟
- زمان مصاحبه‌های فردی، ۲۰-۵۴ دقیقه و زمان مصاحبه‌های گروهی ۵۰-۱۱۶ دقیقه بود. در پایان مصاحبه‌ها از مشارکت‌کنندگان خواسته می‌شد تا اگر موضوعی باقی‌مانده، بیان نمایند و پس از تشکر و قدردانی از آن‌ها درباره‌ی احتمال برگزاری مصاحبه‌های بعدی نیز صحبت می‌شد. هر مصاحبه منجر به شناخت بهتر پدیده‌ی مورد مطالعه‌ی پژوهشگران می‌شد. با این که همه‌ی مصاحبه‌ها را یک پژوهشگر انجام می‌داد، اما نقد و بررسی مصاحبه‌ها را همه‌ی پژوهشگران این مطالعه صورت می‌دادند. در واقع، پژوهشگران پس از هر مصاحبه همانند یک ناظر خارجی مصاحبه را مورد نقد و بررسی قرار می‌دادند؛ نقاط ضعف و قوت مصاحبه را مشخص می‌نمودند و مواردی را که باید در مصاحبه‌های بعدی لحاظ می‌شد، در ذهن مرور می‌کردند. مصاحبه‌ها تا زمان اشیاع داده‌ها و نرسیدن به کد جدید در سه مصاحبه‌ی آخر، ادامه یافت.
- اطلاعات حاصل از مصاحبه‌ها به روش تحلیل محتوا با رویکرد کیفی از نوع قراردادی، تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط، سپس کلمه به کلمه دست‌نویس، مرور و کدگذاری شدند و بلافاصله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها، هم‌زمان و به‌طور مستمر با جمع‌آوری اطلاعات انجام گرفت. برای کدگذاری اولیه از بین کلمه‌های مشارکت‌کنندگان و کدهای دلالت‌کننده (برداشت‌های پژوهشگران از گفته‌ها) استفاده شد، سپس مصاحبه‌های بعدی انجام گرفت. واحدهای معنی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان در قالب کدهای اولیه یا کدهای باز از مصاحبه‌ها استخراج شدند. کدها چندین بار بازخوانی شدند و بر اساس تشابه و تناسب بیان‌کننده‌ی موضوع واحد، در یک دسته یا طبقه قرار گرفتند. سپس با اطلاق کدهای جداگانه و مرور مکرر و ادغام کدهای مشابه، طبقه‌بندی صورت گرفت. بدین ترتیب کدگذاری سطح دوم شکل گرفت. در مرحله‌ی بعد طبقه‌ها نیز با یکدیگر مقایسه شدند و طبقه‌هایی که از نظر خصوصیات مشابه بودند، در یکدیگر تلفیق شدند و طبقه‌ی وسیع‌تری را پدید آوردند و درون‌مایه نمایان گردید.

مبنایی برای پژوهش‌های کمی مرتبط با موضوع مورد استفاده‌ی پژوهشگران قرار گیرد. هم‌چنین با شناخت پاسخ‌های مذهبی پرستاران بخش آی‌سی‌یو به دیسترس اخلاقی، دست‌اندرکاران آموزش می‌توانند تأثیر باورهای مذهبی به دیسترس اخلاقی را در دانشکده‌های پرستاری به دانشجویان آموزش دهند. مدیران و دست‌اندرکاران می‌توانند تدابیری برای مثبت کردن پاسخ پرستاران اتخاذ نموده، با آموزش مداوم به آنان از این عوارض بکاهند و به این ترتیب موجب ارتقای عملکرد حرفه‌یی پرستاران شوند.

مواد و روش‌ها

برای تبیین پاسخ‌های مذهبی پرستاران بخش آی‌سی‌یو به دیسترس اخلاقی، از رویکرد کیفی تحلیل محتوا استفاده شده است. در این مطالعه از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده گردید. پژوهشگر ابتدا با مراجعه به بخش آی‌سی‌یو بیمارستانی، مصاحبه با مشارکت‌کننده‌یی را آغاز نمود، سپس به ترتیب با سایر پرستاران آی‌سی‌یو در این زمینه مصاحبه‌ها را ادامه داد. همه‌ی مصاحبه‌ها را یکی از پژوهشگران انجام داد. اجرای محیط پژوهش برای مصاحبه‌ها، طبق نظر مشارکت‌کنندگان پژوهش، در بیمارستان محل اشتغال آن‌ها و پس از شیفت کاری و در اتاقی آرام و بی‌تردد و سر و صدا بود. ۲۶ پرستار بخش آی‌سی‌یو از شهرهای مختلف ایران (تهران، زنجان، تبریز، همدان، مشهد، زاهدان، بیرجند، شیراز، ایلام، کرمانشاه، یزد و اصفهان)، در مصاحبه‌های فردی (۱۸ نفر) و مصاحبه‌های گروهی (دو گروه شش و هفت نفری) مشارکت داشتند که در طول مصاحبه‌ی گروهی دو نفر از گروه اول و سه نفر از گروه دوم از ادامه‌ی مصاحبه انصراف دادند. بنابراین، مصاحبه در دو گروه چهار نفری انجام شد. پرستاران شاغل در بخش‌های آی‌سی‌یو با حداقل مدرک کارشناسی و حداقل یک سال سابقه‌ی کار در آی‌سی‌یو، مشارکت‌کنندگان در پژوهش بودند. پس از کسب موافقت و رضایت‌نامه‌ی آگاهانه و کتبی از مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته‌ی گردآوری داده‌ها انجام شد.

تمام مصاحبه‌های انجام شده بر روی نوار ضبط شده، بلافاصله بعد از پایان هر مصاحبه متن آن تایپ شد. محور سؤال‌های مصاحبه، پاسخ مذهبی پرستاران بخش آی‌سی‌یو به دیسترس اخلاقی بود. هر یک از مصاحبه‌ها با یک سؤال باز آغاز شد و بر اساس اطلاعاتی که مشارکت‌کننده می‌داد، سؤال پیگیری‌کننده برای روشن شدن مفهوم مطرح می‌شد. پرسش‌های زیر نمونه‌یی از این گونه سؤال‌ها است:

مصاحبه‌ی عمیق و بدون ساختار قرار گرفتند. در ابتدا ۵۱۸ کد استخراج شد و پس از کاهش، حذف و ادغام‌های صورت گرفته در مراحل مختلف، تعداد کدها به ۲۱۸ کد تقلیل یافت و در نهایت دو طبقه و پنج زیرطبقه به دست آمدکهنشان- دهنده‌ی پاسخ‌های مذهبی پرستاران بخش آی‌سی‌یو در دیسترس اخلاقی بود. این طبقه‌ها شامل «باورهای مذهبی» و «تزلزل در باورهای مذهبی» بود (جدول ۱). درون‌مایه‌ی اصلی در این پژوهش تحت عنوان «پاسخ‌های مذهبی» مفهوم‌پردازی گردید. باورهای مذهبی یکی از مکانیسم‌های اصلی دفاعی در برابر بسیاری از مشکلات است. برخی از مشارکت‌کنندگان بیان داشتند که در مواجهه با مرگ بیماران و مشکلات اخلاقی که در بخش رخ می‌دهد، اعتقاداتشان به خداوند یا قدرتی برتر، سبب احساس راحتی و آرامش در آن‌ها می‌گردد. اعتقادات مذهبی همچنین چارچوبی را برای معنا بخشیدن به مرگ بیماران فراهم می‌سازد.

از آنجایی که پرستاران بخش آی‌سی‌یو با مرگ بیماران بیش از پرستاران سایر بخش‌ها مواجهند، چنین باورهایی می‌تواند کمک قابل توجهی به افراد در زمینه‌ی تطابق باغم و اندوه نماید. همچنین تحلیل داده‌ها بیانگر آن بود که مشارکت‌کنندگان همواره قادر نبودند تا با تکیه بر این اعتقادات و باورها بر تعارضات اخلاقی فایق آیند. در برخی موارد، شرایط ایجاد شده یا ویژگی‌های فرد سبب می‌شده تا فرد دچار تزلزل در اعتقادات معنوی خود شود و همین امر سبب ایجاد تعارضات درونی برای فرد گردد. در واقع فرد در حالت تعلیق بین باورها قرار می‌گرفت.

جدول ۱. طبقه‌ها و زیرطبقه‌های حاصل از داده‌ها

طبقه	زیرطبقه
باورهای مذهبی	ادای فرایض دینی
	پذیرش مشیت الهی
تزلزل در باورهای مذهبی	تردید و دو دلی
	تعطل در انجام اعمال مذهبی
	نگرش منفی نسبت به زندگی

«باورهای مذهبی» اولین طبقه‌ی حاصل از این پژوهش، شامل دو زیرطبقه‌ی انجام فرایض دینی و پذیرش مشیت الهی بود. پرستاران اظهار می‌نمودند مواجهه با دیسترس‌های اخلاقی منجر به بروز پاسخ‌هایی در فرد می‌شود که مربوط به باورهای مذهبی آنان است.

برای افزایش دقت و مقبولیت یافته‌ها، از تلفیق چند روش مصاحبه‌ی عمیق، چک کردن مجدد با مصاحبه‌شوندگان و تحلیل هم‌زمان توسط پژوهشگران استفاده گردید. برای تأیید صحت برداشت‌های پژوهشگر، دست‌کم دو بار ملاقات با هر کدام از مشارکت‌کنندگان پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات و برگزاری بیش‌تر از یک مصاحبه با مشارکت‌کنندگان، استفاده از یادداشت‌های روزانه در حین جمع‌آوری اطلاعات (ثبت حالات گفتاری یا فیزیکی مشارکت‌کنندگان هنگام بیان نظرات و تجارب خویش)، تماس‌های تلفنی و یا حضوری مکرر با مشارکت‌کنندگان و نظرخواهی از مشارکت‌کنندگان اجرا شد و انجام گرفت. همچنین برای افزایش تأییدپذیری یافته‌ها درباره‌ی صحت تفسیرها و فرایند کدگذاری با تعدادی از همکاران آشنا با نحوه‌ی تحلیل پژوهش‌های کیفی مشورت شد و همه‌ی مراحل انجام کار و چگونگی استخراج داده‌ها به دقت ثبت گردید.

کدهای حاصل از تحلیل داده‌ها نیز تا مراحل پایانی نگارش طرح پژوهشی همواره مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفتند. کدهای اولیه‌ی استخراج شده، طی فرایند تحلیل و مقایسه‌ی مداوم داده‌ها تقلیل یافتند و در نهایت طبقه‌ها و زیرطبقه‌ها در رابطه با پاسخ‌های مذهبی پرستاران بخش آی‌سی‌یو به دیسترس اخلاقی انتزاع شدند.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی، مجوز کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای اجرای پژوهش گرفته شد. پژوهشگر علاوه بر معرفی خود و توضیح اهداف پژوهش به مشارکت‌کنندگان، از آنان درخواست نمود تا پرسشنامه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی و رضایت‌نامه‌ی آگاهانه را تکمیل نمایند و پیش از شروع مصاحبه، اجازه‌ی ضبط صدا و یادداشت‌برداری از مشارکت‌کنندگان گرفته شد. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در هنگام انتشار نتایج کلیه‌ی اطلاعات فردی محرمانه باقی خواهد ماند و پس از گزارش نهایی، فایل‌های صوتی حذف خواهند شد. مشارکت‌کنندگان مختار بودند در هر مرحله از پژوهش برحسب صلاحدید خود، از مطالعه خارج شوند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۶ مشارکت‌کننده با محدوده‌ی سنی ۲۴ تا ۴۶ سال، با میانگین سنوات خدمت ۱۳/۵ سال و میانگین سنوات کار در بخش آی‌سی‌یو ۱۰/۲ سال و با تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد پرستاری از شهرهای مختلف ایران، مورد

خجالت می‌کشم و پشیمون می‌شم و به درگاه خدا استغفار می‌کنم." (پرستار با هفت سال سابقه‌ی کار).

بحث

این پژوهش کیفی که با رویکرد تحلیل محتوا انجام شده است، با این نگاه، که اگر پدیده‌ها در بستر وقوع و با نگاه افرادی که آن را تجربه می‌کنند، مورد تفحص قرار گیرد، بسیاری از زوایای پنهان آن‌ها آشکار می‌گردد و در نتیجه منجر به تولید دانش می‌شود. در مطالعه‌ی حاضر که در خصوص تبیین پاسخ مذهبی پرستاران آی‌سی‌یو به دیسترس اخلاقی صورت گرفت، یافته‌ها نشان داد که نه تنها تجربه‌ی پرستاران از دیسترس اخلاقی بسیار وسیع است، بلکه پاسخ معنوی آنان نیز نسبت به دیسترس اخلاقی متنوع است.

دیسترس اخلاقی زمانی بروز می‌کند که پرستار کاری را از نظر اخلاقی درست می‌داند اما به علت عوامل سازمانی قادر به انجام کار درست اخلاقی نیست (۳۲ و ۳۳)، در حالی که استرس، پاسخ غیر اختصاصی بدن در برابر هرگونه درخواست است و هدف پاسخ‌های غیراختصاصی، ایجاد تعادل و سازگاری فیزیولوژیک است (۳۲). در واقع دیسترس اخلاقی در موقعیت‌های تصمیم‌گیری اخلاقی بروز می‌کند در صورتی که استرس ارتباطی با موقعیت تصمیم‌گیری اخلاقی ندارد و به صورت عام مطرح می‌شود (۳۳). از آنجایی که انسان و محیط به طور مداوم در حال تأثیرپذیری و یا تأثیرگذاری متقابل بر یکدیگرند، وجود تحریکات محیطی، در صورتی که خارج از حد توانایی انسان نباشد، برای ادامه‌ی حیات، سالم و بی‌ضرر است و سبب بروز پاسخ‌هایی می‌شود که برای تکامل و حفظ تعادل انسان با محیط لازم است (۳۴). در این پژوهش، مشخص گردید که پاسخ‌های مذهبی پرستاران بخش آی‌سی‌یو به دیسترس اخلاقی ربط دارد. این پاسخ‌ها گاهی به صورت تطابق معنوی است و برخی نیز به صورت پاسخ منفی. تطابق معنوی عبارت است از جستجوی معنا از طریق شیوه‌های روحانی در هنگام بروز تنش (۳۵)؛ راه و روشی که افراد با آن به زندگی خود معنا می‌بخشند و ارزش‌گذاری می‌نمایند (۳۶). به بیان دیگر استفاده از روش‌های شناختی و رفتاری در هنگام رویارویی با رویدادهای تنش‌زای زندگی که برخاسته از اعتقادات معنوی و مذهبی فرد است (۳۷).

تطابق، یک عامل متعادل‌کننده است که می‌تواند به افراد برای سازگاری کمک کند و در موقعیت‌های گوناگون قابل تغییر است. چگونگی فرآیند تطابق افراد با عواملی چون مقاوم‌سازی در برابر تنش‌ها، باورهای دینی و برخی عوامل زمینه‌یی مانند ناتوانی کنترل رخدادها در شرایط سخت ارتباط دارد که

یکی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه اظهار نمود: وقتی دچار دیسترس اخلاقی می‌شم، پیش خودم فکر می‌کنم باید توکل به خدا نمود. تو این جور موارد دعا می‌کنم و نماز می‌خونم تا خدا کمکم کنه." (پرستار با ۱۳ سال سابقه‌ی کار).

پرستار دیگری نیز در ارتباط با باورهای مذهبی بیان داشت: "تو این جور موارد با آرامش خاطر کار می‌کنم و تصمیم می‌گیرم، چون باور دارم که مشکلات باید تو زندگی باشه تا مارو بسازه. این‌ها همش مشیت الهیه، ... با خوندن قرآن می‌فهمم که این‌ها همش تقدیر الهیه باید بپذیرم." (پرستار با ۸ سال سابقه‌ی کار).

تزلزل در باورهای مذهبی، دومین طبقه‌ی این پژوهش سه زیرطبقه را در بر می‌گیرد. این زیرطبقه‌ها شامل تردید و دودلی، تعلل در انجام اعمال مذهبی و نگرش منفی نسبت به زندگی است. پرستاران اظهار می‌نمودند در برابر دیسترس اخلاقی گاهی حس بی‌معنا بودن زندگی، حس بی‌ارزش بودن انسان و تزلزل در اعتقاد به خداوند داشتند. آنان بیان می‌داشتند گاهی چنان دچار نگرش منفی به اعتقادات دینی می‌شوند که اعمال مذهبی را به جا نمی‌آورند و از خواندن نماز طفره می‌روند. برخی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان در همین زمینه در ذیل ذکر شده است:

"وقتی می‌بینم که کاری رو که درسته نمی‌تونم انجام بدم، دچار سردرگمی می‌شم... بعضی وقتا شک می‌کنم به این که چرا برخی آدم‌ها باید بیشتر زجر بکشن... بیشتر تحت فشار باشن... حس می‌کنم چقدر بی‌ارزشم... پس عدل و عدالت کجا رفته...". (پرستار با دو سال سابقه‌ی کار).

"گاهی اونقدر این مسائل ناراحت‌کننده می‌کنه، می‌زنم زیر گریه؛ وقتی هم می‌رم خونه، حوصله‌ی حرف زدن با کسی رو ندارم... بعضی وقتا نماز و دعا هم نمی‌خونم، می‌بینم بی‌فایده‌ست." (پرستار با ۱۱ سال سابقه‌ی کار).

"کاش این تنش‌ها فقط محدود به محیط کار می‌شد، اما اکثرشون بازتاب بیرونی دارن، حس حقارت و درماندگی به ما دست می‌ده، رومون خیلی اثر می‌ذاره ... فکر می‌کنم چقدر زندگی بی‌معناست ...". (پرستار با ۱۶ سال سابقه‌ی کار).

این تزلزل در باورهای مذهبی پرستاران پایدار نبوده است و برحسب مقتضیات زمانی و مکانی اتفاق می‌افتاد، به طوری که یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت:

"گاهی مشکلات اخلاقی منو به هم می‌ریزه، طوری که شک برم می‌داره ... طوری بهم می‌ریزم که نماز و دعا رو بی‌فایده می‌بینم ... اما مدتی که می‌گذره از این رفتارها و اعمال

دهد که زندگی معنوی و مثبت، سبب بهبود عملکرد مغزی (۴۳) و رفتارهای انسانی می‌شود (۴۴).

اعتقادات و مناسک مذهبی، تأثیر مهمی بر سلامت جسمی و روانی افراد دارد. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مذهب ممکن است دارای نقش محافظتی در برابر بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی باشد و همچنین، ابزاری مهم برای تطابق با عوامل تنش‌زای زندگی قلمداد می‌شود. اعتقادات مذهبی همچنین، سبب ایجاد مقاومت و کاهش افسردگی در افراد می‌شود (۴۵). در پژوهش ریلی و همکاران در گروه دارای باورهای غیرمذهبی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی به طور معنی‌داری در مقایسه با گروه دارای باورهای مذهبی، در سطح پایین‌تری قرار داشت (۳۹).

پارگامنت معتقد است که سه شیوه‌ی که می‌توانند در جریان تطابق با تنش‌های گوناگون روانی و محیطی تأثیرگذار باشند، شامل این موارد است: نخست آن که مذهب می‌تواند به عنوان بخشی از فرآیند تطابق تلقی گردد و بر نحوه‌ی ارزیابی فرد از عامل تهدیدکننده و شدت آن تأثیر گذارد. دوم آن که مذهب می‌تواند در فرآیند تطابق مداخله نماید؛ بدین معنی که در تعریف مجدد از مشکل به گونه‌ی که قابل حل باشد، کمک نماید. از این‌رو مذهب به افراد کمک می‌کند تا از نظر هیجانی خود را حفظ کنند و در برخورد با موقعیت تنش‌زا، از طریق معناجویی و امیدوار ماندن تلاش نمایند. سوم آن که مذهب می‌تواند بر نتایج و پیامدهای حاصل از عوامل تنش‌زا تأثیر گذارد؛ به عبارت دیگر، تفسیر فرد از نتایج و عواقب مربوط به رویدادهای زندگی، تحت تأثیر باورها و اعتقادات مذهبی قرار می‌گیرد (۳۹). به همین دلایل در پژوهش کنونی مشخص شد پرستارانی که ایمان قلبی و عملی داشتند، در مواجهه با دیسترس اخلاقی از مکانیسم‌های مثبتی استفاده می‌نمودند.

دومین طبقه‌ی که در این پژوهش انتزاع شد، «تزلزل در باورهای مذهبی» بود. تردید و دودلی، تعلل در انجام اعمال مذهبی و نگرش منفی نسبت به زندگی، از مواردی بود که پرستاران در برابر دیسترس اخلاقی تجربه کرده بودند. واکنش‌های معنوی مثبت و واکنش‌های بیماران نسبت به بیماری مورد توجه بسیاری از پژوهش‌ها بوده است، اما کم‌تر مقاله‌ی می‌توان یافت که این واکنش‌ها را در پرستاران مورد بررسی قرار داده باشد (۴۶ و ۵۵). در مروری بر مطالعه‌های انجام شده، مشخص گردید که تنها یک مطالعه به این بُعد از واکنش‌های پرستاران در برابر دیسترس اخلاقی پرداخته است. اظهارات پرستاران در این پژوهش با اظهارات پژوهش‌الپرن و

ممکن است نقش راهبردهای تطابقی را در برابر تنش داشته باشد. بر همین اساس، تطابق، فرآیندی پویا است که در رویدادهای گوناگون، تغییر می‌یابد (۳۸). دو روش تطابق معنوی معرفی شده است: الف) حل مشکل به صورت اشتراکی توسط فرد و خداوند؛ ب) واگذاری؛ که در آن فرد منفعل است و مسئولیت حل مشکلات را به خداوند واگذار می‌کند (۳۹).^۱ تطابق معنوی به ویژه هنگامی که خداوند در جایگاه وجودی خیرخواه در نظر گرفته می‌شود، می‌تواند روشی فعال و مسئله‌مدار محسوب گردد (۳۷). پژوهش نشان داده است که تطابق معنوی مانند عبادت کردن دارای تأثیرات مثبت بر عملکرد افراد است، به ویژه هنگامی که فرد در تنهایی به سر می‌برد اعتقاد به حضور خداوند ممکن است تأثیرات مطلوبی بر فرد داشته باشد (۴۰).

طبقات انتزاع شده در این پژوهش درباره‌ی پاسخ‌های مذهبی پرستاران بخش آی‌سی‌یو به دیسترس اخلاقی، شامل «باورهای مذهبی» و «تزلزل در باورهای مذهبی» بود؛ اما در پژوهش کیفی توسط باجر (۴۱)، مشخص گردید که پرستاران آی‌سی‌یو در تطابق با تنش‌های حاصل از مراقبت‌های پایان زندگی از روش‌های مختلف رفتاری، شناختی و عاطفی استفاده می‌کنند. تفاوت در طبقه‌های انتزاعی پژوهش باجر با پژوهش کنونی می‌تواند ناشی از تفاوت‌های بستر فرهنگی جامعه‌ی پژوهش و همچنین عدم توجه وی به بعد معنوی روش‌های تطابق پرستاران باشد.

در این پژوهش، پاسخ‌های مذهبی پرستاران به دیسترس اخلاقی به صورت انجام فرایض دینی و پذیرش مشیت الهی بود. مذهب که در راستای معنویت است، به زندگی فرد معنا می‌دهد و در ثبات و یکپارچگی انسان مؤثر است. به علاوه، معنویت مقصود و هدف زندگی است و موجب تمایل به زندگی و ایمان و اعتقادات می‌شود. به بیان دیگر، معنویت سبب ترغیب و ایجاد انگیزش در فرد برای دستیابی به حد مطلوب می‌شود و ایمان، امید، آرامش و توانمندی را به همراه دارد (۴۲). در پژوهش هوج، ۷۲ درصد افراد با عبارت «اعتقادات مذهبی در زندگی من مهم‌ترین عامل تلقی می‌شود»، موافق بوده‌اند. چنین باورهایی، می‌تواند کمک قابل توجهی به افراد در زمینه‌ی تطابق با غم و اندوه نماید. شواهد علمی نشان می‌-

^۱ این موضوع در تفکر اسلامی «توکل» نام دارد و مفهوم آن این است که انسان در مشکلات زندگی در جایی که توانایی برگردن آن‌ها را ندارد بر خداوند تکیه کند و او را وکیل خود سازد و از تلاش و کوشش نایستد، بلکه در آن‌جا هم که توانایی بر انجام کاری را دارد باز مؤثر اصلی را خدا بداند (مکارم شیرازی، ناصر، تفسیر نمونه، ج ۲۴، ص ۲۳۸)

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله‌ی PhD پرستاری دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و طرح پژوهشی با کد اخلاق ۷۰۸۲ است. پژوهشگران از تمامی مسئولین، معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که حمایت مالی نمودند و کلیه‌ی مشارکت-کنندگان محترم سپاسگزاری می‌نمایند.

References

1. Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive & critical care nursing: the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*. 2007;23(5):256-63.
2. Benjamin M, Curtis J. *Ethics in nursing*: Oxford University Press, USA; 1992.
3. Ha-ping Yung H. Ethical decision-making and the perception of the ward as a learning environment: a comparison between hospital-based and degree nursing students in Hong Kong. *International journal of nursing studies*. 1997;34(2):128-36.
4. Ulrich C, O'Donnell P, Taylor C, Farrar A, Danis M, Grady C. Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Social science & medicine* 2007;65(8):1708-19.
5. Bailey S. Decision making in acute care: A practical framework supporting the best interests' principle. *Nursing Ethics*. 2006;13(3):284-91.
6. Storch JL, Kenny N. Shared moral work of nurses and physicians. *Nursing Ethics*. 2007;14(4):478-91.
7. Ersoy N, Akpinar A. Turkish nurses' decision making in the distribution of intensive care beds. *Nursing Ethics*. 2010;17(1):87-98.
8. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*. 2002;9(6):636-50.
9. McCarthy J, Deady R. Moral distress reconsidered. *Nursing Ethics*. 2008;15(2):254-62.
10. Ellis JR, Hartley CL. *Nursing in today's world: trends, issues & management*. 9 ed: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
11. Maiden JM. *A Quantitative and Qualitative Inquiry Into Moral Distress, Compassion Fatigue, and Medication Error in Critical Care Nurses*: University of San Diego; 2008.

همکاران (۱۸) تقریباً همخوانی دارد. گرچه الپرن و همکاران این طبقه را انتزاع نکرده‌اند، که علت این امر، کمی بودن پژوهش الپرن و همکاران است.

با مروری بر مطالعه‌ها مشخص گردید که این مطالعه در جامعه‌ی پرستاری بی‌نظیر یا کم‌نظیر است، از این‌رو در نوع خود، نوآوری داشته و با توجه به این‌که یافته‌های این مطالعه می‌تواند راهگشای استفاده از نتایج آن در آموزه‌های دینی در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های پرستاری باشد، از نقاط قوت مطالعه محسوب می‌شود. از سویی عوامل زیادی بر دیسترس اخلاقی پرستاران و واکنش آن‌ها نسبت به این متغیر مؤثر هستند، پس نمی‌توان با این مطالعه ادعان نمود که پاسخ پرستاران به سبب باورهای مذهبی آنان رخ می‌دهد. برای همین جهت پیشنهاد می‌شود با انجام مطالعات کمی در این زمینه می‌توان اثر سایر متغیرهای مؤثر بر پاسخ پرستاران را نیز بررسی نمود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش، مشخص گردید که باورهای مذهبی پرستاران آی‌سی‌یو در رویارویی با دیسترس اخلاقی مؤثر است. مسئولان پرستاری می‌توانند اثر باورهای مذهبی را در رویارویی و مقابله با دیسترس‌ها، به پرستاران آموزش دهند. آموزش باورهای مذهبی ضمن دوران تحصیل در دانشگاه، تقویت و ارتقای توانمندی معنوی، از ضروریات تطابق مذهبی با دیسترس اخلاقی است. دست‌اندرکاران آموزش پرستاری با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توانند روش‌های مواجهه با شرایطی را که منجر به بروز دیسترس اخلاقی می‌شود به دانشجویان پرستاری آموزش دهند تا آنان بتوانند در شرایط اخلاقی با استفاده از روش حل مسئله، تصمیمات درست بگیرند و کمتر دچار دیسترس اخلاقی شوند. در حیطه‌ی پژوهش پرستاری، یافته‌های این پژوهش می‌تواند راهگشای انجام پژوهش‌های کمی و کیفی دیگری در ارتباط با تأثیر روش‌های تطابقی مثبت بر پرستاران، بیماران و سازمان باشد. پرستاران بالین با آگاهی از یافته‌های این پژوهش می‌توانند تأثیر باورهای مذهبی را در رویارویی با دیسترس اخلاقی بشناسند و درصدد ارتقای توانمندی‌های خود باشند. یافته‌های این پژوهش در حیطه‌ی مدیریت پرستاری به مسئولان حرفه‌ی پرستاری کمک می‌نماید تا با شناخت واکنش‌ها و روش‌های تطابق با دیسترس اخلاقی و برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تر، سبب ارتقای توانمندی پرستاران در بهره‌گیری از روش‌های فعال و مثبت تطابق در رویارویی با دیسترس اخلاقی شوند.

12. Hamric AB. Moral distress in everyday ethics. *Nursing Outlook*. 2000;48(5):199-201.
13. Badger JM, O'Connor B. Moral discord, cognitive coping strategies, and medical intensive care unit nurses: insights from a focus group study. *Critical care nursing quarterly*. 2006;29(2):147-51.
14. Pendry PS. Moral distress: recognizing it to retain nurses. *Nursing economic*. 2007;25(4):217.
15. Austin W, Kelecevic J, Goble E, Mekechuk J. An overview of moral distress and the paediatric intensive care team. *Nursing Ethics*. 2009;16(1):57-68.
16. Park H-A, Cameron ME, Han S-S, Ahn S-H, Oh H-S, Kim K-U. Korean nursing students' ethical problems and ethical decision making. *Nursing Ethics*. 2003;10(6):638-53.
17. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*. 2005;12(4):381-90.
18. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2005;14(6):523-30.
19. Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nursing Ethics*. 2008;15(3):304-21.
20. Tschudin V. *Ethics in Nursing: The Caring Relationship*. 3 ed: Butterworth-Heinemann; 2003.
21. Büssing A, Balzat H, Heusser P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer-validation of the spiritual needs questionnaire. *European journal of medical research*. 2010;15(6):266-73.
22. Koslander T, da Silva AB, Roxberg Å. Existential and spiritual needs in mental health care: An ethical and holistic perspective. *Journal of Holistic Nursing*. 2009;34-42.
23. King MB, Koenig HG. Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. *BMC Health Services Research*. 2009;9(1):116 (1-11).
24. Spinale J, Cohen SD, Khetpal P, Peterson RA, Clougherty B, Puchalski CM, et al. Spirituality, social support, and survival in hemodialysis patients. *Clinical journal of the American society of Nephrology*. 2008;3(6):1620-7.
25. Chochinov HM. *Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care*. CA: a cancer journal for clinicians. 2006;56(2):84-103.
26. Lin YP, Tsai YF, Chen HF. Dignity in care in the hospital setting from patients' perspectives in Taiwan: a descriptive qualitative study. *Journal of clinical nursing*. 2011;20(5-6):794-801.
27. Iranmanesh S, Targari B, Cheraghi MA. Developing and testing a spiritual care questionnaire in the Iranian context. *Journal of religion and health*. 2012;51(4):1104-16.
28. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12.
29. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
30. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-88.
31. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*. 2008;62(1):107-15.
32. Goethals S, Gastmans C, de Casterlé BD. Nurses' ethical reasoning and behaviour: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(5):635-50.
33. Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*. 2011;18(3):317-26.
34. Ief Executive Officers in University Hospitals and Its Relation to Their Demographic Features. *Health Information Management*. 2011.
35. Pendleton SM, Cavalli KS, Pargament KI, Nasr SZ. Religious/spiritual coping in childhood cystic fibrosis: A qualitative study. *Pediatrics*. 2002;109(1):8-23.
36. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*. 2003;361(9369):1603-7.
37. Thune-Boyle IC, Stygall JA, Keshtgar MR, Newman SP. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social science & medicine*. 2006;63(1):151-64.
38. Aguilar-Vafaie ME. Coping-Health Inventory for parents: Assessing coping among Iranian parents in the care of children with cancer and introductory development of an adapted Iranian Coping-Health Inventory for parents. *Children's Health Care*. 2008;37(4):237-60.
39. Cotton S, Grosseohme D, Rosenthal SL, McGrady ME, Roberts YH, Hines J, et al. Religious/spiritual coping in adolescents with sickle cell disease: A pilot study. *Journal of pediatric hematology/oncology*. 2009;31(5):313.
40. Benjamins MR. Religion and Functional Health Among the Elderly Is There a Relationship and Is It Constant? *Journal of Aging and Health*. 2004;16(3):355-74.

41. Badger JM. A descriptive study of coping strategies used by medical intensive care unit nurses during transitions from cure-to comfort-oriented care. *Heart & risk perception in high risk populations: a systematic review. Hereditary cancer in clinical practice.* 2011;9(2).
49. Lee B-J. Moderating effects of religious/spiritual coping in the relation between perceived stress and psychological well-being. *Pastoral Psychology.* 2007;55(6):751-9.
50. Aronson J. Praying in face of life-threatening illness: INSTITUTE FOR CLINICAL SOCIAL WORK (CHICAGO); 2008.
51. Nguyen M. The effects of spiritual practices on managing employee work-related stress: University of Phoentx; 2009.
52. Goodman Jr H, Stone MH. The efficacy of adult Christian support groups in coping with the death of a significant loved one. *Journal of Religion and Health.* 2009;48(3):305-16.
53. Hodge DR, Roby JL. Sub-Saharan African women living with HIV/AIDS: an exploration of general and spiritual coping strategies. *Social work.* 2010;55(1):27-37.
54. Lavretsky H. Spirituality and aging. *Aging Health.* 2010;6(6):749-69.
55. De Sousa A. Spirituality and Geriatric Psychiatry: A Review. *Indian Journal of Gerontology.* 2011;25(3):345-54.
- Lung: *The Journal of Acute and Critical Care.* 2005;34(1):63-8.
42. Boero M, Caviglia M, Monteverdi R, Braida V, Fabello M, Zorzella L. Spirituality of health workers: a descriptive study. *International journal of nursing studies.* 2005;42(8):915-21.
43. Hodge DR. Spiritual assessment: A review of major qualitative methods and a new framework for assessing spirituality. *Social work.* 2001;46(3):203-14.
44. Chamratrithirong A, Miller BA, Byrnes HF, Rhucharenpornpanich O, Cupp PK, Rosati MJ, et al. Spirituality within the family and the prevention of health risk behavior among adolescents in Bangkok, Thailand. *Social science & medicine.* 2010;71 (10): 1855-63.
45. Boyatzis CJ, Quinlan KB. Women's body image, disordered eating, and religion: a critical review of the literature. *Research in the Social Scientific Study of Religion.* 2008;19(1):183-208.
46. Meert KL, Thurston CS, Briller SH. The spiritual needs of parents at the time of their child's death in the pediatric intensive care unit and during bereavement: A qualitative study*. *Pediatric Critical Care Medicine.* 2005;6(4):420-7.
47. Johnson WB, Barnett JE. Preventing problems of professional competence in the face of life-threatening illness. *Professional Psychology: Research and Practice.* 2011;42(4):285.
48. Tilburt JC, James KM, Sinicrope PS, Eton DT, Costello BA, Carey J, et al. Factors influencing cancer



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی