

تجربه معنوی بیماران در هنگام بروز حمله قلبی: یک مطالعه کیفی

مرضیه مومن نسب^۱، مرضیه معطری^۲، عباس عباس زاده^۳، بابک شمشیری^۴

چکیده

مقدمه: از آن جا که مطالعه‌های بسیار اندکی در خصوص تجربه معنوی بیماران سکته قلبی با توجه به زمینه فرهنگی انجام شده است، مطالعه حاضر با هدف توضیح تجربه معنوی بیماران در هنگام بروز حمله قلبی انجام گردید.

روش: در این مطالعه کیفی نه بیمار (۴ زن و ۵ مرد) با تشخیص سکته قلبی مورد مصاحبه عمیق قرار گرفتند. همچنین یک گروه متمرکز با شرکت هفت پرستار برگزار شد. متن کلیه مصاحبه‌ها روی نوار ضبط شد و کلمه به کلمه نسخه‌برداری گردید. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل درون‌مایه‌ای استفاده شد.

یافته‌ها: تجربه معنوی بیماران در هنگام بروز حمله قلبی در قالب چهار درون‌مایه اصلی شامل «توکل به خدا»، «دست و پنجه نرم کردن با قلب»، «خانواده: هم آرامش‌بخش و هم تنش‌زا» و «جستجوی کمک» و یازده درون‌مایه فرعی طبقه‌بندی شد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که حمله قلبی باعث برجسته‌تر شدن بعد معنوی در مشارکت‌کنندگان شده است و معنویت در عبور از این رویداد پر استرس و خطرناک نقش بارزی ایفا می‌نماید. بنابراین پرستاران برای آرایه مراقبت همه جانبه باید به نیازها و تمایلات معنوی بیماران خود توجه نمایند.

کلید واژه‌ها: تجربه معنوی، معنویت، حمله قلبی، مراقبت همه جانبه، مطالعه کیفی

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ پذیرش: ۹۱/۸/۲۸

تاریخ دریافت: ۹۱/۷/۲۵

ارجاع: مومن نسب مرضیه، معطری مرضیه، عباس زاده عباس، شمشیری بابک. تجربه معنوی بیماران در هنگام بروز حمله قلبی: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۱؛ ۱ (۴): ۲۸۴-۹۷.

مقدمه

Seaward معتقد است که «هر بحران در واقع یک بحران معنوی است» (۶).

حمله قلبی یک رویداد حاد، پر استرس و تهدیدکننده زندگی است که شروع آن غیر قابل کنترل و غیر قابل پیش‌بینی است (۷). وضعیت فرد به طور ناگهانی از سلامتی و رفاه به یک بیماری وخیم تبدیل و حتی زندگی او تهدید می‌شود (۸). این وضعیت می‌تواند بحرانی واقعی برای بیمار ایجاد کند و تجربه منحصر به فردی را به وجود آورد که علاوه بر پیامدهای جسمی بر ابعاد روانی، اجتماعی و به

معنویت یک کیفیت ذاتی در همه انسان‌ها و جوهره ابناء بشر است و بیانگر ارتباط هماهنگ با خود، دیگران، طبیعت و خدا و جستجوی فردی برای یافتن معنی و هدف در زندگی است (۴-۱). معنویت نیروی اتصال‌دهنده یا قدرت منسجم‌کننده‌ای است که همه زندگی را یکدست و منسجم می‌کند، شخصیت را کامل می‌سازد و جهت و مسیر را مشخص می‌کند (۵). بروز بیماری به خصوص بیماری‌های تهدیدکننده زندگی و بیماری‌های مزمن، بحران مهمی در زندگی هر فرد می‌باشد.

۱- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۳- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۴- استادیار، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر مرضیه معطری

خصوص معنوی فرد به طور قابل توجهی تأثیرگذار است. ماهیت تهدیدکننده و بحرانی حمله قلبی باعث می‌شود که تمرکز تیم سلامت عمدتاً بر نیازهای جسمی بیماران متمرکز شود و سایر نیازهای آنان مورد غفلت قرار گیرد (۹). این در حالی است که بیماران مایلند به عنوان یک انسان کامل و نه به عنوان یک بیماری و نادیده گرفتن هر یک از ابعاد انسانی دیده شوند. حتی آن‌ها می‌تواند با التیام (Healing) تداخل کنند (۱۰). بررسی‌ها نشان دادند که رضایتمندی بیماران از مراقبت پرستاری به طور قابل ملاحظه‌ای با مراقبت عاطفی-معنوی ارتباط دارد (۱۱).

معنویت یک فرایند طبیعی است که در همه بیماران وجود دارد (۱۱). بنابراین یک پرستار همه جانبه‌نگر باید به این نکته توجه داشته باشد که ناخوشی، ابتلا و مواجهه با مرگ در ماهیت تجربیات معنوی هستند و معنویت می‌تواند نقش قابل توجهی در فرایند بهبودی فرد ایفا نماید. با این وجود معنویت هنوز به اندازه کافی در عمل، تئوری و تحقیقات پرستاری مورد توجه قرار نگرفته است (۱۲).

در زمینه معنویت در بیماری‌های قلبی، برخی مطالعه‌ها با رویکرد کمی به بررسی رابطه معنویت و یا مذهب با شیوع عوامل خطر حمله قلبی به خصوص استرس (۱۶-۱۳)، بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی پس از بروز سکته قلبی (۱۷) و تطابق و سلامت روان بیماران (۱۹-۱۷، ۱۵) پرداختند. البته با توجه به ماهیت انتزاعی و ذهنی معنویت به نظر می‌رسد که رویکرد کیفی می‌تواند اطلاعات عمیق‌تر، وسیع‌تر و درک واضح‌تری از تجربه معنوی بیماران سکته قلبی فراهم نماید. این امر از طریق جستجوی دقیق پدیده، همان گونه که توسط افراد مختلف تجربه می‌شود، امکان‌پذیر است (۲۰).

پدیده‌های مربوط به زندگی درونی و تجربیات ذهنی از طریق تفکر پالایش می‌شوند. عواملی مانند زمینه (Context) و سوابق شخصی بر معنی و تفسیر فرد از تجربه تأثیرگذار هستند. بنابراین معنی برای محقق و نمونه نمی‌تواند یکسان باشد (۲۱). به همین دلیل برخی صاحب‌نظران پیشنهاد نمودند که پژوهش‌هایی که به بررسی مفهوم معنویت و ارتباط آن با توسعه سلامت و مدیریت بیماری‌ها می‌پردازند، باید به جای

تمرکز به تعریف مدنظر محقق، به تجربه ذهنی معنویت بر مبنای تعریف مشارکت‌کنندگان توجه نمایند (۲۲، ۲۱). از سوی دیگر معنویت بیشتر در فرهنگ آمیخته شده است (۲۳). از این رو مطالعه‌های کیفی به محقق این امکان را می‌دهد که با ورود به تجربه درونی مشارکت‌کننده، دریابد چگونه معنی از طریق فرهنگ شکل گرفته است (۲۴). مطالعه‌های بسیار اندکی در خصوص تجربه معنوی بیماران سکته قلبی با توجه به زمینه فرهنگی انجام شده است (۲۵). مطالعه Walton (۱۲) و Bingham (۹) بارزترین آن‌ها می‌باشد. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه‌ها معنویت را بخشی از تمام لحظات بیماری از شروع سکته قلبی تا بهبودی می‌دانستند که تأثیر قابل ملاحظه‌ای در روند بهبودی آنان ایفا نموده بود. از آن جا که نتایج مطالعه‌های کیفی وابسته به زمینه است و تعمیم‌پذیر نمی‌باشد، ضرورت انجام پژوهش‌های کیفی در این زمینه در داخل کشور انکارناپذیر است.

با توجه به عدم وجود مطالعه‌های مربوط به تجربه معنوی بیماران سکته قلبی در فاز بحرانی اولیه و اهمیت توجه به بعد معنوی در ارایه مراقبت همه جانبه، انجام مطالعه‌های کیفی برای شناخت تجربه معنوی این بیماران می‌تواند اطلاعات با ارزشی در اختیار اعضای تیم سلامت قرار دهد. از این رو مطالعه حاضر با هدف توضیح تجربه معنوی بیماران در هنگام بروز حمله قلبی از زمان بروز علائم اولیه تا رفع شرایط بحرانی انجام گردید. این مطالعه بخشی از یک مطالعه بزرگ‌تر است که به تبیین پدیده معنویت در بیماران سکته قلبی پرداخت.

روش

در این مطالعه کیفی از روش تحلیل درون‌مایه‌ای برای شناخت تجربه معنوی بیماران در هنگام بروز حمله قلبی استفاده گردید. این روش برای شناسایی، تحلیل و گزارش الگوهای درون‌داده‌ها مفید است (۲۶). مشارکت‌کنندگان کلیدی در این پژوهش، نه بیمار (۴ زن و ۵ مرد) با تشخیص سکته قلبی بودند. بیماران مشارکت‌کننده در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی در سه بیمارستان شهر شیراز بستری و همگی از نظر جسمی و روحی در وضعیت با ثبات بودند.

برجسته سخنان مشارکت‌کنندگان در قالب واحدهای معنایی (Meaning unit) مشخص و برچسب‌گذاری شد. در مرحله بعد که تحلیل در سطح بالاتر و با انتزاع بیشتر انجام شد، کدهای اولیه به صورت طبقات و درون‌مایه‌های اولیه طبقه‌بندی و نام‌گذاری گردید. سپس درون‌مایه‌های اولیه مورد بازنگری قرار گرفت و پس از اصلاح، درون‌مایه‌های اصلی مشخص و تعریف شد. درون‌مایه‌های فرعی هر یک از آنان نیز بازبینی، تعریف و شماره‌گذاری شد. در نهایت داده‌ها در قالب چهار درون‌مایه اصلی و یازده درون‌مایه فرعی تخلیص و تعریف شد.

جهت اطمینان از صحت و دقت داده‌ها از معیارهای پیشنهادی **گوبا و لینکلن** استفاده گردید (۲۷). برای این امر پژوهشگر با درگیری طولانی و تعامل نزدیک با مشارکت‌کنندگان، تلفیق (Triangulation) روش‌های جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل موارد منفی به درک بهتر دست یافت. بازنگری توسط شرکت‌کنندگان، همکاران و ناظرین خارجی نیز انجام گردید. در ضمن کلیه مراحل انجام پژوهش به طور دقیق ثبت و گزارش گردید.

این مطالعه مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز را دریافت نمود. پس از ارایه توضیحات کتبی و شفاهی مبسوط در خصوص اهداف و شیوه مطالعه توسط پژوهشگر، از کلیه مشارکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه اخذ و بر محرمانه بودن هویت آنان تأکید گردید.

یافته‌ها

تجربه معنوی بیماران در هنگام بروز حمله قلبی از زمان شروع علائم تا رفع شرایط بحرانی در قالب چهار درون‌مایه اصلی شامل «توکل به خدا»، «دست و پنجه نرم کردن با قلب»، «خانواده: هم آرامش‌بخش و هم تنش‌زا» و «جستجوی کمک» و یازده درون‌مایه فرعی طبقه‌بندی شد. جدول ۱ دسته‌بندی درون‌مایه‌های اصلی، فرعی و طبقات اولیه را به اختصار نشان می‌دهد.

۱- توکل به خدا

تقریباً همه مشارکت‌کنندگان از زمان بروز علائم حمله قلبی با

محدوده سنی آن‌ها از ۳۳ تا ۷۱ سال بود. یک نفر بیوه و بقیه متأهل و همه آن‌ها مسلمان بودند. در هنگام بروز حمله قلبی به دلیل وضعیت بحرانی، امکان عدم تمرکز بیماران وجود داشت. بنابراین برای رفع نواقص احتمالی و نیز جهت دستیابی به دیدگاه وسیع‌تر در خصوص رفتارهای معنوی بیماران، یک گروه متمرکز با شرکت هفت پرستار شاغل در بخش‌های اورژانس و CCU برگزار شد. این پرستاران همگی زن، لیسانس و در محدوده سنی ۲۸ تا ۳۷ سال بودند. آن‌ها به طور متوسط ۶/۷ سال (۳ الی ۱۴ سال) سابقه کار در بخش‌های فوق را داشتند.

داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق با نمونه‌ها و گروه متمرکز جمع‌آوری گردید. مصاحبه با روش نیمه‌ساختار یافته و با استفاده از راهنمای مصاحبه انجام شد. محور سؤال‌های مصاحبه شامل افکار و احساس بیمار هنگام ظهور علائم، راهبردهای وی برای مقابله با بحران و تأثیر حمله قلبی بر بیمار و خانواده بود. طول مدت مصاحبه‌ها ۲۰ الی ۶۰ دقیقه بود. نمونه‌گیری تا دستیابی به غنای اطلاعات و اشباع داده‌ها ادامه یافت.

همچنین مصاحبه در یک گروه متمرکز با شرکت پرستاران و با سؤال‌های محوری در خصوص رفتارهای معنوی بیماران در شرایط حاد بیماری و تأثیر معنویت بر بهبودی آنان به مدت ۹۵ دقیقه انجام شد. پژوهشگر پس از انجام هر مصاحبه و گروه متمرکز بلافاصله مشاهدات و توصیف خود از محیط، شرایط و رویدادها را در یادداشت در عرصه ثبت می‌کرد. متن کلیه مصاحبه‌ها روی نوار ضبط شد و سپس کلمه به کلمه نسخه‌برداری گردید.

همزمان با جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل آن‌ها نیز انجام شد. تحلیل درون‌مایه‌ای با شیوه پیشنهادی Braun و Clarke در شش مرحله انجام شد. این مراحل شامل آشنایی با داده‌ها، تولید کدهای اولیه، جستجوی درون‌مایه‌ها، بازنگری درون‌مایه‌ها، تعریف و نام‌گذاری درون‌مایه‌ها و تدوین گزارش بود (۲۶). در ابتدا متن هر مصاحبه چند بار خوانده شد و محقق با غوطه‌ور شدن (Immersion) در داده‌ها ایده‌های کلی خود را یادداشت نمود. سپس کدهای اولیه استخراج گردید. بدین صورت که واژه‌ها، عبارات کلیدی و نکات

جدول ۱. درون مایه‌های اصلی و فرعی و طبقات اولیه استخراج شده

طبقات اولیه	درون مایه‌های فرعی	درون مایه‌های اصلی
اعتقاد به قدرت و توانایی خدا	۱-۱- خدا: قادر مطلق	توکل به خدا
امید به خدا		
استمداد از خدا		
دعا و ذکر	۲-۱- ارتباط مستقیم و غیر مستقیم با خدا	
توسل		
بازاندیشی در رفتار	۳-۱- رجوع به ارزش‌های مذهبی	دست و پنجه نرم کردن با قلب
توبه و استغفار		
بازگشت به زندگی با لطف خدا	سپاسگزاری	
شکر خدا		
قلب یعنی زندگی	۱-۲- رویارویی با مرگ	
احساس مردن		خانواده: هم آرامش‌بخش و هم تنش‌زا
ترس از وابستگی	۲-۲- تهدید استقلال فردی	
تهدید عزت نفس		
حمایت توسط خانواده		
آرامش محصول حضور خانواده	۱-۳- حضور و حمایت خانواده	
تمایل به حضور بستگان		جستجوی کمک
نگران خانواده		
نگران تأمین مالی همسر و فرزندان	۲-۳- نگرانی در مورد وضعیت خانواده	
نگران حفظ انسجام خانواده		
جستجوی درمان پس از تشدید علائم	۱-۴- تأخیر در جستجوی کمک	
خود درمانی		۳-۴- حضور و حمایت تیم درمان
دعا و امید به رفع علائم		
خدا هدایت‌کننده درمان		
اعتماد به پزشکان و پرستاران	۲-۴- اعتماد به درمان	
درمان: نجات‌دهنده		
آرامش بخشی حضور و عملکرد پرسنل		علاقه قلبی به پرسنل
علاقه قلبی به پرسنل		

می‌کردند. درون مایه‌های فرعی زیر در این گروه قرار گرفتند.

۱-۱ - خدا: قادر مطلق

همه مشارکت‌کنندگان خدا را «قادر مطلق» می‌دانستند و معتقد بودند که مرگ، زندگی، سلامت، بیماری و همه مقدرات

خدا ارتباط داشتند و از او کمک می‌خواستند. با این وجود با تشدید علائم و رویارویی با مرگ این ارتباط تشدید شده بود. آن‌ها به این باور رسیده بودند که فقط خداست که در این شرایط می‌تواند آن‌ها را از مرگ رهایی بخشد. به همین دلیل به او توکل

انسان بر اساس خواست خدا رخ می‌دهد.
«مرگ و زندگی دست خداست. ما بنده خدا هستیم. ما
زراعت خدا هستیم. هر وقت بخواهد ما را درو می‌کند» (زن،
۷۱ ساله).

«اول خدا، هر چی خدا بخواد همون می‌شه ... همه چیز
دست خداست. خدا، فقط خدا» (مرد، ۵۲ ساله).

در شرایط بحرانی حمله قلبی این باور که خدا نیرویی برتر
است که مهربانی و لطف او شامل همه بندگان می‌شود، موجب
ایجاد امید و به دنبال آن آرامش در آنان شده بود. اغلب آن‌ها
تیم درمان را وسیله‌ای برای اجرای خواست خدا می‌دانستند و
موفقیت آن‌ها در درمان را منوط به اراده خدا می‌دانستند.

۱-۲- ارتباط مستقیم و غیر مستقیم با خدا

ارتباط با خدا از بدو بروز علایم به دو صورت مستقیم در
قالب دعا و ذکر و غیر مستقیم از طریق توسل به اولیای الهی
به ویژه ائمه اطهار صورت گرفته بود. مشارکت‌کنندگان با خدا
گفتگو و دعا می‌کردند و بهبودی خود و رفع خطر مرگ را از
خدا می‌خواستند. آن‌ها معتقد بودند که خدا صدای آن‌ها را
می‌شنود و به آن‌ها پاسخ می‌دهد. نتیجه دعا و توسل، ایجاد
آرامش و راحتی برای بیمار بود.

نمونه‌ای از بیانات بیماران در این خصوص در ذیل اشاره
شده است.

«خدا می‌تونه مرده را زنده کنه. به خودم گفتم خدا
می‌دونه که این‌جا هستم. دایم ذکر می‌گفتم و دعا می‌کردم.
برای همین هم کارم با موفقیت بوده» (زن، ۴۰ ساله).

«می‌گفتم خدا تو کمکمون کن، هر چی خدا تو بخوای
می‌شه ... هر چی خدا بخواد همون خوبه. تا خدا نخواد هیچی
جور نمی‌شه. تا خدا نخواد برگ از درخت نمی‌افته ... هر وقت
صدای خدا بزنی، خدا جواب آدم رو می‌ده» (زن، ۴۷ ساله).

«... تا اراده خداوند، کمک و یاری خداوند، شفاعت ائمه
هم نباشد، نمی‌تونیم بهش برسیم (سلامتی). یعنی واقعاً
اعتقاد راسخ قلبی دارم به شفاعت ائمه و یاری خداوند»
(مرد، ۴۴ ساله).

«غلب بیماران همراه با ناله‌های ناشی از درد از خدا
کمک می‌خواهند و به اولیای الهی متوسل می‌شوند. آن‌ها

برای برطرف شدن درد از خدا استمداد می‌کنند. آن‌ها سعی
می‌کنند طنابی را که به ماورا وصل است، محکم بچسبند و با
خدا رابطه برقرار کنند» (پرستار CCU).

۱-۳- رجوع به ارزش‌های مذهبی

همه مشارکت‌کنندگان مسلمان و معتقد به زندگی پس از
مرگ بودند. آن‌ها به دنبال رویارویی با مرگ به بازاندیشی در
رفتار خود پرداختند و آن‌ها را با اعتقادات دینی خود مقایسه
کردند. به دنبال این افکار اغلب مشارکت‌کنندگان خود را گناهکار
می‌دانستند و با توبه و استغفار از خدا طلب بخشش می‌کردند.

«با خودم گفتم الان شاید آخرین لحظه عمر تو رسیده
باشد. شاید به بیمارستان نرسی، توشه‌ای داری که با خودت
ببری؟ ... اگر انسان در آخرین لحظه هم از گناهان خود توبه
کند، بخشیده می‌شود. پس انسان باید استغفار کند و همیشه
به یاد خدا باشد» (مرد، ۴۴ ساله).

«گفتم خدا یا مرا ببخش اگر اشتباهی کردم و اگر گناهی
کردم، تو مرا ببخش» (زن، ۴۰ ساله).

۱-۴- شکرگزاری

پس از انجام اقدامات درمانی و با بهبود شرایط جسمی
به تدریج ترس و پریشانی مشارکت‌کنندگان کاهش یافت.
آن‌ها توانسته بودند باور کنند که خطر را پشت سر گذاشتند
و درمان آن‌ها موفقیت‌آمیز بوده است. همه مشارکت‌کنندگان
نجات خود از حمله قلبی را نشانه لطف خدا دانستند و از این
بابت شکرگزار بودند. جملات زیر نمونه‌هایی از گفته‌های
بیماران است.

«خدا خواست که من زنده بمانم. من آمیدم به خداست و
او را شکر می‌کنم» (مرد، ۳۸ ساله).

«خدا را شکر می‌کنم که به من کمک کرد. به بیمارستان
رسیدم و درمان شدم. خیلی افراد به بیمارستان نرسیده فوت
شدند» (مرد، ۴۴ ساله).

۲- دست و پنجه نرم کردن با قلب

ویژگی‌های منحصر به فرد قلب موجب شده بود که
مشارکت‌کنندگان اهمیت ویژه‌ای برای آن قایل شوند و
صحت عملکرد آن را به عنوان حد فاصل بین مرگ و زندگی
مورد توجه قرار دهند.

۱-۲- رویارویی با مرگ

علایم و نشانه‌های سکت قلبی مانند درد بسیار شدید و کوتاهی تنفس باعث وخامت وضعیت جسمی می‌شود؛ به طوری که بیمار احساس می‌کند که در مواجهه با مرگ قرار گرفته است. همه مشارکت‌کنندگان این وضعیت را تجربه کرده بودند و مرگ خود را نزدیک می‌دیدند.

«دیگر به مردن فکر می‌کردم، نفسم اصلاً بالا نمی‌آمد. احساس خفگی داشتم. اصلاً دیگر حس زنده ماندن نداشتم» (زن، ۴۰ ساله).

«کثر بیماران فریاد می‌زنند که دارم می‌میرم که به دلیل درد شدید و گاهی به دلیل ترس است» (پرستار اورژانس). قرار گرفتن در چنین وضعیتی فرد را به باور نزدیک بودن مرگ می‌رساند. به همین دلیل دچار ترس شدید و پریشانی می‌شود.

۲-۲- تهدید استقلال فردی

علاوه بر ترس از مرگ، ترس از ناتوانی و از دست دادن استقلال فردی توسط مشارکت‌کنندگان بیان شده بود. دغدغه اصلی برخی مشارکت‌کنندگان، ترس از ناتوانی بود؛ به طوری که ترس آنان از ناتوانی بیش از مرگ بود.

«من اصلاً از مردن نمی‌ترسم. مردن حق است. من دیگه عمر و زندگی خودم را کردم. همه چیز هم دارم. دیگه هیچ دلواپسی و نگرانی ندارم. از مرگ نمی‌ترسم فقط از تو جا افتادن می‌ترسم. مرگ با عزت خوبه. اگر ناتوان بشی، یکی بخواد آب بده دستت، خیلی سخته» (زن، ۷۱ ساله).

مشاهده بیماران ناتوان و مقایسه خود با آنان بر ترس این افراد از ناتوانی تأثیرگذار بود.

«مثلاً توی ده اون ورتر از خودمون یک نفر سکت قلبی کرده. ۴۳ سالشه. چند ساله که توی رختخواب افتاده. مثلاً می‌گم خدایا من اینجور نشم» (زن، ۴۷ ساله).

۳- خانواده: هم آرامش‌بخش و هم تنش‌زا

ارتباط مشارکت‌کنندگان با خانواده دارای دو وجه متفاوت بود. از سویی حضور و حمایت آنان در مشارکت‌کنندگان احساس آرامش و قوت قلب ایجاد می‌کرد. از سوی دیگر یکی از مهم‌ترین نگرانی‌های بیماران در خصوص خانواده بود.

۱-۳- حضور و حمایت خانواده

همه مشارکت‌کنندگان متکی به خانواده و کمک آن‌ها بودند و توسط اعضای خانواده به بیمارستان منتقل شده بودند. با وجود اعضای خانواده، آن‌ها دیگر به استفاده از خدمات اورژانس فکر نکرده بودند. چند تن از آن‌ها اظهار داشتند که در صورت بروز حمله مجدد تنها در صورتی که تنها باشند، مایل به استفاده از اورژانس خواهند بود. حضور و حمایت اعضای خانواده در مراحل اولیه بحران تأثیر خوبی بر بیمار به جا گذاشته بود. به خصوص مشارکت‌کنندگان زن حضور همسر را به عنوان یک عامل آرامش‌بخش ذکر کردند.

«دوست داشتم همسرم کنارم باشد. با او احساس آرامش داشتم. احساس راحتی داشتم. وقتی تنها بودم، احساس درد بیشتری می‌کردم» (زن ۳۳ ساله).

اغلب مشارکت‌کنندگان از حضور و حمایت اعضای خانواده و بستگان خود قدردانی می‌کردند و آن را نشانه علاقه و محبت آنان می‌دانستند. این حضور و حمایت، حس مورد علاقه دیگران بودن و دوست داشته شدن از سوی آن‌ها را در مشارکت‌کنندگان تقویت نموده بود و به آن‌ها قوت و امید می‌بخشید.

«این که انسان بداند برای دیگران مهم است و دیگران واقعاً دوستش دارند، باعث تقویت روحیه می‌شود» (مرد، ۳۸ ساله).

این موضوع مورد توجه پرستاران نیز قرار گرفته بود. سرپرستار بخش اورژانس قلب اظهار کرد: «حضور همراه بیمار قوت قلبی برای اوست، چون بیمار به یک محیط جدید و غریب وارد شده. وجود یک همراه به او کمک می‌کند».

۲-۳- نگرانی در مورد وضعیت خانواده

یکی از دغدغه‌های مهم همه مشارکت‌کنندگان، نگرانی در مورد خانواده بود. همه آن‌ها نسبت به شرایط اعضای خانواده خود در آینده احساس نگرانی و ترس داشتند. این نگرانی از دو جنبه تأمین مالی و انسجام خانوادگی وجود داشت. نگرانی در مورد آینده فرزندان به خصوص فرزندان کوچک‌تر یک دغدغه اصلی و مهم برای همه مشارکت‌کنندگان بود. البته در بیانات مشارکت‌کنندگان زن این نگرانی به کرات بیان شده بود. برخی اظهار می‌داشتند که بیشتر از آن که برای خود نگران باشند، در مورد فرزندان

نگران هستند. چند نمونه از صحبت‌های بیماران در این خصوص به شرح زیر است.

«للم می‌خواد در کنار زن و بچه‌هام باشم. اگر هر خانه‌ای بی‌سرپرست شود، مثل گله بدون چوپان می‌شود. اما زمانی که من حضور داشته باشم، آن‌ها را راهنمایی و نصیحت می‌کنم و گرفتاری‌ها و مشکلات آن‌ها را حل می‌کنم» (مرد، ۵۲ ساله).

«از خدا خواستم که اگر عمر من تمام شده، یک عمر دوباره به من بده تا برگردم بالای سر بچه‌ها. بچه‌هام بزرگ بشوند. بعد هر چه خدا بخواهد» (زن، ۳۳ ساله).

«تو فکر این بودم (در زمان بروز حمله) که یک خانم تنها بعد از من چه کار بکند؟ شاید من بمیرم. فکر خانواده، فکر بدبختی. دو سه تا دختر و پسر بیکار» (مرد، ۵۸ ساله).

۴- جستجوی کمک

پس از یک تأخیر اولیه، به دنبال تشدید علائم همه مشارکت‌کنندگان از اعضای خانواده و بستگان درخواست کمک نمودند. توسط آن‌ها به مراکز درمانی منتقل شدند و درمان‌های لازم را دریافت کردند. درون‌مایه‌های فرعی زیر توضیحات بیشتری ارائه می‌نماید.

۴-۱- تأخیر در جستجوی کمک

یک فاصله زمانی بیش از دو ساعت از شروع علائم اولیه تا درخواست کمک توسط مشارکت‌کنندگان وجود داشت. در این مدت آنان تلاش می‌کردند که درد را تحمل کنند و به آن اهمیت ندهند. علاوه بر عوامل شناختی مانند تفسیر نادرست علائم، کمبود آگاهی، عوامل روانی مانند انکار و عدم تصور بروز حمله قلبی، برخی عوامل معنوی شامل جلوگیری از نگران شدن اعضای خانواده، دعا برای رفع علائم، امید به زودگذر بودن علائم و تأثیر درمان‌های خانگی در این تأخیر تأثیرگذار بود.

«درد داشتم. از محل کارم به خانه آمدم تا به خانواده اطلاع دهم. با وجودی که دردم شدید بود، ولی نشان نمی‌دادم که حالم خیلی بد هست تا آن‌ها ترسند» (مرد، ۴۲ ساله).

۴-۲- اعتماد به درمان

مشارکت‌کنندگان به اقدامات درمانی اعتماد داشتند و آن را عامل نجات خود می‌دانستند. به همین دلیل پس از تشدید

علائم سعی داشتند که خود را به مراکز درمانی برسانند. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «زیاد نمی‌ترسیدم و با خودم می‌گفتم علم/اینقدر پیشرفت کرده که حتماً درمان‌های خوبی دارد و به محض رسیدن به بیمارستان مشکلم برطرف می‌شود» (مرد، ۴۴ ساله).

۴-۳- حضور و حمایت تیم درمان

همه مشارکت‌کنندگان حضور پزشک و پرستار را در شرایط بحرانی حمله قلبی، عامل ایجاد راحتی و آرامش می‌دانستند. آن‌ها مایل بودند که پرستاران حضور داریم در کنارشان داشته باشند. برخی از بیماران پرسنل درمانی را به عنوان ناجی خود می‌دانستند و به آن‌ها اظهار علاقه می‌کردند؛ به طوری که حتی آن‌ها را هم‌طراز با عزیزان خود توصیف و از آن‌ها قدردانی می‌کردند.

«واقعاً (پزشکان و پرستاران) خیلی به من رسیدگی کردند. خیلی مدیون آن‌ها هستم. از کمک کردن آن‌ها احساس خیلی خوبی داشتم. مثل این که آن‌ها عزیزترین کسانم بودند. آن‌ها خیلی محبت داشتند» (زن، ۴۰ ساله).

«دوست داشتم که یک پرستار کنارم بماند و مرا رها نکند و مدام مراقب من باشد» (مرد، ۴۲ ساله).

«بعضی از بیماران می‌گویند زندگی ما را نجات دادید، تشکر می‌کنند و برای ما دعا می‌کنند. مخصوصاً بیماران مسن خیلی دعا می‌کنند» (پرستار اورژانس).

بحث

تجربه مشارکت‌کنندگان در این مطالعه از وقوع حمله قلبی، نشان‌دهنده نقش بارز معنویت در عبور از این رویداد پر استرس و خطرناک بود. نتایج تحقیق‌ها نشان داد که افرادی که با موقعیت‌های تهدیدکننده زندگی روبه‌رو می‌شدند، بر علایق معنوی خود تمرکز بیشتری پیدا می‌کردند (۲۸). در واقع می‌توان گفت که بیماری‌های قلبی بعد معنوی فرد را برجسته می‌کند (۲۹). به نظر می‌رسد که حتی در جوامع سکولار نیز معنویت برای بیماران بسیار مهم و در بهبودی از سکتة قلبی تأثیرگذار است (۲۵).

معنویت ارتباط نزدیکی با فرهنگ دارد (۳۳). بنابراین در

تحلیل و بررسی آن باید به زمینه فرهنگی جامعه‌ای توجه نمود که فرد در آن زندگی می‌کند. ۹۸ درصد ایرانیان مسلمان و بیشتر از مذهب شیعه هستند (۹۰ درصد) (۳۰). همه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش مسلمان بودند و در بیانات آن‌ها، اعتقادات مذهبی و تأثیرگذاری آن بر افکار و رفتارشان کاملاً بارز بود. برخی از آن‌ها حتی مواردی مانند ارتباط با خانواده و دیگران را بر اساس اعتقادات مذهبی خود سازماندهی می‌کردند.

مذهب با فرهنگ و زندگی مسلمانان درآمیخته است. اعتقادات مذهبی نقش مهمی در زندگی آنان به خصوص در شرایط رویارویی با بحران ایفا می‌کند (۳۰). بنابراین می‌توان این عقیده را تأیید نمود که در اسلام، معنویت و مذهب از هم جدا نیستند (۳۱). رسول در این زمینه می‌نویسد: «در اسلام، معنویت بدون افکار و اعمال مذهبی وجود ندارد و مذهب مسیری معنوی برای زندگی و رستگاری ایجاد می‌کند» (۳۲). درون‌مایه اول این مطالعه مؤید این واقعیت بود که شدت علایم، رویارویی با مرگ و وجود این اعتقاد که خدا نیرویی برتر و دارای قدرت مطلق است، باعث شده بود که همه مشارکت‌کنندگان از ابتدای بروز علایم با خدا ارتباط برقرار نمایند و به او توکل کنند. توکل به خدا که به معنی اعتماد و تکیه بر قدرت اوست، باعث تقویت اراده و تأثیر کمتر عوامل مخل روانی می‌شود و فرد را در رسیدن به سازگاری و تعادل تواناتر می‌کند (۳۳). ارتباط مستقیم از طریق گفتگو با خدا، ذکر و دعا انجام شده بود و ارتباط با واسطه نیز از طریق توسل به اولیای الهی صورت پذیرفته بود.

ارتباط با خدا و حس کردن حضور خدا توسط بیماران سکنه قلبی در سایر مطالعه‌ها نیز نشان داده شد (۹، ۱۲). توکل به خدا، دعا و قدرت گرفتن از خدا به عنوان شایع‌ترین مکانیسم تطابقی برای مواجهه با موقعیت‌های پر استرس مطرح شدند (۱۶). در واقع اعتقاد به یک منبع نیروی برتر در تطابق با بحران‌هایی مانند استرس‌های عاطفی و مرگ نقش مهمی دارد (۳۰). دعا کانالی برای ارتباط مستقیم با خداست (۳۵، ۳۴). فردی که دعا می‌کند، ایمان و امید دارد که صدایش توسط یک قدرت برتر که اداره جهان و همه تغییر و تحولات هستی در

احاطه اراده اوست، شنیده خواهد شد (۳۶). در نتیجه آن قدرت درونی فرد افزایش و به آرامش دست می‌یابد.

رویارویی با مرگ سبب شده بود که مشارکت‌کنندگان با رجوع به ارزش‌های دینی به بازاندیشی در عملکرد خود در زندگی بپردازند. اعتقاد به زندگی پس از مرگ یکی از اصول اساسی اسلام است. مسلمانان معتقدند هر چند که خدا بسیار بخشنده و مهربان است، اما زندگی پس از مرگ بر مبنای زندگی انسان در دنیا پایه‌ریزی می‌شود (۳۷). به همین دلیل از گناهان استغفار و از خدا طلب عفو و بخشش می‌کردند. توبه همراه با امید به بخشایش خدا در مشارکت‌کنندگان آرامش ایجاد می‌کرد.

پس از رفع شرایط بحرانی و خطر مرگ، مشارکت‌کنندگان به بازاندیشی در شرایط خود پرداختند و به حوادث دیگری که ممکن بود برای آن‌ها رخ دهد، فکر کردند. آن‌ها به این باور رسیده بودند که از مرگ رهایی یافتند و در نتیجه آن به سپاسگزاری از خدا پرداختند.

یافته‌های این پژوهش حاکی از این بود که همه مشارکت‌کنندگان در هنگام وقوع حمله قلبی رویارویی با مرگ را تجربه کرده بودند. آن‌ها به این باور رسیده بودند که وضعیتشان وخیم است و مرگ را حس کردند. در هنگام حمله قلبی به دلیل اهمیت حیاتی قلب، افکار و احساساتی در مورد واقعی بودن و احتمال مرگ بروز می‌کند و بیمار مجبور می‌شود که با مرگ خود روبه‌رو شود (۳۸). در این حالت حس قوی و ماندگار «به چشم دیدن مرگ» و «در شرف مرگ بودن» (Impending death) در فرد بروز می‌کند (۴۰، ۳۹). این وضعیت می‌تواند منجر به بروز ترس شدید شود.

البته برای برخی مشارکت‌کنندگان ترس از ناتوانی و از دست دادن استقلال فردی مهم‌ترین نگرانی محسوب می‌شد. این افراد وابسته بودن به دیگران برای رفع نیازهای شخصی را موجب از دست دادن عزت نفس می‌دانستند. این واقعیت که وابستگی به دیگران و احساس بی‌قدرتی از عوامل تأثیرگذار بر عزت نفس می‌باشد، از نظر علمی نیز تأیید شده است (۴۱). این نگرانی توسط مشارکت‌کنندگانی بیان شده بود که موارد ناتوانی و عواقب آن را در اطرافیان خود مشاهده

کرده بودند. به نظر می‌رسد که فقدان آگاهی کافی در خصوص بیماری و عواقب آن سبب بروز چنین نگرانی‌هایی در بیماران شده بود. این امر نشان‌دهنده ضرورت آرایه آموزش مناسب از سوی تیم درمان است.

سومین درون‌مایه به نقش دوگانه ارتباط با خانواده در تجربه معنوی این بیماران اشاره داشت. به دنبال رویارویی با مرگ و ترس ناشی از آن، مصاحبه‌شوندگان با درخواست کمک از خانواده تلاش کرده بودند که هر چه سریع‌تر به یک مرکز درمانی انتقال یابند. حضور و کمک اعضای خانواده در این شرایط بسیار مفید و مؤثر توصیف شده بود. مشورت، انتقال به مرکز درمانی و حمایت عاطفی مهم‌ترین عملکرد خانواده در هنگام بروز این بحران بود. در این خصوص Halligan می‌نویسد: «در حالی که پرستاران جزء فیزیکی مراقبت را مهم می‌شمارند، خانواده یک نقش مهم در برآورده کردن نیازهای عاطفی، اجتماعی و روانی بیمار ایفا می‌کند (۴۲)».

در زمینه فرهنگی- اجتماعی ایران روابط خانوادگی از گذشته‌های دور بر کل زندگی فرد تأثیر داشته است (۴۳) و حتی مفهوم مراقبت از نظر ایرانیان با روابط خانوادگی گره خورده است (۴۴). در ایران که یک جامعه سنتی یا حداقل در حال گذار است، فرهنگ جمع‌گرایی (Collectivistic culture) وجود دارد. انسان‌ها در این نوع زمینه فرهنگی روابط صمیمانه با هم دارند و قویاً تحت تأثیر رفتارها و افکار دیگران هستند (۴۵). به علاوه دین مبین اسلام بر روابط نزدیک و صمیمانه در خانواده و روابط مستمر خویشاوندی تأکید دارد (۳۳). همان گونه که قبلاً اشاره شد، اعتقادات مذهبی نقش مهمی در زندگی مسلمانان ایفا می‌نماید.

از سوی دیگر وجود روابط عمیق بین اعضای خانواده می‌تواند در هنگام تجربه حمله قلبی منجر به ایجاد نگرانی شود. همه مشارکت‌کنندگان یکی از نگرانی‌های اصلی خود را خانواده می‌دانستند. در مطالعه Walton نگرانی در مورد خانواده در مصاحبه‌شوندگان مرد وجود داشت (۱۲). در مطالعه حاضر مشارکت‌کنندگان مرد هم از نظر تأمین مالی خانواده، هم از نظر شرایط فرزندان و حفظ انسجام خانوادگی بعد از خودشان نگران بودند، ولی در بیانات مشارکت‌کنندگان زن

تأکید بر احساس نگرانی در مورد فرزندان و آینده آن‌ها بود. این نگرانی را می‌توان به مسئولیتی نسبت داد که آن‌ها در ایفای نقش خود به عنوان پدر یا مادر احساس می‌کردند. برخی مشارکت‌کنندگان تأمین آینده و خوشبختی فرزندان را وظیفه خود می‌دانستند و ناتمام ماندن آن را عامل بروز صدمه در زندگی فرزندان می‌دانستند.

در ایران با وجود ورود روزافزون خانم‌ها به عرصه کار و فعالیت‌های اجتماعی، مسئولیت نگهداری و تربیت فرزندان به طور سنتی بیشتر بر دوش زن‌هاست و مردها علاوه بر تأمین مالی خانواده، در سرپرستی و حفظ انسجام خانواده نقش اساسی ایفا می‌کنند (۴۶). نگرانی‌های مشارکت‌کنندگان در زمان وقوع حمله، ریشه در این زمینه فرهنگی داشت.

در این مطالعه مشارکت‌کنندگان زن حضور و حمایت همسرانشان را باعث ایجاد آرامش و رفع ترس می‌دانستند. تأثیر روابط بین فردی توسط مطالعه‌های بیولوژیک نیز تأیید شده است. به عنوان نمونه در یک مطالعه مداخله‌ای مشخص شد که اضطراب در خانم‌هایی که دست همسران خود را در دست داشتند، به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته بود (۴۷). در یک مطالعه کیفی زنان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی خود را به کمک و حمایت بستگان و دوستان نیازمند می‌دانستند.

این حمایت در آن‌ها امید و خوش‌بینی به آینده ایجاد می‌کرد (۴۸). ارزش‌های نقش جنسیتی زنانه (Feminine gender role values) که بر ارتباطات نزدیک، مراقبت و تظاهرات عاطفی تأکید دارد، زنان را تشویق می‌کند که وابستگی خود را نشان دهند؛ در حالی که ارزش‌های نقش جنسیتی مردانه (Masculine gender role values) مبتنی بر عدم وابستگی و عدم تظاهر عاطفی است، مانع از ابراز وابستگی توسط مردان می‌شود (۴۹).

نتایج این پژوهش مبین این است که همه مشارکت‌کنندگان هرچند با تأخیر، درخواست کمک نمودند. با وجود اهمیت زمان برای بیماران سکنه قلبی و تأثیر آن بر مورتالیت و موربیدیت آنان (۵۲-۵۰)، مطالعه‌های مختلف در سرتاسر دنیا مؤید وجود ساعت‌ها و حتی روزها تأخیر در جستجوی درمان توسط این بیماران می‌باشد (۵۵-۵۰).

ارتباط با خود در قالب بازاندیشی بر عملکرد گذشته و ارتباط با دیگران از طریق تعامل با خانواده و اعضای تیم سلامت وجود داشت. مشارکت کنندگان در خصوص ارتباط با محیط مطلبی بیان نکردند. به نظر می‌رسد که مشارکت کنندگان در چنین وضعیت خطیر و تهدیدکننده زندگی چنان بر حیات و شرایط خود متمرکز بودند که توجهی به محیط نداشتند.

محدودیت این مطالعه این بود که به دلیل ماهیت بحرانی حمله قلبی، امکان مصاحبه با بیماران در حین بروز آن وجود نداشت و مصاحبه‌ها در فاصله ۳ الی ۵ روز از بروز حمله انجام گردید تا بیماران از ثبات جسمی و روانی برخوردار باشند.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که حمله قلبی به دلیل ماهیت تهدیدکننده زندگی و پر استرس بودن، باعث برجسته‌تر شدن بعد معنوی در مشارکت کنندگان شده است. در زمینه فرهنگی ایران که با مذهب درآمیخته است، معنویت نقش قابل ملاحظه‌ای در تجربه بیماری و بهبودی ایفا نمود. در این مطالعه رابطه بعد معنوی نجات‌یافتگان از حمله قلبی با ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی به خوبی مشخص شد و می‌تواند بینش جدیدی در این رابطه برای اعضای تیم سلامت و به خصوص پرستاران به وجود آورد. توجه به نیازها، تمایلات و نگرانی‌های معنوی در هنگام بروز حمله قلبی یک مسؤولیت اخلاقی پرستاران است تا با توجه به آن قادر به ارائه یک مراقبت همه جانبه باشند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همکاری صمیمانه مشارکت کنندگان در پژوهش سپاسگزاری می‌نمایند. این مقاله بخشی از رساله دکتری مرضیه مومن نسب می‌باشد که به عنوان طرح پژوهشی به شماره ۴۸۸۲-۸۸ به ثبت رسید و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد.

دلیل اصلی این تأخیر طولانی بودن فرایند تصمیم‌گیری است (۵۷، ۵۶). در مطالعه حاضر عوامل شناختی و روانی از دلایل اصلی تأخیر گزارش شد، اما علاوه بر آن‌ها اکثر مشارکت کنندگان عوامل معنوی را به عنوان دلایل تأخیر در جستجوی کمک ذکر کردند. تحمل درد برای نگران نشدن خانواده، دعا برای رفع علایم، امید به زودگذر بودن علایم و تأثیر درمان‌های خانگی از شایع‌ترین رفتارهای آنان بود. در سایر مطالعه‌ها نیز به این گونه رفتارهای معنوی به عنوان شایع‌ترین دلایل تأخیر اشاره شده است (۵۸، ۵۶، ۵۵، ۵۲، ۵۱). پس از شروع علایم حمله قلبی هر گاه بیمار به این باور برسد که قلب او به عنوان «مرز بین مرگ و زندگی» در معرض خطر جدی قرار دارد، به جستجوی کمک و درمان می‌پردازد. در رسیدن به این باور مواردی همچون دانش فرد، مشاهده موارد مشابه، مشورت با بستگان و از همه بیشتر شدت علایم می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد.

پس از انتقال بیمار به بیمارستان حضور، حمایت و عملکرد اعضای تیم درمان نقش مهمی در دستیابی به آرامش ایفا کرده بود. همه مشارکت کنندگان توجه پرستاران و پزشکان، اقدام سریع آنان و حضور دلگرم‌کننده آن‌ها را باعث ایجاد آرامش، راحتی و امید می‌دانستند. تأثیر اطمینان‌بخش و آرامش‌دهنده حضور مراقبت‌کننده (Caring presence) پرستاران و پزشکان در سایر مطالعه‌ها نیز گزارش شده بود (۹، ۱۲).

بسیاری از پرستاران به طور شهودی حس نمودند که گاهی حضور فیزیکی آنان می‌تواند بهترین دارو برای بیمار باشد. آنان غالباً، بیشترین مراقبت معنوی را فقط با در کنار بیمار بودن به هنگام نیاز او ارایه می‌کنند (۳۵). جوهره حضور، ارتباط التیام‌دهنده است که در برگزیده تعامل دو سویه و فراتر از مراقبت تکنیکی است و تأثیر مثبتی بر بهبودی، التیام و اعتماد متقابل دارد (۵۹).

بسیاری از صاحب‌نظران مؤلفه‌های اصلی در معنویت را ارتباط با خدا، خود، دیگران و محیط توصیف کردند (۶۰، ۳۵، ۲۳). در این مطالعه ارتباط با خدا از طریق دعا،

References

1. Harvey IS, Silverman M. The role of spirituality in the self-management of chronic illness among older African and Whites. *J Cross Cult Gerontol* 2007; 22(2): 205-20.
2. Burkhart L, Hogan N. An experiential theory of spiritual care in nursing practice. *Qual Health Res* 2008; 18(7): 928-38.
3. Fallahi Khoshknab M, Mazaheri M. Spirituality, spiritual care and spiritual therapy. Tehran, Iran: Rasaneh Takhassosi; 2009.
4. Lee L, Connor K, Davidson J. Eastern and western spiritual beliefs and violent trauma: A U.S. national community survey. *Traumatology* 2008; 14(3): 68-76.
5. Baker DC. Studies of the inner life: the impact of spirituality on quality of life. *Qual Life Res* 2003; 12(Suppl 1): 51-7.
6. Seaward BL. Stress and human spirituality 2000: at the cross roads of physics and metaphysics. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2000; 25(4): 241-6.
7. Ginzburg K. Life events and adjustment following myocardial infarction: a longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41(10): 825-31.
8. Svedlund M, Danielson E, Norberg A. Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. *J Adv Nurs* 2001; 35(2): 197-205.
9. Bingham V. The recovery experience for persons with a myocardial infarction and their spouses/partners. [Thesis]. Birmingham, UK: The University of Alabama; 2007.
10. Koenig HG. MSJAMA: religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. *JAMA* 2000; 284(13): 1708.
11. Walton J, St CK. "A beacon of light". Spirituality in the heart transplant patient. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2000; 12(1): 87-101.
12. Walton J. Spirituality of patients recovering from an acute myocardial infarction. A grounded theory study. *J Holist Nurs* 1999; 17(1): 34-53.
13. Doster JA, Harvey MB, Riley CA, Goven AJ, Moorefield R. Spirituality and cardiovascular risk. *Journal of Religion and Health* 2002; 41(1): 69-79.
14. Edmondson KA, Lawler KA, Jobe RL, Younger JW, Piferi RL, Jones WH. Spirituality predicts health and cardiovascular responses to stress in young adult women. *Journal of Religion and Health* 2005; 44(2): 161-71.
15. Lawler KA, Younger JW. Theobiology: an analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. *Journal of Religion and Health* 2002; 41(4): 347-62.
16. Tartaro J, Luecken LJ, Gunn HE. Exploring heart and soul: effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. *J Health Psychol* 2005; 10(6): 753-66.
17. Miller J, McConnell T, Klinger T. Religiosity and spirituality: Influence on quality of life and perceived patient self-efficacy among cardiac patients and their spouses. *Journal of Religion and Health* 2007; 46(2): 299-313.
18. Blumenthal JA, Babyak MA, Ironson G, Thoresen C, Powell L, Czajkowski S, et al. Spirituality, religion, and clinical outcomes in patients recovering from an acute myocardial infarction. *Psychosom Med* 2007; 69(6): 501-8.
19. Larsen K, Vickers K, Sampson Sh, Netzel P, Hayes Sh. Depression in women with heart disease: the importance of social role performance and spirituality. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2006; 13(1): 36-45.
20. Berry D. Methodological pitfalls in the study of religiosity and spirituality. *West J Nurs Res* 2005; 27(5): 628-47.
21. Boston P, Mount BM, Orenstein S, Freedman O. Spirituality, religion, and health: the need for qualitative research. *Annales CRMCC* 2001; 34(6): 368-83.
22. Lewis LM, Hankin S, Reynolds D, Ogedegbe G. African American spirituality: a process of honoring God, others, and self. *J Holist Nurs* 2007; 25(1): 16-23.
23. Chiu L, Emblen JD, van Hofwegen L, Sawatzky R, Meyerhoff H. An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. *West J Nurs Res* 2004; 26(4): 405-28.
24. Strauss A, Corbin JM. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. Newbury Park, CA: Sage; 1998.
25. Groleau D, Whitley R, Lesperance F, Kirmayer LJ. Spiritual reconfigurations of self after a myocardial infarction: Influence of culture and place. *Health Place* 2010; 16(5): 853-60.
26. Braun B, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3(2): 77-101.

27. Streubert Speziale HJ, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
28. Camp PE. Having faith: experiencing coronary artery bypass grafting. *J Cardiovasc Nurs* 1996; 10(3): 55-64.
29. Rahlholm MB. Weaving the fabric of spirituality as experienced by patients who have undergone a coronary bypass surgery. *J Holist Nurs* 2002; 20(1): 31-47.
30. Hassankhani H, Taleghani F, Mills J, Birks M, Francis K, Ahmadi F. Being hopeful and continuing to move ahead: religious coping in Iranian chemical warfare poisoned veterans, a qualitative study. *J Relig Health* 2010; 49(3): 311-21.
31. Karimollahi M, Abedi H, Yousefy A. Spiritual needs as experienced by Muslim patients in Iran: a qualitative study. *Research Journal of Medical Sciences* 2007; 1(3): 183-90.
32. Rassool GH. The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. *J Adv Nurs* 2000; 32(6): 1476-84.
33. Salarifar M. Family in the view of Islam and psychology. 8th ed. Qom, Iran: Samt; 2012.
34. Fontana D. Psychology, religion and spirituality. Oxford, UK: Wiley; 2003.
35. Mauk KL, Schmidt NA. Spiritual maucare in nursing practice. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
36. Kelcourse FB. Prayer and the soul: Dialogues that heal. *Journal of Religion and Health* 2001; 40(1): 231-41.
37. Asadi-Lari M, Goushegir S, Madjd Z, Latifi N. Spiritual care at the end of life in the Islamic context, a systematic review. *Iranian Journal Cancer Prevention* 2008; 1(2): 63-7.
38. Klein SA. Spirituality, Denial and dispositional optimism as related to psychological adjustment in myocardial infarction patients on a coronary care unit. Miami, FL: University of Miami; 2000.
39. East L, Brown K, Twells C. 'Knocking at St Peter's door'. A qualitative study of recovery after a heart attack and the experience of cardiac rehabilitation. *Primary Health Care Research and Development* 2004; 5(3): 202-10.
40. Walton J. Discovering meaning and purpose during recovery from an acute myocardial infarction. *Dimens Crit Care Nurs* 2002; 21(1): 36-43.
41. Hadian N. Self-esteem. Tehran, Iran: Salemi Publication; 2000.
42. Halligan P. Caring for patients of Islamic denomination: Critical care nurses' experiences in Saudi Arabia. *J Clin Nurs* 2006; 15(12): 1565-73.
43. Jalali B. Iranian families. In: McGoldrick M, Giordano J, Garcia-Preto N, editors. *Ethnicity and family therapy*. 3th ed. New York, NY: Guilford Press; 2005.
44. Omeri A. Culture care of Iranian immigrants in New South Wales, Australia: sharing transcultural nursing knowledge. *J Transcult Nurs* 1997; 8(2): 5-16.
45. Triandis HC, Suh EM. Cultural influences on personality. *Annu Rev Psychol* 2002; 53: 133-60.
46. Sarookhani B. Introduction on family sociology. 11th ed. Tehran, Iran: Soroosh; 2009.
47. Davidson RJ. Spirituality and medicine: science and practice. *Ann Fam Med* 2008; 6(5): 388-9.
48. Sjostrom-Strand A, Fridlund B. Women's descriptions of coping with stress at the time of and after a myocardial infarction: a phenomenographic analysis. *Can J Cardiovasc Nurs* 2006; 16(1): 5-12.
49. van Well S, Kolk A. Social support and cardiovascular responding to laboratory stress: Moderating effects of gender role identification, sex, and type of support. *Psychology and Health* 2008; 23(8): 887-907.
50. Henriksson C, Larsson M, Arnetz J, Berglin-Jarlov M, Herlitz J, Karlsson JE, et al. Knowledge and attitudes toward seeking medical care for AMI-symptoms. *Int J Cardiol* 2011; 147(2): 224-7.
51. Johansson I, Swahn E, Stromberg A. Manageability, vulnerability and interaction: a qualitative analysis of acute myocardial infarction patients' conceptions of the event. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007; 6(3): 184-91.
52. Rosenfeld AG, Lindauer A, Darney BG. Understanding treatment-seeking delay in women with acute myocardial infarction: descriptions of decision-making patterns. *Am J Crit Care* 2005; 14(4): 285-93.
53. Ghadimi H, Bishehsari F, Allameh F, Bozorgi AH, Sodagari N, Karami N, et al. Clinical characteristics, hospital morbidity and mortality, and up to 1-year follow-up events of acute myocardial infarction patients: the first report from Iran. *Coron Artery Dis* 2006; 17(7): 585-91.
54. Okhravi M. Causes for pre-hospital and in-hospital delays in acute myocardial infarction at Tehran teaching hospitals. *Australian Emergency Nursing Journal* 2002; 5(1): 21-6.
55. Zegrean M, Fox-Wasylyshyn SM, El-Masri MM. Alternative coping strategies and decision delay in seeking care

- for acute myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs* 2009; 24(2): 151-5.
56. Lesneski L. Factors influencing treatment delay for patients with acute myocardial infarction. *Appl Nurs Res* 2010; 23(4): 185-90.
57. Afrasiabifar A, Hassani P, Fallahi Khoshkenab M, Yaghmaei F. Decision making process of seeking medical help among myocardial infarction patients at the onset of symptoms. *Iran J Nurs* 2008; 2(7): 83-95.
58. Khraim FM, Carey MG. Predictors of pre-hospital delay among patients with acute myocardial infarction. *Patient Educ Couns* 2009; 75(2): 155-61.
59. Rankin EA, Delashmutt MB. Finding spirituality and nursing presence: the student's challenge. *J Holist Nurs* 2006; 24(4): 282-8.
60. McSherry W. Spirituality in nursing practice. In: McSherry W, editor. *Making sense of spirituality in nursing and health care practice: an interactive approach*. 2nd ed. London, UK: Jessica Kingsley Publishers; 2006.

Spiritual Experience of Heart Attack Patients: A Qualitative Study

Marzieh Momennasab¹, Marzieh Moattari², Abbas Abbaszade³, Babak Shamshiri⁴

Received date: 16.10.2012

Accept date: 18.11.2012

Abstract

Introduction: There are few studies on the spiritual experiences of myocardial infarction patients in the light of cultural context. Therefore, the aim of this study was to explain the spiritual experiences of patients during heart attack.

Method: This was a qualitative study. Nine (4 women, 5 men) myocardial infarction patients were interviewed (in-depth interview) in the CCUs of three hospitals in Shiraz. In addition, seven nurses participated in a focus group. Data gathering and analysis were performed simultaneously and continued until data saturation. All the interviews were tape-recorded and transcribed verbatim. Thematic analysis method was used for data analysis.

Results: The participants' spiritual experiences were categorized into four themes and 11 subthemes. The main themes were trust in God, struggling with the heart, family (soothing and stress-inducing), and help-seeking.

Conclusion: According to the results heart attack can bring spirituality in greater focus. Therefore, in order to deliver holistic care, health care providers must be concerned with their patients' spiritual experiences and needs, especially in life-threatening events.

Keywords: Spiritual experience, Spirituality, Heart attack, Holistic care, Qualitative study

Type of article: Original article

Citation: Momennasab M, Moattari M, Abbaszade A, Shamshiri B. **Spiritual Experience of Heart Attack Patients: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2013; 1(4): 284-97.

1-Assistant Professor, Fatima School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

2-Associate Professor, Fatima School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

3-Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4-Assistant Professor, School of Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

Corresponding Author: Marzieh Moattari PhD, Email: moattarm@sums.ac.ir