

## معنویت در مراقبت سرطان: یک مطالعه کیفی

وحید زمان زاده<sup>۱</sup>، مریم رسولی<sup>۲</sup>، عباس عباس زاده<sup>۳</sup>، حمید علوی مجد<sup>۴</sup>، علیرضا نیکان فر<sup>۵</sup>، فرناز میرزا احمدی<sup>۶</sup>، اکرم قهرمانیان<sup>۷</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** معنویت جنبه مهمی از مراقبت‌های بهداشتی است که در طول دهه‌های گذشته در پرستاری مطرح شده است؛ به نحوی که امروزه مراقبت معنوی به عنوان جزء جدایی‌ناپذیری از پرستاری کل نگر پیشنهاد می‌شود. این مطالعه با هدف تبیین ادراک بیماران و پرستاران آن‌ها از مفهوم معنویت در مراقبت سرطان انجام شد.

**روش:** مطالعه حاضر با رویکرد تحلیل محتوای کیفی به روش مرسوم و در بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌های تبریز صورت گرفت. داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته با ۱۷ مشارکت کننده (۱۰ بیمار و ۷ پرستار) به روش نمونه‌گیری هدفمند، جمع‌آوری و به طور هم‌زمان تحلیل شد. استحکام داده‌ها توسط مشارکت کنندگان و کنترل خارجی تأیید گردید.

**یافته‌ها:** مطالعه به ظهور درون‌مایه اصلی به نام تعاملات معنویت‌افزا و سه درون‌مایه فرعی شامل «تعالی معنوی در مراقبت سرطان»، «موانع مراقبت معنوی» و «راهبردهای مبتنی بر مذهب» انجامید. بیماران، سرطان را فرصتی برای اصلاح اعتقادات، نزدیکی به خداوند و آگاهی از مرگ به عنوان تولدی دیگر می‌دانستند. اگرچه پرستاران مهارت کمی در ارزیابی و پاسخ به نیازهای معنوی بیماران داشتند و از حمایت سازمان و روحانیون در رویارویی با تنش معنوی بیماران برخوردار نبودند؛ ولی آن‌ها با همدلی، مهربانی و گشاده‌رویی برای بیماران منبع انرژی، شادی، امید و قدرت بودند. بیماران و پرستاران از راهبردهای مبتنی بر اعتقادات دینی جهت تقویت بعد معنوی استفاده می‌کردند.

**نتیجه‌گیری:** مراقبت معنوی مستلزم به کارگیری رویکردی بیمار محور در ارتباط است. ارتباطی که در آن به اعتقادات معنوی و مذهبی بیماران به عنوان یک منبع ارزشمند سازگاری معنوی توجه و حس همدلی، اعتماد و شور و شغف به آن‌ها منتقل می‌شود. برای کاستن از موانع، موضوعات مرتبط با مراقبت معنوی باید در برنامه آموزشی پرستاری و برنامه‌های آموزش ضمن خدمت ادغام گردد و محیط مراقبتی برای انجام اعمال مذهبی تغییر یافته و از مشاورین معنوی و روحانیون برای کمک به بیماران و پرستاران در مقابله با تنش معنوی استفاده شود.

**کلید واژه‌ها:** معنویت، مذهب، مراقبت معنوی، سرطان، تحلیل محتوا

**ارجاع:** زمان زاده وحید، رسولی مریم، عباس‌زاده عباس، علوی مجد حمید، نیکان‌فر علیرضا، میرزا احمدی فرناز، قهرمانیان اکرم. **معنویت در مراقبت سرطان: یک مطالعه کیفی.** مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۲؛ ۲ (۴): ۳۶۶-۳۷۸.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۸/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۷/۲۵

- ۱- دانشیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
- ۲- استادیار، گروه اطفال، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۳- استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۴- دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۵- دانشیار، مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
- ۶- عضو باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بناب، بناب، ایران
- ۷- دانشجوی دکتری، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

Email: ghahramaniana@gmail.com

نویسنده‌ی مسئول: اکرم قهرمانیان

## مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های رو به رشد است (۱) که روند زندگی طبیعی بیماران را تغییر داده و احساس ترس و اضطراب را در آنان ایجاد می‌کند. بزرگ‌ترین چالش و عامل ایجاد کننده تنش در بیماران مبتلا به سرطان، ترس از مرگ است (۲). کسانی که به مرگ نزدیک می‌شوند، از غم و اندوه معنوی برای یافتن معنی و هدف در زندگی و مرگ و اتفاقات پس از مرگ، رنج می‌برند (۳). معنویت یعنی اعتقاد داشتن، مرتبط بودن با هر چیزی که می‌تواند درونی و بیرونی باشد، ارتباط با مافوق بشری و نیرویی که به افراد قدرت درک معنای زندگی کنونی و آینده را می‌دهد (۴). یافتن معنی، امید، هدف و ارزش در زندگی و تجربیات دشوار است (۵). اگر افراد بتوانند اعتقادات معنوی به خصوص اعتقاد به زندگی پس از مرگ و منابع آرامش را پیدا کنند، می‌توانند از اضطراب مرگ رها شوند؛ چرا که ایمان معنوی و مذهبی، نوعی جهان‌بینی توأم با خوش‌بینی و امیدواری را ایجاد می‌کند (۳). در ایران به عنوان کشوری که بیش از ۹۰ درصد جمعیت آن مسلمان هستند (۶)، افراد معتقدند که مرگ نه تنها قطع زنجیره پیچیده فرایندهای بیوشیمیایی نیست؛ بلکه با مرگ، روح به زندگی خود ادامه می‌دهد و مرگ تنها گذر از این دنیا به دنیای باقی است (۷).

تشخیص سرطان و نیز درمان‌های تهاجمی و طولانی مدت برای آن در بسیاری از موارد توانایی لذت بردن از زندگی را از بیمار سلب کرده (۸، ۹)، نیازهای معنوی بیماران را افزایش می‌دهد (۱۰)، آن‌ها را در خطر دیسترس معنوی (Spiritual distress) قرار داده (۱۱) و باعث می‌شود آن‌ها از فقدان هدف، ارزش و معنی در زندگی رنج ببرند (۱۲) که در این شرایط، راهبردهای سازگاری قبلی ناکافی به نظر می‌رسد. Lin و Bauer-Wu بر این باور هستند که اگر تنش معنوی بیماران کاهش یافته و مداخلات معنوی ارائه شود، بیماران می‌توانند با بیماری خود سازگار شده و مراحل انتهایی بیماری را بهتر بگذرانند (۱۳). مطالعات دیگر نشان می‌دهد، توجه به دیسترس معنوی بیماران و آگاهی از منابع معنوی با کیفیت زندگی در تمام طول تجربه سرطان مرتبط است (۱۷-۱۴).

Kremer و همکاران (به نقل از Hebert و همکاران) نشان دادند که بیماری با ایجاد تجاربی چون تجربه نزدیکی به مرگ، تقویت معنویت پس از تشخیص و احساس انتخاب شدن توسط قدرت برتر می‌تواند به عنوان نقطه عطف در زندگی بیماران تلقی شده و تأکید بر معنویت از سوی مراقبین می‌تواند به کاهش آسیب ناشی از بیماری تهدید کننده منجر شود (۱۸). نتایج مطالعه Larimore و همکاران نشان داد که گرچه ارتباط مثبتی بین معنویت و سلامت جسمی- روانی وجود دارد و بسیاری از بیماران تمایل دارند که نیازهای معنوی آن‌ها توسط مراقبین برطرف شود، ولی بیشتر بیماران معتقدند که پرسنل حرفه‌ای نیازهای معنوی آن‌ها را نادیده گرفته و پرستاران نیز بر این باورند که آموزش‌های کمی برای بررسی و تقویت معنویت در بیماران، دریافت کرده‌اند (۱۹). مطالعات گسترده‌ای بر تأثیر مداخلات معنوی بر بعد معنوی بیماران متمرکز شده‌اند. Arries معتقد است که مراقبین می‌توانند با احترام به شأن انسانی، پذیرش و درک بیمار و به حداکثر رساندن قدرت بیمار در کنترل مراقبت از خود، بعد معنوی بیماران را تقویت کنند (۲۰). مشارکت کنندگان مطالعه Hummel و همکاران فراهم آوردن حمایت مذهبی در به جا آوردن فرایض مذهبی، تشویق بیمار به انجام فعالیت‌های مذهبی و کمک به بیماران جهت آماده شدن طی روزهای پایان زندگی و مرگ را به عنوان مداخلات معنوی تعریف کردند (۲۱). در این رابطه، van Leeuwen و همکاران دریافتند که معنویت پرستار می‌تواند نقش مهمی در توجه او به جنبه‌های معنوی مراقبت داشته باشد؛ به نحوی که خودآگاهی، ارتباط و ایجاد اعتماد در بیمار را برای ارائه مراقبت معنوی ضروری دانستند (۲۲). از طرف دیگر، برخلاف اهمیت نقش پرستاران در درک و پاسخ به نیازهای معنوی بیماران، محدودیت‌هایی مانند کمبود وقت، حجم کاری زیاد، فقدان فضای خصوصی برای پرستار و بیمار، درک پرستار از این که کمک به بیمار در بعد معنوی تنها کار روحانیون است، بی‌تجربگی پرستار و تفاوت در مذهب و اعتقادات می‌تواند نقش بازدارنده‌ای در کمک به بیماران برای سازگاری معنوی داشته باشد (۲۳).

ابتلا به بیماری، سابقه کار، نوع مداخلات درمانی و مرحله بیماری) انتخاب شدند. معیارهای ورود برای بیماران، داشتن حداقل ۲۰ سال سن و برخورداری از سلامت روانی با توجه به پرونده و نظر پزشک معالج بود. برای پرستاران معیارهای ورود داشتن حداقل یک سال سابقه کار در بخش انکولوژی و حداقل مدرک کارشناسی پرستاری بود.

این مطالعه در مراکز اصلی انکولوژی شهر تبریز شامل دو بیمارستان عالی‌نسب و شهید آیت‌الله قاضی طباطبایی انجام شد. این دو مرکز در شمال غرب کشور علاوه بر خدمت‌رسانی به ساکنان شهر تبریز، محل ارجاع تمامی بیماران از استان‌های همجوار نیز می‌باشند. پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مجوزهای لازم از سوی دانشگاه و مدیران بیمارستان‌های مذکور صادر شد و نویسنده اول برای دو هفته در محیط‌های پژوهش حضور داشت تا نوعی آشنایی و مؤانست با محیط مراقبتی انکولوژی و افراد درگیر در آن شامل پرستاران، بیماران و کارکنان غیر مراقبتی ایجاد شود. پس از این دو هفته مشارکت کنندگان با تجارب عمیق شناسایی و مصاحبه‌ها شروع شد. قبل از شروع مصاحبه هدف از مطالعه و روش مصاحبه به مشارکت کنندگان توضیح داده می‌شد و با دادن اطمینان خاطر مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات، گمنامی و داشتن اختیار برای خروج از مطالعه، از آن‌ها برای شرکت در مطالعه و ضبط مصاحبه رضایت آگاهانه گرفته می‌شد. مصاحبه با بیماران با تمایل آن‌ها در یک اتاق خصوصی در محیط بخش و مصاحبه با پرستاران در زمان و مکان مورد نظر آن‌ها انجام شد.

جمع‌آوری داده‌ها بین ماه‌های تیر تا اسفند سال ۱۳۹۱ و با استفاده از مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته انجام شد. روند مصاحبه با سؤالات عمومی‌تر شروع شده ولی با پیشرفت مصاحبه‌ها و تحلیل هم‌زمان داده‌ها و نیز نوع پاسخ مشارکت کنندگان، سؤالات جزئی‌تر شد. نمونه‌ای از سؤالات مصاحبه با بیماران شامل این چند سؤال بود: «زندگی و مرگ برای شما چه معنایی دارند؟»، «ابتلا به سرطان و اعتقادات معنوی و مذهبی شما چه تأثیری بر هم داشته‌اند؟» و «پرستاران بر

برای ارایه مراقبت کل‌نگر، پرستاران باید بتوانند در تعاملات خود با بیماران، نیازهای معنوی آن‌ها را شناسایی و به آن پاسخ دهند. این نیازها و راه پاسخ دادن به آن‌ها با توجه به ادراک بیمار که خود متأثر از تفاوت‌های فردی، فرهنگی و اجتماعی است، متغیر می‌باشد (۲۴). از طرف دیگر، پژوهش‌های مرتبط با معنویت در حوزه سلامت به طور عمده در کشورهای غربی انجام شده، بنابراین دانسته‌ها در زمینه‌های مذهبی و فرهنگی خاص محدود است (۲۵). مذهب به عنوان راهی برای پاسخگویی به سؤالات اساسی پیرامون موضوعات زندگی و مرگ در مدل‌های مراقبت معنوی مطرح بوده است (۲۴) که در فرهنگ اسلامی کشور ما ممکن است جایگاه ویژه‌ای در سازگاری معنوی بیمار داشته باشد. از سوی دیگر، اگرچه اعتقادات معنوی مراقبین می‌تواند به نگرش مثبت در آن‌ها برای کمک به بیماران و خانواده آن‌ها منجر شود، ولی این کمک نمی‌تواند بدون درک اعتقادات و باورهای بیمار نسبت به بیماری، زندگی و مرگ صورت گیرد (۲۶). از آن‌جا که کشف ادراک و تجارب واقعی افرادی که به طور مستقیم با بیماری سرطان و مراقبت از آن درگیر هستند و نیز مطالعه دنیای واقعی از زوایای مختلف و فراگیر، معیار دقیق‌تر و معتبرتری برای کشف مراقبت‌های معنوی پرستاران در دنیای واقعی است و رسیدن به این درک و کشف تجارب در مطالعات کیفی که در آن رخدادهای واقعی، نقطه نظرات و تجارب افراد در زمینه‌های متفاوت بررسی می‌شود، امکان‌پذیر است (۲۷)؛ این مطالعه با رویکرد طبیعت‌گرایی و با هدف شناسایی ادراک بیماران مبتلا به سرطان و پرستاران آن‌ها از معنویت در مراقبت سرطان در مراکز انکولوژی شهر تبریز انجام شد.

### روش

در مطالعه حاضر به منظور تبیین ادراک بیماران مبتلا به سرطان و پرستاران آن‌ها از معنویت در مراقبت سرطان، از رویکرد تحلیل محتوای کیفی به روش مرسوم استفاده شد. مشارکت کنندگان مطالعه ۱۰ بیمار مبتلا به سرطان بستری در بخش انکولوژی و ۷ پرستار انکولوژی بودند که از طریق نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع (از نظر سن، جنس، مدت

آن‌ها اسلام بود. بیماران با سرطان خون، پستان، روده، لنفوم، سارکوم، معده، ریه و کبد و در مراحل مختلف بیماری، تحت درمان بوده و همگی تجربه شیمی درمانی داشتند.

کدهای استخراج شده از مصاحبه‌ها به ظهور سه زیردرون مایه منجر شد که شامل «تعالی معنوی در مراقبت سرطان، موانع مراقبت معنوی و راهبردهای سازگاری مبتنی بر مذهب» بود که ارتباط بین این سه زیردرون مایه منجر به ظهور درون مایه اصلی با عنوان تعاملات معنویت‌افزا شد (جدول ۱). درون مایه اصلی مطالعه تبیین کننده این واقعیت بود که پرستاران و بیماران با وجود کاستی‌های موجود در ارایه و بهره‌مندی از مراقبت معنوی و از طریق تعامل با هم، ضمن تقویت متقابل بعد معنوی یکدیگر، در تلاش هستند که با استفاده از راهبردهای تقویت معنوی، ارتباط بیمار با خداوند را تقویت کنند و با نزدیک کردن او به خداوند ترس از مرگ را در بیمار مهار کرده و او را در رسیدن به آرامش و انطباق با شرایط بیماری و درمان آن کمک کنند. سه زیردرون مایه مطالعه شامل کدهایی بودند که در ادامه در مورد آن‌ها بحث می‌شود.

جدول ۱. درون مایه و زیردرون مایه‌های ظهور یافته از تحلیل مصاحبه‌ها

درون مایه اصلی	درون مایه‌های فرعی
تعاملات معنویت‌افزا	۱. تعالی معنوی در مراقبت سرطان
	اثرگذاری متقابل
	نمود معنویت در ظاهر و رفتارهای ارتباطی پرستاران
	ارتباط: انتقال انرژی معنوی
	۲. موانع مراقبت معنوی
	ناآگاهی از مراقبت معنوی
	نارسایی در سیستم آموزش
	اشکال در فضای مراقبتی
	کمبود وقت: بی‌توجهی به نیاز معنوی بیمار
	بی‌احترامی به اعتقادات و باورها
فقدان حمایت سازمانی	
۳. راهبردهای مبتنی بر مذهب	خلأ حمایتی از طرف روحانیون
تأکید بر آموزه‌های دین اسلام	راهبردهای مبتنی بر مذهب
قرب الهی: مهار هراس از مرگ	تأکید بر آموزه‌های دین اسلام
توکل	قرب الهی: مهار هراس از مرگ
توسل	توکل
قبول مشیت الهی	توسل
	قبول مشیت الهی

معنویت شما چگونه تأثیر می‌گذارد؟» و نمونه سؤالات از پرستاران شامل «ارزش‌ها و اعتقادات معنوی شما بر مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان چه تأثیری داشته است؟» و «از چه مداخلاتی برای تقویت معنوی بیماران استفاده می‌کنید؟». در فرایند تحلیل محتوای مرسوم، روند تحلیل داده‌ها بر اساس روش Graneheim و Lundman بود؛ به این صورت که ابتدا مصاحبه‌ها پس از چند بار گوش دادن به متن تبدیل شده و پس از چند بار خواندن متن، کلمات، جملات و یا پاراگراف‌ها به عنوان واحدهای معنایی در نظر گرفته شد و با توجه به مفهوم نهفته در آن‌ها به سطح انتزاع و مفهوم‌پردازی رسیده و توسط کدها نام‌گذاری شدند و کدها از نظر تشابهات و تفاوت‌هایشان با یکدیگر مقایسه شدند و تحت طبقات انتزاعی‌تر با برجسب مشخص دسته‌بندی گردیدند. در نهایت با مقایسه طبقات با یکدیگر و تأمل دقیق و عمیق بر روی آن‌ها، محتوای نهفته در داده‌ها تحت عنوان درون مایه مطالعه معرفی شد (۲۸). طول مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۹۵ دقیقه متغیر بود. بحث‌ها در گروه تحقیق در مورد روند کددهی و طبقه‌بندی داده‌ها، به طور مداوم ادامه داشت تا اتفاق نظر در مورد آن حاصل می‌شد. جمع‌آوری داده‌ها تا اشباع کامل آن‌ها در درون مایه‌های ظهور یافته ادامه پیدا کرد؛ به طوری که در دو مصاحبه آخر ایده‌ها، مفاهیم و درون مایه‌های جدیدی از داده‌ها حاصل نشد (۲۹).

استحکام داده‌ها توسط مشارکت کنندگان و کنترل خارجی بررسی گردید. در کنترل توسط مشارکت کنندگان، بخشی از متن همراه با کدهای اولیه به مشارکت کننده داده می‌شد تا میزان تجانس ایده‌های ظهور یافته از داده‌ها را با تجارب خود مقایسه و تأیید نماید. در روش کنترل خارجی نیز میزان توافق بین دو کدگذار خارجی با کدهای خود محققین با استفاده از روش Holsti (۳۰)، سنجیده شد که میانگین آن ۸۱ درصد بود.

### یافته‌ها

تمام پرستاران مشارکت کننده در پژوهش، مدرک کارشناسی داشتند و سابقه کار آن‌ها در بخش انکولوژی ۱/۵ تا ۲۹ سال بود. دو نفر مرد و بقیه زن بودند. بیماران شرکت کننده ۲۰ تا ۵۹ سال سن داشتند و ۴ نفر زن و بقیه مرد بودند. دین تمام

### ۱- تعالی معنوی در مراقبت سرطان

مشارکت کنندگان ذکر می‌کردند که ماهیت معنوی آن‌ها در نتیجه ابتلا به سرطان (برای بیماران) و ارتباط درمانی با بیماران مبتلا به سرطان (برای پرستاران) تغییر یافته است؛ در حقیقت تعاملات بلندمدت پرستاران و بیماران، دارای تأثیرات مثبت بر معنویت آن‌ها بوده است. پرستاران شرکت کننده در پژوهش، از تجارب خود مبنی بر رشد معنوی به صورت بخشندگی، مراقبت صبورانه و جستجوی رضایت خداوند در رضایت خلق صحبت می‌کردند.

مشارکت کننده ۲ (پرستار): «می‌دونین کار تو این‌جا آدمو از نظر معنوی غنی می‌کنه... با بیمار سرطانی که به مدت ارتباط داشته باشی، دیگه دل به دنیا نمی‌دی، راحت می‌بخشی، از اونا صبر رو یاد می‌گیری... خودشناسی مستلزم سختی‌هایی است. کار تو انکولوژی به خودآزمایی است، به آزمون الهی. این‌که چطور با همنوع رفتار کنی...».

مشارکت کننده ۱۷ (پرستار): «وقتی به خلق خدا کمک کنی به اون قدرت رسیدی، به اون معنویت تقویت شده. ما نماز می‌خونیم، تلاش می‌کنیم که انسان باشیم. اون چیزی که خدا دوست داره اون باشیم...».

بیماران مشارکت کننده ذکر می‌کردند که طبق تجارب آن‌ها سرطان باعث کوتاه شدن دست آن‌ها از ثواب و کارهای خیر می‌شود و فرصتی بیشتر برای آن‌ها ایجاد می‌کند تا اعتقادات معنوی و مذهبی خود را اصلاح کنند.

مشارکت کننده ۵ (بیمار): «دوست داشتم بهش (به خدا) نزدیک باشم، حس می‌کردم ممکنه بمیرم... هر لحظه حس می‌کردم که خدا کنارمه، حس می‌کردم کم‌کم دارم بهش نزدیک‌تر می‌شم. می‌خواستم اعتقاداتم رو اصلاح کنم.».

مشارکت کننده ۷ (بیمار): «می‌گفتم هیچ کاری که نمی‌توننی بکنی پس لااقل اعتقاداتت رو اصلاح کن. لااقل با خدا روراست باش. آدم وقتی بیمار دیگه دستش از هر ثوابی کوتاه می‌شه.».

بعد معنوی پرستاران از دید مشارکت کنندگان بیمار در رفتار پرستاران تجلی می‌یافت و باعث خوش اخلاقی، شور و شادی، همدلی، روحیه دادن، دلداری دادن و مهربانی با بیمار

می‌شد. پرستاران با چنین ویژگی‌هایی برای بیماران، منبع انرژی، شادی، امید و قدرت بودند.

مشارکت کننده ۹ (بیمار): «اونا که معنوی‌ترین انرژی مثبت می‌دن، شور و شغفشون به آدم تلقین می‌شه. ما تو روحیه هم تأثیر می‌ذاریم... من بهتر می‌شم، اونا خوشحال می‌شن... شادی و روحیه مثبت اونا به من هم روحیه می‌ده.».

مشارکت کننده ۱ (بیمار): «محبت و عواطف پرستار مثل یه جریان انرژی معنوی هست. قدرت این محبت رو بسیار قوی دیدم. پرستار که بیمار رو هدف عصبانیت خودش قرار می‌ده، بیمار ضعیف می‌شه، ناتوان می‌شه...».

بیماران مشارکت کننده می‌گفتند پرستارانی هستند که در عمل نقش یک الگوی معنوی را بازی می‌کنند و می‌توانند بر خط فکری بیماران اثرگذاری بیشتری داشته باشند. این اثرگذاری ناشی از مهارت‌های ارتباطی چون صبوری، مهربانی و همدلی بود.

مشارکت کننده ۳ (بیمار): «اوایل که بستری شدم، این‌طور فکر نمی‌کردم. خدا، پیغمبر و آخرت برام معنایی نداشتند... اونا (پرستار) باهام مدارا می‌کردن، مهربون بودن، حالمو می‌فهمیدن، حتی برام دعا می‌کردن. خانم... منو با خدا، قرآن و اسلام آشنا کرد، اون چیزی بیشتر از یک پرستار بود... برا من یه الگوی فکری بود...».

### ۲- موانع مراقبت معنوی

با وجود اتفاق نظر تمام مشارکت کنندگان بر اهمیت مراقبت معنوی در سرطان، آن‌ها از عدم سازماندهی سیستم‌های آموزشی و درمانی در جهت مراقبت معنوی، فقدان حمایت از سوی افراد در داخل و خارج سازمان و موانع متعدد در این زمینه صحبت می‌کردند. آگاهی کم پرستاران از مراقبت معنوی توسط بسیاری از مشارکت کنندگان ذکر می‌شد. پرستاران مشارکت کننده با راهبردی نظام‌مند برای ارزیابی و رفع نیازهای معنوی بیماران آشنا نبودند. اکثریت آن‌ها ذکر می‌کردند که بیماران از نظر نیازهای معنوی با هم متفاوت هستند و سمبل‌هایی چون قرآن، دعا و نماز نشانه فعال بودن بعد معنوی در بیماران است. بیشتر آن‌ها بر این اعتقاد بودند که تنها تعاملات بلندمدت با بیماران باعث می‌شود آن‌ها

سازمان و جامعه برای مراقبت معنوی برخوردار نبودند و آموزش‌های دوران تحصیل و طی خدمت را برای آشنایی با موضوعات معنوی در مراقبت ناکافی می‌دانستند و نمی‌دانستند در موارد رویارویی بیمار با تنش معنوی، چگونه و با کمک چه کسی آن را مدیریت کنند و آن‌ها عدم حضور روحانیون برای حمایت معنوی از بیماران و پرستاران را به عنوان یک چالش درک می‌کردند.

مشارکت کننده ۸ (پرستار): «۱۵ ساله بخش انکولوژی کار می‌کنم، تا به حال ندیدم تو سازمان کسی بیاد با مریض از مرگ و زندگی صحبت کنه... باید ارتباطی باشه بین بیمارستان و روحانیون ولی عملاً نیست... خود ما نمی‌تونیم ترس بیمار رو مدیریت کنیم، آموزشی ندیدیم، با موضوعات معنوی آشنایی نداریم، خودمون تحت استرسیم، ولی کسی حمایتی نمی‌کنه...».

### ۳- راهبردهای سازگاری مبتنی بر مذهب

در بخش انکولوژی بسیاری از راهبردهای معنوی استفاده شده توسط بیماران و پرستاران برای مقابله با سختی‌های سرطان و درمان آن، ریشه در باورهای مذهبی آن‌ها داشت. اعتقاد آن‌ها به خدا، مصلحت الهی، حکمت موجود در اتفاقات، قدرت خداوند در کمک به انسان و قدرت گرفتن از این منبع قدرت ماورایی، تکیه کردن به این قدرت از طریق توکل به خدا و توسل به ائمه اطهار و باور مرگ به عنوان تولدی دیگر به آن‌ها کمک می‌کرد تا پاسخ‌های سازگارانه‌تری از خود نشان دهند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اعتقاد به خداوند گاه در اعماق وجود بیماران چنان نفوذ داشت که حتی در همان روزهای اول تشخیص، این اتفاق را به عنوان یک مصلحت الهی و فرصتی برای امتحان شدن در سختی‌ها درک می‌کردند.

مشارکت کننده ۱۰ (بیمار): «هکر کنم توکل به خدا بود که باهاش کنار بیام. وقتی دکتر بهم گفت لنفوم دارم، باور کنین ناراحت نشدم. گفتم توکل به خدا، شاید خدا می‌خواد منو تو سختی‌ها امتحان کنه... من یه روز به دنیا می‌یام و یه روز هم باید برم و اینم خواست خداست اگه باید با سرطان برم...».

پرستاران در ارتباط، بیمار را متوجه قدرت خود می‌کردند و منشأ این قدرت را از قدرت خداوند می‌دانستند. اگر بیمار

اعتقادات معنوی بیماران را درک کنند و گر نه آن‌ها آموزشی برای ارزیابی بعد معنوی بیماران دریافت نکرده و مهارت‌های لازم برای مراقبت معنوی را ندارند. پس ارتباط ابزار مهمی برای شناسایی و واکنش به این نیازها بود.

مشارکت کننده ۸ (پرستار): «بیماری که طول زندگیش کم می‌شه به طرف معنویات کشیده می‌شه. قرآن می‌یارن بالا سرش می‌ذارن. معتقدن خداوند می‌تونه شفاشون بده. این چنین اعتقادی ارتباطشون رو با خدا بیشتر می‌کنه. ما سعی می‌کنیم در طی ارتباط با آن‌ها، متوجه این اعتقادات باشیم و تأیید و تقویتش کنیم.».

مشارکت کننده ۱۱ (پرستار): «درسته که اعتقادات بیمار می‌تونه تو سازگاریش مؤثر باشه، ولی ما عملاً نمی‌تونیم بعد معنوی بیمار رو ارزیابی کنیم... اشکال تو سیستم آموزش هست که توانایی‌هایی که برا این کار نیازه را به ما نداده...».

اگرچه پرستاران بر این امر واقف بودند که برای تأثیرگذاری بر بعد معنوی بیماران باید فضای مراقبتی را برای بیان اعتقادات و انجام اعمال مذهبی چون دعا، نماز و نیایش آماده کنند، ولی فقدان فضای خصوصی برای راز و نیاز با خداوند و نیز کمبود وقت از موانعی بود که مانع از آن می‌شد. مشارکت کننده ۱۰ (بیمار): «کثراً به خاطر شیمی درمانی، نتونستم نمازمو سر وقت بخونم، می‌شد قبل شروع اون نماز بخونم ولی پرستار عجله داشت و نشد... بیشتر وقتا که این‌جا بودم، یه اتاق خلوت بود و سجاده رو پهن می‌کردم و استغاثه می‌کردم... حتی نمی‌تونستم راحت گریه کنم...».

از مصادیق کمبود آگاهی پرستاران از مراقبت معنوی، بی‌احترامی به اعتقادات و باورهای بیماران بود. در این راستا پرستارانی بودند که رفتارهای قضاوتی داشتند و سعی داشتند عقاید خود را به بیمار تحمیل کنند.

مشارکت کننده ۶ (پرستار): «همکاری داریم که از نظر مذهبی تندرو هستن. دیدم به مریض که موسیقی گوش می‌کنه، می‌گن: خجالت نمی‌کشه آخر عمرشه، به جای این‌که توبه کنه، قرآن بخونه، موسیقی گوش می‌کنه... خوب به مریض نمی‌شه عقیده‌ای رو تحمیل کرد.».

پرستاران شرکت کننده در مطالعه، از حمایت کسی در

می‌شدم ناامید و گریان بودم، ولی شاد و امیدوار ترخیص شدم... دیروز پرستارم می‌گفت برات نذر حضرت زهرا کردم که کمک کنه بهتر شی... واقعیت اینه که اونا برا ما دعا می‌کنن، نذر می‌کنن، متوسل ائمه می‌شن...»

یکی از راهبردهای تقویت بعد معنوی، تأکید بر اعتقاد به مشیت الهی بود. این اعتقاد که هر فرد سرنوشتی دارد که از سوی خداوند مقدر شده است و سرنوشت افراد در زمان سلامتی و بیماری در دست خداوند است. تقویت این دیدگاه در بیماران و خانواده آن‌ها به کرات در ارتباط با آن‌ها تکرار می‌شد تا از ناامیدی جلوگیری نماید.

مشارکت کننده ۳ (بیمار): «به پرستار گفتم فکر می‌کنم دیگه کارم تمومه، بهم گفت: ببین همه چی دست خداست. ممکنه ما ۴ سال عمر کنیم، ممکنه ۴۰ سال عمر کنیم. ممکنه که اصلاً به خاطر این بیماری نمیری. می‌بینی یه اتوبوس آدم سالم تصادف می‌کنن، می‌میرن. مرگ و زندگی دست خداست...»

مشارکت کننده ۲ (پرستار): «به همراهان واقعیت رو می‌گم... می‌گم مریضت این بیماری رو داره و هر کسی سرنوشتی داره. ممکنه یکی از هواپیما سقوط کنه بمیره، یکی زلزله باعث مرگش بشه... تو مؤمنی، تو مسلمونی، نباید به سرنوشت مریضت اعتراضی کنی... مرگ برای ما انسان‌ها یه تولد دیگه است.»

پرستاران علاوه بر تشویق اعضای خانواده به قبول مشیت الهی، از طریق ارتباط کلامی نیز آن‌ها را برای پذیرش مرگ بیماران مرحله انتهایی آماده می‌کردند. آن‌ها لازمه این کار را ارتباط صادقانه و همدلانه با بیمار می‌دانستند.

مشارکت کننده ۸ (پرستار): «وقتی بیمار به مراحل آخر می‌رسه، پذیرش مرگ برا خانواده هم سخته. باید بتونی عواطف خودت رو به اون‌ها منتقل کنی و با صداقت بهشون بگی که مرگ قابل پیش‌بینیه...»

### بحث

این مطالعه به بررسی عمیق دیدگاه بیماران مبتلا به سرطان و پرستاران آن‌ها در رابطه با ادراک آن‌ها از معنویت در

متوجه قدرت خداوند می‌شد، قدرت خود در مقابله با بیماری را باور می‌کرد.

مشارکت کننده ۱۳ (سرپرستار): «به مریض می‌گفتم یه تسبیح داشته باش، دعا کن، تو قدرت داری. هر چه بخواهی از خدا می‌ده. چون تو آدم بزرگی هستی، باارزش هستی، چون خدا تو رو آفریده. اگه خدا تو وجود تو باشه، هر چی بخوای از خدا می‌ده.»

نتایج این مطالعه نشان داد که بعد معنوی بیمار به واسطه احساس نزدیک شدن به مرگ تقویت نمی‌شود، چیزی که منجر به قوی شدن بیمار می‌شود، حس نزدیک شدن به خداست. بر این اساس، مرگ تنها گشوده شدن دری است که بین بیمار و خداوند قرار دارد.

مشارکت کننده ۳ (بیمار): «خودمو قوی حس می‌کردم. حالا که خودمو آخر خط می‌دیدم، می‌دونستم که این‌جا که روش و ایستادم جای سختی نیست. وقتی قوی می‌شی، دیگه نمی‌ترسی. می‌بینی مرگ چیز سختی نیست... آخر خط یعنی خدا. می‌فهمی اون‌ور خط دیگه چیزی جز خدا نیست.»

اگر باور قلبی نسبت به خداوند به عنوان قدرت برتر در بیماران شناسایی و تقویت گردد، توکل به او، منجر به بروز پاسخ‌های سازگارانه‌تری در بیماران نسبت به بیماری، عوارض و مشکلات آن می‌شود.

مشارکت کننده ۸ (پرستار): «من قبل از شروع شیمی درمانی از نظر روحی و مذهبی باهاشون کار می‌کردم. ارتباط با خدا و توکل به خدا و این خط فکری را در آن‌ها تقویت می‌کردم...»

مشارکت کننده ۱ (بیمار): «پرستارها می‌گفتن خدا بزرگه، از خدا دست نکش، اول خدا بعد دکتر، دکتر و ما وسیله‌ایم، اصل کاری خداست... به خدا توکل کن. قدرت خدا رو دست کم نگیر...»

بیماران و خانواده آن‌ها و حتی پرستاران به کرات از طریق توسل به ائمه از خداوند برای خود و بیماران شفا می‌طلبیدند و از او می‌خواستند که به آن‌ها در تحمل سختی‌ها و رسیدن به سلامتی کمک کند.

مشارکت کننده ۱۴ (بیمار): «بارها شده وقتی بستری

مشارکت کنندگان در این مطالعه از اثرگذاری متقابل بیمار و پرستار بر معنویت یکدیگر یاد می‌کردند. پرستارانی که از معنویت قوی‌تری برخوردار هستند، قدرت و احساس راحتی و آرامش را انتقال می‌دهند؛ آن‌ها برای بیماران خود دعا می‌کنند، به سؤالات آن‌ها پاسخ می‌دهند و به آن‌ها در حفظ توانایی و قدرت خود، با وجود بیماری کمک می‌کنند (۳۹)، (۲۶). چنین پرستارانی شایستگی لازم برای آگاهی و استفاده از خود برای تقویت معنویت در بیمار را دارند (۳۹) و می‌توانند به بیماران خود کمک کنند که با قدرت برتر مرتبط شوند (۴۰).

یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که از دید بیماران، مراقبت معنوی می‌تواند در بستر یک ارتباط اثربخش ارایه شود. ارتباطی که در آن پرستاران بتوانند در برخورد با بیمار، شادی، شور، محبت، حس اعتماد و همدلی را منتقل کنند، برای سلامتی آن‌ها دعا کنند، در مراقبت از آن‌ها صبور باشند و به باورهای معنوی و مذهبی آن‌ها احترام بگذارند. Deal تصریح می‌کند که مراقبت معنوی مستلزم به کارگیری رویکردی بیمارمحور است که نیاز به مداخلات پیچیده‌ای ندارد و تنها با مداخلات ساده‌ای چون تخصیص وقت به بیمار و گوش دادن به او، دعا کردن و اجتناب از تحمیل اعتقادات خود به بیمار می‌توان به نیازهای معنوی وی پاسخ داد (۴۰). بیماران مشارکت‌کننده ذکر کردند، پرستاران در تعامل با آن‌ها نقش یک الگوی فکری را دارند و به آن‌ها کمک می‌کنند تا اعتقادات معنوی خود را در مورد زندگی و مرگ بازتعریف نمایند. پرستاران با رفتارهای معنوی خود می‌توانند برای بیماران به عنوان یک مدل باشند و به آن‌ها در تقویت معنوی‌شان کمک کنند (۴۱).

درون‌مایه دوم مطالعه آشکار کرد که پرستاران توانایی خود را در مراقبت معنوی ناکافی درک می‌کنند و عدم دریافت آموزش مناسب و کافی، عدم حمایت از طرف روحانیون برای حل تنش معنوی بیماران و شرایط نامناسب محیط کاری را دلایل اصلی عدم آمادگی خود برای مراقبت معنوی می‌دانند. در مطالعه حاضر، نامناسب بودن محیط مراقبتی، فقدان فضای خصوصی برای اعمال معنوی و مذهبی و عدم توجه و احترام به اعتقادات معنوی بیمار از تقویت معنوی پیشگیری می‌کرد و

مراقبت سرطان پرداخت. درون‌مایه اول مطالعه نشان داد که پرستاران و بیماران در فرایندهای ارتباطی، تعالی معنوی را به عنوان پیامد مقابله با سرطان تجربه می‌کنند. بیماران مشارکت‌کننده در این مطالعه، سرطان را به عنوان فرصتی برای اصلاح اعتقادات معنوی در زندگی و نزدیک شدن به خداوند درک می‌کردند که از این طریق می‌توانستند بر ترس خود از مرگ غلبه کنند و با درک خداوند به عنوان قدرت برتر، به قدرت خود در مقابله با بیماری پی ببرند. برای بیماران، سرطان و دشواری‌های ناشی از آن فرصتی برای مقابله فعال و رشد تلقی می‌شود (۳۱)، فرصتی برای افزایش ایمان و اصلاح زندگی (۲۵)، نزدیکی به خداوند به عنوان برآیند فرایند رشد و متغیری پیش‌بین برای پذیرش و تداوم درمان بیماری در بیماران مبتلا به سرطان شناخته شده است (۳۲).

مطالعه Yanez و همکاران نشان داد که تقویت ایمان با رشد پس از سرطان مرتبط است (۳۳) و رشد معنوی به عنوان مهم‌ترین بعد رشد پس از حادثه باعث افزایش قدرت شخصی و قدرشناسی از زندگی می‌شود (۳۷-۳۴، ۳۱). در این راستا مطالعه حاضر آشکار کرد که بر اساس باورهای معنوی، مشارکت کنندگان این مطالعه منشأ قدرت درونی خود را از قدرت خداوند می‌دانستند که می‌تواند با شناخت از خود و خداوند تقویت شده و به آن‌ها در تطابق با بیماری و مشکلات آن و تعریف مرگ به عنوان اتصال به قدرت برتر کمک نماید. مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران نیز در ارتباط متقابل با بیماران، رشد معنوی را به عنوان مرحله‌ای از رشد حرفه‌ای تجربه می‌کنند که باعث می‌شود آن‌ها برای کمک به بیماران و خانواده آن‌ها تلاش کرده و از طریق انتقال عواطف، برخورد صادقانه و تشویق آن‌ها به توکل، توسل و قبول مشیت الهی آن‌ها را حمایت کنند. مطالعه Sun-Seo و Yong نشان داد که پرستاران در یک رشد صعودی و تدریجی، بیداری و بلوغ معنوی را تجربه می‌کنند (۳۸) که این معنویت در ارایه اثربخش فعالیت‌های پرستاری مؤثر است؛ به نحوی که باعث می‌شود آن‌ها بیماران و خانواده آن‌ها را به نماز، دعا، خواندن کتب معنوی، گفتگو با دیگران در مورد موضوعات معنوی و تأکید برای فراموش نکردن یاد خداوند دعوت کنند (۲۶).



این درک را در بیماران ایجاد می‌کند که به نیازهای معنوی و مذهبی آن‌ها توجه کافی نمی‌شود. این عدم آمادگی در پرستاران می‌تواند مربوط به آموزش‌های پایه برای آنان باشد که کمتر در مورد موضوعات مرتبط با معنویت در کتب درسی پرستاری بحث شده است (۴۲). از سوی دیگر در این بعد مراقبتی غفلت از نقش روحانیون حرفه‌ای که می‌تواند ناشی از تضاد تاریخی علم و مذهب باشد، همواره به چشم می‌خورد (۴۳، ۴۴). تنها در شرایط کاری خوب و یک محیط مراقبتی تسهیل کننده، امکان ارایه مراقبت معنوی کافی ممکن است (۳۹). در چنین شرایطی پرستاران می‌توانند از طریق درک تجارب معنوی بیماران، از بیماران خود حمایت نموده و شرایط زمانی و مکانی را برای اعمال معنوی و احترام به اعتقادات معنوی آن‌ها آماده نمایند (۴۵).

درون‌مایه سوم مطالعه آشکار کرد که مشارکت کنندگان برای سازگاری با بیماری خود بیشتر از راهبردهایی که ریشه در فرهنگ اسلامی دارد، استفاده می‌کنند. این اعتقاد که مرگ و زندگی در دست خداست، باعث گردیده است که بیماران احساس نمایند که بیماری، فرصتی برای امتحان شدن در سختی‌ها و مشیت الهی است و قبول آن را به عنوان یک مصلحت الهی در انطباق با سرطان در تجارب خود مهم بدانند. در آموزه‌های دین اسلام، خداوند انسان را به صبر در مواجهه با سختی‌ها دعوت کرده و متذکر شده است که بازگشت انسان به سوی اوست. آن‌جا که در آیه ۱۵۶ سوره بقره در قرآن می‌فرماید: «الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمْ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَ إِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ» یعنی «آنان که چون به حادثه سخت و ناگوار دچار شوند، صبوری پیش گرفته، گویند: ما به فرمان خداوند آمده و به سوی او رجوع خواهیم کرد». هرچند در فرهنگ غربی اعتقاد بر این است که اعتقاد به سرنوشت الهی می‌تواند رفتارهای پیشگیری، غربالگری و پیگیری درمان را در افراد کاهش دهد (۴۶-۵۰)، اما مطالعه هرنیدی و همکاران در طیف مقابل نشان داد که بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان با وجود اعتقاد به سرطان به عنوان یک مشیت الهی، فعالانه درمان‌های طبی را پیگیری می‌کنند (۵۱).

Walker و همکاران نیز نشان دادند که اعتقاد به

سرنوشت با تبعیت از رژیم‌های دارویی، غذایی و فعالیت و نیز تست‌های غربالگری ارتباط مثبت معنی‌داری دارد (۵۲). مطالعه Gullatte و همکاران نیز نشان داد که مذهب، معنویت و اعتقاد به سرنوشت در سرطان، در تأخیر برای جستجوی درمان سرطان نقش نداشته و این تأخیر با مشخصات فردی چون سطح تحصیلات و وضعیت تأهل مبتلایان ارتباط معنی‌داری دارد (۵۳). تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی در کشورهای مسلمان و غربی می‌تواند این تفاوت‌ها را توجیه کند؛ چرا که معنویت در اسلام مبتنی بر کلام خداوند در قرآن بوده و مسلمانان در توسعه زندگی معنوی خود عبادت و زندگی طبق دستورات خداوند در قرآن را به عنوان منابع معنوی ذکر می‌کنند (۲۵). مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر، منبع قدرت خود را از خداوند دانسته و با شناخت خداوند و نزدیک شدن به او، قدرت خود را در مقابله با بیماری و کنترل ترس از مرگ بیشتر می‌کردند. در آموزه‌های دین اسلام منشأ قدرت انسان از قدرت خداوند است؛ چرا که خداوند از روح خود در کالبد انسان دمیده است. آن‌جا که در آیه ۷۲ و ۷۵ سوره ص در قرآن به فرشتگان می‌فرماید: «لَمَّا خَلَقْتُ بَدَنَكَ وَ نَفَخْتُ فِيهِ مِنْ رُوحِي فَقَعُوا لَهُ سَاجِدِينَ» یعنی «انسان را به دو دست (علم و قدرت) خود آفریدم و از روح خود در او دمیدم پس بر او به سجده افتید».

در بعضی مطالعات دیگر نیز بیماران آرامش و قدرت خود را ناشی از تسلیم شدن در برابر خداوند و تحمل سختی‌های سرطان را فرصتی برای رشد معنوی و نزدیک شدن به او می‌دانستند (۵۱، ۲۵). طبق نتایج مطالعه، داشتن صداقت و همدلی در ارتباط، تقویت ارتباط با خداوند و توکل به او به عنوان قدرت برتر، توسل به ائمه و طلب شفا از خداوند با واسطه قرار دادن آن‌ها از منابع سازگاری معنوی بود. برای مشارکت کنندگان Hebert و همکاران، مهم بود که پزشکان بتوانند با همدلی و مهارت‌های ارتباطی بین فردی قوی، تمایل آن‌ها به شرکت در بحث‌های معنوی را افزایش دهند (۱۸). از نظر مشارکت کنندگان در مطالعه فلاح و همکاران ساز و کارهای نماز، دعا، اعتماد به خدا، بخشش، احسان و توکل در تطابق آن‌ها با مشکلات مفید بود (۳۴). واضح است

شکل‌دهی به معنای مرگ و زندگی و کشف راه‌های مقابله با تنش معنوی به شکل بارزتری نشان داد. این تقابل در نتایج مطالعات نشان می‌دهد که لازم است محققین چارچوبی را برای توسعه مداخلات معنوی اثربخش و در عین حال حساس به تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی ارایه دهند. با وجود تصدیق تمام مشارکت کنندگان به اهمیت مراقبت معنوی، وجود موانع عمده در این عرصه، لزوم توجه به موضوعات مرتبط با معنویت در برنامه آموزشی پرستاری و محتوای دوره‌های آموزش ضمن خدمت را نشان می‌دهد. سیستم سلامت باید علاوه بر آماده‌سازی پرستاران برای مراقبت معنوی، ارتباط خود را با روحانیون توسعه دهد تا بتواند از نیروی معنوی نهفته در این قشر از جامعه برای حمایت از بیماران و پرستاران استفاده نماید.

#### تشکر و قدردانی

محققین از تمام مشارکت کنندگان در پژوهش، مدیران و مسؤولین بیمارستان‌های عالی‌نسب و شهید آیت‌اله قاضی طباطبایی تشکر می‌نمایند. این مطالعه با تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان به شماره کد K/۹۱/۱۲۵ انجام شد.

که جنبه‌های فرهنگی نقش مهمی را در ادراک از تجارب زندگی بازی می‌کنند (۵۴)، از سوی دیگر با در نظر گرفتن اسلام به عنوان دین غالب در ایران، اعتقادات مذهبی نقش ویژه‌ای را در رویارویی با وقایع تنش‌آور خواهند داشت. این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است که کاربرد یافته‌ها را محدود می‌کند. مطالعه حاضر بر روی بیماران مسلمان ایرانی انجام شده و قابل تعمیم به سایر کشورها و مذاهب نیست. همچنین برای شناسایی مفهوم مورد مطالعه از تجارب بیماران با سرطان‌های مختلف و در مراحل مختلف بیماری استفاده شده است که تعمیم یافته‌ها را محدود می‌کند. بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعاتی در رابطه با ادراک از معنویت در مراقبت سرطان در بیماران با سرطان‌های مختلف و در مراحل خاص بیماری به خصوص مراحل ابتدایی و انتهایی زندگی و نیز در بیماران متعلق به اقلیت‌های مذهبی در ایران نیز انجام شود تا به توسعه دانش بیشتر در رابطه با موضوع کمک نماید.

#### نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر تأثیر معنویت و مذهب را در

#### References

1. Jabaaij L, van den Akker M, Schellevis FG. Excess of health care use in general practice and of comorbid chronic conditions in cancer patients compared to controls. *BMC Fam Pract* 2012; 13: 60.
2. Adelbratt S, Strang P. Death anxiety in brain tumour patients and their spouses. *Palliat Med* 2000; 14(6): 499-507.
3. McClain-Jacobson C, Rosenfeld B, Kosinski A, Pessin H, Cimino JE, Breitbart W. Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26(6): 484-6.
4. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Appl Nurs Res* 2010; 23(4): 242-4.
5. Schulz E, Holt CL, Caplan L, Blake V, Southward P, Buckner A, et al. Role of spirituality in cancer coping among African Americans: a qualitative examination. *J Cancer Surviv* 2008; 2(2): 104-15.
6. Wikipedia. Demographics of Iran [Online]. [cited 2013]; Available from: URL: [http://en.wikipedia.org/wiki/Demographics\\_of\\_Iran](http://en.wikipedia.org/wiki/Demographics_of_Iran)
7. Cheraghi MA, Payne S, Salsali M. Spiritual aspects of end-of-life care for Muslim patients: experiences from Iran. *Int J Palliat Nurs* 2005; 11(9): 468-74.
8. Fang CY, Schnoll RA. Impact of psychological distress on outcomes in cancer patients. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2002; 2(5): 495-506.
9. Fischbeck S, Maier BO, Reinholz U, Nehring C, Schwab R, Beutel ME, et al. Assessing somatic, psychosocial, and spiritual distress of patients with advanced cancer: development of the Advanced Cancer Patients' Distress Scale. *Am J Hosp Palliat Care* 2013; 30(4): 339-46.
10. Pearce MJ, Coan AD, Herndon JE, Koenig HG, Abernethy AP. Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 2012; 20(10): 2269-76.

11. Skalla K, McCoy JP. Spiritual assessment of patients with cancer: the moral authority, vocational, aesthetic, social, and transcendent model. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(4): 745-51.
12. Noguchi W, Morita S, Ohno T, Aihara O, Tsujii H, Shimozuma K, et al. Spiritual needs in cancer patients and spiritual care based on logotherapy. *Support Care Cancer* 2006; 14(1): 65-70.
13. Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs* 2003; 44(1): 69-80.
14. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *J Clin Oncol* 2010; 28(3): 445-52.
15. Fisch MJ, Titzer ML, Kristeller JL, Shen J, Loehrer PJ, Jung SH, et al. Assessment of quality of life in outpatients with advanced cancer: the accuracy of clinician estimations and the relevance of spiritual well-being--a Hoosier Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2003; 21(14): 2754-9.
16. Gall TL, Cornblat MW. Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psychooncology* 2002; 11(6): 524-35.
17. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 2003; 361(9369): 1603-7.
18. Hebert RS, Jenckes MW, Ford DE, O'Connor DR, Cooper LA. Patient perspectives on spirituality and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med* 2001; 16(10): 685-92.
19. Larimore WL, Parker M, Crowther M. Should clinicians incorporate positive spirituality into their practices? What does the evidence say? *Ann Behav Med* 2002; 24(1): 69-73.
20. Arries EJ. Editorial comment. Is an African nursing ethics possible? *Nurs Ethics* 2009; 16(6): 681-2.
21. Hummel L, Galek K, Murphy KM, Tannenbaum HP, Flannelly LT. Defining spiritual care: an exploratory study. *J Health Care Chaplain* 2008; 15(1): 40-51.
22. van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *J Clin Nurs* 2006; 15(7): 875-84.
23. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs* 2006; 15(7): 885-96.
24. Govier I. Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nurs Stand* 2000; 14(17): 32-6.
25. Ahmad F, Muhammad M, Abdullah AA. Religion and spirituality in coping with advanced breast cancer: perspectives from Malaysian Muslim women. *J Relig Health* 2011; 50(1): 36-45.
26. Mahon Graham PE. Nursing students' perception of how prepared they are to assess patients' spiritual needs [Online]. [cited 2008]; Available from: URL: <http://www.csm.edu/wfdata/files/academics/library/institutionalrepository/14.pdf>
27. Polit DF, Beck CT. *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
28. 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.
29. Streubert Speziale H, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
30. Rourke L, Anderson T, Garrison DR, Archer W. Methodological issues in the content analysis of computer conference transcripts. *International Journal of Artificial Intelligence in Education* 2001; 12(1): 8-22.
31. Ka'opua LS, Gotay CC, Boehm PS. Spiritually based resources in adaptation to long-term prostate cancer survival: perspectives of elderly wives. *Health Soc Work* 2007; 32(1): 29-39.
32. Van Ness PH, Towle VR, O'Leary JR, Fried TR. Religion, risk, and medical decision making at the end of life. *J Aging Health* 2008; 20(5): 545-59.
33. Yanez B, Edmondson D, Stanton AL, Park CL, Kwan L, Ganz PA, et al. Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77(4): 730-41.
34. Fallah R, Keshmir F, Lotfi Kashani F, Azargashb E, Akbari ME. Post-traumatic Growth in Breast Cancer Patients: A Qualitative Phenomenological Study. *Middle East Journal of Cancer* 2012; 3(2-3): 35-44.
35. Halstead MT, Hull M. Struggling with paradoxes: the process of spiritual development in women with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2001; 28(10): 1534-44.
36. Samson A, Zertter B. The experience of spirituality in the psycho-social adaptation of cancer survivors. *J Pastoral Care Counsel* 2003; 57(3): 329-43.

37. Tallman B, Shaw K, Schultz J, Altmaier E. Well-being and posttraumatic growth in unrelated donor marrow transplant survivors: a nine-year longitudinal study. *Rehabil Psychol* 2010; 55(2): 204-10.
38. Sun-Seo I, Yong J. The experience of spiritual growth in hospital middle manager nurses. *Proceedings of the 23<sup>rd</sup> International Nursing Research Congress*; 2012 Jul 30 - Aug 3; Brisbane, Australia.
39. Van Leeuwen R, Cusveller B. Nursing competencies for spiritual care. *J Adv Nurs* 2004; 48(3): 234-46.
40. Deal B. A Pilot Study of Nurses' Experience of Giving Spiritual Care. *The Qualitative Report* 2010; 15(4): 852-63.
41. Kociszewski C. A phenomenological pilot study of the nurses' experience providing spiritual care. *J Holist Nurs* 2003; 21(2): 131-48.
42. McEwen M. Analysis of spirituality content in nursing textbooks. *J Nurs Educ* 2004; 43(1): 20-30.
43. VandeCreek L. Professional chaplaincy: an absent profession? *J Pastoral Care* 1999; 53(4): 417-32.
44. VandeCreek L, Siegel K, Gorey E, Brown S, Toperzer R. How many chaplains per 100 inpatients? Benchmarks of health care chaplaincy departments. *J Pastoral Care* 2001; 55(3): 289-301.
45. Albaugh JA. Spirituality and life-threatening illness: a phenomenologic study. *Oncol Nurs Forum* 2003; 30(4): 593-8.
46. Dixey RA. 'Fatalism', accident causation and prevention: issues for health promotion from an exploratory study in a Yoruba town, Nigeria. *Health Educ Res* 1999; 14(2): 197-208.
47. Franklin MD, Schlundt DG, McClellan LH, Kinebrew T, Sheats J, Belue R, et al. Religious fatalism and its association with health behaviors and outcomes. *Am J Health Behav* 2007; 31(6): 563-72.
48. Hall AG, Khoury AJ, Lopez ED, Lisovicz N, Avis-Williams A, Mitra A. Breast cancer fatalism: the role of women's perceptions of the health care system. *J Health Care Poor Underserved* 2008; 19(4): 1321-35.
49. Miles A, Rainbow S, von Wagner C. Cancer fatalism and poor self-rated health mediate the association between socioeconomic status and uptake of colorectal cancer screening in England. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011; 20(10): 2132-40.
50. Peek ME, Sayad JV, Markwardt R. Fear, fatalism and breast cancer screening in low-income African-American women: the role of clinicians and the health care system. *J Gen Intern Med* 2008; 23(11): 1847-53.
51. Harandy TF, Ghofranipour F, Montazeri A, Anoosheh M, Bazargan M, Mohammadi E, et al. Muslim breast cancer survivor spirituality: coping strategy or health seeking behavior hindrance? *Health Care Women Int* 2010; 31(1): 88-98.
52. Walker RJ, Smalls BL, Hernandez-Tejada MA, Campbell JA, Davis KS, Egede LE. Effect of diabetes fatalism on medication adherence and self-care behaviors in adults with diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 2012; 34(6): 598-603.
53. Gullatte MM, Brawley O, Kinney A, Powe B, Mooney K. Religiosity, spirituality, and cancer fatalism beliefs on delay in breast cancer diagnosis in African American women. *J Relig Health* 2010; 49(1): 62-72.
54. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Kyriakopoulos D, Malamos N, Damigos D. Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *Breast* 2008; 17(4): 382-6.

## Spirituality in Cancer Care: A Qualitative Study

Vahid Zamanzadeh<sup>1</sup>, Maryam Rassouli<sup>2</sup>, Abbas Abbaszadeh<sup>3</sup>, Hamid Alavi-Majd<sup>4</sup>,  
Ali-Reza Nikanfar<sup>5</sup>, Farnaz Mirza-Ahmadi<sup>6</sup>, Akram Ghahramanian<sup>7</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Spirituality is an important aspect of health care that has been proposed in nursing over the past decades. It is recommended as an inseparable component of holistic nursing. This study aims to explore the nurses' and patients' perception of spirituality in cancer care.

**Method:** In a conventional qualitative content analysis, data was collected through purposive sampling by semi-structured deep interviews with 17 participants (10 patients and 7 nurses) in oncology units of hospitals in Tabriz, and was analyzed simultaneously. Robustness of data analysis was evaluated by the participants and external control.

**Results:** The emergent main theme was the "spirituality raising interactions". This theme consisted of three sub-themes of "spiritual elevation in cancer care", "spiritual care barriers", and "religion-based strategies". Patients with cancer understand cancer as an opportunity for belief correction, closeness to God, and awareness of death as reincarnation. Nurses had poor skills in assessing and responding to patients' spiritual needs and there were no support from organizations and clergymen for them in addressing spiritual distress of patients. However, they were a source of energy, joy, hope, and power for patients through their empathy, compassion, and openness. Patients and nurses used strategies based on religious beliefs for strengthening their spiritual dimension.

**Conclusion:** Spiritual care requires a patient-centered approach in communication. Communication in which the religious and spiritual beliefs of patients are considered as a valuable source of spiritual coping, and which gives them the feeling of empathy, trust, passion, and joy. For reduction of barriers, the integration of spiritual care issues in the curriculum of nursing and service training programs is recommended. Care environment must be changed for religious practices and spiritual advisors and clergymen should help patients and nurses in coping with spiritual distress.

**Keywords:** Spirituality, Religion, Spiritual care, Cancer, Content analysis

**Citation:** Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, Alavi-Majd H, Nikanfar AR, Mirza-Ahmadi F, et al. **Spirituality in Cancer Care: A Qualitative Study.** *J Qual Res Health Sci* 2014; 2(4): 366-78.

Received date: 17.10.2013

Accept date: 21.11.2013

1- Associate Professor, Department of Surgery, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2- Assistant Professor, Department of Pediatrics, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Professor, Department of Surgery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical sciences, Tehran, Iran

4- Associate Professor, Department of Biostatistics, School of Para Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5- Associate Professor, Hematology and Oncology Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

6- Young Researchers Club of Neyshabur, Bonab Branch, Islamic Azad University, Bonab, Iran

7- PhD Student, Department of Surgery, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

**Corresponding Author:** Akram Ghahramanian, Email: ghahramaniana@gmail.com