



Medical Ethics and Law
Research Center

Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2025; 19: e17

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

Identifying the Spiritual Needs of Patients with Cancer: A Conventional Content Analysis

Soolmaz Moosavi¹, Sepide Mazaheri², Hanieh Molaei², Camelia Rohani^{3*}

1. Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Student Research Committee, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Health Care Sciences, Palliative Care Center, Marie Cederschiöld Högskola, Campus Ersta, Stigbergsgatan, Sweden.

ABSTRACT

Background and Aim: Spiritual needs are highly prevalent among patients with cancer and are closely linked to psychological outcomes and quality of life. Despite international recommendations advocating the integration of spiritual care into oncology practice, systematic identification of these needs remains inconsistent. This study aimed to explore how spiritual needs are identified in patients with cancer from the perspective of interdisciplinary care team members.

Methods: This qualitative study employed a conventional content analysis approach. 18 participants, including oncology nurses, physicians, social workers and hospital chaplains, were purposively recruited. Data were collected through in-depth semi-structured interviews and analyzed using a constant comparative method. Trustworthiness was ensured by applying credibility, transferability, dependability and confirmability criteria.

Ethical Considerations: Prior to the initiation of the study, the objectives of the research were thoroughly explained to the participants and informed consent was obtained both verbally and in written form. Participants were assured that all personal information would remain confidential and that all research documents would be securely stored. The study protocol was approved by the Ethics Committee of Shahid Beheshti University of Medical Sciences and the research was conducted under the supervision of this committee.

Results: A total of 412 initial codes were extracted, which were refined into 28 subcategories and 5 main categories. The main categories were: 1- Progressive and layered identification of spiritual needs; 2- A holistic and time-sensitive approach; 3- Communication skills as facilitators or barriers; 4- Personal and social characteristics; 5- Decision-making for intervention and care planning. Findings indicated that identifying spiritual needs is a dynamic and relational process that begins with informal observation and may evolve into structured assessment and specialist referral.

Conclusion: Identifying the spiritual needs of patients with cancer requires a stepwise, relationship-centered and interdisciplinary approach. Integrating spiritual screening into routine oncology care and providing communication skills training for healthcare team members can contribute to improving the quality of holistic care.

Keywords: Spiritual Needs; Cancer; Spiritual Care; Spiritual Assessment; Qualitative Research; Content Analysis

Corresponding Author: Camelia Rohani; **Email:** camelia.rohani@mchs.se

Received: May 10, 2026; **Accepted:** May 15, 2026; **Published Online:** May 31, 2026

Please cite this article as:

Moosavi S, Mazaheri S, Molaei H, Rohani C. Identifying the Spiritual Needs of Patients with Cancer: A Conventional Content Analysis. *Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2025; 19: e17.




مجله اخلاق پزشکی

دوره نوزدهم، ۱۴۰۴



شناسایی نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان: تحلیل محتوای قراردادی

سولماز موسوی^۱، سپیده مظاهری^۲، هانیه مولایی^۲، کاملیا روحانی^{۳*} 

۱. گروه پرستاری داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه پرستاری داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. گروه علوم مراقبت سلامت، مرکز مراقبت‌های تسکینی، دانشگاه ماری سدرشیلد، استکهلم، سوئد.

چکیده

زمینه و هدف: نیازهای معنوی در بیماران مبتلا به سرطان جزء نیازهای مهم بوده و با پیامدهای روان‌شناختی و کیفیت زندگی آنان ارتباط مستقیم دارد. با وجود تأکید راهنماهای بین‌المللی بر ادغام مراقبت معنوی در خدمات انکولوژی، شناسایی نظام‌مند این نیازها در عمل بالینی همچنان با چالش مواجه است. مطالعه حاضر با هدف تبیین و شناسایی نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان از دیدگاه اعضای تیم مراقبتی انجام شد.

روش: این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. ۱۸ نفر از اعضای تیم سلامت شامل پرستاران، پزشکان، مددکاران اجتماعی و روحانی بیمارستان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردیدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق گردآوری و به روش مقایسه مداوم تحلیل شدند. اعتبار یافته‌ها بر اساس معیارهای مقبولیت، انتقال‌پذیری، قابلیت اعتماد و تایید پذیری بررسی شد.

ملاحظات اخلاقی: پیش از آغاز مطالعه، اهداف پژوهش به صورت کامل برای شرکت‌کنندگان تشریح و رضایت‌نامه آگاهانه به صورت کتبی و شفاهی از آنان دریافت شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند. طرح پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تأیید شد و پژوهش تحت نظارت این کمیته انجام شد.

یافته‌ها: در مجموع ۴۱۲ کد اولیه استخراج شد که پس از پالایش در قالب ۲۸ زیرطبقه و ۵ طبقه اصلی سازمان‌دهی گردید. طبقات اصلی شامل: ۱- شناسایی تدریجی نیاز معنوی؛ ۲- حساسیت زمانی در بروز نیازهای معنوی؛ ۳- نقش مهارت‌های ارتباطی؛ ۴- ویژگی‌های فردی و اجتماعی مؤثر؛ ۵- تصمیم‌گیری بالینی و طراحی مراقبت بود. یافته‌ها نشان داد شناسایی نیازهای معنوی فرآیندی پویا، تدریجی و وابسته به تعامل حرفه‌ای است که از پایش غیر رسمی آغاز شده و در صورت لزوم به ارزیابی ساختاریافته و ارجاع تخصصی منتهی می‌شود.

نتیجه‌گیری: شناسایی نیازهای معنوی در بیماران مبتلا به سرطان نیازمند رویکردی مرحله‌ای، ارتباط‌محور و بین‌رشته‌ای است. ادغام غربالگری معنوی در مراقبت‌های معمول انکولوژی و آموزش مهارت‌های ارتباطی به اعضای تیم درمانی می‌تواند به ارتقای کیفیت مراقبت جامع منجر شود.

واژگان کلیدی: نیاز معنوی؛ سرطان؛ مراقبت معنوی؛ ارزیابی معنوی؛ پژوهش کیفی؛ تحلیل محتوا

نویسنده مسئول: کاملیا روحانی؛ پست الکترونیک: camelia.rohani@mchs.se

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۲/۲۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۵؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۳/۱۰

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Moosavi S, Mazaheri S, Molaee H, Rohani C. Identifying the Spiritual Needs of Patients with Cancer: A Conventional Content Analysis. *Fašlnāmah-i akhlāq-i pizishkī*, i.e., *Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2025; 19: e17.

مقدمه

سرطان همچنان یکی از مهم‌ترین علل مرگ و میر و ناتوانی در جهان محسوب می‌شود و علاوه بر مشکلات جسمانی، پیامدهای روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی گسترده‌ای برای بیماران ایجاد می‌کند. تجربه ابتلا به سرطان اغلب با بحران‌های وجودی، احساس ناامنی، ترس از مرگ، ابهام نسبت به آینده و جستجوی معنا همراه است؛ مسائلی که می‌توانند منجر به بروز دیسترس معنوی شوند. امروزه دیسترس معنوی به عنوان یکی از ابعاد اصلی رنج در بیماران مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده حیات شناخته می‌شود و نقش مهمی در کیفیت زندگی، سازگاری روانی و تصمیم‌گیری درمانی بیماران دارد (۱، ۲).

مطالعات اخیر نشان داده‌اند که نیازهای معنوی در بیماران مبتلا به سرطان شیوع بالایی دارد و با پیامدهای مهم روانی و بالینی مرتبط است. شواهد بیانگر آن است که دیسترس معنوی می‌تواند با افزایش اضطراب، افسردگی، احساس ناامیدی، انزوای اجتماعی و کاهش کیفیت زندگی همراه باشد (۳، ۴). همچنین بیمارانی که حمایت معنوی کافی دریافت نمی‌کنند، بیشتر در معرض دیسترس شدید، ناراضی‌تری از مراقبت و استفاده از درمان‌های تهاجمی در مراحل پایانی زندگی قرار می‌گیرند (۵). در مقابل، توجه به ابعاد معنوی مراقبت می‌تواند موجب ارتقای امید، تاب‌آوری، سازگاری روانی و رضایت بیماران از خدمات درمانی شود (۶).

در سال‌های اخیر، سازمان‌های معتبر حوزه سرطان، مراقبت معنوی را بخشی ضروری از مراقبت جامع و بیمارمحور معرفی کرده‌اند. راهنمای مدیریت دیسترس شبکه ملی جامع سرطان (The National Comprehensive Cancer Network) بر ضرورت غربالگری منظم نیازهای معنوی در تمامی بیماران مبتلا به سرطان تأکید کرده است (۷، ۸). همچنین دستورالعمل‌های بالینی پروژه اجماع ملی برای مراقبت‌های تسکینی با کیفیت «National Consensus Project for Quality Palliative Care» مراقبت معنوی را یکی از ارکان اصلی مراقبت تسکینی باکیفیت می‌دانند و بر ادغام آن در فرایند مراقبت بین‌رشته‌ای تأکید دارند (۹، ۱۰).

اگرچه ابزارهایی، مانند HOPE، FICA و سایر چارچوب‌های ارزیابی معنوی برای تسهیل شناسایی نیازهای معنوی طراحی شده‌اند، اما مطالعات نشان می‌دهد استفاده از این ابزارها در محیط‌های بالینی همچنان محدود و ناپایدار است (۱۱). بسیاری از اعضای تیم درمان، به ویژه پرستاران و پزشکان، آموزش کافی در زمینه ارزیابی معنوی دریافت نکرده‌اند و در مواجهه با مسائل معنوی احساس عدم آمادگی می‌کنند (۱۲). علاوه بر این، بیماران اغلب نگرانی‌های معنوی خود را به صورت مستقیم مطرح نمی‌کنند و این نیازها بیشتر در قالب نشانه‌های هیجانی، سکوت، ناامیدی، خشم یا پرسش‌های وجودی بروز می‌یابد (۸)، در نتیجه، شناسایی این نیازها نیازمند مهارت‌های ارتباطی، حساسیت بالینی و تعامل مستمر با بیمار است.

از سوی دیگر، فرهنگ و باورهای مذهبی نقش مهمی در نحوه تجربه بیماری و تفسیر رنج ایفا می‌کنند. در جوامع مذهبی، مفاهیمی مانند تقدیر الهی، امید، دعا، رنج، بخشش و زندگی پس از مرگ می‌توانند بر نگرش بیماران نسبت به بیماری و نیازهای معنوی آنان تأثیرگذار باشند (۱۰). بنابراین فرایند شناسایی نیازهای معنوی باید در بستر فرهنگی و اجتماعی هر جامعه مورد بررسی قرار گیرد و نمی‌توان صرفاً به ابزارهای موجود اکتفا کرد.

با وجود تأکید روزافزون بر اهمیت مراقبت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان، شناسایی نیازهای معنوی در محیط واقعی مراقبت همچنان فرایندی پیچیده، چندبعدی و وابسته به تعاملات انسانی است که به خوبی از طریق روش‌های کمی قابل تبیین نیست. نیازهای معنوی اغلب ماهیتی پنهان، ذهنی و وابسته به زمینه‌های فرهنگی، اعتقادی و ارتباطی دارند و بیماران معمولاً آن‌ها را به صورت غیر مستقیم و در قالب تجربه‌های شخصی، احساسات و نگرانی‌های وجودی بیان می‌کنند. از سوی دیگر، نحوه درک و شناسایی این نیازها توسط اعضای تیم درمان نیز تحت تأثیر تجربه حرفه‌ای، مهارت‌های ارتباطی و بافت فرهنگی قرار دارد. بنابراین برای دستیابی به درکی عمیق، جامع و مبتنی بر تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان از فرایند شناسایی نیازهای معنوی، استفاده

می‌کند؟»، «پس از شناسایی نیاز معنوی، معمولاً چه اقداماتی در تیم درمان انجام می‌شود؟»، سپس بر اساس مطالب بیان شده و با طرح سؤالات پیش‌برنده و واضح‌کننده، سعی شد تا محتوای هر مصاحبه در جهت پوشش اهداف پژوهش باشد. مصاحبه‌ها با سؤالات پیگیری‌کننده و اکتشافی (مانند لطفاً بیشتر توضیح دهید؟، منظور شما از این موضوع چیست؟، لطفاً برایم مثال بزنید؟) ادامه پیدا کرد. به تدریج با تحلیل داده‌ها و ایجاد طبقات، مسیر مصاحبه‌های بعدی تعیین شد، سپس برای اختتام مصاحبه از شرکت‌کننده‌ها پرسیده شد آیا مطلبی هست که در حین مصاحبه مطرح نشده و مایل هستند که در مورد آن بیشتر صحبت کنند؟، طول مدت مصاحبه‌ها با توجه به شرایط و علاقه شرکت‌کنندگان در توضیح‌دادن تجربیات و ادراکاتشان از ۶۰-۲۵ دقیقه و به طور متوسط ۳۰ دقیقه بود. مصاحبه‌های ضبط‌شده به طور کامل پیاده‌سازی گردید و تحلیل با اولین مصاحبه انجام شد.

از تحلیل محتوای قراردادی با روش Graneheim and Lundman (۲۰۰۴ م.) برای تحلیل استفاده شد (۱۳). در این مطالعه برای تأیید اعتبار و مقبولیت داده‌ها، پژوهشگر به مدت طولانی با داده‌ها درگیر بود و با حضور مداوم در محل پژوهش زمان کافی برای جمع‌آوری و تجزیه تحلیل داده‌ها صرف کرد. برای تأییدپذیری داده‌ها، از درگیری مستمر ذهنی با داده‌ها و روش بازنگری از سوی مشارکت‌کنندگان استفاده گردید. برای این منظور بخش‌هایی از متن مصاحبه، کدها و تحلیل‌ها در اختیار ۵ تن از شرکت‌کنندگان قرار گرفت، سپس از سه صاحب نظر درخواست شد تا مصاحبه‌ها و کدها و درون‌مایه‌های استخراج‌شده را مطالعه نمایند. جهت قابلیت اعتماد و اطمینان داده‌ها از حسابرسی تحقیق که شامل بررسی دقیق داده‌ها و مدارک حمایت‌کننده توسط یک ناظر خارجی است، استفاده گردید. برای قابلیت انتقال داده‌ها، در گزارش تحقیق، داده‌های توصیفی کافی فراهم خواهد شد تا خوانندگان بتوانند به ارزیابی کاربرد داده‌ها در سایر زمینه‌ها بپردازند (۱۴).

از رویکرد کیفی ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا، روش تحلیل محتوای قراردادی امکان استخراج مفاهیم، معانی و الگوهای پنهان در تجربیات اعضای تیم درمان را فراهم کرده و به تبیین ابعاد مختلف این پدیده در بستر واقعی مراقبت کمک می‌کند، این مطالعه با هدف تبیین و شناسایی نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان از دیدگاه اعضای تیم مراقبت انجام شد.

روش

این مطالعه کیفی با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه اعضای تیم مراقبت سرطان شامل پرستار انکولوژی، پزشک انکولوژی، مددکار اجتماعی و روحانی بود. محیط پژوهش بیمارستان امام حسین (ع) و شهدای تجریش، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود. روش نمونه‌گیری هدفمند برای این مطالعه استفاده شد و داده‌ها از طریق ۱۸ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری گردید. بعد از انجام ۱۵ مصاحبه، زیرطبقه جدیدی استخراج شد و اشباع داده‌ها انجام شد، اما برای اطمینان سه مصاحبه دیگر نیز انجام شد. معیار ورود شامل حداقل شش‌ماه سابقه فعالیت حرفه‌ای، بالینی یا پژوهشی در زمینه مراقبت معنوی یا تسکینی بودند و به صورت هدفمند بر مبنای تخصص، تجربه و توانایی بیان دیدگاه‌های تحلیلی انتخاب شدند.

روش جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با استفاده از سؤالات باز بود که برای اطمینان از جامع بودن اطلاعات کسب‌شده، از راهنمای مصاحبه استفاده شد. سؤالات اصلی راهنماکننده شامل «بیماران مبتلا به سرطان چگونه نیازهای معنوی خود را نشان می‌دهند؟»، «شما معمولاً از چه راه‌هایی متوجه می‌شوید که بیمار دچار نگرانی یا نیاز معنوی شده است؟»، «در چه موقعیت‌ها یا زمان‌هایی نیازهای معنوی بیماران بیشتر آشکار می‌شود؟»، «تجربه شما از گفتگو با بیماران درباره مسائل معنوی چیست؟»، «چه عواملی شناسایی نیازهای معنوی بیماران را تسهیل یا دشوار

ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر از سوی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به تأیید رسیده است (کد کمیته اخلاق: IR.SBMU.PHNM.1399.567).

اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی از شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۸ نفر از اعضای تیم مراقبت سرطان، شامل ۱۰ پرستار انکولوژی، ۴ پزشک، ۲ مددکار اجتماعی و ۲

روحانی بیمارستان شرکت داشتند. میانگین سابقه کار بالینی آنان ۸ سال (دامنه ۳ تا ۲۱ سال) بود. ۱۱ نفر زن و ۷ نفر مرد بودند. تمامی مشارکت‌کنندگان تجربه مستقیم تعامل با بیماران مبتلا به سرطان در مراحل مختلف بیماری را داشتند. در مرحله نخست تحلیل، پس از پیاده‌سازی کامل مصاحبه‌ها، ۷۴۶ واحد معنایی استخراج شد. این واحدها پس از حذف تکرارها و ادغام موارد مشابه، به ۴۱۲ کد اولیه تقلیل یافت. در مرحله بعد، کدهای اولیه بر اساس شباهت مفهومی در ۲۸ زیرطبقه دسته‌بندی شدند، سپس با مقایسه مستمر و بازبینی تحلیلی، این زیرطبقات در ۵ طبقه اصلی تجمیع شدند (جدول ۱).

جدول ۱: طبقات و زیرطبقات بر اساس تجربه مشارکت‌کنندگان در مطالعه

طبقات	زیرطبقات	نقل قول
شناسایی تدریجی نیاز معنوی	<ul style="list-style-type: none"> - مشاهده نشانه‌های هیجانی و رفتاری - استفاده از احوالپرسی ساده به عنوان غربالگری - پرسش‌های باز برای ورود به حوزه معنوی - توجه به بیان‌های غیر مستقیم معنوی - استفاده از ابزارهای غربالگری کوتاه - اخذ شرح حال معنوی ساختاریافته - ارجاع برای ارزیابی تخصصی 	<p>بسیاری از مشارکت‌کنندگان تأکید کردند که نخستین نشانه‌های نیاز معنوی معمولاً در قالب تغییرات هیجانی، سکوت‌های طولانی، گریه‌های بدون توضیح مشخص، یا پرسش‌های پراکنده درباره «چرایی» بیماری ظاهر می‌شود. یکی از پرستاران بیان کرد:</p> <p>«گاهی بیمار مستقیم درباره خدا حرف نمی‌زند، ولی وقتی مدام می‌پرسد چرا من؟ یا می‌گوید حتماً تقصیر خودم بوده، می‌فهمیم موضوع فقط جسم نیست.»</p>
حساسیت زمانی در بروز نیازهای معنوی	<ul style="list-style-type: none"> - زمان اعلام تشخیص - شروع یا تغییر درمان - مرحله عود بیماری - مرحله پیش‌آگهی ضعیف - مرحله نزدیکی به پایان عمر 	<p>مشارکت‌کنندگان توضیح دادند که زمان‌های خاصی، مانند اعلام تشخیص، شروع شیمی‌درمانی، عود بیماری و روزهای نزدیک به پایان عمر، با افزایش بروز نگرانی‌های وجودی همراه است. در این زمان‌ها بیماران بیشتر درباره آینده فرزندان، معنای رنج، عدالت الهی یا زندگی پس از مرگ صحبت می‌کنند.</p> <p>در سطح ابتدایی، شناسایی نیاز معنوی اغلب از طریق احوال‌پرسی ساده در راند روزانه صورت می‌گرفت. مشاهده حالت چهره، تماس چشمی، نحوه پاسخگویی و حتی وسایل شخصی کنار تخت (مانند قرآن، کتاب دعا یا برعکس، کناره‌گیری کامل از نمادهای مذهبی) برای تیم درمان معنادار بود.</p> <p>«در سطح پیشرفته‌تر، برخی اعضای تیم از پرسش‌های باز استفاده می‌کردند:</p> <p>در این روزها چه چیزی بیشتر از همه ذهنتان را درگیر کرده؟ چه چیزی به شما آرامش می‌دهد؟»</p>

طبقات	زیرطبقات	نقل قول
		چنانچه پاسخها حاکی از تعارضهای عمیق معنوی یا ناامیدی شدید بود، موضوع به روحانی یا متخصص مراقبت معنوی ارجاع داده می‌شد.
نقش مهارت‌های ارتباطی	<ul style="list-style-type: none"> - گوش دادن فعال - رفتارهای غیر کلامی تسهیل‌گر - بازتاب و خلاصه‌سازی - پرهیز از قضاوت و نصیحت - اختصاص زمان کافی - موانع ارتباطی (عجله، قطع صحبت، تغییر موضوع) 	<p>همچنین مشارکت‌کنندگان تأکید کردند که مهارت ارتباطی نقش تعیین‌کننده دارد. گوش دادن فعال، عدم قضاوت و دادن زمان کافی، احتمال بروز موضوعات معنوی را افزایش می‌دهد. در مقابل، عجله، نصیحت کردن یا تغییر سریع موضوع، باعث بسته شدن فضای گفتگو می‌شود.</p> <p>«یه زمانی بیمار صدامون می‌کنه می‌خواد حرف بزنه، اگر ما مثلاً به خاطر فشار کاری، خوب توجه نکنیم قشنگ متوجه می‌شه و دیگه ادامه نمی‌ده.»</p>
ویژگی‌های فردی و اجتماعی مؤثر	<ul style="list-style-type: none"> - سن پایین بیمار - تنهایی یا فقدان حمایت خانوادگی - مشکلات اقتصادی - سابقه اختلالات روانی - باورهای مذهبی قوی یا تعارض آمیز 	<p>«بعضی وقت‌ها صحبت کردن با بیماران جوان خیلی سخت می‌شه و کلنجار زیاد دارند با باورهاشون.»</p> <p>«اون‌هایی که اطرافشون گوش شنوا دارن، راحت‌تر احساساتشون بروز می‌دن و آدم می‌فهمه چی می‌خوان.»</p>
تصمیم‌گیری بالینی و طراحی مراقبت	<ul style="list-style-type: none"> - پایش مستمر بدون ارجاع - مداخله حمایتی اولیه توسط پرستار - ارجاع به روحانی یا متخصص - مستندسازی وضعیت معنوی - اولویت‌بندی نیازها 	<p>«باید توجه کنیم فقط شناسایی نیازها کافی نیست و باید مداخله کنیم و مستندسازی تا بقیه همکاران بدانند چکاری انجام دادیم که ادامه دهند.»</p> <p>«برنامه معنوی هم مثل سایر برنامه‌ها مراقبتی یک فرایند هست.»</p>

در مجموع، شناسایی نیاز معنوی به عنوان یک طیف توصیف شد که از مشاهده غیر رسمی آغاز و در صورت لزوم به ارزیابی ساختاریافته و تخصصی ختم می‌شود.

بحث

شناسایی نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان فرایندی تدریجی، پویا و مبتنی بر تعامل است که از مشاهده‌های غیر رسمی آغاز شده و در صورت نیاز به ارزیابی ساختاریافته و مداخله تخصصی منتهی می‌شود. این یافته با رویکردهای جدید مراقبت معنوی همسو است که شناسایی نیازهای معنوی را بخشی مستمر از مراقبت جامع و رابطه‌محور می‌دانند، نه یک مداخله مقطعی یا صرفاً مبتنی بر ابزارهای رسمی (۱، ۹).

نخستین یافته مطالعه نشان داد که اعضای تیم درمان اغلب از نشانه‌های هیجانی، رفتاری و تعاملات روزمره برای شناسایی اولیه نیازهای معنوی استفاده می‌کنند. تغییرات خلقی، سکوت طولانی، گریه، پرسش درباره چرایی بیماری یا احساس گناه، از جمله نشانه‌هایی بود که مشارکت‌کنندگان آن را بیان غیر مستقیم دیسترس معنوی تلقی می‌کردند. مطالعات اخیر نیز نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به سرطان معمولاً نگرانی‌های معنوی خود را به صورت آشکار بیان نمی‌کنند و این نیازها بیشتر در قالب واکنش‌های هیجانی یا بحران‌های وجودی بروز می‌یابد (۱۰، ۱۲).

بر اساس تجربیات مشارکت‌کنندگان در مطالعه، احوالپرسی ساده، توجه به نشانه‌های غیر کلامی و استفاده از پرسش‌های باز می‌تواند به عنوان نوعی غربالگری اولیه عمل کند. این

از جمله موانع اصلی ارائه مراقبت معنوی در بخش‌های انکولوژی گزارش شده‌اند (۷، ۹). این موضوع ضرورت آموزش مهارت‌های ارتباطی و مراقبت معنوی به اعضای تیم درمان را برجسته می‌کند.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که ویژگی‌های فردی و اجتماعی بیماران می‌تواند بر نحوه بروز و شناسایی نیازهای معنوی تأثیرگذار باشد. بیماران جوان‌تر بیشتر دچار تعارض‌های وجودی و پرسش درباره عدالت و آینده می‌شدند، در حالی که بیماران دارای حمایت خانوادگی مناسب راحت‌تر احساسات و نگرانی‌های خود را بیان می‌کردند. همچنین مشکلات اقتصادی، تنهایی و تعارض‌های مذهبی می‌توانستند دیسترس معنوی را تشدید کنند.

مطالعات جدید نیز نشان داده‌اند که عوامل اجتماعی و فرهنگی نقش مهمی در تجربه معنوی بیماران مبتلا به سرطان دارند و کمبود حمایت اجتماعی می‌تواند احساس ناامیدی و انزوای وجودی را افزایش دهد (۵، ۱۰). علاوه بر این، باورهای مذهبی ممکن است هم نقش حمایتی و هم نقش تعارض‌زا داشته باشند، به گونه‌ای که برخی بیماران از ایمان مذهبی برای یافتن امید و معنا استفاده می‌کنند، در حالی که برخی دیگر بیماری را نوعی مجازات یا نشانه طردشدگی تلقی می‌کنند (۳). این موضوع اهمیت توجه فردمحور و فرهنگ‌محور در ارزیابی معنوی را نشان می‌دهد.

آخرین یافته مطالعه نشان داد که شناسایی نیازهای معنوی زمانی اثربخش خواهد بود که به برنامه‌ریزی مراقبتی و مداخله منجر شود. مشارکت‌کنندگان بر اهمیت مستندسازی وضعیت معنوی، پیگیری مداخلات و ارجاع بیماران به متخصصان مراقبت معنوی تأکید داشتند. این یافته با دستورالعمل‌های جدید مراقبت تسکینی همسو است که مراقبت معنوی را بخشی از تصمیم‌گیری بالینی و مراقبت بین‌رشته‌ای می‌دانند (۷، ۹).

مطالعات نشان داده‌اند که ادغام مراقبت معنوی در برنامه مراقبتی می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی، افزایش رضایت بیماران و ارتقای کیفیت مراقبت پایان عمر شود (۱، ۶). همچنین مستندسازی نیازهای معنوی و تداوم پیگیری تیم

موضوع با دیدگاه‌های جدید مراقبت معنوی مطابقت دارد که بر اهمیت تعامل روزمره و رابطه درمانی در شناسایی نیازهای معنوی تأکید دارند (۱۱). همچنین استفاده از ابزارهای ساختاریافته زمانی مؤثر است که در چارچوب ارتباط درمانی و با حساسیت فرهنگی به کار گرفته شود، زیرا استفاده مکانیکی از ابزارها بدون درک شرایط فردی و فرهنگی بیمار ممکن است اثربخشی محدودی داشته باشد (۲).

یافته‌های مطالعه نشان داد که نیازهای معنوی در برخی مراحل بیماری برجسته‌تر می‌شوند، به ویژه هنگام اعلام تشخیص، شروع درمان، عود بیماری و مراحل پایانی حیات. در این دوره‌ها بیماران بیشتر درباره معنا، آینده خانواده، امید، عدالت الهی و مرگ دچار نگرانی می‌شوند. این یافته با مطالعات اخیر همسو است که نشان داده‌اند شدت دیسترس معنوی در مراحل بحرانی بیماری افزایش یافته و نیاز بیماران به حمایت معنوی بیشتر می‌شود (۴، ۵).

مطالعات جدید در حوزه انکولوژی و مراقبت تسکینی نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته در دوره‌های تشدید بیماری بیشتر دچار بحران معنا، ناامیدی و اضطراب وجودی می‌شوند و این مسائل می‌تواند بر تصمیم‌گیری درمانی و کیفیت زندگی آنان اثر بگذارد (۳، ۶). بنابراین ارزیابی معنوی باید فرایندی مستمر و متناسب با تغییرات وضعیت بیماری باشد و تنها به زمان پذیرش بیمار محدود نشود.

تجربیات مشارکت‌کنندگان نشان داد که مهارت‌های ارتباطی نقش کلیدی در آشکارشدن نگرانی‌های معنوی بیماران دارد. گوش‌دادن فعال، رفتار غیر قضاوتگر، همدلی و اختصاص زمان کافی موجب تسهیل بیان نگرانی‌های وجودی می‌شد، در حالی که عجله، قطع صحبت بیمار و تغییر سریع موضوع مانع شکل‌گیری گفتگوی معنوی می‌گردید و کیفیت رابطه درمانی یکی از مهم‌ترین پیش‌نیازهای مراقبت معنوی مؤثر است (۱۲).

بیماران زمانی درباره نگرانی‌های معنوی صحبت می‌کنند که احساس امنیت روانی، احترام و درک‌شدن داشته باشند. ارتباط مبتنی بر شفقت و همدلی می‌تواند زمینه مناسبی برای بیان ترس‌ها، امیدها و پرسش‌های وجودی فراهم کند (۱۲). در مقابل، فشار کاری، کمبود زمان و فقدان آموزش تخصصی،

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

بیانیه هوش مصنوعی

در این مطالعه، از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

درمان، هماهنگی بهتر میان اعضای تیم و استمرار مراقبت جامع را تسهیل می‌کند. بنابراین ایجاد ساختارهای سازمانی مناسب، تعریف نقش‌های مشخص و آموزش تیم درمان می‌تواند به ادغام مؤثرتر مراقبت معنوی در خدمات مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان کمک کند.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که شناسایی نیازهای معنوی در عمل بالینی، فرایندی ناگهانی یا صرفاً مبتنی بر ابزارهای رسمی نیست، بلکه اغلب از تعاملات روزمره و مشاهده‌های ظریف آغاز می‌شود. شناسایی نیازهای معنوی نه یک مداخله منفرد، بلکه بخشی از مراقبت جامع و رابطه‌محور در سرطان است که مستلزم مهارت، حساسیت و ساختار سازمانی مناسب می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

سولماز موسوی: طراحی مطالعه، انجام مصاحبه و تحلیل داده، نگارش و ویرایش نسخه‌های مختلف.
سپیده مظاهری: تحلیل داده‌ها، ویرایش نسخه‌های مختلف.
هانیه مولایی: تحلیل داده‌ها، ویرایش نسخه‌های مختلف.
کاملیا روحانی: طراحی مطالعه، طراحی روش، تحلیل داده، نگارش و ویرایش نسخه‌های مختلف.
نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

References

1. Balboni TA, VanderWeele TJ, Doan-Soares SD, Long KN, Ferrell BR, Fitchett G, et al. Spirituality in Serious Illness and Health. *The Journal of the American Medical Association*. 2022;328(2):184-97.
2. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Smith TJ. Integration of palliative care into standard oncology care: ASCO clinical practice guideline update summary. *Journal of Oncology Practice*. 2017;13(2):119-21.
3. Best M, Butow P, Olver I. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. *Palliative Medicine*. 2016;30(4):327-37.
4. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*. 2014;17(6):642-56.
5. Sinclair S, McClement S, Raffin-Bouchal S, Hack TF, Hagen NA, McConnell S, et al. Compassion in health care: an empirical model. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2016;51(2):193-203.
6. Selman LE, Brighton LJ, Sinclair S, Karvinen I, Egan R, Speck P, et al. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliative Medicine*. 2018;32(1):216-30.
7. Delgado-Guay MO, Hui D, Parsons HA, Govan K, De la Cruz M, Thorney S, et al. Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011;41(6):986-94.
8. Network NC. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management [Internet]. National Comprehensive Cancer Network; 2010. [Cited 2026 Mar 4]. Available from: https://sffpo.fr/wp-content/uploads/2011/10/guidelines_unitedstatesnccndi_stressmanagementguideline2010.pdf.
9. Peteet JR, Balboni MJ. Spirituality and religion in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2013;63(4):280-9.
10. American Academy of Hospice and Palliative Medicine; Center to Advance Palliative Care; Hospice and Palliative Nurses Association; Last Acts Partnership; National Hospice and Palliative Care Organization. National consensus project for quality palliative care: clinical practice guidelines for quality palliative care, executive summary. *Journal of Palliative Medicine*. 2004;7(5):611-27.
11. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician*. 2001;63(1):81-9.
12. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*. 2000;3(1):129-37.
13. 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.
14. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of Qualitative Research*. 1994;2(163-194):105.