

نیاز مذهبی بیماران مبتلا به سرطان: مطالعه کیفی

خدیجه حاتمی پور^۱

مریم رسولی^۲

فریده یغمایی^۳

حمید علوی مجد^۴

کاظم زنده دل^۵

چکیده

درک نیازهای مذهبی بیماران می‌تواند بر چگونگی ارتباط و ارائه مراقبت مذهبی به بیماران تأثیرگذار باشد. این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا و با هدف تعیین نیازهای مذهبی بیماران مبتلا به سرطان در ایران صورت گرفت. شرکت‌کنندگان در مطالعه را ۱۸ بیمار مبتلا به سرطان که از فروردین تا شهریور ۹۲ در انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی (ره) تهران بستری شده بودند، تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند شروع و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. سپس درون‌مایه‌ها استخراج گردید.

۱. دکترای پرستاری، استادیار گروه پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مازندران، ایران.

۲. دکترای پرستاری، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: rassouli.m@gmail.com

۳. دکترای بهداشت عمومی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، گروه پرستاری، زنجان، ایران.

۴. استاد آمار زیستی، دانشکده آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۵. دکترای اپیدمیولوژی سرطان، مرکز تحقیقات سرطان، انستیتو کانسر ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

از ۶۱۱ کد اولیه به دست آمده، با تحلیل داده‌ها درون‌مایه مذهب استخراج شد که دارای ۳ طبقه باورهای دینی، ارتباط با خداوند و نیاز به عبادت و زیرطبقات اعتقاد، توسل، نزدیکی به خداوند، توکل به خداوند، دعا، نیایش و انجام مناسک مذهبی بود. این مطالعه نشان داد: بیماران مبتلا به سرطان در ایران، بر حسب شرایط فرهنگی، مردمی مذهبی بوده و برای سازگاری با شرایط بحرانی زندگی نظیر ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج، بیشتر به مذهب رو می‌آورند. داشتن باورهای مذهبی، منجر به کم‌رنگ‌تر شدن مشکلات روانی شده و سازگاری بیمار با بیماری را بیشتر کرده و به حفظ امید در آنان کمک می‌نماید. نتایج این پژوهش می‌تواند توسط مدیران پرستاری جهت برنامه‌ریزی کلان مراقبت کل‌نگر در این بیماران مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی

مذهب، نیاز مذهبی، سرطان، بیماران مبتلا به سرطان، بیماران مسلمان

مقدمه

معنویت، پدیده‌ای عمومی بوده و همه انسان‌ها نیاز دارند از طریق برقراری روابط با خود، دیگران و هستی برتر در زندگی معنا پیدا کنند. (بالداچینو و همکاران^۱، ۲۰۰۱ م.) در کتاب استاد مطهری (۱۳۸۴ ش.) با نام «پیرامون انقلاب اسلامی» آمده است: «از نظر قرآن، معنویت پایه تکامل است. این همه عبادات که در اسلام بر روی آن تکیه شده است، برای تقویت جنبه معنوی روح انسان می‌باشد. معنویت انسان را به خدا پیوند می‌دهد و باعث اخلاص در عبادات و پیروی از راه و روش الهی و پایبندی به دین و شریعت می‌شود.» (نجاتی، ۱۳۷۲ ش.) انسان از نظر اسلام دارای روح الهی است، پس دارای نیازهای معنوی نیز می‌باشد. شاید رسالت ادیان را نیز باید برآورده کردن همین نیاز انسان دانست. بنیانگذاران همه ادیان می‌خواسته‌اند به نوعی انسان را فراتر از خود ببرند و به موطن اصلی خویش بازگردانند. به نظر می‌رسد که دینداران از دین، به منظور هدف‌دهی و معنا بخشی به زندگی خود استفاده می‌کنند. هدف برتر ادیان، معنا دهی به زندگی دینداران است. (فلاحی خشک‌ناب و همکاران، ۱۳۸۷ ش.) معنویت و درمان‌های معنوی، سبب ایجاد طیفی از تأثیرات مثبت نظیر آرامش درونی و خودآگاهی می‌گردد. (مالر و همکاران^۲، ۲۰۰۱ م.) نیایش، خواندن کتب مذهبی یا حضور در فعالیت‌های مذهبی، از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کم‌تری متحمل شوند. (مالر و همکاران، ۲۰۰۱ م.)

امروزه سرطان به عنوان یکی از معضلات سلامتی در سراسر جهان مطرح می‌باشد. (بایکال و همکاران^۳، ۲۰۰۹ م.) بنابر آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۲، حدود ۱۴/۱ میلیون مورد جدید بیماری سرطان گزارش شد. (سازمان

جهانی بهداشت، ۲۰۱۳ م.) آمار سرطان در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است و شیوع، مرگ و هزینه‌های منتج از آن نیز در سال‌های آینده افزایش خواهد یافت. (انگوما^۴، ۲۰۰۶ م.) با توجه به این‌که سرطان یک بیماری تهدیدکننده حیات است، می‌تواند از جنبه‌های گوناگونی بر زندگی فرد تأثیر گذارد و دامنه وسیعی از مسائل و مشکلات را در نتیجه روند بیماری وی ایجاد کند. (سبسی و همکاران^۵، ۲۰۱۲ م.) به اعتقاد ورسانو^۶ (۲۰۰۱ م.) از آنجا که بیماری در هر انسانی دارای معانی متفاوتی است، بیماران مبتلا به سرطان، با تغییرات و چالش‌های متعددی در زمینه‌های مختلف زندگی روبرو می‌شوند. این بیماران پس از مواجهه با تشخیص بیماری نیازهای مختلفی دارند. (میسل و همکاران^۷، ۲۰۱۱ م.) قرآن کریم در سوره زمر می‌فرماید: «هنگامی که به انسان زبانی برسد، پروردگار خویش را می‌خواند و به سوی او باز می‌گردد.» فعالیت‌های مذهبی به عنوان یک منبع مهم در مقابله با بیماری‌ها محسوب می‌شوند. راهبردهای سازگاری مذهبی سبب حفظ و ارتقای عزت نفس بیمار، ایجاد حس هدفمندی و معناداری زندگی، افزایش آسودگی روانی و امیدواری می‌شوند. (بوسینگ و همکاران^۸، ۲۰۰۸ م؛ بوسینگ و همکاران^۹، ۲۰۰۹ م؛ هبرت و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۹ م.) ترنکل^{۱۱} (۲۰۰۶ م.) در مطالعه خود نشان داد میزان سلامت روانی با افزایش استفاده از روش‌های مقابله مذهبی مثبت افزایش می‌یابد. مطالعات صورت‌گرفته در بین جمعیت‌های مسلمان نیز ارتباط بین راهبردهای مقابله مذهبی و جنبه‌های مختلف سلامت را آشکار ساخته است. تیلیوئین و همکاران^{۱۲} در یک جمعیت در الجزایر نشان دادند: «فعالیت مذهبی اسلامی با سلامت مسلمانان ارتباط مستقیم دارد.» (حجتی و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) توکل به خداوند، خواندن دعا، رفتن به مسجد و تلاوت قرآن از جمله راهبردهای مقابله مذهبی در بین مسلمانان می‌باشد و مطالعه فرنچ و همکاران^{۱۳} (۲۰۰۸ م.) نیز در

یک جمعیت در اندونزی مشخص کرد راهبردهای مقابله مذهبی با عزت نفس، تنظیم حالات هیجانی و رفتارهای اجتماعی بهنجار ارتباط مستقیم دارد. دعاکردن که شامل ستایش و پرستش، اقرار و اعتراف، نیایش، شفاعت، سوگواری و شکرگذاری است، می‌تواند شفادهنده و آرام‌بخش باشد. (شریعتی، ۱۳۷۸ ش.) در پژوهشی که توسط سیدفاطمی و همکاران در سال ۱۳۸۵ انجام شد، اثر دعا را بر سلامت معنوی ۳۶۰ بیمار بالای ۲۰ سال مبتلا به شیمی‌درمانی بررسی نمودند. در این مطالعه، سلامت معنوی اکثر بیماران در حد بالایی قرار داشت. نتایج یافته‌ها رابطه معناداری بین دعا و سلامت معنوی بیماران نشان داد. در این مطالعه سلامت معنوی بعد مهم و برجسته زندگی قلمداد گردید. به اعتقاد پژوهشگران، بیمارانی که سلامت معنوی آنان تقویت می‌شود، به طور مؤثر می‌توانند با بیماری خود سازگار شده و حتی مراحل آخر بیماری خود را به خوبی بگذرانند. رهنما و همکاران نیز در سال ۱۳۹۱ توجه به مراقبت معنوی بیماران مبتلا به سرطان را مهم ارزیابی کردند و لزوم انجام مراقبت معنوی را متذکر شدند. آنان عنوان کردند در این راستا پرستاران و کادر درمانی باید دانش و درک خود را در این زمینه گسترش دهند و با تلفیق معنویت در مراقبت پرستاری، ارتباط خود را با مددجویان و خانواده‌هایشان بهبود بخشند.

زند و رفیعی (۱۳۹۱ ش.) در پژوهش خود تحت عنوان «نیاز به مراقبت‌های مذهبی در بیماران بستری»، انجام مراقبت‌های مذهبی از نظر بیماران را بسیار مهم و ضروری دانستند و توصیه کردند مسئولین و برنامه‌ریزان بخش مراقبت‌های بیمارستانی، انجام مراقبت‌های مذهبی را به عنوان بخشی از مراقبت‌های جامع بیمارستانی در نظر گیرند.

درک نیازهای مذهبی بیماران می‌تواند مستقیماً بر چگونگی ارتباط و ارائه مراقبت مذهبی به بیماران تأثیرگذار باشد. با توجه به این‌که از یکسو تجارب بیماران و مراقبان آن‌ها می‌تواند نقش مهم و ارزشمندی در شناسایی نیازهای مذهبی آن‌ها داشته باشد و از آنجایی که شناسایی نیازهای مذهبی به عنوان یک عنصر حیاتی در ارائه مراقبت فرهنگی مطرح است، (محمودیشان و همکاران، ۲۰۱۰ م.) لازم است نیازهای مذهبی بیماران شناسایی گردد. با توجه به مذهبی‌بودن مردم کشور ایران، رعایت اصول مذهبی و ایجاد امکانات لازم جهت اعمال مذهبی و برطرف‌ساختن این نیاز در بیماران مبتلا به سرطان، امری لازم و ضروری است. در حال حاضر در مراکز درمانی، توجه به نیازهای مذهبی بیمار مورد غفلت قرار گرفته و تا به حال در این زمینه پژوهش کیفی نیز صورت نگرفته است. از این رو این مطالعه با هدف تعیین نیازهای مذهبی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

روش

این پژوهش، مطالعه‌ای کیفی است که به روش تحلیل محتوا به منظور تبیین نیازهای مذهبی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. شرکت‌کنندگان از میان بیماران مبتلا به سرطان بستری در انستیتو کانسر مجتمع بیمارستانی امام (ره) انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد ذیل بود: تشخیص بیماری آن‌ها قطعی شده بود، از تشخیص بیماری خود آگاه بودند، جهت حضور در مطالعه تمایل و رضایت داشتند، قدرت برقراری ارتباط داشته، سابقه اختلالات شدید روانی مانند اسکیزوفرنی نداشتند و نیز حداقل شش‌ماه از تشخیص بیماری آن‌ها گذشته بود. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف صورت گرفت و داده‌ها به روش «مصاحبه فردی نیمه‌ساختاریافته» جمع‌آوری گردید. از آنجا که هیچ معیاری

برای تعیین تعداد مشارکت‌کنندگان در پژوهش‌های کیفی قبل از شروع مطالعه وجود ندارد و این تعداد بر اساس اطلاعات به دست آمده و تا زمان اشباع کل طبقات ایجاد شده (زمانی که دیگر مشارکت‌کننده‌ها اطلاعات جدیدی به دانسته‌ها اضافه ننمایند) ادامه می‌یابد، (استروبرت و همکاران، ۲۰۱۰ م.) در این مطالعه پس از ۱۸ مصاحبه اشباع داده‌ها حاصل گردید. تمام مصاحبه‌ها با کسب رضایت‌نامه آگاهانه از شرکت‌کنندگان ضبط و در اولین فرصت پس از اتمام هر مصاحبه، کلمه به کلمه بر روی کاغذ نوشته شد. این روند برای تمام ۱۸ مصاحبه انجام شده، به صورت یکسان انجام پذیرفت. سپس به منظور اطمینان‌یافتن از صحت و دقت اطلاعات انتقال‌یافته به روی کاغذ، تمامی اطلاعات پیاده‌شده ضمن گوش‌دادن به فایل مصاحبه مجدداً مرور گردید. مدت زمان مصاحبه‌ها به طور متوسط بین ۳۰ تا ۹۰ دقیقه بود. اگرچه بیشتر داده‌های کیفی به طریق تحلیل محتوا، تجزیه و تحلیل می‌شوند، (مایان^{۱۴}، ۲۰۰۱ م.) اما می‌توان گفت به تعداد پژوهشگران کیفی، استراتژی‌های تجزیه و تحلیل کیفی متعددی وجود دارد. (پولیت و همکاران^{۱۵}، ۲۰۰۶ م.) در این مطالعه با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی، معنا و مضامین موجود در مصاحبه‌ها استخراج، سپس کدها ادغام و بر اساس شباهت‌ها طبقه‌بندی گردیدند. در مجموع با توجه به کدها و طبقات به دست‌آمده در خصوص نیازهای مذهبی، طبقات و زیرطبقات به دست آمدند.

جهت اطمینان از صحت و استحکام داده‌ها از چهار معیار اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و انتقال‌پذیری استفاده گردید. (پولیت و همکاران، ۲۰۰۶ م.) بدین منظور پژوهشگر با محل‌های پژوهش ارتباط طولانی‌مدت داشت که به جلب اعتماد شرکت‌کنندگان و نیز درک محیط مورد مطالعه کمک کرد. از بازنگری مشارکت‌کنندگان نیز برای تأیید صحت داده‌ها و کدها استفاده شد، یعنی بعد از

کدگذاری، متن مصاحبه به شرکت‌کنندگان بازگردانده می‌شد تا از صحت کدها و تفاسیر، اطمینان حاصل شود و کدهایی که از نظر مشارکت‌کنندگان بیانگر نظر آن‌ها نبود، اصلاح گردید. همچنین سعی شد مشارکت‌کنندگان از نظر سن، نوع سرطان، شغل، جنس و سطح تحصیلات، حداکثر تنوع را داشته باشند. تنوع و دامنه زیاد تغییرپذیری در تحقیقات کیفی می‌تواند به انتقال‌پذیری یافته‌ها کمک نماید. (پولیت و همکاران، ۲۰۰۶ م.) متن مصاحبه‌ها مورد بازنگری ناظران قرار گرفت. یعنی کدها و طبقات استخراج‌شده به چند تن از متخصصین داده شد و مورد بررسی قرار گرفت و نظرات اصلاحی آنان اعمال گردید.

سپس برای اطمینان از دقت در تفسیر داده‌های به دست‌آمده، از روش بازنگری همکاران^{۱۶} استفاده گردید و تعدادی از مصاحبه‌ها به صورت دست‌نویس و با حفظ محرمانه‌بودن نام شرکت‌کنندگان به دو نفر از پژوهشگران در زمینه پژوهش‌های کیفی ارائه شد تا کدگذاری و دسته‌بندی گردند. همچنین برای تعیین اعتبار یافته‌ها توسط شرکت‌کنندگان^{۱۷}، طبقات به همراه زیرطبقات به دست‌آمده، به پنج نفر از شرکت‌کنندگان در پژوهش داده شد تا اعتبار یافته‌ها تأیید گردد.

به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، پس از کسب مجوز برای انجام مصاحبه‌ها از دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های مورد نظر، فرم رضایت‌نامه آگاهانه توسط تمام شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. در این فرم از شرکت‌کنندگان اجازه ضبط مصاحبه‌ها و استفاده از اطلاعات بدون ذکر نام کسب گردید. در پایان هر مصاحبه نیز مجدداً بر استفاده از مصاحبه‌ها با حفظ محرمانه‌بودن نام شرکت‌کنندگان تأکید گردید و همه شرکت‌کنندگان موافقت خود را برای استفاده از نظراتشان در این مطالعه با محرمانه‌بودن نام اعلام نمودند.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل ۱۸ بیمار بستری در انستیتو کانسر مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) تهران بودند. سن بیماران از ۲۲ تا ۷۲ سال متغیر بود. ۹ نفر زن، ۹ نفر مرد و دارای شغل‌های مختلف (خانه‌دار، دبیر، بیکار، مهندس، آزاد و کارمند) بودند. نوع سرطان مبتلایان شامل سرطان دستگاه گوارش، کبد، خون، لنفوم، ریه، پستان، رحم و تخمدان بود. تحلیل داده‌ها در مورد نیازهای مذهبی بیماران، سه طبقه را مشخص نمود که عبارت از باورهای دینی (حیطه نگرش)، ارتباط با خداوند (حیطه عملکردی) و نیاز به عبادت (حیطه عملکردی) بودند. این سه طبقه، در نهایت، یک طبقه کلی یا درون‌مایه مشترک، تحت عنوان نیاز مذهبی را مشخص نمودند (جدول ۱).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که نیازهای مذهبی بیماران مبتلا به سرطان دارای ۳ بعد می‌باشد که یکی از آن‌ها باورهای دینی نام گرفت. بیماران نقش باورهای دینی را در قالب نیاز به اعتقاد و توسل بیان نمودند. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه معتقد بودند، خداوند همواره به انسان امید داده و حمایت می‌کند و نباید از رحمت خداوند ناامید بود. در جدول ۲، زیرطبققات مربوط به طبقه باور دینی به همراه جملات معنایی مطرح‌شده توسط بیماران آمده است (جدول ۲). نیاز دیگر در این مطالعه ارتباط با خداوند ذکر شد که در قالب دو نیاز نزدیکی و توکل به خدا شکل گرفت (جدول ۳). از نگاه شرکت‌کنندگان در مطالعه، ارتباط با خدا می‌تواند به عنوان یک عامل کمک‌کننده مهم در کنارآمدن با بیماری و تحمل آن مطرح باشد. نیاز به «عبادت» سومین طبقه از نیازهای مذهبی بیماران مبتلا به سرطان را به خود اختصاص داد (جدول ۴).

بحث

مذهب، باعث ایجاد نگرش مثبت نسبت به دنیا در فرد می‌شود و او را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی مانند فقدان یا بیماری یاری می‌رساند و با ایجاد انگیزه و انرژی در فرد، وی را به بهتر شدن زندگی امیدوار می‌کند. این امر موجب افزایش تحمل و پذیرش موقعیت‌های غیر قابل تغییر می‌شود و در بسیاری از موارد اضطراری که علم قادر به کمک به فرد نیست، این مسأله از اهمیت خاصی برخوردار است. (حجتی و همکاران، ۱۳۸۸ ش.) این مطالعه، با هدف تبیین نیازهای مذهبی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد که نیازهای مذهبی بیماران در این مطالعه سه طبقه باورهای دینی، ارتباط با خدا و نیاز به عبادت را به خود اختصاص داد. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، مهم‌ترین نیاز خود را نیاز مذهبی دانسته و بر لزوم توجه به آن توسط کادر درمانی تأکید نمودند. اعمال مذهبی ممکن است موجب معالجه یک بیمار نشود، اما می‌تواند به فرد کمک کند تا احساس خوبی داشته باشد، از برخی مشکلات سلامتی جلوگیری کند و با بیماری و مرگ به راحتی کنار آید. (تی سوات^{۱۸}، ۲۰۰۶ م.) منابع مذهبی می‌توانند موجب ایجاد یک حس کلی امید و دیدگاه مثبت به زندگی گردند. مطالعه حاضر نشان داد که بیماران با توسل به ائمه، روحیه می‌گیرند. علامه مجلسی در بحارالانوار در تأیید این موضوع می‌نویسد: «توسل به ائمه اطهار (علیهم‌السلام) آنقدر اثربخش است که به تنهایی شفابخشی می‌کند.»^{۱۹} در پژوهشی که توسط طالقانی در سال ۲۰۰۶ انجام شد، مشخص گردید عامل مهمی که در استعانت مذهبی زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله تشخیص قابل تأمل است، توسل بیماران به نذر، زیارت، دعا و توسل به ائمه اطهار بود که نقش مهمی در آرامش روانی و کاهش ترس از بیماری داشته است.

یکی از مواردی که بیماران در بیان نیازهای خود به آن تأکید داشتند، ارتباط با خداوند در قالب نزدیکی و توکل به خدا بود. خداوند در قرآن (رعد: ۲۸) می‌فرماید: «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ؛ آگاه باشید که با یاد خدا، دل‌ها آرامش می‌یابد.» در روایات متعددی از پیشوایان اسلام آمده است که روح و حقیقت دین، همان ایمان و عشق به خداوند است. (مکارم شیرازی، ۱۳۵۲ ش.) افراد مذهبی معتقدند بیماری تن را از گناهان می‌پالاید، همچنان که دم (و کوره) آهنگری، ناخالصی آهن را می‌زداید.^{۲۰} از دیدگاه شهید مطهری، آنان معتقد به این پیام الهی هستند «وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ إِنَّ اللَّهَ بَالِغُ أَمْرِهِ قَدْ جَعَلَ اللَّهُ لِكُلِّ شَيْءٍ قَدْرًا؛ هر که به خدا توکل کند خداوند او را کافی است، خداوند کار او را به اجرا می‌رساند و برای هر چیز قدر و اندازه‌ای قرار داده است.»^{۲۱} مشارکت‌کنندگان در مطالعه رهنما و همکاران (۱۳۹۱ ش.) نیز به نقش توکل به خدا و اعتماد به او اشاره داشتند. این مطالعه نشان داد بیماران با ارتباط با خدا و توکل به او امید و آرامش می‌گیرند.

از دیگر نیاز مذهبی مورد توجه شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، نیاز به عبادت بود که در قالب دعا/ نیایش و انجام مناسک مذهبی بیان شد. عبادت باعث افزایش سازگاری با بیماری در مبتلایان به سرطان می‌شود. (لوین و همکاران،^{۲۲} ۲۰۰۸ م.) دعا کردن از بهترین اعمالی است که هم خداوند کریم در قرآن و هم پیامبر اکرم (ص) و امامان معصوم (ع) سفارش بسیار نموده‌اند. (شریف‌نیا و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) دعا یاد خدا را در دل انسان زنده نگه می‌دارد: «وَلَا تَكُونُوا كَالَّذِينَ نَسُوا اللَّهَ فَأَنْسَهُمْ أَنْفُسَهُمْ أُولَئِكَ هُمُ الْفَاسِقُونَ؛ از آن کسان مباشید که خدا را فراموش کردند و خدا نیز چنان کرد تا خود را فراموش کنند ایشان نافرمانند.» (حشر: ۱۹) به اعتقاد بوالهروی و همکاران (۱۳۹۲ ش.) در مواردی که فرد با مشکل پیچیده و

غیر قابل حلی رو به روست، ذکر و دعا به فرد کمک می‌کند تا مشکل را بپذیرد و به نحوی با آن کنار بیاید، زیرا همه مشکلات را نمی‌توان حل کرد. برخی از مشکلات تعدیل‌شدنی هستند نه حل‌شدنی و ذکر می‌تواند این فرصت را در اختیار فرد قرار دهد. به عبارت دیگر در مواردی که برای مشکل راه حلی وجود ندارد، ذکر می‌تواند مقابله مؤثری باشد، زیرا به آرامش فرد منجر می‌شود.

دعا، از رفتارهای مذهبی مرتبط با سلامت روان و تندرستی است. (حجتی و همکاران، ۱۳۸۹ ش). انسان هنگام مناجات، از مشکلات زندگی به خداوند پناه می‌برد و با ابراز رنج و اندوه خود از خدا می‌خواهد که در حل مشکلات و برآوردن نیازهایش به وی کمک کند و این بازگوکردن مشکلات اضطراب‌زا، سبب تخلیه هیجانی و کاهش اضطراب‌ها می‌شود و به ایجاد آرامش در فرد کمک می‌کند. همچنین انسان هنگام دعا و نیایش، احساس حمایت از سوی یک قدرت مافوق همه قدرت‌ها می‌کند که این به نوبه خود حس اعتماد به نفس، امنیت، آرامش و امیدواری را در فرد زنده می‌سازد. (طالقانی و همکاران، ۱۳۸۴ ش). اعمال مذهبی مثل نمازخواندن و دعاکردن، یک راهبرد سازگار شایع است که احساس لیاقت و امید را افزایش می‌دهد. (بلک و همکاران^{۲۳}، ۱۹۹۳ م). در میان منابع معنوی و مذهبی، بیشترین منبعی که مورد استفاده قرار می‌گیرد، دعاکردن است. (تاتسامورا و همکاران^{۲۴}، ۲۰۰۳ م). دعاکردن به مذهب خاصی وابسته نبوده و در محدوده زمان و مکان نیز نمی‌گنجد. (یانگ و همکاران^{۲۵}، ۲۰۰۵ م). البته دعاکردن فقط برای رهایی از بیماری نیست، بلکه همه انسان‌ها چه در سلامت و چه در بیماری به آن نیازمند هستند. امام علی (ع) می‌فرماید: «آن کس که به شدت گرفتار است، نیازش به دعا بیشتر از تندرستی که از بلا در امان است نیست.» دعا یکی از روش‌های درمانی است که از طریق آن، ارتباط معنوی و روحی بین انسان محتاج با خداوند ایجاد شده و این

ارتباط موجب تجدید روحیه بیمار و شکستن دیوار ناامیدی در نفس وی می‌گردد (شریف‌نیا و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) حجتی و همکاران (۱۳۸۹ ش.) نیز در مطالعه خود نشان دادند تناوب دعا با سلامت معنوی در ارتباط است. در پژوهشی که توسط طالقانی (۱۳۸۴ ش.) صورت گرفت ارتباط مستقیمی بین دعاکردن و آرامش بیماران مبتلا به سرطان وجود داشت. به عبارتی دعا و نذرکردن، تحمل انسان را در برابر بیماری‌ها و مشکلات زیاد می‌کند و استعانت مذهبی (دعاکردن)، عامل مواجهه با مشکلات خاص بوده که موجب آرامش روحی روانی در بیماران می‌شود و این آرامش و احساس کنترل در اعمال مذهبی به واسطه دعاکردن ایجاد می‌گردد، زیرا دعاکردن موجب کنترل شرایط به ظاهر غیر قابل کنترل شده و این مسأله در موارد جدی مانند بیماری‌های صعب‌العلاج از اهمیت خاصی برخوردار است. (شریف‌نیا و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) دعا‌های فردی و دعا‌های دیگران برای بیمار به او قدرت می‌بخشد. همچنین این بیماران از دیگران نیز تقاضا می‌کنند که برای آن‌ها دعا کنند و این امر برای آن‌ها نیروبخش است. (والتون و همکاران، ۲۰۰۴ م.) رسول گرامی اسلام (ص) فرمودند: «عودوا المرضى و تدعوا للمريض، فتقول اللهم اشفه بشفائك و داوه بدوائك و عافه من بلائك؛ بیماران را عیادت کنید و برای بیمار دعا کنید و بگویید خدایا! او را به شفای خود شفا مرحمت کن و به دوی خویش مداوا فرما و از بلای خود او را در امان بدار.»^{۲۷}

مناسک مذهبی برای شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر از اهمیت خاصی برخوردار بود. یکی از این اعمال مذهبی که مردم مسلمان به آن تمسک می‌جویند، قرائت قرآن است. خداوند در سوره اسرا می‌فرماید: «و نُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ؛ و از قرآن، آنچه را که درمان و رحمت برای مؤمنان است، فرو می‌فرستیم.» (اسرا: ۸۲) آقاجانی و همکاران (۱۳۹۱ ش.) نیز در پژوهش خود

دریافتند قرائت قرآن برای بیماران یا توسط آن‌ها می‌تواند به آرامش و سلامت روان آنان کمک نماید. در پژوهشی که توسط نیک‌فرجام (۱۳۸۹ ش.) انجام شد نشان داد که انجام مناسک مذهبی مانند نماز، در بیماران در بهبود وضعیت روحی بیماران نقش دارد. لوین در سال ۲۰۰۸ نشان داد که نماز باعث ارتقای سطح کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان سینه و افزایش طول عمر زنان مبتلا می‌شود و نشان داد ۸۱٪ بیماران با نماز و عبادت، احساس مثبتی نسبت به سرطان سینه پیدا کرده و به راحتی با آن تطابق پیدا می‌کنند. فرد مذهبی در بحران‌ها به عبادت و ستایش خدا می‌پردازد و برای رهایی، تقویت‌شدن، دریافت یک شفای مقدس و همچنین برای دریافت کمک به مراکز مذهبی مراجعه می‌کند، (پارگامنت^{۲۸}، ۱۹۹۵ م.) زیرا معتقد به آیه ۸۰ سوره شعرا می‌باشد که می‌گوید: «وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ؛ و چون بیمار شوم او مرا درمان می‌بخشد.»

در این مطالعه از جمله نیازهای مذهبی برآورده نشده که توسط بیماران مطرح شده بود، عدم وجود فضای خصوصی و دلخواه بیمار و شرایط مساعد برای دعا و عبادت بود. پرستار می‌تواند با فراهم‌نمودن فضای آرام و خلوت، محیط را برای نیایش بیمار فراهم کند. (رهنما، ۱۳۹۱ ش.) در مطالعه حاضر بعضی بیماران، تمایل به حضور در اماکن مذهبی به دلیل تغییر وضعیت جسمانی و نگاه ویژه مردم نداشتند. طالقانی و همکاران (۱۳۸۴ ش.) در نتیجه مطالعه خود عنوان کردند، یکی از ابعاد مهم رویارویی با بیماری در بیماران تحت مطالعه آن‌ها، نگرش مردم نسبت به بیماری و نیز احساس دلسوزی آنان نسبت به بیماران بود که این امر موجب پنهان‌نمودن بیماری از دیگران می‌گردید. شرکت‌کنندگان در مطالعه فوق‌الذکر بر این باور بودند که آگاهی دیگران از بیماری آن‌ها، مشکل‌ساز بوده و آسایش آن‌ها را از بین برده است. همانطور که شرکت‌کنندگان در این مطالعه ابراز داشتند، رو

به قبله قراردادن آنها طی بستری در بیمارستان از اهمیت خاصی برایشان برخوردار بود. با توجه به این که اکثر مردم کشورمان مسلمان می‌باشند و اسلام برای همه مورد احترام است، بر پرستاران لازم است که در حین انجام مراقبت‌های جسمی، احکام شرعی را در نظر گرفته و به بیماران کمک کنند تا اعمال دینی خود را انجام دهند. یکی از این قوانین دینی، رو به قبله کردن بیمار در حال احتضار است. بنابر حکم آیات عظام، رو به قبله کردن محتضر بر هر مسلمان واجب است و اجازه گرفتن از وی لازم نیست. با توجه به این توضیح، پرستاران موظف خواهند بود که بیماران در حال احتضار را رو به قبله نمایند. (امام خمینی، ۱۳۷۱ ش).

نتیجه‌گیری

مذهب، متغیر تأثیرگذار و روحیه‌بخش در بیماران مبتلا به سرطان محسوب می‌شود. این پژوهش نشان داد توجه به نیازهای مذهبی بیماران، سهم ارزشمندی در سازگاری آنان با شرایط بیماری دارد. به اعتقاد مسلمانان فرامین مذهبی و دینی در بهبود و توانمندسازی بیماران نقش مؤثری دارند و باعث می‌شوند که بیمار بهتر بتواند با بیماری خود سازگاری یابد. روی آوردن به اعمال مذهبی باعث ایجاد آرامش و امیدواری و ارتقای سطح ارتباطات فردی اجتماعی و افزایش امید در بیماران می‌گردد. با توجه به اعتقادی که نسبت به ارائه مراقبت کل‌نگر در نظام مراقبتی وجود دارد و نقش محوری که پرستاران در ارائه این نوع مراقبت دارند، ضروری است با نیاز مذهبی بیماران آشنا گردند. نتایج این پژوهش می‌تواند موجب آگاهی مدیران پرستاری و تلاش بیشتر آنان برای تأمین محیط و تسهیلات مناسب برای ارائه مراقبت با توجه به نیاز مذهبی در بیماران سرطانی و رفع موانع مراقبتی موجود گردد. ضمن این‌که می‌تواند توسط مدیران پرستاری جهت برنامه‌ریزی کلان مراقبت کل‌نگر در این بیماران نیز مورد توجه قرار گیرد.

بازمذهبی
بیماران مبتلا به سرطان: مطالعه کیفی

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از نتایج پایان‌نامه دکترای پرستاری است که در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تصویب شد، لذا پژوهشگران از تمامی مسئولین دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به جهت حمایت‌های لازم و مشارکت‌کنندگان که بدون مشارکت آن‌ها، انجام این پژوهش غیر ممکن بود، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

جدول ۱: طبقات و زیرطبقات درون مایه اصلی

اعتقاد	باورهای دینی	نیاز مذهبی
توسل		
نزدیکی به خدا	ارتباط با خدا	
توکل به خدا		
دعا و نیایش	عبادت	
انجام مناسک مذهبی		

جدول ۲: طبقه باور دینی به همراه زیرطبقات و جملات معنایی بیماران

شرکت‌کننده شماره ۴ که خانم ۵۱ ساله‌ای بود در زمینه «اعتقاد» چنین گفت: «وایل فکر می‌کردم فقط خودم رو باخته بودم که این ناراحتی رو گرفتم؛ فکر می‌کردم امشب می‌میرم، یعنی امید نداشتم. فقط بچه‌هام جلوی چشمم بودن، چون کلمه اش (منظور نام سرطان است) آدم رو می‌لرزونه، ولی کم‌کم فقط می‌گفتم خدا خودت این درد را دادی، خودت باید درست کنی، چون من مرد هم بالاسرم نبود. یک سال و ۳ ماه بود که فشار روحی روی من بود. خودم رو باخته بودم. فقط اعتقاد به خدا بود. الان هم همین است. بیمارستان اومدم. از ساعت ۹ اومدم. نماز خوندم و اومدم نشستم یک لیوان آب آوردم از آیه‌الکرسی گرفته، هفت‌قل گرفته، یاسین گرفته این‌ها را خوندم و فوت کردم. این‌ها را قاشق‌قاشق به مریض‌ها دادم. گفتم ما اینجا هستیم دکترها هستند فقط خدا باید کار ما رو درست کنه.» بیمار شماره ۳ آقای ۶۸ ساله می‌گفت: «وقتی آدم قلبش گواهی بده که امیدش به خدا باشه مسلماً خدا کمک می‌کنه، روحیه‌ات قوی میشه، می‌تونی از خودت دفاع کنی. بارها	اعتقاد	باورهای دینی
---	--------	--------------

		کمک خدا رو دیدم. رفتم لب پرتگاه خواستم پرت شم بمیرم که خدا نذاشته و کمک کرده. ما بنده خدا/ایم و خدا خالق. ما هم به او امید داریم و او هم ان شاء الله کمک می‌کنه. بیمار شماره ۵ خانم ۳۵ ساله اظهار داشت: «به شفا اعتقاد دارم. همیشه به لطف خدا امید دارم، چون دست خدا بالای همه دست‌هاست، بیشتر دوست دارم همیشه از او بخوام. بیمار شماره ۱۵، خانم ۶۳ ساله هم گفت: «من می‌گویم خدا حتماً یک حکمتی داشته که این مریضی را به من داده. دوست داشته بهش نزدیک شم. من خدا را همیشه صدا می‌کنم. وقتی شب‌ها می‌خوابم سعی کنم با وضو باشم. آیه‌الکرسی اصلاً از یادم نمی‌رود.» بیمار شماره ۱۷ خانم ۲۲ ساله‌ای بود که می‌گفت: «با خدا بودن و در هر شرایطی خودت را با خداوندستن خیلی مهمه. اگر هم مشکلی پیش بیاد خدا رو بد ندونی. چیزهای خوبش رو در نظر بگیری. مشکلی پیش اومد نگی چرا برا من این مشکل پیش اومد.» در این رابطه بیمار شماره ۱۲ آقای ۵۸ ساله معتقد بود: «وقتی با نیت خوب نزد خدا حاجت خواستی، میده. در امام‌زاده اگه با نیت پاک و دل‌شکسته رفتی، نتیجه می‌گیری، اما در غیر این صورت هیچی.»
	توسل	از دیگر نیازهای مطرح‌شده توسل بود. شرکت‌کننده شماره ۴ در این باره می‌گفت: «من همیشه به امام حسین توسل می‌کنم. چیز عجیبیه. خیلی دوشش دارم. الانم همه‌جوره حمایت می‌کنه. مثلاً به پاس تموم زیارت عاشوراهایی که خوندم، الان تربتشون رو برام می‌فرسته، اون هم از طریق آدم‌هایی که شاید اصلاً نمی‌شناسمشون و حتی یک‌بار هم

ندیدمشون، ولی این جوری جبران می‌کنه. شاید بگه شما یه جاهایی ما رو یاد کردی، مثلاً اعتقاد داشتن، قبول داشتن. الان هم که شما نیاز دارین ما هم حمایت می‌کنیم.» بیمار شماره ۱۶ آقای ۷۰ ساله در این باره بیان نمود: «به خدا از شب تا صبح (به خدا) التماس کنیم کمه. مطمئن باشید که به ائمه پناهنده بشیم، جواب رد نمی‌گیریم، زودتر جواب می‌گیریم.» بیمار شماره ۹ آقای ۲۴ ساله هم معتقد بود توسل به اهل بیت به انسان روحیه می‌دهد.		
---	--	--

جدول ۳: طبقه ارتباط با خدا به همراه زیرطبقات و جملات معنایی

بیمار شماره ۲ آقای ۵۹ ساله گفت: «آن مواقع بعضی وقت‌ها از خدا غافل می‌شدم، ولی الان همیشه خدا در نظرم هست و می‌دانم که خدایی هست، جان می‌دهد و جان می‌ستاند.» بیمار شماره ۶ نزدیکی به خدا را این‌گونه بیان کرد: «از زمانی که بیمار شدم احساس می‌کنم به خدا نزدیک‌تر شدم و همیشه خدا در نظرم هست.» بیمار شماره ۸ خانم ۴۸ ساله، خداوند را بهترین دوست می‌دانست و می‌گفت: «خدا دل‌سوزترین و نزدیک‌ترین کسی است که می‌تواند به انسان نزدیک باشد. محرم همه اسرار است، یعنی چیزی را با خدا درد دل کنی راه حل جلوی پایت می‌گذاره. محرم است و راز را فاش نمی‌کنه.» وی دوست داشت اتاقش در بخش خلوت بود تا بهتر می‌توانست در سکوت با خداوند ارتباط برقرار کند و راز و نیاز نماید.	نزدیکی به خدا	ارتباط با خدا
شرکت‌کنندگان برای مقابله با بیماری، از توکل به خداوند	توکل به	

خدا	بهره می‌جستند. در این باره بیمار شماره ۱۳ اظهار داشت: «چون به خدا توکل دارم، چیزی منو مضطرب نمی‌کند. این ده یازده ماه هم که توکل کردم، حمایت کرده.» بیمار شماره ۳ می‌گفت: «نسان وقتی امیدوار باشد به خدا در زندگی، و امیدش به خدا باشد، پیش خودش فکر می‌کند که فعلاً سال‌ها زنده‌ام و زندگی می‌کنم. این به نوع توکل به خداست.»
-----	---

جدول ۴: طبقه نیاز به عبادت به همراه زیرطبقات و جملات معنایی

نیاز به عبادت	دعا و نیایش	نیاز به دعا و نیایش و نیز انجام مناسک مذهبی از دیگر نیازهایی بود که بیماران بر آن تأکید داشتند. این دو نیاز در یک طبقه با نام عبادت قرار گرفتند. اولین شرکت‌کننده در مورد نقش دعا و نیایش می‌گفت: «تنها راه نجات همینه، تنها راه مقابله همینه. به جز راه‌های درمانی تنها راه نجات همین دعا کردنه، شاید مثلاً دکتر تشخیصی بده، درست یا غلط، ولی مثلاً با دعا کردن بشه خیلی راحت تشخیص عوض شه. دکتر من احتمال می‌ده که می‌خواهد تخمدان من را برداره، ولی من دعا می‌کنم که به همچین چیزی نرسه، شاید دعای من بالاتر از تشخیص دکتر باشد و قطعاً بالاتر از تشخیص دکتره.» مریض شماره ۴ می‌گفت: «ولین چیزی که در کیفم می‌زارم قرآنه. ساک اینجا رو می‌خواستم ببندم، اول سجاده رو گذاشتم، کتاب مفاتیح گذاشتم. ما (اینجا) نمازخونه داریم. چه قدر کتاب قرآن اینجا هدیه کردن. چه قدر مفاتیح هدیه کردن، ولی دوست داشتم که از در میام این‌ها با من
---------------	-------------	--

		باشد.» بیمار شماره ۱۵ می‌گفت: «هم دعای خودم و هم دعای دیگران اثر دارد. وقتی کسی من را دوست دارد، دعا می‌کند. چند تا سید و مداح آشنا داریم. زنگ می‌زنم میگن ما فلان جا بودیم تو را دعا کردیم من هم تشکر می‌کنم. هر جا می‌رن زنگ می‌زنم می‌گن فلان جا بودیم همش دعا کردیم. من هم خوشحال میشم می‌گم شاید خدا دعای منو دوست نداشته، دعای دور و بری‌ها را بهتر دوست داشته باشد و شفا بده. این نیت من است.»
انجام مناسک مذهبی		در زمینه انجام مناسک مذهبی، بیمار شماره ۱۵ می‌گفت: «دعا می‌کنم زنده بمانم تا بتوانم نذرهایی که برای به دست آوردن سلامتی‌ام کردم را ادا کنم.» بیمار شماره ۹ می‌گفت: «لان که اینجام دوست دارم با خودم باشم. کسی مزاحمم نشه. در خلوت با خدا چیزی است بین بنده و خدا. کسی نباید دخالت کنه. بگه این کار را بکن اون کار را نکن. نمازت رو می‌خوانی، می‌شینی، قرآن می‌خونی، قرآن تمام شد، ذکر میگی، زیارت عاشورا می‌خونی، فقط من و خدا تنها ییم. هر چیزی دلم می‌خواد به خدا میگم. هرچی خواسته دارم به خدا می‌گم، اما دوست دارم می‌تونستم اینجا توی اتاقم راحت انجام بدم. باید برم تا نماز خونه. احساس خوبی نسبت به لباس‌هام ندارم. لباسم کثیف شده. ازشون خواستم بهم لباس بدن، ولی نمیدن. لباس رو باید بخرم. هزینه اون بالاست. با لباس کثیف هم که نمی‌شه نماز خونند. الان ۲۲ روزه که اینجام. اگه خونه بودم از وضع خودم (منظور عبادت است) راضی‌تر بودم تا اینجا.» بیمار شماره ۱۲ نیز در مورد لزوم انجام مناسک مذهبی

می گفت: «خیلی دوست دارم مثل قبل به مسجد و تکایا برم، ولی چون میرم مثلاً امامزاده‌ای یا مسجدی، مردم به طوری به صورت ترحم نگاه می‌کنن بهم. من این جور مسایلی رو دوست ندارم.» یا مریض شماره ۱۶ عنوان نمود: «دوست دارم مسجد برم، اما الان نمی‌تونم برم. لاغر شدم، خجالت می‌کشم. ازم می‌پرسن چرا این طور شدی؟» بیمار شماره ۱۰ که می‌دانست روزهای پایانی عمر خود را می‌گذراند، مدام از پرستاران درخواست می‌نمود که وی را بر روی تختی قرار دهند که رو به قبله باشد.		
---	--	--

پی‌نوشت‌ها

۱. Baldacchino and Draper
۲. Mueller, Plevak, Rummans
۳. Baykal, Seren, Sokmen
۴. Ngoma
۵. Cebeci, Yangın, Tekeli
۶. Versano
۷. Missel and Birkelund
۸. Bussing, Fischer, Ostermann, Matthiesen
9. Bussing, Michalsen, Balzat, Grünther, Ostermann, Neugebauer, et al
۱۰. Hebert, Zdaniuk, Schulz, Scheier
۱۱. Trankle
۱۲. Tiliouine
۱۳. French
۱۴. Mayan
۱۵. Polit and Beck
۱۶. Peer check
۱۷. Member check
- ۱۸ Tsevat

۱۹. جلد ۵۹، ص ۷۶

۲۰. بحارالانوار، ج ۸۱، ص ۱۹۷

۲۱. ص ۴۱۲

۲۲. Levin, Aviv, Yoo, Ewing, Au
۲۳. Black and Jacobs
۲۴. Tatsumura, Maskarinec, Shumay, Kakai
۲۵. Young and Koopsen
۲۶. Walton, Craig, Robinson, Weinert

۲۷. بحارالانوار، جلد ۷۱

۲۸. Pargament

فهرست منابع

منابع فارسی:

- آقاجانی، م. میرباقری، ن. (۱۳۹۱ ش.). بررسی ارتباط انس با قرآن و باورهای مذهبی با میزان اضطراب مرگ در بیماران قلبی. خلاصه مقالات همایش ملی قرآن و علوم پزشکی.
- بوالهری و همکاران (۱۳۹۲ ش.). مهارت‌های معنوی: کتاب ویژه مربیان. تهران، انتشارات دفتر مشاوره و سلامت دانشگاه تهران، صص ۵-۲۰.
- حجتی، ح. طاهری، ن. آخوندزاده، گ. حیدری، ب. شریفی‌نیا، ح. (۱۳۸۸ ش.). میزان توسل به دعا در بیماران همودیالیزی استان گلستان. مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه. ۳ (۲): ۷۵-۹.
- حجتی، ح. همکاران. (۱۳۸۹ ش.). ارتباط عبادت و سلامت معنوی در بیماران همودیالیزی. مجله مراقبت‌های ویژه. ۲ (۴): ۵۲-۱۴۹.
- خمینی، ر. (۱۳۷۱ ش.). رساله توضیح‌المسائل. کانون انتشارات محراب، مسائل ۵-۵۳۲.
- رهنما، م. فلاحي خشک‌ناب، م. مداح، س. احمدی، ف. (۱۳۹۱ ش.). ادراک بیماران مبتلا به سرطان از مراقبت معنوی: یک بررسی کیفی. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی. ۵ (۳): ۷۴-۵۹.
- زند، س. رفیع‌پور، م. (۱۳۹۰ ش.). نیاز به مراقبت‌های بستری در بیماران بستری. مجله علمی پژوهشی طب و تزکیه. تهران، ۱۹ (۴): ۳۴-۲۱.
- سیدفاطمی، ن. رضایی، م. گیوری، الف. حسینی، ف. (۱۳۸۵ ش.). اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه پایش. ۵ (۴): ۳۰۴-۲۹۵.
- شریف‌نیا، ح. حجتی، ح. نظری، ر. قربانی، م. آخوندزاده، گ. (۱۳۹۱ ش.). تأثیر دعا بر سلامت معنوی مادران همودیالیزی. مجله پرستاری مراقبت ویژه. ۵ (۱): ۳۴-۲۹.
- شریعتی، ع. (۱۳۷۸ ش.). فلسفه نیایش. تهران: الهام، چاپ نهم، صص ۱-۱۶.

طالقانی، ف. پارسایکتا، ز. نیکبخت نصرآبادی، ع. (۱۳۸۴ ش.). *فرآیند تطابق در زنان مبتلا به سرطان پستان*. رساله پایانی جهت اخذ رساله دکتری پرستاری دانشکده پرستاری مامایی تهران.

طبرسی، ا.ح. (۱۳۸۶ ش.). *مکارم/لاخلاق*. ترجمه محمدحسین رحیمیان، قم: مؤمنین، ص ۷۵۰.

فلاحی خشکناز، م. مظاهری، م. (۱۳۸۷ ش.). *معنویت، مراقبت معنوی و معنویت درمانی*. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

قرآن کریم. ترجمه مهدی الهی قمشه‌ای، سازمان چاپ و انتشارات جاویدان.

مجلسی، م. (۱۳۶۴ ش.). *بحار/الانوار*. ترجمه محمدباقر کمره‌ای، تهران: اسلامیه، جلد پنجاه و نهم، ص ۷۶.

مطهری، م. (۱۳۸۴ ش.). *پیرامون/انقلاب اسلامی*. تهران.

مطهری، م. (۱۳۸۹ ش.). *مجموعه آثار شهید مطهری*. تهران: صدرا، جلد بیست و ششم، ص ۲۴.

مکارم شیرازی، ن. (۱۳۵۲ ش.). *تفسیر نمونه*. قم: دار الکتب اسلامی، جلد اول، ص ۳۱.

نجاتی، م. (۱۳۷۲ ش.). *قرآن و روانشناسی*. ترجمه یعقوب عرب، قم: انتشارات آستان قدس رضوی، ص ۱۰۵.

نیکفرجام، م. (۱۳۸۹ ش.). اثربخشی آموزش‌های دینی (نماز و دعا) در بهبود کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک در بیمارستان روان‌پزشکی سینای استان چهارمحال و بختیاری. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*. ۱۳ (۴): ۹-۱۳۳.

منابع انگلیسی:

Baldacchino, D. Draper, P. (2001). Spiritual Coping Strategies: A review of the nursing research literature. *Institute of Health Care*. 34 (6): 833-41.

Baykal, U. Seren, S. Sokmen, S. (2009). A description of oncology nurses' working conditions in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*. 13 (5): 368-75.

- Bussing, A. Fischer, J. Ostermann, T. Matthiesen, PF. (2008). Reliance on God's help, depression and fatigue in female cancer patients. *International Journal Psychiatry Medicine*. 38 (3): 357-72.
- Bussing, A. Michalsen, A. Balzat, HJ. Grünther, RA. Ostermann, T. Neugebauer, EA. et al. (2009). Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Medicine*. 10 (2): 327-39.
- Cebeci, F. Yangin, HB. Tekeli, A. (2012). Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 16 (4): 406-12.
- Hebert, R. Zdaniuk, B. Schulz, R. Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and wellbeing in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*. 12 (6): 537-45.
- Henderson, PD. Gore, S. Davis, BL. Condon, EH. (2003). African American women coping with Breast cancer: a qualitative analysis. *Oncology Nursing Forum*. 30 (4): 641-7.
- Levin, EG. Aviv, G. Yoo, G. Ewing, C. Au, A. (2009). The benefits of prayer on mood and wellbeing on breast cancer survivors. *Support care cancer*. 17 (3): 170-5.
- Lim, JW. Yi, J. (2009). The effect of religiosity, spirituality and social support on quality of life: A comparison between Korean American and Korean breast and gynecological cancer survivors. *Oncology Nurse Forum*. 36 (6): 699-708.
- Mahmoodishan, G. Alhani, F. Ahmadi, F. Kazemnejad, A. (2010). Iranian nurses' perception of spirituality spiritual care: A qualitative content analysis study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 3 (6): 1-8.
- Mayan, M. (2001). *An introduction to qualitative methods: A training module for students and professionals*. Edmonton: International Institute for Qualitative Methodology. University of Alberta.

- McCain, NL. (2005). Psychoneuroimmunology, spirituality, and cancer. *Gerontologic Oncology*. 99 (1): 121.
- Meraviglia, MG. (1999). Critical analysis of spirituality and its empirical indicators: Prayer and meaning in life. *Journal of Holistic Nursing*. 17 (1): 18-33
- Mueller, PS. Plevak, DJ. Rummans, TA. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*. 7 (6): 1225-35.
- Ngoma, T. (2006). World Health Organization cancer priorities in developing countries. *Ann Oncol*. 17 (8): 9-14.
- Pargament, KI. (1995). *Religious and prevention in mental health. Research division and action*. Haworth press.
- Polit, DF. Beck, CT. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 78.
- Streubert, HJ. Carpenter, DR. (2010). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 53-6.
- Tatsumura, Y. Maskarinec, G. Shumay, DM. Kakai, H. (2003). Religious and spiritual resources. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 9 (3): 64-71.
- Taylor, E. (2002). Use of prayer among person with cancer. *Holistic Nursing practice*. 10 (3): 46-60.
- Trankle, TM. (2006). Psychological Well-Being, Religious Coping, and Religiosity in College Students. *CHARIS: A Journal of Lutheran Scholarship, Thought, and Opinion*. 5 (3): 29-33.
- Tsevat, J. (2006). Spirituality/religion and quality of life in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*. 21 (5): 1-2.

Versano, SH. (2011). *Religion and Spirituality as a coping mechanism with cancer*.

Walton, J. Craig, C. Robinson, B. Weinert, C. (2004). I am not alone: Spirituality of chronically ill rural dwellers. *Rehabilitation Nursing*. 29 (5): 164-68.

World Health Organization. (2013). *Latest world cancer statistics*.

Young, C. Koopsen, C. (2005). *Spirituality, health and healing*. Slack Incorporated: California, 115.

یادداشت شناسه مؤلفان

خدیجه حاتمی‌پور: دکترای پرستاری، استادیار گروه پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مازندران، ایران.

مریم رسولی: دکترای پرستاری، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: rassouli.m@gmail.com

فریده یغمایی: دکترای بهداشت عمومی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، گروه پرستاری، زنجان، ایران.

حمید علوی مجد: استاد آمار زیستی، دانشکده آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

کاظم زنده‌دل: دکترای اپیدمیولوژی سرطان، مرکز تحقیقات سرطان، انستیتو کانسر ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

Cancer Patients of Religious Needs: A qualitative study*Khadijeh Hatamipour**Maryam Rassouli**Farideh Yaghmaie**Hamid Alavi Majd**Kazem Zendedel***Abstract**

Background: Understanding the spiritual needs of patients can affect the method of having therapeutic relationship with patients and also on the method of providing spiritual care for the patients. This study has been done as a qualitative research with the approach of content analysis, and with the goal of determining spiritual needs of patients with cancer in Iran. The participants were 18 patients with cancer that had been admitted since March to September 2013 in Cancer Institute of Imam Khomeini Hospital, Tehran, Iran.

Methods: The sampling started focused on the goal and it continued up to the data satisfaction. We used the interview method for gathering the information, and then formative content analysis was used to analysis the data. Then the internal themes were extracted.

Results: 611 primary codes were specified, and then by analyzing the data, the internal structure of religion was extracted. It has 3 categories included the role of religious beliefs, relationship with God, need to worship. The subcategories included believe, faith, closeness to the God, trust in God, pray, worship and doing the religious ceremony.

Conclusion: Religion was effective and a motivating factor in patients with cancer. This study showed that Iranians are religious people, based on the cultural conditions, and they rely on religion to cope better with crisis. Having more religious beliefs can reduce the mental health problems, increases the coping and help the patients maintain their hope. The results of this research can be used by nursing managers to plan holistic care in this group of patients.

Keywords

Religion, Religious Needs, Cancer, Patients with Cancer, Muslim Patients