

مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت در مبتلایان به سرطان

از دیدگاه پرستاران: مطالعه کیفی

مرجان مردانی حموله

لیلی بریم‌نژاد^۱

نعیمه سیدفاطمی

مامک طهماسبی

چکیده

مقدمه: مراقبت تسکینی یکی از مهم‌ترین مفاهیم در پرستاری از بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد و این بیماران به مراقبت تسکینی نیاز دارند. معنویت نیز نقش مهمی در مراقبت از این مبتلایان دارد، لذا هدف این مطالعه شناسایی دیدگاه پرستاران از مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت در مبتلایان به سرطان بوده است.

روش: مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و با بهره‌گیری از شیوه تحلیل محتوا انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۴ پرستار بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند و مورد مصاحبه‌های چهره به چهره و نیمه ساختارمند قرار گرفتند. بعد از گردآوری داده‌ها، تمام مصاحبه‌ها پیاده‌سازی شدند، مورد بازنگری قرار گرفتند و سپس طبقات استخراج گردید. در ابتدا شباهت‌های معنایی مورد بازنگری قرار گرفت و زیر طبقات مشخص شدند و سپس در بازنگری مجدد زیرطبقات مرتبط در یک طبقه قرار گرفتند.

یافته‌ها: طبقات اصلی در تحلیل محتوای مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت از مبتلایان به سرطان شامل ارتقای سلامت معنوی و مدیریت معنوی بودند. ارتقای سلامت معنوی دربردارنده زیر طبقات ارتقای راهبردهای مذهبی و پاسداشت ارزش‌ها و باورهای

۱. دکترای تخصصی آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: lborimnejad@tums.ac.ir

معنوی بود و مدیریت معنوی نیز دربردارنده تلاش برای پیوند بیمار با خدا و حمایت معنوی بوده‌اند.

نتیجه‌گیری: تحلیل محتوای مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت از بیماران مبتلا به سرطان، شرایط لازم برای این مراقبت را مطابق دیدگاه پرستاران نشان داد. از دیدگاه پرستاران، ارتقای سلامت معنوی و مدیریت معنوی نقش مهمی در مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت از مبتلایان به سرطان داشته‌اند. یافته‌های این مطالعه، به پرستاران در جهت شناخت بیشتر مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت از مبتلایان به سرطان، درک بهتر از نیازهای معنوی این بیماران و در نهایت ارتقای عملکرد آنان در بالین یاری می‌رساند.

واژگان کلیدی

پرستار، معنویت، سرطان، مراقبت تسکینی

مقدمه

سرطان یکی از مهم‌ترین علل مرگ در دنیا می‌باشد. تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۲۰ بیش از ۱۵ میلیون نفر در جهان سرطان را تجربه کنند. (هیگینسون و همکاران، ۲۰۰۸ م.) این بیماری یک مشکل رو به رشد در کشورهای خاورمیانه شناخته شده است، (داهر، ۲۰۱۱ م.) در ایران نیز سومین عامل مرگ است که عواملی از جمله ژنتیک و محیط در بروز آن نقش دارند. وقوع سرطان در گروه سنی بزرگسالان و در مناطق مختلف ایران ۱۱۲-۴۸ مورد در هر میلیون نفر برای زنان و ۱۴۴-۵۱ مورد در هر میلیون نفر برای مردان گزارش شده است. (موسوی و همکاران، ۲۰۰۹ م.) سرطان اثرات منفی بر کیفیت زندگی مبتلایان دارد که در این شرایط بیمار نیازمند دریافت مراقبت تسکینی می‌شود. مراقبت تسکینی برای بیماری‌های تهدیدکننده زندگی ارائه می‌گردد و رویکردی جامع است که بر ارتقای کیفیت زندگی در مراحل پایانی متمرکز است. این مراقبت در جهت رویارویی با بیماری‌های مزمن در طول سالیان متمادی نیز کمک می‌کند. (ون و همکاران، ۲۰۱۳ م.) مراقبت تسکینی یک نیاز انسانی در گستره جهان برای مبتلایان به سرطان است (داهر، ۲۰۱۱ م.) که هدف آن کاستن رنج بیماران از طریق شناسایی درد و سایر مشکلات جسمی، روانی و معنوی آنان است. (ابرهام، ۲۰۱۲ م.) اهمیت مراقبت تسکینی برای پرستاران در تلاش برای ایجاد شیوه‌ای ساختاریافته در ارائه مراقبت‌ها و کوشش در جهت افزایش احساس خوب بودن بیمار می‌باشد که با توجه به نیازهای وی، در دسترس بودن پرستار، تلاش برای پذیرش بیمار و سازش یافتن او با کشش‌های هیجانی‌اش انجام می‌گیرد. در حقیقت، مراقبت تسکینی برای مبتلایان به سرطان مراقبتی جامع است (جانیس و همکاران، ۲۰۰۶ م.) و مراقبت‌های انسان‌گرایانه، رویکردی کل‌نگر در مراقبت متمرکز بر همه جنبه‌های وجودی

بیمار از جمله جنبه معنوی وجود وی است، (الیگود، ۲۰۱۰ م.) معنویت یکی از حیطة‌های کلیدی در مراقبت از مبتلایان به سرطان در مراحل پایانی حیات است که می‌تواند تضمین‌کننده کیفیت بالای مراقبت‌های اعمال‌شده برای این گروه از مبتلایان هم باشد. (سئو و همکاران، ۲۰۰۹ م.) در این میان، پرستاران همواره در مراقبت از بیمار با مفاهیم معنوی درگیر می‌باشند، زیرا معنویت به عنوان یک منبع مهم در مقابله با بیماری سرطان شناخته شده است، به طوری که می‌تواند موجب ارتقای عزت نفس بیمار، احساس هدفمندی و معناداری در زندگی برای او گردد. (رضایی و همکاران، ۱۳۸۸ ش.)

علیرغم تأکید بر ارائه این گونه مراقبت‌های کل‌نگر و انسانی، انجام آن‌ها برای پرستار استرس بالایی دارد (جانیس و همکاران، ۲۰۰۶ م.) و نتایج مطالعه‌ای نیز نشان می‌دهد که از دیدگاه پرستاران وقت کافی برای مراقبت‌های تسکینی اختصاص داده نشده است. (بروکنر و همکاران، ۲۰۰۹ م.) همچنین احساس خستگی جسمی و روانی پرستار، مانعی برای ارائه مراقبت‌های تسکینی می‌باشد. (والنته و همکاران، ۲۰۰۹ م.) از سوی دیگر، وجود چالش‌های سازمانی و حرفه‌ای موانعی در جهت ارائه موفقیت‌آمیز مراقبت‌های تسکینی با محور معنویت شناخته شده‌اند. (سینکلر و همکاران، ۲۰۰۹ م.) با وجود این تفاسیر لازم است پرستاران در ارائه مراقبت‌های تسکینی برای مبتلایان به سرطان به ابعاد گوناگون معنویت برای آنان توجه داشته باشند و این ابعاد را هرچه بیشتر مورد شناسایی قرار دهند، چراکه بیماران با برطرف شدن نیازهای معنوی خود احساس راحتی پیدا می‌کنند (سربون و همکاران، ۲۰۱۰ م.) و در غیاب معنویت برای بیمار مبتلا به سرطان، مراقبت‌های تسکینی از وی دچار مشکل می‌گردد، لذا یادآور می‌گردد جهت انجام مراقبت جامع از این مبتلایان لازم است به نیازهای معنوی و مذهبی آنان توجه داشت. (تالیس، ۲۰۱۰ م.)

اما در ایران، در حال حاضر مشکل اصلی سیستم پرستاری در خصوص مراقبت تسکینی از مبتلایان به سرطان آن است که این نوع از مراقبت دارای چارچوب واضحی برای پرستاران نیست و به طور جدی در متن برنامه آموزشی رسمی قرار ندارد. به نظر می‌رسد یکی از دلایل این مشکل، کمبود مطالعات جامع پیرامون موضوع در کشور باشد که کاربرد استفاده از مفهوم مراقبت تسکینی را برای این مبتلایان، محدود می‌نماید، لیکن با وجود این تفاسیر، تجارب بالینی پژوهشگر گویای آن است که مراقبت تسکینی با تأکید بر جنبه‌های معنوی آن، در برنامه مراقبتی بیماران وجود دارد و توسط پرستاران اجرا می‌گردد، لذا با وجودی که پژوهشگر بر این باور است که اکثریت پرستاران شاغل در بخش‌های سرطان جنبه‌های معنوی را در مراقبت از بیمار لحاظ می‌نمایند، باز هم توجهات پرستاری بیشتری در مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت لازم است. بر این اساس و با توجه به این که در مرور متون دریافتیم با کمبود مطالعات به ویژه مطالعات کیفی در زمینه مراقبت تسکینی از مبتلایان به سرطان در حوزه معنویت در ایران مواجهیم، بر آن شدیم تا مطالعه‌ای با بهره‌گیری از روش تحقیق کیفی در این خصوص انجام دهیم، زیرا استفاده از این روش تحقیق، به تبیین دیدگاه‌های پرستاران و عوامل دخیل در این زمینه با استناد به بیانات خود آن‌ها در یک عرصه طبیعی و واقعی می‌پردازد. از سوی دیگر، تحقیق کیفی قادر است با کشف و توسعه دانش نظری در این حوزه، شرایط بهتری برای ارائه این گونه مراقبت‌ها نیز ایجاد نماید. به عبارت بهتر در پژوهش حاضر، استفاده از روش تحقیق کیفی به پژوهشگر یاری می‌رساند تا با وارد شدن به دنیای درون ذهن پرستاران و دریافت نقطه نظرات آن‌ها به شناسایی دیدگاه‌های ایشان از مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت در مبتلایان به سرطان اقدام نماید. افزون بر آن، تبیین دیدگاه‌های

پرستاران در زمینه مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت برای مبتلایان به سرطان از رهگذر روش تحقیق کیفی، می‌تواند به ارائه بنیادهای مرتبط با مراقبت‌های معنوی در پرستاری منجر گردد که این بنیادها نیز در مطالعات مربوط به طراحی مدل‌های مراقبتی و تدوین ابزارهای مختلف در این زمینه کمک می‌نماید، لذا هدف این مطالعه، تبیین دیدگاه پرستاران از مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت در مبتلایان به سرطان بود.

روش

تحقیق حاضر یک مطالعه کیفی است که با استفاده از روش تحلیل محتوا انجام شد. این روش یکی از رویکردهای تحقیق کیفی است و از جمله روش‌های تحلیل داده‌های کیفی نیز می‌باشد. (برنز و همکاران، ۲۰۰۵ م.) تحلیل محتوا، روش تحلیل پیام‌های نوشتاری، گفتاری یا دیداری می‌باشد که طی آن داده‌های خام بر اساس استنباط صورت گرفته، خلاصه شده و درون طبقات قرار می‌گیرند. در تحلیل محتوای قراردادی، طبقات و نام آن‌ها از متن داده‌ها جریان می‌یابند. (الو و همکاران، ۲۰۰۸ م.) در مطالعه حاضر نیز از روش تحلیل محتوای قراردادی بهره گرفته شد. در این پژوهش مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نمونه‌گیری از پرستاران با حداکثر تنوع (از جمله جنسیت، وضعیت تأهل و سابقه کار) و تا رسیدن به اشباع اطلاعات انجام شد. این مطالعه با مشارکت ۱۴ کارشناس پرستاری انجام شد. ملاک انتخاب پرستاران داشتن سابقه کار در بخش‌های سرطان بزرگسالان حداقل به مدت ۲ سال بود. در این مطالعه، انجام مراقبت تسکینی برای نوع مشخصی از بیماری سرطان یا مرحله خاصی از این بیماری مورد نظر نبود و مشارکت‌کنندگان در بخش‌هایی شاغل بودند که طیف

متفاوتی از انواع بیماری سرطان را در مراحل مختلف آن پوشش می‌داد. عرصه پژوهش مراکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران شامل انستیتو کانسر، مرکز طب تسکینی و بیمارستان ولی عصر بودند. پیش از مصاحبه، پژوهشگر با پرستاران در مورد زمان و محل مصاحبه به توافق می‌رسید. مصاحبه‌ها به صورت نیمه ساختارمند و چهره به چهره انجام شدند. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ الی ۴۵ دقیقه بود و تمام پرستاران در این مطالعه ۱ بار مصاحبه شدند، در کل ۱۴ مصاحبه انجام شد. در مصاحبه ابتدا یک سؤال کلی از پرستاران مبنی بر این که «دیدگاه شما در زمینه مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت از بیماران مبتلا به سرطان چیست؟» پرسیده می‌شد و جهت دستیابی به اطلاعات بیشتر، مصاحبه با سئوالات پیگیری کننده همانند «فکر می‌کنید این وضعیت چگونه رخ می‌دهد؟»، «چرا باید این چنین باشد؟»، «در این باره منظور شما چیست؟» یا عباراتی همچون «لطفاً در این رابطه بیشتر توضیح دهید»، ادامه می‌یافت. مصاحبه‌ها ضبط شد و به همراه یادداشت‌های در عرصه، بر روی کاغذ دستنویس و سپس تایپ کامپیوتری شدند. متن پیاده‌شده مصاحبه‌ها پس از چندین بار مرور، به واحدهای معنایی تشکیل‌دهنده و کوچک‌ترین واحدهای معنادار شکسته شدند. سپس کدها بازخوانی شدند تا بر اساس تشابه معنایی در زیرطبقات و طبقات اصلی جایگزین شوند و در نهایت محقق و مشارکت‌کنندگان به اشتراک معنایی درباره طبقات رسیدند. محقق نیز سعی نمود تا حد امکان پیش‌فرض‌های خود را در روند تحلیل داده‌ها دخالت ندهد. برای تعیین صحت داده‌ها از معیارهای مقبولیت، قابلیت اعتماد، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد. (گرانهم و همکاران، ۲۰۰۴ م.) به منظور تعیین مقبولیت داده‌ها، درگیری مداوم با موضوع و داده‌ها وجود داشت. از نظرات اساتید تیم تحقیق در ارتباط با روند انجام مصاحبه‌ها و تحلیل داده‌ها استفاده گردید. متن

مصاحبه‌ها و کدهای استخراج شده و زیر طبقات با برخی از پرستاران و ۲ نفر دکترای رشته پرستاری در میان گذاشته شد. از تلفیق نیز در گردآوری داده‌ها (مصاحبه و یادداشت‌های در عرصه) استفاده گردید. در راستای تعیین قابلیت اعتماد داده‌ها نیز از روش تلفیق در گردآوری آن‌ها بهره گرفته شد و از یک ناظر خارجی نیز به عنوان محقق که هم با محیط بالین و هم با تحقیق کیفی آشنایی داشت، ولی عضو گروه تحقیق نبود، استفاده شد که در مورد یافته‌ها توافق وجود داشت. برای تعیین تأییدپذیری یافته‌ها نیز کلیه فعالیت‌های صورت گرفته ثبت شدند و گزارشی از فرآیند تحقیق ارائه گردید. به منظور تعیین انتقال‌پذیری داده‌ها نیز یافته‌های به دست آمده با ۲ پرستار خارج از مطالعه که موقعیت‌هایی مشابه مشارکت‌کنندگان داشتند، در میان گذاشته شد که مورد تأیید قرار گرفتند.

در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، معرفی‌نامه اخذ شد. پس از آگاه‌نمودن پرستاران از اهداف پژوهش، مصاحبه‌ها با رضایت ایشان ضبط شدند. به پرستاران اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه باقی می‌ماند و پس از پیاده‌سازی آن‌ها، فایل صوتی منهدم می‌گردد و در صورت تمایل می‌توانند فایل صوتی مصاحبه را دریافت نمایند. همچنین به آنان اعلام شد هر زمان که بخواهند می‌توانند از مطالعه خارج شوند، لیکن هیچ پرستاری مطالعه را ترک نکرد.

یافته‌ها

در این مطالعه از ۱۴ کارشناس پرستاری، ۱۰ نفر زن و ۴ نفر مرد بودند. دامنه سنی آنان از ۲۷ تا ۴۸ سال و دامنه سابقه کار ایشان از ۴ تا ۱۷ سال بود. ۹ نفر متأهل و بقیه مجرد بودند. از توصیفات عمیق این مشارکت‌کنندگان ۲ طبقه شامل

ارتقای سلامت معنوی و مدیریت معنوی استخراج شد که طبقه ارتقای سلامت معنوی شامل زیرطبقات ارتقای راهبردهای مذهبی و پاسداشت ارزش‌ها و باورهای معنوی بود. طبقه مدیریت معنوی نیز شامل زیرطبقات تلاش برای پیوند بیمار با خدا و حمایت معنوی بودند.

الف - ارتقای سلامت معنوی

این طبقه بر ارتقای سلامت معنوی در مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت برای مبتلایان به سرطان تأکید داشت که به صورت ارتقای راهبردهای مذهبی و پاسداشت ارزش‌ها و باورهای معنوی برای آنان انجام شده است.

الف - ۱- ارتقای راهبردهای مذهبی: از دیدگاه پرستاران در مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت برای بیمار مبتلا به سرطان، تقویت اعتقادات مذهبی جهت ارتقای سلامت معنوی وی مهم می‌باشد به طوری که این امر می‌تواند با خواندن کتب ادعیه فراهم گردد. یکی از پرستاران در این باره می‌گفت:

«بارها شده من به مریض گفتم از خدا سلامتی بخواد و بهش گفتم مفاتیح بخونه تا آروم‌تر بشه. بهش گفتم این فکرای که داری با خوندن این جور کتابا کمتر می‌شه... من توی این جور موقعیتا هدفم اینه که مریض سرطانی رو از نظر اعتقادات مذهبییش تقویت کنم، فرقی نمی‌کنه چه مذهبی داشته باشه چون هر مذهبی برای خودش یه جورایی می‌تونه به مریض تسکین بده» (پرستار ۱۱).

پرستار دیگری در راستای ارتقای راهبردهای مذهبی برای بیمار و در نتیجه ارتقای سلامت معنوی او به اهمیت قرآن و معجزه آن این گونه اشاره می‌نماید:

«من می‌گم مریضا باید قرآن رو توی زندگی خودشون بخونن و به معجزاتش باور داشته باشن که آگه این‌طور باشه می‌تونن راحت‌تر زندگی کنن و اون وقت

می‌بینین که براشون یه چیزی مثل معجزه اتفاق می‌افته که اونا رو از این پژمردگی درمیاره، یعنی با این اعتقادات محکم می‌بینن که اون چه رو که مصیبت تصورش می‌کردن دیگه وجود نداره» (پرستار ۲).

یکی از مشارکت‌کنندگان ارتقای سلامت معنوی بیمار را با توصیه به وی که اگر نماز شب بخواند می‌تواند از بی‌خوابی رهایی پیدا کند، تامین نموده است: «یه بار شبکار بودم، مریض داشتیم توی بخش که با این که مخدر هم گرفته بود، ولی از بی‌خوابی شاکی بود بهش گفتم برو دو رکعت نماز شب بخون و بخواب که آرومت می‌کنه و شاهد بودم که با این توصیه مذهبی مریض خوابید و چقدر خوب تسکین پیدا کرد» (پرستار ۴).

الف -۲- پاسداشت ارزش‌ها و باورهای معنوی: از دیدگاه پرستاران در ارائه مراقبت‌های تسکینی، سلامت معنوی بیمار مبتلا به سرطان با بهادادن به ارزش‌ها و باورهای معنوی او ارتقا می‌یابد. مشارکت‌کنندگان در این باره اظهار داشتند: «من مطمئنم وقتی میگن الا بذکر الله تطمئن القلوب می‌تونه مریض رو به تسکین برسونه و ناخودآگاه مریض به احترامش آروم میشه و برای مریض مثل مسکن می‌مونه، چون فکر می‌کنم برای مریض ارزشمند، به خاطر همین که من هم سعی می‌کنم توی کارم به این ارزش‌ها که برای مریضا مهم هستن توجه بیشتری داشته باشم» (پرستار ۳).

«تسکین‌دادن به مریض سرطانی می‌تونه با بستن پارچه‌ای سبزرنگ به دست اون که از یه امامزاده براش آوردن به دست بیاد... شاید این کار به خودی خود به چشم نیاد، اما چون براش یه عقیده است و یه ارزشه، باعث میشه که مریض فکر کنه یه نیرویی داره بهش کمک می‌کنه تا آروم بشه» (پرستار ۱۰).

یکی دیگر از پرستاران لزوم توجه به ارزش‌های معنوی بیمار را به این صورت بیان داشته است:

«فکر می‌کنم وقتی با مراقبت تسکینی بتونیم عقاید مذهبی مریضا رو محترم بشماریم، مریض معنی زندگی رو درک می‌کنه و اگه مریض از نظر معنوی سیراب بشه می‌تونه وقایع خوبی رو توی زندگی ببینه، مریضا دلشون می‌خواد درباره عقاید مذهبی‌شون برای پرستار بگن و لازمه که ما بریم توی اتاقشون و پای این طور حرفاشون بشینیم» (پرستار ۵).

ب - مدیریت معنوی

این طبقه بر مدیریت معنوی پرستاران در مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویات برای مبتلایان به سرطان تأکید دارد که در قالب تلاش برای پیوند بیمار با خدا و حمایت معنوی از وی انجام می‌گیرد.

ب - ۱ - تلاش برای پیوند بیمار با خدا: به باور پرستاران، بیمار برای دریافت مراقبت‌های تسکینی مبتنی بر معنویت حتی اگر در روزهای آخر زندگی اش باشد، به پیوند با خداوند نیاز دارد. پرستاری در این خصوص این گونه بیمار را مدیریت نموده است:

«... یه مریض داشتیم که کنسر کولون داشت و خیلی دوست داشت نماز بخونه، اما شرایطش طوری بود که نمی‌تونست نماز بخونه، شاید دیگه روزای آخر زندگیش بود، من کمکش کردم که هر طور هست نمازش رو بخونه... خوشبختانه سنگ تیمم برای این مریض پیدا کردم و به هر قیمتی که بود تلاش کردم تا به این خواستش برسه» (پرستار ۱۲).

یکی از پرستاران در راستای تلاش خود برای پیوند دادن بیمار با خداوند، به اهمیت کمک گرفتن از خدا برای تحمل بار بیماری تأکید نمود:

«وقتی مریض فکر می‌کند بار سخت بیماریش رو نمیتونه حمل کنه من این جور ی توجیهش می‌کنم که تحمل بار بیماری بدون کمک خدا به هیچ‌وجه امکان نداره، مریضی تو خواست خدا بوده و این بار سنگین‌تر از اونیه که تو بخوای به تنهایی تحملش کنی و اگه واقع‌بینانه‌تر بخوای نگاه کنی تحمل بار مریضی به تنهایی در توان بشر نیست» (پرستار ۱۳).

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان با درخواست از بیمار برای توکل به خدا نقش مدیریت معنوی خود را ایفا نموده است و پیوند بیمار با خدا را منجر به بهبود شرایط او می‌داند:

«یه راه برای برگشت مریضا به زندگی عادی، به نظر من توکل به خداست که مریضا با خلوص نیت و ایمان کامل به خدا پناه ببرن تا بتونن به تسکین برسن و دیگه فکر نکنن که سرطان تاوان گناهانشونه... من دیدم توی بخش خودمون که وقتی به مریض گفتیم به خدا توکل کنه، مریض تسکین پیدا کرده و اگه مریض ایمان واقعی داشته باشه شرایط خوبی در جهت بهبودش به وجود میاد» (پرستار ۷).

ب - ۲ - حمایت معنوی: پرستاران معتقد بودند حمایت‌های معنوی آنان در مراقبت‌های تسکینی مبتنی بر معنویت منجر به اعمال مدیریت معنوی برای مبتلایان به سرطان می‌گردد. روایتی از آنان به این شرح است:

«مریضای سرطانی با مشکلاتی مواجه هستن که آگه بتونن با این مشکلات تحت پشتیبانی‌های معنوی که ما ازشون به عمل میاریم مبارزه کنن، تسکین پیدا می‌کنن» (پرستار ۱۴).

دیدگاه یکی از پرستاران در زمینه نقش حمایت‌های معنوی در تسکین بیمار مبتلا به سرطان این گونه بوده است:

«معنویت باعث والایش مریض میشه و بهش بالندگی میده، برای مریضای سرطانی به خصوص اون‌هاشون که در مراحل آخر زندگی هستن توجهات معنوی و حمایت‌های معنوی باعث میشه که مرگ رو بهتر بپذیرن، چون تحت این حمایت‌ها، مریض‌ها به معاد و نسبت به مرگ و جهان آخرت و ادامه زندگی بعد از مرگ دیدگاهی پیدا می‌کنن که این دیدگاه بهشون تسکین میده» (پرستار ۲).

پرستار دیگری حمایت معنوی از مبتلایان به سرطان را به صورت استعاره‌ای بیان نمود:

«مریضای سرطانی از دسته مریضایی هستن که فرصت زندگی و لذت بردن از لحظه‌ها را تا حدودی از دست دادن و عموماً مریضای درد کشیده‌ای هستن، به همین خاطر فکر می‌کنم با مراقبت‌های مبتنی بر معنویت برای این مریضا، دست‌های ما به چتری حمایتی برای اون‌ها تبدیل میشه تا شاید بتونن از مدت باقی مانده زندگیشون بهتر استفاده کنن» (پرستار ۶).

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد پرستاران معتقدند مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت از مبتلایان به سرطان در دو طبقه ارتقای سلامت معنوی و مدیریت معنوی قرار دارد. مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که ارتقای سلامت معنوی

با در نظر داشتن مؤلفه‌های ارتقای راهبردهای مذهبی و پاسداشت ارزش‌ها و باورهای معنوی مقدور می‌گردد و این مؤلفه‌ها از جنبه‌های ضروری در ارتقای سلامت معنوی بیماران می‌باشد که لازم است در مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت برای آنان لحاظ گردد. باید اذعان نمود، به دلیل ماهیت تهدیدکننده سرطان، تشخیص این بیماری سبب ایجاد بحران‌های معنوی برای فرد مبتلا می‌گردد و ایمان مذهبی وی به خطر می‌افتد، لذا تقویت باورهای معنوی بیمار باعث می‌شود که او از هر وضعیتی حتی وضعیت صعب‌العلاج نتیجه خوبی کسب کند. (بالجانی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) به بیان دیگر، یکی از راه‌های برون‌رفت از بحران‌های معنوی که تهدیدکننده بیماران مبتلا به سرطان می‌باشند، ارائه خدمات معنوی برای ایشان است. (فرل، ۲۰۱۳ م.) در همین راستا، یافته‌های مطالعه‌ای در ایتالیا بیانگر آن بود که ارائه مراقبت‌های معنوی ضمن ارتقای سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان و تقویت ایمان مذهبی آنان، کیفیت زندگی ایشان را نیز بهبود می‌دهد. (موزوتی و همکاران، ۲۰۱۱ م.) به طور مشابه، نتایج مطالعه‌ای در کانادا حاکی از آن بود که مراقبت تسکینی با در نظر داشتن جنبه‌های معنوی آن برای بیماران مبتلا به سرطان، کیفیت زندگی آنان را بهبود داده است. (مادالنا و همکاران، ۲۰۱۰ م.) در همین رابطه بیان نموده‌اند وقتی بیماران به مرحله انتهایی زندگی نزدیک می‌شوند به انعکاسات معنوی دست می‌یابند و معنویت برای بیمار به عنوان یک جستجوی شخصی جهت رسیدن به معنا و هدف در زندگی محسوب می‌شود که لازم است مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت برای بیماران ارائه گردد. (ادواردز و همکاران، ۲۰۱۰ م.) از نگاهی دیگر، معنویت و مذهب سبب متعالی‌شدن زندگی فرد مبتلا به سرطان می‌گردد. بنابراین توجه به ارزش‌های معنوی یکی از اجزای بی‌نظیر در مراقبت کل‌نگر از بیمار است، در مقابل بی‌توجهی به نیازهای معنوی

بیمار مانند سدی در برابر ارائه مراقبت‌های حرفه‌ای می‌باشد. (ریچاردسون، ۲۰۱۲ م.) مطالعه‌ای هم در بوستون امریکا انجام شد که نشان داد اکثریت بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته مراقبت‌های معنوی را از سوی پزشکان و پرستاران دریافت نکرده بودند و این در حالی بود که بیماران مراقبت معنوی را یک جز سودمند در مراقبت‌های تسکینی پایان عمر می‌دانستند. (بالونی و همکاران، ۲۰۱۳ م.)

به باور پرستاران با تشویق بیمار به خواندن دعا و قرآن و برپاداشتن نماز می‌توان گامی در جهت ارتقای راهبردهای مذهبی برای وی برداشت که این امر ضمن تسکین یافتن بیمار، در نهایت به ارتقای سلامت معنوی بیمار خواهد انجامید، لذا دعا خواندن و تلاوت قرآن از جمله راهبردهای مذهبی هستند که از دیدگاه پرستاران توجه به این راهبردها برای ارتقای سلامت معنوی بیمار و در نتیجه حفظ کیفیت زندگی وی در ارائه مراقبت‌های تسکینی مبتنی بر معنویت باید مدنظر قرار گیرد. پرستاران شرکت کننده در مطالعه ما پاسخ گویی به نیازهای معنوی بیماران را در مراقبت‌های تسکینی خود مورد نظر قرار داده‌اند. در واقع توجه به باورها و ارزش‌های معنوی بیماران و پاسداشت آن‌ها برای پرستاران امری مهم قلمداد شده است. یافته‌های مطالعه‌ای در کشور امریکا نیز بیان داشت که مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت از طریق ارتقای راهبردهای مذهبی بیماران مبتلا به سرطان سبب بهبود کیفیت زندگی آنان شده است. (والورپالی و همکاران، ۲۰۱۲ م.) به بیان دیگر، قدرت حاصل از اعتقادات مذهبی می‌تواند در سلامت و احساس خوب بودن افراد نقش داشته باشد. (راستون و همکاران، ۲۰۱۰ م.) نتایج یک مطالعه کیفی در قبرس نیز نشان داد که پرستاران در مراقبت از مبتلایان به سرطان، ارزش‌های معنوی و مذهبی آنان را در نظر داشته‌اند. (چارالامبوس و همکاران، ۲۰۰۹ م.) نتایج مطالعه‌ای دیگر نیز خاطر نشان نمود باورهای معنوی، کیفیت زندگی امریکایی‌های

آفریقایی تبار مبتلا به سرطان را ارتقا بخشیده است. (ونزل و همکاران، ۲۰۱۲ م.) در مقابل نتیجه یک مطالعه کیفی که در هلند انجام شد، نشان داد که از دیدگاه پرستاران، گرچه معنویت یکی از حیطه‌های مهم در مراقبت از مبتلایان به سرطان به شمار می‌رود، اما پرستاران بر این باور بودند که این حیطه مهم به طور عملی در مراقبت از بیماران به خوبی در نظر گرفته نشده است. (ون لیوون و همکاران، ۲۰۱۳ م.)

مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر بر این باور بودند که در راستای پاسداشت ارزش‌ها و باورهای معنوی بیمار، شنیدن عقاید وی با حضور یافتن در اتاق بیمار فراهم می‌گردد. در حقیقت، پرستاران می‌توانند با حضور بر بالین بیمار و گوش دادن عمیق به حرف‌های وی نیازهای معنوی او را برآورده نمایند و از این راه در جهت ارزیابی معنوی بیمار نیز اقدام نمایند. (فرل و همکاران، ۲۰۱۲ م.) در اینجا ذکر این نکته لازم است که گاهی افراد معنویت و مذهب را یکی تلقی می‌نمایند، لیکن این دو در عین همپوشانی‌هایی که دارند، با هم متفاوتند به این صورت که معنویت، آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساس عمیقی از پیوند با کائنات در فرد به وجود می‌آورد، اما مذهب به تشویق افراد برای انجام اعمالی مانند نمازخواندن متمایل می‌باشد. با این حال برای بیمار مبتلا به سرطان که در مرحله پایانی حیات قرار دارد، تسکین معنوی و مذهبی، هر دو مهم می‌باشند. (بالبونی و همکاران، ۲۰۰۷ م.) در همین رابطه، نتایج یک مطالعه کیفی در اسکاتلند نشان داد علیرغم این که بیماران در مراحل پایانی حیات اعتقادات مذهبی نداشته‌اند، ولی در این مرحله از زندگی در جستجوی یک قدرت برتر بوده‌اند تا با اتصال به نیروی آن کیفیت زندگی خود را ارتقا دهند. (کولین، ۲۰۱۲ م.) مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که راهبردهای مذهبی می‌تواند در

همه مذاهب به تسکین معنوی بیمار بیانجامد. به نظر می‌رسد بیماران مبتلا به سرطان از هر قومیت و نژاد و مذهبی که باشند و به هر زبانی که سخن بگویند، از یک سری راهبردهای معنوی در برابر سرطان استفاده می‌کنند، (کامپزینو، ۲۰۰۹ م.) به طوری که نتایج یک مطالعه کیفی در ایران نشان داد اعتقادات مذهبی مسلمانان در مقابله با بیماری سرطان مؤثر می‌باشد. (نصرآبادی و همکاران، ۲۰۱۱ م.) در تحقیق دیگری هم بیان شد که توجه به ارزش‌های مذهبی در مراقبت از بیماران یهودی مبتلا به سرطان موجب عملکرد بهتر روزانه آن‌ها و مقابله صحیح با بیماری شده است و از عوارض شیمی‌درمانی نیز برای این بیماران کاسته است. (بن آریه و همکاران، ۲۰۱۲ م.) در مطالعه دیگری نیز نشان داده شد که بیماران مسیحی مبتلا به سرطان خواهان آن بوده‌اند که توجهات مذهبی به عنوان یک جز مهم در مراقبت از آنان لحاظ شود. (کینگ و همکاران، ۲۰۱۳ م.) یافته‌های مطالعه‌ای در پرتغال نیز نشان داد بیماران مسیحی در طول بیماری سرطان از باورهای مذهبی خود تأثیر پذیرفته‌اند. (تراوادو و همکاران، ۲۰۱۰ م.) مطالعات ذکر شده تأییدی بر این یافته است که توجه به راهبردهای مذهبی در مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت برای مبتلایان به سرطان در انحصار مذهب خاصی نیست.

دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که از دیدگاه پرستاران مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت با مدیریت معنوی پرستاران در این زمینه و از طریق تلاش آنان برای پیوند بیمار با خدا و حمایت معنوی از بیمار میسر می‌گردد. پرستاران معتقد بودند که حتی در روزهای پایانی حیات باید برای پیوند بیمار با خدا تلاش نمود و در این زمینه از بیمار حمایت نموده‌اند تا جهت پیوستن به خدا به انجام فرایض مذهبی خود بپردازد. در واقع، توجه به نیازهای معنوی و مذهبی مبتلایان به سرطان از زمان تشخیص بیماری تا لحظه مرگ آنان جاری است

(سربون و همکاران، ۲۰۱۰ م.) و معنویت بیماران را به این سو هدایت می‌کند که تشخیص بیماری سرطان برای آنان، اجباری از سوی خداوند است که توسط کارکنان درمانی قابل تغییر نمی‌باشد، (بهرینگر و همکاران، ۲۰۱۱ م.) به علاوه در این بین خدا را به عنوان هستی برتر و به عنوان کسی می‌پندارند که از آنان در برابر مرگ حفاظت می‌نماید و به ایشان قدرت و آسایش عطا می‌کند. (ادواردز و همکاران، ۲۰۱۰ م.) مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که سرطان خواست خدا بوده است و توکل به خدا سبب می‌شود تا بیمار سرطان را تاوان گناهان خود قلمداد نکند. به نظر می‌رسد اعتقاد به خدا به عنوان یک قدرت بی‌پایان برای پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه ما درونی شده است به گونه‌ای که ابتلا به بیماری را بر مبنای خواست خدا می‌پندارند و می‌کوشند این ایده را به بیمار منتقل نمایند تا بیمار کمتر به سرزنش خود پردازد و ابتلا به بیماری را گناه یا تاوان اعمال بد خود در گذشته تلقی نکند، بلکه بتواند به تفسیر مثبتی در این زمینه دست یابد.

مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر معتقد به حمایت معنوی از بیمار مبتلا به سرطان بوده‌اند که این مهم را در انواع پشتیبانی‌های معنوی از بیماران و حتی فراهم کردن موقعیت برای بیمار جهت گوش‌دادن به نواهای معنوی دیده‌اند. پرستاران بر این باور بودند که گوش‌دادن به صداهای معنوی جنبه‌ای از حمایت معنوی برای بیمار به شمار می‌آید. در تأیید این یافته، مطالعه‌ای در کشور آمریکا گزارش داد که گوش‌دادن به آهنگ‌های دارای درون‌مایه معنوی موجب برآوردن نیاز معنوی بیمار مبتلا به سرطان در ارائه مراقبت تسکینی برای وی شده است. (پائوک و همکاران، ۲۰۱۰ م.) نتایج تحقیق دیگری نیز بیان نمود ارائه مراقبت‌های معنوی نگرش بیمار را نسبت به بیماری‌اش در جهت مثبت تغییر داده است و

معنویت از این طریق اثر حمایتی و تسکینی خود را برای بیمار بر جای گذاشته است. (فلپز و همکاران، ۲۰۱۲ م.) نویسنده با استناد به روایات پرستاران و تجارب بالینی خود بر این باور است که اگر حمایت‌های معنوی مناسبی از بیمار در قالب مراقبت‌های تسکینی به عمل آید، دیگر سرطان را به عنوان تاوان گناهانش نمی‌پندارد، بلکه چنین می‌اندیشد که سرطان تقدیر الهی بوده است و به منبع ارزشمندی برای مقابله با رویدادهای ناگوار در زندگی خود دست می‌یابد. همچنین نویسنده دریافت که علیرغم گوناگونی فرهنگی در مطالعات انجام‌شده، نتایج تقریباً مشابهی به دست آمده است، لذا می‌توان گفت معنویت یکی از عناصر اساسی در مراقبت تسکینی از مبتلایان به سرطان است که به صورت بین‌المللی در پرستاری مطرح است، اما آن چه این عنصر اساسی را در فرهنگ ایرانی نسبت به سایر فرهنگ‌ها متمایز می‌نماید آن است که فرهنگ بومی و مذهبی موجود در کشور ما به گونه‌ای است که بیماران در شرایطی که زندگی خود را در معرض خطر می‌بینند، بیشتر به سمت و سوی معنویت گرایش می‌یابند و بیشتر وجود خدا را در متن زندگی خود احساس می‌کنند که این امر سبب شده است تا پرستاران مورد مطالعه ما مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت را برای مبتلایان به سرطان در مفاهیمی مانند سلامت معنوی و مدیریت معنوی ببینند.

این مطالعه با مشارکت پرستاران انجام شد که به عنوان محدودیت پژوهش مطرح است، لیکن توصیه می‌شود به تبیین دیدگاه‌های سایر افراد درگیر در مراقبت از بیمار نیز در این خصوص همت گمارد. محدودیت دیگر این پژوهش ارائه مراقبت تسکینی برای مبتلایان به سرطان به طور کلی بود که پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت برای مبتلایان به انواع سرطان به طور مجزا مد نظر باشد.

نتیجه گیری

این مطالعه تنها بخش کوچکی از دنیای وسیع مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت را از دیدگاه پرستاران ترسیم نمود و نشان داد مطابق درک آنان مفاهیم معنوی در مراقبت تسکینی از بیمار مبتلا به سرطان، نقش مهمی دارند، هرچند در مورد بعضی از مفاهیم استخراج شده در این مطالعه تفاسیر متفاوتی می توان داشت، لیکن نتایج نشان داد پرستاران در مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت به مفاهیمی مانند ارتقای سلامت معنوی و مدیریت معنوی اهمیت می دهند و عواملی مثل ارتقای راهبردهای مذهبی، پاسداشت ارزش ها و باورهای معنوی بیمار، تلاش برای پیوند بیمار با خدا و حمایت معنوی از او برای ایشان مهم می باشند. از سوی دیگر، با توجه به آن که این پژوهش اولین مطالعه کیفی است که درباره مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت از مبتلایان به سرطان در بافت فرهنگی ایران انجام شده است، نتایج حاصل از آن می تواند سبب آشکارشدن جنبه هایی از این نوع مراقبت در جامعه ما گردد.

سپاسگزاری

این تحقیق بخشی از رساله دکتری تخصصی رشته پرستاری مربوط به دانشگاه علوم پزشکی تهران است. نویسندگان مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه مذکور و یکایک پرستاران گرامی شرکت کننده در تحقیق اعلام می دارند.

فهرست منابع

منابع فارسی:

بالجانی، ا. خشایبی، ج. امانپور، ا. عظیمی، ن. (۱۳۹۰ ش.). بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان. *حیات*. دوره هفدهم، شماره سوم، صص ۲۷-۳۷.

رضایی، م. سیدفاطمی، ن. حسینی، ف. (۱۳۸۸ ش.). سلامت معنوی در بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی. *حیات*. دوره چهاردهم، شماره سوم، صص ۴۰-۳۳.

منابع انگلیسی:

Abrahm, JL. (2012). Integrating palliative care into comprehensive cancer care. *J Natl Compr Canc Netw*. 10(10):1192-8.

Allgood, MR. (2010). *Nursing Theory: Utilization and Application*. Mosby. 110.

Balboni, MJ. Sullivan, A. Amobi. A. Phelps, AC. Gorman, DP. Zollfrank. A. Peteet, JR. Prigerson, HG. Vanderweele, TJ. Balboni, TA. (2013). Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *J Clin Oncol*. 31 (4): 461-7.

Balboni, TA. Vanderwerker, LC. Block, SD. Paulk, ME. Lathan, CS. Peteet, JR. Prigerson, HG. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*. 25 (5): 555-60.

Behringer, B. Krishnan, K. (2011). Understanding the role of religion in cancer care in Appalachia. *South Med J*. 104 (4): 295-6.

Ben-Arye, E. Schiff, E. Vintal, H. Agour, O. Preis, L. Steiner, M. (2012). Integrating complementary medicine and supportive care: patients' perspectives toward complementary medicine and spirituality. *J Altern Complement Med*. 18 (9): 824-31.

Brueckner, T. Schumacher, M. Schneider, N. (2009). Palliative care for older people - exploring the views of doctors and nurses from different fields in Germany. *BMC Palliative Care*. 8 (7): 23.

Burns, N. Grove, SK. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization*. 205.

- Campesino, M. (2009). Exploring perceptions of cancer care delivery among older Mexican American adults. *Oncol Nurs Forum*. 36 (4): 413-20.
- Charalambous, A. Papadopoulos, IR. Beadsmoore, A. (2009). Towards a theory of quality nursing care for patients with cancer through hermeneutic phenomenology. *Eur J Oncol Nurs*. 13 (5): 350-60.
- Collin, M. (2012). The search for a higher power among terminally ill people with no previous religion or belief. *Int J Palliat Nurs*. 18 (8): 384-9.
- Daher, M. (2011). Opioids for cancer pain in the Middle Eastern countries: a physician point of view. *J Pediatr Hematol Oncol*. 1: 23-8.
- Edwards, A. Pang, N. Shiu, V. Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliat Med*. 24 (8): 753-70.
- Elo, S. Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 62 (1): 107-15.
- Ferrell, B. Otis-Green, S. Economou, D. (2013). Spirituality in cancer care at the end of life. *Cancer J*. 19 (5): 431-7.
- Ferrell, BR. Baird, P. (2012). Deriving meaning and faith in caregiving. *Semin Oncol Nurs*. 28 (4): 256-61.
- Graneheim, UH. Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 24 (2): 105-12.
- Higginson, IJ. Costantini, M. (2008). Dying with cancer, living well with advanced cancer. *European Cancer J*. 44: 1414-24.
- Janice, R. Jones, R. (2006). Resilience and Well-being in Palliative Care Staff: A quantitative study of hospice nurses experience of work. *Psycho-oncology*. 16 (8): 733-40.
- King, SD. Dimmers, MA. Langer, S. Murphy, PE. (2013). Doctors' Attentiveness to the Spirituality/ Religion of their Patients in Pediatric and Oncology Settings in the Northwest USA. *J Health Care Chaplain*. 19 (4): 140-64.

- Maddalena, VJ. Bernard, WT. Etowa, J. Murdoch, SD. Smith, D. Marsh Jarvis, P. (2010). Cancer care experiences and the use of complementary and alternative medicine at end of life in Nova Scotia's Black Communities. *J Transcult Nurs.* 21 (2): 114-22.
- Mazzotti, E. Mazzuca, F. Sebastiani, C. Scoppola, A. Marchetti, P. (2011). Predictors of existential and religious well-being among cancer patients. *Support Care Cancer.* 19 (12): 1931-7.
- Mousavi, SM. Gouya, MM. Ramazani, R. (2009). Cancer incidence and mortality in Iran. *Ann Oncol.* 20 (3): 556-63.
- Nasrabadi, AN. Bahabadi, AH. Hashemi, F. Valiee, S. Seif, H. (2011). Views of Iranian patients on life with cancer: a phenomenological study. *Nurse Health Sci.* 13 (2): 216-20.
- Pawuk, LG. Schumacher, JE. (2010). Introducing music therapy in hospice and palliative care: an overview of one hospice's experience. *Home Healthc Nurse.* 28 (1): 37-44.
- Phelps, AC. Lauderdale, KE. Alcorn, S. Dillinger, J. Balboni, MT. Van Wert, M. Vanderweele, TJ. Balboni, TA. (2012). Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. *J Clin Oncol.* 30 (20): 2538-44.
- Richardson, P. (2012). Assessment and implementation of spirituality and religiosity in cancer care: effects on patient outcomes. *Clin J Oncol Nurse.* 16 (4): 150-5.
- Rustoen, T. Cooper, BA. Miaskowski, C. (2010). The importance of hope as a mediator of psychological distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients. *Cancer Nurse.* 33 (4): 258-67.
- Seow, H. Snyder, CF. Shugarman, LR. Mularski, RA. Kutner, JS. Lorenz, KA. Wu, AW. Dy, SM. (2009). Developing quality indicators for cancer end-of-life care: proceedings from a national symposium. *Cancer.* 115 (17): 3820-9.
- Sinclair, S. Mysak, M. Hagen, NA. (2009). What are the core elements of oncology spiritual care programs? *Palliat Support Care.* 7 (4): 415-22.
- Surbone, A. Baider, L. (2010). The spiritual dimension of cancer care. *Crit Rev Oncol Hematol.* 73 (3): 228-35.

- Surbone, A. Baider, L. Weitzman, TS. Brames, MJ. Rittenberg, CN. Johnson, J. (2010). Psychosocial care for patients and their families is integral to supportive care in cancer: MASCC position statement. *Support Care Cancer*. 18 (2): 255-63.
- Travado, L. Grassi, L. Gil, F. Martins, C. Ventura, C. Bairradas, J. (2010). Do spirituality and faith make a difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group. *Palliate Support Care*. 8 (4): 405-13.
- Tullis, JA. (2010). Bring about benefit, forestall harm: what communication studies say about spirituality and cancer care. *Asian Pac J Cancer Prev*. 1: 67-73.
- Valente, SH. Teixeira, MB. (2009). Phenomenological study about the nurses home care for families of terminally ill patients. *Rev Esc Enferm*. 43 (3): 650-6.
- Vallurupalli, M. Lauderdale, K. Balboni, MJ. Phelps, AC. Block, SD. Ng, AK. Kachnic, LA. Vanderweele, TJ. Balboni, TA. (2012). The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *J Support Oncol*. 10 (2): 81-7.
- Van-Leeuwen, R. Schep-Akkerman, A. van Laarhoven, HW. (2013). Screening patient spirituality and spiritual needs in oncology nursing. *Holist Nurse Pract*. 27 (4): 207-16.
- Van-Mechelen, W. Aertgeerts, B. De-Ceulaer K. Thoonsen, B. Vermandere, M. Warmenhoven, F. Van-Rijswijk, E. De-Lepeleire, J. (2013). Defining the palliative care patient: A systematic review. *Palliat Med*. 27 (3): 197-208.
- Wenzel, J. Jones, RA. Klimmek, R. Krumm, S. Darrell, LP. Song, D. Stearns, V. Ford, JG. (2012). Cancer support and resource needs among African American older adults. *Clin J Oncol Nurse*. 16 (4): 372-7.

یادداشت شناسه مؤلفان

مرجان مردانی حموله: دانشجوی دکترای تخصصی آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

لیلی بریم‌نژاد: دکترای تخصصی آموزش پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
(نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: Iborimnejad@tums.ac.ir

نعیمه سیدفاطمی: دکترای تخصصی آموزش پرستاری، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
مامک طهماسبی: فلوشیپ طب تسکینی، مرکز تحقیقات انستیتو کانسر، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۹/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۲۲