

ادراک بیماران مبتلا به سرطان از مراقبت معنوی: یک بررسی کیفی

مژگان رهنما^۱، مسعود فلاحی خشکناز^{۲*}، سادات سید باقر مداح^۳، فضل‌اله احمدی^۴

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

مراقبت معنوی شامل کمک به انجام اعمال مذهبی و فعالیت‌هایی است که موجب حمایت و راحتی اشخاص می‌شوند که شدیداً بیمارند و در جست‌وجوی معنی و اتصال به ماوراء می‌باشند. این مراقبت یک بخش ضروری، حیاتی و جنبه‌ای منحصر به فرد از مراقبت بوده و به سؤالاتی اساسی، نظیر معنای زندگی، درد، رنج و مرگ پاسخ می‌دهد. هدف از این مقاله شناسایی ادراک بیماران مبتلا به سرطان از مراقبت معنوی است.

مطالعه‌ی حاضر با رویکرد کیفی با استفاده از تحلیل محتوی به‌روش مرسوم برای آنالیز داده‌ها انجام شده است. نمونه‌گیری به روش آسان و در دسترس با انتخاب ۱۷ بیمار و خانواده‌هایشان، مراجعه کننده به یکی از بیمارستان‌های تهران و مرکز خیریه‌ی بهنام دهش‌پور انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه‌ی نیمه‌ساختار یافته بود. مصاحبه‌های ضبط شده کلمه به کلمه پیاده گردید. برای کاهش داده‌ها، نام‌گذاری داده‌ها، به‌دست آوردن کدهای تحلیلی و در نهایت تشخیص موضوعات از روش تحلیل محتوی استفاده شد. یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌ها به‌دسته‌بندی‌های زیر ختم گردید: خصایص و وظایف پرستار با رویکرد معنوی در دو حیطه‌ی مذهبی و غیرمذهبی، مراقبت با رویکرد معنوی در دو حیطه‌ی مذهبی و غیرمذهبی (روحی - روانی، ارتباطی، عملکردی) و موانع مراقبت معنوی.

بر اساس یافته‌ها تمامی نیازهای معنوی مراقبتی مشارکت‌کنندگان توسط پرستاران برطرف نمی‌گردد. به‌طوری‌که، خصوصیات و عملکرد پرستاران با انتظارات بیماران و خانواده‌هایشان از یک پرستار با رویکرد معنوی کاملاً تطبیق نداشته و شرایط حاکم بر بخش نیز برای این امر مناسب نیست. در پایان با توجه به نتایج پیشنهاداتی برای بهبود ارائه‌ی این مراقبت‌ها مطرح گردید.

واژگان کلیدی: اخلاق، مراقبت معنوی، بیمار سرطانی، تحلیل محتوی

^۱ دانشجوی دکترای پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

^۲ دانشیار، گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

^۳ استادیار، گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

^۴ استاد، گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس

* نشانی: تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ساختمان شماره ۴، طبقه دوم، گروه پرستاری،

تلفن: ۰۹۱۲۵۰۹۷۱۴۴، Email: fallahi@uswr.ac.ir

مقدمه

سلامتی به عنوان حالتی از رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و نه تنها نبود بیماری یا ناتوانی تعریف شده است. به همین دلیل منابع موجود در حوزه سلامت، به طور فزاینده‌ای در حال برجسته کردن معنویت و اهمیت آن در سلامت و بیماری هستند (۱).

معنویت نوعی میل باطنی برای ساخت معنی از طریق یک حس وابستگی به حوزه‌های مافوق شخص است که منتهی به یافتن معنی و هدف در زندگی می‌گردد (۲). هر چند اغلب به صورت رابطه با خدا آشکار می‌شود، حالتی فراتر از احساسات مذهبی بوده، می‌تواند به صورت ارزش‌گذاری و احترام به موسیقی، اخلاق، هنر، ادبیات و... نیز ظاهر شود (۳). هم‌چنین، معنویت را جست‌وجو برای معنی نهایی یا وجودی در یک تجربه‌ی زندگی مثل بیماری توصیف کرده‌اند (۴).

از جمله‌ی بیماری‌ها می‌توان به سرطان اشاره کرد که امروزه یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان از جمله ایران محسوب می‌شود (۵). در مراقبت از بیماران سرطانی بیشتر تأکید بر مراقبت‌های تکنیکی و درمانی (جراحی، شیمی درمانی، رادیو تراپی، ژن درمانی و...) است که بر اساس دانش تکنیکی مراقبت از بیماران سرطانی صورت می‌گیرد و می‌توان آن را به مراقبت از اکثر بیماران سرطانی عمومیت داد، در حالی که لازم است مراقبت پرستاری از مددجو بر اساس خصوصیات فردی و نیازهایش باشد. به عبارت دیگر، مراقبت باید مددجو محور و با توجه به خصوصیات بیوگرافی، علایق، ویژگی‌های فرهنگی - اجتماعی و فیزیولوژیکی خاص هر بیمار صورت گیرد. طبق نظر مرکز مراقبت از مبتلایان سرطان در نیویورک^۱، مراقبت‌های به عمل آمده از بیماران سرطانی باید برای آن‌ها و خانواده‌هایشان در محیطی ایمن و با حمایت کامل انجام شود تا آنان بتوانند

نیازهای جسمی، عاطفی و معنوی خود را اظهار نمایند (۶). زیرا بیماران مبتلا به سرطان به هنگام مواجهه با تشخیص، تغییر وضعیت بیماری یا روبه‌رو شدن با مشکلات پایان زندگی بیشتر در خطر دیسترس معنوی^۲ می‌باشند که طبق تعریف عبارت است از یک وضعیت هیجانی (احساسی) که طی آن افراد قادر نیستند نیازهای اساسی خود برای عشق، امید، رسیدن به اهداف و ارتباط با دیگران را برآورده سازند (۷). Schulz و همکاران در این رابطه، نیازهای معنوی بیماران سرطانی را اغلب شامل یافتن معنی و امید، دسترسی به منابع معنوی و بیرون کشیدن معنی از دل رنج‌ها می‌داند (۸). زیرا این بیماران اغلب به دنبال صدمات شدید جسمی و عملکردی، از فقدان هدف، ارزش و معنی در زندگی رنج می‌برند (۹). در این رابطه Taylor و Skinn مطرح کردند، بیماران مبتلا به سرطان که از درون تجربیاتشان معنی به دست می‌آورند (بیرون می‌کشند) اعتماد به نفس بیشتر و نشانه‌های دیسترس کم‌تری دارند (۱۰).

Lim ، Tatsumura ، Romero ، Mccare و همکاران بر این باورند که، تمایل به دین، مذهب و منابع معنوی می‌تواند به عنوان یک استراتژی تطبیقی برای تطابق روانی - اجتماعی بعد از تشخیص و تطبیق طی فرایند بیماری مورد استفاده قرار گیرد (۱۱-۱۴). در این رابطه Stuckey می‌نویسد، درگیری معنوی و مذهبی می‌تواند از رفتارهای تطبیقی خطرناک احتمالی مثل استفاده از الکل یا سوء مصرف مواد نیز جلوگیری کند (۱۵).

مطالعه‌ی Laubmeier و همکاران نیز نشان داد پرداختن به معنویت علیرغم وجود عامل تهدیدکننده‌ی زندگی در بیماران سرطانی، با دیسترس کم‌تر و کیفیت زندگی بهتر مرتبط است (۱۶). هم‌چنین، مطالعه‌ی Balboni و همکاران نیز نشان داد در بیماران مبتلا به سرطان حمایت معنوی فراهم

² Spiritual distress

¹ New York Cancer Center

می‌تواند مستقیماً بر چگونگی ارتباط و ارائه‌ی مراقبت معنوی به بیماران تأثیر گذار باشد؛ هم‌چنین با پیشرفت عملکرد، بهبود ارتباط با همکاران و مدیران، افزایش رضایت شغلی و کاهش احتمال ترک خدمت همراه است (۲۵).

اما معنویت اغلب توسط فراهم‌کنندگان مراقبت سلامتی نادیده گرفته شده و بسیاری از بیماران مراقبت معنوی را که متقاضی آنند، دریافت نمی‌کنند (۲۶). در مطالعاتی که جهت یافتن علت این امر صورت گرفته، عواملی هم‌چون فقدان انتظار (توقع) از متخصصان برای ارائه‌ی این مراقبت، فقدان آموزش تخصصی در این زمینه خصوصاً به صورت تجربی، خالی بودن محتوای کتاب‌های مرجع پرستاری از مطالبی پیرامون موضوع معنویت، مشکل بودن برقراری صمیمیت بین بیماران و فراهم‌کنندگان مراقبت که لازمه‌ی ارائه‌ی مراقبت معنوی است، تجربه‌ی درک منفی نسبت به مذهب و باورهای مذهبی در گذشته (۷)، کمبود وقت پرستاران، فقدان آگاهی و احساس بی‌کفایتی و فقدان اعتماد به نفس آن‌ها برای ارائه‌ی مراقبت معنوی (۲۷)، وجود اشکال در تعریف صریح مفهوم معنویت، شناخته نشدن اهمیت پرداختن به این جنبه برای بیماران و عدم درک درست پرستاران از این مفهوم به‌عنوان دلالی برای غفلت از مراقبت معنوی مطرح شده‌اند (۳). Leeuwen و همکاران نیز در تحقیقی کیفی که با هدف تعیین جنبه‌های معنوی مراقبت پرستاری به منظور توسعه‌ی مراقبت در این حیطه و پیشبرد تجارب حرفه‌ای پرستاران انجام دادند، در نتیجه مطرح کردند انتظارات متفاوتی از نقش پرستاران در امور معنوی وجود دارد؛ به‌عبارتی، امور معنوی مورد توجه در مراقبت پرستاری واضح نیستند. هم‌چنین، این مطالعه نشان داد فاکتورهای متفاوتی (شخصی، فرهنگی و آموزشی) در این حقیقت که مراقبت معنوی در ساختار مراقبت پرستاری قرار نگرفته است، نقش دارند و توصیه به انجام تحقیق بیشتر در این زمینه گردید (۲۸). بر اساس مطالعات می‌توان نتیجه گرفت که ابهام در درک مفهوم

آمده به‌وسیله‌ی انجمن‌های مذهبی یا سیستم‌های درمانی با کیفیت بهتر زندگی در رابطه است و افراد مذهبی تمایل بیش‌تری به ادامه‌ی زندگی دارند (۱۷).

Nightingale مطرح کرد ما به‌عنوان پرستار باید سعی کنیم تا با توجه به مراقبت معنوی و قرار دادن آن در بخشی از عملکرد پرستاری از محیط مراقبت درمانی، یک محیط بهبودی بسازیم (۱۸). نکته‌ی کلیدی مراقبت معنوی از بیماران مبتلا به سرطان، در نظر گرفتن بیمار به‌عنوان یک وجود کل (چند بعدی) توسط پرستار ارائه‌کننده‌ی مراقبت برای آن بیمار است (۱۹). بنابراین، پرستاران باید به بررسی نیازهای معنوی به‌عنوان بخشی از مراقبت جامع‌محور توجه کنند (۲۰). در این رابطه حبیب‌زاده نیز می‌نویسد، بعد معنوی انسان مانند ابعاد زیستی، روانشناختی و اجتماعی از اهمیت خاصی برخوردار است، لذا در حرفه‌ای شدن پرستاری باید به این بعد نیز توجه گردد. اصولاً یکی از اساسی‌ترین مباحث در عملکرد حرفه‌ای پرستاران مسائل اخلاقی است و با تعریف و تدوین کدهای اخلاق حرفه‌ای نمود یافته است که اساس آن توجه به مقوله‌های انسانی و اخلاقی در برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار در جهت ارائه‌ی خدمات مراقبتی است (۲۱). از جمله مراقبت‌ها که در کدهای اخلاقی ملی و بین‌المللی منعکس شده، مراقبت معنوی است که توجه به آن طی ۵ سال اخیر توجه روزافزونی یافته است (۲۲). انجمن پرستاری و مامایی نیز در استانداردهای حرفه‌ای برای دانشجویان پرستاری صریحاً مطرح نمود که پرستاران ملزم هستند تا مهارت‌های لازم برای تشخیص نیازهای معنوی بیماران را کسب نمایند (۲۳).

برای تأمین مراقبت معنوی متناسب، پرستاران باید دانش و درک خود را از معنویت گسترش دهند، معنویت را در مراقبت پرستاری خود تلفیق کرده و ارتباط خود با مددجویان و خانواده‌هایشان را بهبود بخشند (۲۴). محمودیشان و همکاران در این رابطه می‌نویسد، درک پرستاران از معنویت

مطرح و بر اساس پاسخ نمونه‌ها روند مصاحبه هدایت می‌شد، سپس سؤالاتی درباره‌ی تجارب بیماران از مراقبت‌های پرستاری ارائه شده طی مدت بستری‌شان پرسیده می‌شد. زمان و مکان مصاحبه‌ها با توافق مشارکت‌کنندگان تعیین می‌گردید. مدت زمان مصاحبه‌ها از ۴۵ تا ۱۲۰ دقیقه متغیر بود. تمامی مصاحبه‌ها توسط محقق انجام، ضبط، کلمه به کلمه تایپ، مرور، کدگذاری و بلافاصله مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گرفتند. به این صورت که در ابتدا هر مصاحبه برای کسب درک اولیه به‌دقت خوانده، زیر بیانات مهم آن خط کشیده شده و به‌صورت کدهایی (کد گذاری اولیه) ثبت گردید. برای کد گذاری اولیه از کلمات خود مشارکت‌کنندگان و کدهای دلالت‌کننده (برداشت‌های پژوهشگر از گفته‌ها) استفاده گردید. بعد کدهایی که به لحاظ مفهومی با یکدیگر مشابه بودند جهت واضح‌سازی معنی تلخیص و به‌صورت تعدادی طبقه و زیر طبقه دسته‌بندی شدند. در واقع تجزیه و تحلیل داده‌ها، هم‌زمان و به‌طور مستمر با جمع‌آوری اطلاعات انجام می‌گرفت. روند جمع‌آوری داده‌ها تا زمان اشباع داده‌ها یعنی تا زمانی‌که با ادامه‌ی جمع‌آوری داده‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده تکرار داده‌های قبلی باشد و اطلاعات جدیدی حاصل نگردد، ادامه یافت و در نهایت ۳ مضمون اصلی به‌دست آمد.

در این تحقیق صحت و استحکام مطالعه با استفاده از معیارهای پیشنهادی گوبا و لینکلن بررسی شد (۳۰). جهت قابلیت اعتبار^۲، پژوهشگر مشارکت کافی و تعامل نزدیک با مشارکت‌کنندگان داشت. بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان و بازنگری توسط ناظرین خارجی انجام شد و از نظرات تکمیلی اساتید استفاده گردید. محقق با انجام اقداماتی نظیر بازبینی توسط اساتید راهنما، مشاور و افراد صاحب نظر همسانی (ثبات)^۳ داده‌ها را بررسی کرد. مطابقت یا عینیت‌داشتن^۴ با کنارگذاری عقاید پیشین و پیش‌دوری‌های محقق صورت

معنویت و هم‌چنین واضح نبودن وظایف پرستاران برای ارائه‌ی مراقبت معنوی که به‌عنوان مقوله‌ای اخلاقی در ارتباط بین پرستار و بیمار مطرح است، وجود دارد. با توجه به این‌که از یک‌سو تجارب بیماران و مراقبان‌شان می‌تواند نقش مهم و ارزشمندی در تبیین مراقبت‌های معنوی پرستاران داشته باشد و از سوی دیگر دیدگاه و تجارب درک‌شده بیماران در زمینه‌ی مراقبت‌های معنوی در ایران مورد مطالعه قرار نگرفته است، و با توجه به این‌که شناسایی نیازهای معنوی به‌عنوان یک عنصر حیاتی در ارائه‌ی مراقبت محترمانه فرهنگی مطرح است (۲۹)، لازم است درک بهتری در مورد ماهیت مراقبت معنوی و چگونگی شکل‌گیری آن به‌دست آید. این مطالعه با هدف شناسایی درک بیماران سرطانی از مراقبت معنوی انجام شده است.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر با رویکرد کیفی با استفاده از تحلیل محتوی به‌روش مرسوم برای تحلیل داده‌های به‌دست آمده از شناسایی تجارب بیماران در رابطه با مراقبت‌های معنوی‌شان در خلال مراقبت پرستاری به‌عمل آمده انجام شده است. جمعیت مورد مطالعه، بیماران سرطانی بستری در بیمارستان و اعضای خانواده‌ی بیماران مبتلا بودند. مشارکت‌کنندگان تحقیق را ۱۱ بیمار سرطانی و ۶ نفر از اعضای خانواده‌های این بیماران مراجعه‌کننده به یکی از بیمارستان‌های تهران^۱ و مرکز خیریه بهنام دهش‌پور تشکیل می‌دادند که به روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس انتخاب شدند. در تحقیق حاضر برای رعایت نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، مشارکت‌کنندگان طیف وسیعی از بیماران با ویژگی‌های متفاوت (سن، جنس، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، مرحله بیماری) را در بر می‌گرفتند. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه‌ی نیمه‌ساختار یافته بود. به این صورت که ابتدا سؤالات کلی برای شروع مصاحبه

^۱ طبق توافق با مسؤولان بیمارستان مربوطه نام بیمارستان تا اعلام نهایی نتایج و کسب اجازه از آن‌ها محفوظ است.

^۲ Credibility

^۳ Dependability

^۴ Confirmability

مراجعه‌کننده به یکی از بیمارستان‌های تهران و مرکز خیریه‌ی بهنام دهش‌پور بودند. سن بیماران از ۲۷ تا ۶۵ و سن اعضای خانواده از ۲۴ تا ۶۰ سال متغیر بود، ۶ نفر از بیماران زن و ۵ نفر مرد بودند اما تمامی اعضای خانواده بیماران مبتلا را زن‌ها تشکیل می‌دادند. نوع سرطان مبتلایان شامل کانسر پستان، کانسر روده، کانسر کبد، تومور نخاعی، تومور مغزی، سرطان ریه و سرطان بیضه بود. هدف مطالعه کشف درک بیماران از مراقبت معنوی بود. یافته‌های به‌دست آمده در تشخیص ۳ مضمون به ما کمک کرد که شامل ۱- خصایص و وظایف پرستار با رویکرد معنوی در دو حیطه‌ی مذهبی و غیرمذهبی، ۲- نیازهای معنوی مرتبط با مراقبت در دو حیطه‌ی مذهبی و غیرمذهبی (روحی- روانی، ارتباطی، عملکردی) و ۳- موانع برطرف کردن نیازهای معنوی مراقبتی می‌باشند. (جدول شماره‌ی یک)

گرفت، علاوه بر این صحت یافته‌ها مورد تأیید شرکت کنندگان نیز قرار گرفت.

مطالعه‌ی حاضر پس از تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، با اخذ معرفی‌نامه‌ی کتبی از دانشگاه و کسب اجازه برای انجام تحقیق در محیط پژوهش انجام شد. در این پژوهش از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا فرم رضایت برای شرکت آگاهانه در تحقیق را امضا نمایند و به آن‌ها اطمینان داده شد که در هنگام انتشار نتایج کلیه‌ی اطلاعات فردی محرمانه باقی خواهد ماند و بر امکان خروج آزادانه در هر مرحله از مطالعه به‌دلیل عدم تمایل به ادامه‌ی همکاری تأکید شد.

نتایج

شرکت‌کنندگان در تحقیق شامل ۱۷ نفر متشکل از، ۱۱ بیمار سرطانی و ۶ نفر از اعضای خانواده‌های این بیماران

جدول شماره‌ی ۱- مضامین و زیر مضامین مشخص شده از آنالیز مصاحبه‌ها

مضمون	زیر مضمون	کدها
	خصوصیات حیطه‌ی مذهبی	معتقد بودن، انفاق و ایثار داشتن، برای خدا کار کردن و نداشتن ریا
	خصوصیات حیطه‌ی غیرمذهبی	خوش برخورد بودن، با اخلاق بودن، مهربان بودن، با نشاط بودن، دوست داشتن بیمار و داشتن انرژی مثبت
پرستار با رویکرد معنوی	وظایف حیطه‌ی مذهبی	جهت دادن به اعتقادات بیمار، کمک به بیمار در انجام فرایض، تشویق به انجام فعالیت‌های مذهبی، آموزش نسخه‌های پزشکی دینی به بیمار و خانواده، یاد خدا در ارائه‌ی مراقبت‌های پرستاری و تجلی اعتقادات در عمل
	وظایف حیطه‌ی غیرمذهبی	بیان صحبت‌های امیدبخش، عاشقانه کار کردن، روحیه دادن به مریض، آرامش‌بخشی به بیمار، استفاده از تمام توان برای بهبود بیمار، دلداری دادن به بیمار و برخورد خوب با بیمار و خانواده

<p>فراهم نمودن کمک برای به‌جا آوردن نماز، کمک به کسب آرامش از طریق توکل پرستار حین ارائه‌ی مراقبت‌های پرستاری، کمک به کسب امید از طریق بیان صحبت‌هایی در مورد امکان بهبودی به‌دنبال معجزه و توکل به خداوند (ارائه شده)، مطلع کردن بیمار از زمان اذان، فراهم ساختن امکان خواندن نماز علیرغم درمان‌های انجام شده، فراهم کردن فضای خصوصی برای دعا در بخش، حضور افرادی به‌جز پرستار که بتوانند در انجام فعالیت‌های مذهبی به بیمار کمک نمایند و فراهم نمودن امکان مشاوره مذهبی (ارائه نشده)</p>	<p>حیطه‌ی مذهبی (مراقبت‌های مذهبی)</p>	
<p>عدم توجه تنها به جسم و توجه به روحیه بیمار، دریافت انرژی مثبت از پرستار، فراهم نمودن امکان مرگ با آرامش در بیمارستان، محبت به بیمار طی بستری، نشاط آور نمودن محیط بخش، کمک به کسب آگاهی برای آرامش (ارائه نشده)، کمک به عدم دریافت انرژی منفی و ناامیدی با جدا کردن بیمار از بیماران ناامید، دل‌داری و امیدبخشی، کمک به کسب احساس آرامش و امید، روحیه بخشی به خانواده (ارائه شده)</p>	<p>حیطه‌ی غیرمذهبی حیطه‌ی روحی روانی</p>	<p>مراقبت با رویکرد معنوی</p>
<p>گوش دادن به صحبت‌های بیمار، صحبت کردن با بیمار، خوش‌اخلاقی با بیمار، دل‌داری دادن به بیمار، برخورد خوب با بیمار، فراهم آوردن امکان حضور همراه برای رفع تنهایی (ارائه نشده)، صمیمیت با بیمار، خنده و شوخی با بیمار (ارائه شده)</p>	<p>حیطه‌ی غیرمذهبی حیطه‌ی ارتباطات</p>	
<p>ارائه‌ی تمامی نقش‌های حرفه‌ای پرستاران، کسب آگاهی در مورد وضعیت سلامتی از پرستاران، نیاز به حضور (نظارت مداوم) پرستار در نبود همراه و توجه به وضعیت بیمار (ارائه نشده)، فراهم کردن اتاق خصوصی برای بیمار، بی تفاوت نبودن به مشکل بیمار و عاشقانه کار کردن (ارائه شده)</p>	<p>حیطه‌ی غیرمذهبی حیطه‌ی عملکردی</p>	
<p>روتین کاری پرستاران، خستگی آن‌ها به‌واسطه‌ی حجم کاری زیاد، کمبود وقت، ناتوانی پرستاران در ارائه‌ی تمامی نقش‌های حرفه‌ای، مناسب نبودن فرد برای شغل پرستاری، تفاوت جنسی پرستار و بیمار و بی تفاوتی برخی پرستاران</p>	<p>موانع ارائه‌ی مراقبت معنوی</p>	

در این رابطه مطرح کردند در دو حیطه‌ی مذهبی و غیرمذهبی قرار داشتند:

در حیطه‌ی مذهبی

در حیطه‌ی مذهبی مشارکت‌کنندگان به خصایصی مثل معتقد بودن، انفاق و ایثار داشتن، برای خدا کار کردن و نداشتن ریا اشاره کردند. از جمله:

[ببین پرستاری که خدائیه میاد سرم وصل کنه یا آمپول

مضمون اول: پرستار با رویکرد معنوی واجد

خصوصیات و وظایف ویژه

مشارکت‌کنندگان بر اساس تجارب خود خصوصیات و وظایفی را در دو حیطه‌ی مذهبی و غیرمذهبی برای یک پرستار با رویکرد معنوی در مراقبت تعریف کردند.

خصوصیات پرستار با رویکرد معنوی

خصوصیاتی که مشارکت‌کنندگان بر اساس تجارب خود

قرار داشتند:

در حیطه‌ی مذهبی

در حیطه‌ی مذهبی مشارکت‌کنندگان به وظایفی مثل جهت دادن به اعتقادات بیمار، کمک به بیمار در انجام فرایض، تشویق به انجام فعالیت‌های مذهبی، آموزش نسخه‌های پزشکی دینی به بیمار و خانواده، یاد خدا در ارائه‌ی مراقبت‌های پرستاری و تجلی اعتقادات در عمل اشاره کردند. از جمله:

[اگر پرستارها اعتقاد داشته باشند کاری که می‌کنن وصل به خداست آن وقت دیگه این اعتقاد تو اعمالشون تجلی پیدا می‌کنه و دیگه لازم نیست تصمیم بگیرن که من الان می‌خوام معنوی باشم شما خودت وقتی اعتقادات اعتقاد درستی باشه خودبه‌خود انعکاس پیدا می‌کنه تو اعمالت. (مشارکت‌کننده‌ی ۱۲)]

[پرستارهای معنوی باید با آدم صحبت کنن بگن ناراحت نباش خدا به آدم کمک می‌کنه، به آدم بگن دعا کن خدا بهت کمک می‌کنه و هیچ چیزی نیست خوب می‌شه آدم آرامش پیدا می‌کنه چون اینا تجربه اشان زیاده اینجا هستن هر چی میگن آدم باور می‌کنه. همین که میگن چیزی نیست خوب می‌شی خیلی‌ها بودن که با این بیماری کنار آمدن و خوب شدن و رفتن آدم آروم می‌شه. (مشارکت‌کننده‌ی ۵)]

در حیطه‌ی غیرمذهبی

در حیطه‌ی غیرمذهبی مشارکت‌کنندگان به وظایفی مثل بیان صحبت‌های امیدبخش، عاشقانه کار کردن، روحیه دادن به مریض، آرامش‌بخشی به بیمار، استفاده از تمام توان برای بهبود بیمار، دلداری دادن به بیمار و برخورد خوب با بیمار و خانواده اشاره کردند. از جمله:

[به نظر من پرستار معنوی باید خیلی مایه بگذاره برای روحیه دادن به مریض. بین بعضا پیش آمده نصف شب نیاز به کمک پرستار داشتم اون پرستاری که با اخم و تخم می‌آمد کارش رو انجام می‌داد و می‌رفت هیچ ارزشی برام نداشت. (مشارکت‌کننده‌ی ۷)]

بزنه با یاد خدا شروع می‌کنه چون ما اعتقادمون هستش و واقعیه که هر چیزی با یاد خدا شروع بشه این پایانش خوبه و پایان مثبتی داره. حالا زیر دست بودن، حاذق بودن اینا هم اثر داره بالاخره ولی همین که خدمتتون گفتم وقتی برای خدا کار کنی واقعاً همه کارمون با محبت هست و درست انجام می‌شه ولی اگر ریا باشه خوب فکر نمی‌کنم کار زیاد صورت خوشی داشته باشه، من فکر می‌کنم به پرستار اگر خدا رو در نظر داشته باشه و برای خداکار کنه، این کار هر چقدر هم که سخت باشه چون می‌دونه برای کسی انجام می‌ده که اجر غیر قابل توصیفی داره، این یه حالت نشاط هم به خود پرستار می‌ده و هم این‌که اثر مفیدتری برای خود بیمار داره. (مشارکت‌کننده‌ی ۴)]

در حیطه‌ی غیرمذهبی

در حیطه‌ی غیرمذهبی مشارکت‌کنندگان به خصایصی مثل خوش برخورد بودن، با اخلاق بودن، مهربان بودن، با نشاط بودن، دوست داشتن بیمار و داشتن انرژی مثبت اشاره کردند. از جمله:

[ما لحظه‌ای با پزشک و پرستار برخورد داریم تو زندگی اونا که نیستیم بفهمیم تو خونه چکار می‌کنن ولی تو بیمارستان وقتی یکی با اخلاق خوب میاد با مریض صحبت می‌کنه مریض اصلاً فرق می‌کنه با آدم‌های سالم خیلی حساسه همین که پرستار بیاد با اخلاق خوب صحبت کنه همین خیلی ارزش داره برای مریض و کلی معنویت پزشک و پرستار رو نشون می‌ده. (مشارکت‌کننده‌ی ۱۷)]

[پزشک و پرستار اگر بخوان معنوی باشن باید مریضشون رو دوست داشته باشن نباید به مریض به چشم یه Case نگاه کنن باید به چشم یه انسان نگاه کنن که نیاز داره اینا بهش کمک کنن و چون نیاز داره اینا وظیفه دارن بهش کمک کنن با عشق نه فیزیکی. (مشارکت‌کننده‌ی ۸)]

وظایف پرستار با رویکرد معنوی

وظایفی که مشارکت‌کنندگان بر اساس تجارب خود در این رابطه مطرح کردند در دو حیطه‌ی مذهبی و غیرمذهبی

اون دنیا ائمه شفاعت می‌کنن ولی برزخ رو من خیلی نگرانشم، تنها ترسی که دارم اینه، این مرگ مهمه (اشک در چشمان حلقه زده) حالا شاید گناه هم میکنم، عصبی میشم، حرص میخورم سر مسائل مختلف ولی هی می‌گم خدایا این دفعه گناه کردم ببخش، خیلی برای برزخ نگرانم، نمی‌دونم چی می‌شه؟ (اشک در چشمان حلقه زده). (مشارکت‌کننده‌ی ۱۰)

[[۲

[پرستارها معمولا میان رگ بگیرن اونایی که معنوی هستن سوزن رو میخوان وارد کنن بسم الله میگن آدم آروم می‌شه و میگه حتما رگ خوب برام می‌گیره. (مشارکت‌کننده‌ی ۵)]
مراقبت غیرمذهبی (روحی - روانی، ارتباطی، عملکردی) بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان، تعداد دیگری از نیازهای معنوی مراقبتی در حیطه‌های غیرمذهبی روحی - روانی، ارتباط و عملکردی قرار داشتند که به برخی از آنها پاسخ داده شده بود و برخی بی‌پاسخ مانده بودند:

در حیطه‌ی روحی - روانی

در حیطه‌ی روحی - روانی، مشارکت‌کنندگان از توجه به جسم و بی‌توجهی به روحیه‌ی بیمار، عدم دریافت انرژی مثبت از پرستار، فراهم نبودن امکان مرگ با آرامش در بیمارستان، نیاز بیمار به محبت طی بستری، نشاط‌آور نبودن محیط بخش، نیاز به کسب آگاهی برای آرامش به‌عنوان نیازهای پاسخ داده نشده و از کمک به عدم دریافت انرژی منفی و ناامیدی با جدا کردن بیمار از بیماران ناامید، دلداری و امید بخشی، کمک به کسب احساس آرامش و امید، روحیه‌بخشی به خانواده به‌عنوان نیازهای پاسخ داده شده در این حیطه، اشاره کردند. از جمله:

[من آن روز تو بیمارستان از صبح که رفتم تا ساعت ۱۰ که برای عمل تو بردن و بعد از ساعت ۱۲ که از اتاق عمل آمدم بیرون تا شب و فردا ظهرش که مرخص شدم تو این فاصله زمانی نه نماز خواندم و نه توسط پرسنل انرژی مثبت از نظر معنوی گرفتم. (مشارکت‌کننده‌ی ۲)]

[مامان من توی خونه خیلی راحت فوت کرد، اصلا شبی

] پرستارهای معنوی با مریض خوب برخورد می‌کنن چون آدم مریضی که داره اگر پرستارها هم بخوان اعصاب خوردی کنن آدم بدتر می‌شه همون آدم رو دلداری بدن به مریض بیش‌تر برسن آدم رو دلداری بدن و به آدم بگن غیر از شما باز مریض هست شما ناراحت نباشین. (مشارکت‌کننده‌ی ۱۰)

مضمون دوم: مراقبت با رویکرد معنوی

از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تجارب خود از زمان بستری و قرار گرفتن تحت مراقبت‌های پرستاری را بیان نمایند. آن‌ها به مراقبت‌هایی اشاره کردند که در دو حیطه‌ی مذهبی و غیرمذهبی قرار داشتند. مقایسه‌ی این مراقبت‌ها با انتظارات مشارکت‌کنندگان از یک پرستار با رویکرد معنوی مشخص نمود که وضعیت ارائه‌ی مراقبت معنوی پرستاری به آن‌ها چگونه است و در چه مواردی انتظارات آن‌ها بی‌پاسخ مانده است؛ به‌عبارتی، نیازهای معنوی برآورده شده و برآورده نشده مراقبتی را در مشارکت‌کنندگان مشخص نمود که در دو حیطه‌ی مذهبی و غیرمذهبی قرار داشتند:

مراقبت مذهبی

بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان، تعدادی از نیازهای معنوی مراقبتی در حیطه‌ی مذهبی قرار داشتند که برخی از آن‌ها شامل فراهم نمودن کمک برای به‌جا آوردن نماز، کمک به کسب آرامش از طریق توکل پرستار حین ارائه‌ی مراقبت‌های پرستاری، کمک به کسب امید از طریق بیان صحبت‌هایی در مورد امکان بهبودی به‌دنبال معجزه و توکل به خداوند، پاسخ داده شده بود و برخی دیگر شامل مطلع نکردن بیمار از زمان اذان، عدم امکان خواندن نماز به‌دلیل درمان‌های انجام‌شده، عدم وجود فضای خصوصی برای دعا در بخش، عدم حضور افرادی به‌جز پرستار که بتوانند در انجام فعالیت‌های مذهبی به بیمار کمک نمایند و فراهم نبودن امکان مشاوره‌ی مذهبی، بی‌پاسخ مانده بودند. از جمله:

[می‌گم باید آدم یک‌سری اعمال نیک و خیر انجام بده

برای اون دنیا، همیشه با خودم می‌گم برزخ خیلی مهمه، حالا

در حیطه‌ی عملکردی

در حیطه‌ی عملکردی، مشارکت‌کنندگان به عدم ارائه‌ی تمامی نقش‌های حرفه‌ای پرستاران، عدم کسب آگاهی در مورد وضعیت سلامتی از پرستاران، نیاز به حضور (نظارت مداوم) پرستار در نبود همراه و بی‌توجهی به وضعیت بیمار به‌عنوان نیازهای پاسخ داده نشده و به فراهم کردن اتاق خصوصی برای بیمار، بی‌تفاوت نبودن به مشکل بیمار و عاشقانه کار کردن به‌عنوان نیازهای پاسخ داده شده در این حیطه، اشاره کردند. از جمله:

[پرستارهای معنوی باید عاشقانه کار کنن. واقعاً در تک تک پرستارهای اینجا می‌شه معنویت رو دید واقعاً لذت میبرم عاشقانه کار می‌کنن. همین‌که به‌زور به من غذا می‌دن که حتماً غذا بخورم به نوع معنویه از هیچی دریغ نداره من توی اون بیمارستان قبلی تا می‌گفتم نمی‌خواد ملافه رو عوض کنین می‌رفتن ولی این‌جا میگن حتماً باید عوض بشه و با جون و دل دارن این کارها رو انجام میدن. (مشارکت‌کننده‌ی ۶)]

[خواهرم می‌سؤالایی می‌پرسه که ما نمی‌تونیم جوابشو بدیم، باید یکی غیر از ما که هم اطلاعاتش بیش‌تره و هم کار با این مریض‌ها رو بلد باشه و دوره دیده باشه، جواب بده و باعث بشه مریض آروم بشه. (مشارکت‌کننده‌ی ۱)]

مضمون سوم: موانع مراقبت معنوی

مشارکت‌کنندگان طی مصاحبه به علل برآورده نشدن نیازهای معنوی هم اشاراتی داشتند که منجر به تشکیل طبقه‌ای تحت عنوان موانع برطرف کردن این نیازها گردید. روتین کاری پرستاران، خستگی آن‌ها به‌واسطه‌ی حجم کاری زیاد، کمبود وقت، ناتوانی پرستاران در ارائه‌ی تمامی نقش‌های حرفه‌ای، مناسب نبودن فرد برای شغل پرستاری، تفاوت جنسی پرستار و بیمار و بی‌تفاوتی برخی پرستاران عللی بودند که مشارکت‌کنندگان برای برآورده‌نشدن نیازهای معنوی‌شان مطرح نمودند.

[بعضی از پرستارها جیغ می‌زنن سر آدم مثلاً بهشون میگن بیابین ببینین مریض چه جوریه هست یا نمی‌یان یا اگر هم بیان

که فوت کرد معلوم بود، ما مقدمات رو مثل شکر، گلاب و... آماده کرده بودیم، رو دستش حنا گذاشتیم، تختش رو رو به قبله کردیم، شروع کردیم به قرآن خواندن براش، ۴۰ تا یاسین خواندیم، دیگه نفس‌های مامان به شماره افتاد و کم‌کم فوت کرد، خیلی زیبا بود، ولی توی بیمارستان شرایطش نیست. (مشارکت‌کننده‌ی ۱۱)]

در حیطه‌ی ارتباطی

در حیطه‌ی ارتباطی، مشارکت‌کنندگان از ننشستن پرستاران پای صحبت بیمار، گوش ندادن به صحبت‌های بیمار، صحبت نکردن با بیمار، بداخلاقی با بیمار، دلداری ندادن به بیمار، برخورد بد با بیمار، احساس تنهایی در نبود همراه به‌عنوان نیازهای پاسخ داده نشده و از صمیمیت با بیمار، خنده و شوخی با بیمار به‌عنوان نیازهای پاسخ داده شده در این حیطه، اشاره کردند. از جمله:

[اکثر پرستارها با مریض صحبت نمی‌کنن چون می‌خوان کارشون رو زود انجام بدن و برن تو اتاق پرستاری بمونن، یعنی نمی‌دونم چرا؟ وقت ندارن یا چیز دیگه هست؟ اصلاً نمی‌یان پیش مریض شاید هم فکر می‌کنن لزومی نداره بریم واستیم با مریض حرف بزنیم. (مشارکت‌کننده‌ی ۱۴)]

[زمان بستری شب‌ها خر و پف می‌کردم پرستاره می‌آمد داد میزد آقا ساکت (خنده) بیدارم می‌کرد با دادزدنش، من هم خر و پف خوب طبیعیه دست خودم نیست. فقط پرستارها باید اخلاقشون خوب باشه، خیلی مهربون باشن. (مشارکت‌کننده‌ی ۱۷)]

[الان کادر اینجا رو مثال می‌زنم واقعاً خانم‌هایی هستن که اکثریت قریب به اتفاقشون انرژی مثبت دارن و همشون هم وقتی صحبت می‌کنن از توکل به خدا می‌گن و از معجزات می‌گن و می‌گن خدا هر چی بخواد غیر ممکن نیست براش و ممکنه انجام بده وقتی این صحبت‌ها رو با پرستار می‌کنی آرامش پیدا می‌کنی. (مشارکت‌کننده‌ی ۳)]

[به‌نظر من پرستارهای اینجا همشون معنویین خوبین با آدم میگن می‌خندن و شوخی می‌کنن. (مشارکت‌کننده‌ی ۵)]

این خود منجر به افزایش انگیزش پرستاران در مسیر حرفه‌ای شدن علیرغم مشکلات و موانع موجود می‌شود (۲۱).

هم‌چنین در این مطالعه مشارکت‌کنندگان طبق تجاربشان، خصوصیات خلقی (خوش اخلاقی، مهربانی و خوش برخوردی) را برای یک پرستار با رویکرد معنوی مطرح نمودند. Taylor نیز در نتیجه‌ی مطالعه‌ی خود از مهربانی، محترم و قابل اعتماد بودن به‌عنوان رویکرد پرستاری به نیازهای معنوی بیماران نام برد (۳۱).

در این مطالعه، وظایفی که مشارکت‌کنندگان بر اساس تجارب خود برای یک پرستار با رویکرد معنوی تعریف کردند در دو حیطه‌ی مذهبی و غیرمذهبی قرار داشتند که می‌توان از آن‌ها به‌عنوان انتظارات مشارکت‌کنندگان از مراقبت معنوی پرستاران نام برد. در این رابطه، Hummel و همکاران نیز در نتیجه‌ی مطالعه‌ی مروری خود دو نوع مداخلات مذهبی و معنوی برای ارائه‌ی مراقبت معنوی مشخص نمودند (۳۲)، اما Aldridge توجه به جنبه‌ی مذهبی را مجزا از مراقبت معنوی تعریف نموده و می‌نویسد، مراقبت مذهبی به معنی کمک به افراد است تا باورهای مذهبی و فعالیت‌های عبادی خود را حفظ کنند و مراقبت معنوی به افراد کمک می‌کند که ارتباطات فردی و ارتباط با قدرت برتر (خدا یا آنچه مورد نظر فرد است) حفظ شده و شناسایی معنی و هدف در زندگی صورت گیرد (۳۳). Surbone و همکاران نیز در این رابطه مطرح نمودند، در محیط‌های بالینی باید بر روی فهم گسترده‌ای از امور معنوی تمرکز شود چون حتی افرادی که خود را غیرمذهبی معرفی می‌کنند مایلند به جنبه‌های معنوی بیمارانشان هم توجه شود (۳۴). هم‌چنین، Leeuwen و همکاران نیز در نتیجه‌ی تحقیقی کیفی خود ۳ حیطه از شایستگی‌های پرستار شامل خودآگاهی، ارتباط، تبحر و اعتماد را برای ارائه‌ی مراقبت معنوی ضروری دانسته و مطرح کردند انتظارات متفاوتی از نقش پرستاران در امور

به‌زور آمدن و حتی برات توضیح هم نمی‌دن (مکت) احساس می‌کنم بی محل می‌کنن بعد دیگه احساس می‌کنم چون هم خودم هم فامیل‌هامون زیاد بستری بودن این جوریه که اکثر مردم از پرستارها می‌ترسن یعنی شاید با دکترها راحت‌تر ارتباط برقرار می‌کنن تا با پرستارها شاید حجم کاریشونه، خستگیشونه، نمی‌دونم. (مشارکت‌کننده‌ی ۱۱)

[یه پرستاری هم این‌جا بود که فکر می‌کنم روحیه‌اش طوری بود که نمی‌خواست توی این محیط باشه همه ازش ناراضی بودن، با مریض‌ها صحبت نمی‌کرد یعنی بیمار ازش چیزی می‌خواست می‌گفت نه کار من نیست، تو نظام پرستاری اینو بهم نگفتن، یه عقاید خاصی داشت اون نمی‌تونست با بیمارها ارتباط برقرار کنه. (مشارکت‌کننده‌ی ۱۶)]

بحث

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، بر اساس تجارب خود خصوصیات اعتقادی را برای یک پرستار با رویکرد معنوی مطرح کرده، به معتقد بودن پرستار و تجلی این اعتقادات در عمل اشاره کردند؛ به این معنی که با برخورداری پرستار از زمینه‌ی معنوی، اعمالش هم در این راستا شکل می‌گیرد. Leeuwen و همکاران نیز در این رابطه می‌نویسند، معنویت خود پرستاران می‌تواند نقش مهمی در توجه پرستار به جنبه‌های معنوی طی مراقبت پرستاری ایفا کند (۲۸). محمودیشان و همکاران نیز مطرح کردند، اولین گام در تشخیص طبیعت معنوی دیگران این است که پرستاران طبیعت معنوی خود را مورد بررسی قرار داده و ابعاد مختلفش را شناسایی نمایند (۲۵). حبیب‌زاده در این رابطه می‌نویسد، ارتباط معنویت و پرستاری دو بعدی به‌صورت عمودی (ارتباط با خداوند و ارزش‌های مافوق بشری) و افقی (ارتباط فرد با خود، دیگران و محیط زندگی وی) است. بعد عمودی بر بعد افقی اثر کرده و به‌صورت رفتار انسانی با بیماران، ایمان به دنیای دیگر و اعتقاد به پاداش‌های معنوی تظاهر می‌یابد که

مشارکت‌کنندگان این پژوهش از فراهم نبودن شرایط عبادت در بیمارستان به دلیل احتمال آلودگی و نجاست یا عدم امکان خواندن نماز به دلیل مداخلات درمانی مثل سونداژ و کاتتر و ریدی و... شاکی بودند. کریم الهی و همکاران نیز در نتیجه مطالعه‌ی خود از عدم طهارت به دلایلی مانند آلودگی لباس‌ها و بدن به خون، ادرار و مدفوع، وجود پانسمان‌ها، آلودگی تخت و میز به خون و ترشحات دیگر، به عنوان یکی از موانع اقامه‌ی نماز از دید بیماران نام برده و پیشنهاد نمودند از آن جایی که طهارت بسیار مهم است، پرستار باید از تمیز بودن لباس یا محل نماز خواندن بیمار مطمئن باشد (۳۸).

از جمله نیازهای معنوی پاسخ داده نشده در این مطالعه، فراهم نبودن امکان مرگ با آرامش در بیمارستان بود، در حالی که Hummel و همکاران از کمک به بیماران جهت آماده شدن برای طی دوران (روزهای) پایان زندگی و مرگ به عنوان مداخلات معنوی برای ارائه‌ی مراقبت معنوی نام بردند (۳۲). Beng در این رابطه می‌نویسد، برای افراد در حال مرگ، تجربه‌ی عشق و احساس ارزشمندی می‌تواند به منزله‌ی نوعی احساس بهبودی باشد، زیرا زمانی که رعایت و انجام اقدامات استاندارد پزشکی بی فایده هستند، تنها بهبودی ممکن است از طریق توجه معنوی صورت گیرد (۳۹).

احساس تنهایی در نبود همراه نیز، به عنوان یک نیاز معنوی توسط مشارکت‌کنندگان مطرح شده بود، Mueller و همکاران نیز از خانواده و دوستان به عنوان منابع معنوی نام برده و مطرح نمودند، آگاه کردن بیماران از انواع مراقبت معنوی ممکن است به آن‌ها احساس دلگرمی و اطمینان مجدد داده و ایزولاسیون ایجاد شده به وسیله‌ی بیماری را محدود نموده، بهبودی را تسهیل کند (۴۰).

از جمله نیازهای معنوی تجربه‌شده توسط مشارکت‌کنندگان، نیاز به حضور افرادی به جز پرستار که بتوانند به بیمار در انجام فعالیت‌های مذهبی کمک نمایند و

معنوی وجود دارد، به عبارتی امور معنوی مورد توجه پرستاران در مراقبت واضح نیستند (۲۸).

در این پژوهش حیطه‌های کلی مطرح شده برای نیازهای معنوی بیماران شامل حیطه‌های مذهبی، روحی- روانی، ارتباطی و عملکردی بودند. طی بررسی سایر مطالعات، یافته‌های مشابهی در این رابطه به دست آمد. از جمله مطالعه‌ی Johnson که تأکید کرد، نیازهای معنوی ارتباط (پیوستگی) عمیقی با نیازهای جسمی و روانی دارند (۳۵). و مطالعه‌ی Penman و همکاران که در آن از حیطه‌های ارتباطی و مذهبی به عنوان حیطه‌هایی که طی مراقبت معنوی پرستاران می‌توانند در این زمینه‌ها به بیمار کمک نمایند، نام برده شد (۳۶). Hanson و همکاران نیز مانند مطالعه‌ی حاضر از حیطه‌های ارتباطی و عملکردی به عنوان فعالیت‌های پرستاران حین ارائه‌ی مراقبت‌های معنوی نام بردند، اما به حیطه‌های آگاهی و فهم و تطبیق نیز اشاره کردند که از این نظر با مطالعه‌ی موجود متفاوت است (۳۷).

طی این مطالعه مشخص شد، پرستاران با فراهم آوردن امکانات لازم برای به جا آوردن نماز و امکان طهارت، به بیمار در انجام عبادت کمک می‌کنند، حتی بیماران را به انجام فعالیت‌های مذهبی نیز تشویق می‌کنند، تنها یکی از مشارکت‌کنندگان توقع خود برای مطلع شدن از زمان اذان را مطرح نمود که برآورده نشده بود. Hummel و همکاران نیز در این رابطه می‌نویسند، از جمله مداخلات مذهبی در ارائه‌ی مراقبت معنوی، فراهم آوردن حمایت مذهبی در به جا آوردن فرایض مذهبی و تشویق به انجام فعالیت‌های مذهبی است (۳۲). کریم الهی و همکاران نیز بر این باورند که، افراد برای انجام نماز نیاز به آمادگی دارند (وضو) و نیز ممکن است در جست‌وجوی خلوت، پوشاک مناسب یا شنیدن اذان باشند و پیشنهاد نمودند برای فراهم آوردن امکانات لازم برای عبادت به این نیاز عبادی بیماران پاسخ داده شود (۳۸).

خداوند حین ارائه‌ی مراقبت‌ها به آرامش بیمار کمک می‌کنند و همچنین از طریق بیان صحبت‌هایی در مورد امکان بهبودی به دنبال معجزه و توکل به خداوند به کسب امید بیمار کمک می‌نمایند. Hanson و همکاران نیز از کمک به کسب امید و ارائه‌ی آرامش به عنوان فعالیت‌های پرستاران در حین ارائه‌ی مراقبت معنوی نام بردند (۳۷).

در این مطالعه برخی مشارکت‌کنندگان از دلداری دادن پرستاران برخوردار شده بودند، ولی برخی دیگر این تجربه را نداشته و از این لحاظ احساس نیاز می‌کردند. Hummel و همکاران نیز از دلداری دادن بیماران و همدلی با آن‌ها به عنوان مداخلات مذهبی و معنوی برای ارائه‌ی مراقبت معنوی نام بردند (۳۲).

در پژوهش حاضر برخی بیماران از عدم دریافت انرژی مثبت توسط پرستار و وجود مشکلات ارتباطی به صورت عدم صحبت با بیمار شاکی بوده و به عنوان یک نیاز معنوی برای آن‌ها مطرح بود اما برخی دیگر از صمیمیت با پرستار، خنده و شوخی با او راضی بودند. Mueller و همکاران نیز از پزشکان و دیگر فراهم‌کنندگان مراقبت سلامتی به عنوان منابع معنوی نام بردند (۴۰). Daaleman و همکاران نیز از مراقبت معنوی به عنوان یک فعالیت دو طرفه‌ی سیال بین بیماران، اعضاء خانواده و مراقبان که تمرکز آن بر روی حفظ شان و احترام بیماران است، یاد کردند (۴۱).

چنانچه ملاحظه می‌گردد، در مطالعه‌ی حاضر، یافته‌های پارادوکس یا متضادی در مقایسه‌ی پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان به نیازهای معنوی آن‌ها به دست آمده است، چنانچه برخی از دلداری، همدلی، صمیمیت و ارتباط مناسب پرستاران با خود برخوردار شده بودند و برخی دیگر از عدم دریافت دلداری، انرژی مثبت و وجود مشکلات ارتباطی با آن‌ها شاکی بودند که می‌تواند مطرح‌کننده‌ی عوامل تأثیرگذاری در این رابطه باشد که چرا پرستاران در ارائه‌ی این مراقبت‌ها هماهنگ نبوده

فراهم نبودن امکان مشاوره‌ی مذهبی در بیمارستان بود که می‌تواند مطرح‌کننده‌ی احساس نیاز بیماران به حضور یک فرد روحانی در بیمارستان برای کمک به رفع نگرانی‌های آن‌ها در این زمینه باشد. Mueller و همکاران در این رابطه می‌نویسند، بسیاری از مراکز پزشکی دپارتمان مراقبت روحانی دارند که به وسیله‌ی روحانیون اداره می‌شود، روحانیون می‌توانند از بیماران حمایت کنند، مشورت‌های لازم را انجام داده، نیازهای مرتبط با رسومات مذهبی را شناسایی و برطرف نمایند (۴۰).

در این مطالعه از جمله نیازهای معنوی مطرح شده توسط بیماران که بی‌پاسخ مانده بود، عدم وجود فضای خصوصی برای دعا و عبادت در بخش بود. کریم‌اللهی در این رابطه می‌نویسد، پرستار می‌تواند نیایش بیمار را به طریقی حمایت کند، حمایت می‌تواند با احترام گذاشتن به نیاز برای زمان آرام و خلوت باشد (۳۸). Mueller و همکاران نیز از وجود عبادتگاه و اتاق خصوصی برای دعا و مدیتیشن به عنوان منابع معنوی نام بردند (۴۰).

بررسی نیازهای معنوی پاسخ داده شده‌ی مشارکت‌کنندگان نشان داد، از دید آن‌ها بعضی از پرستاران نسبت به مشکلات بیماران بی‌تفاوت نبوده، با نشاط و عاشقانه کار کرده و با بیماران صمیمی هستند. با توجه به این‌که این مطالعه در ایران که یک کشور اسلامی است انجام شده، احتمالاً در نظر گرفتن خداوند توسط پرستاران و داشتن پیش‌زمینه‌های مذهبی آن‌ها در به وجود آمدن این حالت موثر بوده است. در این رابطه، محمودیشان و همکاران در نتیجه‌ی مطالعه‌ی خود مطرح کردند پرستاران در ایران از یک دیدگاه معنوی به حرفه‌ی خود برخوردار بوده، معتقد به کسب پاداش‌های معنوی به واسطه‌ی این شغل هستند و به دلیل دیدگاه مذهبی خود به انجام کار برای رضای خداوند اعتقاد دارند (۲۵).

در این مطالعه مشخص شد پرستاران از طریق توکل به

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، تجارب بیماران و خانواده‌هایشان در این تحقیق نشان داد که بر اساس ادراکات آن‌ها، ارائه‌ی مراقبت معنوی به وجود پرستارانی معتقد، مهربان، خوش‌اخلاق و به نوعی متعهد به اخلاق حرفه‌ای وابسته است که وظایف خاصی مثل دلداری دادن، امید بخشی به بیمار و خانواده، کمک به انجام فرایض مذهبی و... را انجام دهند؛ ضمن این‌که توجه به نشاط آور بودن محیط بخش، فراهم نمودن اتاق خصوصی در صورت نیاز و توجه به آرامش بخش طی بستری بیمار نیز توسط مشارکت‌کنندگان ضروری دانسته شده است. البته موانعی مثل روتین کاری پرستاران، حجم کاری بالا، خستگی آن‌ها و... هم بر سر راه ارائه‌ی این مراقبت‌ها وجود دارند که نیازهای معنوی پاسخ داده نشده‌ی بیماران و خانواده‌هایشان گواهی بر این مطلب است.

بنابراین، توجه مدیریت به انتخاب پرستارانی با روحیه‌ی مناسب برای ارائه‌ی مراقبت‌های معنوی، ارائه‌ی برنامه‌های آموزشی در این رابطه برای آن‌ها و هم‌چنین کم‌کردن حجم کاری پرستاران برای فراهم کردن فرصت و امکان بیش‌تری برای ارائه‌ی مراقبت به بیماران در تمامی ابعاد، در کنار توجه به جو حاکم بر بخش از نظر فراهم آوردن نشاط و آرامش برای بیماران ضروری به‌نظر می‌رسد. البته به موازات فعالیت مدیران در این زمینه، پرستاران نیز باید تلاش کنند تا ضمن رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای، معنویت را در خود نیز پرورش دهند و از آن به‌عنوان یک منبع معنوی در دسترس برای مددجویانشان استفاده نمایند.

ضمناً پژوهشگران تأکید دارند که مطالعه‌ی حاضر بر روی بیماران مسلمان ایرانی انجام شده، بنابراین قابل تعمیم به بیماران سایر کشورها و مذاهب نیست. هم‌چنین، بر توجه به این مسأله که تجارب مبتلایان به سرطان به‌طور عام مورد بررسی قرار گرفته و نوع خاصی از این بیماری مد نظر نبوده،

و یکسان عمل نمی‌کنند. Leeuwen و همکاران در این رابطه می‌نویسند، فاکتورهای متفاوتی (شخصی - فرهنگی - آموزشی) در این حقیقت که چرا مراقبت معنوی در ساختار مراقبت پرستاری قرار نگرفته است، نقش دارند (۲۸).

در مطالعه‌ی حاضر بیماران بر اساس تجاربشان علت برآورده نشدن برخی نیازهایشان را روتین کاری پرستاران، خستگی آن‌ها به‌واسطه‌ی حجم کاری زیاد، کمبود وقت، ناتوانی آن‌ها در ارائه‌ی تمامی نقش‌های حرفه‌ای، مناسب نبودن برای شغل پرستاری، تفاوت جنسی پرستار و بیمار، بی‌تفاوتی برخی پرستاران به مشکل بیمار عنوان کردند. در مطالعه‌ی Wong و همکاران کمبود وقت، احساس بی‌کفایتی پرستاران برای ارائه‌ی مراقبت معنوی و فقدان آموزش در این زمینه (۲۷)، در تحقیق Mooney و همکاران مشکل در تعریف صریح مفهوم معنویت، شناخته نشدن اهمیت پرداختن به این جنبه برای بیماران، عدم درک درست پرستاران از مفهوم معنویت (۳) و در مطالعه‌ی Grant و همکاران فقدان فرصت (زمان) و مهارت انجام مراقبت‌های معنوی (۴۲) به‌عنوان دلایل غفلت از ارائه‌ی مراقبت معنوی شناسایی شده‌اند. در این رابطه مظاهری و همکاران در نتیجه‌ی تحقیق خود مطرح کردند، نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در پرستاران وجود داشته و آن‌ها تمایل به ارائه‌ی این مراقبت‌ها را دارند، بنابراین، فراهم آوردن بستر مناسب برای ارائه‌ی مراقبت‌های معنوی می‌تواند سبب انجام آن‌ها گردد (۲۴) که موارد مشترکی با تحقیق حاضر ملاحظه می‌گردد.

یافته‌های این مطالعه دیدگاه و ادراک بیماران و خانواده‌هایشان را در مورد مراقبت معنوی مشخص نموده است؛ اگر چه نتایج مطالعات کیفی قابلیت تعمیم به جامعه را ندارد، با آگاهی از دیدگاهشان در این رابطه می‌توان مراقبت‌های پرستاری را در بعد معنوی ارتقاء داد.

تأکید شده است. هم‌چنین، پیشنهاد می‌کنند تا پژوهش‌هایی در این زمینه با تأکید بر روی نوع خاصی از سرطان و بر روی بیماران سایر مذاهب نیز صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

در انتها از بیماران، مراقبت‌کنندگان آن‌ها، خانواده‌های بیماران، مسؤولان بیمارستان، مسؤولان و کارکنان محترم مؤسسه حمایت از بیماران سرطانی بهنام دهش‌پور و مسؤولان محترم دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که بدون همکاری و مساعدت آن‌ها انجام این پژوهش امکان پذیر نبود، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

۱- فلاحی خشک‌ناب م، مظاهری م. معنویت، مراقبت معنوی و معنویت درمانی. تهران: رسانه تخصصی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ۱۳۸۷.

2- Pehler SR, Craft-Rosenberg M. Longing: the lived experience of spirituality in adolescents with Duchenne muscular dystrophy. *J Pediatr Nurs* 2009; 24(6): 481-94.

3- Mooney B, Timmins F. Spirituality as a universal concept: student experience of learning about spirituality through the medium of art. *Nurse Educ Pract* 2007; 7(5): 275-84.

4- Wai Man L. Spiritual Care Approaches in Death and Dying. 4th Hong Kong Palliative Care Symposium 2007; (1&2): 22-25.

۵- بیجاری ه، قنبری هاشم آبادی ب، آقا محمدیان شعرفاف ح، همایی شان‌دیز ف. بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله مطالعات تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی ۱۳۸۸؛ دوره ی ۱۰ (شماره ۱): ۸۴-۱۷۱.

۶- راحمی ش. آنچه برای بیماران سرطانی مهم است: گزارشی از یک مطالعه کیفی. مجله پژوهش پرستاری ۱۳۸۵؛ دوره ی ۱ (شماره ۱): ۴۷-۵۷.

7- Skalla KA, McCoy JP. Spiritual assesment of patient with cancer: the moral authority, vocational, aesthetic, social, and transcendent model. *Oncol Nurs Forum* 2006;33(4): 745-51.

8- Schulz E, Holt CL, Caplan L, et al. Role of spirituality in cancer coping among African American: a qualitative examination. *J Cancer Surviv* 2008; 2(2): 104-15.

9- Noguchi W, Morita S, Ohno T, et al. Spiritual needs in cancer patients and spiritual care based on logotherapy. *Support Care Cancer* 2006; 14(1): 65-70.

10- Meraviglia M. Effects of spirituality In breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(1): E1-7.

11- Thune-Boyle IC, Stygall JA, Keshtgar MR, Newman SP. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patient with

- experience from Iran. *Int J Palliat Nurs* 2005; 11(9): 468-74.
- 23- Mcsherry W, Gretton M, Draper P, Watson R. The ethical basis of teaching spirituality and spiritual care: a survey of student nurse perceptions. *Nurs Educ Today* 2008; 28(8): 1002-8.
- 24- Mazaheri M, Fallahi khoshknab M, Sadat Madah SB, Rahgozar M. Nursing attitude to spirituality and spiritual care. *Payesh* 2009; 8(1): 31-7.
- 25- Mahmoodishan G, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Iranian nurses' perception of spirituality spiritual care: a qualitative content analysis study. *J Med Ethics Hist Med* 2010; 3(6): 1-8.
- 26- Sandor MK, Sierpina V, Vanderpool HV, Owen SV. Spirituality and clinical care: exploring developmental changes in nursing and medical students. *Explore* 2005; 2(1): 37-42.
- 27- Wong KF, Yau SY. Nurses' experience in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Appl Nurs Res* 2010; 23(4): 242-4
- 28- van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *J Clin Nurs* 2006; 15(7): 875-84.
- 29- Ferrell B. Meeting spiritual needs: what is an oncologist to do? *J Clin Oncol* 2007; 25(5): 467-8.
- 30- Strubert Speziale HY, Alen J, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing*, 3rd Ed. Philadelphia: Williams & Wilkings; 2003.
- 31- Taylor EJ. Nurses caring for the spirit: patients with cancer and family care giver expectations. *Oncol Nurs Forum* 2003; 30(4): 585-90.
- 32- Hummel L, Galek K, Murphy K, Tannenbaum HP, Flannelly LT. Defining spirituality care: an exploratory study. *J Health care Chaplain* 2008; 15(1): 40-51.
- 33- Aldridge D. Spirituality, hope and music therapy in palliative care. *Arts Psychother* 1995; 22(2): 103-9.
- 34- Surbone A, Baider L. The spiritual dimension of cancer care. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010; 73(3): 228-35.
- 35- Govier I. Spiritual care in nursing a systematic approach. *Nurs Stand* 2000; 14(17): 32-6.
- 36- Penman MJ, Harrington A. Spirituality and cancer? A systematic review of the literature. *Soc Sci Med* 2006; 63(1): 151-64.
- 12- Lim JW, Yi J. The Effect of religiosity, spirituality and social support on quality of life: a comparison between Korean American and Korean breast and gynecological cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2009; 36(6): 699-708.
- 13- Tatsumura Y, Maskarinec G, Shumay DM, Kakai H. Religious and spiritual resources, CAM, and conventional treatment in the lives of cancer patients. *Altern Ther Health Med* 2003; 9(3): 64-71.
- 14- Romero C, Friedman LC, Kalidas M, Elledge R, Chang J, Liscum KR. Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *J Behav Med* 2006; 29(1): 29-36.
- 15- Stuckey JC. Blessed assurance: the role of religion and spirituality in Alzheimer's disease caregiving and other significant life events. *J Aging Stud* 2001; 15: 69-84.
- 16- Laubmeier KK, Zakowski SG, Bair JP. The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress and coping. *Int J Behav Med* 2004; 11(1): 48-55.
- 17- Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol* 2007; 25(5): 555-60.
- 18- Smucker CJ. Nursing healing and spirituality. *Complement Ther Nurs Midwifery* 1998; 4(4): 95-7.
- 19- Tamura K, Kikui K, Watanabe M. Caring for the spiritual pain of patients with advanced cancer: a phenomenological approach to the lived experience. *Palliat Support Care* 2006; 4(2): 189-96.
- 20- Spahn G. Spirituality in cancer care: how can cancer care teams provide a space for spiritual experience? . *Eur J Integr Med* 2008; 1(1): 13.
- ۲۱- ونکی ز، احمدی ف، حبیب زاده ح. اخلاقیات در عملکرد حرفه‌ای پرستاران ایران. *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱۳۸۹؛ دوره ۳ (شماره ۵): ۳۶-۲۶.
- 22- Cheraghi MA, Payne S, Salsali M. Spiritual aspects of end-of-life care for Muslim patient:

- 40- Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc* 2001; 76(12): 1225-35.
- 41- Daaleman TP, Usher BM, Williams SW, Rawlings J, Hanson LC. An exploratory study of spiritual care at the end of life. *Ann Fam Med* 2008; 6(5): 406-11.
- 42- Grant E, Murray S, Kendall M, Boyd K, Tilley S, Ryan D. Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study. *Palliat Support Care* 2004; 2(4): 371-8.
- spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers. *Aust J Adv Nurs* 2009; 26(4): 29-35.
- 37- Hanson LC, Dobbs D, Usher BM, Williams S, Rawlings J, Daaleman TP. Providers and type of spiritual care during serious illness. *J Palliat Med* 2008; 11(6): 907-14.
- ۳۸- کریم اللهی م، عابدی ح.ع. تجربه بیماران از نماز در بیمارستان. پژوهش پرستاری. ۱۳۸۷؛ دوره ۳ (شماره ۱۰ و ۱۱): ۶۳-۷۳.
- 39- Beng KS. The last hours and days of life: a biopsychosocial spiritual model of care. *Asia Pac Fam Med* 2004; 4: 1-3.

Archive of SID