

## نیازهای مذهبی و معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان: نظریه رویه

محدثه فهیمی علی‌آباد<sup>۱\*</sup>، فریبا زرانی<sup>۲</sup>

## چکیده

زمینه و هدف: مذهب و معنویت نقش جدایی ناپذیری در مقابله افراد با حوادث استرس‌زا ایفا می‌کنند. شناسایی نیازهای مذهبی و معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان، در جهت فراهم‌سازی اطلاعات لازم جهت طراحی مداخلات آموزشی و روانشناختی مبتنی بر نیازهای این مراقبان، هدف پژوهش حاضر است.

روش بررسی: به شیوه‌ای کیفی و با رویکرد نظریه رویه در سال ۱۳۹۹ انجام شده است. مشارکت‌کنندگان را مراقبان بیماران مبتلا به سرطان در تهران تشکیل داده‌اند. اطلاعات از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۲۱ مراقب و از طریق نمونه‌گیری نظری و هدفمند تا رسیدن به اشباع اطلاعات گردآوری شد. براساس کدگذاری متون مصاحبه‌ها و مشاهدات صورت گرفته، نیازها و طبقه‌بندی آنها استخراج گردید.

یافته‌ها: نیازهای مذهبی و معنوی کشف شده در دو مقوله «نیاز به ارتباط بیشتر با خدا» و «بازنگری اندیشه‌های معنوی و مذهبی» دسته‌بندی گردید. مهم‌ترین مقوله‌های فرعی استخراج شده از این نتایج عبارتند از: «نیاز به اعمال مذهبی»، «نیاز غلبه بر ترس از مرگ»، «نیاز درک معنا برای زندگی» و «نیاز حل چالش‌ها در مورد عدالت خداوند».

نتیجه‌گیری: عواقب مذهبی و معنوی سرطان برای مراقب چشمگیر است. با توجه به بافت فرهنگی و مذهبی جامعه، بار مسئولیتی بالا و فشارهای ناشی از مشکلات و از دست دادن قریب الوقوع یکی از نزدیکان منجر می‌گردد، مراقبان باورهای معنوی و مذهبی خود را مورد بازنگری قرار دهند و اگر در این بازنگری راهنمایی نداشته باشند، شاید دچار گمراهی شوند. توانمندسازی مراقبان در مورد پیامدهای مذهبی و معنوی که ممکن است تجربه کنند و آموزش افراد جامعه و نزدیکان برای درک بیشتر شرایط مراقب، مفید خواهد بود.

کلمات کلیدی: بیماران مبتلا به سرطان، نیاز مذهبی و معنوی، مراقبان، نظریه رویه

\* نویسنده مسئول. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران  
mohadese.fahimi72@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران  
fzarani@yahoo.com

## مقدمه

علی‌رغم پیشرفت‌های انجام شده در علوم پزشکی و دارویی، همچنان سرطان به عنوان بیماری منجر به مرگ، سهم به‌سزایی از مرگ و میر در جهان را دارا می‌باشد. در ایران نیز سرطان سومین علت مرگ بعد از بیماری‌های قلبی و تصادفات است. از سویی دیگر، سرطان بیماری است که علاوه بر فرد مبتلا، خانواده و افراد مرتبط با بیمار را درگیر می‌کند و مراقبین خانوادگی و غیررسمی در اثر مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان ممکن است دچار مسائل اقتصادی، اجتماعی، جسمی، روانی و معنوی شوند. در ایران مسئولیت مراقبت از مبتلایان به بیماری سرطان به طور کلی توسط همسران، فرزندان و خویشاوندان نزدیک پذیرفته می‌شود زیرا در فرهنگ ایرانی ساختار خانواده‌های سنتی هنوز پا برجا بوده و مراقبت نیز تحت تاثیر همین ساختار انجام می‌گردد. معمولاً حضور فرد مبتلا به سرطان باعث تغییر وظایف روزمره می‌شود و طول درمان این بیماری و عوارض جانبی درمان باعث می‌شود بیمار در گذراندن زمانی برای زندگی اجتماعی و شغلی خود دچار مشکل شود که این موضوع اهمیت نقش مراقبان آنها را افزایش می‌دهد (۱).

وجود شرایط دشوار و مسئولیت‌های گوناگونی که به مراقبان تحمیل می‌گردد و انتظارات بالایی که از آنها برای مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان وجود دارد منجر می‌شود، مراقبان بیماران علاوه بر اینکه در خطر بروز مشکلات هیجانی، فیزیکی و کارکردی قرار گیرند و اکثر این افراد از نظر علائم روان تنی، مشکلات روانشناختی (مانند افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و نگرانی)، تغییرات در زندگی زناشویی و سلامت جسمانی دچار مشکل شوند، باورهای معنوی و مذهبی خود را نیز به چالش بکشند (۱). به عنوان مثال، مطالعه‌ی ملون، نوردس و وایس در

رابطه با مراقبان بیماران مبتلا به سرطان نشان داد که این افراد از کیفیت زندگی پایین‌تر و حمایت اجتماعی کمتری نسبت به خویشاوندان نزدیک خود برخوردارند و همچنین نگرانی دائمی درباره آینده‌ی عضو بیمار خانواده دارند (۲). این در حالیست که مطالعات نشان داده‌اند بهبودی بیمار با حمایتی که از سوی مراقب دریافت می‌کند، رابطه دارد. یعنی هر چقدر شرایط جسمانی، روانی، معنوی و کارکردی مراقبان بیمار مبتلا به سرطان بهتر و مساعدتر باشد، روند بهبود بیمار سریع‌تر و مطلوب‌تر خواهد بود که این امر تأکیدی بر اهمیت توجه بیشتر بر مراقبان و شناسایی مشکلات آنها دارد، زیرا علاوه بر بالا بردن مطلوبیت سطح زندگی آنها، بیماران مبتلا به سرطان نیز در شرایط بهتری به درمان خود ادامه خواهند داد (۳).

با در نظر گرفتن مطالب فوق، مساله اصلی پژوهش حاضر این است که ایجاد چنین مسئولیت‌ها و فشارهایی، چه مشکلات مذهبی و معنوی را برای مراقبان بیماران مبتلا به سرطان ایجاد می‌کند و به تبع آن نیازهای این افراد برای اینکه بتوانند با کیفیت بالا نقش مراقبتی خود را ایفا نمایند چیست.

در رابطه با مشکلات و نیازهای مراقبان بیماران مبتلا به سرطان، تحقیقاتی در کشور و خارج از کشور صورت گرفته است. سجادیان، حیدری و مختاری مشکلات مراقبتی در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان پستان را مورد بررسی قرار دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد مراقبان بیماران دارای مشکلات اطلاعاتی، فیزیکی، روانی، معنوی، مذهبی و فردی و اقتصادی می‌باشند (۴).

در مطالعه‌ای دیگر فشارهای مراقبتی روی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان را مورد بررسی قرار دادند. آنها فشار مراقبتی را از جنبه‌های جسمی، روانی، معنوی، مذهبی و مالی تجزیه و تحلیل نمودند. یافته‌های

است با توجه به فرهنگ و شرایط حاکم بر هر جامعه متفاوت باشند (۸)، ضرورت انجام تحقیق حاضر به شرح ذیل می‌باشد.

(۱) پیشرفت‌های دارویی و پزشکی باعث افزایش طول دوره‌ی زندگی بیماران مبتلا به سرطان شده است که همین امر تأکیدی بر نقش کلیدی مراقبان در زندگی بیماران مبتلا به سرطان است. مراقبان بیمار مبتلا به سرطان در حین گذران دوران مراقبت، ممکن است دچار چالش‌های بسیاری مخصوصاً در زمینه مسائل معنوی و مذهبی گردند.

(۲) پژوهش‌های قبلی در زمینه‌ی شناسایی نیازهای مراقبان بیماران مبتلا به سرطان در کشور، اغلب با روش پژوهش کمی صورت گرفته است که امکان بررسی عمیق تجارب مراقبان، شناسایی نیازهای برآمده از این تجربه‌ی زیسته و همچنین تاثیر نقش فرهنگ در نیازهای معنوی و مذهبی مراقبان را فراهم نمی‌سازد.

(۳) نهایتاً، فراهم سازی داده‌ها و اطلاعات لازم در خصوص نیازهای معنوی و مذهبی مراقبان که به نظر می‌رسد در شرایط سخت کمتر به آنها توجه می‌گردد، جهت طراحی مداخلات آموزشی و روانشناختی مبتنی بر نیازهای مراقبان از ضرورت‌های قابل ذکر انجام پژوهش حاضر می‌باشد.

در نتیجه، با توجه به اهمیت بیان شده در مورد نقش مراقبان بیماران مبتلا به سرطان در سیستم مراقبت بهداشتی جوامع و تشریح ضرورت‌های انجام تحقیق حاضر، هدف اصلی از این مطالعه شناسایی جامع و کامل نیازهای معنوی و مذهبی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان براساس نظریه رویه و براساس مطالعه و واکاوی عمیق ادبیات مرتبط و تجربیات این افراد و همچنین مشاهدات مستقیم محقق می‌باشد.

آنان نشان داد که مراقبان خانواده های این بیماران سطح بالاتری از اضطراب مالی و معنوی-مذهبی را تجربه می‌کنند و درصد قابل توجهی از آنها از اضطراب و افسردگی رنج می‌برند. محققان فوق با توجه به نتایج به دست آمده نتیجه گیری نمودند که مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان در معرض مشکلات جسمی، روانی، مالی و معنوی-مذهبی قرار دارند و ایجاد برنامه‌های مراقبت‌های ویژه برای کاهش این مشکلات بسیار ضروری است (۵).

وانگ و ملاسیوت در تحقیقی با هدف شناسایی نیازهای برآورده نشده بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته و مراقبان آنها انجام دادند. هفت حوزه نیاز برآورده نشده برای مراقبان شناسایی شد که عبارت بودند از: نیاز به اطلاعات، نیاز روانشناخت، نیاز مالی، نیاز معنوی و مذهبی، نیاز در حوزه مراقبت از بیمار، نیاز اجتماعی و نیاز جسمانی. که از این هفت حوزه رایج ترین نیازها در حوزه نیازهای اطلاعاتی و نیازهای معنوی و مذهبی بودند (۶).

همچنین اسکالا به همراه همکاران خود در تحقیقی توصیفی در زمینه نیازهای مختلف شامل نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی-مذهبی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان انجام دادند. نمونه آماری آنها شامل ۱۷۲ مراقب بود. یافته های تحقیق نشان داد که در خصوص نیازهای جسمی و روانی، مراقبان احساس خستگی، اضطراب، ترس، خواب آلودگی، اضافه وزن، افسردگی، فراموشی، مشکلات جنسی و عدم توانایی در انجام سایر مسئولیت‌ها را بیان می‌کردند که ضرورت داشت به نیاز برای رفع آنها توجه گردد. همچنین اهم نیازهای معنوی و مذهبی شامل نیاز به تعریف معنای زندگی، انکار مشکل، تردیدهای مذهبی و صحبت با روانشناس بیان گردید (۷).  
با توجه به مطالعات اشاره شده در بالا و ذکر این نکته که مشکلات مراقبان در جوامع مختلف تا حدودی ممکن

## روش بررسی

جامعه پژوهشی عبارت بود از مراقبان بیماران مبتلا به سرطان در تهران و نمونه‌ها با روش در دسترس و هدفمند انتخاب شدند. معیارهای ورود و خروج پژوهش حاضر، عبارت بودند از: مراقب بیمار مبتلا به سرطان در مرحله پایانی<sup>۱</sup>، که ضمن داشتن نقش مراقب اصلی، از توانایی برقراری ارتباط کلامی برخوردار بوده و طبق گزارش خود زمینه ابتلا به اختلالات شدید روانی و جسمانی را نداشته باشد و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش را اعلام کند. معیار خروج نیز شامل تمایل نداشتن افراد شرکت کننده به ادامه همکاری در هر زمان از اجرای پژوهش بود. بنابراین در بکارگیری نمونه‌گیری نظری که در این تحقیق استفاده شده است، پیدا کردن نقطه شروع مهم‌ترین رکن ورود به میدان بود. در این نوع نمونه‌گیری نمی‌توان از قبل مشخص نمود چه تعداد افراد و نمونه بایستی انتخاب شوند، بلکه جمع‌آوری اطلاعات تا زمانی ادامه یافت که داده‌های جدیداً جمع‌آوری شده، با داده‌هایی که قبلاً جمع‌آوری شده‌اند تفاوتی نداشت و به عبارتی محقق به مرحله اشباع رسیده باشد. در این مرحله، (۱) هیچ داده جدید یا مرتبط به یک مقوله به دست نمی‌آمد؛ (۲) مقوله از لحاظ ویژگی‌ها و ابعاد به خوبی پرورش یافته و گوناگونی‌های آن را نمایش می‌داد و (۳) مناسبات میان مقوله‌ها به خوبی مشخص و اعتبارشان برای محققین ثابت شده بود.

به منظور دستیابی به هدف و پاسخ به سوالات پژوهش حاضر، از روش پژوهش کیفی و به طور مشخص از روش نظریه رویه (Facet Theory) که توسط گاتمن ارائه گردیده است، استفاده شده است. نظریه رویه، راهبردی

برای پژوهش در روانشناسی و علوم دیگری است که سیستم‌های پیچیده رفتار را بررسی می‌کنند. این نظریه بر قاعده‌مند کردن محتوای تحقیق و بر تحلیل داده‌های اصلی به منظور کشف قوانین ثابت و اجرای تحقیق مبتنی بر نظریه در این علوم تمرکز دارد. در نظریه رویه نهایتاً آنچه مطالعه می‌شود در قالب اصطلاحات اساسی مفهوم‌سازی و تعریف می‌شود که به آن جمله‌نگاشت گویند. (۹)

در این مقاله به منظور دستیابی به اهداف تحقیق، در گام اول به مطالعه ادبیات موضوع پرداخته شد. سپس در گام دوم به منظور شناسایی مشکلات و نیازهای معنوی و مذهبی مراقبان، مصاحبه‌های نیمه ساختار نیافته و عمیق با آنها انجام گرفت. در این خصوص، مصاحبه‌ها براساس روش هفت مرحله‌ای که کوال بیان کرده، طراحی شد. (۱۰) با توجه به انجام مصاحبه به صورت نیمه ساختاریافته، سوال‌هایی باز و گسترده (نه آنقدر باز که همه چیز را در برگیرد و نه آنقدر محدود که امکان اکتشاف‌های جدید که هدف اصلی تحقیق حاضر است، را از بین ببرد) از مشارکت‌کنندگان طراحی و مطرح گردید مانند: روند این بیماری طولانی مدت است، در این فرآیند طولانی دغدغه‌های معنوی و مذهبی شما چیست؟ اگر می‌خواستید یک لیست از نیازهای معنوی و مذهبی که در این مدت احساس کردید بنویسید چه می‌نوشتید؟ فکر می‌کنید به طور کلی اگر چه شرایطی حاکم بود، شما راحت تر با این موضوع کنار می‌آمدید و نیازهای معنوی و مذهبی کمتری احساس می‌کردید؟

سپس در راستای شناسایی مفاهیم، محتوا و رویه‌های مرتبط با نیازهای مذهبی و معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان، در هنگام مصاحبه با مصاحبه‌شونده در گفتگو و تعامل متقابل موضوع بحث را در چارچوب تحقیق دنبال

(نظریه رویه)، از تحلیل تفسیری برای تجزیه و تحلیل متون پیاده‌سازی شده مصاحبه‌ها استفاده شد. تلاش شد با استفاده از کدگذاری متون مصاحبه، نیازهای مذهبی و معنوی و طبقه‌بندی آنها از بستر مصاحبه‌ها و مشاهدات صورت گرفته، استخراج شود و سپس با کمک ادبیات تحقیق موارد استخراج شده تعدیل و نهایی گردند. برای اطمینان هر چه بیشتر از صحت اطلاعات، مقوله‌های فرعی و نیازهای مذهبی و معنوی مراقبان استخراج شده، داده‌های مصاحبه توسط سایر همکاران محقق، بررسی مجدد و در نهایت توافق کامل روی نیازهای مراقبان و طبقه‌بندی آنها انجام شد و با توجه به رویه‌های به دست آمده، جمله‌نگاشت تحقیق تدوین گردید. اعتبار و کیفیت نتایج نیز با استفاده از روش‌های مثلث‌بندی داده‌ها، کنترل اعضاء و معیار مقبولیت ارزیابی شد که خود شامل معیارهای دهگانه تناسب، کاربردی بودن یافته‌ها، زمینه مفاهیم، منطق، عمق، انحراف، بداعت، حساسیت و استناد به یاد نوشته‌ها است.

شد و این مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته به صورت متن پیاده‌سازی گردید. نهایتاً، در گام سوم، با استفاده از متن مصاحبه‌های انجام شده و مطالعه و بررسی چندباره آنها تلاش گردید، رویه‌ها که نشان دهنده نیازهای مذهبی و معنوی مختلف مراقبان می‌باشند شناسایی و با توجه به ویژگی‌های مشترک‌شان طبقه‌بندی شوند و نتیجه تمام این موارد در قالب جمله‌نگاشت خلاصه و بیان گردید. البته لازم به توضیح است که پس از هر مصاحبه تلاش شد متن مصاحبه تحلیل و نقاط ضعف آن را برای انجام مصاحبه بعدی برطرف شود.

با توجه به نوع روش پژوهش، جمع‌آوری اطلاعات تا زمانی که داده‌های جدیداً جمع‌آوری شده، با داده‌هایی که قبلاً جمع‌آوری شده‌اند تفاوتی نداشتند، ادامه یافت و محققین به مرحله اشباع رسیدند. برای انجام تحقیق ۴۱۸ دقیقه مصاحبه انجام شد و میانگین زمان مصاحبه‌ها ۳۵ دقیقه بوده است. سایر اطلاعات در جدول شماره یک بیان شده است.

در این تحقیق با توجه به رویکرد کیفی موردنظر

جدول ۱. ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان در تحقیق (مراقبان بیماران مبتلا به سرطان)

نفر	شرح	طبقه بندی	نفر	شرح	طبقه بندی
۲	همسر	نسبت با بیمار	۱۳	زن	جنسیت
۵	خواهر		۸	مرد	
۱۲	فرزند		۲۱		مجموع
۲	مادر	مجموع	۱۶	کمتر از یکسال	مدت زمان مراقبت
۲۱			۵	بیشتر از یکسال	
۹	شاغل/کارمند	وضعیت شغلی	۲۱		مجموع
۱۰	خانه‌دار		۹	مجرد	وضعیت تاهل مراقب
۲	بیکار		۱۲	متاهل	
۲۱		مجموع	۲۱		مجموع
۳	۲۰ تا ۳۰ سال	سن مراقب	۱۱	پایین‌تر از کارشناسی	تحصیلات
۹	۳۰ تا ۴۰ سال		۱۰	کارشناسی و بالاتر	
۹	۴۰ سال به بالا		۲۱		مجموع
۲۱		مجموع			۲۱

## یافته‌ها

مجموعه خاص از باورها و شیوه‌های عملی مرتبط با یک ساز و کار مذهبی خاص است. مذهب در ماهیت شناختی نوعی مقابله معنوی می‌باشد و نقش جدایی ناپذیری در مقابله افراد با حوادث استرس‌زا ایفا می‌کند. پرداختن به نیازهای معنوی و مذهبی می‌تواند چارچوبی معنادار برای بیمار، مراقبان بیمار و رنج ناشی از آن فراهم کند و همانطور که در بخش مقدمه این تحقیق بیان گردید، معمولاً تحقیقات نیز حمایت مذهبی و معنوی را برای بیماران مبتلا به سرطان و خانواده‌هایشان از منابع مهم سازگار می‌دانند و آن را سودمند و مورد نیاز این بیماران ذکر کرده‌اند. از سوی دیگر، پیامد این نیازهای معنوی برای مراقبان در این شرایط بحرانی عبارت از احساس ناامیدی، ترس از تنهایی، صدمه، تردید، ناامیدی، احساس پوچی و از دست دادن کنترل است که همین موضوع نشان می‌دهد مداخله و ارزیابی در این زمینه بسیار مهم است. طبق تجارب و اظهارات مراقبان شرکت‌کننده در این پژوهش می‌توان نیازهای مذهبی و معنوی را به دو زیرشاخه‌ی بازنگری اندیشه‌های معنوی - مذهبی و نیاز به ارتباط و توسل به خدا تقسیم کرد.

با بکارگیری روش کدگذاری و در نتیجه تحلیل سطر به سطر مصاحبه‌ها، ابتدا ۸۴ مفهوم استخراج گردید و سپس با انجام فرآیند مقایسه مداوم و ترکیب نمودن مفاهیمی که دارای یک یا چند ویژگی مشترک بودند، به ۴۳ مفهوم رسیدیم و نهایتاً ۲۷ مفهوم که دارای جامعیت و عمومیت بیشتری بودند برای ادامه کار تحقیق شناسایی شدند. سپس این مفاهیم در قالب ۲ مقوله فرعی در قالب نیازهای مذهبی و معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان طبقه بندی و تبیین گردیدند. در ادامه با توجه مفاهیم و رویه‌های به دست آمده، نیازهای مذهبی و معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان در قالب دو مقوله فرعی تشریح خواهد شد.

## نیازهای مذهبی و معنوی

یکی از مهم‌ترین نیازهایی که از گفتار مصاحبه‌شوندگان استخراج گردید، نیاز به عامل معنوی و مذهبی در برخورد با پریشانی و توانایی مقابله با شرایط سخت بود. معنویت مفهومی است که از دو بخش ایمان و معنا تشکیل می‌شود و شامل تجربه‌ی متصل بودن و احساس آرامش است. دین یک



شکل ۱. جمله نگاشت نیازهای مذهبی و معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان

کرد. دیدم مرگ خیلی نزدیکه و خلیم آسونه. خیلی روی روحیه‌ام تاثیر گذاشت که این زندگی چیه؟»

مثل اینکه مراقبان مانند تمام کسانی که با درد و رنج یکی از عزیزان خود مواجه شده‌اند، فرصت پیدا کردند تا به طور روشن جهت‌گیری خود نسبت به مرگ را مرور نمایند. تجربه این شرایط دشوار علاوه بر کمک به بازنگری در مفهوم مرگ، نظام معنایی فرد پیرامون مفاهیم عدالت و قدرت خدا را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از مراقبان که مادر یک دختر جوان مبتلا به سرطان بود اینگونه گفت: «خیلی شوکه بودم اصلاً انتظار نداشتم همچین اتفاقی برای دخترم بیوفته. قبل از این مریضی خیلی فعال و باهوش و همیشه پرانرژی بود و همیشه توی اوج بود چه از نظر تحصیلات چه از نظر کد بانوگری. همه میگن به خدا توکل کن ولی من نمیتونم. دیگه توی عدالت خدا شک کردم». یکی دیگر از مراقبان شک و تردید در وجود عدالت خداوند و نیاز به درک معنا از شرایط سخت را این چنین بیان کرد: «نیاز به اینکه برای این اتفاقات و سختی‌هایی که دارم به دوش می‌کشم، یه معنایی پیدا کنم. همش به خودم میگم آخه به کدوم گناه دارم این عقوبت رو می‌کشم. پس آدمایی که توی زندگیشون کار خیر می‌کنن با اونایی که بی‌خیالن و هرکاری دستشون می‌رسه انجام میدن برابرن؟ این سوالا رو کاش می‌تونستم برای خودم جواب بدم».

**الف) بازنگری اندیشه‌های معنوی-مذهبی:** اظهارات مراقبان نشان می‌دهد با بروز این بحران جدی در زندگی، آن‌ها نیز مانند بیماران با مشکلات معنوی یا وجودی، بحران‌های ایمان یا ناامیدی و غم و اندوه ناشی از آن، دست و پنجه نرم می‌کنند. بر طبق تجارب مراقبان، وقوع بحران در زندگی باعث شده که مشکلات مذهبی-معنوی و مسائل حل نشده خود را نشان دهند و به صورت بحران معنا بروز کنند، که به این مشکلات در گفتار مراقبان تحت عناوین ذیل اشاره شد: نیاز به رفع احساس تنهایی، نیاز به غلبه بر ترس از مرگ، نیاز به درک معنا برای زندگی، نیاز به حل چالش‌ها در مورد مفاهیمی مانند عدالت خداوند، ارزیابی منفی از خدا به عنوان تنبیه‌کننده و خشم و تردید در مورد قدرت خدا. توجه به نمونه‌هایی از مصاحبه‌های مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد که در هنگام ابتلای یکی از عزیزان به رنج و بیماری، تعریف فرد از مفهوم زندگی دستخوش تغییر و بازنگری شده است. در همین زمینه یکی از مراقبان که زنی تقریباً میانسال بود این‌گونه بیان کرد: «واقعا زندگی هیچی نیس. دو روز که سرپا هستی کار می‌کنی و می‌گذره آخرش هم که مریض میشی میوفتی یه گوشه و خوار و ذلیل و محتاج میشی بعدم می‌میری». یکی دیگر از مراقبان اینگونه توصیف کرد: «چند وقت پیش که همراه پدرم بیمارستان موندم همون شب یکی از مریض‌های بخش فوت

جدول ۲. ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان در تحقیق (مراقبان بیماران مبتلا به سرطان)

نیازها	مقوله فرعی	مفاهیم
نیاز معنوی-مذهبی	نیاز به ارتباط بیشتر با خدا	نیاز به انجام اعمال مذهبی (شرکت در مراسم مذهبی و ...)
		نیاز به نزدیکی با خداوند
نیاز معنوی-مذهبی	بازنگری اندیشه‌های معنوی-مذهبی	نیاز به غلبه بر ترس از مرگ
		نیاز به درک معنا برای زندگی
		نیاز به رفع احساس تنهایی وجودی
		نیاز به حل چالش‌ها در مورد عدالت خداوند
		ارزیابی منفی از خدا به عنوان تنبیه‌کننده
		خشم و تردید در مورد قدرت خداوند

یکی دیگر از مراقبان همین موضوع را اینگونه توصیف نمود: «مادرم هیئتی بود یک عمر برای مجلس امام حسین چای ریخت و گریه کرد. منم همینطور و پدرم هم همینطور. خود من چقد به سر و سینه زدم از اول محرم تا آخر محرم. به هیچکس هم بدی نکردیم. همیشه راه خودمون رو می‌رفتیم. همین مادرم که الان هیچی ازش نمونه همه به سرش قسم می‌خوردن اینقدر مومن و مذهبی بود. حالا اگه عدالتی بود چرا مادر من باید اینجوری گرفتار می‌شد. چرا اونایی که براشون عزاداری می‌کرد دستشو نمی‌گیرن و کمکش نمی‌کنن؟ اینه که می‌گم وضعیت معنویتم خیلی خرابه». یکی دیگر از مراقبان که مادرش دچار بیماری سرطان بود توضیح داد که بیماری مادرش، باورهای قبلی وی نسبت به احساس کنترل بر شرایط توسط دعا و اتصال به قدرت برتر را تحت تاثیر قرار داده است: «قبلاً فکر می‌کردم که با دعا می‌تونم تقدیر رو عوض کنم و کاری کنم که اوضاع طبق میل من پیش بره ولی الان با خودم می‌گم مگه همه اونایی که از دست رفتن کسی براشون دعا نکرده؟ هرچی بخواد بشه میشه و با دعا چیزی عوض نمیشه».

یکی دیگر از مسائل مطرح شده در گفتار مراقبان، نیاز به مقابله با احساس تنهایی وجودی بود. موقعیت‌های مربوط به پایان زندگی و بیماری‌های صعب‌العلاج، به واسطه ارتباطی که بین مرگ و تنهایی وجودی است، انسان‌ها را بیشتر با این مساله روبرو می‌کند که انسان هر قدر هم در ارتباط و متصل به دیگران باشد، باز هم در هستی وجود خود تنها است و به عبارت دیگر تنها به دنیا پا گذاشته و تنها هم از دنیا خواهد رفت. این مساله می‌تواند باعث برانگیخته شدن احساسات ناخوشایند نسبت به تنهایی مرگ، فرار از فکر کردن به تجربه مرگ و ترس از مرگ شود. «همیشه آدمی بودم که دوس داشتم دور و برم شلوغ باشه ولی حالا می‌بینم که هزار نفر هم که باشن فرقی به حال تنهایی آدم نمی‌کنه». صحبت‌های بعضی از مراقبان نشان از تجربه‌ی رویارویی با اضطراب مرگ داشت. برای مثال یکی

از مراقبان این‌گونه شرایط را توصیف نمود: «صد درصد همه آدم‌ها یه ترس پنهانی از مرگ دارن از اعمالشون و از بهشت و جهنمی که برای خودشون ساختن. ولی وقتی که اینجوری یکی از عزیزانت جلوی چشمت در حال از دست رفتن باشه خیلی به فکرش نزدیک تری». یکی دیگر از مراقبان این‌گونه بیان کرد: «قبلاً به مرگ فکر نمی‌کردم الان ترس از مرگ پیدا کردم. خیلی از مرگ و نحوه مردن و اتفاقات بعد از مرگ می‌ترسم». باید در این زمینه فرصتی فراهم شود که مراقبان از مداخله‌های حمایتی و روان‌شناختی بهره‌گیرند. روان‌شناسان همچنین می‌توانند نقش مهمی در تشخیص عوامل موثر بر پریشانی و ترس وجودی در رابطه با مرگ و ارائه‌ی اقدامات درمانی با تمرکز بر دیدگاه فرد نسبت به مرگ ایفا کنند.

**ب) نیاز به ارتباط و توسل به خدا:** یکی از نیازهایی که در گفتار مراقبان مورد تاکید قرار گرفت و در این تحقیق ما آن را از مولفه‌های نیازهای معنوی - مذهبی قرار دادیم، نیاز به نزدیکی و ارتباط با خدا برای کسب آرامش و کنار آمدن با شرایط سخت ناشی از بیماری عزیزان بود. استمداد از خداوند و یاری جستن از ائمه اطهار و حضور در اماکن مقدس و نذر و دعا از روش‌های مقابله‌ای معنوی - مذهبی رایج در بین مراقبان است. اکثر مراقبان تاثیر این اعمال در رسیدن به آرامش را ذکر کردند و نیاز به رفتن به مجالس سوگواری مذهبی و ذکر دعا و زیارت و انجمن‌های دینی را به عنوان راهکارهای موثر برای سازگاری با شرایط تنش‌زای مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان دانسته‌اند. نیاز به شرکت در مراسم مذهبی، سفر به اماکن مذهبی و نیاز به نزدیکی خداوند به عنوان نیروی برتر جزو این نیازها بودند. مراقبان با جملات متفاوتی نیاز به حس نزدیکی با خدا را ابراز کردند که نمونه‌هایی از آنها را ذکر می‌کنیم. «خیلی سعی می‌کنم به خدا توکل کنم ولی قبلاً بیشتر فکر می‌کردم خدا هست. یعنی بیشتر حضورش رو حس می‌کردم کاش می‌تونستم یه زیارت برم یکم سبک شم». «آدم توی شرایط سخت بیشتر از همه چی نیاز



پرداخته شود و با کنکاش بیشتری مولفه‌های تشکیل دهنده‌ی این نیاز مراقبان بیماران مبتلا به سرطان بررسی و تعریف گردند تا از یک سو، با شناسایی این نیازها و بازتاب آنها به نهادهای ذیربط تلاش گردد راهکارهایی برای برطرف نمودن این نیازها بکار گرفته شود و از سویی دیگر، ادبیات مرتبط با نیازهای معنوی و مذهبی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان غنی‌تر گردد. به عبارت دیگر، نوآوری تحقیق حاضر علاوه بر بکارگیری روش تحقیق نظریه رویه، بررسی جامع و کامل نیازهای مذهبی و معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های تحقیق حاضر، ضمن تایید این نکته که در رابطه مراقب-بیمار، بیمار مرکز توجه و مراقبت قرار دارد و نیازهای مراقبان مغفول می‌ماند، نیازهای معنوی و مذهبی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان را در دو گروه «نیاز به ارتباط بیشتر با خدا» و «بازنگری در اندیشه‌های معنوی و مذهبی» طبقه بندی نمود. با توجه به خلاصه نتایج تحقیق که در بخش مقدمه به آن اشاره گردید و این موضوع که محقق در ادبیات داخل کشور و خارج از کشور مدل جامع و کاملی که تمام نیازهای معنوی و مذهبی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان را با استفاده از نظریه رویه بررسی کرده باشد، پیدا نکرد، نیازها و رویه‌های استخراج شده از داده‌های تحقیق را می‌توان با یافته‌های سایر تحقیقات که به بخشی از آنها به نیازهای مذهبی و معنوی پرداخته‌اند مقایسه نمود. در مجموع نتایج تحقیق در ارتباط با نیازهای مذهبی و معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان با نتایج بدست آمده از تحقیقات صورت گرفته در این حوزه، که در قسمت مقدمه به آنها اشاره گردید همخوانی داشت. علاوه براین، مقایسه نتایج تحقیق حاضر با تحقیقات مرتبط، نشان می‌دهد نیازهای مراقبان در جوامع مختلف هر چند به هم

داره حس کنه یکی هست که حواسش بهش هست و نمی‌ذاره وضع از اون چیزی که هست خرابتر بشه». «تخیلی احتیاج دارم که مئه قبل خدا منو ببینه و بشنوه. اینکه حس کنم دعاهم داره برآورده میشه. قبلاً بیشتر حس می‌کردم به خدا نزدیکم. به اون حس معنویتی که آروم کنه نیاز دارم». «برای شفا گرفتن خواهرم فقط باید ائمه یه نظری به ما بکنن. امام حسین یه نظری بکنه و خواهرم شفا بگیره».

یکی دیگر از نیازهایی که مراقبان ابراز کردند نیاز به انجام اعمال مذهبی برای کسب آرامش بود. یکی از مراقبان در این زمینه گفت: «اکثراً بخاطر کار و عجله‌هایی که مدام دارم نمی‌تونم نمازمو سر وقت بخونم. حتی نمی‌رسم یه سجاده برای خودم پهن کنم. اون روز توی نمازخونه‌ی اینجا خیلی خلوت بود و وقت هم داشتم ولی نه می‌تونستم استغاثه کنم نه می‌تونستم راحت گریه کنم. با این شرایطی که من دارم باید حس و حالش بیاد ولی نمیداد. اونم وقتی که بهش نیاز دارم». یکی دیگر از مراقبان نیاز به انجام عبادت و اعمال مذهبی را این‌گونه اظهار کرد: «افسوس گذشته رو خیلی می‌خورم. قبل از این موقعیت همه نمازم رو می‌رفتم مسجد می‌خوندم. هفته‌ای چند بار به زیارت امامزاده‌ها می‌رفتم و در مجالس روضه خیلی شرکت می‌کردم. الان با این وضعیت خیلی عذاب وجدان دارم که نمی‌تونم نمازم را درست بخونم و نمی‌تونم به زیارت برم و سایر اعمال قبلی رو انجام بدم. فکر می‌کنم اگر مثل قبل توکل داشتم این شرایط برام آسون‌تر می‌شد».

### بحث

هدف از انجام تحقیق حاضر، شناسایی نیازهای مذهبی و معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان که در مرحله پایانی به سر می‌برند، بود. با توجه به کمبود ادبیات موجود در این زمینه، در تحقیق حاضر تلاش گردید، با انتخاب روش تحقیق نظریه رویه به بررسی جامع و کامل این نیازها در داخل کشور

نزدیک می‌باشد، اما با توجه به فرهنگ و شرایط حاکم بر هر جامعه ممکن است تفاوت‌هایی در بروز آنها وجود داشته باشد. به عنوان مثال، توجه ویژه به نیازهای مذهبی و معنوی در جامعه ما با توجه به بافت سنتی و مذهبی و شرایط محیطی و فرهنگی حاکم بر آن، از مهم‌ترین نیازهایی بود که ضرورت دارد به آن توجه گردد. در این خصوص توانمندسازی مراقبان در مورد پیامدهای مذهبی و معنوی که ممکن است تجربه کنند و همچنین آموزش افراد جامعه و نزدیکان برای درک بیشتر شرایط مراقب مفید می‌باشد. داشتن اطلاعات مذهبی و معنوی و بکارگیری از افراد متخصص در این حوزه به چنین مراقبانی می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی آنها و به تبع آن افزایش کیفیت زندگی بیمار گردد.

پژوهش حاضر در زمینه بررسی نیازهای مذهبی و معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان با استفاده از روش تحقیق نظریه رویه، دارای محدودیت‌هایی بود که ضرورت دارد نتایج تحقیق با در نظر گرفتن آنها تفسیر گردد. (۱) از آنجایی که سنجش و بررسی سلامت روانی شرکت کنندگان مستلزم صرف زمان بیشتری بود و خارج از حوصله‌ی پاسخگویان بود، امکان تاثیر وضعیت روانی آنان پیش از شروع دوره مراقبت برای پژوهشگر وجود نداشت. (۲) هر یک از انواع سرطان می‌تواند در میزان عوارض بیماری، عوارض دوران بستری، میزان حفظ استقلال بیمار و نیاز به مراقبت تاثیر داشته باشد. جامعه مراقبان شرکت کننده در این پژوهش مراقبان بیماران مبتلا به انواع مختلف سرطان بوده‌اند، لذا ممکن است مراقبان انواع مختلف سرطان نیازهای متفاوتی از یکدیگر را ابراز کنند که بررسی جداگانه در این پژوهش میسر نبود. (۳) در تحقیقات کیفی امکان بروز و دخالت دادن پیش فرض‌ها و تعصبات پژوهشگر ممکن است یافته‌ها و نتایج تحقیق را خدشه‌دار نماید. هر چند در این پژوهش، محقق تلاش نمود تا حد امکان بدون سوگیری عمل نموده و صرفاً اقدام به رصد تجارب و

مشاهدات مشارکت‌کنندگان نماید.

در پایان، با توجه به نتایج تحقیق، شرایط محیطی کشور و در نظر گرفتن محدودیت‌های فوق‌الذکر، پیشنهادات پژوهشی و کاربردی ارائه می‌گردد. پیشنهادهای پژوهشی عبارتند از: (۱) در رابطه با مفاهیمی که در این تحقیق به آنها اشاره شد تحقیقات کمی مناسبی صورت گیرد تا نتایج بدست آمده از آنها و میزان اهمیت هر یک از این مفاهیم با جمله‌نگاشت ارایه شده در این تحقیق مقایسه گردد. (۲) پژوهشگران با طبقه‌بندی انواع مختلف سرطان، به طور خاص نیازهای مراقبان بیماران مبتلا به سرطان خاص مانند پستان، ریه، معده و غیره را مورد بررسی قرار داده و نتایج تحقیق را با نتایج تحقیق حاضر مقایسه نمایند. همچنین پیشنهادهای کاربردی عبارتند از: (۱) دانشگاه‌ها و موسسات آموزشی و پژوهشی می‌توانند از نتایج تحقیق به منظور آگاهی دادن به دانشجویان در نحوه برخورد با این افراد استفاده نموده و اساتید و دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی (محققان بالقوه این حوزه) می‌توانند با درک اهمیت موضوع، ادبیات مرتبط با مراقبان بیماران مبتلا به سرطان را در کشور گسترش دهند. (۲) سازمان‌ها و نهادهای بهداشتی (مانند وزارت بهداشت) و مذهبی می‌توانند با استفاده از نتایج تحقیق حاضر ضمن شناسایی و شناخت نسبت به مشکلات و نیازهای مذهبی و معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان، با آگاهی کامل و جامع از این نیازها اقدامات مرتبط خود را برنامه‌ریزی و اجرا نمایند. (۳) علاوه بر سازمان‌ها و نهادهایی که به طور قانونی متولی توجه و برنامه‌ریزی برای بیماران مبتلا به سرطان و مراقبان آنها می‌باشند، برخی موسسات خیریه فعال در این زمینه نیز به صورت داوطلبانه می‌توانند با استفاده از نتایج تحقیق حاضر، کمک‌ها و حمایت‌های خود را هدفمندتر و اثربخش‌تر انجام دهند. در صورت نیاز، محققان آمادگی خود را برای در اختیار قرار دادن اطلاعات و یافته‌های مبسوط تحقیق به نهادهای فوق‌الذکر اعلام می‌نمایند.

1. Bahrami M. Iranian nurses perceptions of cancer patient's quality of life. *Iranian Journal of Cancer Prevention*. 2016; 9(3): 4076-4089.
2. Mellon, S, Northouse L, Weiss, K. A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Nurs*. 2006; 29(120): 31. 133.
3. Dong, W, Jong-Hyock, P, Eun-Jung, S, Jae-Hyun, P, Jin-Young, C. The development of a comprehensive needs assessment tool for cancer-caregivers in patient-caregiver dyads. *Psycho-Oncology*. 2010; 20(3): 1342-1352.
4. Sajadian, A, Hydari, L, Mokhtari, P. Common Breast Cancer Family Care Giving Problems. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2016; 8(2): 7-14.[Persain]
5. Abbasnezhad, M, Rahmani, A. Ghahramanian, A. Roshangar, F. Eivazi, J. Azadi, A. Berahmany, G. Cancer Care Burden among Primary Family Caregivers of Iranian Hematologic Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2015; 16(13): 5499-5505.
6. Wang T, Molassiotis A, Pui Man Chung B, Tan J. Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review. *BMC Palliative Care*. 2018; 9(11):17-96.
7. Karen A Skalla, Ellen M Lavoie Smith, Zhongze Li, Charlene G. Multidimensional needs of caregivers for patients with cancer. *clinical journal of oncology nursing*. 2019;17(5):500-506.
8. Khanjari, S. Quality of life and its associated factors in primary family caregivers of children with physical disabilities. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2012; 1(1): 23-31.
9. Guttman, L. the conical structure of adjustive behavior. *Social Indicators Research*. 1998; 21(4): 455-479.
10. Kvale, S. *Interviews: An Introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1996.

## Spiritual-Religious Needs of Cancer Caregivers: Facet Theory

Mohadese Fahimi Aliabad<sup>1\*</sup>, Fariba Zarani<sup>2</sup>

### Abstract

**Background and objective:** Religion and spirituality play an inseparable role in dealing with stressful events. The purpose of this study is to identify the religious and spiritual needs of caregivers of cancer patients in order to provide the necessary information to design educational and psychological interventions based on the needs of these caregivers.

**Methods and Materials:** It has been done in a qualitative way and with the approach of the facet theory of 2020. Participants are caregivers of cancer patients in Tehran. Data were collected through semi-structured interviews with 21 caregivers and through theoretical and purposive sampling to achieve information saturation. Coding coverage of the interviews and observations, their needs and classifications were extracted.

**Results:** The discovered religious and spiritual needs were categorized into two categories: “need for more connection with God” and “revision of spiritual and religious ideas”. The most important sub-categories are: “need for religious religion”, “need to overcome the fear of death”, “need to understand the meaning of life” and “need to solve challenges to God’s justice”.

**Conclusion:** The religious and spiritual consequences of cancer are significant for the caregiver. Considering the cultural and religious context of society, the high burden of responsibility and the pressures caused by the problems and the imminent loss of a loved one, the caregivers reconsider their spiritual and religious beliefs, and if they are not guided in this reconsideration, they may notice misguidance. Empowering caregivers about the religious and spiritual consequences they may experience and educating people in the community and loved ones to understand the caregiver status.

**Keywords:** Cancer Patients, Spiritual-Religious Needs, Caregivers, Facet Theory

1\*. Corresponding Author, Clinical Psychology Msc, Psychology Department, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran  
mohadese.fahimi72@gmail.com

2. Psychology Department assistant Prof, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

fzarani@yahoo.com