MEJDS. 2019; 9:125.
Published online 2020 Mar. **Research Article**

Explaining the spiritual needs of breast cancer patients: A qualitative study

Khodavirdi T[1], Eskandari H[2], Borjali A[2], Farokhi N[2]

Author Address
1. PhD student, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
2. Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
***Corresponding Author Email:** sknd40@gmail.com

Received: 2019 September 24; **Accepted:** 2019 October 9

Abstract

Background & Objective: Among all the types of cancer, breast cancer is the most common type of women's cancer that can cause many challenges for women. The diagnosis of cancer provokes many spiritual crises in the individual. Also, the nature of cancer disease increases the spiritual needs of patients and requires comprehensive care for them. Dealing with the condition can lead to severe crises in one's health; on the one hand, it makes them more vulnerable and, on the other hand, leads to personal and spiritual growth. This study aimed to explain the spiritual needs of breast cancer patients.

Methods: This study is a qualitative study conducted with a content analysis approach to explain spiritual needs in patients with breast cancer. The target population of this study was Iranian women with breast cancer. The sample size based on data, and the interview continued until data saturation. As a result, a sample of 14 women with breast cancer recruited at Behnam Deshpour charity resort in spring and summer of 2019. In fact, in this study, after 12 interviews, the data were saturated, and with two more cases, the sample size was 14 women with breast cancer. Inclusion criteria included a diagnosis of breast cancer, age between 30 and 50, female gender, ability to speak, and absence of Cognitive-perceptual disorders in patients and the absence of mental disorders in patient's records. Interest in research participation considered another criterion for inclusion. Also, the exclusion criterion was a lack of fluency in the Persian language during the interview. The main method of data collection in this study was in-depth semi-structured individual interviews. The interviews lasted between 30 and 45 minutes. All conversations were recorded in one session using a special audio recorder application and then transcribed verbatim on paper. Other methods used to collect data were field notes used as a complementary and unverified method of interviewing. The researcher also used reminder writing to collect the data. The research used several questions from a pre-designed and related study topic to guide the interview process and data collection. Data were analyzed using continuous comparisons and compared with each other. Also, to increase credibility, the researcher had a long and close relationship with the subject, the research location, and the participants. All interviews were reviewed by the participants while reviewing the code obtained by the contributors, and corrections made using their comments. The review by the participants and colleagues indicated that the data were verifiable. Also, researcher triangulation (employing more than one researcher to collect, analyze, or interpret data) was another method used to increase the validity of the findings.

Results: According to the findings of this study, spiritual needs included two subgroups of existential needs and religious needs, each containing subcategories; existential needs include hope, meaning-seeking, gratitude, courage, forgiveness, human dignity, and religious needs. It includes worship and worship, spiritual safety, closeness to God.

Conclusion: In this study, the spiritual needs of patients with cancer were explored in greater depth, which results emphasize the important role of two religious and existential dimensions in patients' spiritual needs. These needs may affect patient satisfaction with care and understanding of the quality of care. As a result, it is necessary to pay more attention to the spiritual needs of these patients in order to improve the quality of services provided to them.

Keywords: Spiritual Needs, Breast Cancer, Qualitative Research.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.128.0]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۱۲۵.

انتشار برخط اسفندماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

تبیین نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعهٔ کیفی

ترانه خداویردی[۱]، *حسین اسکندری[۲]، احمد برجعلی[۲]، نورعلی فرخی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۲. دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: sknd40@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲ مهر۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۷ مهر۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان جزو سرطان‌های بسیار شایع در بین بانوان است که شواهد گسترده‌ای بر اهمیت معنا و بهزیستی وجودی و معنوی برای آن‌ها دلالت دارند. هدف از این پژوهش تبیین نیازهای معنوی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بود.

روش‌بررسی: این مطالعه با روش کیفی و رویکرد تحلیل محتوا انجام گرفت. شرکت‌کنندگان مطالعه را ۱۴ بیمار مبتلا به سرطان پستان که در بهار و تابستان سال ۱۳۹۸ در نقاهتگاه خیریهٔ بهنام دهش‌پور برای انجام کارهای درمانی ساکن بودند تشکیل دادند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند آغاز شد و تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته بود. از تحلیل محتوای کیفی جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌های کسب‌شده از مطالعه استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های این پژوهش نیازهای معنوی شامل دو زیرگروه نیازهای وجودی و نیازهای مذهبی بود که هر کدام شامل زیرطبقاتی هستند؛ نیازهای وجودی شامل امید، جستجوی معنا، قدرشناسی، شهامت، بخشایش و کرامت انسانی بود و نیازهای مذهبی شامل عبادت و انجام مناسک مذهبی، ایمنی‌جویی معنوی و نزدیکی به خدا بود.

نتیجه‌گیری: در این پژوهش نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان با ژرفای بیشتری کاوش گردید که نتایج آن به نقش مهم دو بُعد مذهبی و وجودی در نیازهای معنوی بیماران تأکید می‌کند. با توجه به نتایج این پژوهش مشخص شد که نیازهای معنوی در طول دورهٔ ابتلای بیماران مبتلا به سرطان و در رویارویی با آن نقشی کلیدی ایفا می‌کند.

کلیدواژه‌ها: نیازهای معنوی، سرطان پستان، پژوهش کیفی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.128.0]

۱ مقدمه

سرطان پستان[1] نه تنها دومین نوع شایع سرطان است بلکه متداول‌ترین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان محسوب می‌شود. در طول ابتلا به سرطان پستان، مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب، خودانگارهٔ ضعیف و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسالم بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد (۱). ابتلا به سرطان، زندگی بیماران را برای همیشه تغییر می‌دهد؛ بیشتر اوقات تشخیص این بیماری باعث سؤالات عمیق دربارهٔ معنا و هدف زندگی می‌شود و در حین سفر درمانی، موضوعات ژرف امید و کامیابی مطرح می‌شوند. در افراد مبتلا به سرطان، ابهامات و تصمیمات بی‌شمار ممکن است مسائل مربوط به معنویت را نسبت به سایر بیماری‌ها بیشتر ایجاد کند (۲). همچنین، ماهیت بیماری سرطان نیازهای معنوی[2] بیماران را افزایش می‌دهد و نیاز به مراقبت همه‌جانبه برای آن‌ها دارد (۳). پژوهشگران معتقدند هم معنویت و هم مذهب مفاهیمی چندبعدی و پیچیده هستند (۴). بسیاری از پژوهشگران معنویت و مذهب را به هم پیوسته و مرتبط می‌دانند (۵). مطالعات انجام‌شده تأثیر مثبت اعتقادات مذهبی و سایر رویکردهای معنوی را بر سلامتی و روند بهبودی برخی از بیماری‌های حاد و مزمن تأیید کرده‌اند (۶،۷). به گفتهٔ کوئینگ و همکاران، معنویت «جستجوی شخصی برای فهمیدن پاسخ به سؤالات نهایی دربارهٔ زندگی، معنا و رابطه دربارهٔ ارتباط با امری مقدس یا متعالی است که ممکن است ناشی از (یا منجر به) رشد دین، آئین‌ها و شکل‌گیری جامعه باشد» (۸). به‌طورکلی، معنویت منجر به راهکارهای مقابله‌ای مثبت می‌شود. بیماران از طریق ارتباط با خدا به دنبال یافتن کنترل هستند، از خدا بخشایش می‌خواهند و سعی می‌کنند دیگران را ببخشند، از اعتقادات معنوی خود نیرو و آسایش بگیرند و از جمع‌های معنوی یا مذهبی حمایت دریافت کنند (۵). از طرفی دین و معنویت در پزشکی می‌تواند به متخصصان کمک کند با بیماران خود همدلی کنند، با ارگان‌های مذهبی بیمارستان همکاری داشته باشند و ابتکارات مبتنی بر ایمان را در سیاست‌ها و قوانین حاکم بر بیمارستان اقامه کنند (۹).

در واقع مراقبت معنوی، بیمار مبتلا به سرطان و پرستاران آنکولوژی[3] را در مسیر رشد معنوی قرار می‌دهد. دستیابی به آرامش توسط بیمار و پرستار نتیجهٔ مشترک مراقبت معنوی است. این نتیجه به پرستار کمک می‌کند تا راحتی و احساس آرامش را در بیمار ایجاد کرده و در نهایت رضایت درونی را کسب کند. با توجه به تأثیرات متعالی مراقبت معنوی، باید برنامه‌ای منظم تدوین شود تا حساسیت در پرستاران آنکولوژی تقویت گردد و آن‌ها را ترغیب کند تا مراقبت معنوی را به‌عنوان بخشی از برنامه‌های مداخله در نظر بگیرند (۳). خلاصه آن که، معنویت می‌تواند عنصری مهم در مواجههٔ بیماران با بیماری مزمن، رنج و فقدان باشد و پزشکان باید به تمام رنج‌های بیمارانشان از نظر جسمی، هیجانی و معنوی توجه کرده و مراقبت همه‌جانبه‌ای را در نظر داشته باشند (۵).

در همین راستا، شواهد گسترده‌ای بر اهمیت معنا و بهزیستی وجودی و معنوی برای بیماران مبتلا به سرطان‌های پیشرفته دلالت دارند. پژوهش‌های زیادی میان معنویت و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی بهتر در بیماران مبتلا به سرطان پستان رابطهٔ قوی یافته‌اند؛ مطالعه کیانی و همکارانش حاکی از این بود که معنویت در پذیرش بیماری و بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان نقش مهمی دارد (۱۰). سینگر و همکارانش متوجه شدند که از نظر بیماران، «دست‌یابی به احساس آرامش معنوی» مهم‌ترین حوزهٔ مراقبت‌های پایان زندگی است (۱۱). از این گذشته، مطالعه‌های بسیاری دربارهٔ ارتباط سلامت معنوی با رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سرطان صورت پذیرفته است (۱۲،۱۳). وینکلمن و همکاران در پژوهش خود بیان کردند که نگرانی‌های معنوی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته با کیفیت پایین‌تر زندگی همراه است. علاوه‌براین، بیشتر بیماران توجه به نگرانی‌های معنوی را به‌عنوان بخش مهمی از مراقبت‌های پزشکی بیان کردند. این یافته‌ها نقش مهم مراقبت معنوی در مدیریت سرطان را تأیید کردند (۱۲). همچنین، پژوهش چار و همکاران روی ۹۷ بیمار لبنانی مبتلا به سرطان نشان داد که معنویت می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد و میزان اضطراب و افسردگی را در این بیماران کاهش دهد (۱۳). بای و همکارانش نیز در پژوهش خود روی ۱۰۲ بیمار سیاه پوست مبتلا به سرطان به این نتیجه رسیدند که معنویت با کاهش درد در بیماران و پایین‌آمدن شدت علائم همراه، مرتبط است و ممکن است به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده در برابر کاهش سطح کیفی کلی زندگی، به‌ویژه در حوزه‌های اجتماعی، هیجانی و عملکردی در بیماران سیاه‌پوست مبتلا به درد سرطان ایفای نقش کند (۱۴). همچنین، تون بویل و همکاران در مطالعهٔ خود بیان کردند که استفاده از منابع دینی/معنوی در کنارآمدن با مراحل اولیهٔ سرطان پستان نقش مهمی در روند انطباق بیماران با بیماریشان دارد (۱۵). این نتایج نیاز ادغام مراقبت معنوی در سیستم‌های مراقبت بهداشتی را برجسته می‌کند که لازمهٔ آن شناخت و ارزیابی نیازهای معنوی این بیماران است و امری دشوار به نظر می‌رسد. این دشواری تا حدودی ناشی از ابهام و پیچیدگی مفهوم معنویت به‌ویژه با توجه به تمایز بین مفاهیم دین و ارزیابی معنویت در افرادی است که مذهبی نیستند (۱۶). همچنین، از آنجا که معنویت در خلال زندگی روزمرهٔ فرد تجربه می‌شود، فرهنگ می‌تواند بر اعتقاد معنوی فرد، بهزیستی معنوی و اعمال معنوی وی تأثیر بگذارد (۱۷). در واقع، این نیازها و شیوهٔ پاسخگویی به آن‌ها با توجه به ادراک بیمار که خود متأثر از تفاوت‌های فردی، فرهنگی و اجتماعی است، متغیر است (۱۸). در همین راستا، رسولی و همکاران در پژوهش خود به بررسی نیازهای معنوی در بیماران مبتلا به سرطان پرداختند که در آن ۱۸ بیمار شامل ۹ مرد و ۹ زن در بازهٔ سنی ۷۲ـ۲۲ و مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش، کبد، ریه، لوسمی، لنفوم، هاچکین‌ها، پستان، رحم و تخمدان مصاحبه شدند. نیازهای معنوی یافته‌شده در این پژوهش در چهار گروه ارتباط (حمایت اجتماعی، رفتار طبیعی)، تعالی (تقویت باورهای معنوی، عبادت و ارتباط با خدا)، جستجوی معنا (جستجو

[1] Breast Cancer
[2] Spiritual Needs
[3] Oncology Nurses

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.128.0]

برای آرامش درونی، درخواست بخشایش و امید) و یافتن معنا و هدف (پذیرش واقعیت، جستجو برای معنا، داشتن یک پایان خوش، تغییر معنای زندگی) قرار داشت (۱۹).

یافته‌های ذکرشده نشان می‌دهند که درک نیازهای معنوی و ادراک بیماران مبتلا به سرطان از آن، توسط تیم درمانی نقش تعیین‌کننده‌ای در کیفیت و نحوهٔ مراقبت معنوی از این بیماران دارد (۱۵ـ۱۲). ازاین‌رو ارزیابی این نیازها بسیار حائز اهمیت است؛ بنابراین، با توجه به نقشی که می‌توانند فرهنگ در مفاهیم معنوی افراد ایفا کند (۱۷،۲۰)، این مسئله در ادبیات پژوهشی مشخص نیست که زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان که در فرهنگی ایرانی‌ـ اسلامی رشد یافته‌اند، چه نیازهای معنوی دارند؟ درواقع، با وجود شیوع بالای بیماری سرطان و پژوهش‌های فراوانی که نشان‌دهندهٔ تأثیر معنویت بر بهزیستی و کیفیت زندگی این بیماران است، در کشور ما تاکنون نیازهای معنوی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. اگرچه رسولی و همکارانش در پژوهش خود به بررسی نیازهای معنوی در بیماران مبتلا به سرطان پرداخته‌اند (۱۹) ولی این نیازها به صورت اختصاصی در زنان جوان مبتلا به سرطان پستان مطالعه نشده است. پژوهش حاضر با درنظرگرفتن محدودیت‌هایی در نوع سرطان، جنسیت و بازهٔ سنی بیماران، در تلاش برای کسب یافته‌هایی با دقت بیشتر بود. درنتیجه، با توجه به اینکه تبیین نیازهای معنوی در بیماران مبتلا به سرطان پستان در ایران می‌تواند یکی از راه‌حل‌های کارگشا در جهت ارتقای سطح کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده به بیماران مبتلا به سرطان باشد، هدف از پژوهش حاضر تبیین نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان پستان در قالب مطالعه‌ای کیفی بود.

۲ روش بررسی

این مطالعه پژوهشی کیفی بود که با رویکرد تحلیل محتوا و با هدف تبیین نیازهای معنوی در بیماران مبتلا به سرطان پستان صورت گرفت. جامعهٔ مطالعه در این پژوهش زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان بودند که نمونه‌گیری از آن به صورت هدفمند انجام شد. حجم نمونه مبتنی‌بر داده‌ها بوده و مصاحبه تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. در نتیجه، نمونهٔ پژوهش را ۱۴ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان در نقاهتگاه خیریهٔ بهنام دهش‌پور در بهار و تابستان ۱۳۹۸ تشکیل دادند. درواقع، در این مطالعه، پس از انجام دوازده مصاحبه، داده‌ها اشباع گردید و با احتساب دو مورد بیشتر، حجم نمونهٔ مطالعه، چهارده بانوی مبتلا به سرطان پستان در نظر گرفته شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش تشخیص بیماری سرطان پستان، سن بین ۳۰ تا ۵۰، جنسیت زن، توانایی صحبت و نبود اختلالات شناختی‌ـ ادراکی در بیماران و عدم وجود اختلالات روانی در پروندهٔ بیمار بود. علاقه به مشارکت در پژوهش از دیگر ملاک‌های ورود به مطالعه در نظر گرفته شد. همچنین، ملاک خروج عدم تسلط به زبان فارسی در طول مصاحبه بود.

روش اصلی برای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش مصاحبهٔ عمیق نیمه‌ساختاریافتهٔ فردی[1] بود. طول مدت مصاحبه‌ها ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بود. در ابتدای مصاحبه اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کننده اخذ شد. تمامی مصاحبه‌ها در یک جلسه و با استفاده از برنامهٔ ضبط صوت مخصوص، ضبط شده و سپس به‌صورت کلمه‌به‌کلمه روی کاغذ پیاده گردید. از دیگر روش‌های استفاده شده در گردآوری داده‌ها، یادداشت‌های در عرصه بود که از آن به‌عنوان روشی مکمل و تأییدکننده برای مصاحبه استفاده شد. همچنین، پژوهشگر در جمع‌آوری داده‌ها از یادآورنویسی[2] نیز استفاده نمود. در پژوهش حاضر از تعدادی سؤال ازپیش‌طراحی‌شده و مرتبط با موضوع مطالعه، برای هدایت جریان مصاحبه و گردآوری داده‌ها استفاده شد. مصاحبه با سؤالات زیر هدایت گردید:

۱. در مورد تجربهٔ خود از ابتلا به بیماری سرطان صحبت کنید، می‌خواهم از زبان شما این تجربه را بشنوم.

۲. تجربهٔ بیماری سرطان چطور روی رابطهٔ شما با خدا تأثیر گذاشت؟

مصاحبه در محلی آرام و راحت در نقاهتگاه خیریهٔ بهنام دهش پور صورت گرفت. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با روش مقایسه‌ای مداوم[3] صورت گرفت؛ به این صورت که برای پیدا کردن شباهت‌ها و تفاوت‌ها، داده‌ها با یکدیگر مقایسه شدند.

علاوه‌براین به منظور افزایش اعتبار، پژوهشگر با موضوع، محل پژوهش و مشارکت‌کنندگان ارتباط طولانی و نزدیک داشت. همچنین، برای اطمینان از درستی اطلاعات ثبت‌شده تمامی مصاحبه‌ها ضمن گوش‌دادن به فایل مصاحبه مجدد بررسی و مورد بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان[4] و بازنگری کدهای به‌دست‌آمده توسط همکاران[5] صورت گرفت و با استفاده از نظرات آن‌ها اصلاحاتی صورت پذیرفت. بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان و همکاران حاکی از تأییدپذیری داده‌ها بود. همچنین، مثلث‌سازی محقق (به‌کارگرفتن بیش از یک پژوهشگر برای جمع‌آوری، تجزیه، تحلیل یا تفسیر داده‌ها) از دیگر روش‌های به‌کاررفته برای افزایش اعتبار یافته‌ها بود.

پیش از شروع به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پژوهشگر هدف و موضوع پژوهش را برای داوطلبان شرح داد و بر رعایت اصول اخلاقی مصاحبه شامل رازداری و حفظ اطلاعات صحه‌گذاشت. پس از اخذ رضایت آگاهانه، برای ضبط مصاحبه‌ها از مشارکت‌کنندگان اجازهٔ شفاهی دریافت شد.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش ۱۴ مشارکت‌کننده مبتلا به سرطان پستان با توجه به ملاک‌های ورود وارد پژوهش شده و با آن‌ها مصاحبه گردید. میانگین سن مشارکت‌کنندگان ۴۱/۱۴ کمترین سن ۳۲ و بیشترین سن ۵۰ بود و دارای شغل‌های

مختلف (خانه دار، معلم، خوداشتغال و کارمند) بودند. اطلاعات

[1] Semi-Structured In-Depth Individual Interview
[2] Memoing
[3] Constant Comparative Analysis
[4] Selective Coding
[5] Peer Check

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.128.0]

جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است.

جدول۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

	تحصیلات	وضعیت تاهل	سن	تعداد فرزند
۱	دیپلم	متأهل	۴۳	۲
۲	سیکل	متأهل	۴۶	۳
۳	دیپلم	متأهل	۴۸	۲
۴	لیسانس	متأهل	۳۲	۱
۵	دیپلم	متأهل	۴۹	۲
۶	دیپلم	متأهل	۴۲	۳
۷	سیکل	متأهل	۵۰	۲
۸	دیپلم	متأهل	۴۳	۱
۹	دیپلم	متأهل	۳۴	۰
۱۰	سیکل	مجرد	۴۵	–
۱۱	لیسانس	متأهل	۴۷	۳
۱۲	دیپلم	متأهل	۳۸	۲
۱۳	لیسانس	مجرد	۴۵	–
۱۴	دیپلم	مجرد	۴۰	–

مصاحبه‌های ضبط‌شده روی کاغذ واژه‌به‌واژه پیاده شد؛ در نتیجه مرور و بازخوانی‌های مکرر ۳۵۵ واحدهای معنادار از متون مصاحبه‌ها جدا شدند که این واحدها به‌صورت جمله، عبارت یا پاراگراف بودند. در نهایت، تحلیل داده‌ها دربارهٔ نیازهای معنوی بیماران دو طبقهٔ کلی نیازهای وجودی و نیازهای مذهبی را مشخص نمود که در جدول ۲ زیرطبقات آن‌ها نیز بیان شده است.

جدول۲. طبقه‌بندی نیازهای معنوی

نیازهای معنوی	نیازهای وجودی	امید جستجوی معنا قدرشناسی شهامت بخشایش کرامت انسانی
	نیازهای مذهبی	عبادت و انجام مناسک مذهبی ایمنی جویی معنوی نزدیکی به خدا

●نیازهای وجودی:

یافته‌های این پژوهش نشان داد که ۱.امید؛ ۲.جستجوی معنا؛ ۳.قدرشناسی؛ ۴. شهامت؛ ۵. بخشایش و ۶.کرامت انسانی بخشی از نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان پستان است که می‌توان آن‌ها را تحت عنوان نیازهای وجودی قرار داد. در ادامه این نیازها به تفکیک، همراه عبارت‌هایی از مشارکت‌کنندگان به‌عنوان مثال، ذکر می‌گردند.

●امید:

مشارکت‌کنندگان در رویارویی با بیماری مزمن و صعب‌العلاج سرطان، امید را به‌عنوان یکی از مفاهیم کلیدی که با آن روبه‌رو هستند، بیان نمودند.

«هر چی هم شرایط سخت باشه من امیدم رو از دست نمی‌دم. با خودم میگم پایان شب سیه سفید است»- مشارکت‌کنندهٔ ۱؛

«همهٔ امیدم رو به خدا بستم. خدا یار بی‌کسونه...»- مشارکت‌کنندهٔ ۵؛

«من خیلی به خدا امید دارم. ناامید از رحمتش کافره»- مشارکت‌کنندهٔ ۶.

●جستجوی معنا:

جستجوی معنا از جمله مفاهیمی بود که در صحبت بیماران مشاهده شد و در دو طبقهٔ سرطان به مثابهٔ آزمایش الهی و سرطان به مثابهٔ توجه خاص خداوند بررسی گردید.

الف) سرطان به مثابهٔ آزمایش و امتحان الهی: باور به اینکه ابتلا به بیماری آزمایش الهی است و پایمردی در این راه سبب سربلند بیرون آمدن از این امتحان می‌شود در میان بیماران مبتلا به سرطان به چشم می‌خورد.

«همش از خدا می‌پرسیدم چرا من؟! اوایل خیلی شاکی بودم ... می‌دونم هیچ کارش بی‌حکمت نیست ... داره امتحانم می‌کنه ...» – مشارکت‌کنندهٔ ۱، ۲، ۴، ۷، ۸، ۱۱ و ۱۴؛

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.128.0]

«از وقتی مبتلا به سرطان شدم شکرگزاریم بیشتر شده ... می‌دونی خدا با اولاد، مال و سلامتی بنده‌هاش رو آزمایش می‌کنه ... من رو دوست داره که با سلامتیم من رو آزمایش کرده ... همش میگم خدایا شکرت که این مریضی رو بهم دادی و با بچه‌هام منو آزمایش نکردی...»- مشارکت‌کنندهٔ ۳ و ۱۳؛

«به خدا گفتم کمکم کن از امتحانت سربلند بیرون بیام»- مشارکت‌کنندهٔ ۸.

ب) سرطان به مثابهٔ توجه خاص خداوند: ابتلا به سرطان برای افراد چالش‌های بسیاری را به همراه دارد؛ برای بعضی از بیماران، سرطان به‌معنای نظر ویژهٔ خدا به بنده‌اش است.

«علاقه‌م به خدا بیشتر شد. حس کردم دوسم داره که اینو (مریضی) بهم داده. فکر می‌کنم یه آدم خاصم ... درسته موهام ریختو درسته زشت شدم ولی حس می‌کنم خدا یه توجه خاصی بهم کرده یه چیزی هست. خدا می‌خواد من به خودش برگردم...»- مشارکت‌کنندهٔ ۱۴؛

«هر که در این بزم مقرب‌تر است/ جام بلا بیشترش می‌دهند»- مشارکت‌کنندهٔ ۴.

●قدرشناسی:

رویارویی با احتمال مرگ قریب الوقوع، بیماران مبتلا به سرطان را به استفاده از لحظه‌لحظهٔ زندگی و قدردانی موهبت‌های آن ترغیب می‌کند.

«از وقتی مریض شدم فکر می‌کنم خدا یه فرصت دوباره به من داده...می‌خوام از لحظه‌لحظهٔ زندگیم استفاده کنم... فکر می‌کنم دوباره متولد شدم... هی میگم خدایا ممنونتم»-مشارکت‌کنندهٔ ۴ و ۹؛

«وقتی فکر می‌کنی کم‌کم داری به آخر خط می‌رسی همه چی برات رنگ و بوی دیگه می‌گیره، با هر نفسی که میکشم میگم خدایا شکرت من بازم از این نفسا می‌خوام...»- مشارکت‌کنندهٔ ۲.

●شهامت:

بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان با وجود ترس‌هایی که در پی رخداد بیماری احساس می‌کنند، با عزمی راسخ در پی رویارویی با بیماری بودند.

«از خدا می‌خوام بهم توان بده تا تهش برم ... می‌خوام این بیماری رو از پا دربیارم»- مشارکت‌کنندهٔ ۴، ۱۲؛

●بخشایش:

بخشایش از جمله مفاهیمی است که در چند بعد در صحبت‌های بیماران مبتلا به سرطان پستان مشاهده شد.

الف) بخشایش خود: تقریباً همهٔ انسان‌ها در جایی از زندگی، خود را به دلیلی مقصر دانسته و ازاین‌رو می‌خواهند خود را ببخشند. این نیاز به بخشش خود در بعضی از اظهارات مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر نیز مشاهده شد.

«وقتی مبتلا به سرطان شدم اولین چیزی که به ذهنم رسید گفتم آهِ دوستم پام رو گرفت. باهاش بد تا کردم. نمی‌تونم خودم رو بابت جفایی که بهش کردم ببخشم»- مشارکت‌کنندهٔ ۱۳؛

«رؤیای من این بود که ۲۷ سالگی دکترام رو بگیرم ولی نشد. خودم مقصر بودم زبان‌های خارجی می‌خواستم یاد بگیرم، نشد. خودم مقصر بودم خودم رو نبخشیدم. تو زندگیم دارم خودم رو سرزنش می‌کنم چرا من اینی که الان هستم، هستم»- مشارکت‌کنندهٔ ۱۴.

ب) بخشایش دیگری: تجربهٔ آسیب در روابط انسانی امری اجتناب‌ناپذیر است و میل به بخشش دیگری جزو نیازهای بیماران مبتلا به سرطان شناخته شد.

«اگه انقدر توی محیط کارم از همکارم رنجش به دل نگرفته بودم، اگه تونسته بودم ازش بگذرم، ببخشمش (مشارکت‌کننده به سینه‌اش اشاره می‌کند) این مریضی الان اینجا نبود...»- مشارکت‌کنندهٔ ۱۰؛

«از همسرم خیلی دلخورم ... چطور تونست بهم خیانت کنه ... دوست داشتم می‌تونستم ببخشمش»- مشارکت‌کنندهٔ ۲.

ج) بخشایش از جانب خدا (آمرزش): نیاز به پاک‌شدن از گناهان و بخشیده‌شدن از جانب خدا از جمله نیازهایی است که در گفته‌های بیماران مبتلا به سرطان به چشم می‌خورد.

«سرطان واسه من به این معنا بود که خدا می‌خواد منو از گناهام پاک کنه ... خدا می‌خواد منو ببخشه و بیامرزه...»- مشارکت‌کنندهٔ ۵؛

«رو سجاده که می‌شینم میگم خدایا منو بیامرز و ببر!»-مشارکت‌کنندهٔ ۴.

●نیاز به حفظ کرامت انسانی:

گفته‌های مشارکت‌کنندگان نشان‌دهندهٔ نگرش منفی جامعه نسبت به سرطان است که می‌تواند برای حفظ کرامت انسانی، موجب پنهان کردن بیماری از دیگران توسط بیماران مبتلا به سرطان شود.

«اسم سرطان که میاد انگار دید آدما بهت عوض میشه... همه یه جور دیگه نگاهت می‌کنند»- مشارکت‌کنندهٔ ۷؛

«خواهرم منو خونه‌ش راه نداد (با چشمهایی پر از اشک) گفت ممکنه بیماریت واگیر داشته باشه، انگار نه انگار که ما خواهریم»- مشارکت‌کنندهٔ ۱۰

●نیازهای مذهبی

نیازهای مذهبی شامل سه دستهٔ ۱. عبادت و انجام مناسک مذهبی؛ ۲. ایمنی‌جویی معنوی و ۳. نزدیکی با خدا بود.

۱.عبادت و انجام مناسک مذهبی:

«من قبلاً همیشه نماز صبح‌هام قضا می‌شد. بعد از اینکه فهمیدم مبتلا به سرطانم، نمازم رو اول وقت می‌خونم... هر روز زیارت عاشورا می‌خونم»- مشارکت‌کنندهٔ ۵، ۶، ۱۴؛

الف) نذر: بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان نیت می‌کنند که در صورتی که بهبود پیدا کنند، کار یا عملی را در راه خدا انجام دهند.

«ان شاءالله حالم بهتر شه می‌خوام برای امام حسین خرجی بدم»- مشارکت‌کنندهٔ ۷؛

«سفرهٔ حضرت ابوالفضل نذر کردم... برگردم خونه می‌خوام نذرم رو ادا کنم»- مشارکت‌کنندهٔ ۱۱؛

ب) زیارت اماکن متبرکه: زیارت مکان‌های مقدس از جمله اعمالی است که بیماران در جهت آرام‌سازی خود و حاجت‌خواهی انجام می‌دهند.

«رفتم زیارت امامزاده صالح. گفتم یا امامزاده صالح من بار اولمه دارم میام پیشت. منو دست خالی بر نگردون»- مشارکت‌کنندهٔ ۳؛

«درمانم تموم شه می‌خوام برم پابوس امام رضا...»- مشارکت‌کنندهٔ ۱۲.

۲. نیازهای ایمنی‌جویی: الف) توکل به خدا: رویارویی با بیماری سرطان ضرورت اعتماد به خدا را در بیماران پر رنگ می‌کند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.128.0]

«وقتی فهمیدم مبتلا به سرطانم شبا چراغا رو خاموش می‌کردم... چادرم رو می‌کشیدم توی صورتم... فکر می‌کردم شب اول قبره... اولش خیلی از خدا شاکی بودم... خیلی بی‌قراری کردم، خیلی...بعد با خودم گفتم توکل به خدا... دو دستی چسبیدم به خدا»- مشارکت‌کنندهٔ ۱؛

«می‌دونی من و خدا خیلی رفیقیم... بهش گفتم اوس کریم اومدی نسازی... خودت (این مریضی رو) بهم دادی، خودتم باید درستش کنی. من بهت اعتماد دارم»- مشارکت‌کنندهٔ ۸.

ب) رضا به قضای خدا: خشنودی به خواست خدا و رضایت به تقدیری که خدا رقم زده است در اظهارات بیماران به چشم می‌خورد.

«میشینم، پا میشم راه میرم میگم خدایا راضی‌ام به رضات»- مشارکت‌کنندهٔ ۶.

ج) تسلیم امر خدا: در بعضی از بیماران مبتلا به سرطان دیده می‌شود که شخص از خود، خواسته‌ای ندارد و خود را تسلیم خواست خدا می‌داند.

«هرچی خدا بخواد همون میشه... خدا خواست من سرطان بگیرم. وقتی اون چیزی رو بخواد کاری از دست کسی بر نمیاد باید تسلیمش باشیم»- مشارکت‌کنندهٔ ۹.

«می‌دونی به قول شاعر در دایرهٔ قسمت ما نقطه تسلیمیم/ لطف آنچه تو اندیشی حکم آنچه تو فرمایی... تا ببینیم خدا چی می‌خواد»- مشارکت‌کنندهٔ ۴؛

«دیگه نمی‌دونم چی میشه...همش به خدا می‌گم خودم رو به خودت سپردم»- مشارکت‌کنندهٔ ۲.

۳. نزدیکی به خدا: مشارکت‌کنندگان بیان کردند که بعد از تشخیص بیماری، احساس نزدیکی بیشتری با خدا می‌کنند.

«حس میکنم تو آغوش خدام»- مشارکت‌کنندهٔ ۳؛

«می‌دونی من و خدا خیلی رفیقیم»- مشارکت‌کنندهٔ ۸؛

«خدا میگه از رگ گردن بهتون نزدیکترم. الان اینو احساس می‌کنم»- مشارکت‌کنندهٔ ۹؛

«همش به یاد خدام... باهاش حرف می‌زنم»- مشارکت‌کنندهٔ ۱۱.

«الان بعد از مدت‌ها تو زندگیم خدا رو کنار خودم احساس می‌کنم... نه! اصلا انگار توی منه... با من راه میره»- مشارکت‌کنندهٔ ۱۴.

۴ بحث

این پژوهش با هدف تبیین نیازهای معنوی در بیماران مبتلا به سرطان پستان صورت گرفت. از آنجایی که درنظرگرفتن نیازهای معنوی و لحاظ کردن آن در ارائهٔ مراقبت و خدمات به بیماران مبتلا به سرطان امری ضروری است و در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است، یافته‌های این پژوهش حاکی از این بود که حوزه‌های متفاوتی از نیازهای معنوی وجود دارد که برای بیماران حائز اهمیت است. یافته‌ها دو حوزهٔ اصلی نیازهای وجودی و نیازهای مذهبی را نشان دادند. حوزهٔ نیازهای وجودی شامل امید، جستجوی معنا، قدرشناسی، شهامت، بخشایش، کرامت انسانی و حوزهٔ نیازهای مذهبی شامل عبادت و انجام مناسک مذهبی، ایمنی‌جویی معنوی و نزدیکی به خدا است. در همین راستا، نتایج مطالعهٔ رسولی و همکاران نشان داد که نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان شامل عبادت، بخشایش، امیدواری و ارتباط با خدا است که با یافته‌های پژوهش حاضر همسو بود (۱۹). همچنین، استرو و همکاران نیز در پژوهش خود به معنایابی، امید، عبادت و ارتباط با خدا به عنوان نیازهای بیماران مبتلا به سرطان اشاره داشتند (۲۱). در تبیین این مسئله می‌توان اشاره کرد که به نظر می‌رسد نیازهای وجودی با پرورش دیدی مثبت به زندگی، فشارزا بودن رخداد سرطان را کاهش می‌دهند. اعتقاد و اعمال مذهبی باعث افزایش سلامتی و بهزیستی می‌شوند، اگرچه دربارهٔ ابعاد این رابطه بحث است. ادبیات پژوهشی در روان‌شناسی حاکی از این است که فواید معطوف به بهزیستی از حمایت اجتماعی، معنای وجودی، احساس هدفمندی، سیستم اعتقادی منسجم و رمز اخلاقی نشات می‌گیرد که این‌ها به‌وسیلهٔ مذهب تأمین می‌گردد (۲۲). همهٔ این موارد را می‌توان به روش‌های دیگر یافت، گرچه شاید کمتر آسان باشد. مذاهب بسیاری مؤلفه‌های سلامتی و بهزیستی را «به صورت یکجا» بسته‌بندی می‌کنند تا آن‌ها را در دسترس مردم قرار دهد؛ و این عملکرد اجتماعی آن‌ها بوده است (۲۰).

همچنین، در بخشی از پژوهش مسکوییتا و همکارانش به این مسئله اشاره شده است که بیماران مبتلا به سرطان نیاز دارند همانند انسان‌های سالم با آن‌ها برخورد شود (کرامت انسانی)، می‌خواهند از زمان بهترین بهره را ببرند (قدرشناسی)، برای بیماری خود معنایی بیابند (معناجویی)، تمرینات مذهبی و معنوی انجام دهند (عبادت) و با خدا و طبیعت در ارتباط باشند (ارتباط با خدا) (۲۳). این یافته‌ها نیز با نتایج پژوهش حاضر همسو بود. به نظر می‌رسد اصلی‌ترین جنبه سودمند معنویت مربوط به توانایی فرد در جستجوی درونی نیرو و معنا و قرار دادن بیماری در زمینه‌ای گسترده‌تر و پذیرش شرایط خود بود (۲۴). بیمارانی که دارای دیدگاهی معنوی هستند، می‌توانند از عقاید خود برای مقابله با بیماری، درد و فشارهای زندگی استفاده کنند. افراد معنوی تمایل به داشتن دیدگاه مثبت‌تر و کیفیت زندگی بهتر دارند. به عنوان مثال، بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته که اعتقادات مذهبی و معنویشان باعث ایجاد احساس آرامش در آنان می‌شد از زندگی خود راضی‌تر بودند، شادتر بودند و درد کمتری داشتند (۲۵). در مجموع، نتایج این پژوهش نشان داد بیماران مبتلا به سرطان دارای نیازهای معنوی خاصی هستند که ممکن است تیم درمانی از آن بی‌اطلاع باشند و جهت رفع آن نیازها اقدامی صورت ندهند. در واقع، این مطالعه به نقش مهم دو بعد نیازهای مذهبی و وجودی در احساس معنویت بیماران تأکید می‌کند که ممکن است رضایت بیمار از مراقبت و درک کیفیت مراقبت را تحت تأثیر قرار دهد. از آنجا که انتظارات نیازهای معنوی در بافت بیماری ممکن است به لحاظ پیشینهٔ فرهنگی متفاوت باشد، پیشنهاد می‌شود پزشکان و پرستاران با حساسیت، نگرانی‌های بیماران را در این حوزه بررسی کنند.

در انجام این پژوهش محدودیت‌هایی نیز وجود داشت که از جملهٔ آن می‌توان به ناتوانی در تعمیم نتایج پژوهش به دلیل اجرای آن بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان به روش کیفی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه در جهت سنجش نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سایر انواع سرطان صورت گیرد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.128.0]

۵ نتیجه‌گیری

در این پژوهش نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان با ژرفای بیشتری کاوش شد که نتایج آن به نقش مهم دو بعد مذهبی و وجودی در نیازهای معنوی بیماران تأکید می‌کند. با توجه به نتایج این پژوهش مشخص شد که نیازهای معنوی در طول دورهٔ ابتلای بیماران مبتلا به سرطان و در رویارویی با آن نقشی کلیدی ایفا می‌کند.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان این پژوهش و همکاری مشفقانه‌شان سپاسگزاریم. لازم به ذکر است که این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ دکتری روان‌شناسی نویسندهٔ اول مقاله در دانشگاه علامه طباطبائی بوده که طرح تحقیق آن در مورخ ۹۷/۷/۲۳ در جلسهٔ شمارهٔ ۵۰۸ شورای تحصیلات تکمیلی به تصویب رسیده است.

۷ تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تعارض منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Malik AA. Psychological Problems in Breast Cancer Patients: A Review. Chemotherapy: Open Access. 2013;2 (2) . Doi: 10.4172/2167-7700.1000115
2. Cohen SR, Mount BM, Tomas JJN, Mount LF. Existential well-being is an important determinant of quality of life: Evidence from the McGill quality of life questionnaire. Cancer. 1996;77 (3) :576–86. Doi: 10.1002/(SICI)1097-0142(19960201)77:3<576:AID-CNCR22>3.0.CO;2-0
3. Rohani C, Moosavi S, Borhani F, Akbari M. Consequences of Spiritual Care for Cancer Patients and Oncology Nurses: a Qualitative Study. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing. 2019;6 (2) :137. [Persian] Doi: 10.4103/apjon.apjon_37_18
4. Rippentrop AE, Altmaier EM, Burns CP. The Relationship of Religiosity and Spirituality to Quality of Life Among Cancer Patients. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 2006;13 (1) :29–35. Doi: 10.1007/s10880-005-9000-9
5. Berkel LA, Armstrong TD, Cokley KO. Similarities and Differences between Religiosity and Spirituality in African American College Students: A Preliminary Investigation. Counseling and Values. 2004;49 (1):2–14. Doi: 10.1002/j.2161-007X.2004.tb00248.x
6. Tabei SZ, Zarei N, Joulaei H. The Impact of Spirituality on Health. Shiraz E-Medical Journal. 2016;17 (6). Doi: 10.17795/semj39053
7. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C, et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. Psycho-Oncology. 2010;19 (1) :21–8. Doi: 10.1002/pon.1556
8. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. New York: Oxford University Press; 2001. pp:18
9. Puchalski CM. The role of spirituality in health care. InBaylor University Medical Center Proceedings. 2001;14(4): 352-7. DOI: 10.1080/08998280.2001.1192778
10. Kiani J, Jahanpour F, Abbasi F, Darvishi SH, Gholizadeh B. Evaluation of effectiveness of spiritual therapy in mental health of cancer patients. NVJ. 2016; 2 (5):40-51. http://njv.bpums.ac.ir/article-1-675-en.html
11. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality End-of-Life Care. JAMA. 1999;281 (2):163. Doi: 10.1001/jama.281.2.163
12. Winkelman WD, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Peteet JR, Block SD, et al. The Relationship of Spiritual Concerns to the Quality of Life of Advanced Cancer Patients: Preliminary Findings. Journal of Palliative Medicine. 2011;14 (9) :1022–8. Doi: 10.1089/jpm.2010.0536
13. Chaar EA, Hallit S, Hajj A, Aaraj R, Kattan J, Jabbour H, Khabbaz LR. Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study. Supportive Care in Cancer. 2018 Aug 1;26(8):2581-90. Doi: 10.1007/s00520-018-4089-1
14. Bai J, Brubaker A, Meghani SH, Bruner DW, Yeager KA. Spirituality and Quality of Life in Black Patients with Cancer Pain. Journal of Pain and Symptom Management. 2018;56 (3):390–8. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.05.020
15. Thuné-Boyle ICV, Stygall J, Keshtgar MRS, Davidson TI, Newman SP. Religious/spiritual coping

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.128.0]

resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. Psycho-Oncology. 2012;22 (3) :646–58. Doi: 10.1002/pon.3048
16. Flannelly KJ, Galek K, Bucchino J, Vane A. The Relative Prevalence of Various Spiritual Needs. Health and Social Care Chaplaincy. 2013;9 (2) :25–30. Doi: 10.1558/hscc.v9i2.25
17. Lee Y-H, Salman A. Evaluation of using the Chinese version of the Spirituality Index of Well-Being (SIWB) scale in Taiwanese elders. Applied Nursing Research. 2016;32:206–11. Doi: 10.1016/j.apnr.2016.07.008
18. Koenig H. Spirituality, wellness, and quality of life. Sexuality, Reproduction and Menopause. 2004;2 (2):76–82. Doi: 10.1016/j.sram.2004.04.004
19. Rassouli M, Yaghmaie F, Zendedel K, Majd H, Hatamipour K. Spiritual needs of cancer patients: A qualitative study. Indian Journal of Palliative Care. 2015;21 (1):61. Doi: 10.4103/0973-1075.150190
20. Eckersley RM. Culture, spirituality, religion and health: looking at the big picture. Medical journal of Australia. 2007;186:S54-6.
21. Astrow AB, Kwok G, Sharma RK, Fromer N, Sulmasy D. Just what are spiritual needs of cancer patients? An empirical study in a diverse population. Journal of Clinical Oncology. 2016;34 (15_suppl):10005-5. Doi: 10.1200/JCO.2016.34.15_suppl.10005
22. George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the Relationships between Religious Involvement and Health. Psychological Inquiry. 2002;13 (3) :190–200. Doi: 10. 1207/S15327965PLI1303_04
23. Mesquita AC, Chaves ÉD, Barros GA. Spiritual needs of patients with cancer in palliative care: an integrative review. Current opinion in supportive and palliative care. 2017;11(4):334-40. Doi: 10.1097/SPC.0000000000000308
24. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, Religion, and Depression in the Terminally Ill. Psychosomatics. 2002;43 (3) :213–20. Doi: 10.1176/appi.psy.43.3.213
25. Yates JW, Chalmer BJ, James PS, Follansbee M, McKegney FP. Religion in patients with advanced cancer. Medical and Pediatric Oncology. 1981;9 (2) :121–8 Doi: 10.1002/mpo.2950090204

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.128.0]