



انجمن علمی پرستاری ایران

فصلنامه پرستاری داخلی و جراحی



دوره ۴، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۴

آدرس سایت مجله: <http://www.ijmsn.ir>

صاحب امتیاز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پرستاری و مامایی

دارای رتبه علمی پژوهشی از یکصد و دهمین جلسه کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور به شماره ۱۰۰/۵۰۷ مورخ ۹۲/۳/۲۷

شماره استاندارد بین المللی نشریه: ۲۳۲۲-۱۷۸۸	جانشین سردبیر: فرشته نجفی
شماره شاپا الکترونیکی: ۲۳۲۲-۴۱۶۹	ویراستار علمی و ادبی: فرشته نجفی
شماره مجوز ارشاد اسلامی: ۹۰/۷/۲۴، ۱۹۱۹۱/۹۰	ویراستار انگلیسی: دکتر فریبا یعقوبی نیا
مدیر مسئول و سردبیر: دکتر علی نویدیان	کارشناس مجله: تکتیم کیانیان
مدیر اجرایی: فتیحه کرمان ساروی	کارشناس اجرایی و مدیر پایگاه: مهدیه رضایی

اسامی هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر فضل الله احمدی: استاد پرستاری دانشگاه تربیت مدرس تهران	دکتر حسین انصاری: استادیار اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
دکتر مریم رسولی: دانشیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران	دکتر علی ضرغام: استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر عباس عبادی: دانشیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله تهران	دکتر عباس عباس زاده: استاد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
دکتر مسعود فلاحي خشکناپ: دانشیار پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران	
دکتر کرمان ساروی: استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان	دکتر نگین مسعودی علوی: استاد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان
دکتر زهرا مودی: استادیار مامایی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان	دکتر رضا نگارنده: استاد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر علی نویدیان: دانشیار مشاوره خانواده دانشگاه علوم پزشکی زاهدان	فرشته نجفی: مربی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
	دکتر فریبا یعقوبی نیا: استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
	دکتر فریده یغمایی: دانشیار پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان

اسامی داوران این شماره (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر فروزان آتش زاده شوریده، دکتر حسین انصاری، زهرا پیشکار مفرد، مهلقا دهقان، دکتر مریم رسولی، دکتر نسرين رضایی، دکتر میترا زندی، دکتر سکینه سبزواری، محدثه محسن پور، دکتر فریبا یعقوبی نیا

حیطه تخصصی: پرستاری

حمایت علمی و تامین اعتبارات مالی مجله: معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، با همکاری انجمن علمی پرستاری ایران
استفاده از مطالب نشریه با ذکر منابع بلامانع می باشد.

این مجله در پایگاه های اینترنتی زیر نمایه می گردد:

ISC, Iran Medex, Magiran, SID, Google Scholar

آدرس: زاهدان، میدان مشاهیر، دانشکده پرستاری و مامایی زاهدان، کدپستی: ۹۸۱۶۹۱۳۳۹۶

تلفن: ۰۵۴-۳۳۴۳۸۴۷۳ - شماره: ۰۵۴-۳۳۴۴۲۴۸۱ Email: ijmsn@zaums.ac.ir

فرآیند مراقبت معنوی در توانبخشی بیماران مبتلا به سرطان: یک مطالعه گراندد تئوری

مژگان رهنما^۱، مسعود فلاحي خشکناپ^۲، سادات سید باقر مداح^۳، فضل الله احمدی^۴

۱. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۲. دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۳. استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۴. استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

مقاله پژوهشی

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال چهارم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۴، صفحات ۱۲-۱

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت معنوی به عنوان بخشی از مراقبت کل نگر مطرح بوده و متخصصان توانبخشی بر توجه به نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان تاکید دارند. این پژوهش با هدف تبیین فرآیند مراقبت معنوی در توانبخشی بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه گراندد تئوری حاضر در سال ۱۳۹۱ در یکی از بیمارستان‌های شهر تهران انجام شد. مشارکت‌کنندگان ۲۸ نفر شامل ۱۱ بیمار مبتلا به سرطان و ۷ نفر از اعضا خانواده‌ی آن‌ها، ۶ پرستار انکولوژی، ۱ پزشک، ۲ روانشناس و ۱ روحانی بودند. ابتدا از روش نمونه‌گیری هدفمند و در ادامه از نمونه‌گیری نظری بر اساس کدها و طبقات به دست آمده استفاده گردید. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته فردی، مشاهده، ثبت یادداشت‌های در عرصه و استفاده از مستندات انجام گرفت. داده‌ها بر اساس رویکرد اشتراوس و کوربین مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به ظهور ۴ طبقه اصلی شامل احساس درماندگی، جستجوی حمایت، رسیدن به حس نسبی رفاه معنوی و عوامل موثر بر مراقبت معنوی گردید. "نیاز به حمایت" به عنوان مفهوم مرکزی پژوهش شناسایی شد.

نتیجه‌گیری: حمایت از مراقبین توانبخشی (خانواده و پرستاران) در کنار حمایت بیماران و تشکیل تیمی جهت ارایه مراقبت معنوی متشکل از پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی، روانشناس و روحانی ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: توانبخشی، معنویت، مراقبت معنوی، سرطان، گراندد تئوری

نویسنده مسوول:

مسعود فلاحي خشکناپ
دانشگاه علوم بهزیستی و
توانبخشی تهران

پست الکترونیک:

fallahi@uswr.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۴/۰۳/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۶/۲۱

مقدمه

مبلا به سرطان، تحمل درمان‌های سخت و خستگی ناشی از آن، بر وضعیت جسمی، عملکردی و روانی-اجتماعی این بیماران تاثیر گذاشته و موجب بروز احساس ناتوانی در آن‌ها می‌گردد.^۱ در گذشته این بیماری مساوی با مرگ در نظر گرفته می‌شد.^۲ اما به موازات افزایش شیوع سرطان و پیشرفت‌های صورت گرفته در درمان این بیماری، افزایش پیشرونده‌ای در تعداد بیمارانی که با این بیماری به‌عنوان یک وضعیت مزمن زندگی می‌کنند و نیازمند مراقبت، حمایت مداوم و خدمات توانبخشی هستند، صورت گرفته است.^۳

توانبخشی سرطان یک جز اساسی مراقبت با کیفیت بالای سرطان محسوب می‌گردد،^۴ که به منظور برطرف کردن نیازهای بیمارانی که با سرطان پیشرفته زندگی می‌کنند، طراحی شده،^۵ و هدف آن کمک به افراد برای رسیدن به بالاترین سطح عملکرد جسمی، روانی-اجتماعی، شغلی، تحصیلی^۶ و رسیدن به بهترین کیفیت زندگی علی‌رغم محدودیت‌های ناشی از بیماری است.^۷ شواهد زیادی حکایت از تاثیر توانبخشی سرطان بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آن دارد و این امر منجر به افزایش اهمیت آن در برنامه‌های

ملی مراقبت سرطان در اروپا گردیده است.^۸ از آنجایی که تشخیص سرطان و نیز درمان‌های تهاجمی و طولانی مدت آن در بسیاری موارد توانایی لذت بردن از زندگی را از بیماران سلب می‌نماید، بنابراین سبب می‌شود تا اغلب بیماران از فقدان هدف، ارزش و معنی در زندگی خود رنج ببرند. لذا بایستی ضمن توانبخشی، به نیازهای معنوی این بیماران نیز توجه نمود؛^۹ زیرا نیازهای معنوی، دیسترس معنوی و رفاه معنوی بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تاثیر قرار دهد.^{۱۰}

مذهب و معنویت نقش محوری در تطابق بیماران مبتلا به سرطان ایفا کرده و فراهم کننده‌ی راحتی و امید می‌باشد.^{۱۱} به عقیده Mesquita (۲۰۱۳)، تطابق معنوی و مذهبی یک استراتژی مهم برای تطبیق با سرطان است.^{۱۲} علی‌رغم مشخص شدن ضرورت ارایه مراقبت معنوی،^{۱۳} شواهد از بی‌توجهی به این جنبه از مراقبت در بالین حکایت دارد.^{۱۴} رفع نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان یک چالش واقعی برای متخصصان سلامت و به ویژه پرستاران که زمان بیشتری را با بیماران سپری می‌کنند، می‌باشد.^{۱۱} محدودیت‌هایی مانند کمبود وقت، حجم کاری زیاد، فقدان فضای خصوصی

بر دیدگاه معنوی و نیازهای معنوی بیماران تاثیرگذار است یا خیر، با افرادی که بیمارشان عود نموده بود، مصاحبه نمود.

علاوه بر این، دستیابی به داده‌هایی که حاکی از نقش اعضای خانواده، پرستاران، پزشکان و روانشناسان به‌عنوان منابع حمایتی بیماران مبتلا به سرطان طی توانبخشی بود، پژوهشگر را بر آن داشت تا مشارکت‌کنندگانی را از بین سایر اعضا تیم توانبخشی شامل پرستاران، پزشکان و روانشناسانی که در امر مراقبت از این بیماران نقش داشتند، انتخاب کند. همچنین با توجه به دیدگاه معنوی - مذهبی بیماران و دستیابی به داده‌هایی که نشان‌دهنده ضرورت حضور کارشناس مذهبی جهت هدایت و راهنمایی آنان بود، مصاحبه با یک روحانی نیز صورت گرفت (پرستاران و پزشکان حداقل یک سال سابقه کار بالینی در بخش انکولوژی را دارا بوده، قادر به تبادل آسان و آزاد تجربیات و احساسات خود با محقق بوده و تمایل به شرکت در تحقیق را داشتند و مراقبین خانوادگی آنها آمادگی و تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند). جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از نمونه‌گیری نظری تا رسیدن به اشباع ادامه یافت. نهایتاً، در مطالعه حاضر، ۲۸ نفر شامل ۱۱ بیمار، ۶ پرستار، ۱ پزشک، ۷ مراقب خانوادگی بیمار، ۲ روانشناس و ۱ روحانی مشارکت داشتند. برای درک بهتر فرآیند مراقبت معنوی تلاش شد تا مشارکت‌کنندگان نماینده طیف وسیعی از افراد از نظر سابقه کار، مدت ابتلا، سطح تحصیلات، میزان درآمد، محل و منطقه زندگی باشند.

روش اصلی گردآوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختار یافته فردی بود. مصاحبه با یک سوال کلی و باز از بیماران آغاز شد. "لطفاً در مورد تجربه بیماریتون برام صحبت کنید" و در ادامه با سوال کلی از خانواده "لطفاً از تجربیاتون طی مراقبت از بیمارتون برام صحبت کنید" و سوال کلی از پرستاران "لطفاً یک شیفت کاری خودتون رو توضیح دهید" ادامه می‌یافت. تدریجاً بر "درک، معنا و تجربه‌ی بیماران از مراقبت معنوی" متمرکز می‌شد. در صورت نیاز از سوالات کاوشی مانند "مثل چی؟" "یعنی اینکه...؟" "لطفاً بیشتر توضیح دهید؟" یا "لطفاً یک مثال بزنید" استفاده می‌شد. لازم به ذکر است که هر مصاحبه با توجه به نوع پاسخ مشارکت‌کننده و در نظر داشتن سوالات اصلی پژوهش به‌طور فردی پیش می‌رفت.

در ضمن مصاحبه به این نکته توجه می‌شد که در صورت احساس خستگی مشارکت‌کننده، مصاحبه متوقف شود. در پایان هر مصاحبه نیز از مشارکت‌کننده خواسته می‌شد تا اگر حرف و سخنی باقیمانده است، بیان نمایند و پس از تشکر و قدردانی با وی در خصوص احتمال انجام مصاحبه‌های بعدی نیز صحبت می‌شد. پژوهشگر پس از پایان هر مصاحبه آن را مورد نقد و بررسی قرار داده، نقاط مبهم را تشخیص داده و مواردی را که باید در مصاحبه بعدی مورد توجه قرار دهد، مشخص می‌نمود. Wimpenny و Gass (۲۰۰۰) مطرح کردند که در گراند تئوری روند تجزیه و تحلیل داده‌ها، سوالات مصاحبه را تحت تاثیر قرار می‌دهد، به‌طوری که جهت مصاحبه‌ها از طریق طبقات ظهور یافته در مصاحبه‌های قبلی تعیین می‌گردد.^{۱۸}

برای پرستار و بیمار، درک پرستار از این که کمک به بیمار در بعد معنوی تنها کار روحانیون است، بی‌تجربگی پرستار و تفاوت در مذهب و اعتقادات می‌تواند نقش بازدارنده‌ای در کمک به بیماران برای سازگاری معنوی داشته باشند.^۹ این درحالی است که Surbone (۲۰۱۰) می‌نویسد، در محیط‌های بالینی فعالیت‌های معنوی و مذهبی باید جز روتین مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان گردند.^{۱۵} لذا طی این تحقیق تلاش شد با توجه به ماهیت تعاملی مراقبت معنوی و درک و تجارب متفاوت افراد از این مقوله، با انجام مطالعه‌ای کیفی از نوع گراند تئوری به تبیین فرآیند مراقبت معنوی در توانبخشی بیماران مبتلا به سرطان پرداخته شود، خصوصاً که از یک سو در این زمینه مطالعات کمی در کشورمان انجام شده و از سوی دیگر بررسی این مقوله در بستر جغرافیایی و فرهنگی هر منطقه ضروری به‌نظر می‌رسد.

سوال اساسی پژوهش این است که چه فرآیندی موجب رفع نیازهای معنوی و بروز حس معنوی در بیماران مبتلا به سرطان از طریق ارایه مراقبت معنوی طی توانبخشی می‌گردد؟ چه عواملی می‌توانند در این مسیر بازدارنده یا تسهیل‌کننده باشند؟ بنابراین هدف از این مطالعه، تبیین فرآیند مراقبت معنوی در توانبخشی بیماران مبتلا به سرطان بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کیفی، از نوع گراند تئوری نسخه اشتراوس و کوربین ۱۹۹۸ بود. گراند تئوری یک روش تحقیق کیفی است که برای بررسی فرآیندهای اجتماعی موجود در تعاملات انسانی و ساختار و روندی که منجر به آن شده است، به کار می‌رود.^{۱۶} نسخه اشتراوس و کوربین با به‌کارگیری مراحل خاص به‌صورت نظام‌مند، در نهایت به تئوری نهفته در داده‌ها دست یافته یا به صورت تئوریک توضیحاتی درباره‌ی یک پدیده‌ی خاص ارائه می‌دهد.^{۱۷}

در این پژوهش که در سال ۱۳۹۱ در یکی از بیمارستان‌های شهر تهران انجام شد، شروع نمونه‌گیری با نمونه‌گیری هدفمند بود. معیار ورود به پژوهش شامل افراد مبتلا به سرطان با سن بالای ۲۰ سال که حداقل ۳ ماه از اطلاع آنها نسبت به بیماری گذشته باشد (به دلیل گذراندن بحران تشخیص و داشتن تمایل و آمادگی مشارکت در تحقیق) بود. با توجه به شناختی که پرستاران بخش انکولوژی از بیماران داشتند، بیماری که نسبت به سایر بیماران همکاری بهتری داشته و توانایی برقراری ارتباط مناسب با پژوهشگر را داشته باشد، به‌عنوان اولین مشارکت‌کننده انتخاب شد. معیار خروج عدم تمایل مشارکت‌کننده به ادامه مطالعه بود.

بر اساس نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های مصاحبه‌های ابتدایی، مشارکت‌کنندگان بعدی انتخاب می‌شدند. همچنین سوالاتی که باید در مصاحبه‌های بعدی پرسیده می‌شدند، مشخص می‌شد. در واقع با پیشرفت مطالعه، نمونه‌گیری مبتنی بر هدف به نمونه‌گیری نظری تبدیل شد که روشی از جمع‌آوری داده‌ها مبتنی بر مفاهیم و طبقات استخراج شده از داده‌هاست. در این مرحله، تلاش شد تا افراد دارای تجربیات متفاوت در مطالعه گنجانده شوند. به‌طور مثال پژوهشگر برای اینکه دریابد آیا تجربه خاص عود بیماری

با آن طبقه بود، بدان اختصاص داده شد. در این مرحله برای سهولت دستیابی به فرآیند نهفته در داده‌ها از پارادایم کدگذاری اشتراوس و کوربین (زمینه، شرایط علی، شرایط مداخله‌کننده، راهبردهای عملی/ تعاملی و پیامدها) استفاده شد.^{۱۹}

در مرحله کدگذاری انتخابی محقق به دنبال طبقه مرکزی و فرآیند موجود در داده‌ها بود. مرور مکرر داده‌ها، کدها و طبقات پدیدار شده، یادآورنویسی‌ها، نمودارها و نوشتن داستان اصلی کمک کرد تا محقق طبقه مرکزی این مطالعه را مشخص کند.

به منظور اعتبار داده‌ها از معیارهای پیشنهادی Lincoln و Guba استفاده گردید.^{۱۹} اطمینان از صحت و استحکام داده‌ها از طریق مرور نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان، تلفیق منبع داده‌ها و تلفیق روش، تایید کدگذاری توسط همکاران آشنا با تحقیق کیفی، کدها و دسته‌بندی کدهای مشابه و طبقات، نسخه‌نویسی مصاحبه‌ها در اسرع وقت، استفاده از نظرات همکاران از جمله این اقدامات بود. علاوه بر این، پژوهشگر مستندات تحقیق را به دقت مکتوب کرد تا امکان ارزیابی توسط ناظر خارجی فراهم شود.

رضایت آگاهانه از همه مشارکت‌کنندگان جهت شرکت در مطالعه و ضبط مصاحبه‌ها اخذ گردید. به مشارکت‌کنندگان در مورد محرمانه ماندن داده‌ها و آزاد بودن آن‌ها برای شرکت در مطالعه یا ترک مطالعه در هر زمانی که خواسته باشند، اطمینان داده شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان در مطالعه در جدول شماره ۱ ارایه شده است. تحلیل حاصل از داده‌های جمع‌آوری شده از مشارکت‌کنندگان در این تحقیق، منجر به استخراج ۴ طبقه اصلی شامل ۱- احساس درماندگی ۲- جستجوی حمایت ۳- رسیدن به حس نسبی رفاه معنوی ۴- عوامل موثر بر مراقبت معنوی بیمار و ۱۱ زیر طبقه گردید که هر کدام به نحوی تبیین‌کننده بخشی از فرآیند کلی مراقبت معنوی در توانبخشی بیماران مبتلا به سرطان می‌باشند. در طی کدگذاری محوری با توجه به شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود در بین طبقات و همچنین در نظر گرفتن پارادایم مدل، نسبت به تحلیل و تقلیل طبقات اقدام شد (جدول شماره ۲).

داده‌ها نشان داد که طی توانبخشی بیماران مبتلا به سرطان، ضعف مراقبت تیمی وجود دارد؛ به این صورت که بیماران و خانواده‌هایشان انتظار داشتند پزشکان و پرستاران حاضر در بخش به جای تمامی اعضای تیم توانبخشی، حمایت معنوی از بیمار را به عمل آورند. این در حالی است که بر اساس داده‌ها، پزشکان اغلب درگیر امور درمانی بوده و زمان کمتری را به برقراری ارتباط با بیمار که لازمه انجام حمایت معنوی می‌باشد، اختصاص می‌دادند. چنانچه برخی بیماران انتظارشان از حمایت شدن توسط پزشکان بی‌پاسخ مانده بود و احساس کمبود حمایت از سوی پزشک داشتند. یک پزشک در این رابطه مطرح کرد:

معیار اصلی پژوهشگر در خصوص تعداد مصاحبه‌ها، استفاده از مطلعین کلیدی، خود داده‌ها، طبقات، نظریه‌ی در حال ظهور و رسیدن به اشباع نظری بود. برای شروع هر مصاحبه به این نکته که مکان انتخابی برای مصاحبه ساکت و برای مصاحبه شونده راحت باشد، توجه می‌گردید. مدت زمان احتمالی مصاحبه از قبل به مشارکت‌کنندگان اطلاع داده می‌شد. این زمان بین ۴۵ تا ۱۲۰ دقیقه متغیر بود و با توجه به شرایط تیم درمانی و شرایط بیماران، میزان تحمل و تمایل شرکت‌کنندگان در ۱ یا ۲ نوبت انجام می‌گرفت.

محقق از یادداشت‌های در عرصه و یادآورها نیز استفاده نمود. مشاهده مستقیم تعاملات به صورت بدون ساختار صورت گرفت؛ به این صورت که محقق به عنوان مشاهده‌کننده کامل سعی کرد بدون مزاحمت و به گونه‌ای نامحسوس فعالیت‌ها و تعاملات پرستاران با بیماران و همراهان را به مدت ۱ ماه روزانه ۲ ساعت در بخش انکولوژی مورد مشاهده قرار دهد. ثبت یادداشت‌های در عرصه نیز در موقعیت مناسب به طور مشروح انجام شد؛ به این صورت که محقق ضمن، قبل و بعد از مصاحبه آنچه را که در محیط درمان مشارکت‌کننده می‌دید و می‌شنید و تعامل مشارکت‌کنندگان با اطرافیان را یادداشت می‌کرد.

یکی دیگر از روش‌هایی که برای جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت، مستندات بود؛ به این صورت که سی دی صحبت‌های بیماران، خانواده‌ها، پزشکان و پرستاران در دو همایش برگزار شده برای بیماران مبتلا به سرطان تحت پوشش موسسه خیریه سمر که توانسته بودند بهبودی خود را به دست آورند؛ تحت عنوانین، همایش تولدی دوباره آذر سال ۱۳۸۷ (مستند ۱) و همایش طلوع دوباره ۷ خرداد سال ۱۳۸۹ (مستند ۲) با دقت مشاهده شد و تمامی کدهای مربوطه استخراج گردید.

در این مطالعه، تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس تحلیل سه سطح کدگذاری اشتراوس و کوربین که شامل کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی است، صورت گرفت.^{۱۹}

در مرحله کدگذاری باز (اولیه) مجموع متون مصاحبه‌ها، یادداشت‌های در عرصه و اسناد مربوطه کلمه به کلمه تایپ شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پژوهشگر هر متن را برای کسب درک اولیه به دقت خوانده، زیر بیانات مهم آن خط کشیده و به صورت کدهایی (کدگذاری اولیه) ثبت نمود. برای کدگذاری اولیه از کلمات خود مشارکت‌کنندگان و کدهای دلالت‌کننده (برداشت‌های پژوهشگر از گفته‌ها) استفاده گردید.^{۱۷}

در مجموع تعداد ۱۹۵۱ کد به دست آمد. اما با مقایسه مداوم داده‌ها، کدهای نامرتب حذف و کدهایی که به لحاظ مفهومی با یکدیگر مشابه بودند، در یکدیگر ادغام گشته و از مجموع کدهای اولیه، تعداد ۴۱۴ کد باقی ماند. سپس کدهای اولیه مشابه در یک طبقه کنار هم قرار گرفته، بدین ترتیب طبقات اولیه شکل گرفتند.

در مرحله کدگذاری محوری که لازمه آن مقایسه دائمی داده‌هاست، داده‌های کدگذاری شده با یکدیگر مقایسه شده و به صورت خوشه‌ها یا مقوله‌هایی که با هم تناسب دارند، در آورده شدند و سپس نامی که متناسب

"ضعف تیم مراقبتی" که با آن مواجهند، احساس درماندگی را تجربه نموده و نمی‌توانند نقش خود را به‌عنوان یک مراقب معنوی به‌خوبی ایفا نمایند. چنانچه بسیاری از پرستاران از شرایط خاص زمینه‌شغلی خود که همراه با درگیری عمیق ذهنی با مشکلات بیماران، عوارض کار با داروهای شیمی درمانی، مواجهه با مرگ و میر بالای بیماران، ارتباط با افراد تحت استرس و مواجهه با بیماران در حال احتضار بود، ناراضی بودند. یک پزشک در این رابطه مطرح کرد:

"من اینو حس کردم که جو بخش انکولوژی سنگینه، به‌نظر من باید پرستارهایی رو انتخاب کرد که روحیه‌اش رو داشته باشن و افراد با نشاطی باشن، ولی کمتر این اتفاق می‌افته" ۲۵م

بسیاری از پرستاران نیز از نحوه مدیریت به دلیل احساس فقدان امنیت شغلی، مناسب نبودن پرداخت‌های مالی، کمبود برنامه‌های آموزشی و بی‌توجهی به وضعیت روحیشان از سوی مدیران، ناراضی بودند. به‌عنوان نمونه یک پرستار خانم ۳۰ ساله در رابطه با بی‌توجهی مدیریت به پرداخت‌های مالی گفت:

"به‌خاطر اینکه مریض‌های بخش ما اکثراً فوت می‌کنن و نتیجه کار و زحمت ما نمود نداره، کارانه ما کمتر از سایر بخش‌هاست یعنی کارمون از همه بیشتره ولی کارانه‌مون کمتره، چون اینا کارانه رو بر اساس نتیجه می‌سنجن نه زحمت." ۲۱م

پرستاران از ضعف عملکرد تیمی در عرصه مراقبت توانبخشی نیز شکایت داشتند. در تایید این مطلب یک روانشناس خانم بیان نمود:

"دوست روانشناسم که تو انگلیسه می‌گه اونجا تیمی کار می‌کنن، به‌خصوص در مورد بیماری‌های سخت مثل سرطان، این تیم ۶-۵ نفره تو تمام مراحل بیماری با او هستن و یک حلقه حمایتی رو تشکیل می‌دن اما متأسفانه ما اینجا اینطوری کار نمی‌کنیم" ۲۶م

یک روحانی نیز ضرورت حضور افراد روحانی به‌عنوان یکی از اعضا تیم را این‌گونه مطرح نمود:

"باید یک کارشناس مذهبی تو بیمارستان باشه تا با این بیمارها صحبت بشه بتونن به مقام راضی بودن به رضای خدا برسن و اعتقادات مذهبی‌شون تقویت بشه چون وقتی غرق ارتباط با خدا بشن بهتر می‌تونن درد رو تحمل کنن." ۲۸م

اما گروه دیگری از مراقبین توانبخشی که مورد تکیه بیماران قرار داشتند، خانواده خود بیمار بودند؛ اما آن‌ها نیز به‌واسطه‌ی مواجهه با برخی مشکلات شامل "رنج همراهی" به‌واسطه‌ی مراقبت از بیمار در منزل، مشاهده رنج بیمار، پیگیری درمان، رفع انتظارات بیمار و "شرایط رنج‌آور" به‌واسطه‌ی پذیرش بیماری، پنهان نگهداشتن بیماری از بیمار، تحمل عصبی بودن بیمار، پنهان کردن ناراحتی خود از بیمار، پذیرش احتمال وقوع مرگ بیمار احساس درماندگی را تجربه نموده و نمی‌توانستند نقش خود را به‌عنوان مراقب معنوی به‌خوبی ایفا نمایند.

به‌عنوان نمونه، همسر یک بیمار در رابطه با رنج همراهی گفت:

"بالاخره خود انکولوژیست ممکنه کارهایی که بیرون بیمارستان داره تاثیر بگذاره روی کارش و نتونه با مریض خوب ارتباط برقرار کنه." ۲۵م

بنابراین، تمامی این وظیفه بر عهده‌ی پرستاران گذاشته شده است تا مراقبت معنوی از بیماران را به‌عمل آورند. بنابراین در این تحقیق به‌جز خانواده، پرستاران به‌عنوان مراقبین توانبخشی در نظر گرفته شدند.

احساس درماندگی

احساس درماندگی به‌عنوان نقطه آغازین فرآیند مراقبت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان و مراقبین توانبخشی به علل متفاوتی بروز می‌کند. در بیماران این احساس به دنبال "مواجهه با تشخیص"، "مواجهه با درمان" و "احساس بی‌ثباتی" بروز می‌کند، زیرا بیماران مبتلا به سرطان در طی مراحل مختلف توانبخشی (زمان تشخیص و قبل از درمان، ضمن و بعد از درمان) با مشکلات متعددی مواجه هستند. چنانچه در رابطه با مواجهه با تشخیص، تعدادی از بیماران شکایت داشتند که پزشکان به‌هنگام بیان تشخیص، روحیه آن‌ها را در نظر نگرفته و خیلی صریح تشخیص را مطرح کرده‌اند. به‌عنوان نمونه، بیمار خانم میانسالی مطرح نمود:

"با خواهرم رفته بودم دکتر مستقیم به خودم گفت سرطان داری، من خیلی ناراحت شدم، بدجور عصبی شدم، دوست داشتم اول به خودم نمی‌گفت. از اون دفعه خاطره بدی برام شده، اصلاً تو اتاق دکتر می‌رفتم پاهام حسش می‌پریه، اصلاً اتاق دکتر رو که می‌دیدم وحشت داشتم." ۱۵م

مواجهه با درمان که گام بعد از تشخیص بیماری بود، نیز مشکلاتی شامل دودلی در تصمیم به درمان و گذران و رنج طی درمان (تامین هزینه‌های درمانی، کمیابی برخی داروها، طولانی بودن فرآیند درمان و مشکلات رفت و آمد بیماران شهرستانی) را برای این بیماران به‌همراه داشت. به‌عنوان نمونه، یکی از بیماران خانم که بیوه بود و به‌تنهایی سرپرستی دو فرزند خود را نیز بر عهده داشت، ناکافی بودن کمک‌های مددکاری در تامین هزینه‌های درمان خود را این‌طور تعریف کرد:

"به من گفتن برو پایین قسمت مددکاری صحبت کن، رفتم اونجا تو چند مرحله، در مجموع ۶۰۰ تومان کمکم کردن، در حالیکه من ۱۲ تا ۶۰۰ تومان و خرده‌ای خرج کردم من دور و بره ۷ میلیون خرج کردم." ۹م

اما این بیماران بعد از طی درمان نیز هرچند انتظار رسیدن به نوعی ثبات در وضعیت خود را داشتند، اما به‌واسطه‌ی مواجهه با عوارض و عدم قطعیت درمان نگران عود مجدد بیماری بوده، خطر مرگ را احساس می‌نمودند. این مساله زمینه را برای بروز نوعی احساس بی‌ثباتی فراهم می‌کرد. خانم میانسالی که رنج زیادی را در راه درمان متحمل شده بود، احساس بی‌ثباتی تجربه شده را به‌صورت نگرانی خود از احتمال عود بیماری، این‌گونه مطرح نمود:

"الان فکر می‌کنم اگر مریضی برگرده (مکث) اگر دوباره بخوام باهاش روبرو بشم (مکث) خیلی خیلی سخت تره، این تصور خیلی‌های دیگه هم هست." ۱۳م

مصاحبه‌ها نشان داد، پرستاران به‌عنوان مراقبین توانبخشی نیز به‌واسطه‌ی مشکلاتی شامل "شرایط خاص زمینه‌شغلی"، "ناراضی مدیریت" و

اما احساس درماندگی و جستجوی حمایت پرستاران موجب بروز "واکنش‌های رفتاری پرستاران" می‌گردد. این واکنش‌ها را می‌توان در دو دسته "کارآمد" (اخلاقی‌گرایی، معنویت‌گرایی، وظیفه‌گرایی) و "ناکارآمد" (ترک بخش انکولوژی، مراقبت انفعالی، مراقبت معنوی ناکامل) تقسیم نمود. به‌عنوان نمونه، آقای پرستار جوانی از توجه به نتایج اخروی کار خود صحبت کرد که نشانه توجه او به معنویات است:

"مریض تو گوشمون هم بزنه جواب نمیدیم. من از اون دنیا خیلی می‌ترسم می‌گم این دنیا رو که از دست دادیم اون دنیا رو چی؟" م ۲۰
این واکنش‌های رفتاری ناموثر پرستاران موجب می‌شود مراقبت معنوی به‌عمل آمده توسط آن‌ها بعضاً دارای کاستی‌هایی باشد که می‌توان از آن تحت عنوان مراقبت معنوی ناکامل (ناکافی) نام برد. به‌عنوان نمونه، بیماری که از تومور مغزی رنج می‌برد، گله‌مند بود که پرستاران آن‌ها را از زمان اذان مطلع نمی‌کنند:

"پرستارها می‌تونستن بگن آقا اذان گفتن یا صدای ضبط رو بلند کنن، همین که صدای الله و اکبر رو می‌شنیدیم بعد می‌بستنش تا مریض‌های دیگه اذیت نشن، فقط الله و اکبر رو بگه کافیه." م ۱۴

اما گروه دیگری از مراقبین توانبخشی که مورد تکیه بیماران قرار داشتند، خانواده خود بیمار بودند که احساس درماندگی در آن‌ها منجر به بروز "واکنش‌های رفتاری اعضا خانواده" می‌شد و می‌توان آن‌ها را در دو دسته "کارآمد" (تکیه به اعتقادات مذهبی، همدلی و همراهی) و "ناکارآمد" (انکار، اجتناب بیماری و کناره‌گیری از مراقبت) تقسیم نمود. به‌عنوان نمونه خواهر یک بیمار مبتلا به سرطان پستان چنین گفت:

"برای خواهرم هم دعا و نذر کردم و هم ختم صلوات نذر کردم، خیلی تونسته بهم کمک کنه طوری که اگر من اینجا آمدم راحت نشستم برای همین چیزهاست." م ۱

اما متأسفانه گاهی همراهی لازم در مراقبت از بیمار از سوی خانواده و خصوصاً همسر بیمار صورت نمی‌گیرد. زن جوانی که سابقه ابتلا به سرطان سینه را داشت هم اظهار نمود:

"یادمه حتی اون موقعی که آمده بودم بینم نوبت عملم دقیق کی میشه شوهرم باز حرف جدایی می‌زدن و می‌گفتن بیا جدا بشیم، اگر شوهرم حرف از جدایی نمی‌زدن خوب من راضی می‌شدم." م ۲

رسیدن به حس نسبی رفاه معنوی

در ادامه اتکا به منابع حمایتی معنوی منجر به کسب معنی، کسب امید، کسب آرامش در بیماران می‌گردد که نشان‌دهنده "پاسخ به نیازهای معنوی" است؛ ضمن اینکه نوعی "رشد معنوی" در بیماران مشهود است که می‌توان آن‌را نشان‌گر رسیدن به یک "حس نسبی رفاه معنوی" دانست.

چنان‌چه طی مصاحبه بیماران اشاره داشتند، عوامل متعددی که برخی مرتبط با امور مذهبی (توکل و احساس حمایت الهی، اعتقاد به معجزه و تاثیر نذر، دعا کردن و توسل جستن، شهود و نشانه‌ها و اعتقاد به اینکه عمر دست خداست)، و برخی دیگر مرتبط با امور غیرمذهبی (حمایت خانواده و

"ماه آخر که از همسر توی خونه مراقبت می‌کردیم خودم تزییناتش رو انجام می‌دادم، باور کنید وقتی بهش آمپول می‌زدم احساس می‌کردم دارم به قلب خودم آمپول می‌زنم (بغض شدید)." م ۲۴

جستجوی حمایت

در این مرحله به‌دنبال بروز نیاز به حمایت، بیمار و مراقبین توانبخشی هر یک به‌نحوی در جستجوی حمایت هستند. فرد بیمار متوجه معنویات شده، گویی نوعی بیداری معنوی در او پدیدار می‌گردد و سیری معنوی را در جهت رسیدن به رفاه معنوی آغاز می‌کند. این طبقه از دو زیر طبقه "ظهور نیازهای معنوی" و "اتکا به منابع حمایتی معنوی" تشکیل شده است.

ظهور نیازهای معنوی به‌صورت نیاز به امید، معنی و آرامش، در فرد بیمار نمود پیدا می‌کند. یکی از سوالات مهم مطرح شده برای بیماران به دنبال اطلاع از تشخیص سرطان، چرایی ابتلا آن‌ها به این بیماری بود و این پرسش می‌تواند مطرح‌کننده نیاز معنوی، درک معنی و هدف از بیماری باشد. چنان‌چه خانم ۴۹ ساله‌ای که یک سال از ابتلا او به بیماری گذشته بود و مراحل انتهایی درمان را طی می‌نمود، گفت:

"حافظه‌ها همش بد بوده، اصلاً از خودم دیگه بدم می‌آمد، می‌گفتم من چرا مریض شدم؟ ناراحت بودم، آخه توی دهات ما شاید فقط من یکی مریض شدم، من میگم چرا من اینجوری شدم." م ۱۵

ضمن اینکه طی مصاحبه، مشارکت‌کنندگان به مواردی اشاره کردند که می‌تواند مطرح‌کننده نیاز به امید باشد. به‌عنوان نمونه، بیمار ۲۷ ساله‌ای که مرگ افراد آشنا مبتلا به سرطان را تجربه کرده بود، گفت:

"تصور خوبی در مورد سرطان ندارم چون هر کسی رو داشتیم سرطان داشته آخرش فوت کرده." م ۵

احساس درماندگی از یک سو و ظهور نیازهای معنوی از سوی دیگر، منتهی به اتکا بیماران به منابع حمایتی معنوی شامل "منابع مذهبی"، "منابع اجتماعی" و "مراقبین توانبخشی" می‌گردد. این منابع به‌واسطه‌ی نقشی که در ایجاد امید، احساس آرامش و کسب معنی دارند؛ منابعی معنوی محسوب می‌گردند.

طی مصاحبه مشخص شد تقریباً تمامی بیماران از منابع مذهبی مختلفی شامل عبادت، استمداد مذهبی و باور به عشق الهی استفاده می‌نمایند، از جمله خانم جوان بیماری که گفت:

"هر موقع دلم تنگ میشه با خدا صحبت می‌کنم، دعا می‌کنم، تسبیح می‌گم، صلوات می‌فرستم." م ۵

البته برخی بیماران نیز طی مصاحبه به منابع اجتماعی شامل، "اطرافیان (اقوام - دوستان - همکاران)" و "خدمات اجتماعی (بیمه - خیریه - کمک دولتی)" برای متکی شدن اشاره نمودند. به‌عنوان نمونه مشارکت‌کننده بیمار مسنی نیز به نقش بیمه اشاره نمود:

"خوب بود من دفترچه بیمه تامین اجتماعی داشتم خدا رو شکر الحمدلله من اگر دارم ۱۰۰۰۰ تومان بود کمتر می‌دادم." م ۱۶

"خانم‌های زیادی هستن که وقتی دچار سرطان میشن همسرشون رهانشون میکنه (مکث) حالا شما ببینین چه اتفاقی براشون می‌افته (مکث) زیاده از این موارد، من اصلاً موردی دارم که شوهره کلید خونه رو هم ازش گرفته و راهش نداده، به بچه‌ها هم گفته باهاش حرف نزنن و ارتباطی نداشته. " م ۸

باورهای بیماران نسبت به کادر درمانی می‌تواند در برقراری ارتباط بین بیمار و کادر درمانی طی ارایه مراقبت معنوی موثر باشد. دیدگاه مثبت این روند را تسریع و دیدگاه منفی در آن اختلال ایجاد می‌نماید. به‌عنوان نمونه یک بیمار مرد میانسال باور مثبت خود نسبت به زحمت کش بودن پرستاران را این‌طور مطرح کرد:

"پرستارها اگر خوشحالمون کنن بهتره برامون، باید خوشحالمون کنن، همین. آخه پرستارها هم زحمتشون زیاده. " م ۱۴
یک بیمار خانم میانسال نیز باور منفی خود نسبت به پرستارها را این‌گونه بیان نمود:

"پرستار کارش جداسه، دکتر باید بیاد بگه، خوب بالاخره دکتر تخصصش از پرستار بالاتره آخه پرستار به کارهای خاصی داره و دکتر کارهای مهم‌تری داره و دکتر باید اینجا صحبت کنه. " م ۹
کادر درمانی نیز طی مصاحبه با باورهایی که در مورد بیمار و خانواده او داشتند، اشاره می‌نمودند، که این باورها می‌تواند هم در برقراری ارتباط و هم مراقبت و درمان ارایه شده توسط آن‌ها اثرگذار باشد. به‌عنوان نمونه یک پرستار خانم ۳۵ ساله گفت:

"بیمارانی که از نظر معنویت واقعی بهتر هستن، کارشون بهتر پیش میره و درمان‌هاشون بهتر انجام میشه. " م ۲۲

بیمار مبتلا به سرطان در طی مراحل مختلف توانبخشی، به‌دنبال مواجهه با تشخیص، مواجهه با درمان و احساس بی‌ثباتی، با مشکلات متعددی مواجه می‌شود. این امر موجب می‌گردد تا درماندگی را تجربه نموده و احساس نماید که نمی‌تواند با استفاده از توانایی‌های موجود خود، عملکرد مناسب را نشان دهد. این احساس در او نیاز به حمایت را ایجاد نموده و موجب می‌گردد که فرد بیمار در جستجوی منابع حمایتی برای رفع این احساس برآید. در این مرحله متوجه معنویات شده و نوعی بیداری معنوی همراه با ظهور نیازهای معنوی شامل نیاز به معنی، امید و آرامش، در او پدیدار می‌گردد و برای رفع آن‌ها به منابع معنوی موجود شامل منابع مذهبی، مراقبین توانبخشی و منابع اجتماعی متکی می‌شود. این منابع برای او نوعی منابع حمایتی محسوب می‌گردند، اما مراقبین توانبخشی (خانواده و پرستاران) نیز به‌واسطه مواجهه با یک سری مشکلات شامل رنج همراهی و شرایط رنج‌آور (خانواده)، ناراضی‌مدیریتی، شرایط خاص زمینه شغلی و ضعف مراقبت تیمی (پرستاران)، احساس درماندگی را تجربه می‌کنند که همراه با بروز یک سری واکنش‌های رفتاری در آن‌ها می‌باشد؛ اما به‌واسطه ناکارآمد بودن برخی از این واکنش‌ها، مراقبت معنوی به‌عمل آمده از این بیماران کامل نبوده و منجر می‌شود تا بیمار به نوعی حس نسبی رفاه معنوی برسد. البته

اطرافیان، کادر درمانی و گروه هم‌گون) هستند، موجبات کسب امید را در آن‌ها فراهم آورده است. بیمار خانم ۲۷ ساله کسب امید از جانب پرستاران را این‌گونه تعریف نمود:

"پرستارها به آدم بگن دعا کن خدا بهت کمک می‌کنه و هیچ چیزی نیست خوب میشه آدم آرامش پیدا می‌کنه چون اینا تجربه‌اشان زیاده اینجا هستن هر چی بگن آدم باور میکنه. " م ۵

ضمناً طی مصاحبه‌ها مشخص شد، شرایط به وجود آمده موجب می‌شود برخی بیماران رشد معنوی یابند. به‌عبارتی معنویت در اعمالشان تجلی می‌یابد که به‌صورت دیدگاه ماورایی (رو آوردن به خداوند، قدر نعمت‌های خداوند را بیشتر دانستن، کاهش توجه به مادیات، توجه به جهان پس از مرگ) و دوری از خود محوری (تصمیم برای کمک به دیگران و تمایل به بخشش و دوست داشتن اطرافیان) نمود پیدا می‌کند. مرد میانسالی که به‌واسطه تومور مغزی تحت عمل جراحی قرار گرفته بود، این‌طور گفت:

"ارتباطم با خدا زیاد شده، آدم می‌ره تا پای مرگ و بر می‌گرده ارتباطش با خدا زیاد میشه. " م ۱۴

عوامل موثر بر مراقبت معنوی

عوامل موثر بر مراقبت معنوی، عواملی بودند که بر روند فرآیند مراقبت معنوی تاثیر داشتند. این عوامل شامل "درک از معنویت" (کادر درمانی، بیمار و خانواده)، "تعاملات بیمار" و "باورهای افراد" (کادر درمانی، بیمار و خانواده) بودند که در این قسمت به شرح آن‌ها پرداخته خواهد شد.

کادر درمانی بر اساس دیدگاه‌های معنوی متفاوت خود شامل دیدگاه ماورایی (ایمان قلبی، کمک به خلق خدا، نوعی ارتباط با خدا) و دیدگاه غیر ماورایی (توجه به ابعاد غیر مادی، رسیدن به آرامش، گذشت و بخشش، وجدان) تعاریف متفاوتی از معنویت داشتند که بر تشخیص نیازهای معنوی بیماران و عملکرد آن‌ها طی مراقبت معنوی تاثیرگذار بود. به‌نظر می‌رسد نوع نیاز معنوی این بیماران نیز تحت تاثیر دیدگاه آن‌ها نسبت به مفهوم معنویت (درک معنوی آن‌ها) قرار داشت؛ به‌طوری که برحسب مفهوم معنویت از دید آن‌ها (خداوند حقیقت معنوی و اخلاقیات نمودی معنوی)، نیازهای معنوی متفاوتی وجود داشت. تقریباً تمامی آن‌ها به بعد مذهبی معنویت اعتقاد داشتند و از تعبیر ارتباط با خدا، توکل و اعتماد به خداوند و عمل به دستورات خدا برای تعریف معنویت استفاده می‌نمودند. برخی از مشارکت‌کنندگان نیز در تعریف معنویت علاوه بر بعد مذهبی، به بعد اخلاقی نیز توجه داشتند و علاوه بر اعمال مذهبی، رعایت اصول اخلاقی در حیطه‌های فردی و بین فردی را نشانه معنویت می‌دانستند.

بیماران در تعاملات خود با اعضای خانواده، همسر، اطرافیان و کادر درمانی مشکلاتی داشتند. از آنجایی که پایه فرآیند مراقبت معنوی برقراری ارتباط می‌باشد، این مشکلات می‌توانند بر میزان حمایت معنوی کسب شده توسط آن‌ها موثر باشد. طی مصاحبه مشخص شد بعد از بیماری، در ارتباطات خانوادگی بیمار مشکلاتی بروز می‌کند که این مساله در ارتباطات همسری بسیار چشم‌گیر است. در تایید این مطلب مادر یکی از بیماران گفت:

می‌شوند، مجموع راهبردهای به کار گرفته شده توسط بیماران (بیداری معنوی یا توجه به معنویات) و مراقبین (واکنش‌های رفتاری)، نشان‌دهنده تلاش مستمر آن‌ها برای "کسب حمایت" می‌باشد. لذا "تلاش برای کسب حمایت" به عنوان نظریه پژوهش حاضر، در واقع به عنوان یک راهکار برای تخفیف اثرات مشکل، مطرح می‌باشد.

عواملی شامل درک از معنویت افراد، تعاملات بیمار و باورهای افراد نیز بر فرآیند مراقبت معنوی به عمل آمده تاثیرگذار هستند. در مجموع دغدغه اصلی هر دو گروه مشارکت‌کنندگان اصلی (بیماران و مراقبین توانبخشی) "احساس درماندگی" است که نشان‌دهنده "نیاز به حمایت" هر دو گروه می‌باشد و می‌توان از آن به عنوان متغیر مرکزی نام برد. هر چند مراقبین و بیماران هر دو با شیوه و راهبردهای متفاوتی با این نیاز مواجه

جدول ۱: ویژگی‌های فردی مشارکت‌کنندگان

مشخصات فردی بیماران	تعداد (درصد)	مشخصات فردی سایر مشارکت‌کنندگان	تعداد (درصد)
جنس	مرد (۴۵/۴۵)	جنس	مرد (۲۳/۵۳)
	زن (۵۴/۵۵)		زن (۷۶/۴۷)
تاهل	مجرد (۲۷/۲۷)		زیر دیپلم (۵/۸۸)
	متاهل (۷۲/۷۳)		دیپلم (۵/۸۸)
میزان تحصیلات	زیر دیپلم (۳۶/۳۵)	میزان تحصیلات	لیسانس (۵۲/۹۴)
	دیپلم (۱۸/۱۹)		فوق لیسانس (۱۷/۶۵)
	لیسانس (۲۷/۲۷)		دکترا (۱۱/۷۷)
	فوق لیسانس (۱۸/۱۹)		حوزوی (۵/۸۸)
شغل	خانه دار (۳۶/۳۶)		دانشجو (۱۱/۷۷)
	کارمند (۴۵/۴۵)		خانه‌دار (۱۱/۷۷)
	آزاد (۱۸/۱۹)	شغل	کارمند (۵۲/۹۳)
			پزشک (۵/۸۸)
مدت ابتلا به بیماری (سال)	انحراف معیار ± میانگین ۴/۸۱ ± ۱/۸		روان شناس (۱۱/۷۷)
			روحانی (۵/۸۸)
سن (سال)	انحراف معیار ± میانگین ۴۴/۱۸ ± ۱۱/۹	سن (سال)	انحراف معیار ± میانگین ۳۸/۵۲ ± ۹/۹

جدول ۲: روند شکل‌گیری طبقات، زیرطبقات و طبقات اولیه

طبقات	زیر طبقات	طبقات اولیه
احساس درماندگی	احساس درماندگی بیمار	مواجهه با تشخیص، مواجهه با درمان، احساس بی‌ثباتی
(بیمار و مراقبین توانبخشی)	احساس درماندگی خانواده	رنج همراهی، شرایط رنج آور
	احساس درماندگی پرستاران	نارضایتی مدیریتی، شرایط خاص زمینه شغلی، ضعف تیم مراقبتی
جستجوی حمایت	جستجوی حمایت بیمار	بیداری معنوی، ظهور نیازهای معنوی، اتکا به منابع حمایتی معنوی
(بیمار و مراقبین توانبخشی)	جستجوی حمایت خانواده	واکنش‌های رفتاری کارآمد خانواده، واکنش‌های رفتاری ناکارآمد خانواده
	جستجوی حمایت پرستاران	واکنش‌های رفتاری کارآمد پرستار، واکنش‌های رفتاری ناکارآمد پرستار
حس نسبی رفاه معنوی	پاسخ به نیازهای معنوی	کسب معنی، کسب امید، کسب آرامش
	رشد معنوی	دیدگاه ماورائی، دوری از خود محوری
عوامل موثر بر مراقبت معنوی	درک از معنویت	دیدگاه معنوی بیماران و خانواده، دیدگاه معنوی کادر درمانی
	تعاملات بیمار	تعاملات با خانواده و اطرافیان، تعاملات با کادر درمانی
	باورهای افراد	باورهای بیمار و خانواده، باورهای کادر درمانی

خانواده و کادر درمانی (تیم توانبخشی) بودند. Lee Roff و همکاران (۲۰۰۹) نیز از خداوند، اعضا انجمن‌های مذهبی، اعضا خانواده، دوستان و متخصصان مراقبت سلامتی به‌عنوان منابع حمایتی معنوی نام بردند.^{۲۵} اکثر بیماران تحت مطالعه Balboni و همکاران (۲۰۱۳) نیز دریافت حمایت معنوی زیادی از انجمن‌های مذهبی را گزارش کردند.^{۲۶} این مطالعات تاییدکننده‌ی این مطلب هستند که منابع معنوی تنها در منابع مذهبی خلاصه نشده و منابع دیگری مانند خانواده، منابع اجتماعی و کادر درمانی نیز می‌توانند به‌عنوان منابع معنوی بیماران مبتلا به سرطان کاربرد داشته باشند. البته خانواده (اعضا خانواده و همسر) بیماران این مطالعه نیز به‌عنوان مراقب در اکثر مواقع نقش مهم و به‌سزایی در کمک به بیمار برای مواجهه با موقعیت بیماری و رفع مشکلات مرتبط با آن را ایفا می‌کردند. مشارکت‌کنندگان مطالعه اسمعیلی و همکاران (۱۳۹۱)، عزیزی و همکاران (۱۳۸۹)، شهرکی واحد و همکاران (۱۳۹۰)، نیز این نتیجه را تایید کردند.^{۲۷-۲۹} Luszczyńska و همکاران (۲۰۰۷) نیز بر اهمیت حمایت همسر تاکید داشتند.^{۳۰} بنابراین شواهد، می‌توان اعضا خانواده و همسر بیمار را به‌واسطه‌ی نقش حمایتی که ایفا کرده و بسیاری از نیازهای معنوی بیمار را پوشش می‌دهند، به‌عنوان یکی از اعضا تیم مراقبت معنوی طی توانبخشی محسوب نمود، اما آن‌ها نیز به‌واسطه‌ی مواجهه با شرایط آسیب‌زننده و مشکلات فراوانی که پیش روی خود می‌بینند، نوعی نیاز به حمایت را تجربه می‌کنند. عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) این مطلب را تایید کردند.^{۲۸} همچنین Karabulutlu (۲۰۱۴) می‌نویسد، بیماری سرطان نه تنها فرد بلکه کل سیستم خانواده وی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. وقتی بیمار نتواند با نشانه‌های بیماری سازگار شود، خانواده او دچار استرس می‌شوند که موجب ظهور نشانه‌های روانی مثل استرس، افسردگی، ترس و اضطراب در آن‌ها می‌گردد.^{۳۱} نتیجه مطالعه Gieven و همکاران (۲۰۱۱) هم مطرح‌کننده پاسخ‌های منفی اعضا خانواده مثل افسردگی و فرسودگی در ضمن درمان و مراقبت بود.^{۳۲} به‌نظر نویسنده، از آنجایی که شواهد تاییدکننده‌ی این مطلب هستند که سرطان تنها بیماری شخص نبوده، بلکه بیماری خانواده نیز محسوب می‌گردد؛ بنابراین حمایت از خانواده در کنار حمایت بیمار از طریق فراهم آوردن آموزش‌هایی برای اعضا خانواده و همسر بیماران مبتلا به سرطان به همراه مداخلات روان درمانی و فراهم آوردن کمک‌های بیشتر از طریق خدمات اجتماعی، ضروری به‌نظر می‌رسد.

به‌دنبال نیاز به حمایت، خانواده در واکنش رفتاری به آن، گاهی به‌طور کارآمد و گاهی به‌طور ناکارآمد با این موقعیت مواجه می‌شوند. در تایید واکنش‌های رفتاری کارآمد خانواده، مردانی حمله و همکاران (۱۳۸۹) از اعضای خانواده به‌عنوان بزرگترین حامی بیماران مبتلا به سرطان نام بردند.^{۳۳} در تایید واکنش‌های رفتاری ناکارآمد خانواده، عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) عنوان کردند که رضایت زناشویی در بیماران مبتلا به سرطان در سطح پایینی قرار دارد.^{۲۸}

تحلیل حاصل از داده‌های جمع‌آوری شده از مشارکت‌کنندگان در این تحقیق، منجر به استخراج ۴ طبقه اصلی شامل احساس درماندگی، جستجوی حمایت، رسیدن به حس نسبی رفاه معنوی و عوامل موثر بر مراقبت معنوی بیمار گردید که هر کدام به‌نحوی تبیین‌کننده بخشی از فرآیند کلی مراقبت معنوی در توانبخشی بیماران مبتلا به سرطان می‌باشند.

احساس درماندگی یکی از طبقات اصلی ظاهر شده از داده‌ها بود. در مطالعه فارسی (۱۳۹۰) که بر روی بیماران مبتلا به سرطان تحت پیوند انجام گرفت، یکی از طبقات اصلی به‌دست آمده از داده‌ها، درک تهدید به دنبال تغییر شرایط زندگی، درک خطر و بروز شک و نگرانی نسبت به آینده بود.^{۲۰} هر چند در مقایسه با مطالعه حاضر، توصیف وضعیت بیمار در این تحقیق به‌صورت متفاوتی صورت گرفته، ولی آن چه مورد تایید هر دو آن‌ها می‌باشد، مواجهه بیمار با دامنه وسیعی از مسایل و مشکلات به دنبال ابتلا به سرطان است که او را در شرایط ویژه‌ای قرار می‌دهد.

طبق نتایج مطالعه حاضر، احساس درماندگی و نیاز به حمایت این بیماران، زمینه‌ساز توجه آن‌ها به معنویات (بیداری معنوی) می‌گردد. در سوره روم آیه ۳۳ نیز اشاره شده که مردم هر گاه درد و سختی به آن‌ها رسد، در آن حال خدای را به دعا می‌خوانند. Surbone (۲۰۱۰) تاکید دارد، معنویت بعد یا جنبه‌ای است که به‌وسیله آن بیماران مبتلا به سرطان می‌توانند با احساس ترس و تنهایی در تمام مراحل بیماریشان مبارزه نمایند.^{۱۵}

در مطالعه حاضر مشخص شد بیماران به‌واسطه‌ی مواجهه با عوارض، عدم قطعیت درمان و احتمال عود، احساس بی‌ثباتی را تجربه کرده‌اند. سجادی و همکاران (۲۰۱۴)، در مطالعه خود از این حالت تحت عنوان عدم قطعیت نام برده و مطرح کردند، کنترل آن می‌تواند در تطابق روانی بیماران مبتلا به سرطان مفید باشد. از دید آن‌ها پرستاران می‌توانند در این امر موثر باشند.^{۲۱}

بیداری معنوی در بیماران مطالعه حاضر با ظهور نیازهای معنوی (نیاز به امید و آرامش و نیاز به معنی) نمود داشت. در مطالعه Hocker و همکاران (۲۰۱۴) نیز اغلب بیماران حداقل یک نیاز معنوی را تجربه کرده بودند و در این بین نیاز به آرامش درونی با اهمیت‌تر بود.^{۲۲} اما در مطالعه حاتمی‌پور و همکاران (۲۰۱۵) ارتباط، معنی و هدف، آرامش و ماورا^{۲۳} به‌عنوان نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان تعیین شدند. تفاوت‌هایی بین این دو مطالعه با تحقیق حاضر وجود دارد که احتمالاً تفاوت در جامعه پژوهش در این نتیجه موثر بوده است.

در مطالعه حاضر مشخص گردید احساس درماندگی و بیداری معنوی در بیماران مبتلا به سرطان موجب اتکای آن‌ها به منابع حمایتی معنوی می‌گردد. Tatsumura و همکاران (۲۰۰۳) در این رابطه می‌نویسند، تحقیقات دلالت بر این دارند که اکثریت بیماران مبتلا به سرطان از منابع معنوی و مذهبی در پاسخ به بیماریشان استفاده می‌کنند^{۲۴} که با مطالعه حاضر هم‌سو می‌باشد. منابع معنوی مورد استفاده مطالعه حاضر شامل منابع مذهبی، منابع اجتماعی،

کریم‌اللهی و همکاران (۲۰۰۷) نیز در نتیجه مطالعه خود از عدم طهارت به‌عنوان یکی از موانع اقامه نماز از دید بیماران نام برد.^{۳۸} آنچه از بررسی یافته‌های مطالعه حاضر برداشت می‌شود، این است که در تطابق مشارکت‌کنندگان این مطالعه مذهب کارکرد مثبتی داشته است. احتمالاً عجین شدن بسیاری از باورهای مذهبی با روح و فرهنگ ایرانیان در به‌دست آمدن این نتیجه که بیماران توانسته بودند بیماری خود را بپذیرند و با آن کنار بیایند، موثر بوده است. نتیجه تحقیق رسولی و همکاران (۲۰۱۵)^{۱۱} که بر روی بیماران مبتلا به سرطان در ایران انجام شد، نیز تایید کننده این مطلب است.

در این مطالعه بیماران احساس صمیمیت با پرستار، کسب آگاهی و انرژی مثبت از صحبت‌های آن‌ها را به‌عنوان عوامل آرامش بخش مطرح نمودند. در مطالعه رسولی و همکاران (۲۰۱۵) هم مطرح شد، برخی از پرستاران از طریق نشان دادن همدلی و صمیمیت، منبعی از انرژی، امید و شادی برای بیماران مبتلا به سرطان بودند.^{۱۱} مومنی قلعه‌قاسمی و همکاران (۱۳۹۰) در نتیجه مطالعه خود عنوان کردند، در بیماری‌هایی همچون سرطان که بر جسم، روان و روح افراد تاثیرگذار هستند، پرستاران می‌توانند با استفاده از رویکرد مراقبت‌نگر با تاکید بر بعد معنوی مراقبت به بیماران در دستیابی به ارتقای سطح سلامت روان کمک نمایند.^{۳۹}

برخی دیگر از مشارکت‌کنندگان این مطالعه نیز تغییر در ارزش‌ها را تجربه کرده بودند. حیدرزاده و همکاران (۲۰۱۴) در این رابطه می‌نویسند، ابتلا به سرطان یک وضعیت استرس آور بوده که می‌تواند به بروز تغییراتی در حالات روحی-روانی فرد مبتلا گردد که می‌توان از آن به‌عنوان رشد بعد از حادثه (ضربه) نام برد. در بیماران تحت مطالعه آن‌ها، بیشترین رشد در بعد معنوی اتفاق افتاده بود.^{۴۰}

نتیجه‌گیری

تحلیل داده‌ها منجر به استخراج طبقات نشان‌دهنده فرآیند مراقبت معنوی در توانبخشی بیماران مبتلا به سرطان شامل احساس درماندگی، جستجوی حمایت، رسیدن به حس نسبی رفاه معنوی و عوامل موثر بر مراقبت معنوی گردید.

تبیین فرآیند مراقبت معنوی در حیطه بالین می‌تواند منجر به فراهم آوردن راهنمایی جهت پرستاران، پزشکان و سایر کارکنان تیم درمانی به منظور ارایه این مراقبت به بیماران مبتلا به سرطان گردد. در جهت ارایه بهتر این نوع از مراقبت، توجه به موارد زیر با هدف رفع نیاز به حمایت بیماران و مراقبین توانبخشی (خانواده و پرستاران) پیشنهاد می‌گردد.

در حوزه بیمار و خانواده، فراهم آوردن آموزش‌هایی برای اعضا خانواده و همسر بیماران مبتلا به سرطان، ارزیابی معنوی فردی بیماران جهت مشخص کردن نوع و میزان مراقبت‌های معنوی مورد نیاز، فراهم آوردن آموزش‌هایی برای اعضا خانواده و همسر بیماران مبتلا به سرطان در جهت رفع مشکلات ارتباطی فی مابین و برگزاری جلسات مشاوره برای زوجین با توجه به نقش با

در مطالعه حاضر تیم توانبخشی (کادر درمانی) هم یکی از منابع معنوی بودند که بیماران تلاش داشتند به آن متکی شده و مراقبت معنوی مورد نیاز را دریافت نمایند. مشارکت‌کنندگان در تحقیق Lee Roff و همکاران (۲۰۰۹) نیز از متخصصان مراقبت سلامتی به‌عنوان منابع حمایتی معنوی نام بردند.^{۲۵} داده‌ها نشان داد از بیماران تحت این مطالعه طی توانبخشی، مراقبت تیمی کاملی به‌عمل نمی‌آید و این وظیفه بر عهده‌ی پرستاران گذاشته شده است؛ اما پرستاران نیز به‌واسطه‌ی مشکلاتی که با آن مواجهند، نمی‌توانند نقش خود را به‌عنوان یک مراقب معنوی به‌خوبی ایفا نمایند. یافته‌های مطالعه رسولی و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که پرستاران مهارت‌های کمی در بررسی و پاسخگویی به نیازهای معنوی بیماران داشتند و از حمایت سازمان یافته افراد مذهبی در مواجهه با دیسترس معنوی بیماران برخوردار نبودند.^{۱۱}

در مطالعه حاضر به‌دنبال احساس درماندگی پرستاران و نیاز به حمایت، آن‌ها واکنش‌های رفتاری را از خود نشان می‌دهند. نوع واکنش‌های بروز یافته را می‌توان در دو دسته کارآمد و ناکارآمد تقسیم نمود. از جمله واکنش‌های رفتاری پرستاران، روتین‌گرایی و وظیفه‌گرایی بود که با نتیجه تحقیق زمان‌زاده و همکاران (۲۰۱۴) مشابه است.^{۳۴} جنتی و همکاران (۲۰۱۱) در نتیجه مطالعه خود استفاده پرستاران از ۵ نوع استراتژی معنوی، شناختی، تعاملی، خودکنترلی و احساسی را در مسیر تطبیق آن‌ها با استرس‌های شغلی مطرح نمودند.^{۳۵} فتحی و همکاران (۱۳۸۹) نیز استراتژی‌های تطبیقی مورد استفاده پرستاران را تطبیق فعال، برنامه‌ریزی، طراحی مثبت مجدد مراقبت، پذیرش، شوخ طبعی، مذهب، استفاده از حمایت احساسی، استفاده از حمایت مفید، کناره‌گیری، انکار، بروز احساسات، استفاده از مواد، بی‌فعالیتی و خودسرزنی عنوان کردند.^{۳۶} Liu و همکاران (۲۰۱۰) در پرستاران تحت مطالعه خود استفاده از دو نوع رفتارهای تطبیقی مشکل‌مدار و احساسی‌مدار را گزارش نمودند.^{۳۷} مقایسه نتایج مطالعه حاضر با این نتایج، نشان داد که تنها برخی استراتژی‌های تطبیقی مطرح شده در این تحقیقات مانند رو آوردن به مذهب، کناره‌گیری از کار، بروز احساسات (خشم، گریه) و بی‌فعالیتی، تغییر شغل با مطالعه حاضر مشابه‌اند و تفاوت‌های زیادی به چشم می‌خورد. احتمالاً تفاوت‌های فردی، فرهنگی، محیطی، آموزشی و امکانات موجود در به‌دست آمدن این نتیجه موثر بوده است.

در مطالعه اخیر مشخص گردید، پرستاران ممکن است به احساس درماندگی به‌وجود آمده به دو گونه‌ی کارآمد یا ناکارآمد پاسخ دهند. به همین دلیل مراقبت معنوی به‌عمل آمده توسط آن‌ها دارای کاستی‌هایی است که می‌توان از آن تحت عنوان مراقبت معنوی ناکامل نام برد. چنانچه طی مطالعه حاضر مشخص شد، یکی از مشارکت‌کنندگان توقع خود برای مطلع شدن از زمان اذان را مطرح نمود که برآورده نشده بود. کریم‌اللهی و همکاران (۲۰۰۷) نیز می‌نویسند، افراد برای انجام نماز نیاز به آمادگی دارند (وضو) و نیز ممکن است در جستجوی خلوت، پوشاک مناسب یا شنیدن اذان باشند.^{۳۸} برخی از مشارکت‌کنندگان مطالعه اخیر از فراهم نبودن شرایط عبادت در بیمارستان به‌دلیل احتمال آلودگی و نجاست شاکی بودند.

که برای به کارگیری عملی نتایج تحقیقات اهمیت زیادی قایلند، به عنوان محدودیت محسوب شود.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان

مژگان رهنما: طراحی و اجرای پژوهش، تجزیه و تحلیل داده ها و نگارش مقاله

مسعود فلاحي خشکتاب: همکاری در طراحی و اجرای پژوهش، تجزیه و تحلیل داده ها و نگارش مقاله

سادات سید باقر مداح: همکاری در تجزیه و تحلیل داده ها

فضل الله احمدی: همکاری در طراحی و اجرای پژوهش، مشارکت در تجزیه و تحلیل داده ها.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از رساله دکتری تخصصی پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به شماره مصوب کمیته اخلاق دانشگاه ۲۰۵-۵۰۰ می باشد. بدین وسیله از بیماران، مراقبت کنندگان آنها، خانواده های بیماران، مسوولین بیمارستان، مسوولین و کارکنان محترم موسسه حمایت از بیماران سرطانی بهنام دهشپور و مسوولین محترم دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که بدون همکاری و مساعدت آنها انجام این پژوهش امکان پذیر نبود، تشکر و قدردانی می گردد.

اهمیت آنها در حمایت معنوی از بیماران، شناسایی دقیق موانع ارتباطی بیماران با کادر درمانی توسط مدیران و سپس برنامه ریزی و تلاش همه جانبه آنها به همراه کادر درمانی در جهت رفع این موانع می تواند قابل تامل باشد. علاوه بر این، حمایت بیماران از طریق توجه به مواردی شامل برگزاری جلسات و همایش های پزشکی در رابطه با زمان و نحوه بیان تشخیص به بیماران مبتلا به سرطان که منتهی به ارایه یک پروتکل واحد در این رابطه گردد، حمایت روحی آنها طی پذیرش از سوی یک روانشناس، یا پرستاری که دوره های خاص مربوطه را گذرانده باشد، حضور یک روانشناس یا روان پرستار در کنار بیمار تحت شیمی درمانی و خانواده او جهت راهنمایی آنها از نظر نحوه برخورد با بیماری که از مشکلات روحی متعددی رنج می برد، بایستی مورد توجه قرار گیرد.

در حوزه پرستاران، تشکیل تیمی جهت ارایه مراقبت معنوی متشکل از پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی، روانشناس و روحانی، قدردانی از پرستاران وظیفه شناس و تقویت ابعاد اخلاقی - معنوی آنها، فراهم آوردن آموزش هایی در رابطه با مراقبت معنوی از بیماران طی بستری یا در زمان احتضار در دروس دانشگاهی یا برنامه های آموزش مداوم و حضور یک روحانی در کنار بیماران به عنوان همکار پرستار و بررسی معنوی پرستاران انتخاب شده برای کار در بخش انکولوژی، ضروری است.

با توجه به اینکه این مطالعه تنها در یک بیمارستان شهر تهران انجام شده است، نتایج آن غیر قابل تعمیم می باشند. هر چند تعمیم پذیر نبودن نتایج از مشخصه های پژوهش های کیفی می باشد، اما ممکن است از نقطه نظر کسانی

References

1. Eyigor S, Akdeniz S. Is exercise ignored in palliative cancer patients. *World Journal of Clinical Oncology* 2014; 5(3): 554-9.
2. Puchalski CM. Spirituality in cancer trajectory. *Annals of Oncology* 2012; 23(3): 49-55.
3. Salakari MR, Suraka T, Nurminen R, Pylkkanen L. Effects of rehabilitation among patients with advanced cancer: A systematic review. *Acta Oncologica* 2015; 54(5): 618-28.
4. Silver JK. Cancer rehabilitation and prehabilitation may reduce disability and early retirement. *Cancer* 2014; 120(14): 2072-6.
5. Feldstain A, Lebel S, Chasen MR. An interdisciplinary palliative rehabilitation intervention bolstering general self-efficacy to attenuate symptoms of depression in patients living with advanced cancer. *Supportive Care Cancer* 2015; 23(5): 1-9.
6. Javier NSC, Montagnini ML. Rehabilitation of hospice and palliative care patient. *Journal of Palliative Medicine* 2011; 14(5): 638-48.
7. Tozzo P, Ananian V, Caenazzo L. The rehabilitation setting of terminal cancer patients: Listening communication and trust. *Clinical Research & Bioethics Journal* 2014; 5(2): 1-4.
8. Kristiansen M, Adamsen L, Brinkmann FK, Krasnik A, Hendriksen C. Need for strengthened focus on cancer rehabilitation in Danish municipalities. *Danish Medical Journal* 2015; 62(4): 1-5.
9. Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, Nikanfar A, Alavi-Majd H, Mirza-Ahmadi F. Spirituality in cancer care: A qualitative Study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences* 2014; 2(4): 366-78. [Persian]
10. Kandasamy A, Chaturvedi SK, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian Journal of Cancer* 2011; 48(1): 55-9.
11. Rassouli M, Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Abbaszadeh A, Alavi-Majd H, Nikanfar A. Experiences of patients with cancer and their nurses on the conditions of spiritual care and spiritual interventions in oncology units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2015; 20(1): 25-33.
12. Mesquita AC, Chaves ECL, Avelina CCV, Nequeira DA, Panzini R, Carvalho EC. The use of religious spirituality coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. *Revista Latino-Americana De Enfermagem* 2013; 21(2): 539-45.
13. Nascimento LC, Oliveria FCS, Moreno MF, Silva FM. Spiritual care: An essential component of the nurse practice in pediatric oncology. *Acta Paulista de Enfermagem* 2010; 23(3): 437-40.

14. Baldacchino D. Spiritual care education of health care professionals. *Religious* 2015; 6(2): 594-613.
15. Surbone A, Baider L. The spiritual dimension of cancer care. *Critical Review in Oncology/Hematology* 2010; 73(3): 228-35.
16. Adibe Hajbagher M, Parvizi S, Salsali M. *Qualitative Research Methods*. Tehran: Boshra Publication 2004. [Persian]
17. Strubert Speziale HY, Alen J, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing*. 3th ed Philadelphia: Williams & Wilkings Com; 2003.
18. Wimpenny P, Gass J. Interviewing in phenomenology and grounded theory: Is there a difference? *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(6): 1485-92.
19. Struss A, Corbin JM. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 2th ed, London, UK: Sage; 1998.
20. Farsi Z. Coping process in adult with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation. [Ph.D Nursing Thesis], Nursing & Midwifery of Tehran University of Medical Sciences 2011. [Persian]
21. Sajjadi M, Rassuli M, Abbaszadeh A, Alavi Majd H, Zendeheel K. Psychometric properties of the Persian version of the Mishel's Uncertainty in Illness Scale in Patients with Cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 2014; 18(1): 52-7.
22. Hocker A, Krull A, Koch U, Mehnert A. Exploring spiritual needs and their associated factors in an urban sample of early and advanced cancer patients. *European Journal of Cancer Care* 2014; 23(6): 786-94.
23. Hatamipour Kh, Rassouli M, Yaghmaie F, Zendedel K, Hamid Alavi M. Spiritual needs of cancer patients: A qualitative study. *Indian Journal of Palliative Care* 2015; 21(1): 61-7.
24. Tatsumura Y, Maskarinec G, Shumay DM, Kakai H. Religious and spiritual resources, CAM, and conventional treatment. In *The Lives of Cancer Patients*. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2003; 9(3): 64-71.
25. Lee Roff L, Cassandra ES, Nelson-Gerdell D, Plessants HM. Spiritual support and African-American breast cancer survivors. *Affilia Journal* 2009; 24(3): 285-99.
26. Balboni TA, Balboni M, Enzinger AC, Gallivan K, Paulk ME, Wright A, et al. Provision of spiritual support to patients with advanced cancer by religious communities and associations with medical care at the end of life. *JAMA Internal Medicine* 2013; 173(12): 1109-17.
27. Esmaeili R, Ahmadi F, Mohamadi E, Tirgari Seraj A. Support the major needs of patients confronting with cancer diagnosis. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2012; 22(89): 21-30. [Persian]
28. Azizi S, Rahmani A, Ghaderi B. Marital satisfaction among patients with cancer. *Nursing and Midwifery Journal Tabriz University of Medical Sciences* 2010; 5(17): 50-5. [Persian]
29. Shahraky Vahed A, Mardani Hamule M, Asadi Bidmeshki E, Heidari M, Hamed Shahraky S. Assessment of the items of SCL90 test with quality of work life among Amirmomenin hospital personnel of Zabol city. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences* 2011; 18(2): 50-5. [Persian]
30. Luszczynska A, Boehmer S, Knoll N, Schulz U, Schwarzer R. Emotional support for men and women with cancer: Do patients receive what their partners provide? *International Journal of Behavioral Medicine* 2007; 14(3): 156-63.
31. Karabulutlu EY. Coping with stress of family caregivers of cancer patients in Turkey. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* 2014; 1(1): 55-60.
32. Given BA, Sherwood P, Given CW. Support for caregivers of cancer patients: transition after active treatment. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 2011; 20(10): 2015-21.
33. Mardani Hamule M, Shahraki Vahed A. Relationship between mental health and quality of life in cancer patients. *Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences* 2010, 18(2):111-7.
34. Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, Nikanfar A, Alavi-Majd H, Ghahramanian A. Factors influencing communication between the patients with cancer and their nurses in oncology wards. *Indian Journal of Palliative Care* 2014; 20(1): 12-20.
35. Jannati Y, Mohammadi R, Seyed Fatemi N. Iranian clinical nurses' coping strategies for job stress. *Journal of Occupational Health* 2011; 53(2): 123-9.
36. Fathi A, Nasae T, Thiangchanya P. Workplace stressors and coping strategies among public hospital nurses in Medan, Indonesia. The 2nd International conference on Humanities and social sciences 2010; Tehran, Iran. [Persian]
37. Liu W-W, Pan F-CH, Wen P-CH, Chen S-J, Lin S-H. Job stressors and coping mechanisms among emergency department nurses in the Armed force hospitals of Taiwan. *International Journal of Human and Social Sciences* 2010; 5(10): 626-33.
38. Karimollahi M, Abedi HA, Yousefi A. Spiritual needs as experienced by Muslim patients in Iran: A qualitative study. *Research Journal of Medical Sciences* 2007; 1(3): 183-90.
39. Momeni Ghaleghasemi T, Musarezaie A, Karimian J, Ebrahimi A. The relationship between Spiritual Well-Being and Depression in Iranian Breast Cancer Patients. *Journal of Health Information Management* 2010; 8(8): 1007-16. [Persian]
40. Heidarzadeh M, Rassouli M, Mohammadi Shahbolaghi F, Alavi Majd H, Karam AM, Mirzaee H, et al. Posttraumatic growth and its dimensions in patients with cancer. *Middle East Journal of Cancer* 2014; 5(1): 23-9.

The Process of Spiritual Care in Rehabilitation of Cancer Patients: A grounded theory study

Mozhgan Rahnama¹, Masoud Fallahi Khoshknab², Sadat Seyed Bagher Madah³, Fazlollah Ahmadi⁴

1. Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
2. Associate Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
4. Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Original Article

Medical - Surgical Nursing Journal, 2015; 4(3): 1-12.

ABSTRACT

Background and Objective: spiritual care is considered as a part of the holistic care and rehabilitation specialists put much emphasis on paying attention to the spiritual needs in cancer patients. The present study aimed to explain the process of spiritual care in rehabilitation of cancer patients.

Materials and Method: This grounded theory study was done in 2012 in one of the hospitals in Tehran. The participants were 28 people, including cancer patients (11) and their families (7), oncology nurses (6), physician (1), psychologists (2) and clergy man (1). At first, purposeful sampling was used and then, according to emerged codes and categories, theoretical sampling was employed. Data gathering was done through individual semi-structured interview, observation, writing field notes and using the documentation. Data were analyzed by Strauss and Corbin's approach.

Results: Data analysis led to emerging the 4 main categories including helplessness, seeking for support, attaining to relatively sense of spiritual well-being and effective factors on spiritual care. "Need for support" was identified as the core concept of the research.

Conclusion: The support of rehabilitation caregivers (family and nurses) alongside the support of the patients, and forming the spiritual care team including physician, nurse, social worker, psychologist and clergyman is essential.

Keywords: Rehabilitation, Spirituality, Spiritual care, Cancer, Grounded theory

Correspondence:

Masoud fallahi khoshknab
University of Social
Welfare and
Rehabilitation
Sciences

Email: fallahi@uswr.ac.ir

Received: 07/06/2015
Accepted: 12/09/2015

Please cite this article as: Rahnama M, Fallahi Khoshknab M, Madah SSB, Ahmadi F. Explaining the Process of Spiritual Care in Rehabilitation of Cancer Patients: A grounded theory study. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2015; 4(3): 1-12.



Medical & Surgical Nursing Journal

Vol. 4, No. 3, 2015



Iranian Nursing Association

Owned and Published by: Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Nursing and Midwifery school

ISSN: 2322-178X

Online ISSN: 2322-4169

Islamic Guidance License No: 19191/90,
90.7.24

Director in Charge: Ali Navidian

Editor-in-Chief : Ali Navidian

Executive Manager: Fatiheh Kermansaravi

Deputy Editor: Fereshteh Najafi

Scientific & Literature Editor: Fereshteh Najafi

English Editor: Fariba Yaghoubinia

Journal Expert: Toktam Kianian

Executive Expert & Site Manager: Mahdiye Rezaei

Editorial Board

Fazlollah Ahmadi. Professor of Nursing, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Abbas Abbaszadeh. Professor of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Hosein Ansari. Assistant Professor of Epidemiology, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Abbas Ebadi. Associate Professor of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Masoud Fallahi Khoshknab. Associate Professor of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Fatiheh Kermansaravi. Assistant Professor of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Negin Masudi Alavi. Professor of Nursing, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Zahra Moodi. Assistant Professor of Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Reza Negarandeh. Professor of Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Ali Navidian. Associate Professor of Councilor Family, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Fereshteh Najafi. Instructor of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Maryam Rassouli. Associate Professor of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Farideh Yaghmaei. Associate Professor of Nursing, Islamic Azad University of Zanjan, Zanjan, Iran

Fariba Yaghoubinia. Assistant Professor of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Ali Zargham. Assistant Professor of Nursing, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

The referee of this issue

Ansari H. (PhD), Atashzade Shourideh F. (PhD), Dehghan M. (PhD Student), Mohsen Pour M. (PhD Student), Pishkar Mofrad Z. (MSc), Rasouli M. (PhD), Rezaei N. (PhD), Sabzevari S. (PhD), Yaghoubinia F. (PhD), Zandi M. (PhD)

Journal Scope: Nursing

Funded By: Zahedan University of Medical Sciences, Deputy Minister for Research and Technology with cooperation by Iranian Nursing Scientific Association

Reprinting of this publication is subject to citing the references, and all rights reserved.

This Journal is Indexed & Abstracted in:

ISC, Iran Medex, Magiran, SID, Google Scholar

Address: Medical & Surgical Nursing Journal, Mashahir Square, Zahedan Nursing and Midwifery School. P.O. Box: 98169-13396.

Tel: +98 54 33438473 fax: +98 54 33442481, email: ijmsn@zaums.ac.ir