

## طراحی مدل مراقبت معنوی در توانبخشی بیماران مبتلا به سرطان

مژگان رهنما<sup>۱</sup>، مسعود فلاحي خشکناپ<sup>۲</sup>، سادات سيد باقر مداح<sup>۳</sup>، فضل‌اله احمدی<sup>۴</sup>

۱. استادیار، گروه پرستاری، 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، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

### مقاله پژوهشی

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال سوم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۳، صفحات ۷۰-۶۱

### چکیده

زمینه و هدف: توانبخشی قسمت مهمی از برنامه مراقبتی بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد و متخصصان توانبخشی بر توجه به نیازهای معنوی این مددجویان تأکید دارند. نیازهای معنوی تحت تأثیر فرهنگ می‌باشد که باید در ارایه مراقبت معنوی ضمن توانبخشی به آن‌ها توجه نمود. این مطالعه با هدف طراحی مدلی مطابق با واقعیت‌های موجود در کشور و فرهنگ مردم ایران جهت ارایه مراقبت معنوی در توانبخشی بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت کیفی و با رویکرد تئوری زمینه‌ای در سال ۱۳۹۱ انجام شد. روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختار یافته با ۲۸ نفر شامل ۱۸ بیمار مبتلا به سرطان بستری در یکی از بیمارستان‌های تهران و خانواده‌هایشان، ۶ پرستار انکولوژی، ۱ پزشک، ۲ روانشناس و ۱ روحانی بود. طی دو مرحله ابتدا با استفاده از روش تئوری زمینه‌ای، تجارب مشارکت‌کنندگان تبیین گردید. سپس با استفاده از یافته‌های حاصل از این مرحله و مرور بر متون، مدل مناسب به روش ۳ مرحله‌ای واکر و اوانت شامل مشخص کردن مفاهیم کلیدی، مرور بر متون و سازمان‌دهی مفاهیم و بیانیه‌ها در داخل یک کل طراحی گردید.

یافته‌ها: طبقه مرکزی در این مطالعه «نیاز به حمایت» بود که بر اساس آن تئوری زمینه‌ای «تلاش برای کسب حمایت» و در ادامه «مدل مراقبت توانبخشی معنوی حمایت محور» ارایه گردید. اجزای مدل در دو بخش حمایت از بیمار به طور مستقیم (اجرای فرایند سیستماتیک مراقبت معنوی) و غیر مستقیم (توانمندسازی پرستاران، تشکیل تیم توانبخشی مراقبت معنوی، شایسته‌سازی معنوی پرستاران و حمایت از خانواده) ارایه می‌گردد.

نتیجه‌گیری: طبق این مدل، شناسایی و رفع نیازهای معنوی بیماران طی یک رویکرد سیستماتیک، توسعه آگاهی و حساسیت پرستاران نسبت به نیازهای معنوی بیماران، شایسته‌سازی معنوی و توانمندسازی پرستاران، ارتقای عملکرد تیمی و حمایت از خانواده جهت فراهم آوردن مراقبت معنوی بیماران طی توانبخشی ضروری هستند.

کلید واژه‌ها: توانبخشی، بیمار مبتلا به سرطان، مراقبت معنوی، تئوری زمینه‌ای، مدل

نویسنده مسؤول:

مسعود فلاحي خشکناپ  
دانشگاه علوم بهزیستی و  
توانبخشی

پست الکترونیک:

fallahi@uswr.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۱۱/۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۳/۵

### مقدمه

به زندگی طبیعی و مفید نمی‌شد.<sup>۴</sup> با توجه به شیوع انواع سرطان‌ها، تشخیص به موقع، بهبود روش‌های درمانی، جراحی و دارویی، افزایش کیفیت مراقبت‌های پزشکی و پرستاری و در نهایت افزایش طول عمر بیماران نقش اقدامات طب توانبخشی در کاهش عوارض، استفاده بهینه از توانایی‌های موجود، فراهم کردن حداقل وابستگی، افزایش کارایی در حیطه‌های مختلف جسمی، روانی - حرکتی، اجتماعی و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها از اهمیت خاصی برخوردار شده است.<sup>۵</sup>

توصیه شده است که فرایند توانبخشی از زمان تشخیص شروع شود و در تمامی مراحل درمان ادامه پیدا کند،<sup>۴</sup> اما اهداف آن در مراحل مختلف بیماری متفاوت است و همچنان که بیماران مراحل مختلف بیماری را طی

سرطان عامل ناتوانی و مرگ زودرس می‌باشد و سهم بزرگی از خدمات سیستم‌های مراقبت بهداشتی کل جهان را به خود اختصاص می‌دهد.<sup>۱</sup> در مطالعه‌ای از این بیماری به عنوان یک وضعیت شایع و عامل مهم ناتوانی نام برده شده است.<sup>۲</sup> بنابراین مراقبت از این بیماران شامل توانبخشی نیز می‌باشد که عبارت است از یک فرایند مداوم و فردی که با هدف توسعه و افزایش ظرفیت‌های فردی با وجود محدودیت‌های تحمیل شده به واسطه بیماری یا درمان انجام می‌شود.<sup>۳</sup>

در گذشته بیمار مبتلا به سرطان توسط جامعه یا برخی پزشکان محکوم به نیستی در نظر گرفته می‌شد، در نتیجه بیماری غیر قابل علاج و غیر قابل توانبخشی محسوب می‌گردید و توجهی به نیازهای این بیماران برای برگشت

عواملی مانند سن، جنس، نژاد، فرهنگ، تجارب قبلی فرد و مرحله‌ای از زندگی که فرد در حال گذر از آن است، تأثیر گذار می‌باشد؛<sup>۱۷</sup> مطالعه حاضر با هدف طراحی مدلی جهت ارائه مراقبت معنوی طی توانبخشی بیماران مبتلا به سرطان با توجه به فرهنگ بومی ایران صورت گرفت.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش کیفی و با رویکرد تئوری زمینه‌ای انجام شد. مراقبت معنوی یک فرایند اجتماعی، تعاملی و پیچیده می‌باشد که تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرد. تئوری زمینه‌ای نیز یک روش تحقیق کیفی است که برای بررسی فرایندهای اجتماعی موجود در تعاملات انسانی و ساختار و روندی که به آن منجر شده است، به کار می‌رود.<sup>۱۸</sup> بنابراین رویکرد تئوری زمینه‌ای برای این مطالعه انتخاب گردید.

برای مطالعه حاضر ابتدا ۱۸ بیمار مبتلا به سرطان و خانواده‌های آنان، ۶ پرستار انکولوژی، ۱ پزشک، ۲ روانشناس و ۱ روحانی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به تدریج با استفاده از نمونه‌گیری نظری بر اساس کدها و طبقات به دست آمده به مطالعه وارد شدند. بیماران سن بالای ۲۰ داشتند و حداقل ۳ ماه از اطلاع آن‌ها نسبت به بیماری گذشته بود (گذراندن بحران تشخیص)، ضمن این که تمایل و آمادگی (نداشتن مشکل شناختی و قادر بودن به برقراری ارتباط) مشارکت در تحقیق را داشتند. پرستاران نیز دارای حداقل یک سال سابقه کار در بخش انکولوژی و قادر به تبادل آسان و آزاد تجربیات و احساسات خود با محقق بودند.

محیط پژوهش، بخش انکولوژی یکی از بیمارستان‌های تهران در سال ۱۳۹۱ و روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته فردی بود. مدت زمان احتمالی مصاحبه از قبل به مشارکت کنندگان اطلاع داده می‌شد و این زمان بین ۴۵ تا ۱۲۰ دقیقه متغیر بود و با توجه به شرایط تیم درمانی و بیماران، میزان تحمل و تمایل شرکت کنندگان در ۱ یا ۲ نوبت انجام می‌گرفت. در ابتدای مصاحبه سؤالاتی مانند «تجربه بستری شدن به عنوان یک بیمار مبتلا به سرطان چگونه است؟»، «لطفاً از تجربیاتتون طی مراقبت از بیمارتان برایم صحبت کنید؟» و «لطفاً یک شیفت کاری خودتان را توضیح دهید؟» پرسیده شد. معیار اصلی در خصوص تعداد مصاحبه‌ها استفاده از مطمئن کلیدی، کیفیت داده‌ها، طبقات و نظریه در حال ظهور و رسیدن به اشباع نظری بود. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مشاهده، ثبت یادداشت‌های در عرصه و استفاده از مستندات نیز انجام گرفت.

بعد از خواندن متن هر مصاحبه و درک آن، کد مناسبی به عبارت یا پاراگراف موردنظر داده شد. کلیه مصاحبه‌ها با همین روش کدگذاری گردید. پس از انجام چند مصاحبه اول و تعیین کدهای اساسی و با استفاده از روش مقایسه مداوم داده‌ها و بررسی شباهت‌ها و تفاوت‌ها در درون یک مصاحبه و بین مصاحبه‌ها با یکدیگر، کدهای مشابه یا دارای معنی و مفهوم شبیه به هم در یک طبقه (مقوله) قرار گرفت و بدین ترتیب طبقات اولیه و در نهایت طبقات اصلی به وجود آمد.

پس از شکل‌گیری نظریه توصیفی از روش سه مرحله‌ای سنتز طبق استراتژی تولید نظریه Walker و Avant (که مناسب‌ترین روش برای تولید یک تئوری

می‌کند، مداخلات توانبخشی نیز تغییر می‌نماید.<sup>۲</sup> طبق نظر مرکز مراقبت از سرطان در نیویورک، تداوم مراقبت‌های بیماران مبتلا به سرطان باید برای بیماران و خانواده آنان در محیطی ایمن و با حمایت کامل انجام شود تا آنان بتوانند تغییرات و نیازهای جسمی، عاطفی و معنوی خود را اظهار نمایند؛<sup>۶</sup> چرا که این بیماران اغلب به دنبال صدمات شدید جسمی و عملکردی از فقدان هدف، ارزش و معنی در زندگی رنج می‌برند، یعنی بیشتر از درد (رنج) معنوی شاکی می‌باشند<sup>۷</sup> و فراهم کنندگان مراقبت ملزم هستند به عنوان بخشی از مراقبت کل‌نگر برای بیماران مبتلا به سرطان، شناسایی موارد معنوی را در صورت تمایل بیماران مورد توجه قرار دهند و بدین ترتیب قادر باشند تا مراقبتی فراتر از رسیدگی جسمی تنها را ارائه نمایند.<sup>۸</sup>

مراقبت معنوی مرکز و قلب موجودیت انسان است و پرستارانی که مراقبت معنوی را ارائه می‌نمایند در بطن و قلب افرادی که از آن‌ها مراقبت می‌کنند، قرار دارند.<sup>۹</sup> طی ارائه مراقبت معنوی یک ارتباط عمیق، صمیمی و ماورایی بین پرستار و بیمار ایجاد می‌شود. پرستار معنویت را از دید هر یک از بیماران شناسایی و به او کمک می‌کند تا به یک قدرت برتر متصل گردد.<sup>۱۰</sup> Micke و همکاران در نتیجه تحقیق خود مطرح نمودند که معنویت و مذهب نقش بزرگی را در بیماران مبتلا به سرطان ایفا می‌کند و همبستگی بین کیفیت زندگی و مداخلات مراقبت معنوی وجود دارد. بنابراین معنویت باید یک نقطه تمرکز جدید برای تحقیقات در زمینه رادیوتراپی سرطان باشد.<sup>۱۱</sup>

به عقیده Zago و Aquino یکی از مشکلات متخصصان مراقبت سلامتی برای توانبخشی و بقای بیماران مبتلا به سرطان، فهم برداشت بیماران از زندگی به دنبال بیماری است. هرچند ممکن است ارتباط بین کارکنان بهداشتی و بیماران برای برطرف کردن نیازهای آنان جهت بقا کافی و منطقی باشد، اما ممکن است با رویکردی همه جانبه به بیماری و با توجه به ساختارهای فرهنگی و اجتماعی نباشد. به همین دلیل به تازگی نقش مذهب و معنویت در تجربه سرطان به طور فزاینده‌ای تشخیص داده شده است.<sup>۳</sup>

در تحقیقی که در ایران صورت گرفت نیز نیازهای معنوی به عنوان یکی از نیازهای مهم بیماران مبتلا به سرطان طی توانبخشی شناسایی شد،<sup>۱۲</sup> اما شواهد نشان دهنده نادیده گرفتن معنویت در طول فرایند توانبخشی است<sup>۱۳</sup> و برای مشخص شدن نقش حوزه‌های مذهبی و معنوی در ناتوانی و توانبخشی، انجام تحقیقات بیشتر ضروری به نظر می‌رسد.<sup>۱۴</sup>

Carson (به نقل از فلاحی خشک‌ناب و همکاران) بر این عقیده است که انسان دارای چند بعد و بر طبق آخرین مدل‌ها دارای چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی فرض شده است. امروزه پرستاران با استفاده از تئوری‌ها و مدل‌های مختلف به مراقبت و درمان بیماران می‌پردازند.<sup>۱۵</sup> مدل‌های پرستاری اطلاعاتی را درباره تعاریف، اهداف و عملکرد پرستاری و زیرساخت‌های بالین فراهم می‌آورند.<sup>۱۶</sup> با توجه به موارد مطرح شده و از آنجایی که جستجوهای انجام شده توسط محقق در پایگاه‌های مختلف اطلاع‌رسانی نشان از ضعف وجود مدل جامعی جهت ارائه مراقبت معنوی به این بیماران طی توانبخشی داشت و با عنایت به این که مفهوم معنویت ممکن است تفاسیر شخصی متفاوتی داشته باشد و در نحوه آشکارسازی (ظهور) آن

دسته‌بندی کدهای مشابه و طبقات، تنوع در انتخاب مشارکت کنندگان، نسخه‌نویسی مصاحبه‌ها در اسرع وقت و استفاده از نظرات همکاران امکان‌پذیر گردید<sup>۲۰</sup> و محدودیتی در مطالعه نبود. اصول اخلاقی در پژوهش شامل اخذ معرفی‌نامه از کمیته اخلاق و تحقیقات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، کسب رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان جهت ضبط مصاحبه ضمن حفظ بی‌نامی و رازداری و اختیار آنان برای خروج از مطالعه در طی فرایند تحقیق بود.

### یافته‌ها

مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر شامل ۱۸ بیمار مبتلا به سرطان و خانواده‌های آنان، ۶ پرستار انکولوژی، ۱ پزشک، ۲ روانشناس و ۱ روحانی بود (جداول ۱ و ۲).

تجویزی است) استفاده شد. در مرحله اول با مشخص کردن مفاهیم کلیدی برای ساخت و پردازش پایه‌های اساسی تئوری، یک مفهوم یا مجموعه مفاهیم مرتبط برای توسعه مدل مشخص و تعیین گردید. در مرحله دوم برای مشخص کردن عوامل وابسته به مفاهیم اصلی و ماهیت ارتباطات حول محور مفاهیم اصلی پارادایمیک انتخاب شده و مرتبط با مفاهیم متاپارادایمیک مدل، مروری بر متون صورت گرفت.<sup>۱۹</sup> همچنین از داده‌ها و یافته‌های مرحله اول به عنوان یکی از متون و مستندات مرتبط استفاده گردید. در مرحله سوم مفاهیم و بیانیه‌ها در داخل یک کل مرتبط سازماندهی و پدید آمده مورد مطالعه با استفاده از یافته‌های دو مرحله فوق نمایان گردید.

اطمینان از صحت و استحکام داده‌ها از طریق بازبینی مصاحبه‌های کدگذاری شده توسط مشارکت کنندگان، توافق اعضا بر روی مصاحبه‌های تحلیل شده

جدول ۱: ویژگی‌های فردی افراد مبتلا به سرطان

کد	سن (سال)	جنس	نوع سرطان	مدت ابتلا (سال)	میزان تحصیلات	وضعیت تأهل	شغل
۲	۳۶	مؤنث	پستان	۶	لیسانس	متاهل	خانه‌دار
۳	۳۷	مذکر	روده	۲	فوق لیسانس	متاهل	کارمند
۵	۲۷	مؤنث	تومور نخاعی	۱	دیپلم	متاهل	خانه‌دار
۶	۳۳	مذکر	کبد	۶	لیسانس	متاهل	کارمند
۷	۵۷	مؤنث	روده	۴	دیپلم	متاهل	کارمند
۹	۵۸	مؤنث	تخمدان	۳	سیکل	بیوه	خانه‌دار
۱۳	۴۵	مؤنث	پستان	۱۲	لیسانس	مطلقه	کارمند
۱۴	۴۳	مذکر	تومور مغزی	۱	سیکل	متاهل	آزاد
۱۵	۴۹	مؤنث	پستان	۱	بیسواد	متاهل	خانه‌دار
۱۶	۶۵	مذکر	ریه	۸	سیکل	متاهل	آزاد
۱۷	۳۶	مذکر	بیضه	۱	فوق لیسانس	مجرد	آموزگار

جدول ۲: ویژگی‌های فردی سایر مشارکت کنندگان

کد	سن (سال)	جنس	شغل	میزان تحصیلات
۱	۲۴	مؤنث	دانشجو	لیسانس (دانشجوی فوق لیسانس)
۴	۵۰	مؤنث	خانه‌دار	دیپلم
۸	۶۰	مؤنث	کارمند	دکتری
۱۰	۳۷	مؤنث	سرپرستار	لیسانس
۱۱	۲۵	مؤنث	دانشجو	لیسانس (دانشجوی فوق لیسانس)
۱۲	۴۳	مؤنث	کارمند	لیسانس
۱۸	۴۹	مؤنث	خانه‌دار	سیکل
۱۹	۴۳	مؤنث	سرپرستار	لیسانس
۲۰	۲۶	مذکر	پرستار	لیسانس
۲۱	۳۰	مذکر	پرستار	لیسانس
۲۲	۳۵	مؤنث	پرستار	لیسانس
۲۳	۴۰	مؤنث	پرستار	لیسانس
۲۴	۳۷	مؤنث	مدرس دانشگاه	فوق لیسانس (دانشجوی دکتری)
۲۵	۴۶	مذکر	پزشک	فوق تخصص انکولوژی
۲۶	۳۰	مؤنث	روانشناس	فوق لیسانس (دانشجوی دکتری)
۲۷	۳۵	مؤنث	روانشناس	فوق لیسانس
۲۸	۴۵	مذکر	روحانی	تحصیلات حوزوی

مرکزی ارتباط داشته باشد، صورت گرفت.

مفاهیم پارادایمیک انسان، سلامتی، پرستاری و محیط نیز در نظر گرفته شد. در مرحله بعد باید مرور بر متون و مطالعاتی حول محور مدل یعنی «مراقبت توانبخشی معنوی حمایت محور» و دیگر مفاهیم تشکیل دهنده چارچوب مفهومی انسان، سلامتی، پرستاری و محیط انجام می‌گرفت. محقق کلیه متون در دسترس در خصوص مفهوم مرکزی مدل و مفاهیم پارادایمیک آن را به صورت گسترده، دقیق و هدفمند مرور و روابط بین آنان و عوامل مؤثر بر آنان را بر اساس نتایج حاصل از مطالعه تئوری زمینه‌ای و همچنین متون مشخص نمود.

در این راستا متون انگلیسی و فارسی جستجو و از یافته‌های مطالعه زمینه‌ای نیز به عنوان یکی از متون و مستندات مرتبط استفاده شد. مفاهیم و عناصر اصلی مدل به این شرح مطرح شدند:

پرستار که در این مدل از نوعی دیدگاه معنوی برخوردار می‌باشد و برای ایفای نقش حمایتی خود در حیطه معنوی ضمن بررسی معنویت خود قبل از شناسایی نیازهای معنوی بیماران به پرورش معنویت در خود می‌پردازد و این امر موجب ارتقای شایستگی معنوی در او می‌گردد که برای درک و برطرف کردن نیازهای معنوی بیماران یک ضرورت محسوب می‌شود. البته او به این نکته توجه دارد که ارزیابی معنوی هر بیمار باید به صورت فردی انجام و بین نیازهای معنوی خود و بیمار نیز تمایز قابل شود. او برای رفع نیازهای معنوی بیماران از فرایند پرستاری استفاده می‌کند. انسان موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی و دارای نیازهای متعددی در این ابعاد است که در صورت مواجهه با عوامل مخل در برطرف کردن این نیازها، واکنش‌هایی را در جهت کسب حمایت از خود نشان می‌دهد. محیط مجموعه عناصر و عواملی است که موجب احساس نیاز به حمایت (گیرنده و ارایه دهنده مراقبت) می‌شود. سلامتی نیز در این مدل معادل پیامد موفقیت بیمار و پرستار در کسب حمایت و عملکرد صحیح در زمان و مکان مناسب و حمایت از خانواده به عنوان مراقب بیمار نیز در ارتقای این احساس سلامتی تأثیرگذار است.

مراقبت توانبخشی معنوی حمایت محور نیز مراقبتی است که طی آن حمایت از بیمار در بعد معنوی طی توانبخشی به دو صورت مستقیم و غیر مستقیم (حمایت از مراقبین توانبخشی) قابل تأمین است:

حمایت مستقیم از بیمار در بعد معنوی شامل ۱- بررسی معنوی فردی بیماران و ۲- اجرای فرایند سیستماتیک مراقبت معنوی بر اساس ارزیابی فردی معنوی که از مراحل بررسی این بعد در بیماران می‌باشد. این بررسی مشخص کننده دیدگاه معنوی بیماران است و شناسایی نیازهای معنوی آن‌ها را تسهیل و منابع معنوی مورد اتکای آن‌ها را روشن می‌سازد. طراحی اهداف برای برطرف کردن نیازهای معنوی از انجام مداخلات معنوی مناسب و ارزشیابی تشکیل شده است.

حمایت غیر مستقیم از بیمار در بعد معنوی (حمایت از مراقبین توانبخشی) شامل ۱- توانمند سازی پرستاران، ۲- تشکیل تیم توانبخشی مراقبت معنوی از طریق برقراری همکاری بین پزشک، پرستار، اعضای

تحلیل داده‌ها منجر به استخراج ۴ طبقه اصلی (احساس درماندگی پیش زمینه سیر معنوی، بیداری معنوی، رسیدن به حس نسبی رفاه معنوی و عوامل مؤثر بر سیر معنوی) و ۱۲ زیرطبقه (مواجهه با تشخیص، مواجهه با درمان، احساس بی‌ثباتی، ظهور نیازهای معنوی و اتکا به منابع حمایتی معنوی، کسب معنی، کسب امید، کسب آرامش و رشد معنوی، معنویت افراد، تعاملات بیمار و باورهای افراد) گردید. واضح‌ترین مفهومی که از زمان مواجهه با ابتلا به سرطان در داده‌ها آشکار گردید، «نیاز به حمایت» بود؛ چرا که بیمار مبتلا به سرطان به دنبال صرف انرژی زیاد در مواجهه با تشخیص، درمان و احساس بی‌ثباتی است و به نقطه‌ای می‌رسد که احساس می‌کند به شدت درمانده و نیازمند حمایت می‌باشد. این نیاز توسط بیماران از ابتدای تشخیص تا زمان مرگ احساس و منجر به روی آوردن آن‌ها به منابع حمایتی معنوی می‌شود. از سوی دیگر، مراقبین توانبخشی نیز به واسطه مواجهه با مشکلات پیش روی خود نیاز به حمایت را تجربه می‌کنند که زمینه را برای بروز واکنش‌های رفتاری مؤثر بر احساس رفاه معنوی بیماران فراهم می‌نماید. به این صورت که پرستاران به واسطه مسایل پیش روی خود (عوامل استرس‌زای شغلی، عوارض شغلی، فقدان مراقبت تیمی، سبک مدیریت و توانمندی‌های بالای مورد انتظار) دچار احساس آسیب‌پذیری و نیازمند حمایت می‌گردند.

طبقه مرکزی این مطالعه تحت عنوان «نیاز به حمایت» مشخص گردید و نظریه بسترزاد «تلاش برای کسب حمایت» شکل گرفت. این نظریه توصیفی در شناخت کنش‌ها و تعاملات موجود در عرصه و زمینه واقعی مراقبت معنوی کمک کننده است و مشخص می‌کند که مشارکت کنندگان تنها در حال تلاش برای حمایت از خود هستند، اما این نظریه نمی‌تواند به این سؤال عملی، بالینی و کاربردی پاسخ دهد که چگونه می‌توان این سازگاری را به طور مؤثر تغییر داد تا منجر به بهبود مراقبت توانبخشی معنوی و افزایش کارایی آن گردد؟ بنابراین جهت دستیابی به هدف نهایی این تحقیق (طراحی مدل مناسب برای بهبود مراقبت توانبخشی معنوی در بیماران مبتلا به سرطان) از روش سه مرحله‌ای Walker و Avant استفاده گردید.<sup>۱۹</sup>

بر اساس این روش، در مرحله اول با توجه به این که نتایج مطالعه تئوری زمینه‌ای نشان داد مراقبت توانبخشی معنوی موجود در توانبخشی بیماران مبتلا به سرطان به مراقبت معنوی مطلوب و مبتنی بر نیازهای همه جانبه در توانبخشی بیماران منتهی نمی‌شود، این سؤال مطرح شد که چگونه می‌توان به مراقبین توانبخشی کمک کرد که قادر به ارایه مراقبت مبتنی بر نیازهای همه جانبه بیماران باشند تا بدین وسیله هم آن‌ها آسیب کمتری ببینند و هم رضایت بیماران به واسطه دریافت خدمات استاندارد و مبتنی بر نیازهایشان جلب شود. به عبارت دیگر چگونه می‌توان مراقبت توانبخشی معنوی را بهبود بخشید تا نیازهای معنوی بیماران برآورده شود و آن‌ها به حس کامل رفاه معنوی دست یابند؟ بنابراین با توجه به طبقه مرکزی مطالعه (نیاز به حمایت) و نظریه زمینه‌ای (تلاش برای کسب حمایت)، «مراقبت توانبخشی معنوی حمایت محور» به عنوان مفهوم اصلی و الگوی مدل در نظر گرفته شد و توسعه مدل با استفاده از این مفهوم و تمرکز بر سایر مفاهیمی که با مفهوم

خانواده، مددکار اجتماعی، روانشناس، روحانی و بهبود یافتگان، ۳- شایسته سازی معنوی پرستاران و ۴- حمایت از خانواده می‌باشد.

## بحث

نتایج به دست آمده از مطالعه، مدل مراقبت معنوی حمایت محور در توانبخشی بیماران مبتلا به سرطان را بر اساس حمایت مستقیم از بیمار با اجرای فرایند سیستماتیک مراقبت معنوی و حمایت غیر مستقیم از مراقبین توانبخشی شامل پرستاران و خانواده تبیین نمود.

توانمند سازی پرستاران به عنوان یک مداخله در مدل پیشنهاد گردید. زعیمی و همکاران گزارش کردند که از طریق اقدامات اثربخش در بهسازی مدیریت پرستاری می‌توان توانمند سازی سازمانی و روانی را افزایش داد که در نهایت منجر به ارتقای عملکرد حرفه‌ای پرستاران گردد.<sup>۱۱</sup> ملکی و همکاران نیز عقیده داشتند که محیط‌های کاری توانمند سازی شده می‌تواند بر توانایی پرستاران در حرفه‌ای عمل کردن، تأمین بهترین مراقبت از بیمار و دیگر پیامدهای مثبت سازمانی تأثیر گذار باشد.<sup>۲۲</sup> همچنین نصیرپور و سیادت در این رابطه مطرح کردند، توانمند سازی نقش کلیدی در توسعه حرفه‌ای پرستاری، افزایش رضایت شغلی پرستاران، بهبود کیفیت مراقبت از بیماران و پرورش احساسات معنی‌داری، خودمختاری، شایستگی و مؤثر بودن در پرستاران دارد. پرستاران توانمند قادر به رفع نیازهای بیماران و انتظارات خانواده‌های آنان هستند و می‌توانند به طور مؤثر وظایف خود را انجام دهند، اما پرستارانی که توانمند نیستند اغلب از شغل خود راضی نبوده، انگیزه‌ای برای ادامه آن ندارند و در جستجوی شغل دیگری می‌باشند. ضمن این که مراقبت پرستاری به عمل آمده توسط این بیماران پایین‌تر از سطح انتظار و منتهی به نارضایتی از بیماران می‌گردد.<sup>۳۳</sup>

تشکیل تیم مراقبت معنوی یکی دیگر از مداخلات پیشنهادی در مطالعه حاضر بود. Ganesh و Kashi Komala می‌نویسند، مناسب است که یک تیم به جای یک فرد ارایه مراقبت معنوی را بر عهده گیرد.<sup>۲۴</sup> Watson بیان کرد، سرطان یک مشکل پیچیده می‌باشد و مهارت‌های تعداد زیادی از متخصصان سلامتی را می‌طلبد که به طور سیستماتیک با یکدیگر کار کنند و با همکاری بین بخشی تشکیل یک تیم را بدهند. مزیت بزرگ کار تیمی این است که هر متخصص ممکن است مشکلاتی را تشخیص دهد که به وسیله فرد یا افراد دیگر تیم نادیده گرفته شده است.<sup>۲۵</sup> پیامی بوساری و همکاران هم اظهار داشتند که ارایه خدمات مراقبتی و درمانی در سیستم‌های مراقبت بهداشتی مستلزم همکاری و تشریک مساعی گروه‌ها و رده‌های مختلف شغلی با یکدیگر است.<sup>۲۶</sup>

در مطالعه حاضر تقویت بعد معنوی پرستاران یا به عبارتی شایسته‌سازی معنوی پرستاران به عنوان یک مداخله پیشنهاد گردید. نتیجه تحقیق van Leeuwen و همکاران نیز مطرح کننده اهمیت معنویت پرستار به عنوان یک عامل تأثیر گذار بر ارایه مراقبت معنوی از سوی مشارکت کنندگان بود.<sup>۲۷</sup> فاطمی و همکاران گزارش کردند که یک پرستار معنوی دانش و

تجارب منشأ گرفته از معنویت خود را به مرکز مراقبتی آورده و باعث می‌شود قسمتی از نیاز معنوی بیمار برآورده گردد.<sup>۲۸</sup> راوی و همکاران هم اشاره دارند، معنویت به عنوان یک جزء مهم و غیر قابل تفکیک شغل پرستاری محسوب می‌شود و در عین حال بعدی ذاتی و درونی است که می‌تواند پرستاران را ترغیب نماید اقدامات و مداخلات خود را هدفمند و با معنا ارایه کنند.<sup>۲۹</sup> غلامعلی لوسانی و همکاران مطرح کردند، احساس معنویت و مراقبت معنوی در پرستاران می‌تواند آن‌ها را در انجام وظایف خود به ویژه رویارویی با بیماران یاری دهد.<sup>۳۰</sup> خرمی مارکانی و همکاران بیان کردند که شاغلین حرفه‌های بهداشتی و پرستاران باید قبل از اجرای بررسی معنوی مددجویان به سلامتی معنوی خود توجه داشته و ادراک عمیقی از اعتقادات و ارزش‌های معنوی خود داشته باشند. افراد بهره‌مند از سلامت معنوی بالا نگرش مثبتی به مراقبت معنوی دارند و تشخیص‌های پرستاری معنوی را بیشتر در طرح مراقبتی بیماران ادغام می‌کنند.<sup>۳۱</sup>

Beresin و de Brito Pedrao در نتیجه مطالعه خود بر ضرورت شرکت متخصصان حرفه‌ای در برنامه‌های آموزشی و فراگرفتن مهارت جهت فراهم آوردن کمک معنوی به بیماران تأکید کردند.<sup>۳۲</sup> Rieg و همکاران بر شایستگی پرستاران برای ارایه مراقبت معنوی و توجه پرستاران به این نکته تأکید داشتند.<sup>۳۳</sup>

بر اساس مطالعه حاضر، حمایت از خانواده به عنوان یک مداخله در مدل پیشنهاد گردید. به عقیده Given و همکاران واژه حمایت توصیف کننده نیازهای خانواده بیمار برای کمک جهت فراهم آوردن مراقبت مناسب از بیمار مبتلا به سرطان پیشرفته است. اهداف حمایت شامل قادر ساختن اعضای خانواده برای حفظ آرامش، بالا بردن کیفیت زندگی بیماران و پیشگیری یا به حداقل رساندن دیسترس‌های غیر ضروری آنان می‌باشد. از دیدگاه آن‌ها حمایت از خانواده نوعی مراقبت غیر مستقیم از بیمار محسوب می‌گردد؛ چرا که در ضمن مراحل پیشرفته بیماری، تغییر در نقش‌های اعضای خانواده و بار مسؤلیت وارد آمده به آن‌ها ممکن است بر کیفیت زندگی بیماران نیز اثر منفی داشته باشد.<sup>۳۴</sup> Magill نیز در این رابطه بیان کرد که مداخلات حمایتی می‌تواند احساس گناه اعضای خانواده را کاهش و توانایی تطبیق آن‌ها با فقدان را افزایش دهد.<sup>۳۵</sup> همچنین Akechi و همکاران بر ضرورت توسعه حمایت روانی- اجتماعی از اعضای خانواده بیماران مبتلا به سرطان تأکید کردند.<sup>۳۶</sup>

یکی از موارد مورد تأکید در این مطالعه به عنوان مداخله در مدل، بررسی معنوی بیماران به صورت فردی می‌باشد. McCoy و Skalla در مطالعه خود مطرح کردند که بررسی معنوی یک بخش ضروری از مراقبت سرطان می‌باشد.<sup>۳۷</sup> Ferrell هم در تأیید این مطلب بیان کرد، از آنجایی که ممکن است متخصصان سرطان به طور غیر ارادی باورها و ارزش‌های مذهبی خود را به بیماران تحمیل کنند؛ بنابراین ارزیابی فردی معنوی برای تشخیص جنبه‌های معنوی که بر مراقبت تأثیر می‌گذارند، توصیه می‌گردد.<sup>۳۷</sup> Rieg و همکاران هم معتقد بودند که پرستاران باید قادر باشند بین نیازهای معنوی خود و بیمارانشان تمایز قابل شونده؛ چرا که ممکن است پرستاران و بیماران به

پرستاران برای ارایه مراقبت معنوی که عبارت است از تمایز قابل شدن بین نیازهای معنوی خود و بیماران تأکید داشتند.<sup>۳۳</sup>

۴- در مدل مراقبت توانبخشی معنوی حمایت محور بر حمایت از خانواده به عنوان یکی از مراقبین و اعضای مهم تیم توانبخشی تأکید شده است. هرچند در مدل Puchalski و همکاران نیز به نقش تأثیرگذار خانواده بر پیامد مراقبت معنوی اشاره شده، اما بر حمایت از خانواده تأکید نگردیده است.<sup>۳۹</sup>

۵- در مدل توانبخشی Chung و همکاران، بعد معنوی بیماران در کنار سایر ابعاد ضمن توانبخشی مورد توجه قرار گرفت و این مدل خاص مراقبت معنوی بیماران طراحی نشده بود،<sup>۴۱</sup> اما در مدل مراقبت حمایتی توجه عمیق تری به نیازهای معنوی بیماران صورت گرفت و فعالیت‌های اختصاصی در این رابطه معرفی شد. در ضمن مدل توانبخشی Chung و همکاران<sup>۴۱</sup> تنها جهت بیماران مبتلا به سرطان پستان طراحی گردید.

### هدف نهایی مدل

۱- افزایش توانمندی مراقبین توانبخشی در مواجهه با عوامل آسیب زننده،<sup>۲</sup> توسعه آگاهی و حساسیت پرستاران به مشکلات معنوی بیماران،<sup>۳</sup> ارتقای شایستگی معنوی پرستاران،<sup>۴</sup> ارتقای عملکرد تیمی در رفع دیسترس‌های معنوی بیماران طی توانبخشی و<sup>۵</sup> شناسایی و رفع نیازهای معنوی بیماران طی یک رویکرد سیستماتیک توسط تیم مراقبت توانبخشی

### راهبردها یا عملیات مدل مراقبت توانبخشی معنوی حمایت

#### محور

۱- توانمند سازی پرستاران

الف. فراهم کردن پیش‌نیازهای برنامه‌های توانمند سازی از طریق آموزش رفتارهای حرفه‌ای<sup>۴۲</sup> و محیط کار توانمند که عبارت است از محیطی که در آن کارکنان نیروی محرکه اصلی هستند و این محیط می‌تواند کارکنان توانمند را به وجود آورد.<sup>۴۳</sup> در برقراری سبک رهبری کارآمد، مدیران توانمند به عنوان هادی، مباشر، تسهیل کننده و مربی عمل می‌کنند.<sup>۴۴</sup>

ب. فراهم آوردن ساختارهای توانمند سازی شناختی از طریق ارایه اطلاعات به کارکنان، دادن استقلال کاری یا خودمختاری به کارکنان جهت جلوگیری از اتلاف بیهوده انرژی، جایگزینی ساختار سلسله مراتب سازمانی با گروه‌های خودگردان که مسؤولیت کامل اجرای یک کار یا تولید محصولی را از ابتدا تا انتها بر عهده داشته باشند و مسؤولیت میان آنان تقسیم شود و هنگام کار وابستگی کمتری به مدیران و سرپرستان احساس کنند.<sup>۴۳</sup>

ج. پرورش ابعاد توانمند سازی روان‌شناختی (احساس شایستگی یا احساس خودکفایی)، احساس خودمختاری (احساس داشتن حق انتخاب)، مؤثر بودن و معنی داری. به منظور افزایش احساس شایستگی در کارکنان می‌توان از دوره‌های تخصصی و عملی ضمن خدمت و ساز و کار گردش و چرخش شغلی استفاده نمود. افزایش احساس معنی داری نیز از طریق جذب نیرو با در نظر گرفتن تناسب شغل با شخصیت و ویژگی‌های افراد، برگزاری همایش‌ها و سمینارها، نشست‌های علمی و بهره‌گیری از مشاوران در امور رفتاری و نظایر آن‌ها امکان‌پذیر است. غنی سازی شغلی نیز از جمله عواملی

دلیل تفاوت‌های فرهنگی، باورهای معنوی متفاوتی داشته باشند. به همین جهت به هنگام ارزیابی از مراقبت معنوی، پیامدهای مورد انتظار باید بر اساس نیازهای معنوی شناسایی شده هر بیمار صورت گیرد.<sup>۳۳</sup>

اجرای فرایند سیستماتیک مراقبت معنوی نیز از مداخلات پیشنهادی در این مدل بود. Rieg و همکاران نیز در راهنمای عملی که برای ارایه مراقبت معنوی طی توانبخشی تهیه کردند بر گذراندن مراحل بررسی (شناسایی نیازهای معنوی بیماران)، تشخیص و طراحی (ارایه تشخیص از طریق تجزیه و تحلیل نتایج بررسی معنوی و طراحی مداخلات مناسب)، مداخلات (کمک به بیماران برای شناسایی و استفاده از منابع معنوی مناسب) و ارزیابی (مقایسه نتایج به دست آمده با انتظارات حرفه‌ای از مراقبت معنوی که در کدهای اخلاقی انجمن پرستاران آمریکا آورده شده است) تأکید داشتند.<sup>۳۳</sup>

نتایج مقایسه مدل مراقبت توانبخشی معنوی حمایت محور با مدل‌های موجود نشان داد:

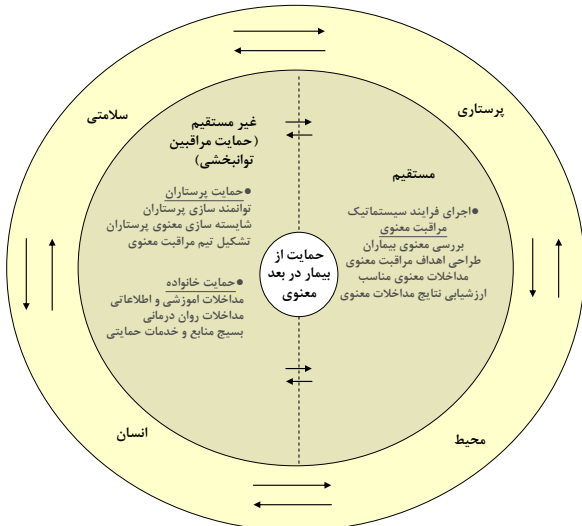
۱- در مدل مراقبت توانبخشی معنوی حمایت محور به بررسی معنوی بیماران با هدف ارزیابی فردی معنوی به عنوان یکی از مراحل فرایند پرستاری برای ارایه مراقبت معنوی اشاره شده است. McCoy و Skalla در مدل بررسی معنوی خود به این نکته اشاره نموده‌اند.<sup>۴۵</sup> Sulmasy نیز بر این بررسی در قالب کسب تاریخچه معنوی تأکید کرده است.<sup>۳۸</sup>

در مدل Puchalski و همکاران به مفاهیمی شامل غربالگری معنوی، تاریخچه معنوی و بررسی معنوی اشاره شده است.<sup>۳۹</sup> در مدل McSherry هم بر منحصر به فرد بودن بیماران از نظر نیازهای معنوی تأکید و عنوان گردیده است که فراهم کنندگان مراقبت باید بر افراد تمرکز داشته و آگاه باشند. از آنجایی که معنویت تحت تأثیر فرهنگ و جامعه قرار دارد، ممکن است برای هر کسی تعریفی داشته باشد<sup>۴۰</sup> که هرچند نشان دهنده اهمیت ارزیابی فردی معنوی در این مدل‌ها می‌باشد، اما در هیچ کدام از مدل‌ها به اجرای فرایند پرستاری در جهت ارایه مراقبت معنوی به بیماران اشاره‌ای نشده است. همچنین لازم به ذکر است که مدل‌های Sulmasy،<sup>۳۸</sup> Puchalski و همکاران<sup>۳۹</sup> و McSherry<sup>۴۰</sup> خاص بیماران مبتلا به سرطان نیست.

۲- در مدل مراقبت توانبخشی معنوی حمایت محور به تشکیل تیم مراقبت معنوی اشاره شده است. در مدل Puchalski و همکاران به همکاری پرستار، روحانی، پزشک و مددکار اجتماعی در فراهم آوردن مراقبت معنوی اشاره شده است.<sup>۳۹</sup> در مدل McSherry هم بر شمولیت (مسؤولیت جمعی از سوی تمامی مراقبین سلامتی برای طراحی سیاست‌ها و تعیین خط‌مشی‌ها در جهت رفع نیازهای معنوی بیماران) و همکاری درون و میان رشته‌ای طی ارایه مراقبت معنوی تأکید گردیده است.<sup>۴۰</sup>

۳- در مدل مراقبت توانبخشی معنوی حمایت محور بر توانمند سازی پرستاران، بررسی معنوی آن‌ها و فراهم آوردن شایستگی ارایه مراقبت معنوی در آن‌ها (شایسته سازی معنوی پرستاران) تأکید شده، اما در مدل‌های موجود به این نکته اشاره‌ای نگردیده است. Rieg و همکاران در راهنمای عملی خود بر ارزیابی فردی بیماران از دیدگاه معنوی و یکی از شایستگی‌های مهم

مبتلا به سرطان در کشور طراحی شده است و از این نظر قابلیت کاربرد دارد. پیشنهاد می‌شود که این مدل در تحقیقات بعدی بر روی بیماران مبتلا به سرطان به صورت کمی و با یک مطالعه مداخله‌ای آزمون شود تا با مشخص شدن تغییرات مورد نیاز، مدل ارتقا یابد.



نمودار ا: ایزای مدل

### تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

### سهم نویسندگان

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

مسعود فلاحي خشکتاب: نویسنده مسؤل، طراحی پژوهش، تجزیه و تحلیل داده‌ها و تأیید نهایی مقاله

سادات سید باقر مداح: همکاری در تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله  
فضل‌اله احمدی: همکاری در طراحی، مشارکت در تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله.

### سپاسگزاری

مقاله حاضر قسمتی از رساله دکتری تخصصی پرستاری (به شماره مصوب ۲۰۵-۵۰۰) می‌باشد. بدین وسیله از بیماران و خانواده‌های آنان، مراقبت کنندگان، مسؤلین بیمارستان، مسؤلین و کارکنان محترم مؤسسه حمایت از بیماران مبتلا به سرطان، بهنام دهشپور و مسؤلین محترم دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که بدون همکاری و مساعدت آن‌ها انجام این پژوهش امکان‌پذیر نبود، تشکر و قدردانی می‌گردد.

است که موجب احساس مسؤلیت بیشتر در کارکنان و افزایش انگیزه و احساس معنی‌داری در آنان می‌گردد.

داشتن حق انتخاب به معنی کسب تجربه در امر انتخاب، اجرا و همچنین نظام بخشیدن شخص به فعالیت‌های مربوط به خود است که این امر از طریق تفویض اختیار بیشتر به افراد و اعطای آزادی عمل به آنان در فعالیت‌هایی که علاقه و استعداد بیشتری در آن احساس می‌کنند، صورت می‌گیرد. به منظور افزایش احساس مؤثر بودن نیز پیشنهاد می‌شود با بهره‌گیری از ساز و کارهای مشاوره‌ای، تمهیدات ساختاری، رفتاری و زمینه‌ای در جهت از بین بردن موانع مشارکت کارکنان در امور سازمان تلاش شود. این تلاش‌ها از طریق کاهش بار مقررات و دستورالعمل‌های دست و پاگیر و زاید اداری، تشکیل جلسات هم‌اندیشی و تفویض اختیار، ارایه بازخوردهای منظم و پیوسته به صورت گزارش‌های ماهانه، فصلی و سالیانه انجام خواهد شد تا کارکنان از نحوه تأثیرگذاری‌شان بر فرایندهای جاری مطلع گردند.<sup>۴۵</sup>

۲- تشکیل تیم مراقبت معنوی از طریق برقراری همکاری بین پزشک، پرستار، اعضای خانواده، مددکار اجتماعی، روانشناس، روحانی و بهبود یافتگان  
۳- شایسته سازی معنوی پرستاران از طریق بررسی معنوی پرستاران توسط خود آن‌ها قبل از شناسایی نیازهای معنوی بیماران،<sup>۴۶</sup> تلاش فردی پرستاران برای رشد معنویت در وجود خود<sup>۴۱</sup> و برگزاری برنامه‌های آموزشی در جهت کمک به ارتقای معنوی پرستاران<sup>۲۸،۳۰</sup>

۴- حمایت از خانواده از طریق مداخلات آموزشی و اطلاعاتی، مداخلات روان‌درمانی و بسیج منابع و خدمات حمایتی<sup>۳۴</sup>

۵- اجرای فرایند سیستماتیک مراقبت معنوی بر اساس ارزیابی فردی معنوی متشکل از مراحل بررسی معنوی بیماران، طراحی اهداف مراقبت معنوی، مداخلات معنوی و ارزشیابی نتایج مداخلات معنوی.<sup>۴۷</sup> ارتباط اجزای مدل در نمودار ۱ نشان داده شده است.

### نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از مطالعه، مدل مراقبت معنوی حمایت محور در توانبخشی بیماران مبتلا به سرطان را بر اساس حمایت مستقیم از بیمار با اجرای فرایند سیستماتیک مراقبت معنوی (بررسی معنوی بیماران، طراحی اهداف مراقبت معنوی، مداخلات معنوی و ارزشیابی نتایج مداخلات معنوی) و حمایت غیر مستقیم از مراقبین توانبخشی شامل پرستاران (توانمند سازی و شایسته سازی معنوی پرستاران و تشکیل تیم مراقبت معنوی) و خانواده (مداخلات آموزشی و اطلاعاتی، مداخلات روان‌درمانی و بسیج منابع و خدمات حمایتی) تبیین نمود. بررسی مدل‌های موجود نیز مشخص کرد که هیچ کدام مطرح کننده الگوی جامع و کاملی برای ارایه مراقبت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان طی توانبخشی نیستند، اما مدل مراقبت توانبخشی معنوی حمایت محور از جامعیت بیشتری برخوردار می‌باشد و خاص بیماران

## References

- Ghanbari A, Baghaiee M. Nurses' perspectives of nursing research priorities about cancer patients. *Iran J Nurs* 2009; 2(57): 87-97. [In Persian].
- Asadi-Lari M, Goushegir SA, Madjd Z, Latifi NA. Spiritual care at the end of life in the Islamic context, a systematic review. *Iran J Cancer Prev* 2008; 1(2): 63-7.
- Aquino VV, Zago MM. The meaning of religious beliefs for a group of cancer patients during rehabilitation. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007; 15(1): 42-7.
- Kurtzman SH, Gardner B, Kellner WS. Rehabilitation of the cancer patient. *American Journal of Surgery* 1988; 155: 791-803.
- Bahrani MH. General intervention in cancer rehabilitation. Proceedings of the 1<sup>st</sup> National Congress on Supportive and Palliative Care in Cancer Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 1998 Apr 17-18; Tehran, Iran. [In Persian].
- Rahemi SH. What is important for cancer patients: A qualitative study report. *Iran J Nurs Res* 2006; 1(1): 47-57. [In Persian].
- Noguchi W, Morita S, Ohno T, Aihara O, Tsujii H, Shimoizuma K, et al. Spiritual needs in cancer patients and spiritual care based on logotherapy. *Support Care Cancer* 2006; 14(1): 65-70.
- Skalla K, McCoy JP. Spiritual assessment of patients with cancer: the moral authority, vocational, aesthetic, social, and transcendent model. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(4): 745-51.
- Fallahi Khoshknab M, Mazaheri M. Spirituality, Spiritual care and Spiritual therapy. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation; 1998. [In Persian].
- Deal B. A pilot study of nurses' experience of giving spiritual care. *Academic Journal* 2010; 15(4): 852-63.
- Micke O, Buntzel J, Mücke R, Glatzel M. Spirituality in radiation oncology from belief to bedside: A new focus for research? *European Journal of Integrative Medicine* 2008; 1(1): 12.
- Rahnama M, Fallahi Khoshknab M, Maddah SB, Ahmadi F. The essence of rehabilitation in Iranian cancer patients: A qualitative content analysis approach. *Indian Journal of Health and Wellbeing* 2011; 2(5): 1037-401.
- Chally PS, Carlson JM. Spirituality, rehabilitation, and aging: a literature review. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85(7 Suppl 3): S60-S65.
- Kilpatrick SD, McCullough ME. Religion and spirituality in rehabilitation psychology. *Rehabilitation Psychology* 2014; 44(4): 388-402.
- Fallahi Khoshknab M, Sadat Seyed Bagher M, Shamlo SH, Abedi HA, Babaie GH. Designing a nursing multi-dimensional model of psychiatric rehabilitation in schizophrenic patients care. *J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci* 2002; 10(3): 39-46. [In Persian].
- Salsali M, Fakhr Movahedi A, Cheraghi MA. Grounded theory research in medical sciences. Tehran, Iran: Boshra Publication; 2007. [In Persian].
- Sheehan MN. Spirituality and the care of people with life-threatening illnesses. *Techniques in Regional Anesthesia & Pain Management* 2005; 9(3): 109-13.
- Adib Hajbagher M, Parvizi S, Salsali M. Qualitative research approach. Tehran, Iran: Tanin Publication; 2008. [In Persian].
- Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing: pearson new international edition. New Jersey, NJ: Pearson Education; 2005.
- Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
- Zaimi M, Vanaki Z, Hajizadeh E. The relationship styles and nursing skills of nursing staff. *Teb Tazkiyeh* 2004; 13(4): 34-46. [In Persian].
- Maleki MR, Gohari MR, Ghorbanian A. Relationship between structural empowering and nurses' readiness for change. *Iran J Nurs* 2012; 25(76): 10-8. [In Persian].
- Nasiripour AA, Siadati S. A propose model for nurses empowerment through characteristics of workplace and management strategies; a study in Iranian hospitals. *Australian Journal of Basic & Applied Sciences* 2011; 5(6): 906.
- Kashi Komala RA, Ganesh LS. Spirituality in health care organizations. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology* 2006; 32(2): 119-26.
- Watson PG. Cancer rehabilitation: an overview. *Semin Oncol Nurs* 1992; 8(3): 167-73.
- Payami Bousari M, Ebrahimi H, Ahmadi F, Abedi HA. Types and major causes of conflicts experienced by nurses: A qualitative analysis. *J Zanjan Univ Med Sci* 1998; 16(65): 61-76. [In Persian].
- van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *J Clin Nurs* 2006; 15(7): 875-84.
- Fatemi MM, Nazari R, Safavi M, Naeni MK, Savadpour MT. The relationship between nurses' spirituality and patient's satisfaction from nursing care. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2011; 5(17): 141-60. [In Persian].
- Ravari A, Vanaki Z, Mirzaei T, Kazem Nezhad A. A spiritual approach to job satisfaction in nursing staff: a qualitative study. *Payesh* 2011; 10(2): 231-42. [In Persian].
- Gholamali Lavasani M, Keivanzadeh M, Arjmand N. Spirituality, job stress, organizational commitment and job satisfaction among nurses in Tehran. *Contemporary Psychology* 2008; 3(2): 61-73. [In Persian].
- Khorrami Markani A, Khodayarifard M, Alavimajd H, Yaghmai F. The experience of spiritual well-being from the perspective of oncology nurses: a qualitative content analysis. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2011; 18(3): 206-16. [In Persian].
- de Brito Pedrão R, Beresin R. Nursing and spirituality. *Einstein* 2010; 8(1 Pt 1): 86-91.
- Rieg LS, Mason CH, Preston K. Spiritual care: practical guidelines for rehabilitation nurses. *Rehabil Nurs* 2006; 31(6): 249-56.
- Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. *CA Cancer J Clin* 2001; 51(4): 213-31.
- Magill L. The spiritual meaning of pre-loss music therapy to bereaved caregivers of advanced cancer patients. *Palliat Support Care* 2009; 7(1): 97-108.
- Akechi T, Akizuki N, Okamura M, Shimizu K, Oba A, Ito T, et al. Psychological distress experienced by families of cancer patients: preliminary findings from psychiatric consultation of a Cancer Center Hospital. *Jpn J Clin Oncol* 2006; 36(5): 329-32.
- Ferrell B. Meeting spiritual needs: what is an oncologist to do? *J Clin Oncol* 2007; 25(5): 467-8.
- Sulmasy DP. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist* 2002; 42(Spec No 3): 24-33.
- Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a



- dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med* 2009; 12(10): 885-904.
40. McSherry W. The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *J Clin Nurs* 2006; 15(7): 905-17.
41. Chung BY, Xu Y. Developing a rehabilitation model of breast cancer patients through literature review and hospital rehabilitation programs. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2008; 2(1): 55-67.
42. Jalali M, Jalali M. Results of enabling employees in organization. *Journal of Management* 2014; 4(14-15): 120-5. [In Persian].
43. Niyazi M, Karkonan Nasrabadi M. Based empowerment strategy of social capital. *Tadbir* 2009; 20(203): 21-6. [In Persian].
44. Bakhtiyari H, Ahmadi Moghadam E. The role of management approaches in empowering managers. *Journal of Police Management* 2010; 5(1): 39-53. [In Persian].
45. Beyginia A, Sardari A, Najari Nejad H. The effect of cognitive empowering of strengthening factors of efficacy in human force productivity. *Journal of Public Administration Perspective* 2010; 1(3): 79-102. [In Persian].
46. Fallahi Khoshknab M, Ghazanfari N. The effect of group recreational activities on the self care skills of schizophrenic patients. *Iran J Nurs* 2007; 2(4-5): 25-30. [In Persian].
47. Govier I. Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nurs Stand* 2000; 14(17): 32-6.

Archive of SID

## *Designing a model for spiritual care in rehabilitation of cancer patients*

Mozhgan Rahnama<sup>1</sup>, Masoud Fallahi Khoshkenab<sup>1</sup>, Sadaat Seyed Bagher Maddah<sup>2</sup>,  
Fazlollah Ahmadi<sup>3</sup>

1. Assistant Professor, Department of Nursing, 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, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Original Article

*Medical - Surgical Nursing Journal, 2014; 3(2): 61-70*

### **ABSTRACT**

**Background and Objective:** Taking care of cancer patients includes rehabilitation, and rehabilitation experts emphasize on the spiritual needs of these patients. Spiritual needs are influenced by culture, which should be considered while providing spiritual care in rehabilitation. Therefore, this study was conducted aiming to present a model compatible with existing realities in Iran and its nation's culture in order to provide spiritual care in the rehabilitation of cancer patients.

**Materials and Method:** This was a qualitative and grounded theory study performed in 2012. The main data collection method was semi-structured interviews with 28 individuals including 18 cancer patients in one of hospitals in Tehran (with their families), 6 oncology nurses, 1 physician, 2 psychologists, and 1 clergyman. During the two stages of this study, first, the participants' experiences were explained via the ground theory. Then using the findings of the grounded theory and review of the literature, the appropriate model was designed with the three-stage method of Walker and Awant: 1. Specifying the key concepts, 2. Reviewing of the literature, and 3. Organization of concepts and expressions in a whole framework.

**Results:** The findings showed that the core category is the need for support, based on which the grounded theory of "endeavor to achieve support" and the "support-based spiritual rehabilitation care model" were presented. The model contained two components i.e. supporting the patient directly (administering the systematic process of spiritual care) and indirectly (enabling the nurses, establishing a team for the spiritual care in the rehabilitation, developing spiritual competency in the nurses, and supporting the family).

**Conclusion:** According to this model, recognizing and meeting the spiritual needs in patients by a systematic approach, developing of knowledge and sensitivity in the nurses regarding these needs, developing spiritual competency and enabling in the nurses, and supporting the family are necessary for providing spiritual care during rehabilitation.

**Keywords:** Rehabilitation, cancer patient, spiritual care, grounded theory

### **Correspondence:**

Masoud Fallahi Khoshkenab  
University of Social  
Welfare and  
Rehabilitation Sciences

### **Email:**

fallahi@uswr.ac.ir

Received: 22/1/2014  
Accepted: 26/5/2014

**Please cite this article as:** Rahnama M, Fallahi Khoshkenab M, Seyed Bagher Maddah S, Ahmadi F. Designing a model for spiritual care in rehabilitation of cancer patients. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2014; 3(2): 61-70.