

آنچه برای بیماران سرطانی مهم است: گزارشی از یک مطالعه کیفی

شمسی راحمی^۱

چکیده

مقدمه: سرطان به عنوان یکی از بیماری‌های شایع غیر عفونی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش می‌باشد. اطلاعات متعددی در مورد شناخت سرطان، معالجات مختلف آن و مراقبت‌های پرستاری وجود دارد. لیکن این بررسی خواسته‌ها و آنچه که برای این بیماران علاوه بر درمان سرطان اهمیت دارد را ارائه می‌دهد.

مواد و روش کار: در این مطالعه کیفی تعداد ۳۰ مددجوی ۴۰ سال به بالا با بیماری سرطان همراه با مشاهده و مصاحبه با پرسشنامه نیمه سازمان یافته و مددجو محور مورد بررسی قرار گرفتند. از هر مددجو ۵ مرتبه ویزیت به عمل آمد و مصاحبه‌ها ضبط گردید. نتیجه مشاهدات رفتارهای غیر کلامی و کلامی و پرسش سؤالات نیز یادداشت می‌شد. در پرسشنامه علاوه بر اطلاعات دموگرافیک خواسته‌ها و آنچه که برای مددجویان اهمیت داشت بر حسب مدل زندگی راپر ثبت گردید. روایی فرم مصاحبه از طریق مطالعه کتب، مجلات، افراد متبحر و مدل راپر و تئوری توانمند سازی لاشینجر تعیین گردید. پایایی پرسشنامه از طریق مطالعه راهنما و کاربرد آن در ۴ مددجوی سرطانی تعیین گردید تا از تفسیر نیازهای عنوان شده اطمینان به دست آید. نوشته‌های نوار ضبط شده و نوشته‌های محقق مورد آنالیز قرار گرفت. با چندین مرتبه مرور کردن اطلاعات حاصله، مفاهیم و نیازها مشخص شدند، سپس اطلاعات بر اساس مفاهیم و نیازها طبقه بندی گردید و یک Corresponding code بین مفاهیم به دست آمد. اطلاعات حاصل از آنالیز با مدل راپر مقایسه گردید تا کاربرد این مدل مشخص گردد.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده حاکی از آن است که یکی از مشکلات این مددجویان بروز احساسات و بحث در مورد نیازهایشان می‌باشد. متوسط سن مددجویان ۵۱ سال و نسبت زن به مرد ۳ به ۲ بود. کلیه مددجویان به درمان خود ادامه می‌دادند و مفاهیم و خواسته‌هایی که عنوان کردند عدم اطمینان به آینده بود که به صورت اشکال در برنامه ریزی و تصمیم گیری اظهار می‌کردند. نیازهای دیگر آنان تضاد در هویت داشتند که به صورت نداشتن انرژی و توانمندی کافی و به صورت تضاد در احساس و رفتار نشان داده می‌شد. نیاز دیگر آنان ایزوله شدن بود که به صورت احساس مبهم از خود، عدم اعتماد به نفس و نداشتن کنترل کافی بر فعالیت‌های زندگی نشان داده می‌شد.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده در این مطالعه مشخص گردید در این مددجویان عدم توانمندی باعث می‌شد که از فرصت‌ها و توانایی‌های خود در حدی که وجود داشت به نحو کامل استفاده ننمایند. لازم است بررسی کیفی با تعداد زیادتر مددجو صورت گیرد تا بتوان برنامه خاص مراقبت جامع از آنان را برای بخش‌های آنکولوژی تنظیم نمود.

واژه‌های کلیدی: سرطان، آنالیز محتوایی، نامطمئن بودن، تضاد در هویت، ایزوله شدن

۱ - کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) شیراز

آدرس: شیراز، میدان نماز، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)

تلفن: ۰۷۱۱-۶۲۷۹۱۳۱-۳

پست الکترونیک: rahemish@sums.ac.ir

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۸۴ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۳۸۴

مقدمه

در برخورد با بیماران سرطانی لازم است علاوه بر معالجات درمانی، شناخت بیشتری در مورد کیفیت زندگی آنان، احساسات، نظریات و به طور کلی شناخت بیشتری از برخورد این بیماران با بیماریشان به دست آید. زیرا این شناخت کمک زیادی به افراد تیم بهداشتی - درمانی در مداخلات درمانی آنان می‌کند. اطلاعات متعددی در مورد شناخت سرطان، معالجات مختلف آن و مراقبت‌های پرستاری وجود دارد. لیکن این بررسی اطلاعاتی در مورد خواسته‌ها، نیازها و احساس این بیماران ارائه می‌دهد.

به طور کلی از نظر فرهنگی و اجتماعی افراد جامعه یک نگرش خاص نسبت به بیماری سرطان و بیماران مبتلا به آن دارند. پرستاران لازم است آشنایی بیشتری از موارد بیومدیکال و درک افراد عادی جامعه از سرطان داشته باشند، تا بتوانند حمایت لازم و مراقبت جامع پرستاری را بر اساس نیاز فردی این مددجویان انجام دهند و برخورد متفاوتی با آنان داشته باشند. صادقی می‌گوید تجربه نشان می‌دهد که اکثر بیماران و خانواده‌های آنان با شنیدن واژه سرطان به طور غیر ارادی دچار یک شوک و هیجان می‌شوند. بیمار سرطانی و خانواده وی بایستی فرصتی برای ابزار احساسات و بیان افکار خود داشته باشند، زیرا همه افراد نمی‌توانند مقوله سرطان را بپذیرند و در نتیجه دچار یک بحران و آشفتگی روانی خواهند شد [۱]. کورنر معتقد است که واژه سرطان به گروهی از بیماری‌ها اختصاص داده شده است که خصوصیات نسبتاً مشترک دارند و این بیماری می‌تواند بافت‌ها و اندام‌های مختلف بدن انسان را درگیر کند [۲]. دوناوان و گیرتون بیان می‌کنند که اهمیت سرطان در جامعه بیشتر از طریق آمار مبتلایان و مرگ و میر حاصل از آن منعکس می‌شود. این اعداد و ارقام اشاره ای به موارد روحی - روانی و تأثیر بیماری بر فرد ندارد؛ به عنوان مثال، ترس و نگرانی در رابطه با فکر کردن به سرطان، تغییر نقش این افراد در جامعه، تضادها و نیازهایی که در زمان معالجه سرطان به وجود می‌آید و بسیاری از مشکلات دیگری که برای فرد در هنگام تشخیص سرطان به وجود می‌آید اشاره ای نمی‌شود [۳]. در مراقبت از بیماران سرطانی بیشتر تأکید بر

مراقبت‌های تکنیکی و درمانی است که بر اساس دانش تکنیکی مراقبت از بیماران سرطانی صورت می‌گیرد و می‌توان آن را به مراقبت از اکثر بیماران سرطانی عمومیت داد. لیکن مراقبت پرستاری از هر مددجو لازم است بر اساس خصوصیات فردی و نیازهای وی باشد. به عبارت دیگر مراقبت بایستی مددجو محور و با توجه به خصوصیات بیوگرافی، علایق، ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی و فیزیولوژیکی خاص هر بیمار باشد. با توجه به اینکه مراقبت‌های تکنیکی و مراقبت‌های مددجو مدار کامل کننده یکدیگر می‌باشند، مراقبت‌ها همان طور که تأکید بر دادن دارو، گرفتن نمونه خون و انجام سایر مراقبت‌های درمانی و آزمایشات تخصصی دارد، گوش کردن به مددجو درک احساسات وی و شناخت خواسته‌های او نیز جزء مراقبت پرستاری می‌باشد. تطابق بیمار با بیماری و درمان‌های تعیین شده بستگی زیادی به روحیه مثبت و سلامت روان بیمار دارد.

در گزارش بیمارستانی نیوهیون در رابطه با خواسته‌ها و نظرات بیماران سرطانی اظهار می‌کند که وقتی برای یک فرد، بیماری سرطان تشخیص داده می‌شود، بلافاصله به اثرات بیماری بر وضعیت جسمی و سلامت روانی عاطفی او فکر می‌کنیم [۴].

سرطان نه تنها به عنوان یک بیماری علاج ناپذیر در جامعه شناخته شده است، بلکه واژه سرطان نیز در جامعه برای موارد سخت و دشوار و یا مشکلات بسیار عظیم به کار می‌رود، به عنوان مثال وقتی مشکلی در یک مؤسسه وجود دارد به آن «غده سرطانی» گفته می‌شود.

نویسنده در این باره می‌گوید: واژه سرطان خارج از رشته‌های مختلف بهداشتی - درمانی به عنوان حالت ترور و مخرب در جنگ‌ها و یا تأثیر عوامل تهدید آمیز در جامعه به کار می‌رود. او می‌افزاید در سیستم بهداشتی - درمانی هم «جنگ بر علیه سرطان» ادامه دارد. همانند اینکه اگر در قسمتی از جامعه مشکلاتی مانند غده سرطانی وجود دارد، بیماری سرطان هم نیاز به معالجه، درمان و مراقبت‌های جامع پرستاری دارد [۵]. سرطان موضوعی است که هزاران نفر از افراد در جامعه روزانه به آن فکر می‌کنند و اگر روزانه هم نباشد باز هم یک تصور ترسناک از آن دارند.

1 - Corner

2 - Donovan & Girton

3 - New Haven

سرطانی بر پرستاران و پزشکان نیز تأثیر منفی گذارده و تحمل آن بسیار مشکل می‌گردد. در بخش‌های آنکولوژی می‌توان شاهد پرسنلی بود که با آرامش بیشتر و اعتماد زیاده‌تر در مراقبت این بیماران سهیم هستند و راحت‌تر با این بیماران ارتباط برقرار می‌کنند. این نوع مراقبت مجموعه‌ای از دانش و تکنیک آنها و هم‌شناخت و درک آنها از این بیماران می‌باشد. در این مورد کریس جونز مقالات زیادی را در رابطه با اینکه چگونه می‌توان پرسنل بهداشتی درمانی را از طریق بازاندیشی تجربیات واقعی خود برای مراقبت کامل‌تر آماده کرد نوشته است. او می‌گوید بسیار مفید خواهد بود اگر پرسنل بهداشتی-درمانی در مورد درک خود از بیماران و تجربیات واقعی در مراقبت از بیماران سرطانی بنویسند و در مورد آن بیشتر تفکر کنند. هدف از بازاندیشی مطابق با نظرات کریس جونز آن است که پرسنل پزشکی و پرستار از تجربیات خود با بیماران سرطانی از طریق بازاندیشی بیاموزند که چه نوع مراقبتی و چه ارتباطی با این مددجویان مفیدتر و درمانی‌تر خواهد بود [۱۱ و ۱۲]. در نتیجه این بررسی کیفی با هدف شناخت نیازها و خواسته‌های مددجویانی که دوران پس از معالجات درمانی را در منزل و یا حین انجام درمان‌ها به زندگی روزمره خود ادامه می‌دهند انجام گردید تا بتوان اطلاعات عینی و جامع بیشتری از خصوصیات فردی، فیزیولوژی، دموگرافی، اجتماعی، روانی - عاطفی، نیازها و عملکرد روزمره آنها جمع‌آوری کرد، و در دسترس تیم پزشکی - درمانی در کلینیک‌ها، بخش‌ها و درمانگاه‌های آنکولوژی قرار داد.

منطق هدایت‌کننده مطالعه

این مطالعه به صورت یک بررسی کیفی از نیازها و خواسته‌های مددجویان با تشخیص سرطان صورت گرفت، لذا به منظور انجام مشاهدات یکسان و سؤالات مشابه از کلیه مددجویان، از مدل فعالیت‌های زندگی راپر [۱۳] و تئوری توانمندسازی لاشینجر [۱۴] استفاده گردید. در مدل فعالیت‌های زندگی راپر در رابطه با عواملی که بر انجام فعالیت‌های روزمره زندگی اثر می‌گذارد دوازده

در مصاحبه‌ای که با یک خانم جوان در درمانگاه بهداشتی شهید سلطانی شیراز انجام شد او چنین می‌گفت «آنچه که همیشه فکر مرا مشغول کرده است» سرطان است. چون من مادرم را در اثر بیماری سرطان از دست دادم، این مشکل‌ترین و سخت‌ترین درد و نگرانی در زندگی من است می‌ترسم که روزی خودم برای معالجه سرطان به بیمارستان بروم و تمام خاطرات مادرم دوباره زنده شود.

کلادین هرلیش و پیرت که مطالعه آنها در مورد سرطان از طریق جمع‌آوری تجربیات شخصی آنها بوده است اظهار می‌کردند که سرطان «ترسناک‌ترین بیماری» می‌باشد [۶].

برای این منظور دبرا پترنیتی می‌گوید لازم است که خواسته‌ها و دیدگاه بیماران سرطانی را بهتر بشناسیم [۷].

طبق نظر مرکز مراقبت از سرطان در نیویورک تداوم مراقبت‌های بیماران سرطانی بایستی 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 [۸]. همان‌طور که برای درمان‌های پزشکی و تکنیک‌های آزمایشگاهی برای معالجه بیماران سرطانی تلاش می‌شود تا بتوانند بر طول عمر این بیماران بیفزایند لازم است که به کیفیت زندگی این مددجویان از طریق تشخیص نیازها و خواسته‌های روانی - اجتماعی آنها کمک شود.

آرونسون می‌گوید بررسی اثرات روانی اجتماعی سرطان در طول دوره درمان و معالجات وابسته یک امر اساسی است که بایستی در ارزیابی کیفیت زندگی این افراد مورد توجه قرار گیرد [۹].

خانم پاندی مانوج و همکاران نیز می‌گویند ارزیابی ذهنی از وضعیت روحی و روانی افراد سرطانی بایستی هم‌زمان با جمع‌آوری اطلاعات عینی انجام گیرد تا بتوان آنها را در معالجه بیماران منظور نمود [۱۰].

معالجات و درمان‌های متعدد در بیماری سرطان اثرات بسیار دردناک جسمی و روانی بر مددجویان دارد، در نتیجه احساس درد و رنج و مشکلات عاطفی مددجویان

1 - Herzlich & Pierret

2 - Paterniti

3 - Aaronson

4 - Manoj Pandey

5 - Johns C.

6 - Rapper

7 - Laschinger

به فرد هر مددجو در درمان و مراقبت وی نقش عمده ای دارد.

فعالیت‌های روزمره زندگی: هر فرد علی‌رغم سالم یا بیمار بودن، برای ادامه زندگی به موارد زیر نیازمند است، ارتباط با دیگران، حفظ و نگهداری محیط امن و سالم و پاکیزه، تنفس از هوای پاک، خوردن و آشامیدن بر حسب شیوه زندگی خود، دفع مواد زائد از بدن، لباس پوشیدن و استحمام، کنترل درجه حرارت بدن، تحرک، ورزش و فعال بودن، کار کردن و تفریح و سرگرمی، تمایلات جنسی، خواب و استراحت. راپر در مدل خود، نحوه پذیرش مرگ را نیز جزء فعالیت‌های زندگی قرار داده است.

راپر معتقد است انجام هر کدام از این فعالیت‌ها با توجه به خصوصیات افراد مختلف می‌تواند متفاوت و عوامل تأثیر گذار بر آن بسیار پیچیده باشد، که اولویت دادن به هر کدام از این فعالیت‌ها، شیوه زندگی فردی و ارتباط آنها به یکدیگر برای پرستاران در انجام مراقبت‌ها بسیار ارزشمند است.

طیف زندگی از تولد تا مرگ: انجام فعالیت‌های روزمره زندگی در هر مرحله از این طیف بر حسب نیاز فرد و توانمندی او متفاوت می‌باشد.

طیف وابستگی تا استقلال کامل: این طیف از وابستگی کامل به دیگران برای مراقبت تا استقلال کامل در انجام مراقبت از خود متغیر می‌باشد. وضعیت این طیف نیز برای انجام فعالیت‌های زندگی و روزمره در سنین مختلف و در دوران بیماری متفاوت می‌باشد. به عنوان مثال در یک بیمار سرطانی پس از اعمال جراحی، بعد از شیمی درمانی و در مراحل آخر بیماری فرد قادر به انجام بعضی از فعالیت‌های زندگی به طور مستقل نخواهد بود. در نتیجه این طیف دارای جهت دو طرفه می‌باشد که آگاهی از آن در انجام مراقبت‌های پرستاری از اهمیت خاص برخوردار است.

راپر معتقد است که تفاوت‌های فردی موجب می‌گردد که شیوه انجام و یا اولویت انجام هر کدام از فعالیت‌های زندگی برای هر فرد متفاوت باشد که این موضوع هم در طیف دوران‌های رشد هر فرد و هم در طیف وابستگی تا استقلال در انجام فعالیت‌های روزانه نقش بسیار مهمی دارد. از همه مهم تر کاربرد این تفاوت‌های فردی در انجام مداخلات پرستاری از

فعالیت مختلف زندگی، طیف زندگی از تولد تا مرگ، و طیف وابستگی تا استقلال بحث گردیده است که به ترتیب در مورد آنها به اختصار توضیح داده می‌شود.

عواملی که بر انجام فعالیت‌های روزمره

زندگی اثر می‌گذارد

عوامل بیولوژیکال: یکی از عوامل تأثیر گذار بر سلامت جسمی هر فرد تغییرات فیزیولوژیکی می‌باشد که اگر به هر دلیل فرد مشکلات فیزیکی مانند خستگی و درد داشته و یا تحت درمان‌های مختلف قرار بگیرد، می‌تواند انجام فعالیت‌های زندگی را با توجه به وضعیت جسمی مددجو مختل سازد.

عوامل روحی، عاطفی: افسردگی، منزوی شدن از دیگران، ترس و وحشت از نتیجه درمان و عدم حمایت خانواده و موارد مشابه دیگر می‌تواند انجام فعالیت‌های زندگی را تحت الشعاع قرار دهد.

خصوصیات فرهنگی و اجتماعی: میزان سواد، متأهل بودن، وضعیت اقتصادی، اعتقادات مذهبی، اجتماعی زیستن، عادت به بحث و بررسی در مورد احساسات و نظرات خود با خانواده و پرسنل بهداشتی - درمانی و داشتن شغل مناسب نیز بر نحوه انجام فعالیت‌های روزمره زندگی و استفاده از منابع موجود بر اجرای فعالیت‌های زندگی اثر می‌گذارد.

محیط: یکی دیگر از عوامل مؤثر، محیط فرد می‌باشد، محیطی که از نظر ابراز احساسات و نیازها امن تر باشد، محیطی که بتوان از دیگران برای انجام کارهای روزمره کمک گرفت، محیط تمیز و کم استرس، همراه با وجود آرامش در ارتباطات افرادی که در آن محیط به سر می‌برند همه در نحوه شیوه زندگی افراد اثر گذار می‌باشد.

عوامل اقتصادی: وضعیت اقتصادی هر فرد و خانواده، نحوه گذران زندگی به خصوص با داشتن بیماری مزمن و معالجات و درمان‌های گران، فرد و زندگی کلی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. داشتن بیمه درمانی، توان مالی برای انجام هزینه‌های پزشکی، مشاوره و دارو در انجام فعالیت‌های زندگی همه مؤثر می‌باشند. مجموعه عواملی که به آن اشاره شد، خصوصیات فردی افراد را به وجود می‌آورد که در نظر گرفتن این خصوصیات منحصر

مواد و روش کار

این بررسی یک مطالعه کیفی همراه با مشاهده و مصاحبه با پرسشنامه نیمه تنظیم یافته و مددجو محوری بود. تعداد ۳۰ مددجوی ۴۰ سال به بالا که برای آنها تشخیص سرطان قطعی شده بود، در مطالعه شرکت داشتند. بیماران از مراجعین به کلینک ها، مراکز مراقبت در منزل و دوستان و آشنایان انتخاب شدند. از هر مددجو پنج مرتبه - در وقتی که برای آنها مناسب بود - ویزیت انجام شد. اطلاعات مصاحبه ضبط گردید. نتیجه مشاهدات رفتارهای کلامی و غیر کلامی و پرسش سؤالات نیز یادداشت شد. فرم پرسشنامه علاوه بر ثبت اطلاعات دموگرافیک برحسب مدل زندگی راپر و خواسته‌ها و آنچه برای مددجویان اهمیت داشت، اطلاعات کاملی را در رابطه با عوامل روحی - روانی، بیولوژیکال، فرهنگی - اجتماعی، برنامه ریزی برای زندگی در حال و آینده، و نیازهای آنان جمع‌آوری می‌کرد. پرسشنامه از طریق مصاحبه غیر رسمی تکمیل می‌شد. این مصاحبه جزئی از معالجات مددجویان نبود. روائی محتوایی فرم مصاحبه از طریق مطالعه کتب، مجلات و افراد متبحر و مدل راپر و تئوری توانمندسازی لاشینجر تعیین گردید. پایایی پرسشنامه از طریق مطالعه راهنما تعیین گردید. برای این منظور کاربرد پرسشنامه که برای ایجاد یک ساختار و کمک به منظم کردن اطلاعات تهیه شده بود، برای چهار مددجویی که جزء نمونه پژوهش نبودند، بررسی گردید و تغییراتی بر اساس نیازهای دیگری که عنوان کردند و با توجه به مدل زندگی راپر در آن ایجاد شد و مجدداً برای همان چهار مددجو استفاده گردید تا از تفسیر نیازهای عنوان شده اطمینان به دست آید. اطلاعات جمع‌آوری شده به صورت نوار ضبط شده به صورت خلاصه تری به نوشته درآمد و در مجموع نوشته‌های حاصل از نوار ضبط شده و نوشته‌های محقق مورد آنالیز قرار گرفت. گرچه پرسشنامه به منظور یک راهنمای اولیه تهیه شده بود، لیکن کلیه مطالبی که مددجویان عنوان می‌کردند همه یادداشت می‌گردید و محقق چندین مرتبه با مرور کردن اطلاعات حاصله، مفاهیم و نیازها را مشخص نمود. بعد اطلاعات بر اساس مفاهیم و نیازها طبقه‌بندی گردید و یک Corresponding code بین این مفاهیم به دست آمد. علاوه بر آنالیز کیفی اطلاعات نتایج نیز با مدل راپر

مددجویان با مشکلات و خصوصیات متفاوت، قابل توجه می‌باشد.

تئوری توانمندسازی لاشینجر: در این تئوری برای اینکه هر فرد در هر سازمانی توانمندی لازم برای تصمیم‌گیری، کیفیت کار و انگیزه در ادامه کار با راندمان مناسب داشته باشد، لازم است موارد زیر برای وی فراهم گردد:

دریافت اطلاعات: داشتن آگاهی لازم در مورد نکات ضعیف و قوی خود و تصمیمات کلی که در سازمان اخذ می‌گردد، در افراد انگیزه بیشتری برای مشارکت در کار سازمان به وجود می‌آورد. مددجویان می‌توانند این آگاهی را هم از طریق تیم بهداشتی - درمانی کسب کنند و هم با مطالعه کتب و برقراری ارتباط با دیگران، دانش لازم را به دست آورند. تا انگیزه بیشتر برای ادامه درمان‌ها و افزایش کیفیت زندگی خود داشته باشند.

حمایت شدن: اگر پرسنل سازمان مورد حمایت مسوول و همکاران قرار گیرد، با دلگرمی بیشتری همراه با استفاده از توانمندی خود به کار ادامه می‌دهد. اگر کادر درمانی و پرستاری و خانواده مددجو درک بیشتری از نیازها و خواسته‌های مددجو داشته باشند و در نتیجه بتوانند حمایت لازم را از وی به عمل آورند تأثیر به‌سزایی در توانمند ساختن مددجو دارد و به سلامت روان وی نیز می‌افزاید.

امکانات و منابع لازم: افراد در هر سازمان نیاز به وسیله و منابع لازم جهت ارائه خدمات با کیفیت مناسب دارند. برای انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، ادامه درمان و افزایش کیفیت زندگی مددجویان، نیاز به منابع خاص می‌باشد که اگر این منابع و وسایل لازم در اختیار افراد باشد هم به استقلال فرد در انجام فعالیت‌ها و درمان کمک می‌کند و هم احساس توانمندی لازم را برای وی به وجود می‌آورد.

تشویق و بازخورد: هر فرد در هر مرحله از زندگی و در هر سازمانی نیاز به بازخورد مناسب دارد. مددجویان زمانی که فعالیت‌های مختلف را به صورت خودمراقبتی انجام دهند و یا با درمان و بیماری خود بهتر سازگار شوند، اگر بازخورد مثبت از پرستاران دریافت کنند انگیزه لازم برای ادامه خودمراقبتی را در آنها به وجود می‌آورد و به طور کلی توانمندی را در آنها افزایش می‌دهد.

از آنالیز اطلاعات به دست آمده از طریق مصاحبه و مشاهده ارتباط مددجو با افراد خانواده، مصاحبه گر، دوستان و کادر بهداشتی درمانی موارد زیر به صورت inductive به دست آمد.

درک مددجویان از وضعیت سلامت خود

عواملی که به نوع بیماری و درمان آن مربوط می‌گردید برای آنها اهمیت داشت. اکثر مددجویان در مورد نوع معالجه، طول درمان، عوارض درمانی و پیگیری و ادامه معالجات خود صحبت می‌کردند. تعداد زیادی از آنها اظهار می‌کردند که آنها دیگر نمی‌توانند فرد کاملاً سالمی باشند و از زندگی خود لذت ببرند. تعدادی از آنها در رابطه با ادامه شغل خود و داشتن توانمندی کافی برای کار کردن با کیفیتی که انتظار داشتند مطمئن نبودند. به عنوان مثال «من چطور مطمئن باشم که سال دیگر هم بتوانم به کار خودم در اداره ادامه بدهم» آقای ۵۶ ساله‌ای سؤال می‌کرد آیا پاسخ این تحقیقات به طول عمر ما می‌رسد که شاید ما بهبودی پیدا کنیم؟

عوامل رفتاری و عملکرد مددجویان:

مددجویان اکثراً در مورد فعالیت‌های خود قبل از بیماری و ارتباط آنان با دیگران صحبت می‌کردند. عوامل فرهنگی بر حسب سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی آنان در نحوه ابراز احساسات و خواسته‌ها تأثیر بسزایی داشت. افرادی که دارای سطح اجتماعی بالاتر بودند، گرچه از آینده خود نامطمئن بودند لیکن در رابطه با برنامه ریزی برای مسافرت و یا برنامه زندگی خود صحبت می‌کردند. خانم ۵۷ ساله‌ای که دختر ایشان در آمریکا ساکن بود، اظهار می‌کرد؛ گرچه بایستی تحت رژیم درمانی باشم، لیکن برای یک بار دیگر هم که شده به آمریکا می‌روم تا نوه‌هایم را ببینم و مطمئن هستم از نظر درمان هم به من کمک می‌کنند. مددجویانی که دارای طبقه اجتماعی متوسط و پایین تر بودند در مورد عواطف، احساسات و علاقه خود نسبت به افراد خانواده و ادامه درمان صحبت می‌کردند. در حدود ۲/۳ از مددجویان به فعالیت‌های خانوادگی مشغول بودند. «آقای ۶۲ ساله ای که بازنشست شده بود می‌گفت؛ از بیماریم خسته شدم چون کمکی هم به خانواده نمی‌توانم بکنم» خانم ۵۴ ساله ای می‌گفت؛ بودن با فرزندانم به من آرامش می‌دهد.

مقایسه می‌شد تا کاربرد آن مشخص شود. در هر جلسه بعد از انجام مشاهدات و مصاحبه با مددجو، آموزش لازم بر اساس نیاز آنان ارایه گردید. اطلاعات به دست آمده مطابق با بررسی‌های کیفی مورد آنالیز قرار گرفت. مفاهیم اصلی مشترک و زیر مفاهیم تعیین شدند.

یافته‌ها

متوسط سن مددجویان ۵۱ سال بود که از سن ۴۰ تا ۶۲ سال متغیر بود. نسبت تعداد زن به مرد ۲:۳ بود، سایر خصوصیات آنها در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱: خصوصیات اجتماعی - دموگرافیک

مددجویان

تعداد	سن	جنس	سطح تحصیلات	شغل	وضعیت تاهل
۳۰ نفر	۴۰-۶۲ سال	زن: ۱۸ مرد: ۱۲	ابتدایی ۹ متوسط ۱۸ تحصیلات دانشگاهی ۳	خانه دار بازنشسته شغل آزاد کارمند	مجرد - متاهل ۳۰

بیماران سرطانی همانند سایر شهروندان در جامعه نگرش خاصی نسبت به بیماری سرطان دارند و هر زمان که در مورد معالجات، نیازها و خواسته‌های آنها صحبت می‌شود یک آشفتگی روانی هر چند مختصر را نشان می‌دهند. یکی از مشکلات این مددجویان بروز احساسات و بحث در مورد نیازها و خواسته‌هایشان می‌باشد. آنها بیشتر به بحث در مورد درمان و روند بیماری آشنایی دارند لیکن با گوش دادن به آنها، فرصت دادن برای بیان احساسات و مشاهده حرکات غیر کلامی آنان، خواسته‌ها، نیازها و مواردی را که در مورد آن نگران و یا از وجود آن ناراحت هستند و احساس نامطمئن بودن از آینده و کیفیت زندگی را در تماس‌های متعدد بیان می‌کنند.

یکی از مشکلات اجتماعی این مددجویان این بود که برای آنها صحبت کردن با دیگران درباره بیماری مشکل بود. تعدادی از آنها تمایل به رفت و آمد با دیگران را نداشتند و تعدادی هم بیماری خود را از آشنایان و دوستان پنهان کرده بودند. به عنوان مثال مددجویی می‌گفت «دوست ندارم دیگران بدانند که من سرطان دارم»، مددجوی دیگری عنوان می‌کرد «وقتی به دیدن کسی می‌روم از من درباره درمان و بیماریم سؤال می‌کنند که مرا ناراحت می‌کند».

اینکه به آینده خود مطمئن نیستند در نتیجه قادر به انجام تصمیم گیری های مهم و یا برنامه ریزی برای خود و خانواده نیستند. «خانم ۴۵ ساله ای می گفت مطمئن نیستم که آیا می توانم دخترم را شوهر بدهم؟ تا آن زمان حال من چگونه خواهد بود؟»

- **مفهوم تضاد در هویت:** مددجویان در اثر طولانی بودن طول درمان و عدم اطمینان از تأثیر معالجات و تغییر در توان جسمی و تحلیل وضعیت روانی مواردی را مطرح می کردند که عبارت بودند از: خستگی و کم انرژی بودن، تضاد در اینکه آیا می توانند به فعالیت های قبل از بیماری ادامه دهند. در بیان احساسات در جلسات متفاوت، نظرات مختلفی در مورد احساس و ارتباط خود با دیگران داشتند و به طور کلی در مورد شناخت هویت خود تضاد و دوگانگی را ابراز می کردند. خانم ۶۱ ساله ای می گفت: «تا قبل از این بیماری یک قرص هم نخورده بودم، حالا بین چه به سرم آمده حتی قیافه و وضع عوض شده». خانم دیگری می گفت: «من که به تنهایی قادر نیستم به دکتر بروم، در همه چیز کارهای خانه، دارو و درمان به دیگران محتاج شدم».

- **مفهوم ایزوله شدن:** تعدادی از مددجویان در ابتدا یا قادر نبودند و یا تمایلی به ابراز احساس خود نداشتند. از تغییر در وضع ظاهر خود و ادامه درمان راضی نبودند. احساس می کردند که بیماری موجب گردیده که نتوانند خود کنترل کامل زندگی را به عهده داشته باشند و در مواردی از اینکه وابسته به کمک و حمایت دیگران می شدند همه موجب گردیده بود که اعتماد به نفس کمتری به خود و کنترل فعالیت ها داشته باشند. آقای ۵۸ ساله ای عنوان می کرد «بیشتر وقت ها تو خانه می مانم و استراحت می کنم، خسته هستم، حال ندارم، کمتر از خانه بیرون می آیم». آقای ۵۶ ساله ای می گفت «من یک آدم خیلی محکم و قوی بودم، اصلاً نمی دانم حالا چی بگویم؟ حالا هم بعضی وقت ها ورزش هم می کنم ولی دیگر اون آدم قدیم نیستم».

- **مفهوم عدم توانمندی:** احساس عدم توانایی در آنچه که قبل از بیماری انجام می دادند موجب می گردید که از توانایی های موجود خود به طور کامل استفاده نکنند. این احساس موجب می گردید که فرصت هایی که دوستان، خانواده و آشنایان فراهم می کردند از دست بدهند و در حقیقت به وجود فرصت های فراهم شده اهمیت نمی دادند،

- **ارتباطات برون فردی:** مددجویانی که دارای حمایت کافی از طرف دوستان و خانواده بودند و به خصوص دارای امکانات اقتصادی بودند برنامه ریزی زندگی برای آنها آسان تر بود و ارتباطات بیشتری با دیگران و دوستان داشتند. مددجویی می گفت «من اکثراً وقتم را با دوستانم می گذرانم، آنها مرتب به من سر می زنند، با کمک آنها و شوهرم کارهای خانه را انجام می دهم و حتی با من به ویزیت دکتر می آیند». گروهی از مددجویان که امکانات کافی در اختیار نداشتند ارتباط کمتری با آشنایان و دوستان برقرار می کردند. تعدادی از خانم ها در این گروه اظهار می کردند «حوصله کسی را ندارم ترجیح می دهم در خانه بمانم».

پاترنیتی در تحقیقی که از طریق مشاهده بیماران سرطانی انجام داد می گوید: یکی از موانع شرکت مددجویان در ارتباطات، کمبود امکانات کافی، بیمه درمانی مناسب و سوء برداشت آنها در مورد بیماری و شدت آن بود [۷]. هر چه این مددجویان حمایت بیشتر داشته باشند و رفتارهای مثبت آنان تقویت شود انگیزه و روحیه بهتری خواهند داشت. میکمل لومونیک یادآور می گردد، که تعداد زیادی از پزشکان و مددجویان به این آگاهی رسیده اند که وضعیت روحی افراد و سلامت جسمی آنان به هم وابسته است. اگر یک مشکل مددجویی را بتوان حل نمود، سایر مسایل او نیز قابل حل خواهد شد [۱۵].

مفاهیم حاصل از مواردی که برای مددجویان با سرطان اهمیت داشت: پس از آنالیز اطلاعات جمع آوری شده مفاهیمی به دست آمد که در جدول شماره ۲ ملاحظه می کنید.

جدول شماره ۲: مفاهیم مربوط به آنچه برای

بیماران سرطانی مهم است

مفاهیم	نامطمئن بودن	تضاد در هویت	ایزوله شدن	عدم توانمندی
زیر مجموعه مفاهیم	زمان (آینده) تصمیم گیری برنامه ریزی	هویت نامطمئن عدم انرژی تضاد در احساس و رفتار	احساس مهم در تصویر از خود عدم اعتماد به نفس	اهمیت ندانن به توانایی ها فرصت ها منابع عدم کنترل بر تصمیم ها
	نامطمئن از توانمندی	نمایشن کنترل و قنرت		

- **مفهوم نامطمئن بودن:** اکثر این مددجویان از عدم اطمینان به آینده، پیش آگهی بیماری، و تأثیر معالجات صحبت می کردند. آنها اظهار می داشتند، به علت

آن طور که قبل از بیماری بودند باور داشته باشند. گروهی از مددجویان احساس خود را به صورت مطمئن نبودن از انجام فعالیت‌های مختلف و ارتباط با خانواده و نزدیکان و عدم تصمیم‌گیری نشان می‌دادند. هوکن بری به نقل از ایمون و کینک می‌گوید یکی از عوامل استرس احساس تضاد در فرد می‌باشد، بدین معنی که احساس فرد بین دو یا چند خواسته، انگیزه و یا هدف متفاوت قرار می‌گیرد. مشکل‌ترین نوع تضادی که استرس زیادتری ایجاد می‌کند، تضاد در انتخاب کردن دو پدیده است که فرد بایستی بین دو فرآیند ناخواسته یکی از آنها را انتخاب کند که نتیجه آن به تأخیر انداختن تصمیم‌گیری می‌باشد [۲۱].

ایزوله شدن اجتماعی به صورت ابراز نکردن احساسات، ناراحت بودن از تغییر ظاهری و عدم اعتماد به نفس و قدرت در آنها بروز می‌کند. تمام این عوامل موجب گردیده بود که نتوانند در حد رضایت بخشی از فرصت‌هایی که برای آنها ایجاد می‌گردید و از منابعی که در اختیار داشتند استفاده کنند. بیشتر این موارد مربوط به سلامت کلی آنان و خصوصیات روانی مانند سرکوب کردن احساسات، ناامید شدن از زندگی، کاهش اعتماد به نفس و عدم انرژی لازم به خصوص در تمایلات جنسی بود و به طور کلی یک حالت بی تفاوتی در آنها به وجود می‌آورد [۱۸]. بیکر در مطالعه‌ای که بر روی بیماران با سرطان سر و گردن انجام داد اظهار می‌کند، مفهوم کیفیت زندگی و ادامه فعالیت‌های روزمره که خود نیز دارای زیر مجموعه‌های زیادی می‌باشد بسیار پیچیده است. این زیر مجموعه‌ها شامل وضعیت اقتصادی - اجتماعی - خانواده، ارتباط با دیگران، مسئولیت‌های شغلی و خانوادگی و علائم مربوط به سلامت جسمی و عملکرد کلی فرد می‌باشد [۱۶].

در این بیماران ارتباط با خانواده و اعتقادات مذهبی در آنها تغییر زیادی پیدا نکرده بود. از نظر کاربرد مدل راپر، این بیماران در مواردی از طول درمان به دیگران وابسته می‌شدند، زیرا قادر به انجام کلیه فعالیت‌های روزمره زندگی نبودند. از پنج عاملی که راپر به آنها اشاره

سعی می‌کردند در تصمیم‌گیری‌های مربوط به خانواده حتی در رابطه با زندگی فردی و درمان خود شرکت بسیار کمی داشته باشند. خانم ۵۹ ساله ای می‌گفت «از فامیل و دوستان زنگ می‌زنند که به دیدن من بیایند، می‌گویم نه الان حال ندارم، بعداً». خانم دیگری می‌گفت مثلاً «به کانون جهان دیدگان می‌رفتم، از وقتی مریض شدم دیگه نرفتم». آقای می‌گفت «من دیگه از پسرها هم سؤال نمی‌کنم چه کار می‌کنید، تو درمان خودم مانده ام چه رسد به پسرها».

بحث

این بررسی به صورت مطالعه کیفی و شیوه تفسیر و آنالیز اطلاعات جمع‌آوری شده صورت گرفت. مفاهیمی که از تفسیر اطلاعات و طبقه‌بندی جزئیات به دست آمد مربوط به خواسته‌ها و عواملی بود که برای بالغین مبتلا به سرطان اهمیت داشت. مفاهیم به صورت کلی تنظیم شد و زیر مجموعه هر مفهوم تا حدودی مشخص گردید. لیکن لازم است، زیر مجموعه‌های هر کدام از مفاهیم به صورت جامع‌تر در گروه بزرگتری به صورت کیفی مطالعه شود. مواردی که برای این مددجویان اهمیت داشت و اکثر آنان در بین صحبت‌های خود به آن اشاره می‌کردند «احساس نامطمئن بودن» به صورت عدم اطمینان از برنامه ریزی و تصمیم‌گیری برای آینده بود. به اکثر موارد زندگی و به خصوص پدیده‌هایی که بایستی در آینده دور و نزدیک اتفاق بیفتند، با حالت نامطمئن بودن از عدم توانایی یا سلامتی خود صحبت می‌کردند. یکی از مددجویان زن ۵۷ ساله می‌گفت «به علت این بیماری که دارم، نمی‌دانم دو ماه دیگر که نوه من به دنیا می‌آید من می‌توانم او را ببینم». در این موارد پرستاران می‌توانند به مددجویان کمک کنند تا بتوانند تصمیم‌گیری لازم را داشته باشند. این حالت موجب می‌گردد که فرد کنترل بیشتری بر تصمیم‌گیری خود داشته باشد. هوکن بری^۱ اشاره می‌کند که اگر ما بر اعمال خود کنترل بیشتری داشته باشیم موجب می‌گردد که تأثیر استرسورها بر انسان کمتر شود و احساس نگرانی را نیز کاهش می‌دهد [۲۱].

یکی دیگر از احساساتی که به آن اشاره می‌کردند تضاد در پذیرش هویت خود بود، که نمی‌توانستند خود را

1 - Hoekenbury

2 - Imun
3 - Kink
4 - avoidance-avoidance conflicts
5 - Backer

مراقبت از این بیماران افزایش یافته و سعی گردد تا تأثیر و ترس اجتماعی حاصل از آن کاهش یابد و خصوصیات اجتماعی، روانی و اختلافات فرهنگی مددجویان در مراقبت آنان منظور گردد [۱۹]. یکی از مواردی که اکثر مددجویان مبتلا به سرطان به آن اشاره می‌کردند، باور نداشتن توانمندی‌های خود بود. این عامل موجب می‌گردید که از فرصت‌هایی که برایشان به وجود می‌آمد به خوبی استفاده نکنند، یا توانمندی‌های موجود خود را برای ارتقاء کیفیت زندگی به کار نمی‌بردند. این عامل نیز موجب می‌گردید که حمایت دیگران هم از آنها کمتر شود. در این رابطه کرنر و بیلی معتقدند که سلامت جسمی و ادامه درمان‌ها در بیماران سرطانی تأثیر زیادی بر عملکرد و کیفیت زندگی آنها دارد [۲]. جویباری و ثناگو نیز اشاره می‌کنند که چالش برای ادامه زندگی اجتماعی، درگیر شدن در فرآیند بهبودی، یافتن معنا برای زندگی، نیاز به برخورداری از حمایت دیگران و هم‌چنین پرسنل بهداشتی - درمانی از دیگر مواردی است که برای بیماران سرطانی اهمیت دارد [۱۷].

نتیجه گیری

راپر مدل زندگی را به مدل زندگی مددجو برای پرستاران مقایسه می‌کند و چهار مفهوم را در این دو مدل مشترک معرفی می‌کند عواملی که بر انجام فعالیت‌های روزمره تأثیر می‌گذارد عبارتند از: فعالیت‌های روزمره زندگی، طیف زندگی و طیف وابستگی و عدم وابستگی. راپر معتقد است که پنج عامل در هر فرد بر مفاهیم فوق تأثیر مستقیم دارند، آن پنج عامل عبارتند از: خصوصیات بیولوژیکی، روانی، اجتماعی - فرهنگی، محیط و عوامل سیاسی - اقتصادی [۲۲].

نکته مهم در این مدل که برای مراقبت از بیماران سرطانی کاربرد دارد این است که از ادغام چهار مفهوم فوق مفهوم پنجم یعنی «فردیت در شیوه زندگی» به دست می‌آید. بیماران سرطانی که پرستاران با آنها در کلینیک بخش‌های آنکولوژی و یا در بخش مراقبت در منزل در تماس هستند؛ در قسمت‌های مختلف طیف زندگی می‌باشند و فردیت در شیوه زندگی در آنان بسیار

می‌کند و بر روی فعالیت‌های روزمره زندگی اثر می‌گذارد، عوامل بیولوژیکی، روانی و اقتصادی تأثیر بیشتری بر کیفیت زندگی و فعالیت‌های این مددجویان داشت. در گزارش مرکز سرطان نیوهیون اظهار می‌دارد که احساس مددجویان مهم‌ترین بخش تأثیرگذار بر سلامت آنان است. مددجویان در اثر تشخیص سرطان، درد، معالجات و تأثیر سرطان بر زندگی آنان احساس افسردگی و نارضایتی می‌کنند. در همین مقاله عنوان می‌کند احساس عدم کنترل بر زندگی خود یک احساس عمومی در بیماران سرطانی است. افسردگی، نگرانی، ترس و نامطمئن بودن برای بیمار بسیار مشکل است [۴].

راپر در مدل زندگی خود اشاره می‌کند که طیف وابسته بودن تا استقلال کامل در انجام فعالیت‌های زندگی در مواردی برای مددجویان دو جهت خواهد داشت. و این طیف به هر فعالیت خاص در یک فرد ارتباط پیدا می‌کند، یعنی در مراحل فرد یک فعالیت را نمی‌تواند به تنهایی انجام دهد و در مرحله دیگر به صورت خود مراقبتی آن را انجام می‌دهد. در نتیجه کاربرد این پدیده خاص برای پرستاری اهمیت دارد [۲۲].

مهم‌ترین عواملی که از این بررسی حاصل گردید؛ مواردی بود که برای بیماران سرطانی اهمیت دارد و نسبت به آن توجه خاص دارند. با مصاحبه با این مددجویان مشخص گردید که آنها به ماهیت بیماری زیاد فکر نمی‌کنند. بلکه تأثیر بیماری بر زندگی آنان، تغییراتی که در رابطه با ادامه فعالیت‌های مربوط به خود، شغل و خانواده و عدم اطمینان نسبت به آینده بود بیشتر اهمیت می‌دادند. آنچه که از تجربیات کلینیکی بخش‌های آنکولوژی مشاهده می‌شود، به علت کثرت فعالیت‌های درمانی و مراقبتی زمان صحبت و مصاحبه با این مددجویان بسیار اندک است. فکر کردن در مورد اینکه چگونه سرطان بر افراد اثر می‌گذارد، یا ما چگونه به این بیماران عکس العمل نشان می‌دهیم چه در قالب کادر بهداشتی - درمانی و چه به صورت یک شهروند در جامعه بسیار مهم است. اما فکر کردن و درک این موارد به تنهایی آسان نیست، صحبت در مورد آن با همکاران، مددجویان، دوستان و خانواده‌ها کمک می‌کند تا با همکاری دیگران و حمایت کردن یکدیگر این درک به آسانی به وجود آید [۴-۱]. انجمن بین‌المللی مبارزه با سرطان در سمیناری که در دوبلین تشکیل گردید اعلام نمود که لازم است کیفیت

1 - Corner
2 - Baliley

آنها ارایه دهند. همچنین پرستاران می‌توانند با درک مددجویان، گوش کردن با آنها و شنیدن خواسته‌هایشان و یاری دادن آنها در طیف وابستگی، از آنان حمایت نمایند. پرستاران نیز اگر به مددجویان سرطانی فرصت دهند تا علاوه بر پرسش سؤالات در مورد مراقبت‌های درمانی، بتوانند احساسات و خواسته‌های خود را بیان کنند، هم برای پرستاران آموزنده خواهد بود و هم رعایت خصوصیات فردی را در انجام مراقبت‌ها به کار خواهند برد. این عوامل به مددجو کمک می‌کند تا هم با بیماری خود را بهتر وفق دهد، هم با کادر درمان همکاری بیشتری بنماید و هم اینکه از توانمندی‌های خود در ایجاد کیفیت زندگی بهتر استفاده خواهد کرد. در اختیار گذاردن منابع در تئوری لاشینجر در مراقبت‌های پرستاری کاربرد کمتری دارد و در مواردی که بیماران بتوانند از حمایت‌های اجتماعی برای درمان‌های پزشکی و بهداشتی بهره‌گیرند می‌توانند از منابع لازم برای ادامه درمان هم استفاده کنند. لیکن در سیستم مراقبت‌های پرستاری فعلی، پرستاران مجرب می‌توانند به عنوان یک منبع انسانی مطلع و آگاه و به عنوان مشاور در اختیار مددجویان باشند. این امر موجب می‌گردد که توان عاطفی، احساسی و جسمی مددجو تقویت شود.

با توجه به تعداد کم مددجویان و بررسی کیفی محدود در این بیماران لازم است مطالعات وسیع‌تر در این زمینه با بیماران سرطانی، خانواده آنان و پرستاران و پزشکانی که معالجات و مراقبت آنها را به عهده دارند انجام گردد، تا بتوان بر اساس نتایج آن و با الهام از مدل راپر یک برنامه خاص مراقبت از این مددجویان در بخش‌های آنکولوژی تنظیم نمود.

متفاوت است. گروهی از این مددجویان در مرحله ای از بیماری قرار دارند که در طیف غیر وابسته قرار می‌گیرند. فعالیت‌های روزمره زندگی در مراقبت از این بیماران در بخش‌های آنکولوژی و یا کلینیک‌ها، بدان اشاره دارد که علاوه بر فعالیت‌های درمانی برای این مددجویان، به نیاز آنان در انجام دوازده فعالیت روزمره زندگی که راپر به آنها اشاره می‌کند بایستی توجه زیادی مبذول شود. اجرای فعالیت‌های روزمره به نحوی که فردیت مددجو در نظر گرفته شود می‌تواند از تأثیر استرس‌های حاصل از مراقبت‌های درمانی بکاهد. زیرا راپر معتقد است که با انجام فعالیت‌های روزمره زندگی برای افراد در هر موقعیت از بیماری که باشند موجب می‌گردد تا از مشکلات احتمالی پیشگیری شود [۲۲].

تئوری لاشینجر که در مورد استراتژی توانمندسازی افراد می‌باشد برای مراقبت از بیماران سرطانی نیز کاربرد دارد. پرستاران در هر محل درمانی و بهداشتی که با بیماران سرطانی در تماس می‌باشند؛ بایستی سعی کنند تا تغییراتی در شیوه مراقبت‌ها در جهت توانمندسازی مددجویان و ایجاد جوی که مددجو بتواند احساس خود را بیان کند به وجود آورند. لاشینجر معتقد است که چهار عامل موجب توانمندی بیشتر افراد می‌گردد و در آنها انگیزه را برای انجام فعالیت‌ها زیاده‌تر می‌کند. این چهار عامل شامل دادن اطلاعات کافی، حمایت کردن، در اختیار گذاردن منابع و ایجاد فرصت برای پیشرفت می‌باشد [۱۴]. با استفاده از این تئوری پرستاران لازم است در انجام هر نوع مراقبت خاص از بیماران سرطانی، به آنها آموزش دهند و اطلاعات لازم را در جهت پیشگیری از عوارض، انجام فعالیت‌های زندگی و ارتقاء کیفیت زندگی به

منابع

- ۱ - صادقی، اقدس، هاشمیان، علی رضا، مواجهه با مشکلات روانی و اجتماعی بیماران و خانواده. چهارمین همایش ملی هماتولوژی و آنکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی، مشهد ۳ الی ۵ تیر ماه ۱۳۸۳
- 2 - Corner J, Balileyc, cancer Nursing care in context, united kingdom: Blackurell publishing Co. 2001.
- 3 - Donovan MI, Girton SE, cancer care Nursing in Corner J, Baikyc, editors. Cancer Nursing in Contest. United kingdom: Blackurell, 2001.
- 4 - Common concerns of cancer, patients, yale - New Haven hospital, available: <http://www.yahh.org> Accessed 1/12/2005.
- 5 - Baileyc, cancer care and society, in corner J, and Baileyc Editors, United Kingdom: Blackwell 2001.

- 6 - Herzlich P, pierret J, Illness and self in society, Baltimore MD: John Hopkins, university press 1987.
- 7 - Paterniti D. Understanding cancer patients' Needs, concerns is the Key to improving clinical trial participation. UC Davis cancer center Available <http://www.new.ucdmc.ucdavis.edu>, 2002.
- 8 - Cancer center (2003). End of life concerns for patients. Cancer care inc. New York [online]. Available <file:///A:\cancer.۲۰۳%۲۰٪.htm> Accessed 1/12/2005.
- 9 - Aaronson, NK; Methodological issues in ascending the quality of life of cancer patients. Cancer nursing 1990; 67:84-50.
- 10 - Manoj, Pandey; and et al. Concerns and coping strategies in patients with oral cancer A pilot study. Indian journal of surgery. 2003; Vol.65: 6.pp 496-499.
- 11 - Johns C. Reflection on practice, Enhancing students' learning. J Of advanced Nursing. 1995; 22: 235-242.
- 12 - Johns C. Visualizing and Realizing caring in practice through Guided reflection. J of advanced nursing. 1996; 24: 1135-1143.
- 13 - Tomey Am, Alligood M. Nursing theorists and their work, sth ed. ST. Louis: Mosby 2002.
- 14 - Laschinger, Heather K Spence; and et al. Organizational trust and empowerment in restructured Health care settings. Effects on staff nurse commitment. JONA. 2000; Vol. 30, No 9, pp 413-425.
- 15 - Lemonick MD. The power of Mood, Time Magazine, Jan 12, 2003, available [http://www . Time.com](http://www.Time.com), 2003.
- 16 - Backer, C; A functional status scale for measuring quality of life outcomes in head and neck cancer patients, 1995, cancer nursing, 18: 452-7.
- ۱۷ - جویباری، لیلا و ثناگو، اکرم رنج های یک بیمار سرطانی. تجربه زندگی با سرطان سینه. خلاصه مقاله چهارمین همایش ملی هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۳ الی ۵ تیر ماه ۱۳۸۳.
- 18 - Sontage S. Illness As Metaphor. New York: Farrar' Strauss and Girous, 1977.
- 19 - World conference for cancer organization, (2004). Dublin 17 November ۲۰۰۴@۸۰۰ GMT. Accessed 1/12/2005.
- 20 - Kukkanen L, Leino H, - kilpi. Power and empowerment in nursing 2003.
- 21 - Hockenbury DH, Hockenbury SE. Psychology 2nd ed. New York: worth publisher 2000.
- 22 - Roper N, Logan W, Tierney AJ, the elements of nursing a model for nursing in tomye AM. Editor, nursing Theori TS and their work, Sth ed. St. Louis: Mosby.
- 23 - Polit DF, Beck ET, Hungler BP, essentials of nursing research. Sth ed. New York: Lippincott Co. 2001.

