Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2020; Vol 6(1), Summer, pp 1-13

Nursing Care from the Human Caring Theory (Watson) Lens in a Female Breast Cancer Patient: A Care Case Study

Laila Jouybari [1] , Shima Rahimian [2] , Sohaila Kalantari [3*], Solmaz Halakuee [4]
1.Associate Professor, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
2. MS in midwifery, Medical Science department, Golestan University of Medical Sciences, Golestan, iran
3. PhD Student in Nursing, Student Research Committee of Nursing and Midwifery, Faculty of surgical technology department, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
4. PhD Student in Nursing, Student Research Committee of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
***Corresponding author:** Sohaila Kalantari, **Email:** sa.kalantary@gmail.com, **Tel:** +989354466840

Received: 31 Dec 2019 **Accepted:** 09 Feb 2020

Abstract

Background & Aim: There has been a growing cancer rate over the past years, and cancer patients require conscious care and measures that indicate physical and psychological care. This was a care case study performed on a female breast cancer patient based on Watson's model of human care.

Materials & Methods: This was a care case study performed on a patient with stage three breast cancer using Watson's model of human care and the Caritas care process in three stages. In the research, semi-structured interviews were conducted to identify the patient's needs and problems. Moreover, data analysis was performed applying the content analysis method with the inductive approach.

Results: The needs and problems pointed out by the patient were considerably modified using Watson's model of human care and interventions such as social support, spiritual support, energy therapy, and yoga.

Conclusion: A holistic nursing performance based on the theory of human care in patients with cancer requires integrated, creative, respectful, and reassuring care that takes spiritual aspects and all human dimensions into account. This goal can be met through energy therapy, psychological counseling, and participation in support and peer groups.

Keywords: Human Care Model, Watson, Breast Cancer, Care Case Study

How to cite this article:
Jouybari L, Rahimian SH, Kalantari S, Halakuee S. Nursing Care from the Human Caring Theory (Watson) Lens in a Female Breast Cancer Patient: A Care Case Study. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2020: 6 (1): 1-13.
URL: http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-298-fa.html

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

Copyright © 2020 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مراقبت پرستاری از دریچه تئوری مراقبت انسانی در یک زن مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه موردی مراقبتی

لیلا جویباری[1]، شیما رحیمیان[2]، سهیلا کلانتری*[3]، سولماز هلاکو[4]

۱.دانشیار، دکترای آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۲.کارشناس ارشد مامایی، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۳.دانشجوی دکترای پرستاری کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، هیات علمی گروه تکنولوژی اتاق عمل، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۴.دانشجوی دکترای پرستاری کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

نویسنده مسئول: سهیلا کلانتری، ایمیل: sa.kalantary@gmail.com، تلفن: ۰۹۳۵۴۴۶۶۸۴۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۱۰ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۸/۱۱/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: بروز سرطان پستان در سال‌های اخیر به‌طور چشمگیری افزایش‌یافته است و بیماران مبتلا نیازمند مراقبت و اقدامات آگاهانه که بیانگر مراقبت فیزیکی و روانی است، می‌باشند. مطالعه حاضر به صورت مطالعه موردی مراقبتی بر اساس مدل مراقبت انسانی واتسون برای یک بیمار مبتلا به سرطان پستان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به صورت مطالعه موردی مراقبتی بر اساس مدل مراقبت انسانی واتسون و فرآیند مراقبتی کاریتاس بر روی یک بیمار مبتلا به سرطان پستان در طی ۳ مرحله انجام شده است. برای شناسایی مشکلات و نیازهای بیمار از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و برای تحلیل داده‌ها از شیوه تحلیل محتوا با رویکرد استقرایی استفاده شد.

یافته‌ها: نیازها و مشکلات تعیین‌شده بیمار با استفاده از مدل مراقبت انسانی واتسون و مداخلاتی نظیر حمایت اجتماعی، حمایت معنوی، استفاده از تکنیک‌های انرژی‌درمانی و یوگا به طور قابل‌توجهی تعدیل یافت.

نتیجه‌گیری: عملکرد پرستاری کل‌نگر مبتنی بر تئوری مراقبت انسانی در مددجویان مبتلا به سرطان، مستلزم مراقبت یکپارچه خلاق، توأم با احترام، اطمینان‌بخش همراه با توجه به جنبه‌های معنوی و توجه به تمامی ابعاد انسان است که این هدف از طریق انرژی‌درمانی، مشاوره‌های روانشناسی، شرکت در گروه‌های حمایتی و همتایان صورت می‌پذیرد.

واژگان کلیدی: مدل مراقبت انسانی، واتسون، سرطان پستان، مطالعه موردی مراقبتی

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان و اولین عامل مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در زنان سراسر جهان است (۱). در جهان سالانه بیش از یک‌میلیون مورد جدید سرطان پستان در زنان شناسایی می‌شود که این رقم شامل ۱۰ درصد از کل موارد جدید سرطان و ۲۳ درصد از کل سرطان‌های زنان است که تقریباً از هر ۸ نفر یک نفر را درگیر می‌سازد (۲). بروز سرطان پستان در سال‌های اخیر به طور چشمگیر افزایش یافته است و در ایران نیز بیشترین میزان ابتلا را در بین سرطان‌ها به خود اختصاص داده است (۳). بر اساس گزارش سال ۲۰۱۴ میزان ابتلا به این بیماری در زنان ایرانی ۹۷۹۵ زن بوده است (۱). علاوه بر آن متوسط سن ابتلا به سرطان پستان در زنان کشورهای توسعه‌یافته ۴۸ سال است، اما یافته‌های حاصل از جامعه ایرانی حاکی از پایین‌تر بودن سن ابتلا به این بیماری است (۴).

به لحاظ بعد روانی-عاطفی، سرطان پستان شایع‌ترین و تأثیرگذارترین سرطان در بین زنان است که موجب

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

بروز مشکلات هیجانی، روانی و عاطفی در بیمار و خانواده وی می‌شود (۵) که تشخیص آن تجربه‌ای بسیار ناخوشایند و باورنکردنی برای هر فرد است که می‌تواند به چالش ژرف وجودی در زندگی روزمره تبدیل شود و سبب اختلال در شغل، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و زندگی خانوادگی بیمار شود و آینده بیماران و خانواده آن‌ها را دستخوش تهدید نماید (۶). ماهیت بیماری سرطان پستان به‌گونه‌ای است که شخصیت و هویت زنان مبتلا به سرطان را به خطر می‌اندازد و آنان را با مسائلی همچون آشفتگی روان‌شناختی، استرس و اضطراب، افسردگی، ناامیدی، احساس انزوای اجتماعی، وحشت از واکنش همسر در صورت تا هل، نگرانی درباره ازدواج در صورت تجرد، ترس از مرگ و دلهره عقیم شدن مواجه می‌کند (۷، ۸). پس از آگاهی و تشخیص این بیماری، نخستین باور مؤثر در حفظ سلامتی، احساس کنترل و سازگاری با اوضاعی است که زندگی زنان بیمار را به‌شدت می‌ترساند، زیرا احساس کنترل سبب کاهش تنش بدون درنگ ناشی از آگاهی از بیماری می‌شود .بیماران دارای احساس کنترل، بهتر می‌توانند هیجان‌های منفی مانند خشم را کنترل کنند، روابط گذشته با اطرافیان را استحکام بخشند و برای روند درمانی خود برنامه‌ریزی کنند. افزون بر آن احساس کنترل به‌عنوان عامل مؤثر در رویارویی با افسردگی و اضطراب است، چراکه ثابت‌شده افراد افسرده و مضطرب سطح پایینی از احساس کنترل ندارد (۹).

از سوی دیگر بیماری سرطان علاوه بر درمان، نیاز به مراقبت جامعه پرستاری همراه با مهربانی، شایستگی و وجدان دارد. چنین مراقبتی حق اساسی بیماران مبتلا به سرطان و خانواده‌هایشان است. در نتیجه پرستار با انجام مراقبت اصولی به صورت انجام اقدامات آگاهانه که بیانگر مراقبت فیزیکی و روانی است احساس امنیت و ایمنی را در بیمار ارتقا می‌بخشد. مراقبت باید مددجو محور و با توجه به خصوصیات بیوگرافی، علایق، ویژگی‌های فرهنگی، ویژگی‌های اجتماعی و فیزیولوژیکی خاص بیمار باشد که دربرگیرنده مفهوم مراقبت جامع است (۱۰). تاریخچه اخیر حرفه پرستاری، نشان داده است که برای انجام مراقبت جامع می‌توان از مدل‌های مراقبتی پرستاری بهره‌مند شد (۱۱). در طی سه دهه گذشته، توجه خاصی بر مراقبت‌های مددجو محور در پرستاری شده است (۱۲). جین واتسون در دهه ۱۹۴۰ در ویرجینیای جنوب غربی به دنیا آمد و در حال حاضر استاد برجسته و رئیس دانشکده پرستاری دانشگاه کلورادو دنور، با بیش از ۲۰ سال سابقه خدمت و صاحب کرسی علوم مراقبتی برای بیش از ۱۶ سال است. وی مؤسس مرکز علوم مراقبتی دانشگاه علوم سلامت کلورادو و رئیس انجمن ملی پرستاری است (۱۳). از دیدگاه مدل مراقبت انسانی واتسون، هدف از پرستاری کمک به افراد برای رسیدن به درجه بالایی از هارمونی است که موجب پرورش خودشناسی، احترام به خود، مراقبت از خود، خودکنترلی و فرایندهای خود التیامی می‌شود. این هدف از طریق فرایند مراقبت و اتصال انسان با انسان، روح با روح و رابطه‌ای که به دنیای درونی و ذهنی فرد پاسخ می‌دهد، محقق می‌شود. همانند روش‌هایی که یک پرستار کمک می‌کند تا افراد به یافتن معنا در وجود خود، ناهماهنگی، درد و رنج، آشفتگی، پرورش خودکنترلی، انتخاب، خودشناسی و خود تعیین گری با اخذ تصمیم‌های مرتبط با سلامت – ناخوشی بپردازند. به‌زعم واتسون هنگامی‌که یک ناهماهنگی بین ذهن، جسم و روح وجود داشته باشد، بین خود واقعی و خود درک شده، فاصله و عدم تناسب ایجاد می‌شود که این عدم تجانس منجر به تهدید، اضطراب و آشفتگی درونی می‌شود که احساس نامیدی وجودی، خوف و

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

ناخوشی را به دنبال داشته و در صورت تداوم، موجب بیماری می‌شود (۱۴).

از این رو میتوان گفت تئوری مراقت انسانی واتسون یک راهنمای مناسب برای فراهم نمودن مراقبت حرفه ای برای زنان تجربه کننده سرطان پستان می باشد. هدف از این مطالعه موردی مراقبتی این می باشد که چگونه رویکرد مبتنی بر یک تئوری مراقبتی در حرفه پرستاری می تواند بر نتایج مراقبت تاثیر بگذارد. اهمیت این مطالعه مراقبت موردی بدلیل ارایه شواهدی است که نشان می دهد مدل مراقبت انسانی واتسون می تواند راهنمای موثری در کمک به مراقبت حرفه ای و مددجو محور در پرستاری باشد.

مواد و روش ها

این مطالعه به صورت موردی- مراقبتی با هدف اجرایی کردن مدل مراقبت انسانی واتسون برای مراقبت از یک زن مبتلا به سرطان پستان انجام شده است. مطالعه موردی طرح‌های تجربی هستند که بر توصیف پدیده‌ها در متن زندگی واقعی متمرکز می‌باشند. با استفاده از مطالعه موردی می‌توان به کشف عمیق تغییرات حاصله در ذهن و رفتار شرکت‌کننده دست یافت. Yin پیشنهاد کرده است که رویکرد مطالعه موردی تجربیات یک مورد خاص را در اختیار خوانندگان قرار می‌دهد که می‌توانند از آن در محیط‌های بالینی مشابه بهره‌مند گردند (۱۵).

انتخاب شرکت‌کننده

شرکت‌کننده در مطالعه حاضر به صورت تصادفی از کلینیک جامع تشخیص و درمان سرطان در یکی از شهرهای ایران انتخاب شد. معیار ورود به مطالعه تائید تشخیص نهایی سرطان برای بیمار در نظر گرفته شد که حداقل ۶ ماه از شروع درمان بیمار گذشته باشد. بعد از انتخاب شرکت‌کننده در مطالعه، پژوهشگر اهداف مطالعه را برای بیمار توضیح داد و از بیمار رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی جهت شرکت در مطالعه، اجازه ضبط صدا برای انجام مصاحبه، اطمینان از محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات ضبط‌شده و رعایت امانت‌داری در متن مصاحبه‌ها و اختیار بیمار برای انصراف از مطالعه گرفت.

مطالعه موردی

بیمار خانمی ۵۲ ساله، ساکن شهر مشهد و مدیرعامل یک شرکت خصوصی شیمی دارویی است. وی بیوه و دارای ۲ فرزند ۱۸ و ۲۵ ساله است. همسر بیمار حدود ۴ سال پیش فوت کرده است. وی اذعان می‌کند دوران خیلی سخت و ناراحت‌کننده‌ای را بعد از فوت همسرش تجربه کرده است. از حدود ۳ سال پیش بیمار متوجه تغییرات ظاهری در پستان چپ خود گردید با مراجعه به پزشک و انجام آزمایش‌ها، گرافی و بیوپسی، برای بیمار تشخیص سرطان پستان داده شد. سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان طبق پرونده‌ی پزشکی‌اش نشان داد که خاله بیمار مبتلا به سرطان مری بوده است که حدود ۸ سال قبل فوت کرده است. بلافاصله بعد از تشخیص نهایی بیمار، درمان وی شروع می شودکه شامل؛ نمونه‌برداری، شیمی‌درمانی اولیه، جراحی ماستکتومی و شیمی‌درمانی نهایی همراه با مصرف دارو بوده است. در حال حاضر بیمار در مرحله شیمی‌درمانی بعد از جراحی است.

فرآیند مراقبت

مراقبت بیمار حاضر بر اساس مدل مراقبت انسانی واتسون در سه مرحله صورت پذیرفت که شامل موارد زیر است: ۱) انجام مصاحبه مبتنی بر مدل مراقبت انسانی واتسون با بیمار جهت شناسایی نیازها و مشکلات مراقبتی، ۲) انجام مداخلات بر اساس طبقه‌بندی نیازها و مشکلات تعیین‌شده مبنی بر فاکتورهای مراقبتی ده‌گانه و فرآیندهای مراقبتی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

کاریتاس و ۳) ارزیابی و بازاندیشی بر اساس فرآیند مراقبتی کاریتاس.

مرحله اول

جهت شناسایی مشکلات مراقبتی بیمار از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته مبتنی بر مدل مراقبت انسانی واتسون استفاده گردید. ابتدا پژوهشگر با پرسیدن سؤالات مقدماتی و برقراری رابطه‌ی مناسب و جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان، زمینه را جهت انجام مصاحبه‌ی بهتر و راحت‌تر فراهم می‌نمود. پس از سؤالات مقدماتی مصاحبه با یک سؤال کلی و باز آغاز می‌شد. برای نمونه از بیماران پرسیده می‌شود:

الف) داستان خود را برایم بگویید. در باره خودتان، تجربیات تان، احساسات تان، حس تان از بدن تان، از اهداف و انتظارتان و فرهنگ تان، تا من بتوانم راه مناسب برای شفای شما را ارج نهم.

ب) درک نیازهای سلامتی مددجو یا بیمار: به من درباره سلامتی تان بگویید. به من بگویید در این موقعیت بودن مثل چه چیزی است یا چگونه است؟ به من در باره برداشتی که از خودتان دارید بگویید. اولویت های سلامتی شما چیست؟ چشم اندازتان به زندگی تان چیست؟ معنی شفا و بهبودی برای شما چیست؟

ج) مراقبت از خود، مراقبت از یکدیگر، مراقبت برای بیماران، مددجویان، خانواده ها، مراقبت برای محیط، طبیعت و جهان.

یکی از روش‌های معتبر برای تجزیه‌وتحلیل مصاحبه تحلیل محتوا می‌باشد. تحلیل محتوا یک رویکرد نظام‌مند است که با کدگذاری و طبقه‌بندی داده‌ها، می‌تواند برای کشف مقادیر زیادی از اطلاعات متنی، به منظور تعیین روند و الگوهای کلمات، روابط آن‌ها، ساختارها و گفتمان‌های ارتباطی مورد استفاده قرار گیرد (۱۶). در مطالعه حاضر نیز برای تحلیل داده‌ها از شیوه تحلیل محتوا با رویکرد استقرایی استفاده گردید. واحد تحلیل در مطالعه کل مصاحبه بود. پس از تایپ مصاحبه ضبط‌شده واحد موردمطالعه، متن مصاحبه چندین مرتبه مورد بررسی قرار گرفت و به این ترتیب واحدهای معنی به صورت جملات یا پاراگراف از بیانات و متون مصاحبه مشخص، کدهای اولیه یا کدهای باز از آن‌ها استخراج گردید. سپس تم‌ها (درون‌مایه) یا طبقات اصلی انتزاع یافت. جهت ارزیابی دقت علمی مطالعه، چهار معیار اعتبار و مقبولیت، قابلیت اعتماد، تأییدپذیری و قابلیت انتقال بر اساس توصیه Guba و Lincoln مورد توجه قرار گرفت (۱۷). پژوهشگر با تماس طولانی‌مدت با مشارکت‌کننده و جلب اعتماد ایشان، تلفیق روش‌های گردآوری داده‌ها (مصاحبه، یادآور نویسی)، تخصیص زمان کافی برای انجام مصاحبه و چک کردن یافته‌ها توسط مشارکت‌کننده سعی در تأمین این معیارها نمود.

جدول شماره (۱) نیازها و مشکلات (تم‌ها) استخراج‌شده از مصاحبه مرحله اول را همراه با مختصری از نقل‌قول بیمار را بر اساس مدل مراقبت انسانی واتسون نشان می‌دهد. بیمار مورد مطالعه نیازها و مشکلات متفاوتی را از جمله ترس از عود مجدد، نیاز به حمایت اجتماعی و حمایت عاطفی، اختلال در تصویر ذهنی، نیاز به تقویت ارتباطات معنوی و نیاز به مراقبت از خود مطرح نمود.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

جدول شماره ۱: نیازها و مشکلات استخراج شده از مصاحبه بیمار

تم‌ها (نیازها و مشکلات)	نمونه مصاحبه
۱. ترس از عود مجدد بیماری	....یکی از نگرانی هام برگشتن بیماریه سرطان، تو یه قسمت دیگه بدنم، این فکر خیلی برام آزار دهنده است....
۲. اختلال در تصویر ذهنی	از وقتی یکی از پستان هامو برداشتم رفتن به مهمونی، باشگاه و یا استخر برام خیلی سخته و خجالت می‌کشم، حتی تو خونه سعی می‌کنم لباس‌های پوشیده بپوشم چون از بچه هام خیلی خجالت می‌کشم....
۳. داشتن نگاه متفاوت اطرافیان بعد از عمل برداشتن سینه	بعضی وقت‌ها توی استخر و بعضی جاها نگاه‌های اطرافیان آزارم می‌ده، حتی نمی تونن نگاهشونو کنترل کنن.
۴. شنیدن خبر بد	وقتی تشخیص نهایی سرطان و برام دادن دنیا رو سرم خراب شدن، پر شدم از فکرهای جورواجور، پر از غم بودم واقعاً.
۵. احساس نزدیک بودن لحظه مرگ	اولین بار که تشخیص و برام دادن و یا هر بار که شیمی‌درمانی می‌رفتم همیشه مرگ و جلوی چشمام می‌دیدم.
۶. حمایت اطرافیان؛ حمایت عاطفی بعد از تشخیص و طی درمان	خونواده ام بعد از تشخیص و درمان خیلی حمایتم کردند، هر چند بعضی وقت‌ها بیشتر شبیه حس ترحم بود اما آدم واقعاً دلگرم میشه ....
۷. ارتباطات معنوی، تقویت اعتقادات معنوی جهت دلگرمی، معنویت به عنوان اساس زندگی	بعد از تشخیصم فکر می‌کردم نیاز بیشتری به ارتباط با خدا دارم، نیاز دارم دعا بخونم و به حرم امام رضا (ع) برم.... شاید واقعاً نیاز داشتم با دنیای دیگه ارتباط برقرار کنم، بهم آرامش می‌ده.
۸. ترس از پیش‌بینی آینده	فکر کردن درباره اینکه چی قراره پیش بیاد و شاید بمیرم و ... از آینده می‌ترسم.
۹. نیاز به تعلق داشتن به گروه‌های اجتماعی و تعامل با دیگران	نیاز دارم تو گروه‌هایی باشم که درکم کنن و یا شرایطی شبیه من داشتن و اون شرایطتو پشت سر گذاشن.
۱۰. نیاز به تغییر شیوه زندگی جهت تطابق با سرطان	باید خیلی از جنبه‌های زندگیمو تغییر بدم، خیلی ولی نمی‌دو نم چطوری ....
۱۱. نگفتن کلمه سرطان توسط اطرافیان	اطرافیان بعضی وقت‌ها کلمه سرطان و بکار نمی برن و از کلمه «مریضی» استفاده می کنن این قضیه اذیتم میکنه با اینکه کلی براشون توضیح دادم.
۱۲. ترس از شیمی‌درمانی به عنوان یک روش درمانی وحشتناک	شیمی‌درمانی برام یک غوله هر بار که میخوام برم انجامش بدم شب تا صبح خوابم نمی‌ره و کلی استرس و اضطراب دارم.
۱۳. نیاز به مدیریت علائم بعد از شیمی‌درمانی: درد طاقت‌فرسا، ریزش مو و مجبور به تراشیدن سر به طور کامل برای اولین بار در زندگی	تعبیر شیمی‌درمانی اوایل برای من یعنی جهنم، جهنمی با کلی مشکلات دیگش؛ درد طاقت‌فرسا، ریزش مو و مجبور به تراشیدن سر به طور کامل برای اولین بار در زندگی وای چه سخته پشت سر گذاشتن همه‌ی اینا...
۱۴. مدیریت علائم بعد از جراحی	بعد از عملم خیلی درد داشتم انگار غیرقابل‌تحمل بود، دستمو نمی تونستم تکون بدم، کارهای شخصیمو نمی تونستم انجام بدم.
۱۵. محدودیت در ادامه شغل به خاطر تغییر ظاهری در شیمی‌درمانی و نگاه‌های نگران‌کننده دیگران	بعد از شروع شیمی‌درمانی و ریختن موهام و ابروهام اوایل نمی تونستم برم سرکار، نگاه‌های آدم‌ها بعضی وقت‌ها غیرقابل‌تحمل میشه هرچقدر آدم قوی‌ای باشی بازم بهت برمی خوره.
۱۶. تغییرات خلق و خو؛ نوسانات احساسی، عصبانی بودن، بی انرژی بودن	روند درمانم برام خیلی ناراحت‌کننده بود، خیلی وقت‌ها عصبانی هستم و یا اغلب اوقات بی انرژی، نمی‌دو نم چرا این‌قدر در طی روز خُلقم تغییر می‌کنه و...
۱۷. نگرانی در مورد بهبودی	من آدم قوی هستم ولی می‌ترسم بعد از پشت سر گذاشتن همه این مراحل خوب نشم و همه‌چیز دوباره یا چندباره تکرار شه.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

مرحله دوم: انجام مداخلات بر اساس طبقه‌بندی نیازها و مشکلات تعیین‌شده مبنی بر فاکتورهای مراقبتی ده‌گانه و فرآیندهای مراقبتی کاریتاس.

در این مرحله بعد از تعیین نیازها و مشکلات برگرفته شده از مصاحبه با بیمار بر اساس عوامل مراقبتی ده‌گانه و فرآیند مراقبتی کاریتاس، اقدامات و مداخلاتی در جهت تعدیل و رفع آنان صورت گرفت. این اقدامات در طی ۱۸ ماه با همکاری تیم مراقبتی متشکل از پرستار، روانشناس، روحانی، تیم مراقبه، یوگا و انرژی‌درمانی، گروه‌های اجتماعی در جهت توسعه عملکردهای بیمار برای رشد معنوی و شکل‌گیری مفهوم شفا، تقویت شایستگی در مراقبت از خود با استفاده از مفاهیم انرژی‌درمانی، لمس درمانی، رایحه‌درمانی، کاهش اضطراب و استرس، افزایش امید به زندگی، معنایابی در درد و رنج خود، کشف قدرت و کنترل درونی و ارتقاء تعالی و خود شفایی، شیوهای مراقبت و التیام با استفاده از موسیقی، لمس، صدا، رایحه‌درمانی، تجسم سازی، آرام‌سازی و سایر هنرهای شفابخش علم پرستاری، آموزش تن آرامی، ارتقای پذیرش احساسات مثبت و منفی و ... در راستای فاکتورهای مراقبتی ده‌گانه مدل مراقبت انسانی واتسون انجام گرفت. قابل‌ذکر است تمامی مداخلات انجام‌شده با هدایت و هماهنگی پرستار مراقبت دهنده بیمار خارج از محیط درمانی به عنوان پرستاری در منزل بوده است که دوره‌های آموزشی مراقبت انسانی واتسون را گذرانده است. جدول شماره (۲) عوامل مراقبتی ده‌گانه و فرآیند مراقبتی کاریتاس مدل مراقبت انسانی واتسون را نشان می‌دهد که بر اساس هر یک از آن موارد و بر اساس هر یک از نیازها و مشکلات تعیین‌شده بیمار نوع مداخله را عنوان می‌کند. در بیشتر موارد مداخلات انجام شده در چندین عامل و فرآیند مراقبتی کاریتاس همپوشانی دارند.

جدول شماره ۲: نوع مداخلات بر اساس نیازسنجی و فرآیند مراقبتی کاریتاس

ردیف	فاکتورهای مراقبتی ده گانه	فرایندهای مراقبتی کاریتاس	مداخله بر اساس نیازها
۱	تشکیل یک سیستم ارزشی نوع دوستانه و بشردوستانه	ممارست بر عشق-مهربانی و متانت با خود و دیگران	انرژی درمانی، لمس درمانی، ماساژ، رایحه درمانی و ...
۲	ایجاد ایمان و امید	حضور موثر، توانمند ساز و حمایت کننده که نظام باورهای عمیق و ذهنی خود و دیگران را محترم می شمارد.	مراقبه و حمایت معنوی
۳	ایجاد حساسیت به خود و دیگران	ترویج تلاشهای معنوی خود؛ تعمیق خود آگاهی، فراتر رفتن از «نفس خود	مراقبه و حمایت معنوی
۴	تکامل و توسعه ارتباط کمک کننده- اطمینان بخش	توسعه وحفظ ارتباط مراقبتی صحیح، قابل اعتماد، کمک کننده و اطمینان بخش	حضور در گروه های اجتماعی، مشاوره روانشناس
۵	ارتقاء و پذیرش ابراز احساسات مثبت و منفی	حضور داشتن، حمایت کردن، ابراز احساسات مثبت و منفی به عنوان یک اتصال با روح عمیق تر از خود و فردی که تحت مراقبت است.	مشاوره روانشناس
۶	استفاده سیستماتیک از روش علمی حل مسئله برای تصمیم گیری (به استفاده از حل مساله خلاقانه)	استفاده خلاق از خود و همه روشهای دانستن/بودن/عمل کردن به عنوان بخشی از فرایند مراقبت (بکارگیری هنرمندانه اقدامات مراقبتی- بهبودی)	مشاوره روانشناس برای حل مشکلات روانشناختی
۷	ایجاد و توسعه یادگیری- یاددهی بین شخصی	به کار گیری تجارب ناب یاددهی – یادگیری در بستری از ارتباط مراقبتی که به انسان به دیده یک کل می نگرد.	شرکت در گروه های اجتمعی و استفاده از تجارب دیگران
۸	تدارک محیط حمایتی، حفاظتی،	خلق یک محیط شفابخش در کلیه سطوح جسمی و غیر جسمی،	تمهیدات لازم برای مهیا کردن محیط

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

	اصلاحی، ذهنی، جسمی، اجتماعی - فرهنگی و معنوی	محیط پیچیده انرژی و آگاهی که موجب مقتدر شدن یکپارچگی، زیبایی، آسایش، احترام و آرامش می شود.	بر اساس شرایط بیمار
۹	کمک به ارضای نیازهای انسان	کمک شرافتمندانه و محترمانه در برآوردن نیازهای اساسی ازطریق مراقبت هدفمندو هوشیارانه در مواجهه و کار با روح مجسم دیگران، ارج نهادن به وحدت وجود و ایجاد ارتباط کاملا روحی.	انرژی درمانی، مراقبه و حمایت معنوی
۱۰	پذیرش نیروهای پدیدارشناسی هستی گرایی.	توجه به جنبه های معنوی، اسرار آمیزو ابعاد ناشناخته هستی از جمله رنج مرگ و زندگی و پذیرفتن معجزه	انرژی درمانی، مراقبه و حمایت معنوی

مرحله سوم: ارزیابی و بازاندیشی بر اساس فرآیند مراقبتی کاریتاس

در مرحله سوم با توجه به اقدامات انجام شده برای بیمار بعد از گذشت ۱۸ ماه، جهت ارزیابی و بازاندیشی بر اساس فرآیند مراقبتی کاریتاس مصاحبه‌های متعددی با بیمار انجام گرفت. نمونه‌هایی از بازاندیشی و تأثیرات مداخلات انجام‌شده بر اساس عوامل مراقبتی ده‌گانه و فرآیند مراقبتی کاریتاس در زیر آورده شده است.

تأثیر مراقبت کاریتاس بعد از اتمام دوره انرژی‌درمانی و مراقبه

بیمار اذعان دارد انجام یوگا، مراقبه و دوره‌های انرژی‌درمانی باعث شده است وارد مرحله جدیدی از زندگی خود شود و توانسته با انجام این دوره‌ها به نوعی با روح خود صلح کند. در بسیاری از قسمت‌های گفتگو با بیمار، نشان داد که شرکت در این دوره‌ها و آگاهی از قوانین انرژی‌درمانی، لمس درمانی، ماساژ، رایحه‌درمانی و ... خیلی از علائم اولیه بیمار که ناشی از تشخیص و درمان سرطان بوده است، کاهش یافت. همچنین اختلال در تصویر ذهنی که یکی از مشکلات اساسی بیمار بعد از عمل جراحی محسوب می‌شد با استفاده از عامل سیستم ارزشی نوع‌دوستانه و ممارست بر عشق، مهربانی و متانت با خود بر اساس مدل مراقبت انسانی واتسون طی دوره‌های انرژی‌درمانی تحقق یافت. علاوه بر آن تطابق با شرایط زندگی و احساس نگرانی از مرگ بیمار با استفاده از پذیرش نیروهای پدیدارشناسی هستی‌گرایی و مراقبت آگاهانه از خود طی شرکت در این دوره‌ها محقق گردید؛ می‌توان گفت بعد از انجام این مداخله هنر پرستاری به‌صورت هدفمند در مراقبت تجلی یافته است.

«....همیشه یک اضطراب و دل‌شوره‌ای از آینده داشتم، فکر می‌کردم که بیماریم عود میکنه و بر میگرده ... اما بعد از انجام انرژی‌درمانی یاد گرفتم چطور با وجود و بدن خودم آشتی کنم، خودمو دوست داشته باشم، عاشق خود باشم، بدنم و هر طوری هست قبول کنم و دیگه نگران نگاه‌های اطرافیان نباشم.....»

«.....یاد گرفتم چطور با شرایط جدید زندگی کنار بیام، نیاز به تمرین زیادی داشت اما یواش‌یواش تونستم ....پذیرفتم رنج مرگ توی همه‌ی زندگی‌ها هست و مخصوص من نیست و مرگ جزئی از زندگیه .....»

تأثیر مراقبت کاریتاس بعد از اتمام دوره مراقبه و حمایت معنوی

انجام مراقبه و حمایت‌های معنوی با توجه به احساس نیاز بیمار به برقراری یک ارتباط معنوی مؤثر صورت گرفت. بعد از انجام این مداخله و انجام جلسات مشاوره با روحانی، برای بیمار به نوعی روش‌های مراقبت - شفا ایجاد شد و بر اساس مدل مراقبتی کارتیاس باعث خلق یک محیط شفابخش در کلیه سطوح جسمی و غیر جسمی، محیط پیچیده انرژی و آگاهی که موجب مقتدر شدن یکپارچگی، زیبایی، آسایش، احترام و آرامش بیمارگردید. این موارد باعث ترویج تلاش‌های

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

معنوی‌اش؛ تعمیق خودآگاهی، فراتر رفتن از «نفس خود» گردید. پرستار مراقبت دهنده در این مرحله برای کمک به بیمار با ایجاد و ترویج تشریفات مذهبی مراقبت-بهبودی معنادار، ترویج و ایجاد معنا برای آیین‌های مراقبت – شفا و تعبیر وظایف مرسوم پرستاری به صورت اعمال هدفمند شفادهنده و یا برای مثال، شستن دست به عنوان تطهیر و پاک‌سازی روانی و جسم پرداخت. همچنین با استفاده از مشاوره‌های معنوی متعدد در طی این دوره بر ترس ناشی از اضطراب مرگ فائق آمد.

«.... همیشه مفهومی گنگ از شفا توی ذهنم داشتم، پدر و مادرم در موردش صحبت میکردن اما این‌قدر نبود که از نظر ذهنی راضی‌ام کنه، اما وقتی با یک متخصص تو این زمینه (روحانی) صحبت کردم و به صورت علمی و موشکافانه برام توضیح داد، دیدم نسبت به شفا، شفابخشی خدا و حتی معجزه تغیر پیدا کرد.... و به نوعی رضایت درونی رسیدم که خواست خدا بهترین‌ها رو برای آدم رقم میزنه.... و باید هر وضعیتی رو به خدا سپرد... چقدر این آیه قرآن و برام قشنگ و ماندگار شد ک میگه {لا تخف و لا تحزن انا منجوک؛ نترس و غمگین نباش ما تو را نجات می‌دهیم.} این یعنی پر از امیدواری، اعتماد و ایمان به خودش.....»

تأثیر مراقبت کاریتاس بعد از شرکت در گروه‌های اجتماعی

شرکت در گروه‌های مختلف اجتماعی و کمپین‌های بشردوستانه یکی دیگر از مداخلاتی بود که برای بیمار مورد نظر با توجه به نیازهای بررسی‌شده‌اش صورت پذیرفت. بیمار با قرار گرفتن در گروه‌های مختلف اجتماعی و فرهنگی با ارتقا توانایی خود در زمینه حضور داشتن و در کنار دیگران بودن و انجام کار برای آن‌ها و همچنین فراخواندن دیگران و شنیدن واقعی معانی درونی و داستان‌های ذهنی دیگران توانست از تجارب ناب یاددهی – یادگیری در بستری از ارتباط مراقبتی استفاده کند و در صورت نیاز از تجارب آنان و ایجاد ارتباط درمانی با آنان بهره‌مند گردید.

«.... وقتی تو گروه بیماران شفا یافته سرطانی قرار گرفتم خیلی امیدم به زندگی زیاد شد، وقتی یکی‌یکی تجاربشونو در گذر از مرحله سخت زندگی شنیدم به این رسیدم که من هم مراحل سخت درمان بیماریم بالاخره یک روز تموم میشه..... راه‌حل‌های خیلی جالبی به من دادن که چطور هر مشکلم را حل کنم .....انگار اون افراد خود من بودن در آینده من که همه چیز و پشت سر گذاشته بود.....»

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر یک نمونه مطالعه مراقبت پرستاری برای بیمار مبتلا به سرطان پستان بر اساس مدل مراقبت انسانی واتسون و فرآیند مراقبتی کاریتاس بود. بر اساس نیازها و مشکلات تعیین‌شده بیمار، پرستار مراقبت دهنده بیمار مراقبت‌هایی را در جهت عوامل ده‌گانه مراقبتی واتسون برنامه‌ریزی، هماهنگی و انجام دادند که نتایج با انجام مصاحبه‌های پی‌درپی با بیمار بعد از گذشت ۱۸ ماه مورد ارزیابی و بازاندیشی قرار گرفت. روش‌های درمانی مدرن سرطان پستان شامل شیمی‌درمانی به‌عنوان یک روش اصلی برای درمان برای این بیماری است؛ اما این روش همراه با عوارض جانبی منفی می‌باشد که منجر به مشکلات متعدد برای زنان می‌گردد. در نهایت باعث کاهش کیفیت زندگی زنان و باعث بروز مشکلات جسمی و روانی در آنان می‌گردد (۱۸). بررسی تجربه بیمار شرکت‌کننده در مطالعه نشان می-دهد که ایشان به علت استفاده از روش‌های درمانی متعدد ماستکتومی و شیمی‌درمانی تنش روانی بسیاری را متحمل شده‌اند. همچنین به علت تغییر فیزیکی صورت گرفته بعد از جراحی ماستکتومی ادراک، افکار، نگرش‌ها، احساسات و باورهای که درباره بدن

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

خود داشته است به سمت منفی سوق یافته است. علیرغم آن این نگرانی در مورد تصویر ذهنی و دیدگاه دیگران از این موضوع باعث کاهش عزت‌نفس در این بیمار شده است که منجر به افت کیفیت زندگی‌اش گردید. همچنین یکی از مشکلاتی که مددجو مطالعه حاضر مطرح نمود، ترس از عود مجدد سرطان بعد از گذراندن دوره درمان بوده است. یکی از مراقبت‌های پرستاری انجام شده برای بیمار حاضر بر اساس مدل مراقبت انسانی واتسون در این زمینه استفاده از دوره‌های انرژی‌درمانی، لمس درمانی، یوگا و مراقبه بوده است که با پیشبرد التیام، سلامت، رشد فردی و خانوادگی، احساس تمامیت، بخشش، آگاهی مترقی و آرامش درونی باعث فائق شدن بر بحران و ترس از بیماری، تشخیص، ناخوشی، صدمات و تغییرات زندگی گردید (۱۹). در این مطالعه هدف از مراقبت پرستاری بر اساس نظریه واتسون کمک به فرد برای رسیدن به درجه بالایی از تعادل است که یک پرستار کمک می‌کند تا افراد به یافتن معنا در وجود خود، ناهماهنگی، درد و رنج، آشفتگی، پرورش خودکنترلی، انتخاب، خودشناسی و خود تعیین گری با اخذ تصمیم‌های مرتبط با سلامت و ناخوشی بپردازد. نتایج مطالعات متعدد نیز نشان می‌دهد که انجام مراقبت‌هایی نظیر یوگا، انرژی‌درمانی و لمس درمانی می‌توانند تأثیر بسزایی بر ابعاد مختلف زندگی افراد مبتلا به سرطان داشته باشد (۲۰-۲۴).

یوگا به عنوان یک روش مؤثر در درمان اضطراب و ترس از عود مجدد این گروه از بیماران معرفی شده است (۲۵). یوگا با به همراه داشتن تمرین‌ها تنفسی، تکنیک‌های آرام‌سازی و تصویرسازی ذهنی نتایج اثربخشی داشته است. همچنین نوعی از یوگای آرام نیز در این بیماران مؤثر واقع شده و اضطراب و افسردگی را تا حد قابل قبولی کاهش داده است (۲۶). بر اساس مدل مراقبت انسانی واتسون در این مطالعه مددجو با پذیرش نیروهای پدیدارشناسی هستی‌گرایی با استفاده از گذراندن دوره‌های مراقبه و تقویت ارتباطات معنوی و توجه به جنبه‌های معنوی اسرارآمیز و ابعاد ناشناخته هستی از جمله رنج مرگ و زندگی و پذیرفتن معجزه قرار بگیرد.

اضطراب مرگ به عنوان ترس مداوم، غیرمنطقی و مرضی از مرگ یا مردن است که برای بیشتر افراد بخصوص بیماران با تشخیص‌های پرخطر نظیر سرطان به صورت یک تهدید نمایان می‌شود (۲۷ و ۲۸). در مطالعه حاضر فرد بیمار یکی از نگرانی‌های خود را به عنوان احساس نزدیک بودن لحظه مرگ بعد از تشخیص نهایی سرطان قید می‌کند. در مطالعه‌ای نشان داده است که زنان مبتلا به سرطان پستان پس از مواجه‌شدن با تشخیص سرطان، دچار فشار روانی شدیدی شدند و سرطان را معادل مرگ دانستند و ترس از مرگ و مرگ قریب‌الوقوع و حتمی را احساس کردند (۲۹). مطالعات متعددی نشان داده است که رشد معنوی به عنوان یکی از جنبه‌ها ارتقا یافته شخصیت افراد مبتلا به سرطان باعث افزایش قدرت شخصی و قدرشناسی از زندگی می‌شود. این بیماران بر اساس باورهای معنوی خود، قدرت درونی خود را با ارتباط با خدا تقویت کرده و این قدرت به آن‌ها در تطابق با بیماری و مشکلات آن و تعریف مرگ به عنوان اتصال به قدرت برتر کمک می‌کند (۲۴، ۳۰-۳۲). در مطالعه حاضر نیز بیمار با حمایت‌های معنوی و مذهبی صورت گرفته در طی این دوره بر ترس ناشی از اضطراب مرگ فائق آمد.

بنابراین پرستاران می‌توانند در مراقبت و مداخلات معنوی کافی در بیماران، تنش‌های معنوی بیماران را حل و با احترام به اعتقادات معنوی بیماران، شأن انسانی، پذیرش و درک بیمار و به حداکثر رساندن قدرت بیمار

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

در کنترل مراقبت از خود اثربخشی مراقبت‌های پرستاری و بعد معنوی بیماران را ارتقا دهند.

حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل پیش‌بینی کننده مهم پیامد سرطان پستان شناخته شده است و همچنین آن همراه با استفاده از تجربیات همتایان به عنوان یک منبع قابل‌اعتماد برای کمک به بیماران سرطانی در سازگاری با اضطراب، افسردگی و احساس عدم امنیت می‌باشد که میزان مرگ‌ومیر این افراد را کاهش و کیفیت زندگی آنان را افزایش می‌دهد (۳۳ و ۳۴). Yan و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود نشان دادند که حمایت اجتماعی در بهبود کیفیت زندگی و امیدواری نجات‌یافتگان از بیماری سرطان پستان تأثیر قابل‌توجهی داشته است (۳۵).

در مددجو حاضر نیز با استفاده از مدل مراقبت انسانی، پرستار با تأکید بر مراقبت مددجو محور با توجه به نیازهای ذهنی فرد و با استفاده از تجارب یاددهی و یادگیری و حمایت درک شده اجتماعی بیمار با استفاده از گروه همتایان و خانواده، امیدواری بیمار به ادامه زندگی افزایش یافت و در این مرحله نقش پرستار به جای نقش مروج اطلاعات صرف به نقش هدایت‌کننده و نشان‌دهنده مسیر با کمک حمایت‌های اجتماعی و گروه همتایان تبدیل می‌شود.

واژه کاریتاس به معنای بشردوستی به عنوان یک نقطه قوت در مدل مراقبت انسانی واتسون است. وی تلاش در جهت متمایز ساختن care از cure و ایجاد یک زبان مستقل از پزشکی دارد. ازآنجایی‌که واتسون برای تکمیل نظریه خود از فلاسفه غرب و شرق استفاده نمود و سفرهای عمیق فرهنگی-معنوی به کشورهای مختلف در اقصی نقاط جهان داشت، می‌توان اذعان نمود که همسویی فرهنگی و اعتقادی این تئوری با بسیاری از کشورها، می‌تواند آن را به یک تئوری پرکاربرد در جهان تبدیل کند. ازآنجایی‌که این تئوری به لحاظ فرهنگی با پرستاری در بسیاری از فرهنگ‌ها، ملیت‌ها و کشورها سازگار است. لذا به‌طور فزاینده می‌تواند در سطح ملی و بین‌المللی مورداستفاده قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود به عنوان یک راهنما برای برنامه‌های آموزشی، مدل‌های عملکردی بالینی، پژوهشی، مدیران پرستاری و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی کاربرد دارد. علاوه بر آن با توجه به تأثیر آن بر روند مراقبتی مورد مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود عملکرد پرستاران بر اساس تئوری مراقبت انسانی در مددجویان مبتلا به سرطان بر اساس عوامل مراقبتی ده‌گانه کاریتاس صورت گیرد زیرا می‌تواند تأثیر به سزایی در ایجاد امید و ایمان در ادامه روند درمان، ارتقا و پذیرش ابراز احساسات مثبت و منفی، بهره‌مندی از محیط‌های حمایتی و پذیرش نیروهای هستی‌گرایی با ابعاد مرگ و زندگی و پذیرش معجزه با کاربرد انرژی‌درمانی، مشاوره‌های روانشناسی، شرکت در گروه‌های حمایتی و همتایان داشته باشد.

References

1-Rafiemanesh H, Salehiniya H, Lotfi Z. Breast cancer in Iranian woman: incidence by age group, morphology and trends. Asian Pac J Cancer Prev 2016; 17(3):1393-7. [Persian]

2-Iranian Annual of National Cancer Registration Report 2004, Islamic Republic of Iran Ministry of Health and Medical Education Health Deputy, Center for Disease Control Non-communicable Deputy Cancer Control Office.

3-Saremi A, Moradzadeh R, Mohammadi Bonchenari S. Physical Activity and Breast Cancer Prevalence: A Case- Control Study in Arak, Iran (2017-2018). Iran J Breast Dis. 2019; 12(1):29-38. [Persian].

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

4-Alipour S, Omranipour R, Jahanzad I, Bagheri K. Very young breast cancer in a referral center in Tehran, iran, review of 55 cases aged 25 or less throughout 33 years. Asian Pac J Cancer P. 2014; 14(11):6529-32. [Persian].
5-Musarezaie A, Khaledi F, Kabbazi-fard M, Momeni-GhaleGhasemi T, Keshavarz M, Khodaee M. Investigation the Dysfunctional attitudes and its relationship with stress, anxiety and depression in breast cancer patients. Journal Health Syst Res 2015. 2015;11(1):68-76. [Persian]
6-Salehi F, Mohsenzade F, Arefi M. Prevalence of Death Anxiety in Patients with Breast Cancer in Kermanshah. Iran Quarterly J Breast Dis. 2013; 8(4): 34-40. [Persian]
7-De la Torre-Luque A, Gambara H, López E, Cruzado J. Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts: A meta-analysis. Int J Clin Health Psychol. 2015; 8(23):1-9.
8-Hong JS, Tian J. Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients. Support Care Cancer. 2014; 22(2): 453-9.
9-Keeton CP, Perry-Jenkins M, Sayer AG. Sense of Control Predicts Depressive and – v Anxious Symptoms across the Transition to Parenthood. J Fam Psychol 2008; 22(2): 212-221.
10-Joolaee S, Rasti F, Ghiyasvandian Sh, Haghani H. Patients' perceptions of caring behaviors in oncology settings. Iran J Nurs Research 2014; 9(1):67-59. [Persian]
11-Ghafari S, Mohammadi F. Concept Analysis of Nursing Care: a Hybrid Model. J Mazand Univ Med Sci. 2012; 22(Supple 1): 153-164. [Persian]
12-Favero L, Meier MJ, Lacerda MR, Mazza VA, Kalinowski LC. Jean Watson's Theory of Human Caring: a decade of Brazilian publications. Acta Paul Enferm Journal. 2009; 22(2): 213-218.
13-Marlaine S, Marilyn P. Nursing theories & nursing practice, Fourth edition.2015; F. A. Davis Company.
14-Watson J. Book-Human caring science: a theory of nursing, 2nd ed. 2011; Jones & Bartlett Learning co.
15-Yin R. Case study research: design and methods 3rd ed; SAGE. Applied Social Research methods series 2003.
16-Elo S, Kääriäinen M, Kanste Q, Pölkki T, UtriainenK, Kyngäs H. Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. SAGE Open 2014: 1-10.
17-Graneheim UH, Lindgren BM, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. Nurse Educ Today 2017; 56: 29-34.
18-Maree JE, Mulonda J. "My experience has been a terrible one, something I could not run away from": Zambian women's experiences of advanced breast cancer. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2015 Jan 1; 3:24-30.
19-Mehnert A, Berg P, Henrich G, Herschbach P. Fear of cancer progression and cancerrelated intrusive cognitions in breast cancer survivors. Psycho Oncology 2009; 18(12):1273-80
20-Yazdani F. The effects of yoga on symptom scales quality of life in breast cancer patients undergoing radiotherapy. Iran. J Breast Dis. 2015; 7(4): 33-42. [Persian]
21-Suwankhong D, Liamputtong P. Physical and emotional experiences of chemotherapy: a qualitative study among women with breast cancer in Southern Thailand. Asian Pac J Cancer P 2018;19 (2):521.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

22-Greenlee H, DuPont- Reyes MJ, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen MR, Deng G, et al. Clinical practice guidelines on the evidence based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. CA-Cancer J Clin. 2017; 67(3):194-232.
23-Greenlee H, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen M, Deng G, Hershman D, et al. Clinical practice guidelines on the use of integrative therapies as supportive care in patients treated for breast cancer. J Natl Cancer Inst Monogr. 2014; 50:346-58.
24-Odynets T, Briskin Y, Todorova V. Effects of Different Exercise Interventions on Quality of Life in Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial. Integr Cancer Ther. 2019; 18: 1-8.
25-Rao MR, Raghuram N, Nagendra HR, Gopinath KS, Srinath BS, Diwakar RB, et al. Anxiolytic effects of a yoga program in early breast cancer patients undergoing conventional treatment: A randomized controlled trial Complementary Therapies in Medicine 2008; 17: 1-8
26-Danhauer SC, Mihalko SL, Russell GB, Campbell CR, Felder L, Daley K, et al. Restorative yoga for women with breast cancer: findings from a randomized pilot study. Psycho-Oncology 2009; 18 (4): 360-8
27-Sherman DW, Norman R, McSherry CB. A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. Journal Assoc Nurses AIDS Care. 2010; 21: 99-13.
28-Emanuel EJ, Fairclough DL, Wolfe P, Emanuel LL. Talking with terminally ill patients and their caregivers about death, dying, and bereavement: is it stressful? Is it helpful? Arch Intern Med. 2004; 164(18).
29-Gurm BK, Stephen J, MacKenzie G, Doll R, Barroetavena MC, Cadell S. Understanding Canadian Punjabi-speaking South Asian women's experience of breast cancer: a qualitative study. Int J Nurs Stud 2008; 45(2): 266-76.
30-Caldeira S, Carvalho EC, Vieira M. Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with cancer. Rev Lat Am Enfermagem. 2014; 22(1):28-34.
31-Liamputtong P1, Suwankhong D2. Living with breast cancer: the experiences and meaning-making among women in Southern Thailand. Eur J Cancer Care (Engl). 2016; 25(3):371-80.
32-Martins H, Dias Domingues T, Caldeira S. Spiritual Well-Being in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy in an Outpatient Setting: A Cross-Sectional Study. J Holist Nurs. 2020; 38(1):68-77.
33-Zou Zhijie, Hu JP, McCoy T. Quality of life among women with breast cancer living in Wuhan, China. Int J Nurs Sci 2014; 1(1): 79 -88.
34-Huang CY, Hsu MC. Social support as a moderator between depressive symptoms and quality of life outcomes of breast cancer survivors. Eur J Oncol Nurs 2013; 17(16): 767-774.
35-Yan B, Yang L-M, Hao L-P, Yang C, Quan L, Wang L-H, et al. Determinants of Quality of Life for Breast Cancer Patients in Shanghai, China. PLoS ONE. 2016; 11(4): e0153714

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]