

استراتژی تطابقی مهم مورد استفاده توسط مبتلایان به ضایعات نخاعی: یک مطالعه کیفی

حسن بابامحمدی^۱، رضا نگارنده^۲، ناهید دهقان نیری^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اگرچه این امر پذیرفته شده است که استفاده از استراتژی‌های تطابقی نقش مهمی در فرایند تطابق به دنبال صدمات طناب نخاعی ایفا نموده و در سلامتی عاطفی افراد مبتلا به صدمه مؤثر است، اما اطلاعات کافی و عمیقی در زمینه مهم‌ترین استراتژی تطابقی مورد استفاده بیماران مبتلا به صدمه طناب نخاعی در جهان و به خصوص ایران وجود ندارد. هدف این مطالعه، کشف استراتژی تطابقی مهم مورد استفاده بیماران ایرانی مبتلا به صدمات طناب نخاعی در زمینه مدیریت چالش‌های ناشی از بیماری بود.

روش: مطالعه حاضر از نوع کیفی بود که طی آن با ۱۸ بیمار بستری ضایعه نخاعی در مرکز تحقیقات و ترمیم ضایعه نخاعی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز حمایت از معلولین ضایعه نخاعی مصاحبه عمیق به عمل آمد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های ضبط شده جمع‌آوری گردید و به طور هم‌زمان به روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی (مقایسه مداوم) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: در جریان تحلیل داده‌ها، مهم‌ترین راهبرد تطابقی مبتلایان به صدمات طناب نخاعی تحت عنوان استعانت مذهبی (درک بیماری به عنوان تقدیر الهی، آزمون الهی، توسل به ائمه اطهار و افزایش ذکر و عبادت) پدیدار شد.

نتیجه‌گیری: درک استراتژی‌های تأثیرگذار بر تطابق بیماران با ضایعه نخاعی و چالش‌های آن از دیدگاه مشارکت کنندگان به توسعه بدنه دانش و درک پرستاران و سایر شاغلین مراقبت بهداشتی و همچنین خانواده‌ها در زمینه تقویت استراتژی‌های کلیدی و اثربخش و ارتقای کیفیت مراقبت کمک می‌نماید.

کلیدواژه‌ها: استراتژی تطابقی مهم، پرستاری، تحلیل محتوا، صدمات طناب نخاعی، مطالعه کیفی

ارجاع: بابامحمدی حسن، نگارنده رضا، دهقان نیری ناهید. استراتژی تطابقی مهم مورد استفاده توسط مبتلایان به ضایعات نخاعی: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۲؛ ۲ (۱): ۹۰-۱۰۰.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۱۷

مقدمه

جدید سالیانه می‌باشد (۲). Kennedy و همکاران دریافتند که ۵۶ درصد صدمات بین سنین ۱۶ تا ۳۰ سالگی، با بیشترین شیوع در سن ۱۹ سالگی رخ می‌دهد (۳). از آنجایی که صدمه در دوران جوانی رخ می‌دهد، چالش‌های منحصر به فردی را برای فرد ایجاد می‌کند؛ چرا که با فرایندهای رشد و تکامل فیزیکی و روانی - اجتماعی فرد هم‌زمان می‌شود (۴).

صدمات طناب نخاعی (Spinal cord injury یا SCI) یکی از ناگوارترین صدماتی است که یک شخص می‌تواند تجربه کند (۱). میزان بروز سالیانه SCI در ایالات متحده آمریکا، غیر از افرادی که در صحنه حادثه می‌میرند، به طور تقریبی ۴۰ مورد به ازای هر ۱ میلیون نفر یا نزدیک به ۱۲۰۰۰ مورد

۱- استادیار، گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

۲- دانشیار، گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسئول: دکتر حسن بابامحمدی

پرداخته‌اند (۲۵-۲۳، ۲۱).

از راهبردهای مقابله‌ای شایعی که در سایر مطالعات گزارش شده است می‌توان به پذیرش (۲۱، ۱۸)، مذهب و معنویت (۲۸-۲۶، ۱۸)، جستجوی حمایت عاطفی (۱۸)، حمایت اجتماعی (۲۳) و امیدواری (۳۲-۲۹، ۱۱) اشاره نمود. معنویت و باورهای شخصی که به زندگی افراد معنی بخشیده و در مقابله با مشکلات به آن‌ها کمک می‌کنند، به عنوان بخش پذیرفته شده فرهنگ معاصر جوامع می‌باشد که به طور گسترده‌ای در عرصه مراقبت نیز وارد شده است (۳۳). سیرتی نیر و همکاران می‌نویسند: «پژوهشگران در دو نکته با یکدیگر اتفاق نظر دارند. اول این که انسان‌ها موجوداتی معنوی هستند و دوم بین معنویت و بهبودی رابطه وجود دارد. البته منابع از نظر تأثیر معنویت بر توانایی بهبود، توانایی مقابله با تغییر و سازگاری با آن و حالات مرتبط با سلامت و بیماری اجماع دارند، اما از دیدگاه اسلام تمایزی بین مذهب و معنویت وجود ندارد» (۳۴).

معنویت از واژه روح زندگی گرفته شده و حس هماهنگی و ارتباط با خود، دیگران، طبیعت و مافوق می‌باشد. معنویت از طریق یک فرایند رشد پویا و یکپارچه قابل اکتساب است و به هدف و معنی در زندگی منتهی می‌گردد. معنویت منبع الهام، انرژی، انگیزه و تمایل طبیعی به سمت رشد و التیام می‌باشد (۳۵). عبادی و همکاران در مطالعه کیفی که بر روی مصدومین شیمیایی گاز خردل انجام دادند، دریافتند که عامل اصلی سازگاری آن‌ها با بیماری، دین و مذهب بوده است (۳۶).

گرچه تحقیقات کمی به بررسی راهبردهای تطابقی مورد استفاده مبتلایان به ضایعات نخاعی پرداخته‌اند، اما هیچ یک از این مطالعات دیدگاه و تجربه خود بیماران را در فرایند تطابق بیان نکرده‌اند و هنوز ابهامات زیادی در مورد مهم‌ترین استراتژی تطابق با این بیماری وجود دارد. در ضمن متون موجود به طور قطع حاکی از عدم توافق در میان محققین، نظریه‌پردازان و بالینی‌ها بر سر ماهیت، عملکرد و طبقه‌بندی این استراتژی‌ها است (۳۸، ۳۷). بنابراین، هدف این مطالعه کسب درک عمیق‌تری از استراتژی تطابقی مهم مورد استفاده در این بیماران بود.

SCI افراد را با چالش‌های بی‌شماری در سلامتی (Well-being) و عملکرد جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی مواجه می‌کند (۵). این معلولیت اغلب منجر به نقایص حسی، حرکتی و اختلال عملکرد روده‌ای و مثانه‌ای می‌گردد و همه این‌ها توانایی فرد برای انجام فعالیت‌های خودمراقبتی معمول مانند مسؤولیت‌های فردی و شغلی را محدود می‌کند. علاوه بر محدودیت‌های جسمی ایجاد شده به وسیله SCI، افراد عوامل استرس‌زای متعدد عاطفی، روان‌شناختی، اقتصادی و محیطی را تجربه می‌کنند (۸-۶). تعاملات پیچیده میان این عوامل استرس‌زا، بر روی سازگاری فردی و خانوادگی بعد از یک SCI تأثیر می‌گذارد. انتقال از یک زندگی مستقل به حالت وابسته نیازمند تعریف و ارزیابی اهداف فردی، اجتماعی، شغلی (۹، ۶) و یافتن معنی است (۱۱، ۱۰). واضح است که زندگی با SCI فرایند پیچیده‌ای است که نیازمند تطابق (Coping) با تغییرات در عملکرد فیزیکی و روانی- اجتماعی برای افراد مبتلا و اعضای خانواده آن‌هاست.

تطابق به عنوان تلاش‌های رفتاری و شناختی به طور دایم در حال تغییر فرد برای مدیریت یک تنش تعریف شده است (۱۲). تطابق به دنبال SCI نقش مهمی در فرایند سازگاری ایفا می‌کند (۵) و استراتژی‌هایی که افراد برای تطابق با وقایع استرس‌زا استفاده می‌کنند بر پیامدهای زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۱۴-۱۲) و با سلامتی (Well-being) عاطفی افراد مبتلا به SCI همراه است (۱۵).

مطالعات متعددی استراتژی‌های تطابقی و اثراتشان را بر روی SCI توضیح داده‌اند. استراتژی‌های تطابقی مورد استفاده به وسیله افراد متعاقب SCI توسط چندین مطالعه مقطعی مورد بررسی قرار گرفته است (۱۷، ۱۶، ۱۲، ۵). همچنین تغییرات استراتژی‌های تطابقی در طول زمان نیز از طریق مطالعات طولی بررسی شده است (۲۰-۱۸). چندین مطالعه نیز برای بررسی روش‌های تطابقی از پرسش‌نامه استفاده کرده‌اند و استراتژی‌های تطابقی را به عنوان تلاش‌های آگاهانه برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا دیده‌اند (۲۲، ۲۱، ۱۷). مطالعات دیگری نیز به بررسی ارتباط بین استراتژی‌های تطابقی و برخی شاخص‌های مشخص مانند کیفیت زندگی

روش

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی با هدف تبیین استراتژی تطابقی مهم در مبتلایان به SCI بود که در سال‌های ۸۹-۱۳۸۸ انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته جمع‌آوری و به روش آنالیز محتوای کیفی قراردادی (رویکرد مقایسه‌ای مداوم) تحلیل گردید. این روش به کشف و توصیف استراتژی‌هایی که مبتلایان به ضایعات نخاعی برای تطابق با چالش‌های ناشی از بیماری خود به کار می‌گیرند می‌پردازد. از آنجایی که تطابق فرایندی است که در گذر زمان و در یک رابطه پیچیده فرد و زمینه اجتماعی وی رخ داده و درک می‌شود (۱۷، ۷)، این رویکرد برای مطالعه انتخاب شد.

مشارکت‌کنندگان (Participants)

نمونه‌ها شامل ۱۸ نفر بیمار مبتلا به ضایعه نخاعی مراجعه کننده به دو بخش تحقیقات و ترمیم ضایعات نخاعی بیمارستان امام خمینی و مرکز حمایت از معلولین ضایعات نخاعی در تهران بود. نمونه‌گیری به روش هدفمند از بین بیمارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، صورت گرفت. بدین ترتیب بیماران مبتلا به صدمه طناب نخاعی که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند و از توانایی لازم برای به اشتراک گذاشتن تجربه‌های خود برخوردار بودند، مورد مصاحبه قرار گرفتند. تلاش شد تا نمونه‌ها با حداکثر تنوع (Maximum variation) (از نظر سن، مدت زمان زندگی با صدمه، سطح صدمه و علت صدمه) انتخاب شوند تا توصیف جامع‌تری از استراتژی‌های تطابقی به دست آید. نمونه‌گیری تا اشباع طبقات ادامه یافت. محدوده سنی مشارکت‌کنندگان بین ۱۹ تا ۶۳ سال (متوسط ۳۷/۲ سال) بود. ۱۰ نفر زن و ۸ نفر مرد، ۱۱ نفر متأهل (۶۱ درصد)، یک مورد طلاق گرفته (۵/۵ درصد) و بقیه مجرد بودند. ۵۵/۵ درصد به علت تصادف با اتومبیل و ۲۷/۷ درصد به علت سقوط دچار ضایعه نخاعی شده بودند. حداقل مدت زمان زندگی با معلولیت ۲/۵ سال و حداکثر ۲۶ سال بود. ۸۳/۳ درصد مشارکت‌کنندگان دچار پاراپلژی (فلج اندام تحتانی) (Paraplegia) و ۱۶/۷ درصد دچار کوادری پلژی (فلج چهار اندام) (Quadriplegia) بودند.

جمع‌آوری داده‌ها

روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، مصاحبه بود. محقق اصلی هدف مطالعه و سؤالات تحقیق را برای هر مشارکت‌کننده شرح داد. در صورت موافقت برای مشارکت در تحقیق و امضای برگه رضایت آگاهانه، قرار ملاقاتی با مشارکت‌کنندگان برای مصاحبه تعیین می‌گردید. به منظور راحتی مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها در زمانی که آن‌ها احساس راحتی و وقت کافی برای مصاحبه داشتند، صورت گرفت. مصاحبه‌ها در یک اتاق خصوصی انجام شد. هر مصاحبه با یک سؤال کلی مانند «می‌توانید از تجربیاتتان هنگامی که با این صدمه روبرو شدید بگویید؟» شروع می‌شد. از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا ادراک و تجربیاتشان از استراتژی‌های تطابقی مورد استفاده برای غلبه بر چالش‌های متعاقب ضایعه را بیان نمایند. مصاحبه‌ها با سؤالات تکمیلی (Probing) به منظور تسخیر درک عمیق‌تری از پدیده تحت مطالعه ادامه یافت. مصاحبه‌ها به وسیله یک ضبط صوت دیجیتال ضبط و کلمه به کلمه رونوشت‌برداری (Transcribed verbatim) شده و به طور همزمان تحلیل شدند. مدت جلسات مصاحبه بین ۴۰ تا ۹۰ دقیقه (به طور متوسط یک ساعت) بستگی به تحمل مشارکت‌کنندگان و علاقه آن‌ها به توضیح تجربیاتشان طول می‌کشید. در صورت لزوم جلسه دوم نیز جهت مصاحبه ترتیب داده می‌شد.

تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری آن‌ها شروع شد (۳۹) و داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها به طور همزمان با استفاده از آنالیز محتوای کیفی قراردادی (روش مقایسه‌ای مداوم) تحلیل شدند. به عبارت دیگر، هر مصاحبه جهت مصاحبه بعدی را فراهم می‌کرد. رونوشت‌های حاصل از هر مصاحبه چندین بار مرور شدند و داده‌ها به کدها تنزل یافتند (شکستن داده‌ها به قطعات معنی‌دار و اختصاص نام مفهومی به آن) و سپس از کدها طبقات تشکیل شدند؛ به طوری که کدهایی که از نظر مفهومی مشابه بودند در یک طبقه گروه‌بندی شدند. طبقات کدهای هر مصاحبه به منظور شناسایی ارتباطات مشترک با مصاحبه‌های دیگر مقایسه (Constant comparison) و

گرفته شد. موضوعات اخلاقی مورد علاقه شامل حفظ استقلال (Autonomy)، رازداری (Confidentiality) و گمنامی (Anonymity) مشارکت کنندگان در طول مدت مطالعه بود. همه مشارکت کنندگان از هدف و طرح مطالعه و آزادانه بودن شرکت در مطالعه مطلع شدند و به آن‌ها اطمینان داده شد که بدون هیچ قید و شرطی در هر مرحله قادر به خروج از مطالعه هستند. علاوه بر این، از هر مشارکت کننده موافق در مطالعه اجازه ضبط مصاحبه اخذ شد.

یافته‌ها

در جریان تحلیل داده‌ها، ۵ استراتژی تطابقی شامل «استعانت مذهبی، امیدوار بودن، پذیرش واقعیت، کسب حس اعتماد و تلاش برای استقلال/ خودمراقبتی» پدیدار شد که از این میان استعانت مذهبی به عنوان مهم‌ترین راهبرد در ذیل به همراه طبقات آن توضیح داده شده است (شکل ۱).

استعانت مذهبی

در مراحل فرایند تطابق با بیماری، استعانت مذهبی عامل مواجهه با مشکلات و مسایل خاص بود و موجب آرامش روحی و روانی در بیماران می‌شد. استعانت مذهبی، تلاش برای یافتن امدادی بود که به آن‌ها در ادامه حیات و امیدواری به زندگی کمک می‌کرد. در واقع مشکل بیماران آن قدر شدید بود که خود را باخته و این‌گونه تصور می‌نمودند که از انجام هر کاری عاجز و ناتوان هستند، بنابراین به منبع لایزال الهی پناه برده تا با اتصال به آن بتوانند توان مقابله با مشکل را پیدا کنند. کمک گرفتن از باورهای مذهبی به گونه‌های مختلفی از جمله دیدن بیماری به عنوان قسمت و تقدیر الهی، شکلی از آزمون الهی، توسل به ائمه اطهار و افزایش ذکر و عبادت در

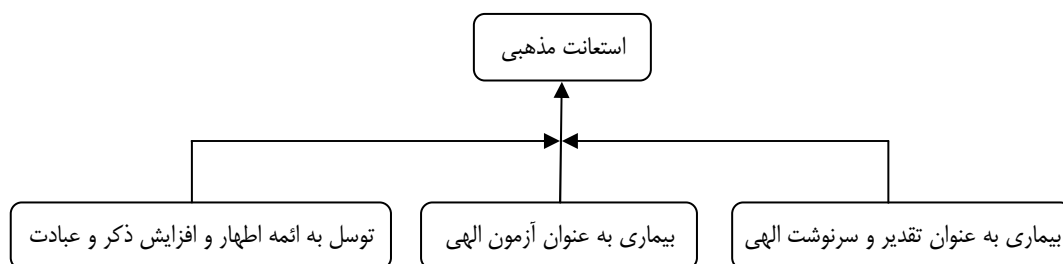
طبقات و زیرطبقات حاصل در سطح ویژگی‌ها و ابعاد به یکدیگر مرتبط شدند. تحلیل داده‌ها با شناسایی تعدادی از موضوعاتی که جهت شرح تجربیات و دیدگاه‌های مشارکت کنندگان راجع به استراتژی تطابقی مهم مورد استفاده به دنبال ضایعه نخاعی شکل گرفته بود، پایان یافت.

اعتماد و اعتبار یافته‌ها

اعتبار از طریق کنترل همتایان (Peer check) و درگیری طولانی مدت با مشارکت کنندگان برقرار شد. همکاران تحقیق (Expert advisors) عمل کنترل همتایان را انجام دادند. درگیری طولانی مدت با مشارکت کنندگان در عرصه تحقیق به محقق اصلی کمک کرد تا اعتماد مشارکت کنندگان و درک بهتری از عرصه‌های تحقیق را کسب نماید. نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، تأییدپذیری و اعتبار داده‌ها را افزایش داد. این استراتژی نمونه‌گیری، محقق را قادر می‌سازد تا محدوده وسیعی از دیدگاه‌ها و تجربیات را به طور دقیق تسخیر نماید (۴۰). محققین از هر گونه تلاشی برای ثبت و مستند کردن دقیق مسیر (جهت) تحقیق و تصمیمات اتخاذ شده به منظور حفظ قابلیت حساسرسی (Audit ability) برای دیگر محققینی که مسیر تحقیق را دنبال خواهند کرد، فروگذار نکردند. به علاوه، نتایج با تعدادی از بیماران ضایعه نخاعی که در تحقیق شرکت نداشته‌اند (به منظور بررسی تأیید تناسب نتایج) بررسی شد.

توجهات اخلاقی

طرح تحقیق این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران بررسی و تأیید گردید و مجوز رسمی برای انجام مطالعه از مسؤولین اخذ شد. بعد از آگاه‌سازی و توجیه مشارکت کنندگان رضایت آگاهانه به صورت کتبی از آنان



شکل ۱. طبقات استعانت مذهبی

بین مشارکت کنندگان مشهود بود.

الف. بیماری به عنوان تقدیر و سرنوشت الهی: افراد با باورهای مذهبی قوی اعتقاد دارند که هر چیزی در جهان هستی با اراده و خواست خداوند موجودیت می‌یابد. بنابراین، آن‌ها از این باور برای تسهیل پذیرش واقعیت بهره می‌گیرند. در این مطالعه بیشتر مشارکت کنندگان اعتقاد داشتند که بیماری آن‌ها تقدیر و یا سرنوشت الهی بوده که به وسیله خداوند برای آن‌ها انتخاب شده است. در حمایت این ادعا، یک مرد ۵۰ ساله پاراپلژیک (مشارکت کننده ۱۱) چنین عنوان کرد: «قسمت ما این بوده، خدا این‌طوری برامون نوشته».

فرد دیگری (مشارکت کننده ۳) در تأیید این مطلب اظهار داشت: «من فکر می‌کنم که خدا به هر کسی یه مأموریتی داده. باور کنید من امروز یقیناً یعنی قلباً به این یقین رسیدم که تو این انجمن از طرف خدا مأموریتی دارم. من خیلی چیزهارو تحمل می‌کنم. خواست خدا بوده... خدا شاید فکر کرده من این‌جا بهتر می‌تونم خدمت بکنم».

مشارکت کننده دیگری (مشارکت کننده ۶) اعتقاد داشت: «به مرور زمان که گذشته، حس کردم، ملموس بوده برام که اگر آدمیزاد خودش رو بسپاره به اون حکمت بی‌دلیل خداوندی و به قول حافظ پی فهم دلیل زیاد چون و چرا نکنه، واقعاً تو مسیر رحمت بی‌بدیش قرار می‌گیری».

ب. بیماری به عنوان آزمون الهی: یکی از نکاتی که در استعانت مذهبی این بیماران بسیار تکرار شده است، این بود که آنان بیماری خویش را آزمون الهی دانسته و معتقد بودند خداوند به این وسیله می‌خواسته آن‌ها را مورد امتحان خود قرار دهد، پس باید سعی کنند از این امتحان سربلند بیرون آیند. یکی از مشارکت کنندگان (مشارکت کننده ۲) در این باره عنوان کرد: «در اصل این بیماری رو یه نوع آزمون الهی می‌دونم که باید از اون سربلند بیرون بیام» یا (مشارکت کننده ۹) گفت: «من فکر می‌کنم خدا می‌خواست منو امتحان کنه... شاید من یه مقدار غفلت کردم و خداوند به این وسیله خواسته منو به خودم بیاره. خدا خواست که من تو این دنیا بمونم تا جبران کنم» که در واقع نوعی تفکر تطابقی است.

ج. توسل به ائمه اطهار و افزایش ذکر و عبادت: مورد

مهم دیگری که در استعانت مذهبی این بیماران قابل توجه و تأمل بود، توسل بیماران به نذر، زیارت، دعا و توسل به ائمه اطهار بود که نقش مهمی در آرامش روحی بیماران داشت. بیماران معتقد بودند که شیعه، ائمه اطهار را به عنوان مرجعی برای رهایی و نجات دارد. نذر و دعا برای شفای بیماری از جمله مواردی بود که به طور تقریبی در تمامی بیماران وجود داشت. یکی از مشارکت کنندگان (مشارکت کننده ۷) در این زمینه می‌گوید: «توسل به ائمه اطهار و اعتقادات مذهبی باعث شد که بتونم ۸ سال دوام بیارم». شخص دیگری (مشارکت کننده ۱۸) می‌گوید: «هر شب که می‌خوام بخوابم ۱۲۰۰-۱۰۰۰ تا صلوات به نیت ائمه اطهار می‌فرستم. ائمه اطهار اگه خواسته باشن دست‌رو بگیرن، خیلی سریع شفا پیدا می‌کنی. همه این کارها به من آرامش روحی می‌ده».

(مشارکت کننده ۳) اعتقاد داشت: «توکل به خدا و توسل به ائمه اطهار مهم‌ترین چیز در سازش با این مشکل بود». خواندن نماز و دعا نیز یکی از موارد مهم در استعانت مذهبی بود. مشارکت کنندگان اعتقاد داشتند که خداوند آن‌ها را شفا خواهد داد. یکی از مشارکت کنندگان (مشارکت کننده ۲) در این باره عنوان کرد: «همیشه در حال نماز و دعا بودم. معتقدم که خدا منو شفا می‌ده. من قبلاً اعتقادی به نماز خواندن نداشتم، اما حالا دارم. افراد زیادی برای خوب شدن دعا کردن. ایمانم به خدا به من کمک کرد تا آن‌چه رو که اتفاق افتاده قبول کنم».

در برابر احساس ناتوانی و ناامیدی ناشی از صدمه، تنها نیرویی که به آن‌ها قدرت رویارویی با مشکل را می‌داد، چنگ زدن به ریسمان لایزال الهی بود. در واقع احساس غیر قابل کنترل بودن بیماری و تکیه بر نیروی الهی، اولین واکنش بیماران در مواجهه با این مسأله بود. در مقوله استعانت مذهبی، بیانات متعدد حاکی از آن بود که بیماران برای غلبه بر ترس خود، از خداوند و ائمه مدد می‌خواستند. بیماران سعی داشتند با گفتن عباراتی مانند «مرگ و زندگی در دستان خداوند است، بیماری تقدیر الهی و امتحانی از طرف خداوند است» به خود آرامش داده و به این وسیله تنش زیاد ناشی از بیماری و مشکلات متعاقب آن را در خود تا حدی تعدیل نمایند.

بحث

این تحقیق اولین مطالعه کیفی است که استراتژی تطابقی کلیدی مورد استفاده بیماران ایرانی مبتلا به ضایعه نخاعی را شرح می‌دهد. بر اساس یافته‌ها، مهم‌ترین و کلیدی‌ترین استراتژی تطابقی در بیماران، مذهب و رویکرد معنوی آن‌ها بود که در مطالعات دیگر نیز بدان اشاره شده است (۴۱-۴۳، ۳۶، ۲۷، ۲۶، ۲۲، ۱۸). این استراتژی که از ریشه‌های مذهبی عمیق نشأت می‌گیرد، استراتژی فعالی است که به بیماران برای تصحیح مجدد افکارشان و تمرکز بر مشکل و تصمیم‌گیری درست درباره آن کمک می‌کند. اعتقادات مذهبی بیماران موجب می‌شد تا با تکیه بر آن در هر مرحله از فرایند تطابق با بیماری، مسایل و مشکلات روحی و روانی خود را تسکین داده و به آرامش نسبی با وجود بیماری چون صدمه طناب نخاعی دست یابند. نیروی مهمی که به آنان کمک می‌کرد تا بتوانند بیماری صدمه طناب نخاعی را تحمل نمایند، استعانت از رویکردهای مذهبی بود. در مطالعات مختلف به این موضوع اشاره شده است که پرستاران فرصت کار نزدیک با بیماران و خانواده آنان را در مدت زمان طولانی دارند. بنابراین به آن‌ها فرصت ارزیابی و برنامه‌ریزی برای مددجویان و خانواده آنان به عنوان موجودات بیولوژیک، شناختی، عاطفی، ذهنی و معنوی داده شده است. همان طور که پرستاران بیماران خود را برای زندگی با بیماری مزمن آماده می‌سازند، لازم است به معنویت و رضایت زندگی نیز به عنوان عناصر انگیزشی مهم جهت تطابق و سازگاری با این تغییرات اهمیت دهند. معنویت منبع الهام، انرژی، انگیزه و تمایل طبیعی برای سلامتی و رشد می‌باشد. افراد با تعهد به معنویت و با یافتن معنی رنج و عشق‌ورزی و دریافت عشق و محبت در زندگی آتی خود پیشرفت می‌کنند (۴۴، ۳۵).

در بسیاری از بیماران مبتلا به معلولیت، مذهب فعالیت جاری در زندگی روزمره آنان بوده و ابتلا به معلولیت موجب افزایش آگاهی افراد از ابعاد مذهبی و کشف معانی معنوی در زندگی می‌گردد و در بیماران مبتلا به صدمه طناب نخاعی به طور خاص، اعتقادات و اعمال مذهبی بیمار، منبع مهمی برای راحتی و قدرت در زمان بیماری و روشی برای تطابق با آسیب

و دیگر عوامل استرس‌زای مهم زندگی است (۲۷).

در مطالعه حاضر بیماران با استفاده از رویکردهای مذهبی چندگانه با بیماری خود مواجه شده‌اند. یکی از مهم‌ترین این رویکردها در مواجهه با بیماری این بود که مبتلایان بیماری خود را تقدیر الهی و سرنوشت تعیین شده از سوی خداوند، خواست و حکمت خداوندی دانسته، بنابراین خود را تسلیم مقدرات او می‌کردند. این موردی است که در مطالعات مربوط به تأثیر مذهب بر مقابله بیماران کمتر اشاره شده است. نتیجه به دست آمده در مطالعه طالقانی و همکاران را می‌توان تا حدی مشابه عقیده مبتلایان مورد مطالعه حاضر دانست که در آن زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان عقیده داشتند بیماری آنان در دستان خداوند است (۴۵). همچنین مطالعه عبادی و همکاران که بر روی مصدومین شیمیایی ایرانی انجام گرفت خاطر نشان ساخت که بیماران بیماری خود را خواست خداوند نگریسته و درد، بیماری و رنج را به عنوان هدیه و مشیت الهی در نظر می‌گرفتند (۳۶). در قرآن کریم (سوره طه/ آیه ۱۲۹) نیز به مقرر بودن سنت و تقدیر الهی و ملاحظه زمان اشاره می‌نماید.

یکی دیگر از ابعاد رویکرد استمداد مذهبی در این مطالعه، نگاه به بیماری به عنوان آزمون الهی بود. همچنان که در آموزه‌های دینی و آیات قرآن کریم نیز آمده است، انسان‌ها توسط خداوند به شکل‌های مختلف آزمون می‌شوند و این آزمون راهی برای کسب سعادت اخروی پس از مرگ است. یکی از راه‌هایی که خداوند به وسیله آن بنده خود را مورد امتحان قرار می‌دهد، ابتلا به بیماری است. در قرآن کریم (سوره بقره/ آیه ۱۵۵) آمده است: «هر آینه بیازماییم شما را به چیزی از ترس، گرسنگی، کاهش در مال و جان و میوه و ثمرات. پس مژده ده به صابرين که محکم‌ترین منبع است». طالقانی و همکاران نیز این عقیده را به صورتی در مورد بیماران مبتلا به سرطان پستان مطرح می‌کنند و می‌گویند: «در دیدگاه سنتی مسیحیت این عقیده مطرح است که زجر کشیدن امتحانی از سوی خداوند برای بررسی قدرت تحمل انسان‌هاست و بعضی‌ها بیماری را هدیه‌ای از طرف خداوند دانسته که تلنگری برای آغاز زندگی نو و افزایش خودآگاهی

قطع احساس می‌کنند که وجود یک قدرت یا هستی برتر یک منبع قدرت و راحتی برای آن‌هاست؛ سالم‌تر بوده و دارای توانایی‌ها و ظرفیت‌های بهبودی بالاتری نسبت به کسانی که در فعالیت‌های مذهبی شرکت ندارند یا اعتقاد راسخی به یک منبع قدرت برتر ندارند، می‌باشند (۲۸). یافته‌های مطالعه عبادی و همکاران نیز حاکی از آن بود که استراتژی‌های تطابقی معنوی مؤثر به افراد در یافتن معنی و هدف در بیماریشان کمک می‌کند (۳۶).

این یافته با یافته‌های حاصل از مطالعه Pollard و Kennedy مغایر است که عنوان می‌کند که استراتژی مذهبی یکی از کم‌ترین موارد استفاده شده ۱۰ سال بعد از صدمه طناب نخاعی است (۲۰). این مورد شاید به دلیل نوع فرهنگ جامعه مورد مطالعه و نوع مذهب و نگرش‌های مذهبی آنان باشد.

نتایج به دست آمده در این تحقیق تأیید کننده تحقیقات قبلی در مورد اثرات مفید اعتقادات مذهبی، دعا و عبادت در مقابله مؤثر و تطابق مثبت و سازنده با بیماری صدمه طناب نخاعی می‌باشد (۴۱، ۲۷، ۲۶، ۲۲، ۱۸)، بنابراین لازم است افراد تیم مراقبت بهداشتی، ابعاد مذهبی مبارزه با بیماری، دعا، ذکر و عبادات را به عنوان یک استراتژی مهم در مراقبت از مبتلایان به صدمه طناب نخاعی مورد توجه قرار داده و به برآوردن این نیاز در بیماران توجه خاص مبذول دارند.

نتیجه‌گیری

درک مشکلات مبتلایان به صدمات طناب نخاعی و استراتژی‌های مورد استفاده آن‌ها در تطابق با مشکلات، به توسعه بدنه دانش و درک پرستاران و سایر شاغلین مراقبت بهداشتی و همچنین خانواده‌ها در راستای تقویت استراتژی‌های اثربخش و کلیدی و ارتقای کیفیت مراقبت کمک می‌نماید. استعانت مذهبی نیز به بیماران کمک می‌کند تا به حس قوی‌تری از توانمندی دست یابند. انتظار می‌رود کلیه اعضای تیم بهداشتی - درمانی به ویژه پرستاران به نحو شایسته‌ای از باورها و اعتقادات مذهبی مددجویان در جهت کمک به آنان استفاده نمایند. همچنان که توجه به ترجیحات

از چیزهای خوب در زندگی مثل عشق به همسر است» (۴۵). از دیگر ابعاد مذهبی بیماران در مواجهه با صدمه طناب نخاعی، افزایش ذکر و عبادت و اعمال مذهبی بود که در اکثر تحقیقات ذکر شده به آن اشاره شده است (۴۳، ۲۷، ۲۶، ۲۲، ۱۸). یکی از جنبه‌های مهم و قابل توجه در ذکر و عبادت مشارکت کنندگان، توسل به ائمه و معصومین و درخواست کمک از آنان بود. یاری خواستن از ائمه و معصومین به عنوان واسطه‌ای مقرب به درگاه خداوند، به آن‌ها آرامش روحی مضاعف داده و توانشان را برای مقابله با مشکلات، در همه مراحل بیماری زیادتر می‌ساخت. در برخی از بیماران توسل با فعالیت‌های عملی چون رفتن به اماکن متبرکه معصومین مترادف بوده و در مواردی با همراه داشتن شیء متبرک به همراه خود جلوه‌گر می‌شد.

در این مطالعه، مشارکت کنندگان انواع متفاوتی از باورها و رفتارهای معنوی/ مذهبی شامل: عبادت، نماز، رفتن به مسجد، خواندن قرآن و دیگر اشکال رفتار مذهبی مانند توسل به ائمه اطهار و ... را انجام می‌دادند. چندین مطالعه قبلی در ایران نشان داده‌اند که نماز و التیام معنوی شایع‌ترین روش‌های درمانی مکمل (Complementary therapies) مورد استفاده هستند (۴۷، ۴۶). این مطالعه نشان داد که جنبه‌های مذهبی تطابق با بیماری از طریق عبادت و نماز به عنوان مهم‌ترین استراتژی فرهنگی در مراقبت از بیماران ایرانی مبتلا به صدمه طناب نخاعی است و فراهم کنندگان مراقبت بهداشتی باید در جهت برآوردن ملزومات این استراتژی معنوی تلاش کنند. قرآن کریم نیز در سوره‌های مختلف مؤمنان را به کمک گرفتن از نماز، روزه، صبر و یاد خدا در هنگام مواجه شدن با مصائب توصیه می‌کند (سوره بقره/ آیه ۱۵۳ و سوره فتح/ آیه ۴) و یاد خدا را مایه آرامش روان برمی‌شمارد (سوره رعد/ آیه ۲۸).

Udermann بعد از مرور تمام مقالات موجود در مدلاین (Medline) از سال ۹۹-۱۹۷۶ با استفاده از واژه‌های معنویت، مذهب، اعتقاد، شفا و بهبودی، نتیجه‌گیری کرد که شواهد علمی قوی‌ای وجود دارد که افرادی که: الف. به طور منظم در فعالیت‌های معنوی (مذهبی) شرکت می‌کنند و یا ب. به طور

طولانی مدت و عمیق با مبتلایان از بروز این مشکل تا حد زیادی پیشگیری نمود.

و تمایلات مذهبی مددجویان، مسئولیتی اخلاقی برای تمام پرستاران است.

محدودیت‌ها

نظر به این که بیان کلیه مشکلات و مسایل مربوط به مبتلایان به صدمه طناب نخاعی در طی مصاحبه ممکن است با نوعی انتقاد اجتماعی روبرو شود، این امر به طور بالقوه می‌توانست بر بیان احساسات و تجارب واقعی بعضی مبتلایان اثر داشته باشد و آنان را با نوعی خودسانسوری روبرو نماید که محقق با ایجاد جو اعتماد قبل از هر مصاحبه و درگیری

تشکر و قدردانی

این مطالعه با مشارکت مبتلایان به صدمات طناب نخاعی در دو مرکز تحقیقات و ترمیم ضایعه نخاعی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز حمایت از معلولین ضایعه نخاعی تهران انجام شد. محققین بر خود لازم می‌دانند تا از مساعدت و همکاری یکایک این عزیزان تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Chen HY, Boore JR. Establishing a super-link system: spinal cord injury rehabilitation nursing. J Adv Nurs 2007; 57(6): 639-48.
2. National Spinal Cord Injury Statistical Center. Spinal cord Injury facts and figures at a glance [Online]. [cited 2010 April 10]; Available from: URL: https://www.nscisc.uab.edu/PublicDocuments/nscisc_home/pdf/Facts%20and%20Figures%20at%20a%20Glance%202010.pdf
3. Kennedy P, Evans MJ, Berry C, Mullin J. Comparative analysis of goal achievement during rehabilitation for older and younger adults with spinal cord injury. Spinal Cord 2003; 41(1): 44-52.
4. Augutis M, Levi R, Asplund K, Berg-Kelly K. Psychosocial aspects of traumatic spinal cord injury with onset during adolescence: a qualitative study. J Spinal Cord Med 2007; 30 (Suppl 1): S55-S64.
5. Song HY, Nam KA. Coping strategies, physical function, and social adjustment in people with spinal cord injury. Rehabil Nurs 2010; 35(1): 8-15.
6. Gill M. Psychosocial implications of spinal cord injury. Crit Care Nurs Q 1999; 22(2): 1-7.
7. Lustig DC. The adjustment process for individuals with spinal cord injury: the effect of perceived pre-morbid sense of coherence. Rehabilitation Counseling Bulletin 2005; 48(3): 146-56.
8. Song HY. Modeling social reintegration in persons with spinal cord injury. Disabil Rehabil 2005; 27(3): 131-41.
9. North NT. The psychological effects of spinal cord injury: a review. Spinal Cord 1999; 37(10): 671-9.
10. DeSanto-Madeya S. The meaning of living with spinal cord injury 5 to 10 years after the injury. West J Nurs Res 2006; 28(3): 265-89.
11. Lohne V, Severinsson E. The power of hope: patients' experiences of hope a year after acute spinal cord injury. J Clin Nurs 2006; 15(3): 315-23.
12. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. J Pers Soc Psychol 1986; 50(5): 992-1003.
13. Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. J Pers Soc Psychol 1988; 54(3): 466-75.
14. Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. Soc Sci Med 1988; 26(3): 309-17.
15. Elfstrom ML, Kennedy P, Lude P, Taylor N. Condition-related coping strategies in persons with spinal cord lesion: a cross-national validation of the Spinal Cord Lesion-related Coping Strategies Questionnaire in four community samples. Spinal Cord 2007; 45(6): 420-8.
16. DeSanto-Madeya S. Adaptation to spinal cord injury for families post-injury. Nurs Sci Q 2009; 22(1): 57-66.
17. Chan RC, Lee PW, Lieh-Mak F. Coping with spinal cord injury: personal and marital adjustment in the Hong Kong Chinese setting. Spinal Cord 2000; 38(11): 687-96.
18. Anderson CJ, Vogel LC, Chlan KM, Betz RR. Coping with spinal cord injury: strategies used by adults who sustained their injuries as children or adolescents. J Spinal Cord Med 2008; 31(3): 290-6.
19. Kennedy p, Marsh N, Lowe R, Grey N, Short E, Rogers B. A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. British Journal of Health Psychology 2000; 5(2): 157-72.

20. Pollard C, Kennedy P. A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: a 10-year review. *Br J Health Psychol* 2007; 12(Pt 3): 347-62.
21. Elfstrom M, Ryden A, Kreuter M, Taft C, Sullivan M. Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *J Rehabil Med* 2005; 37(1): 9-16.
22. Siosteen A, Kreuter M, Lampic C, Persson LO. Patient-staff agreement in the perception of spinal cord lesioned patients' problems, emotional well-being, and coping pattern. *Spinal Cord* 2005; 43(3): 79-86.
23. Chronister J, Chih Chin C, Frain M, da Silva Cardoso E. The Relationship Between Social Support and Rehabilitation Related Outcomes: A Meta-analysis. *Journal of Rehabilitation* 2008; 74(2): 16-32.
24. Whiteneck G, Meade MA, Dijkers M, Tate DG, Bushnik T, Forchheimer MB. Environmental factors and their role in participation and life satisfaction after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85(11): 1793-803.
25. Chappell P, Wirz S. Quality of life following spinal cord injury for 20-40 year old males living in Sri Lanka. *Asia pacific Disability Rehabilitation Journal* 2003; 14(2): 162-78.
26. McColl MA, Bickenbach J, Johnston J, Nishihama S, Schumaker M, Smith K, et al. Changes in spiritual beliefs after traumatic disability. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81(6): 817-23.
27. Olson MM, Sandor MK, Sierpina VS, Vanderpool HY, Dayao P. Mind, body, and spirit: family physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding the integration of patient spirituality into medical care. *Journal of Religion and Health* 2006; 45(2): 234-47.
28. Udermann BE. The effect of spirituality on health and healing: a critical review for athletic trainers. *J Athl Train* 2000; 35(2): 194-7.
29. Lohne V, Severinsson E. Hope and despair: the awakening of hope following acute spinal cord injury-an interpretative study. *Int J Nurs Stud* 2004; 41(8): 881-90.
30. Lohne V, Severinsson E. Hope during the first months after acute spinal cord injury. *J Adv Nurs* 2004; 47(3): 279-86.
31. Lohne V. The battle between hoping and suffering: a conceptual model of hope within a context of spinal cord injury. *ANS Adv Nurs Sci* 2008; 31(3): 237-48.
32. Smith B, Sparkes AC. Men, sport, spinal cord injury, and narratives of hope. *Soc Sci Med* 2005; 61(5): 1095-105.
33. Daaleman TP, Kuckelman CA, Frey BB. Spirituality and well-being: an exploratory study of the patient perspective. *Soc Sci Med* 2001; 53(11): 1503-11.
34. Sirati Nir M, Ebadi A, Fallahi Khoshknab M, Tavallaei A. Spiritual coping with Post traumatic stress disorder: a qualitative study. *Islamic Lifestyle Centered on Health* 2012; 1(1): 142-60.
35. Brillhart B. A study of spirituality and life satisfaction among persons with spinal cord injury. *Rehabil Nurs* 2005; 30(1): 31-4.
36. Ebadi A, Ahmadi F, Ghanei M, Kazemnejad A. Spirituality: a key factor in coping among Iranians chronically affected by mustard gas in the disaster of war. *Nurs Health Sci* 2009; 11(4): 344-50.
37. Livneh H, Antonak RF. *Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers; 1997.
38. Zeidner M, Endler NS. *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. New York, NY: John Wiley & Sons; 1996.
39. Strauss A, Corbin JM. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Washington, DC: SAGE; 1998.
40. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
41. Amaral MT. A new sense for living: a comprehensive study about the adaptation process following spinal cord injuries. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(3): 573-80. [In Portuguese].
42. Dalvandi A, Ekman SL, Maddah SSB, Khankeh HR, Heikkila K. Post stroke life in Iranian people: used and recommended strategies. *Iranian Rehabilitation Journal* 2009; 7(9): 17-24.
43. Peterson J. Heart and soul of spiritual care. Should nurses provide spiritual care? *Kans Nurse* 2000; 75(10): 8-9.
44. Irmo M, Glover-Graf NM. Religiosity and Spirituality Among Persons With Spinal Cord Injury: Attitudes, Beliefs, and Practices. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 2011; 54(2): 82-92.
45. Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *J Adv Nurs* 2006; 54(3): 265-72.

46. Montazeri A, Sajadian A, Ebrahimi M, Haghighat S, Harirchi I. Factors predicting the use of complementary and alternative therapies among cancer patients in Iran. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2007; 16(2): 144-9.
47. Seyedfatemi N, Tafreshi M, Hagani H. Experienced stressors and coping strategies among Iranian nursing students. *BMC Nurs* 2007; 6: 11.

Important Coping Strategies Used by Individuals with Spinal Cord Injury: A Qualitative Study

Hassan Babamohammadi¹, Reza Negarande², Nahid Dehghan Niri³

Original Article

Abstract

Introduction: Although it is an accepted fact that using coping strategies have an important role in the coping process and quality of life following spinal cord injury (SCI), there is still little information about this issue in the world and especially in Iran. The purpose of this study was to explore important coping strategies used by Iranian patients with spinal cord injuries.

Method: 18 patients with SCI from The Brain and Spinal injury Repair Research Center of Tehran University of Medical Sciences, and the Protection Center of the disabled with spinal cord injury were interviewed deeply. Data were collected through recorded interviews, and concurrently analyzed using the conventional content analysis method.

Results: Data analysis showed seeking help from religious beliefs (understanding the disease as a divine fate and test, appeal to Imams, and increasing worship), to be an important coping strategy.

Conclusion: Understanding strategies that influence the patients' coping with the SCI will contribute to the nursing body of knowledge. It also helps nurses and other health-care professionals, and the patients' families in reinforcing the most effective coping strategies and promoting the quality of care.

Keywords: Content analysis, Important coping strategy, Qualitative research, Spinal cord injury

Citation: Babamohammadi H, Negarande R, Dehghan Niri N. **Important Coping Strategies Used by Individuals with Spinal Cord Injury: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2013; 2(1): 90-100.

Received date: 05.02.2012

Accept date: 09.04.2013

1- Assistant Professor, Department of Internal Medicine-Surgery, School of Nursing and Paramedical Sciences, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

2- Associate Professor, Department of Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Department of Management, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Hassan Babamohammadi PhD, Email: babamohammady2007@gmail.com