



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی
دانشکده پرستاری و مامایی اراک

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته آموزش پرستاری داخلی جراحی

عنوان:

تأثیر مشاوره معنوی بر سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان

استاد راهنما:

دکتر محبوبه سجادی

استادان مشاور:

دکتر شراره خسروی

دکتر ابوالقاسم یعقوبی

نگارنده:

نعیمه نیازی

زمستان 94

چکیده

زمینه وهدف: سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است. با توجه به ماهیت بیماری سرطان و ایجاد بحران معنوی در بیماران این مطالعه به منظور بررسی تاثیر مشاوره معنوی بر سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان انجام گرفت.

روش بررسی: این پژوهش یک کارآزمایی بالینی است که بر روی 42 زن مبتلا به سرطان که به بیمارستان شهید بهشتی همدان مراجعه کرده بودند انجام گرفت. نمونه ها به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار داده شدند. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزین والیسون و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بود. مداخلات شامل برگزاری جلسات فردی مشاوره معنوی برای گروه مداخله طی 8 جلسه 45 تا 60 دقیقه ای بود. سلامت معنوی در دو مرحله قبل و بعد از مداخله توسط ابزار اندازه گیری شد و از طریق نرم افزار SPSS نسخه 16 و با استفاده از روش های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین سن افراد در مطالعه 48/14 (1/521) و میانگین تعداد خانوار 3/69 (1/61) محاسبه شد. از گروه مداخله 42/9٪ دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر و از گروه کنترل 47/6٪ سواد بودند. سطح درآمد و میزان شرکت در مراسم های مذهبی و انجام مناسک در گروه کنترل و مداخله در حد متوسط و سطح اجتماعی اکثریت واحدهای پژوهش در حد متوسط و بالاتر بود. میانگین سلامت معنوی در گروه کنترل قبل از مداخله $96/33 \pm 11/11$ و بعد از مداخله $97/9 \pm 48/683$ و قبل از مداخله در گروه آزمون $96/86 \pm 12/71$ و بعد از مداخله در همین گروه $111/05 \pm 5/15$ بدست آمد که با استفاده از آزمون تی-زوجی و تی مستقل و کای دو سلامت معنوی بیماران قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون به طور متوسط افزایش معناداری داشت ($p_value < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که بکارگیری مشاوره معنوی نقش موثری در روند بهبودی و پذیرش بیماری از سوی بیماران دارد و سبب افزایش میزان سلامت معنوی در این بیماران می گردد.

کلید واژه: سلامت معنوی، سرطان، مشاوره معنوی

فصل اول: کلیات

- 1-1- بیان مسئله و ضرورت انجام تحقیق..... 2
- 1-2- اهداف تحقیق..... 10
- 1-3- سوالات و فرضیه های پژوهش..... 11
- 1-4- تعریف علمی و عملیاتی واژه ها..... 11

فصل دوم: چارچوب نظری و مروری بر متون

- 2-1- سلامت معنوی..... 14
- 2-2- سرطان..... 17
- 2-3- مشاوره معنوی..... 18
- 2-4- مرور متون..... 20

فصل سوم: روش کار

- 3-1- نوع پژوهش..... 25
- 3-2- جامعه پژوهش..... 25
- 3-3- محیط پژوهش..... 25
- 3-4- نمونه پژوهش..... 25
- 3-5- روش نمونه گیری..... 25
- 3-6- نحوه محاسبه حجم نمونه و تعداد آن..... 25
- 3-7- معیارهای ورود به مطالعه..... 26
- 3-8- معیارهای خروج از مطالعه..... 26
- 3-9- روش اجرا..... 26
- 3-10- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات..... 32
- 3-11- محدودیت های اجرایی طرح و روش کاهش آن ها..... 32
- 3-12- ملاحظات اخلاقی..... 32

فصل چهارم: نتایج

4-1- نتایج..... 34

4-1-1- نتایج مربوط به مشخصات دموگرافیک نمونه های پژوهش جداول 1 تا 10..... 35

4-1-2- نتایج مربوط به استنباط های آماری..... 44

فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری

5-1- بحث..... 52

5-2- نتیجه گیری..... 53

5-3- کاربرد پژوهش..... 54

5-4- پیشنهاد برای پژوهش های بعدی..... 54

55 منابع

60 پیوست

65 چکیده انگلیسی

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول (1-4) توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سطح تحصیلات.....	35
جدول (2-4) توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سطح اجتماعی.....	37
جدول (3-4) توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سطح درآمد.....	39
جدول (4-4) توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان شرکت در مراسم های مذهبی و انجام مناسک.....	41
جدول (5-4) مقایسه متغیر های دموگرافیک کمی بین دو گروه کنترل و مداخله.....	43
جدول (4-6) توزیع فراوانی مطلق و نسبی گروه کنترل و مداخله بر حسب میزان سلامت معنوی قبل و بعد از مداخله.....	44
جدول (7-4) مقایسه نمره سلامت معنوی ، مذهبی و وجودی بیماران در گروه کنترل و مداخله قبل از مداخله..	45
جدول (8-4) مقایسه نمره سلامت معنوی ، مذهبی و وجودی بیماران در گروه کنترل و مداخله بعد از مداخله..	47
جدول (9-4) مقایسه نمره سلامت معنوی ، مذهبی و وجودی بیماران قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل...	49
جدول (10-4) مقایسه نمره سلامت معنوی ، مذهبی و وجودی بیماران قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله....	50

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
36.....	نمودار(1-4) نمودار ستونی توزیع افراد گروههای مورد مطالعه بر حسب سطح تحصیلات
38.....	نمودار(2-4) نمودار ستونی توزیع افراد گروههای مورد مطالعه بر حسب سطح اجتماعی
40.....	نمودار(3-4) نمودار ستونی افراد گروههای مورد مطالعه بر حسب سطح درآمد
	نمودار (4-4) نمودار ستونی افراد گروههای مورد مطالعه بر حسب میزان شرکت در مراسم های مذهبی و انجام
42.....	مناسک.....

فصل اول

کلیات

1-1- بیان مسئله و ضرورت انجام تحقیق

بیماریهای مزمن و غیرواگیر در کشورهای پیشرفته و رو به پیشرفت در بین بزرگسالان دارای اهمیت زیادی است. در بسیاری از کشورها بیماری های مزمن روند صعودی دارند و به دلایل چندی این روند رو به افزایش است. دگرگونی و تغییر سریع الگوهای زندگی و رفتاری، به علاوه پیشرفت در مراقبت های پزشکی نوین امکان ادامه زندگی را برای بیماران مبتلا به بیماری های مزمن بیشتر کرده و همین امر باعث شده است که افراد با مشکلات مختلفی روبرو شوند(1).

سرطان یکی از علل عمده مرگ و میر و ناتوانی در سراسر جهان است. این بیماری یکی از بیماری های شایع و در حال افزایش است که حجم زیادی از تلاش های نظام های مراقبتی را به خود اختصاص می دهد(2).

سرطان در فارسی به معنای خرچنگ یا چنگار است و اولین بار بقراط این واژه را برای این بیماری به کار برده است، در حدود 1500 سال پس از بقراط ابوعلی سینا فیلسوف و پزشک ایرانی در مورد واژه سرطان می نویسد؛ انتخاب نام خرچنگ برای این بیماری به دلیل این ویژگی است که سرطان مانند خرچنگی که طعمه خود را در چنگال دارد اندام مبتلا را فرامی گیرد. هر یک از این دو دانشمند علم پزشکی قدیم، شرحی را در علل پیدایش این بیماری بیان کرده اند. اما این نظریه ها امروزه با توجه به علم پزشکی نوین بسیار ابتدایی به نظر می رسد. علیرغم تمامی پیشرفت ها، متأسفانه هنوز دلیل قطعی بیماری سرطان کشف نشده است(1).

سرطان یک بیماری مستقل با یک علت واحد نیست. بلکه دربرگیرنده مجموعه ای از بیماری های مجزاست که دارای علل، تظاهرات، درمان ها و پیش آگهی های متفاوت می باشد. اگرچه این بیماری می تواند تمام گروه های سنی را مبتلا سازد اما میزان وقوع آن در افراد بالای 65 سال بیشتر است و در کشورهای صنعتی از وقوع بالاتری برخوردار است(3).

تمام اشکال سرطان علت 9 درصد از مرگ و میرها در سراسر جهان می باشد و در کشورهای پیشرفته دومین (19 درصد) علت مرگ و میر در کشورهای در حال

پیشرفت چهارمین علت (6 درصد) مرگ‌ها می‌باشد (4). سازمان بهداشت جهانی برآورد می‌کند که سالانه بیش از 10 میلیون نفر با انواع مختلف سرطان تشخیص داده می‌شوند (5) و انتظار می‌رود که تعداد موارد جدید ابتلا تا 2020 سالانه از 10 میلیون به 15 میلیون نفر برسد (6).

بر اساس آمار ارائه شده از طرف WHO در سال 2005 از کل 58 میلیون مرگ در سراسر دنیا 6/7 میلیون (13 درصد) آنها به علت سرطان بوده است و بر اساس آمار انتشار یافته از طرف همین سازمان تا سال 2030، 13/4 درصد از موارد مرگ و میر در ایران به علت سرطان خواهد بود (7).

تشخیص سرطان ضرورتاً دال بر وجود پایانی کشنده نیست. بسیاری از انواع سرطان‌ها قابل علاج هستند. دیگر سرطان‌ها نیز اگر زود درمان شوند بهبود می‌یابند اما علیرغم این حقایق، اکثر بیماران و خانواده‌ها سرطان را نوعی بیماری کشنده تلقی می‌کنند که به نحو اجتناب‌ناپذیری با درد و رنج و ناتوانی همراه است. غم و اندوه پاسخی طبیعی به ترس‌ها و فقدان‌های پیش‌بینی‌ناپذیر شده توسط بیماران سرطانی است. فقدان‌های مذکور می‌توانند شامل فقدان سلامت، فقدان حس‌های طبیعی و نیز از دست دادن تصویر ذهنی از خویشتن، روابط اجتماعی و ... باشد (3).

بیماران مبتلا به سرطان به طور معمول دامنه‌ای از علائم درد و ناراحتی‌های جسمی و روانی را تجربه می‌کنند (8). به دلیل طبیعت مزمن سرطان بیمار مجبور است درمان طولانی مدت با داروهای سمی را بپذیرد. معالجه هفته‌ها یا ماه‌ها به طول می‌انجامد و عوارض جانبی مختلفی بروز می‌نماید. بستری شدن‌های متعدد به منظور درمان مانع از ادامه یک زندگی طبیعی می‌شود و عوارض پدیدار شده توانایی لذت بردن از جنبه‌های مختلف زندگی را از بیمار سلب می‌کند (9).

علیرغم پیشرفتهای پزشکی، توسعه درمان‌های سرطان و افزایش تعداد بازمانده‌های سرطان، این بیماری از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند بی‌همتاست (10). بیمار، خانواده و دوستان به دلیل از دست دادن کیفیت اوقاتی که با دیگران سپری می‌کردند و نیز به دلیل از دست دادن آینده، طرح‌ها و برنامه‌های عملی نشده و بلاخره فقدان کنترل بر روی زندگی، احساس غم می‌نمایند (3).

سرطان صرفاً یک رویداد با پایانی معین نیست بلکه یک موقعیت دائمی مبهم است که با تأثیرات دیررس و تاخیری ناشی از عوارض بیماری، درمان و مسائل روان شناختی مربوط به آنها مشخص می شود(11).

انسان سیستم زنده ای است که خود تنظیم بوده و به سوی تعالی نفس سیر می کند، هر تغییری که در قسمت کوچکی از این سیستم ایجاد شود می تواند بر کل سیستم یعنی جسم و روح و روان او تأثیر بگذارد. مسائل معنوی در زمان بروز بیماری باعث می شود فرد به دنبال معنا و هدف در زندگی خود گردد(12). مطالعات نشان داده است که بین 50 تا 85 درصد از بیماران مبتلا به سرطان به طور همزمان از یک اختلال روانپزشکی نیز رنج می برند(13). از طرف دیگر به دلیل تهدید کننده بودن این بیماری، باعث می شود که نیازهای معنوی بیماران به طور چشمگیری افزایش یابد (14).

ابتلا به سرطان باعث از بین رفتن امید و آرزوهای فرد شده و نه تنها جسم بلکه روان او را تحت تأثیر خود قرار می دهد(15). بیمار مجبور است درمان طولانی مدت با داروهای شیمی درمانی را بپذیرد و قبل و بعد از روند درمان، احساس ترس و اضطراب را تجربه نماید(9). آنها غالباً نگران آینده غیرقابل پیش بینی خود هستند. اغلب شغل خود را از دست می دهند و دچار مشکلات مالی می گردند و همواره به دلیل این بیماری مزمن دچار افسردگی و ترس از مرگ هستند(17 و 16). از طرفی بیماری های ناتوان کننده و مزمن فرد را با سوالاتی درباره معنا و هدف در زندگی روبرو می کند(18). با توجه به مسائل ذکر شده، تشخیص بیماری سرطان می تواند بحران های معنوی زیادی را در فرد ایجاد کند. گاهی اعتماد به نفس و ایمان مذهبی او را به مخاطره می اندازد و گاه ارتباطات فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده مختل می شود. در یک کلام می توان گفت بحران های معنوی در فرد پدیدار می شود(19).

انسان ذاتاً و فطرتاً موجودی معنوی و مذهبی است. تا زمانی که این بعد معنوی فرد به ساختار درونی او پیوند نخورد و با آن منسجم و یک پارچه نگردد درمان واقعی صورت نمی گیرد(20).

خدمت، حمایت و مراقبت، اغلب نیازمند فراخوانی نیروهای درونی بیمار است و بدون بکارگیری این نیروها موفقیت در درمان شکست هایی در برنامه درمانی به همراه خواهد داشت. منابع معنوی از جمله نیروهای درونی بیماران است که در یکپارچگی یا تمامیت جسم، روان و بعد اجتماعی آنان نقش بسیاری دارد(21).

مفاهیم متعددی درباره چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش های ناشی از بیماری وجود دارد. یکی از این مفاهیم، سلامت معنوی است(22). سلامت معنوی به عنوان فلسفه اصلی زندگی و حاصل برآورده شدن نیاز به هدف، معنا، عشق و بخشش در نظر گرفته می شود(23) و در جایگاه یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد می گردد و البته خود دربرگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می شود(22).

سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان با ویژگی ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می شود(24).

گزارش ها از گسترش علاقه به معنویت حکایت دارد به عنوان مثال کانترویکس¹ و همکارانش در سال 1994 گزارش کردند که 58 درصد از آمریکایی ها به دنبال رشد معنوی هستند(25). واژه معنویت را پیدمونت² به عنوان هسته درونی خود معرفی می کند که می تواند آرامش را به خصوص در شرایط استرس زا به انسان هدیه کرده و او را به یک نیروی برتر در این جهان هستی متصل کند(26). پژوهشگران مختلفی از جمله دنیس³ (27) والست⁴ (28) مک وان⁵ (29) و ننگ⁶ (30) و یانگ⁷ (31) نشان دادند افرادی که گرایش های معنوی دارند هنگام رویارویی با آسیب پاسخ های بهتری به وضعیتی که دارند می دهند، موقعیت تولید کننده فشار را بهتر اداره می کنند و از سلامتی بهتری برخوردارند(32).

1- Contervix & et al
2- Pidemount
3- Denis
4- Walt
5- Mcewan
6- Wong
7-Young

درباره اینکه معنویت چگونه در تامین سلامت کمک می کند نظریات زیادی مطرح شده است اما شایع ترین تبیین ها به این شرح است: معنویت موجب هدایت در تصمیم گیری ها و فشارها می گردد و به داشتن پاسخ برای پرسش های بزرگ و فلسفه غایت جهان کمک می کند. معنویت برای معتقدین؛ حمایت اجتماعی را در جنبه های انسانی و الهی تامین می کند، مثبت نگری و خوش بینی، معنا و هدفداری را در زندگی ایجاد نموده، و امیدواری و انگیزش را در افراد و پیروان خود به وجود می آورد. معنویت توانمندی فردی را افزایش داده، احساس تسلط، پذیرش و تحمل رنج و سازگاری با استرس و مشکلات را می افزاید(21).

سلامت معنوی هسته مرکزی سلامتی در انسان است. لذا ایجاد و پیشرفت احساس سلامت معنوی ممکن است یکی از راه های مناسب سازگاری با بیماری باشد. محققین می نویسند بین ایمان درونی، سلامت معنوی، امید و سایر حالات مثبت خلقی ارتباط مستقیم وجود دارد و باعث سازگاری افراد با این بیماری می شود(33). بنابراین حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند بوده و می تواند برای بهبود کیفیت زندگی، حمایت بین فردی، کاهش شدت علائم و نتایج مثبت پزشکی سودمند باشد(34).

توجه به بعد معنوی به دو دلیل حائز اهمیت است: 1- اکثر مردم دارای ایمان هستند و این امر با سازش و کاهش فشار هیجانات ناشی از فقدان یا تغییر یا بیماری کمک می کند. 2- عقاید دینی، ارتباط درمانی و تصمیم گیری های پزشکی را تحت تاثیر قرار می دهد. عقاید دینی می تواند به سبک زندگی به ویژه بر رژیم غذایی بیمار در بیمارستان و معالجه و پیروی از درمان، قبول کردن توصیه های پزشک و پرستار، مصرف داروها و حتی ادامه درمان موثر باشد(21).

مطالعات در ایالات متحده نشان می دهد که اکثریت جمعیت عمومی به خدا اعتقاد دارند و بر این باورند که ایمان و معنویت می تواند در بازیابی سلامت به بیماران کمک کند(35).

مذهب و معنویت می تواند با فراهم نمودن منبع مهمی از قدرت برای بیماران مبتلا به سرطان، کیفیت زندگی بیماران را ارتقا داده و از استرس آنها بکاهد(36).

بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان جهت مقابله با ابهام شخصیتی و عدم قطعیت درباره آینده که بدلیل مواجهه با بیماری برای آنها ایجاد شده از باورهای مذهبی به عنوان منبع قدرت یا امید نام می برند و به آن تکیه دارند(35).

یافته های مطالعات نشان می دهد که امید(37و38) و سلامت معنوی(39و40) عوامل معنادار زندگی هستند که به افراد کمک می کنند تا با بیماری سرطان سازگار شوند، زجر روانی خود را کاهش دهند، کیفیت زندگی و سلامت روانی - اجتماعی خود را افزایش دهند. همچنین تحقیقات نشان داده است که احساس راحتی و قدرت حاصل از اعتقادات دینی می تواند در سلامت و احساس خوب بودن سهمیم باشد. اعمال مذهبی ممکن است موجب معالجه یک بیمار نشود اما می تواند به فرد کمک کند تا احساس خوبی داشته باشد، از برخی مشکلات سلامتی جلوگیری کند و با بیماری و حتی مرگ به راحتی کنار آید(41).

بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان معتقدند اعتقادات مذهبی و برخورداری از سلامت معنوی منبعی مهم از تطابق با بیماری و درمان را برای آنها ایجاد می کند. در مطالعات زیادی مشخص شده است که یکی از مهم ترین پاسخ های سازگاری در بین بیماران مبتلا به سرطان، بازگشت آنها به معنویت است و این بازگشت نقش بسیار مهمی در بهبود تطابق و زندگی آنان دارد(42و43).

در بحران های زندگی، مذهب از پناهگاه های انسان به شمار می آید و پایگاه محکمی در مقابل مشکلات و محرومیت های زندگی ایجاد می کند. پس اعتقادات مذهبی در زمان بیماری برای شخص اهمیت پیدا می کند(44).

نتایج پژوهش مک کلین¹ و همکاران نشان داد که سلامت معنوی اثر قوی مثبتی بر ناامیدی پایان زندگی در بیماران مبتلا به سرطان دارد(45). برای بیماران مبتلا به سرطان که در مراحل انتهایی بیماری خود قرار دارند آرامش معنوی و مذهبی ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی هم مهمتر باشد(46).

معنویت و فعالیت های مذهبی به منبعی مهم در مقابله با بیماری مزمن محسوب می شود. معنویت و راهبردهای سازگاری مذهبی سبب حفظ و ارتقا عزت نفس بیمار،

1- Mc Clain & et al

ایجاد حس هدفمندی و معناداری زندگی، افزایش آسودگی و امیدواری می شود (47و48). در مطالعه ی مروری که توسط وارن¹ انجام شده است مشخص شد که مطالعات زیادی در زمینه اثرات مثبت معنویت و مذهب بر جنبه های مختلف سلامت در بیماران دارای بیماریهای مزمن صورت گرفته است (49).

برای مثال در مطالعه ای که روی 175 بیمار مبتلا به سرطان سینه انجام شده است نشان داده شد که سطح سلامت معنوی در زنانی که مذهبی بودند بالاتر می باشد. این زنان، مذهبی بودن را به عنوان هسته اصلی انگیزش در زندگی خود عنوان کردند (14).

کالج پزشکی امریکو آکادمی پزشکان خانواده توصیه می کند که معنویت به عنوان بخشی از مراقبت بیمار در نظر گرفته شود و به اهمیت به رسمیت شناخته شدن جنبه های روانی، وجودی، معنوی و مذهبی و درد و رنج بیماران از سوی تیم درمان تاکید دارد (35). بر اساس مدل کل نگر که اکثریت مدل های پرستاری بر آن تاکید دارند (50) انسان موجودی زیستی، روانشناختی، اجتماعی و معنوی است که در یک مراقبت جامع باید تمامی این ابعاد در نظر گرفته شود (51). تحقیقات پرستاری نشان می دهند که بعد معنوی یکی از ابعاد مهم پرستاری در مراقبت و تسکین درد بیماران است (52). یکی از نگرانی های اخیر در متون پرستاری ارائه ناکافی مراقبت های معنوی برای بیماران است. فرصت های یادگیری در پرستاری اغلب به نیازهای جسمانی محدود شده و اطلاعات در خصوص معنویت به فراموشی سپرده می شود (53و54) در حالی که تحقیقات انجام شده نشان داده اند که معنویت نه تنها بر حالات خلقی و سلامت روانی افراد موثر است که شرایط جسمانی آنان را نیز بهبود می بخشد (55). رایت² می گوید؛ مراقبت معنوی به دنبال تایید ارزش هر انسان بر مبنای عشق بدون قضاوت است. این عشق معنوی بدون قضاوت و بدون تبعیض است که همه بیماران از پرستاران خود انتظار دارند (21). بیماران از تیم درمان انتظار ارائه راه حل معنوی ندارند آنها تنها مایل هستند تا از طریق بالا بردن سطح سلامت

1- Warren
2-Wright

معنوی خود توانایی لازم برای مقابله با ترس و اضطراب و قضاوت‌های ناصحیح خود درباره بیماری را کسب کنند (35). تریسلی، چیو و گارتلند (2001) در یک مطالعه کیفی با استفاده از گروه‌های متمرکز دریافتند که مراقبت معنوی با احساس معنا داشتن و هدفمندی در زندگی مرتبط بود و این بدان معناست که در پرستاری هرچه به احساسات و گرایش‌های دینی و معنوی بیماران توجه شود، رضایتمندی و آرامش بیشتری تأمین می‌شود (21).

مصادق بارز مراقبت معنوی مشاوره معنوی است که در حقیقت نوعی درمان روانشناختی است. در این روش درمانگر، درمانجو را در جهت کاوش در موضوع‌ها و مسائل معنوی که مرتبط با بهبود و بازیابی سلامتی اوست هدایت می‌کند، در واقع مداخله‌ای می‌باشد که متکی بر قدرت بالقوه ایمان و معنویت در راستای درمان و بهبود است (56 و 57).

مشاوره معنوی شامل دعا، مراقبه، تصویرسازی معنوی، عبادات و مناسک، برون‌ریزی احساسات، نوشتن یادداشت‌های روزانه و کتاب‌درمانی می‌باشد (58 و 59).

با توجه به اینکه بیماری سرطان یک بیماری تهدیدکننده زندگی است، بیماران مبتلا تمایل به افشای جنبه‌های معنوی خود و ارائه آنها به تیم درمانی دارند (35). بدلیل نقش درمانی پرستار در تیم مراقبت که ارتباط نزدیکی را نسبت به سایر اعضای تیم با بیمار دارد انتظار می‌رود این بازگویی و ارائه معنوی از سوی بیمار متوجه پرستار گردد؛ لذا ایجاد یک ارتباط درمانی موثر آن هم از لحاظ معنوی باعث پذیرش هرچه بیشتر در بیمار می‌شود و این مسئله نیز کمک‌شایانی را به روند درمان خواهد کرد. همانطور که گفته شد جنبه‌های معنوی از جسم جدا نیست بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که سلامت معنوی می‌تواند موجب سلامت جسمانی نیز گردد. چنانچه نتایج مطالعات نیز این گفته را تصدیق می‌کند.

نتایج مطالعه بسکاگلیا¹ و همکاران (2005) بر روی تأثیر معنویت درمانی و مقابله معنوی بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی نشان داد که بالا بردن معنویت و مقابله معنوی موجب بهبود مشکلات روانشناختی در آنان می‌شود (60).

1- Boscaglia & et al

تونبویلی^۱ (2006) و تیلور^۲ (2002) نیز در بررسی تاثیر معنویت درمانی در درمان بیماران مبتلا به سرطان گزارش کردند که این مداخله موجب کاهش اضطراب و افسردگی و علائم جسمانی گردید (61 و 62). اما این ارتباط همیشه مثبت نبوده است. در مطالعه کائو^۳ و همکاران (2007) رابطه معناداری بین کیفیت زندگی و باورهای مذهبی در بیماران همودیالیزی کشف نشد (63).

با توجه به مطالب ذکر شده پیرامون مراقبت معنوی و بویژه مشاوره معنوی بر آن شدیم تا در این پژوهش به بررسی تاثیر مشاوره معنوی بر سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان پردازیم. امید است نتایج حاصل منجر به افزایش سطح سلامت معنوی در این بیماران و کارآمدی هرچه بیشتر پرسنل پرستاری گردد.

1-2- اهداف تحقیق

1-2-1- هدف کلی:

تعیین تاثیر مشاوره معنوی بر سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان

1-2-2- اهداف ویژه:

تعیین سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان قبل از مداخله در گروه آزمون

تعیین سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان قبل از مداخله در گروه کنترل

تعیین سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان بعد از مداخله در گروه آزمون

تعیین سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان بعد از مداخله در گروه کنترل

مقایسه سلامت معنوی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون

مقایسه سلامت معنوی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل

مقایسه سلامت معنوی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل و آزمون

1-2-3- اهداف کاربردی:

تعیین اثر مشاوره معنوی بر سلامت معنوی زنان سرطانی سبب می شود تا اقدامات

لازم جهت ارتقاء سطح سلامت معنوی توسط پرستاران صورت گیرد و این فرصتی را

2- Thuneboyle

3- Taylor

4- Kao

فراهم می آورد تا پرستاران بتوانند از طریق ارتقای سطح سلامت بخصوص آموزش سلامت و مشاوره به بیماران مبتلا به طور کارآمدی کمک کنند.

3-1- سوالات و فرضیه های پژوهش :

اطلاعات دموگرافیک نمونه های مورد پژوهش چگونه است؟

میانگین سلامت معنوی بیماران مورد مطالعه در گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله چقدر است؟

میانگین سلامت معنوی بیماران مورد مطالعه در گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله چقدر است؟

بین میانگین سلامت معنوی بیماران مورد مطالعه در گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود دارد.

سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان در هر دو گروه قبل از مداخله در محدوده پایین قرار دارد.

مشاوره معنوی باعث افزایش سطح سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان در گروه آزمون می گردد.

سطح سلامت معنوی در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله یکسان خواهد بود.

مشاوره معنوی باعث افزایش سطح سلامت وجودی در زنان مبتلا به سرطان می گردد.

مشاوره معنوی سبب افزایش سطح سلامت مذهبی خواهد شد.

4-1- تعریف علمی و عملیاتی واژه ها

1-4-1- سرطان

تعریف علمی: سرطان فرآیندی است که هنگامی آغاز می شود که سلول غیر طبیعی به دلیل جهش ژنتیکی تغییر شکل می دهد. این سلول غیر طبیعی یک کلون را بوجود آورده و بدون توجه به پیام ها یا سیگنال های تنظیم کننده رشد در محیط اطراف سلول بطور غیرطبیعی شروع به تکثیر می نماید. سپس سلول ها ویژگی های تهاجمی یافته و تغییراتی نیز در بافت اطراف بوقوع می پیوندد(3).

تعریف عملیاتی: بیماری که تشخیص آن توسط انکولوژیست گذاشته شده است.