

بررسی ارتباط سلامت معنوی و امید به زندگی در بیماران سرطانی

فاطمه سلمانی^۱، مهرداد آذربرزین^۲، محبوبه محمدی^۳

۱. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد

۲. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد

۳. کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان تخصصی الزهرا اصفهان

افلاک / سال چهارم / شماره ۱۳۰۱۲ / پاییز و زمستان ۱۳۸۷

چکیده

مقدمه و هدف: بر اساس جدیدترین آمار منتشر شده روزانه ۱۰۰ نفر در ایران بر اثر بیماری سرطان جان خود را از دست می‌دهند توجه کردن به جنبه‌های مثبت زندگی از جمله سلامت معنوی جزء راه‌هایی است که از کاهش امیدواری که منجر به کاهش توانایی مقابله با موقعیتهای خاص بویژه بیماری می‌گردد، جلوگیری می‌کند. در این پژوهش سعی گردیده تا ارتباط سلامت معنوی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان بررسی گردد.

مواد و روش‌ها: این مقاله یک مطالعه مروری می‌باشد که با استفاده از جدیدترین مقالات داخلی و خارجی و سایت‌های معتبر انجام شده است. در این بررسی، کلیه مطالعاتی را که در زمینه تأثیر سلامت معنوی و امید به زندگی در بیماران سرطانی در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ انجام شده بود مورد بررسی قرار گرفت. پایگاه‌های اطلاعاتی مورد جستجو عبارت بودند از:

Medline, Cancer Lit, Proquest, SID, Iranmedex, Magiran.

بحث: محققین بیان کردند که در تمامی مراحل انتهایی بیماری امید وجود دارد. حتی اگر اکثریت هم بپذیرند که امیدی نیست باز هم بسیاری از بیماران واقع‌گرا احتمال می‌دهند که جای امیدی هست، شاید داروی جدیدی کشف شود یا در آخرین لحظه یک پروژه تحقیقاتی به نتیجه برسد. رواج معنویت با قرار گرفتن در مرکز بحران که همان مراحل آخر بیماری می‌باشد پرننگتر می‌گردد. پیشرفت علم نشان داده است که سلامت معنوی ممکن است به تقویت عملکرد روانی و قضاوت در مورد بیماری و افزایش امید به زندگی کمک کند.

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر جنبه معنوی روی جسم، مشخص گردید که انجام مراقبت معنوی برای بیماران در طولانی مدت بسیار اقتصادی است و باعث افزایش قدرت امید به زندگی و بهبود وضعیت روانی بیمار می‌گردد. پس باید پرستاران برای صرف وقت جهت توجه به نیازهای معنوی بیماران فرصت کافی اختصاص دهند.

واژه‌های کلیدی: سلامت معنوی، امید به زندگی، بیمار سرطانی

مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های شایع مزمن و غیر واگیر است (۱). تمام اشکال سرطان علت ۹ درصد از مرگ و میرها را در سراسر جهان تشکیل می‌دهند. سرطان در کشورهای پیشرفته جهان، پس از بیماری‌های قلبی عروقی، دومین علت مرگ و در کشورهای در حال توسعه، چهارمین علت مرگ به شمار می‌آید. برابر آمارها در مجموع سالانه ۵۰ میلیون مرگ در جهان روی می‌دهد که بیش از ۵ میلیون از آنها به سرطان منسوب است (۲). بر اساس جدیدترین آمار منتشر شده روزانه ۱۰۰ نفر در ایران بر اثر بیماری سرطان جان خود را از دست می‌دهند. سرطان در ایران سومین عامل مرگ و میر می‌باشد (۳). جراحی، اشعه درمانی و شیمی درمانی روش‌های درمانی سرطان هستند که می‌توانند موجب تغییراتی در شکل و ظاهر بدن شوند. معالجه، هفته‌ها یا ماه‌ها به طول می‌انجامد و عوارض جانبی آن می‌تواند به صورت تهوع، ریزش مو، خستگی، دردهای عضلانی، سوختگی‌های پوستی، تغییرات وزن و مشکلات روحی و روانی بروز نماید و توانایی لذت بردن از جنبه‌های مختلف زندگی را از بیمار سلب کند. بستری شدن‌های متعدد به منظور درمان می‌تواند مانع از ادامه یک زندگی طبیعی شود (۴). اما امید، به عنوان یک قسمت از بعد روحی، با مفهوم و ارزش زندگی مرتبط است و افراد را برای سازش با موقعیت‌های استرس‌زا و حفظ کیفیت زندگی توانا می‌کند و فقدان آن بیمار را در معرض مشکلات سازگاری قرار می‌دهد (۵، ۶، ۷). امید همچنین یکی از اصول مهم زندگی و به عنوان یک فاکتور مهم در فعالیت‌های انسانی است و در هنگام سوگ و نگرانی به افراد کمک کرده و باعث طولانی شدن زندگی‌شان می‌شود و در نتیجه می‌تواند ابزاری مهم برای مبارزه با ناامیدی در بیماران سرطانی باشد (۸). بیشتر تحقیقات که در مورد امید در متون پزشکی و پرستاری دیده

می‌شود در مورد بیماران سرطانی است که این تشخیص را به عنوان یک عامل تهدید کننده برای امید خود مطرح نموده‌اند. رالیگ^۱ (۱۹۹۲) می‌نویسد: از ۱۹ تحقیق منتشر شده در مورد امید، ۱۰ مورد آن در مورد بیماران سرطانی است. به نظر می‌رسد سرطان نسبت به سایر بیماری‌ها تاثیر بیشتری بر روی امید داشته باشد. شاید به دلیل آن است که سرطان در بیماران، منجر به احساس اضطراب، ترس و عدم اعتماد به نتیجه درمان می‌شود. همچنین درمان این بیماران منجر به ایجاد ناراحتی، تغییرات ظاهری و مشکلات روحی می‌گردد (۹). و نیز به دلیل طبیعت تهدید کننده سرطان، تشخیص این بیماری باعث می‌شود فرد به دنبال راهی برای حفظ امید تهدید شده خود باشد و اینجاست که نیازهای معنوی^۲ بیماران به طور چشمگیر افزایش می‌یابد (۱۰). تشخیص بیماری سرطان بحران‌های معنایی زیادی را در فرد ایجاد می‌کند. اعتماد به نفس و ایمان مذهبی به خطر می‌افتد، ارتباطات فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده مختل می‌شود، مکانیسم‌های سازگاری قبلی ناکافی به نظر می‌رسد و بستری شدن در بیمارستان ممکن است احساس تنهایی را به فرد القا کند و در یک کلام می‌توان گفت که در فرد بحران معنوی^۳ پدیدار می‌شود (۱۱). سلامت معنوی^۴ یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می‌شود که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویش، خدای، جامعه و محیط مشخص می‌شود (۱۲). سلامت معنوی نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند و جهت سازگاری با بیماری لازم است (۱۳). سلامت معنوی تجربه معنوی در دو چشم انداز مختلف است: چشم انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی‌شان هنگامی که

1. Raleigh
2. Spiritual needs
3. Spiritual crisis
4. Spiritual well-being

مواد و روش ها

این مقاله یک مقاله مروری می باشد که با استفاده از جدیدترین مقالات داخلی و خارجی و سایت های معتبر انجام شده است. در این بررسی کلیه مطالعاتی را که در زمینه تأثیر سلامت معنوی و امید به زندگی در بیماران سرطانی در سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ انجام شده بود مورد بررسی قرار گرفت. پایگاه های اطلاعاتی مورد جستجو عبارت بودند از:

Medline, Cancer Lit, Proquest, SID, Iranmedex
.Magiran.

وکلید واژه ها برای جستجو مشتمل بود بر:

cancer, spiritual well - being, hope, life expectancy

اساس جستجو بر مبنای انتخاب مطالعات کارآزمایی بالینی و توصیفی همبستگی بود که به زبان انگلیسی و فارسی منتشر شده بودند. مطالعات دیگری نیز در مورد سلامت معنوی و امید به زندگی با مروری بر متون مرتبط با موضوع انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: مطالعات مربوط به افراد مبتلا به سرطان در هریک از مراحل سرطان، مطالعات کارآزمایی بالینی و توصیفی همبستگی و استفاده از روش های معنادرمانی و امید درمانی بود. در میان متون کلی، ۸۴ مطالعه که در ابتدا مرتبط با موضوع بنظر می رسیدند، جمع آوری شد. کلیه مقالات مرتبط با موضوع با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. از این میان ۴۰ مطالعه معیارهای ورود به مطالعه را داشتند که بررسی گردیدند.

بحث

پایان پذیری زندگی یک واقعیت انکار ناپذیر در زندگی انسان است. وقوف بر مرگ با این که ترس آور است ولی می تواند زمینه ساز یک زندگی خلاق شود (۱۸). بیماران سرطانی که نسبت به مرگ قریب الوقوع خود اطلاع می یابند اغلب بعد از انکار و خشم دچار افسردگی می شوند، افسردگی ایشان مشمول

با قدرتی بالاتر ارتباط دارند متمرکز است و چشم انداز سلامت وجودی در مورد این که چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می شوند بحث می کند (۱۱). وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود (۱۰). تجربه زندگی با سرطان نشان می دهد که سلامت معنوی، بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است و در این بیماران باعث زندگی هدف دار و معنادار می شود. اگر بیمار چراهای زندگی خود را بداند، می تواند با هرگونه چه و چگونه که در ذهنش ایجاد می شود زندگی کند. چرای زندگی فرد، قسمتی از هدف وجودی وی است که از زندگی خود کسب می کند و این بخش خود تشکیل دهنده بعد معنوی زندگی فرد است (۱۴). بیمارانی که سلامت معنوی آنها تقویت می شود به طور مؤثر می توانند با بیماری خود سازگار شده و حتی مراحل آخر بیماری خود را به خوبی بگذرانند (۱۵). همچنین سلامت معنوی می تواند روی درجه بهبودی، طرز برخورد به درمان و پاسخ بیمار به بستری شدن اثر بگذارد (۱۶). با توجه به اینکه رفتارهای مراقبتی از جنبه فیزیکی تا شاخه معنوی را شامل می شود پرستار باید در مورد اجرایی کردن مراقبت معنوی اشتغال فکری داشته باشد (۱۷). در صورتیکه در وضعیت کنونی به جنبه های معنوی که بر روی ابعاد مختلف زندگی بیمار تأثیر بسزایی دارد و از وظایف پرستار می باشد کمتر پرداخته می شود و با توجه به افزایش روز افزون بیماریهای سرطانی و اینکه در هنگام تشخیص سرطان اکثر بیماران دچار درجاتی از اضطراب، افسردگی و ناامیدی می شوند ارائه مراقبت هایی که بیمار را به ادامه زندگی و پذیرفتن درمان وادار نماید جزء وظایف مهم پرستاران می باشد. با توجه به اهمیت سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان این مطالعه با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفته است.

نگرش مثبت، پذیرش باورها و مهیا کردن زندگی معنی دار می شود. وقتی امید از این دیدگاه ارائه شود دیگر محدودیتی برای درمان بیماری وجود ندارد و در عوض تمرکز بر زندگی باقی مانده و آنچه که الان دست یافتنی است انجام می شود. موریس و دوربرنک^۶ امید را سازه ای چند بعدی دانسته اند که در تحمل تهدیدات زندگی و روبرویی با مشکلات فردی، آسایش فرد را فراهم می کند. بیمار در مرحله نهایی بیماری شدیداً انعطاف پذیر است و هنگامی که به انتهای زندگی نزدیک می شود به طور مکرر از امید مفاهیم تازه ای می سازد. مفهوم امید توسط بسیاری از محققان شرح داده شده و با مفاهیمی چون معنویت، کیفیت زندگی و معاد پیوند خورده است (۲۴). تفکر امیدوارانه و سرطان به دو طریق به هم مربوط می شوند. اول اینکه افراد امیدوار بیشتر بر مشکل متمرکز شده و در حل آن فعالانه تر عمل می کنند. آنها احتمال بیشتری دارد که رفتارهای غربالگری سرطان توسط خودشان را انجام دهند. به علاوه، افرادی که امیدوارانه می اندیشند، در مواجهه با تشخیص و درمان سرطان پریشانی کمتر و تطابق بیشتری از خود نشان می دهند (۲۵). در مراحل درمان نیز افراد امیدوار در تحمل درمان های طولانی و دردناک از خود مقاومت بیشتری نشان می دهند و احتمال بیشتری دارد که درمان را پیگیری کنند. در مرحله بهبود نیز افراد امیدوارتر افکار مثبت تری راجع زندگی شان دارند و گرایش بیشتری به شناسایی جنبه های مثبت موقعیت های تروماتیک از خود نشان می دهند. حتی اگر سرطان در مراحل پیشرفته باشد و امیدی برای بهبود وجود نداشته باشد باز هم افراد امیدوارتر می توانند اهداف دیگری مانند صرف وقت بیشتر با خانواده و لذت بردن از فرصت باقی مانده را برای خود تنظیم کنند (۲۶). نتایج تعدادی از مطالعات ارتباط بین سلامت معنوی و حس امید را در بیماران با مشکلات

برخی از احساسات و رفتارها می شود که از آنها می توان به احساس ضایعه و فقدان، شکست، نومیدی و یاس، درماندگی و احساس بی معنایی و پوچی اشاره کرد. این شرایط نشانه های روانشناختی و جسمانی بیماری را تشدید می کند، بیمار دچار هراس و اضطراب می شود. وقتی که زندگی در ترس و اضطراب می گذرد، مفید بودنش را از دست می دهد که همگی این شرایط به ناامیدی و از دست دادن کنترل منتهی می گردد و می تواند آثار فیزیولوژیک برجای گذارد (۱۹). در وجود هر انسانی به نظر می رسد یک جنبه معنوی وجود داشته باشد، کیفیتی که ماورای تعلق مذهب است و حتی در افرادی که باور به خدا ندارند این جنبه سعی در جستجوی معنای زندگی دارد و در زمان تنش روحی، بیماری جسمی، فقدان، سوگ و مرگ مورد توجه قرار می گیرد (۲۰). روانشناسانی چون اریکسون^۱، مازلو^۲ و فرانکل^۳ عقیده دارند که فرد ترکیبی از اجزاء نیست بلکه یک کل است. معنویت یک وجود انتزاعی که جدا از فرد باشد نیست بلکه نیرویی است که نفوذ می کند و تمام جوانب زندگی افراد را به روش معنادار به هم می پیوندد. این ارتباط و وابستگی ماهیت انسان نشان می دهد که معنویت در مرکز وجود انسانی است و بر روی تعادل و پویایی انسان نفوذ کرده و تاثیر می گذارد. باورهای معنوی به عنوان منبع راحتی و حمایت در زمان اهمیت زیادی دارند (۲۱). تحقیقات وسیعی که طی ۳۰ سال گذشته انجام شده است ارتباط مهمی بین معنویت، مذهب و عملکرد روانی بین بیمارانی با زمینه بیماری طبی یا در شرف مرگ را پیشنهاد کرده است (۲۲). برخی پژوهش ها نشانگر آنند که اموری همچون باورهای مثبت^۴، احساس راحتی و قدرت حاصل از مذهب، مراقبه و نیایش می توانند در سلامت و احساس خوب بودن سهیم باشند (۲۳). ویکتور فرانکل^۵ توضیح داد که در اوج درد و مرگ اندیشه خوش بینانه به انسان می گوید که هنوز امید به زنده ماندن هست. در بیماری غیر قابل علاج، امید زمینه ساز تصویری بهتر از آینده، اساسی برای

1. Erickson
3. Frankle
5. Viktor frankel
2. Maslow
4. positive beliefs
6. Morse & dorbernk

طبی گزارش کرده است. سلامت معنوی با نومییدی برای مرگ زودرس و عقیده به خود کشی در بیماران مراحل آخر بیماری سرطان ارتباط منفی دارد (۲۷). فرینگ، میلر و شاو^۱ می نویسند بین ایمان درونی، سلامت معنوی، امید و سایر حالات مثبت خلقی، ارتباط مثبت و بین ایمان درونی، افسردگی و حالات منفی خلقی، ارتباط منفی وجود دارد. پس می توان نتیجه گرفت که ایمان درونی و سلامت معنوی با امید و وضعیت مثبت خلقی در بیماران مبتلا به سرطان ارتباط دارد که باعث سازگاری آنها با این بیماری می شود (۲۸). مطالعه کالین^۲ و همکاران روی ۱۶۰ بیمار سرطانی پیشرفته نشان داد که سلامت معنوی، نومییدی و افسردگی را در بیماران سرطانی پیشرفته کاهش می دهد (۲۹). در بسیاری از مطالعات تاثیر دعا و تشریفات مذهبی بر روی سلامت معنوی گزارش شده است سید فاطمی و همکاران در تحقیقی تحت عنوان اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان گزارش کردند که بین دعا و سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان رابطه معناداری وجود دارد (۳۰). رضایی و همکاران در تحقیقی تحت عنوان ارتباط بین تناوب دعا و سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی به این نتیجه رسیدند که بین تناوب دعا و سلامت معنوی بیماران سرطانی ارتباط معناداری وجود دارد (۳۱). نوروم^۳ و همکاران در مطالعه خود بر روی بیماران مبتلا به سرطان در نروژ دریافتند که عقیده به خداوند و دعا کردن باعث ایجاد سلامت معنوی در آنها می شود. در این بیماران ایمان، ارتباط مثبتی با کیفیت زندگی و سلامت معنوی داشته است (۳۲). مطالعه ای روی ۱۷۵ بیمار مبتلا به سرطان سینه نشان داد که سطح سلامت معنوی در زنانی که مذهبی بودند، بالاتر است و این زنان مذهبی بودن را به عنوان هسته اصلی انگیزش در زندگی خود عنوان کرده اند (۱۰). در مطالعه دیگری که بر روی ۳۶۰ بیمار سرطانی تحت شیمی درمانی انجام شد نیز نشان داده شد که سطح سلامت معنوی بیماران در سطح بالا قرار دارد و بین سن، وضعیت تاهل و

تحصیلات با سلامت معنوی ارتباط معنادار وجود داشت (۳۳). تعدادی از تحقیقات ثابت کرده اند که سطوح بالاتر سلامت معنوی با کاهش دیسترس های روانی مانند افسردگی و ناامیدی همراه است در حالیکه تعدادی از تحقیقات این ارتباط را رد می کند (۲۲) و نشان داده که مذهبی بودن و معنویت با پیامدهای منفی سلامت جسمی و سلامت روانی ارتباط دارد. همچون هر عاملی که بر سلامت اثر می گذارد (مانند انواع شیوه های زندگی)، مذهبی بودن و معنویت ممکن است به صورت معکوس بر فرد تأثیر بگذارد (۳۴). کرنی و مونت^۴ بیان کردند که رواج معنویت با قرار گرفتن در مرکز بحران که همان مراحل آخر بیماری می باشد پررنگتر می گردد. پیشرفت علم نشان داده است که سلامت معنوی ممکن است به تقویت عملکرد روانی و قضاوت در مورد بیماری کمک کند. احساس افسردگی، ناامیدی و اضطراب جزء واکنش های عمومی می باشد که در مراحل آخر بیماری به وجود می آید به طوریکه بعضی از بیماران هنگامی که به مرگ نزدیک می شوند دچار حس ناامیدی در طی هفته ها یا ماه های آخر زندگی شان می شوند. ناامیدی در پایان زندگی می تواند به صورت یاس و تضعیف روحیه و در نهایت به ناامیدی برای مرگ زود رس یا افکار خودکشی منجر شود (۲۷). نتایج تحقیقات متعدد، نشان داد که قدرت امید سهم مهمی در بهبودی بیماری های مختلف جسمی و روانی و افزایش کیفیت زندگی و سلامت عمومی این بیماران دارد (۳۵). بیجاری و همکاران در پژوهشی که با هدف اصلی بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان عنوان کرده اند که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری موجب افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان شده است (۳۶). در پژوهش دیگری که

1. Fringe & miler & show
2. Colleen
3. Norm
4. Kerny & Mont

از طریق تجارب معنوی است که شخص می تواند معنویت را بهبود بخشد (۴۰). با توجه به این که یکی از مداخلات پرستاری حمایت روانی مددجو است و ناامیدی از جمله مشکلات عمومی و رایج بیماران سرطانی بشمار می رود که خود منجر به کاهش عملکرد زندگی، ازدست دادن شغل، از هم گسیختگی خانواده و اختلال در ارتباطات بین فردی و عدم توانایی در انجام مسئولیت های فردی، خانوادگی و اجتماعی می گردد و در کلیه مقالات بررسی شده از معنویت و سلامت معنوی، به عنوان راهی برای مقابله با بیماری سرطان، کاهش ناامیدی و اضطراب و بالا بردن سطح امیدواری نام برده شده است، لذا در مراقبت از این بیماران باید به مقوله سلامت معنوی به عنوان یکی از راهکارهای درمان توجه شود.

تقدیر و تشکر

با تشکر فراوان از استاد گرانقدر سرکار خانم معینی که در انجام این مقاله ما را یاری کردند.

توسط حسینیان و همکاران انجام گردید اثربخشی معنی درمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی بیماران سرطانی بررسی شد و بیان شد که معنی درمانی به شیوه گروهی باعث افزایش امید به زندگی بیماران سرطانی می شود (۳۷). هزاروسی در پژوهشی باعنوان کاربرد مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی در افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان عنوان نمود که بیماران سرطانی پس از شرکت در گروه معنا درمانی نگریشان نسبت به مرگ تغییر کرد و امید به زندگی در آنها افزایش یافت (۱۹). امروزه برخی از سازمانهایی که ارزیابی مراکز مراقبت از سلامتی و اعطای اعتبارنامه به آنها را برعهده دارند، پیشنهاد می کنند نیازهای معنوی بیماران نیز در مراکز مراقبت سلامتی ارزیابی شود. انجمن روانپزشکی آمریکا توصیه می کند که پزشکان، گرایش مذهبی و معنوی بیماران را جویا شوند. زیربنای این توصیه ها این است که مراقبت از بیمار، بسیار فراتر از درمان بیماری است و در برگیرنده نیازهای مختلف وی است (۳۸). با توجه به مطالعات متعددی که در زمینه سلامت معنوی و امید به زندگی مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به تاثیر جنبه معنوی روی جسم، مشخص گردید که انجام مراقبت معنوی برای بیماران در طولانی مدت بسیار اقتصادی است و باعث افزایش قدرت امید به زندگی و بهبود وضعیت روانی بیمار می گردد. پس باید پرستاران برای صرف وقت جهت توجه به نیازهای معنوی بیماران فرصت کافی اختصاص دهند به این ترتیب تردیدی باقی نمی ماند که مراقبت معنوی وظیفه پرستار است (۳۹).

نتیجه گیری

بر طبق پژوهش محققین دانشگاه هاروارد، معنویت نه فقط ریشه در عقیده فرد داشته، بلکه ریشه در تجربه او نیز دارد. اگر شخصی فقط اعتقاد داشته باشد ولی تجربه نکرده باشد، بسیاری از فواید جسمی و روانی معنویت را از دست می دهد.

منابع

۱. فرازی رضا. شناخت سرطان : پیشگیری و مقابله، چاپ اول، تهران، کتاب ماد وابسته به نشر مرکز، ۱۳۷۳ : ۶۴-۶۶.
۲. شجاعی تهرانی حسین. درسنامه پزشکی، پیشگیری و اجتماعی بیماری های مزمن غیر واگیر و بیماری های واگیر شایع، جلد ۴، چاپ اول، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۲: ۷۳-۷۷.
۳. سجاد سید حمید. آمار سرطان در کشور، مجله ایران سلامت، ۱۳۸۶/۹/۳۰، قابل دسترسی از <http://www.iransalamat.com/index.php...bsectionId=338>
4. Corner J, Baily C. Cancer nursing care in context. 4th ed, Black Well Publishing: UK 2001: 99-103.
5. Benzein Eva. Hope: Future imagined reality. Journal of Advanced nursing 1998; 28(5): 1063 – 70.
6. Rustoen T, Wiklund I. Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. Cancer Nursing 1998; 21(4): 234 – 45.
7. Stephenson C. The concept of hope revisited for nursing. Journal of Advanced Nursing 1991;16(12): 1450 – 61.
8. Chia-Chin lin, Tsung-Shan, Meei-Shiow. The relationship of pain , uncertainly and hope in Tiawanese lung cancer patients. Jounal of pain and symptom management 2003; 26(3):835-42.
9. Raleigh H. Sources of hope in chronic illness. Oncology Nursing 1992;19(3): 443 – 48.
10. O'Brien ME. Spirituality in nursing: standing on holy ground. 1st ed, Jones and Bartlett Publishing:Massachusetts 1998: 29-30.
11. Highfield MF. Spiritual health of oncology patients:nurse and patient perspectives. Cancer Nursing 1992;15:1-8.
12. Craven RF, Hirnle CJ. Fundamental of nursing: human health and function. 4th ed, Lippincott & Williams & Wilkins, Philadelphia, 2003: 85-9.
13. Fernsler JI, Klemm P, Miller MA. Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. Cancer Nursing 2001; 22: 134- 40.
14. Chuengsatiansup K. Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. Environmental Impact Assessment Review 2003; 23: 3-15.
15. Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. Journal of Advanced Nursing 2003;44: 69-80.
16. Wolters Kuluwer. Nurse s 5 minute clinical consult procedures. 14th ed, lippincott williamms & wilkins 2007: 541- 42.
17. Newline K, Knafl M, Melcus K. African American spirituality :A concept analysis .Adu Nur Sci 2002;25(2): 57-70.
۱۸. لاکمن جان. درسنامه پرستاری بیماریهای داخلی و جراحی ۳. ترجمه براهیمی نیره، جعفری صدیقه، حسین زاده مریم، شیرینی حسین، کامرانی ماسوله فرهاد، چاپ سوم، تهران، انتشارات آئیژ، ۱۳۸۱: ۲۶۰-۲۶۲.
۱۹. هزاروسی بهرام. کاربرد مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی در افزایش امید به زندگی در بیماران سرطان پستان. مجموعه مقالات اداره کل آموزش و پرورش استان تهران، ۱۳۸۵: ۱-۱۰.

20. Kerbs W. The spiritual aspect of caring :An integral part of health and healing .Gastroentriology nursing 2003; 26(5): 212-214.
۲۱. کریم الهی منصوره. طراحی مدل مراقبت معنوی در پرستاری، پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۶، ۲۲۵-۲۴۲.
22. Jens Rowold. Effects of spiritual well-being on subsequent happiness well-being, and stress. Journal of Religion and Health 2009;49(1):1-20
۲۳. امیدواری سپیده. سلامت معنوی، مفاهیم و چالش ها. گروه پژوهشی سلامت روان، فصلنامه تخصصی پژوهشهای میان رشته ای قرآنی، ۱۳۸۷، ۱(۱): ۱۷-۵۸.
۲۴. برونر و سودارث. پرستاری داخلی و جراحی سرطان، مراقبت پایان عمر. ترجمه براهیمی نیره، پارسایکتا زهره، تذکری زهرا، عابد سعیدی ژیلا، فراهانی منصوره، ویرایش یازدهم. تهران، انتشارات سالمی، ۱۳۸۷، ۱۸۴-۱۸۹.
25. Snyder C R, Lopez SJ. Handbook of Positive Psychology. 3th edition ,US: Oxford University Press 2001: 9-11.
26. Snyder CR, Peterson C. Handbook of hope: theory, measures & applications.1th edition, San Diego: Academic Press 2000: 25-27.
27. Colleen McClain-Jacobson MA. Belief in an after life, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. General Hospital Psychiatry 2004;26: 484-486.
28. Fehring RJ, Miller JF, Shaw C. Spiritual wellbeing, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer.Oncology Nursing Forum 1997; 24: 663-671.
29. Colleen McClain, Barry R, William B. Effects of Spiritual Well-Being end of llife despair in terminally ill cancer patients. The Lancet 2003;361: 1603-1607.
۳۰. سید فاطمی نعیمه، رضایی محبوبه، گیوری اعظم، حسینی فاطمه. اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه پایش، ۱۳۸۵، ۵(۴): ۲۹۵-۳۰۴.
۳۱. رضایی محبوبه، گیوری اعظم، سید فاطمی نعیمه، حسینی فاطمه. ارتباط بین تناوب دعا کردن و سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی. فصلنامه پرستاری ایران، ۱۳۸۵، ۲۰(۵۲): ۵۱-۶۱.
32. Halstead MT, Fernsler JL. Coping strategies of long-term cancer survivors. Cancer Nursing 1994; 17: 94-100.
۳۳. رضایی محبوبه، سید فاطمی نعیمه، حسینی فاطمه. سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی. فصلنامه حیات، ۱۳۸۷، ۱۴(۴): ۳۳-۳۹.
34. Oman D, Reed D. Religion and mortality among the community dwelling elderly. American Journal of Public Health 1998; 88: 1469-1475.
۳۵. ستوده اصل نعمت، طاهر نشاط دوست حمید، کلانتری مهرداد. بررسی رابطه قدرت امید و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا در شهر اصفهان. فصلنامه روانشناسی بالینی، ۱۳۸۹، ۱(۵): ۲۷-۳۴.
۳۶. بیجاری هانیه، قنبری هاشم آبادی بهرام علی، آقامحمدیان شعریاف حمیدرضا. بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مطالعات تربیتی و روانشناسی، ۱۳۸۸، ۱(۱): ۱۷۲-۱۸۴.
۳۷. حسینیان الهه، سودانی منصوره، مهربانی زاده هنرمند مهناز. اثربخشی معنی درمانی گروهی بر امید به زندگی بیماران سرطانی. مجله علوم رفتاری، ۱۳۸۸، ۳(۴): ۱۲۲-۱۳۰.

38. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings* 2001; 76: 1225-1235.
39. Chan M, Chung L, Lee A, Wong W, Lee G, Lau C, Hung T et al. Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong kong nurses: Result of a cluster analysis, *Nurse Education Today* 2006,26: 139–150.
40. Tatsumura Y, Maskarinec G, Shumay DM, Kaka I H. Religious and spiritual resources, *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2003; 9: 64-71.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.