

## تأثیر مشاوره معنوی بر امید بیماران مبتلا به سرطان

اسفندیار بالجانی<sup>۱\*</sup>، افسانه عظیمپور<sup>۲</sup>، طیبه بابالو<sup>۳</sup>، ژاله رحیمی<sup>۴</sup>، رزیتا چراغی<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۶/۰۲ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۸/۰۸

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** در مطالعات اخیر مشاوره با رویکرد معنویت و نقش مهم پرستاران در حمایت روحی از بیماران سرطانی موردتوجه محققین قرار گرفته است. هدف این مطالعه بررسی تأثیر مشاوره معنوی بر امید بیماران سرطانی بود.

**مواد و روش کار:** این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی بوده، ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه دوقسمتی (مشخصات دموگرافیک و شاخص امید هرث) بود. جامعه پژوهش، کلیه بیماران سرطانی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام شهرستان ارومیه بود. تعداد نمونه ۷۶ بیمار سرطانی بوده که به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. بیماران گروه کنترل مراقبت‌های روتین بیمارستان را دریافت کردند اما بیماران گروه مداخله ۱۰ جلسه مشاوره معنوی دریافت کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS، آمار توصیفی، آزمون ویلکاکسون و من ویتنی با  $p < 0.05$  استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد امتیازات امید بیماران مبتلا به سرطان قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل با هم تفاوت معنی‌داری ندارند ( $p > 0.05$ ). درحالی‌که در گروه مداخله با هم تفاوت معنی‌داری دارند ( $p < 0.05$ ). امتیازات امید بیماران مبتلا به سرطان بین گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله با هم تفاوت معنی‌داری ندارند. اما امتیازات امید بیماران مبتلا به سرطان بین گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله با هم تفاوت معنی‌داری دارند ( $p < 0.05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** محققین به این نتیجه رسیدند که مشاوره معنوی در امید بیماران سرطانی مؤثر است. پرستاران در برخورد با نیازهای معنوی بیماران بهتر است به زمینه و نیازهای منحصره‌فرد بیماران توجه نمایند.

**کلمات کلیدی:** امید، مشاوره معنوی، سرطان

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره نهم، پی‌درپی ۹۸، آذر ۱۳۹۶، ص ۷۰۳-۶۹۶

آدرس مکاتبه: کیلومتر ۲ جاده فرودگاه، واحد شماره ۳ دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه تلفن: ۰۹۱۴۱۴۰۴۰۸۲

Email: baljanies@gmail.com

## مقدمه

دغدغه‌ای که امروزه سرطان را به‌عنوان یک معضل بهداشتی در سطح جهان مطرح نموده و مبارزه با آن را جزء اولویت‌های نظام‌های بهداشتی قرار می‌دهد، رشد فزاینده مبتلایان به این بیماری به‌ویژه در ایران می‌باشد. در ایران سرطان سومین عامل مرگ و میر است و روزانه ۹۸ نفر به علت سرطان جان خود را از دست می‌دهند (۴). در بیماران مبتلا به سرطان دسترسی به منابع مناسب حمایتی در سازگاری مؤثر با بیماری تأثیرگذار است (۵). از آنجائی که مداخلات تکنیکی در ارتباط با بیماری‌های تهدیدکننده حیات تابه‌حال به‌طور کامل نتوانسته‌اند جوابگوی مشکلات پیشروی بیماران صعب‌العلاج

تشخیص سرطان برای هر فرد با ایجاد احساساتی مثل ترس، اضطراب و ناامیدی می‌تواند بر چارچوب ذهنی او تأثیر منفی داشته (۱) و کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). موقعیت‌های جدید پیش‌آمده در زندگی بیماران مبتلا به سرطان، بیماران را به‌سوی استفاده از راهبردهای مناسب سازگاری هدایت می‌کند. جستجوی حمایت اجتماعی، معنویت، بازسازی شناختی، ایجاد فاصله با بیماری و ایجاد تغییرات در حل مشکل، به‌عنوان مکانیسم‌های سازگاری در این بیماران معرفی شده است (۳).

<sup>۱</sup> مربی گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> مربی گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۳</sup> دبیرستان فرهنگ، اداره آموزش و پرورش ناحیه ۲، ارومیه، ایران

<sup>۴</sup> مربی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۵</sup> مربی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

باشند، توجه به پارامترهای قوی مثل معنویت، مذهب و امید در جوامع روبه گسترش است (۶) و این در حالی است که پرستاران به عنوان مراقبین سلامت، بیشتر در دسترس بیماران بوده و می توانند نقش مهمی را در آرامش درونی و امیدواری بیماران داشته باشند (۷).

طی چند دهه گذشته اهمیت امید در بیماران مبتلا به سرطان به طور فزاینده مورد مطالعه قرار گرفته است و به نظر می رسد که سرطان نسبت به سایر بیماری های مزمن تأثیر بیشتری روی امیدواری بیماران داشته باشد (۸). امید توانایی دسترسی به پاسخ های سازگاران یا تعمق مربوط به فرایندهای شناختی است که فرد ممکن است بعد از تجربه از دست دادن انجام دهد (۹). مطالعات نشان می دهد پرستاران در کشف معنی امید، توصیف ارتباط امید با پیامدهای سلامتی و کمک به بیماران در زمینه ایجاد و حفظ امید جزء پیشگامان بودند (۱۰).

امید به عنوان یک مفهوم چندبعدی جزء نیازهای فرد در حال مرگ شمرده می شود و یک منبع اساسی است که کمک می کند بیماران صعب العلاج با دیسترس روانی و جسمانی سازگار شوند (۱۱). در مراقبت های پایان زندگی، امید به معنی توان پذیرش اطلاعات مختلف تعریف شده که می تواند بدون کنترل ناامیدی و پرداختن به انکار واقعیت یک وضعیت عمل کند (۱۲). فرد امیدوار احساس می کند که قدرت لازم برای حمایت از زنده ماندن خود را دارد و در مقابل افسردگی از فرد محافظت می کند (۱۳).

در ارتباط با اهمیت امید در بیماران مبتلا به سرطان، سالندر<sup>۱</sup> و همکاران می گوید درست است که بیماران مبتلا به سرطان در تشخیص بیماری خود فعال نیستند اما آن ها فعالانه تلاش می کنند در وضعیت ناامیدی به افق های روشن مثبت نگاه کنند. هیچ یک از بیماران مبتلا به سرطان دوست ندارند تمام حقیقت را بدانند در عین حال دوست ندارند چیزی جز حقیقت به آن ها گفته شود. همچنین آن ها نمی خواهند از فرایند پیچیده درمان خود زیاد بدانند. لذا برای اینکه بیماران امید خود را از دست ندهند لازم است بین آنچه به بیماران باید گفته شود و آنچه بیماران دوست دارند، هماهنگی صورت گیرد. این بدان منظور است که در ارتباطات بین پزشک و بیمار نیازهای اطلاعاتی بیماران با احساس امید آن ها متعادل شود (۱۴).

در حالی که امید به عنوان قسمت اساسی از بهبودی بیماران مزمن تصور می شود و جنبه خیلی مهم برای بیمارانی هست که از سرطان رنج می برند (۱۵)، مطالعات در جهان بیانگر این است که یاس و ناامیدی در بیماری های مزمن موجب می شود که فرد در

باورها و ارزش های معنوی دچار بحران معنوی شود و متحمل مشکلات بیشتری از جمله درد، اعتماد به نفس پایین تر، اضطراب، افسردگی، ناامیدی، تنهایی و عصبانیت شود (۹). رضایی و همکاران در مطالعه خود اشاره می کنند که به دلیل طبیعت تهدید کننده سرطان، تشخیص این بیماری باعث می شود که نیازهای معنوی بیماران به گونه ای چشمگیر افزایش یابد (۱۶).

اخیراً استفاده از روش مشاوره با رویکرد معنوی در تغییر نگرش فرد برای رفع مشکلات روان شناختی مورد توجه قرار گرفته است. مشاوره معنوی نوعی درمان روان شناختی است؛ که درمانگر، درمان جو را در جهت کاوش در موضوع ها و مسائل معنوی که مرتبط با بهبود و باز یابی سلامتی او است، هدایت می کند. در واقع، مشاوره معنوی مداخله ای متکی بر قدرت بالقوه ایمان و معنویت مددجو در راستای درمان و بهبودی وی می باشد (۱۷).

مرور بر متون نشان می دهد که بررسی اثربخشی برنامه مشاوره معنوی بر تندرستی معنوی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی (۱۸)، ارتباط سلامت معنوی و رضایت شغلی کارکنان سلامت (۱۹)، اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه (۲۰) و ارتباط حمایت اجتماعی بر امیدواری و احساس تنهایی در بیماران مبتلا به سرطان پستان (۲۱) و تأثیر مشاوره معنوی بر ابعاد جسمی، روانی و معنوی در بیماران دیالیزی مورد مطالعه قرار گرفته است و انجام این مطالعات ضرورت بستر سازی لازم جهت انجام مشاوره معنوی در برنامه مراقبتی بیماران مزمن و صعب العلاج را مورد تأکید قرار داده است (۲۲). اما مطالعاتی در زمینه تأثیر معنویت بر ارتقاء امید در داخل کشور معدود بوده و از آنجائی که مشاوره و آموزش به عنوان جزء مهم خدمات پرستاری است، انجام مطالعاتی با توجه به رویکرد متفاوت مشاوره معنوی در فرهنگ ایرانی- اسلامی و استفاده از درمان های مکمل همچون مشاوره معنوی و نقش مهم پرستاران در حمایت روحی- روانی بیماران مبتلا به سرطان یک ضرورت احساس می شود. هدف این مطالعه بررسی تأثیر برنامه مشاوره معنوی بر امید در بیماران مبتلا به سرطان بود.

## مواد و روش کار

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی بوده و جامعه پژوهش، کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی شهرستان ارومیه بود. تعداد نمونه با استفاده از فرمول زیر ۷۶ نفر محاسبه شد:

<sup>1</sup> Salander

مشاوره قرار گرفتند. رویکرد مشاوره معنوی در این مطالعه برگرفته از مداخلات معنوی بهرامی (۲۳) معرف زاده (۲۴) و مرصعی (۲۵) بودند. هر جلسه مشاوره بر یک موضوع خاص تمرکز داشته و بحث و آموزش مقوله‌ی موردنظر انجام شد. نتایج مداخلات بعد از ۱۰ جلسه با همان پرسشنامه ارزیابی و تکمیل شد. خلاصه جلسات و موضوعات مربوطه در کادر شماره ۱ آورده شده است.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه دوقسمتی بوده که در قسمت اول مشخصات دموگرافیک سن، جنسیت، سطح تحصیلات، نوع سرطان، مدت‌زمان بیماری و نوع درمان با استفاده از پرونده بیماران و مصاحبه تکمیل شد. در قسمت دوم امید با استفاده از شاخص امید هرث<sup>۲</sup> موردبررسی قرار گرفت. این ابزار استاندارد از ۱۲ آیتم ساخته شده و بر مبنای مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده است. برای گزینه کاملاً مخالفم امتیاز ۱، مخالفم امتیاز ۲، موافقم امتیاز ۳ و کاملاً موافقم امتیاز ۴ در نظر گرفته شد. در مورد سؤال ۳ و ۶ نمره‌گذاری به صورت معکوس می‌باشد. امتیازات قابل اکتساب شاخص امید بین ۱۲ تا ۴۸ متغیر است و امتیاز بالاتر بیانگر وضعیت امید بهتر است. روایی و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی توسط عبدی و همکاران استانداردسازی شده و پایایی آن ۰/۸۱ درصد محاسبه شده است (۲۶) همچنین پایایی آن توسط بالجانی و همکاران در بیماران سرطانی ۰/۸۲ درصد تعیین و روایی آن به صورت صوری و محتوا به تأیید رسیده است (۲۷).

$$n = \frac{(z_1 - \frac{\alpha}{2} + z_1 - \beta)(s_1 - s_2)^2}{m_1 - m_2}$$

از آنجائی که محققین به لیست تمامی بیماران دسترسی نداشتند، نمونه‌گیری به صورت مستمر با توجه به معیارهای ورود به مطالعه، شامل سن بالای ۱۸ سال، نداشتن بیماری روانی طبق اطلاعات پرونده پزشکی، تشخیص پزشکی مبتلا به سرطان بر اساس اطلاعات پرونده پزشکی، تمایل داوطلبانه به شرکت در مطالعه، داشتن دین اسلام، توان برقراری ارتباط کلامی، و آگاه از بیماری خود، انجام شد و در مرحله دوم به صورت تصادفی پرتاب سکه به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. بیماران گروه کنترل مراقبت‌های روتین بیمارستان مثل اجرای دستورات پزشکی، کنترل علائم حیاتی و پاسخ به سؤالات بیماران را دریافت کردند، اما بیماران گروه مداخله تحت ۱۰ جلسه برنامه مشاوره معنوی قرار گرفتند. معیار خروج از مطالعه بیان انصراف از ادامه مطالعه بود.

در مرحله اول نمونه‌گیری، علاوه بر مشخصات دموگرافیک، داده‌های بیماران در مورد امتیازات امید هرث با استفاده از پرسشنامه توسط محققین تکمیل شد. بیماران گروه مداخله به صورت انفرادی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توسط کارشناس مشاوره مورد

#### کادر (۱): جلسه اعمال شده بر گروه مداخله

| جلسه‌های مشاوره | عنوان جلسه                                                                                                                                         |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول        | آشنایی محقق و بیمار با همدیگر و گفتگو در مورد مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی فرد/ دادن اطلاعات در زمینه درمان، داروهای جدید و عوارض دارویی |
| جلسه دوم        | نقش ایمان در امیدواری و رضایت زندگی/ حفظ ارتباطات خانوادگی و دوستان                                                                                |
| جلسه سوم        | بیان احادیث و بیانات قرآنی در مورد نقش صبر و تحمل سختی‌ها در کنار توکل به خدا / تجسم زندگی در ذهن آن‌طور که خود می‌خواهید                          |
| جلسه چهارم      | ترغیب بیماران به بخشایشگری/ مرور فراز و نشیب‌های زندگی خویش                                                                                        |
| جلسه پنجم       | گوش دادن به تلاوت قرآن- کمک به بیماران برای هماهنگ شدن با ارزش‌های مذهبی خویش                                                                      |
| جلسه ششم        | بیان عقاید و تجربه‌های معنوی خود و دیگران/ ذکر زندگی موفق آن‌هایی که هم‌زمان با بیماری به طور شاد به زندگی ادامه دادند                             |
| جلسه هفتم       | داستان‌پردازی وقایعی که زندگی انسان‌ها را تغییر داده و باعث ایجاد باورهای قوی شده است                                                              |
| جلسه هشتم       | بهره‌گیری از متون دینی در مورد معاد و زندگی بعد از مرگ                                                                                             |
| جلسه نهم        | راهبرد دعا/ درمانی/ گوش دادن به موزیک دلخواه                                                                                                       |
| جلسه دهم        | کاهش درد/ نقل داستان‌های قرآنی                                                                                                                     |

توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار، فراوانی مطلق و درصدی استفاده شد و برای مقایسه امتیازات شاخص امید هرث درون گروهی

برای وارد کردن و تجزیه و تخیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. برای توصیف مشخصه‌های دموگرافیک از آمار

<sup>2</sup> Herth Hope Index

قبل و بعد از مداخله از آزمون ویلکاکسون و بین گروهی از آزمون من ویتنی استفاده شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناسی بیماران شرکت‌کننده در جدول شماره ۱ آورده شده است. همگن بودن دو گروه از طریق آزمون

آماري تي گروه‌های مستقل و کای اسکوتر موردبررسی قرار گرفت و اختلاف معنی‌داری بین این متغیرها از نظر میانگین و نسبت‌های دو گروه مشاهده نشد. نتایج نشان داد که سرطان پستان بیشترین فراوانی را در گروه آزمون (۳۱/۵۷) و گروه کنترل (۲۶/۳۱) داشتند. در ارتباط با نوع درمان، شیمی‌درمانی در گروه آزمون (۳۹/۴۷) و در گروه کنترل (۵۲/۶۳) بیشترین نوع درمان را به خود اختصاص دادند (جدول شماره ۱).

جدول (۱): مشخصات بیماران مبتلا به سرطان قبل از مداخله در گروه مداخله و کنترل

| شاخص‌های آماری        |                                 | گروه مداخله (n=۳۸) |       | گروه کنترل (n=۳۸) |       | گروه متغیر           |  |
|-----------------------|---------------------------------|--------------------|-------|-------------------|-------|----------------------|--|
|                       |                                 | تعداد              | درصد  | تعداد             | درصد  |                      |  |
| جنس                   | p=۰/۰۸<br>x <sup>2</sup> =۰/۰۶  | ۲۲                 | ۵۷/۸۹ | ۲۰                | ۵۲/۶۳ | مرد                  |  |
|                       |                                 | ۱۶                 | ۴۲/۱۰ | ۱۸                | ۴۷/۳۶ | زن                   |  |
| تحصیلات               | p=۰/۴۰<br>x <sup>2</sup> =۰/۶۸  | ۷                  | ۱۸/۴۲ | ۹                 | ۲۳/۶۸ | بی‌سواد              |  |
|                       |                                 | ۱۴                 | ۳۶/۸۴ | ۱۰                | ۲۶/۳۱ | زیر دیپلم            |  |
|                       |                                 | ۱۱                 | ۲۸/۹۶ | ۱۲                | ۳۱/۵۷ | دیپلم                |  |
|                       |                                 | ۶                  | ۱۵/۷۸ | ۷                 | ۱۸/۴۲ | لیسانس و بالاتر      |  |
| نوع سرطان             | p=۰/۱۳<br>x <sup>2</sup> =۳/۹۶  | ۱۲                 | ۳۱/۵۷ | ۱۰                | ۲۶/۳۱ | سرطان پستان          |  |
|                       |                                 | ۱۰                 | ۲۶/۳۱ | ۱۰                | ۲۶/۳۱ | سرطان خون            |  |
|                       |                                 | ۶                  | ۱۵/۷۸ | ۹                 | ۲۳/۶۸ | سرطان کولون          |  |
|                       |                                 | ۶                  | ۱۵/۷۸ | ۴                 | ۱۰/۵۲ | سرطان معده           |  |
|                       |                                 | ۴                  | ۱۰/۵۲ | ۵                 | ۱۳/۱۵ | سرطان ریه            |  |
| نوع درمان             | p=۰/۱۳<br>x <sup>2</sup> =۲/۲۱  | ۱۵                 | ۳۹/۴۷ | ۲۰                | ۵۲/۶۳ | شیمی‌درمانی          |  |
|                       |                                 | ۱۷                 | ۴۴/۷۳ | ۱۴                | ۳۶/۸۴ | رادیوتراپی           |  |
|                       |                                 | ۶                  | ۱۵/۷۸ | ۴                 | ۱۰/۵۲ | درمان‌های دیگر       |  |
| شغل                   | p=۰/۹۴<br>x <sup>2</sup> =۰/۰۰۵ | ۱۷                 | ۴۴/۷۳ | ۲۲                | ۵۷/۸۹ | بیکار                |  |
|                       |                                 | ۲۱                 | ۵۵/۲۶ | ۱۶                | ۴۲/۱۰ | شاغل                 |  |
| وضعیت مالی            | p=۰/۵۱<br>x <sup>2</sup> =۱/۳۱  | ۱۶                 | ۴۲/۱۰ | ۱۴                | ۳۶/۸۴ | ضعیف                 |  |
|                       |                                 | ۱۲                 | ۳۱/۵۷ | ۱۵                | ۳۹/۴۷ | متوسط                |  |
|                       |                                 | ۱۰                 | ۲۶/۳۱ | ۹                 | ۲۳/۶۸ | خوب                  |  |
| مدت زمان بیماری (ماه) |                                 | ۶/۰۳±۸/۵           |       | ۷/۰۲±۵/۷          |       | میانگین±انحراف معیار |  |
| سن (سال)              |                                 | ۴۵/۶۲±۱۳/۵۴        |       | ۴۳/۶۴±۱۱/۳۶       |       | میانگین±انحراف معیار |  |
|                       |                                 | t= -۰/۲۰           |       | P=۰/۸۴            |       | t= ۰/-۲۷             |  |

از آنجائی که نتایج آزمون کولموگروف اسمیرونف نشان داد که داده‌های مربوط به امتیازات امید هرث از توزیع نرمال برخوردار نبوده است، لذا برای مقایسه امتیازات رضایت از زندگی درون گروهی قبل و بعد از مداخله از آزمون ناپارامتری ویلکاکسون، و بین گروهی از آزمون من ویتنی استفاده شد. بر اساس نتایج آنالیز حاصل از آزمون

ناپارامتری ویلکاکسون میانگین امید بیماران مبتلا به سرطان قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت درحالی‌که نتایج آزمون ویلکاکسون نشان داد که میانگین امتیازات امید بیماران مبتلا به سرطان قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله با هم تفاوت معنی‌داری دارند (جدول ۲).

جدول (۲): مقایسه نمرات قبل و بعد از انجام مداخله در بیماران دو گروه مداخله و کنترل

| متغیر | گروه مداخله   |               |       |       | گروه کنترل    |               |      |       |
|-------|---------------|---------------|-------|-------|---------------|---------------|------|-------|
|       | قبل از مداخله | بعد از مداخله | p     | z     | قبل از مداخله | بعد از مداخله | p    | z     |
| امید  | ۳۶/۳۴±۸/۲۸    | ۳۹/۱۱±۶/۲۷    | ۰/۰۰۱ | ۵/۰۶۹ | ۳۷/۰۴±۵/۵۱    | ۳۶/۶۴±۶/۱۱    | ۰/۰۷ | ۰/۴۳۰ |

آزمون من ویتنی نشان داد که میانگین امتیازات امید بیماران مبتلا به سرطان بین گروه مداخله و گروه کنترل قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری ندارد ( $z=-1/6, p=0/010$ ) آماره من ویتنی برابر ۵۸۹ بود. از سوی دیگر امتیازات امید بیماران مبتلا به سرطان بین گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله با هم تفاوت معنی‌داری دارند ( $z=-5/71$  و  $p=0/001$ ) و آماره من ویتنی برابر ۲۰۷ بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مشاوره معنوی بر امید بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه مرصعی و آفاجانی (۱۳۹۳) قابل‌مقایسه است نتایج آن مطالعه نشان داد که مشاوره معنوی بر امید بیماران نارسایی مزمن کلیه مؤثر است (۲۵). تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که مشاوره معنوی و درمان‌های معنوی می‌توانند در مشکلات روان‌شناختی بیماران تأثیرگذار باشند به‌عنوان مثال در مطالعات انجام‌شده در داخل کشور، مطالعه مارکانی و همکاران (۱۸) در اثربخشی برنامه مشاوره معنوی بر تندرستی معنوی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی، مطالعه تقدسی و همکاران (۲۸) در تأثیر مرور زندگی با رویکرد معنوی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، مطالعه کیانی و همکاران (۲۹) در بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان بیماران سرطانی بیانگر تأثیر معنویت در سلامت بیماران هستند.

همچنین در مطالعه دیگر مارتینز و همکاران ۲۰۰۷ نشان دادند که مشاوره با رویکرد معنویت در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مؤثر بوده است (۳۰). ریچاردز<sup>۱</sup> و همکاران در بررسی درمان‌های مکمل در بیماران مبتلا به سرطان به این نتیجه رسیدند که معنویت و مذهب بالاترین سطح استفاده را نسبت به دیگر درمان‌های مکمل در کاهش اضطراب و ایجاد آرامش دارد (۳۱). هاوکز<sup>۲</sup> و همکاران نظرشان در این مورد این است که مشاوره معنوی به فرد کمک می‌کند تا به‌رغم بیماری و مشکلات فراوان در زندگی بر کمبودها و ناکامی‌ها تمرکز نکنند بلکه در جستجوی امید و هدف در زندگی و اتصال به خدا باشند و در نتیجه زندگی خود را معنی‌دار کنند (۳۲). داشتن معنا در زندگی، هدفمندی و اعتقاد به آینده بهتر، از اجزای تحکیم‌بخش سلامت روان بوده می‌تواند در حفظ امید

بیماران در شرایط سخت زندگی تأثیرگذار باشد (۹). نقطه قوت مطالعه حاضر این است که محققین در طول انجام ۱۰ جلسه مشاوره و ارتباط با بیماران مبتلا به سرطان و خانواده‌های آنان این فرصت را داشتند که به ارزیابی نیازهای معنوی آنان در سنین مختلف با توجه به سطح تحصیلات بپردازند و به‌عنوان کسانی که بیشترین فرصت حضور در کنار بیمار و خانواده‌های آنان را دارند از طریق ارتباط با بیماران خود از بین موضوعات مختلف مربوط به معنویت به مسائلی بپردازند که برای بیماران از اهمیت بالاتری برخوردار است و سپس به بیمار خود کمک کنند از مشاوره تخصصی در این زمینه بهره‌مند شوند. در این رابطه همچنین لازم است به این موضوع توجه شود که از آنجائی که همه بیماران از نیازهای معنوی یکسان برخوردار نیستند و معنویت و مذهب، از مسائل کاملاً خصوصی هستند (۳۳)، پس بیماران از پزشکان و پرستاران انتظار دارند که باورها و اعتقادات خویش را با اعتقادات بیماران مقایسه نکنند و بالطبع به باورها و مسائل معنوی و مذهبی آن‌ها احترام بگذارند (۳۴).

از سوی دیگر نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه بوالهیری و همکاران (۱۳۹۱) هم‌خوانی ندارد در آن مطالعه تأثیر رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه بررسی شده بود و نتایج بیانگر این بود که روش گروه‌درمانی معنوی تأثیر معنی‌داری در کاهش اضطراب و استرس بیماران مبتلا به سرطان نداشت. ایشان در تفسیر این نتیجه بیان کرده است که اصولاً استرس در مقابل وجود برخی از شرایط بیرونی مانند بیماری روی می‌دهد و تا زمانی که این شرایط پابرجا هستند، احتمال بروز استرس نیز وجود دارد که این تعریف از استرس، محیط و وضعیت جسمانی بیمار را هم دربر می‌گیرد (۳۵). بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه می‌توان به این نتیجه رسید که مشاوره معنوی در امید بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است. پرستاران در برخورد با نیازهای معنوی بیماران بهتر است به زمینه و نیازهای منحصر به فرد بیماران توجه نموده و به بیماران کمک کنند تا از منابع حمایتی در این حوزه برخوردار شوند.

### تشکر و قدردانی

<sup>2</sup> Hawks

<sup>1</sup> Richard

می‌دارند. همچنین نویسندگان مقاله از کلیه بیماران شرکت‌کننده در مطالعه کمال تشکر را دارند.

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه مطابق با شماره قرارداد ۳۳۲۲۴ مورخه ۹۳/۱۰/۱۷ می‌باشد و لذا نویسندگان مقاله کمال تشکر را از معاونت مذکور اعلام

## References:

1. Lichwala R. Fostering hope in the patient with cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2014;18(3): 267-9.
2. Zemestani M, Hasannejad L, Nejadian A. Comparison of quality of life, sleep quality and social adjustment of cancerous patients with intact individual in Ahvaz city. *J Urmia Univ Med Sci* 2013; 24 (7): 471-82. (Persian)
3. Sajadian A, RajiLahiji M, Motaharinasab A, Kazemnejad A, Haghighat S. Breast Cancer Coping Strategies after Diagnosis: A Six-month Follow-up. *Multidisciplin Cancer Invest* 2017;1(4):12-16. (Persian)
4. Abad M, Gangy R, Sharifian E, Nikdel R, Jafarzadeh M, Jafarzadeh F. Epidemiologic distribution of cancer in a 10-year study: Retrospective review of hospital records and pathology centers of North Khorasan Province from 2003 to 2012. *JNKUMS* 2015; 6 (4): 689-96. (Persian)
5. Willener R, Hantikainen V. Individual quality of life following radical prostatectomy in men with prostate cancer. *Urol Nurs* 2005;25(2): 88-90.
6. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*; 25(5): 555-60.
7. Hall S, Goddard C, Opio D, Speck PW, Martin P, Higginson IJ. A novel approach to enhancing hope in patients with advanced cancer: a randomised phase II trial of dignity therapy. *BMJ Support Palliat Care* 2011;1(3):315-21.
8. Herth KA, Cutcliffe JR. The concept of hope in nursing 3: hope and palliative care nursing. *Bri J Nurs* 2002;11(14): 977-83.
9. Soundy A, Liles C, Stubbs B, Roskell C. Identifying a Framework for Hope in Order to Establish the Importance of Generalised Hopes for Individuals Who Have Suffered a Stroke. *Adv Med* 2014;2014: 8.
10. Rustoen T, Cooper BA, Miaskowski C. The importance of hope as a mediator of psychological distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients. *Cancer Nurs* 2010;33(4): 258-67.
11. Alidina K, Tettero I. Exploring the therapeutic value of hope in palliative nursing. *Palliat Support Care* 2010;8(3): 353-8.
12. Borneman T, Irish T, Sidhu R, Koczywas M, Cristea M. Death awareness, feelings of uncertainty, and hope in advanced lung cancer patients: can they coexist? *Int J Palliat Nurs* 2014;20(6): 271-7.
13. Broadhurst K, Harrington A. A mixed method thematic review: the importance of hope to the dying patient. *J Adv Nurs* 2016;72(1): 18-32.
14. Salander P, Bergknut M, Henriksson R. The creation of hope in patients with lung cancer. *Acta Oncol* 2014;53(9): 1205-11.
15. Wiles R, Cott C, Gibson BE. Hope, expectations and recovery from illness: a narrative synthesis of qualitative research. *J Adv Nur* 2008;64(6): 564-73.
16. Rezaei M, Seyyed Fatemi N, Hussein F. Wellbeing of cancer patients undergoing chemotherapy. *Hayat* 2009;14 (4 and 3): 33-9. (Persian)
17. Moritz S, Kelly MT, Xu TJ, Toews J, Rickhi B. A spirituality teaching program for depression: qualitative findings on cognitive and emotional change. *Complementary therapies in medicine* 2011;19(4): 201-7.
18. Khorami Marekani A, Naseri O, Radfar M, Khalkhali. Evaluating the effect of spiritual counseling on spiritual well-being of cancer patients undergoing chemotherapy in Omid research-treatment hospital in Urmia, in 2014. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2016;14(7): 592-600. (Persian)

19. khorami markani a, mokhtari l, habibpour z, ghafari s, zeinali e, sakhaei s, et al. The role of spiritual health on health system staffs' job satisfaction. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2017;15(5): 329-38. (Persian)
20. mohamad karimi m, shariatnia k. Effectiveness of spiritual therapy on the life Quality of the women with Brest cancer in Tehran. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2017;15(2): 107-18. (Persian)
21. Taei Z, Radfar m, MogadamTabriz F, Sheikhe N. The effect of dimension of social support on hope and loneliness in patients with Brest cancer. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015;13(6): 473-80. (Persian)
22. Aghajani M, Afaze MR, Morasai F. The effect of spirituality counseling on anxiety and depression in hemodialysis patients. *EBCG* 2014;3(4): 19-28. (Persian)
23. Bahrami H, Tashk A. Relation between Religious Orientation and Mental health and Evaluation of Religious Orientation Scales. *J Psych Educa* 2005;34(2): 41-63. (Persian)
24. Moarefzadeh S, Sodani M, Shafiabadi A. The Study of the Effect of Teaching of Contrastivetraining Skills Originated of Quran on Reducing Anxiety Among High School Girl Student in Ahwaz. *Quart J Educ Psychol Islamic Azad Uni Tonekabon Branch* 2010; 1(3): 19-26. (Persian)
25. Morasei F, Aghajani M. The Effect of counseling with spirituality approach on Hope in patients with chronic renal failure. *CMJA* 2014;4(2): 776-86. (Persian)
26. Abdi N, Lari MA. Standardization of Three Hope Scales, as Possible Measures at the End of Life, in Iranian Population. *Iran J Cancer Prev* 2011;4(2): 71-7. (Persian)
27. Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer. *J Hayat* 2011;17(3): 27-37. (Persian)
28. Taghadosi M, Fahimifar A. Effect of life review therapy with spiritual approach on the life quality among cancer patients. *KAUMS J* 2014;18(2): 135-44. (Persian)
29. Kiani J, Jahanpour F, Abbasi F, Darvishi SH, Gholizadeh B. Evaluation of effectiveness of spiritual therapy in mental health of cancer patients. *BUMS-NVJ* 2016;2(5): 40-51. (Persian)
30. Martinez JS, Smith TB, Barlow SH. Spiritual interventions in psychotherapy: evaluations by highly religious clients. *J Clin Psychol* 2007 Oct;63(10): 943-60.
31. Richards PS, Bergin AE. A spiritual strategy for counseling and psychotherapy. Washington, DC: A Psycho Asso; 2005.
32. Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *American journal of health promotion: AJHP* 1995;9(5): 371-8.
33. Hook JN, Worthington EL, Davis DE, Jennings DJ, Gartner AL, Hook JP. Empirically supported religious and spiritual therapies. *J Clin Psychol* 2010;66(1):46-72.
34. McSherry W, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *J Clin Nurs* 2004;13(8): 934-41.
35. Bolhari J, Naziri G, Zamanian S. The effectiveness of spiritual healing group on the reduction of depression and anxiety in women with breast cancer. *J Socio Women* 2012;3(1): 115-36. (Persian)

## THE IMPACT OF SPIRITUAL COUNSELING IN HOPE OF PATIENTS WITH CANCER

*Esfandiyar Baljani<sup>1</sup>, Afsaneh Azimpour<sup>2</sup>, Tayebah Babaloo<sup>3</sup>, Jaleh Rahimi<sup>4</sup>, Rozita Cheraghi<sup>5</sup>*

*Received: 24 Aug, 2017; Accepted: 30 Oct, 2017*

### Abstract

**Background & Aim:** Consulting with a spiritual approach and the important role of nurses in psychological support of cancer patients has been considered by researchers. The aim of this study was to evaluate the influence of spiritual consultation in hope of cancer patients.

**Materials & Methods:** This study was a clinical trial. The data collection tool was a two-part questionnaire in which Demographic characteristics were evaluated in the first part and in the second part, hope were evaluated by Herth Hope Index. The study population included all patients with cancer was admitted to Urmia city hospital. The number of samples was 76 cancer patients who were chosen and then randomly divided into two intervention and control groups. Patients in the control group received routine care hospitals, but patients in the intervention group received 10 sessions of spiritual counseling. To analyze the data, SPSS software, Descriptive statistics, Wilcoxon and Mann-Whitney test with  $p < 0.05$  were used.

**Results:** Results showed HHI scores before and after treatment have no significant difference in control group patients with cancer ( $p > 0.05$ ), while in the intervention group are significantly different ( $p < 0.05$ ) and HHI Scores between the intervention and control groups before intervention was not significantly different ( $p > 0.05$ ). HHI Scores was significantly different in patients with cancer between the intervention and control groups after the intervention ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Researches concluded that spiritual counseling is effective in hopes of cancer patients. In dealing with patients' spiritual needs, nurses should pay attention to the background and unique needs of patients.

**Keywords:** hope, spiritual counseling, cancer

**Address:** Department of nursing, Urmia branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

**Tel:** (+89) 09141404082

**Email:** baljanies@gmail.com

<sup>1</sup> Department of nursing, urmia branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran (Corresponding Author)

<sup>2</sup> Master of nursing, faculty member of Islamic Azad university Urmia branch, Urmia, Iran

<sup>3</sup> Farhang School consultant, Department of Education and training District 2, Urmia, Iran

<sup>4</sup> Master of nursing, faculty member of nursing and Midwifery University of medical science, Urmia, Iran

<sup>5</sup> Master of nursing, faculty member of nursing and Midwifery University of medical science, Urmia, Iran