



An Overview of Spiritual Health in Cancer Patients

Fatemeh Samiee Rad¹, Mehri Kalhor^{2,*} 

¹ Associate Professor of Pathology Department, Metabolic Diseases Research Center, Qazvin University of Medical Sciences. Qazvin, Iran

² PhD Student of Reproductive Health of Tarbiat Modares University, Kosar Hospital, Qazvin University of Medical Sciences. Qazvin, Iran

* **Corresponding author:** Mehri Kalhor, PhD Student of Reproductive Health of Tarbiat Modares University, Kosar Hospital, Qazvin University of Medical Sciences. Qazvin, Iran. Email: mehrikalhor@modares.ac.ir

Received: 29 Jul 2017

Accepted: 30 Oct 2018

Abstract

Introduction: Spirituality is one of the important dimensions of human. Spiritual crises can have an adverse effect on physical and mental health. Diseases cause spiritual distress in patients. This is important in patients with chronic illness, such as cancer. The purpose of this study is to provide an overview of the spiritual health of cancer patients.

Methods: This descriptive-prospective study was conducted on 1442 patients with cancer in the pathology department of Qazvin Hospitals from 2011 to 2015 by census method. The tool used in research was Ellison's Pallutin Spiritual Health Questionnaire. Descriptive statistics and Pearson test were used to determine the correlation between variables $P < 0.05$.

Results: The average age patients was 56 ± 66.74 (age range 26 to 81). 850 (58%) patients were male. The results showed that spiritual health level of 21% of patients were at intermediate level, 55 percent on average, and 23 percent were at a high level. Religious health scores of the patients were higher than that of health existence. Between demographic variables and spiritual health ($P = 0.65$) no significant association was not found. But between the rate of cancer progression and spiritual health, statistically significant correlation was found ($P = 0.04$).

Conclusions: The present study shows that most cancer patients have a moderate spiritual level. Also, the level of religious health was higher than existential health. Therefore, paying attention to spirituality in patients with chronic illness is important and it is necessary for health providers to be familiar with the psychic and spiritual factors of patients.

Keywords: Spirituality, Cancer, Mental Health

© 2018 Iranian Nursing Scientific Association (INA)



نمای کلی از سلامت معنوی در بیماران سرطانی

فاطمه سمیعی‌راد^۱، مهری کلهر^{۲*}

^۱ دانشیار پاتولوژی، مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
^۲ دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشگاه تربیت مدرس، بیمارستان کوثر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
 * نویسنده مسئول: مهری کلهر، دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشگاه تربیت مدرس، بیمارستان کوثر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران. ایمیل: mehrikalhor@modares.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۰۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۰۷

چکیده

مقدمه: معنویت یکی از ابعاد مهم انسان است. بحران‌های معنوی می‌تواند دارای اثر نامطلوب در سلامت جسمی و روحی باشند. بیماری‌ها باعث دیسترس معنوی در بیماران می‌شوند. این مسئله در بیماران دارای بیماری مزمن مانند سرطانی‌ها مهم است. هدف این مطالعه فراهم نمودن یک نمای کلی از سلامت معنوی در بیماران سرطانی بود.

روش کار: این مطالعه توصیفی - آینده نگر است که بر روی ۱۴۴۲ بیمار مبتلا به سرطان بخش پاتولوژی بیمارستان‌های شهر قزوین از سال ۱۳۹۰ تا سال ۱۳۹۴ به روش سرشماری، انجام شد. ابزار به کاررفته در پژوهش پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزین الیسون بود. از روش‌های آماری توصیفی و آزمون پیرسون برای تعیین همبستگی بین متغیرها استفاده شد ($P < 0/05$).

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران $74/66 \pm 56$ (دامنه سنی ۲۶ تا ۸۱) سال بود. ۸۵۰ (۵۸٪) بیمار مرد بودند. نتایج نشان داد که سطح سلامت معنوی ۲۱ درصد بیماران در سطح متوسط، ۵۵ درصد در سطح متوسط و ۲۳ درصد در سطح بالا قرار داشتند. میانگین نمرات سلامت مذهبی در بیماران بالاتر از میانگین نمرات سلامت وجودی بود. بین متغیرهای دموگرافیک با سلامت معنوی ($P = 0/65$) ارتباط آماری معنی داری یافت نشد. اما بین درجه بندی پیشرفت سرطان و سلامت معنوی ارتباط آماری معنی داری یافت شد ($P = 0/04$).
نتیجه گیری: پژوهش حاضر نشان می‌دهد بیشتر بیماران سرطانی، از سطح سلامت معنوی متوسطی برخوردارند. همچنین سطح سلامت مذهبی بالاتر از سلامت وجودی بود. بنابراین توجه به معنویت در بیماران دارای بیماری‌های مزمن، مهم است و لازم است ارائه دهندگان سلامت با عوامل روحی و معنوی بیماران آشنا باشند.

واژگان کلیدی: معنویت، سرطان، سلامت روانی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

بیماری‌ها متأثر از مسائل فرهنگی می‌باشد. عوامل فرهنگی، ارزش‌ها و رفتارهای فردی در کنار تجربیات زندگی افراد، وضعیت اجتماعی اقتصادی آنان و همچنین تفاوت‌های شخصیتی افراد، عوامل تعیین کننده‌ای در برداشت معنای سرطان برای بیماران و خانواده آنان می‌باشد. فلذا این عوامل بر چگونگی مقابله فرد، خانواده و اجتماع با بیماری تأثیر گذار است [۳].

درمان سرطان تقریباً همیشه با روش‌های تهاجمی شروع می‌شود، ماه‌ها طول می‌کشد و عوارض جانبی باعث مشکلات روحی و معنوی می‌شود. بیمار مجبور است درمان طولانی مدتی را با داروهای سمی تجربه نماید. بستری شدن‌های متعدد برای درمان، می‌تواند مانع از ادامه یک زندگی طبیعی شود. قبل و بعد از شیمی درمانی، احساس ترس و اضطراب در بیمار به وجود می‌آید که این امر می‌تواند علل مختلفی داشته باشد، که

سرطان، یکی از بیماری‌های شایع مزمن و غیرواگیر است. سرطان‌ها علت ۹ درصد از مرگ و میرها در سراسر جهان را تشکیل می‌دهند. سرطان در کشورهای پیشرفته جهان، پس از بیماری‌های قلبی عروقی، دومین علت مرگ و علت ۱۹ درصد از مرگ و میر مردم است. در کشورهای در حال توسعه، چهارمین علت مرگ و علت شش درصد از مرگ و میرها می‌باشد. بر اساس گزارش نوزدهمین کنگره سرطان آسیا و اقیانوسیه، ثبت سرطان در ایران تازه شروع شده است و هنوز آمار دقیقی از بیماران مبتلا به این بیماری در ایران وجود ندارد. در حال حاضر سالانه ۷ میلیون نفر در سراسر جهان به علت ابتلا به انواع سرطان می‌میرند که ۱۵ درصد آن‌ها در قاره آسیا هستند [۱، ۲]. مواجهه شدن افراد با سرطان یک تجربه نگران کننده و غافلگیر کننده است. سرطان در هر فرهنگی، یکی از ترسناک‌ترین بیماری‌ها محسوب می‌شود و مانند دیگر

خلق معنا در زندگی و الهام بخش فرد در رویارویی با مشکلات می‌شود. افرادی که از سلامت معنوی برخوردارند افرادی توانمند، قوی، دارای قدرت کنترل و حمایت اجتماعی بیشتر هستند. سلامت معنوی فقط با ناامیدی ارتباط داشته و ممکن است او را از ارتکاب به خودکشی منع کند و حتی به نوعی به زندگی پر از استرس و غمگین این بیماران معنا و انگیزه‌ای بدهد و علاوه بر مشکلات روحی و روانی حتی شاید بتوانند بر برخی از مشکلات جسمی نیز غلبه نمایند [۱۱، ۱۲]. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که ادراکات مثبت و سلامت معنوی بیماران در پیش آگهی سرطان مؤثر می‌باشد و ارتباط مستقیم این عامل بر روی امید در بیماران مبتلا به سرطان نقش به‌سزایی دارد. به طوری که بیماران با داشتن شرایط معنوی بالا، احساس نزدیکی بیشتر و بهتری با خالق خویش می‌کنند و به نوعی می‌توانند جدایی قریب الوقوع با نزدیکان خویش را مورد پذیرش قرار دهند [۵].

با توجه به اهمیت نقش سلامت معنوی در ارتقای سازگاری بیماری‌های مزمن از جمله بیماران مبتلا به سرطان، انجام مطالعه در زمینه سلامت معنوی می‌تواند به درک بیشتر متغیرهای تاثیرگذار بر نحوه برخورد با بیماری و بیماران سرطانی کمک کننده باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان شهر قزوین انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه توصیفی - آینده نگر (کوهوت آینده نگر) است، که بر روی ۱۴۶۵ بیمار مبتلا به سرطان، تشخیص داده شده در بخش پاتولوژی بیمارستان‌های شهر قزوین در دوره زمانی آبان ماه ۱۳۹۰ لغایت آذر ماه ۹۴ و به روش سرشماری، انجام شده است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه ۲۰ سئوالی سلامت معنوی پالوتزین الیسون (۱۹۸۲) بود [۱۳] که ۱۰ سئوال با شماره فرد، سلامت مذهبی، و ۱۰ سئوال با شماره زوج، سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کرد. نمره گذاری سلامت معنوی جمع دو زیر گروه سلامت مذهبی و سلامت وجودی است که دامنه آن بین ۲۰ تا ۱۲۰ است. بخش سئوال‌اتسنجش سلامت مذهبی و وجودی، از سئوال‌های شش‌گزینه‌ای (کاملاً موافق، موافق، نسبتاً موافق، نه موافق نه مخالف، نسبتاً مخالف، کاملاً مخالف، به ترتیب کد ۱ تا ۶ استفاده شد. در سئوال‌های منفی نمره گذاری به شکل معکوس انجام گرفته است. در پایان سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم بندی شد. این پرسش‌نامه دارای استاندارد جهانی است و پایایی و روایی آن در مطالعه‌های متعددی که در داخل کشور جهت بررسی سلامت معنوی در بیماران، انجام شده، تأیید گردیده است [۱۳، ۱۴]. پرسش‌نامه دارای دو بخش اصلی است. بخش اول شامل متغیرهای دموگرافیک و تشخیص هیستوپاتولوژیکی بیماران از جمله سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، نوع سرطان مبتلا به آن و طول مدت ابتلا به بیماری، در بخش دوم پرسشنامه نیز از سلامت معنوی پالوتزین الیسون (۱۹۸۲) استفاده شده است. پرسشگر برای جمع‌آوری داده‌ها شخصاً به بیمارستان مراجعه کرد و ضمن دادن توضیح در خصوص هدف انجام کار، پرسش‌نامه را بین افراد پخش نمود. گردآوری داده‌ها به روش خود گزارش دهی و در مواقعی که نمونه‌ها قادر به خود گزارش دهی نبودند، توسط پژوهشگر تکمیل می‌گردید. معیارهای ورود به مطالعه عبارت است از:

بعضی از آنها شامل: عوارض ناشی از شیمی‌درمانی، سوراخ کردن ورید برای تزریق، احساس انزوا و گوشه‌گیری و از دست دادن احساس استقلال در زندگی، به علاوه، عوارض جانبی آشکار ناشی از شیمی‌درمانی، توانایی لذت بردن از جنبه‌های مختلف زندگی را از بیمار سلب می‌کند [۴]. آگاهی یافتن از داشتن بیماری بدخیم تهدیدکننده حیات، باعث می‌شود درک افراد از زندگی تغییر کند و تلاش می‌شود بیمار با این وضعیت سازگار گردد. بدلیل طبیعت تهدیدکننده سرطان، تشخیص این بیماری باعث می‌شود که نیازهای معنوی بیماران به طور چشمگیر افزایش یابد. مواجهه با بیماری می‌تواند باعث بحران‌های حاد و شدید در سلامت فرد شود، از طرفی او را آسیب‌پذیرتر ساخته و از سوی دیگر باعث رشد فردی و معنوی او می‌شود. تشخیص بیماری سرطان بحران‌هایی معنایی زیادی را در فرد ایجاد می‌کند و می‌تواند منجر به بحران معنوی در افراد گردد [۵].

در حال حاضر مداخلات تکنیکی مرتبط با عوامل تهدیدکننده حیات به طور کامل نتوانستند جوابگوی مشکلات بیماران دارای معالجه‌های سخت باشند، بنابراین توجه به عوامل قوی مانند معنویت و مذهب در جوامع رو به گسترش است. سلامت معنوی نیروی یگانه‌ای که ابعاد روانی، جسمی و اجتماعی انسانها را تشکیل می‌دهد. هر فردی در هر مرحله‌ای از زندگی خویش با توجه به شرایط زندگی خود، ممکن است به این بعد بیشتر نیاز داشته باشد. به سبب طبیعت تهدیدکننده سرطان، تشخیص این بیماری موجب می‌شود که نیازهای معنوی بیماران به طور چشمگیری افزایش یابد. تشخیص و آگاهی یافتن فرد از وجود بیماری می‌تواند سبب ایجاد بحران معنوی شود و گاهی اعتماد به نفس و ایمان مذهبی را به مخاطره اندازد [۶، ۷]. سلامت معنوی، تجربه معنوی انسان در دو چشم انداز مختلف است: الف) چشم انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنویشان، هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است. ب) چشم انداز سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت وجودی درباره اینکه چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می‌شوند، بحث می‌کند [۸].

تجربه زندگی با سرطان نشان می‌دهد که سلامت معنوی بُعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است و مطالعه‌ها نشان داده‌اند که معنویت و عقاید مذهبی نقش مرکزی و مهمی در سازگاری با بیماری سرطان داشته و در بیماران سرطانی موجب زندگی هدف دار و معنادار می‌شود. بیمارانی که سلامت معنوی آن‌ها تقویت می‌شود، به طور مؤثر می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند و حتی مرحله‌های آخر بیماری خود را به خوبی بگذرانند [۹]. مطالعه‌ها نشان داده‌اند که عوارض ناشی از سرطان در بیمارانی که از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند، کمتر می‌باشد. در بیماران مبتلا به سرطان، معنا در زندگی با سلامت جسمی و معنوی ارتباط مستقیم دارد. برای بیماران مبتلا به سرطان که در مرحله انتهایی بیماری خود قرار دارند، آرامش معنوی و مذهبی ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی هم مهمتر باشد [۱۰]. بررسی به عمل آمده نشان داد سلامت معنوی تأثیر بسیار مهمی بر ناامیدی پایان زندگی بیماران سرطانی داشته است. در مطالعه دیگری مشخص شد افرادی که بیش از یک بار در هفته در مراکز مذهبی حضور یافتند، کمتر از گروه شاهد احتمال مرگ داشتند. معنویت یکی از بُعدهای وجود انسان است که در هنگام بروز بحران و استرس به شکل بارزی نمود پیدا کرده، سبب

نظر نوع سرطان، ۲۷ درصد سرطان دستگاه گوارش، ۵/۵ درصد دستگاه ادرای، ۵/۹ درصد دستگاه تنفسی، ۱۵/۳ درصد سرطان سینه، ۱/۹ درصد دستگاه عضلانی-اسکلتی، ۱۴/۴ درصد خون و دستگاه لنفاوی، ۱/۶ درصد دستگاه عصب مرکزی، ۱۳/۹ درصد دستگاه تناسلی (۳/۴ درصد سرویکس، ۱/۷ درصد رحم، ۵/۴ درصد تخمدان، ۱/۲ درصد پروستات، ۲/۲ درصد بیضه)، ۳/۱ درصد پوست و ۱۱/۴ درصد دیگر سرطان‌ها (۳/۷ درصد سارکوم، ۰/۳ درصد ژرم تومور مדיاستن، ۰/۶ درصد سرطان مخاط دهان و زبان، ۶/۸ درصد تیروئید و پاراتیروئید) داشتند. طول مدت ابتلا به بیماری در بیماران بین ۲ ماه تا ۷ سال متغیر بود. نتایج پژوهش درباره سلامت معنوی بیماران نشان داد که سطح سلامت معنوی ۲۱ درصد بیماران در سطح متوسط، ۵۵ درصد در سطح متوسط و ۲۳ درصد در سطح بالا قرار داشتند. همچنین توزیع فراوانی و درصد دو بعد سلامت معنوی (مذهبی و وجودی) نشان داده شد. (جدول ۱).

جدول ۲ و ۳ میانگین و انحراف سؤال‌های دو بعد پرسش‌نامه معنوی (ابعاد مذهبی و وجودی) را به تفکیک نشان می‌دهد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات سلامت مذهبی در بیماران بالاتر از میانگین نمرات سلامت وجودی بود.

داشتن حداقل ۱۸ سال سن، تمایل به همکاری آگاهی از نوع بیماری خود و تشخیص نهایی سرطان، بود. معیارهای خروج ابتلا به هر بیماری مزمن دیگر به غیر از سرطان و اختلالات روانی بود. برای توصیف متغیرهای دموگرافیک و اطلاعات وابسته به بیماری (تشخیص هیستوپاتولوژیکی) و همچنین سطح سلامت معنوی بیماران، از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و برای تعیین همبستگی بین متغیرها، از آزمون پیرسون استفاده گردیده است. همچنین سطح معنی داری آزمون ۰/۰۵ در نظر گرفته شده و داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS 20 تحلیل گردید.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین سنی ۱۴۶۵ بیمار $74/6 \pm 56$ (محدوده سنی ۲۶ تا ۸۱) سال بود. ۵۸٪ (۸۵۰ نفر) بیماران مرد و ۴۲ درصد (۶۱۵ نفر) زن بودند. میزان تحصیلات ۱۵/۴ درصد بی سواد، ۳۰/۵ درصد بیماران ابتدایی، ۳۵/۳ درصد راهنمایی، ۱۱/۳ درصد دبیرستان و ۷/۵ درصد دانشگاهی بود. ۸۷/۲ درصد متأهل، ۷/۳ درصد مجرد و ۵/۵ درصد مطلقه بودند یا همسرشان فوت کرده بود. از نظر شغلی ۳۳/۵ درصد آزاد، ۱۰/۵ درصد کارمند، ۸/۵ درصد بازنشسته، ۴۱/۵ درصد خانه دار و ۶ درصد دیگر شغل‌ها را تشکیل می‌دادند. از

جدول ۱: نمره‌های سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان

سطح سلامت	سلامت مذهبی فراوانی (درصد)	سلامت وجودی فراوانی (درصد)	نمره کل (سلامت معنوی) فراوانی (درصد)
ضعیف (۲۰-۴۰)	۱۸۷ (۱۳٪)	۱۲۰ (۸٪)	۳۰۷ (۲۱٪)
متوسط (۴۱-۹۹)	۴۷۰ (۳۳٪)	۳۳۵ (۲۲٪)	۸۰۵ (۵۵٪)
قوی (۱۰۰-۱۲۰)	۲۰۰ (۱۴٪)	۱۵۳ (۱۰٪)	۳۵۳ (۲۴٪)

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) برای نمرات سلامت مذهبی

سؤال‌های مذهبی	انحراف معیار \pm میانگین
نداشتن احساس رضایت از دعا و خلوت با خدا	۵/۲ \pm ۱/۱
اعتقاد به اینکه خداوند مرا دوست دارد و مراقب من است.	۵/۷ \pm ۰/۸
اعتقاد به اینکه خداوند غیرقابل تجسم است و به من و زندگی روزانه من توجه دارد	۵/۳ \pm ۱/۴
برقراری ارتباط معنادار با خدا	۵/۸ \pm ۰/۹
دریافت نکردن نیرو و حمایت زیاد از خدا	۴/۷ \pm ۱/۳
باور به اینکه خداوند به فکر مشکل‌های من است.	۵/۶ \pm ۰/۹
نداشتن ارتباط فردی رضایت بخش با خداوند.	۳/۸ \pm ۱/۹
اعتقاد به ارتباط با خداوند، به من کمک می‌کند تا احساس تنهایی نکنم.	۴/۹ \pm ۱/۱
احساس کمال هنگام رابطه صمیمی و نزدیک با خداوند.	۵/۲ \pm ۱/۰۲
نقش ارتباط با خداوند در احساس سلامتی.	۵/۵ \pm ۱/۰۱

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) برای نمرات سلامت وجودی

سؤال‌های وجودی	انحراف معیار \pm میانگین
نمی‌دانم که هستم، از کجا آمده‌ام و به کجا خواهم رفت.	۴/۷ \pm ۱/۷
اعتقاد به اینکه زندگی یک تجربه مثبت است.	۴/۵ \pm ۱/۵
احساس می‌کنم آینده نامعلومی دارم.	۴/۲ \pm ۱/۹
رسیدن به کمال در زندگی و رضایت از زندگی.	۴/۳ \pm ۱/۸
احساس خوب نسبت به مسیر زندگی که در پیش رو دارم.	۳/۹ \pm ۲/۰۱
لذت نبردن از زندگی.	۴/۲ \pm ۱/۶
احساس خوب نسبت به آینده.	۴/۱ \pm ۱/۷
احساس می‌کنم زندگی پر از ناملایمات و ناخوشی‌ها است.	۴/۸ \pm ۱/۰۱
بی‌معنایی زندگی.	۴/۶ \pm ۱/۷
اعتقاد به وجود هدفی خاص برای زنده بودن.	۳/۹ \pm ۱/۹

و آنان اعتقاد داشتند که برای احساس راحتی بیشتر و کسب توان دوباره برای حرکت به سوی تطابق بیشتر با بیماری، باید به قدرت خداوند تکیه کنند. احتمالاً این امر می‌تواند مربوط به این مساله باشد که مردم ایران با توجه به شرایط فرهنگی، و عقیدتی مردم درای اعتقادات مذهبی هستند و به یشتوانه این باور و اعتقاد، برای سازگاری با شرایط بحران زا، بیشتر به مذهب روی می‌آورند [۲۱].

در مطالعه حال حاضر بین سلامت معنوی بیماران با متغیرهای مورد بررسی (سن، جنس، طول مدت ابتلا به سرطان و سطح تحصیلات (ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت. در مطالعه الله بخشیان و همکاران نیز، جنس تأثیر بر سلامت معنوی نداشت و بین سلامت معنوی با سن بیماران ارتباط معناداری وجود ندارد که با نتیجه پژوهش دیگری همخوانی دارد [۲۱] اما مطالعه Suzette و همکاران نشان داده است که اکثر بیماران با افزایش سن از سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند. محققین ذکر کرده‌اند که این امر احتمالاً می‌تواند ناشی از کشش به سوی معنویت به عنوان عملکرد افزایش سن باشد [۲۲]. در مطالعه حاضر میانگین سنی نمونه‌های مورد مطالعه $34/6 \pm 43$ بود و بنابراین شاید جوان بودن میانگین سنی نمونه‌های مطالعه بر روی این یافته تأثیر گذاشته است.

نتیجه‌های یافته‌های Hatamipour نیز هیچ ارتباطی را بین سطح تحصیلات بیماران مبتلا به سرطان و سلامت معنوی آنان نشان نداد [۲۳]. در مطالعه Leyla و همکارانش نیز ارتباط معنی داری بین متغیر میزان تحصیلات با سلامت معنوی یافت نشد [۲۴]. مطالعه Kim و همکاران نیز بین متغیرهای جنس و سطح تحصیلات با سلامت معنوی، رابطه معنی داری را گزارش نکردند [۱۸]. اما نتایج مطالعه ضیغمی و همکاران نشان داد بیماران که سطح تحصیلات پایین‌تری داشتند، از سطح سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند [۲۵]. در مطالعه حاضر چنین ارتباطی یافت نشد. شاید علت این امر این باشد که میانگین سنی نمونه‌ها خیلی زیاد نبوده بنابراین اختلاف سطح تحصیلاتی زیادی با یکدیگر نداشته‌اند. از طرفی برخی مطالعه‌ها ذکر کرده‌اند که افرادی که با بیماری صعب‌العلاج درگیر هستند یا انتظار مرگ قریب‌الوقوع را می‌کشند سلامت معنوی آن‌ها خیلی تحت تأثیر سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی قرار نمی‌گیرد.

در مطالعه حاضر بین درجه بندی پیشرفت سرطان و سلامت معنوی ارتباط آماری معنی داری یافت شد. بدین صورت که افراد دارای درجه‌های بالا و شدید بیماری دارای نمرات بعد مذهبی بالاتری نسبت به بعد وجودی پرسشنامه سلامت معنوی بودند. در مطالعه Oh و همکاران نیز نشان داده است که بیماران درای درجه‌های پایین سرطان سازگاری بیشتری با شرایط خود دارند و حتی به کارهای معمول روزانه خود می‌پردازند و امید به زندگی بیشتری دارند اما با افزایش درجه بیماری امید و سازگاری کمتر شده و بیشتر خود را به مرگ نزدیک می‌بینند [۲۶]. حاتمی پور و همکاران در مطالعه خود بیان می‌کند بیماران که سلامت معنوی آن‌ها تقویت شود، به طور موثرتری می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند و حتی مرحله‌های آخر بیماری را به خوبی سپری کنند [۲۳].

از محدودیت‌های این مطالعه این بود که نمی‌توان همه عوامل دخیل و تأثیر گذار بر شرایط روحی و معنوی بیماران را شناخت و به نوعی آن را کنترل کرد. بنابراین محققین مطالعه حاضر پیشنهاد می‌کنند که انجام

همچنین آزمون‌های آماری برای بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و سلامت معنوی بیماران انجام شد. نتایج نشان دادند که بین متغیرهای سن با سلامت معنوی ($P = 0/18$)، جنس ($P = 0/45$)، طول مدت بیماری ($P = 0/35$) و سطح تحصیلات با سلامت معنوی ($P = 0/65$) ارتباط آماری معنی داری یافت نشد. اما بین درجه بندی پیشرفت سرطان و سلامت معنوی ارتباط آماری معنی داری یافت شد ($P = 0/04$).

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سطح سلامت معنوی اکثر واحدهای پژوهش در حد متوسط بود (۵۵٪). از آنجایی که مردم کشور ایران مسلمان بوده و دارای اعتقادات عمیق مذهبی هستند و استان قزوین نیز جزء استان‌های مذهبی می‌باشد بنابراین یافتن این نتیجه که بیشتر مردم دارای گرایش‌های مذهبی می‌باشند، معمول و قابل توجه می‌باشد. تخر به های علوم جامعه شناسی نیز نشان داده است که انسان‌ها در مواقع سخت و پر استرس روحی-روانی به دنبال پناهگاهی برای تسکین آمال و دردهای خود می‌جویند. طبق مطالعه‌ها، بسته به شرایط فرهنگی و اجتماعی جوامع، برخی این تسکین و آرامش را در دنیای مادی از قبیل ارتقاء سطح کیفیت زندگی، سطح اقتصادی و اجتماعی می‌یابند و برخی از افراد به خصوص انسان‌های دارای ریشه مذهب دار، این امر را در دنیای معنوی و در قالب اعتقاد به نیرویی مافوق بشری می‌جویند. بنابراین با توجه به این مسئله روشن است که در کشور مذهبی چون ایران گرایش به امور معنوی ریشه دار، عمیق و بالا می‌باشد [۱۵، ۱۶]. حتی در جوامع مذهب دار نیز سطح نزدیکی و ارتباط با نیروی مافوق بشری و حالت‌های معنوی بسته به شرایط جسمی، روحی، روانی و حتی فرهنگی متفاوت می‌باشد. مطالعه‌ها نشان داده‌اند که گرایش و تمایلات معنوی در بحران‌ها و استرس‌های جسمی و روحی افزایش می‌یابد [۱۷]. مطالعه‌های زیادی ذکر کرده‌اند که بیماری سرطان به دلیل داشتن ماهیت بدخیم و مزمن، استرس و ناملایمی‌های فراوان می‌تواند حتی بر روی نگرش، باور و کیفیت زندگی این بیماران تأثیر گذار می‌باشد. بسیاری از بیماران پس از فهمیدن این مسئله که دچار بیماری شده‌اند دچار حالت‌های متفاوتی می‌شوند و واکنش‌های مختلفی را نشان می‌دهند [۴]. مطالعه کیم نشان داده است که معنویت نقش مهمی در سازگاری با شرایط استرس زای ناشی از بیماری‌های مزمن دارد. مطالعه‌ها نیز نشان داده‌اند که بیماران سرطانی نیز برای سازگاری با شرایط بحرانی، بیشتر به مذهب روی می‌آورند [۱۸]. این یافته‌ها با نتایج مطالعه حاضر نیز هم خوانی داشت. به طوری که در مطالعه حاضر نشان داده شد که میانگین کلی سؤالات سلامت مذهبی ۵/۱۷ بود در حالی در سلامت وجودی ۴/۳۲ بود. بنابراین میانگین نمرات بعد مذهبی از وجودی بالاتر بوده است. نتایج مطالعه‌های دیگر نیز این یافته را تأیید کرده‌اند. نتایج مطالعه رضایی و همکاران نیز نشان داد که سطح سلامت معنوی در بیماران سرطانی بیشتر است. و این سطح در بعد مذهبی بالاتر بوده است [۱۹]. در مطالعه جان بابایی و همکاران نیز نشان داده شد که نمره سلامت مذهبی بیشتر از سلامت وجودی است. در پژوهشی نشان داده شد که نمره سلامت مذهبی بیماران مبتلا به سرطان بالاتر از سلامت وجودی آنان است [۲۰]. در مطالعه اله بخشیان ذکر شده است که اعتقادات مذهبی، عامل مهمی در حمایت روحی بیماران است

نتیجه گیری

پژوهش حاضر نشان می‌دهد بیش‌تر بیماران سرطانی، از سطح سلامت معنوی متوسطی برخوردارند. همچنین سطح سلامت مذهبی بالاتر از سلامت وجودی بود. که با در نظر گرفتن غلبه فرهنگ مذهبی در جامعه ایرانی، این امر طبیعی به نظر می‌رسد. توجه به معنویت در بیماران دارای بیماری‌های مزمن، شاخص مهمی، است. پزشکان لازم است با همه جوانب عوامل دخیل در بیماری، جسمی، روحی و معنوی آشنا باشند. مداخلات درمانی باید شامل توصیه‌های معنوی در خصوص پیشگیری، درمان طبی و مراقبت‌های تکمیلی باشد. بعلاوه، اجزاء عمومی توصیه‌های معنوی باید در غربالگری‌های روتین پزشکی، لحاظ گردد.

سپاسگزاری

بدین وسیله محققین از همکاری صمیمانه بیمارانی که با مطالعه حاضر همکاری داشتند، نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

تضادمنافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin.* 2016;66(1):7-30. doi: 10.3322/caac.21332 pmid: 26742998
2. Dasgupta P, Turrell G, Aitken JF, Baade PD. Partner status and survival after cancer: A competing risks analysis. *Cancer Epidemiol.* 2016;41:16-23. doi: 10.1016/j.canep.2015.12.009 pmid: 26775082
3. Afrooz R, Rahmani A, Zamanzadeh V, Abdollahzadeh F, Azadi A, Faghany S, et al. The nature of hope among Iranian cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(21):9307-12. pmid: 25422217
4. Abdollahzadeh F, Moradi N, Pakpour V, Rahmani A, Zamanzadeh V, Mohammadpoorasl A, et al. Un-met supportive care needs of Iranian breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(9):3933-8. pmid: 24935576
5. Seyedrasooli A, Rahmani A, Howard F, Zamanzadeh V, Mohammadpoorasl A, Aliashrafi R, et al. Iranian cancer patient perceptions of prognosis and the relationship to hope. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(15):6205-10. pmid: 25124599
6. Harding R, Powell RA, Namisango E, Merriman A, Gikaara N, Ali Z, et al. Palliative care-related self-report problems among cancer patients in East Africa: a two-country study. *Support Care Cancer.* 2014;22(12):3185-92.
7. Ng GC, Mohamed S, Sulaiman AH, Zainal NZ. Anxiety and Depression in Cancer Patients: The Association with Religiosity and Religious Coping. *J Relig Health.* 2017;56(2):575-90. doi: 10.1007/s10943-016-0267-y pmid: 27287259
8. Rabow MW, Knish SJ. Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. *Support Care Cancer.* 2015;23(4):919-23.
9. Seyedrasooly A, Rahmani A, Zamanzadeh V, Aliashrafi Z, Nikanfar A-R, Jasemi M. Association between perception of prognosis and spiritual well-being among cancer patients. *J Caring Sci* 2014;3(1):47.
10. Akalin A, Pinar G. Unmet needs of women diagnosed with gynecologic cancer: an overview of literature. *Palliat Care Med.* 2016;6(2):1-6. doi: 10.4172/2165-7386.1000249
11. Hekmati Pour N, Hojjati H. The relationship between praying and life expectancy in cancerous patients. *J Med Life.* 2015;8(4):60-4.
12. Ebrahimi H, Ashrafi Z, Eslampanah G, Noruzpur F. Relationship between spiritual well-being and quality of life in hemodialysis patients. *J Nurs Midwifery Sci* 2014;1(3):41-8. doi: 10.18869/acadpub.jnms.1.3.41
13. Aghahoseini S, Rahmani A, Abdollahzadeh F, Kermani I. Spiritual health of cancer patients and its related factors. *Qom J Res Med Sci* 2009;5(3):7-12.
14. Rodger KB. The Spiritual Well-Being Scale. *J Psychol Theol.* 1991;19(1):56-70. doi: 10.1177/009164719101900106
15. Sajedi A, Namazi M. [Roundtable weakening and strengthening of cultural self and non-self causes of youth culture]. *Marifat Monthly.* 2000;45(13).
16. Rahimi M. The relationship between spiritual intelligence of students and their tendency to groups of Stupor and Satanism. *Discipl Knowledge Q Chaharmahal Bakhtiari.* 2012;1(2).
17. Shankar S. Spiritual intelligence: An overview. *Int J Multidiscipl Res Dev.* 2016;3(3):224-7.
18. Kim JH, McMahon BT, Hawley C, Brickham D, Gonzalez R, Lee DH. Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Virtue Based Model. *J Occup Rehabil.* 2016;26(1):45-55. doi: 10.1007/s10926-015-9622-1 pmid: 26781509

19. Rezaie A, Momeni Ghaleghasemi T, Ebrahimi A. The Relationship between Spiritual Wellbeing with Stress, Anxiety, and Some Demographic Variables in Women with Breast Cancer Referring to the Specialized Cancer Treatment Center in Isfahan, Iran. *J Health Syst Res.* 2012;8(1):104-13.
20. G J, Esmaili Ravanbakhsh B, N M-S. A survey of the role of spiritual health and its related factors in the patient with metastatic digestive cancer. *Religion Health.* 2014;2(1):9-14.
21. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. [A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients]. *Zahedan J Med Sci Res.* 2011;12(3):29-33.
22. Brémault-Phillips S, Olson J, Brett-MacLean P, Oneschuk D, Sinclair S, Magnus R, et al. Integrating spirituality as a key component of patient care. *Religions.* 2015;6(2):476-98.
23. Hatamipour K, Rassouli M, Yaghmaie F, Zendedel K, Majd HA. Spiritual needs of cancer patients: a qualitative study. *Indian J Palliat Care.* 2015;21(1):61-7. doi: [10.4103/0973-1075.150190](https://doi.org/10.4103/0973-1075.150190) pmid: 25709188
24. Leyla F, Fatemeh A. Understanding the Role of Spirituality and Faith in Relation to Life Expectancy and End of Life Experience in Terminally-ILL Cancer Patients. *Gerontol Geriatric Stud.* 2017;1(4):1-10.
25. Zeighamy H, Sadeghi N. Spiritual/religious needs of adolescents with cancer. *Religions.* 2016;7(7):91. doi: [10.3390/rel7070091](https://doi.org/10.3390/rel7070091)
26. Oh PJ, Kim SH. The effects of spiritual interventions in patients with cancer: a meta-analysis. *Oncol Nurs Forum.* 2014;41(5):E290-301. doi: [10.1188/14.ONF.E290-E301](https://doi.org/10.1188/14.ONF.E290-E301) pmid: 25158666